



## CONTRALORÍA GENERAL DEL ESTADO

DIRECCIÓN DE AUDITORÍA DE DESARROLLO SECCIONAL Y SEGURIDAD SOCIAL

**DADSySS-0057-2016**

**IESS: INSTITUTO ECUATORIANO DE SEGURIDAD SOCIAL**

### **INFORME GENERAL**

a los procesos de acreditación, contratación, derivaciones y pago a prestadores privados de salud de la ciudad de Guayaquil, del INSTITUTO ECUATORIANO DE SEGURIDAD SOCIAL, IESS

TIPO DE EXAMEN :

EE

PERIODO DESDE : 2012/07/01

HASTA : 2015/08/31

**INSTITUTO ECUATORIANO DE SEGURIDAD SOCIAL**

---

Examen especial a los procesos de acreditación, contratación, derivaciones y pago a los prestadores privados de salud de la ciudad de Guayaquil, del INSTITUTO ECUATORIANO DE SEGURIDAD SOCIAL, IESS, ubicado/a en el cantón Guayaquil, Provincia de Guayas, por el período comprendido entre el 1 de julio de 2012 y el 31 de agosto de 2015.

**DIRECCIÓN DE DESARROLLO SECCIONAL Y SEGURIDAD SOCIAL**

---

**Quito – Ecuador**

## Siglas y Abreviaturas

CD	:	Consejo Directivo
IESS	:	Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social
MSP	:	Ministerio de Salud Pública
HTMC	:	Hospital Teodoro Maldonado Carbo
DSGSIF	:	Dirección del Seguro General de Salud Individual y Familiar

## ÍNDICE

<b>Contenido</b>	<b>Página</b>
Carta de Presentación	1
<b>Capítulo I</b>	
<b>INFORMACIÓN INTRODUCTORIA</b>	
Motivo del examen	2
Objetivos del examen	2
Alcance del examen	2
Limitación al alcance	3
Base Legal	3
Estructura Orgánica	3
Objetivo del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social	6
Monto de recursos examinados	7
Servidores Relacionados	7
<b>Capítulo II</b>	
<b>RESULTADOS DEL EXAMEN</b>	
- Cumplimiento de recomendaciones	8
- Falta de conformación de las Comisiones de Acreditación y equipos de evaluación no permitió constatar las condiciones en las que prestaron sus servicios los prestadores privados de la ciudad de Guayaquil	8
- Derivaciones	16
- Médicos con relación laboral con el IESS, prestaron sus servicios en horario laboral a prestadores de la RED privada.	21
- Prestadores de servicios de salud privados reportaron liquidaciones por prestaciones de salud, al margen de las disposiciones legales establecidas.	27



*[Handwritten signature]*  
2016-06-17

Ref. Informe aprobado el

Quito,

Señor  
Director General  
**Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social**  
Guayaquil - Guayas

De mi consideración:

La Contraloría General del Estado, en uso de sus atribuciones constitucionales y legales, efectuó el examen especial a los procesos de acreditación, contratación, derivaciones y pago a los prestadores privados de salud de la ciudad de Guayaquil, del INSTITUTO ECUATORIANO DE SEGURIDAD SOCIAL, IESS, ubicado/a en el cantón Guayaquil, Provincia de Guayas, por el período comprendido entre el 1 de julio de 2012 y el 31 de agosto de 2015.

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

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

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

Atentamente,  
Dios, Patria y Libertad,

*[Handwritten signature]*

Econ. Alfredo Lucín Sornoza  
**Director de Auditoría de Desarrollo  
Seccional y Seguridad Social**

## CAPÍTULO I

### INFORMACIÓN INTRODUCTORIA

#### Motivo del examen

El examen especial a los procesos de acreditación, contratación, derivaciones y pago a los prestadores privados de salud de la ciudad de Guayaquil, del INSTITUTO ECUATORIANO DE SEGURIDAD SOCIAL, IESS, ubicado/a en el cantón Guayaquil, Provincia de Guayas, por el período comprendido entre el 1 de julio de 2012 y el 31 de agosto de 2015; realizado en cumplimiento a la orden de trabajo 0010-DADSySS-2015 de 17 de marzo de 2015, con cargo a imprevistos del Plan Operativo de Control del año 2015, de la Dirección de Auditoría de Desarrollo Seccional y Seguridad Social, autorizado mediante nota inserta de la señora Subcontralora General del Estado, subrogante, constante en el memorando 253-DADSySS de 17 de marzo de 2015, y modificaciones contenidas en los memorandos: 504-DADSySS de 4 de junio de 2015 suscrito por la Directora de Auditoría de Desarrollo Seccional y Seguridad Social; 731-DPyEI-GISyE de 11 de junio de 2015 suscrito por el Subcontralor General del Estado; nota inserta del Subcontralor General del Estado, contenida en memorando 809-DADSySS de 30 de septiembre de 2015; memorandos 810, 831 y 900-DADSySS de 30 de septiembre, 8 de octubre y 6 de noviembre de 2015, respectivamente, suscritos por el Director de Auditoría de Desarrollo Seccional y Seguridad Social

#### Objetivos del examen

- Determinar el cumplimiento de las disposiciones legales, reglamentarias y demás normas vigentes aplicables en los procesos de acreditación, contratación y derivaciones de pacientes del IESS, atendidos por prestadores privados de salud de la ciudad de Guayaquil.
- Determinar la propiedad, veracidad y legalidad de los pagos efectuados a los prestadores privados de salud.

#### Alcance del examen

Se examinó los procesos de acreditación, contratación, derivaciones y pago a los

*φ005*

prestadores privados de salud de la ciudad de Guayaquil, del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social, por el período comprendido entre el 1 de julio de 2012 y el 31 de agosto de 2015.

### **Limitación al alcance**

El Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social, previo a realizar el pago a los prestadores privados de salud, realiza la evaluación de la documentación presentada por los mismos como respaldo de las atenciones médicas brindadas a los pacientes del IESS, para su reconocimiento económico, mediante los sistemas SOAM y PROSICK, por lo que debido a la magnitud de la información y al monto de los recursos desembolsados, no se analizaron los pagos de las planillas evaluadas por medio del sistema SOAM.

### **Base Legal**

Con Decreto 18 de 8 de marzo de 1928, se creó la Caja de Pensiones para el beneficio de una parte de la población ecuatoriana. Con la expedición de nuevas leyes, se modificó la personería jurídica y se amplió la cobertura a otros sectores. En el año 1963 se fusionó con la Caja de Previsión y desde el año 1970, con Decreto Supremo 40, fue creado el Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social, IESS, como una entidad autónoma, sin fines de lucro con fondos propios, distintos a los del fisco.

El IESS presta el servicio de salud a los afiliados, pensionistas y derecho habientes en sus diferentes modalidades, administrados por la Dirección del Seguro General de Salud Individual y Familiar, entregados por las unidades médicas internas y externas, clasificadas por nivel de complejidad. Las externas, unas acreditadas y contratadas de conformidad con la Resolución CD 20; y otras, sin contrato ni convenio que prestan servicios de emergencia de conformidad con la Resolución CD 317.

### **Estructura orgánica**

Durante el período de análisis el IESS contó con dos estructuras orgánicas, emitidas por el Consejo Directivo, así:

1. El Consejo Directivo con Resolución C.D. 021 de 13 de octubre de 2003, aprobó el

Reglamento Orgánico Funcional del IESS, con la siguiente estructura, vigente hasta el 7 de agosto de 2013:

<b>Nivel</b>	<b>Unidades</b>
<b>De Gobierno y Dirección Superior</b>	Consejo Directivo; Dirección General; <ul style="list-style-type: none"> <li>- Subdirección General</li> <li>  Dirección Provincial</li> <li>- Subdirección de Servicios al Asegurado</li> <li>- Subdirección de Servicios Internos</li> </ul>
<b>De Dirección Especializada</b>	Dirección del Seguro General de Salud Individual y Familiar; (SIF) <ul style="list-style-type: none"> <li>- Subdirección de Aseguramiento y Control de Prestaciones</li> <li>- Unidad Provincial de Salud Individual y Familiar</li> <li>- Unidades Médicas.</li> </ul> Dirección del Sistema de Pensiones; Dirección del Seguro General de Riesgos del Trabajo; y, Dirección del Seguro Social Campesino
<b>De Reclamación Administrativa Técnico Auxiliar</b>	Comisión Nacional de Apelaciones; y, Comisión Provincial de Prestaciones y Controversias. Dirección Actuarial; y, Comisión Técnica de Inversiones
<b>De Control Interno</b>	Auditoría Interna
<b>De Asistencia Técnica y Administrativa</b>	Dirección Económica Financiera <ul style="list-style-type: none"> <li>- Subdirección de Administración Financiera</li> <li>- Subdirección de Administración de Inversiones y Fondos de Terceros</li> </ul> Dirección de Servicios Corporativos <ul style="list-style-type: none"> <li>- Subdirección de Recursos Humanos</li> <li>- Subdirección de Bienes y Servicios Generales</li> </ul> Dirección de Desarrollo Institucional <ul style="list-style-type: none"> <li>- Subdirección de Servicios Informáticos</li> </ul> Secretaría General Procuraduría General

*J. C. C.*

2. Con Resolución de Consejo Directivo C.D. 457 de 8 de agosto de 2013, publicada en el Registro Oficial 45 de 30 de agosto de 2013, se emitió un nuevo Reglamento Orgánico Funcional, con la siguiente estructura:

	<b>Unidades</b>
<b>Nivel</b>	
<b>Consejo Directivo</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Presidencia del Consejo Directivo</li> <li>- Unidad Técnica de Asesoría</li> <li>- Comisión Nacional de Apelaciones</li> <li>- Dirección Actuarial y de Investigación</li> <li>- Auditoría Interna</li> <li>- Unidad de Servicios de Atención a Afiliados, Beneficiarios y Empleadores</li> </ul>
<b>Dirección General</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Subdirección General</li> <li>- Coordinación General de Prestaciones               <ul style="list-style-type: none"> <li>- Dirección del Seguro General de Salud Individual y Familiar;                   <ul style="list-style-type: none"> <li>- Subdirección de Regulación del Seguro de Salud;</li> <li>- Subdirección de Control del Seguro de Salud;</li> <li>- Unidad de Presupuesto del Seguro de Salud;</li> </ul> </li> <li>- Dirección del Sistema de Pensiones;</li> <li>- Dirección del Seguro General de Riesgos del Trabajo; y,</li> <li>- Dirección del Seguro Social Campesino</li> </ul> </li> <li>- Coordinación de Aportes y Fondos de Reserva</li> <li>- Coordinación General de Gestión Estratégica</li> <li>- Coordinación General de Servicios Corporativos</li> <li>- Dirección Nacional de Gestión Documental</li> <li>- Dirección Nacional de Comunicación Social</li> <li>- Procuraduría General</li> <li>- Coordinación General de Territorio</li> </ul>
<b>Dirección Provincial</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Comisión Provincial de Prestaciones y Controversias</li> <li>- Subdirección Provincial de Prestaciones de Seguros de Salud</li> <li>- Subdirección Provincial del Seguro Social Campesino</li> </ul>

*Declaro*

**Unidades Médicas y  
Dispensarios**

- Subdirección Provincial de Prestaciones de Pensiones y Riesgos del Trabajo
- Subdirección Provincial de Aportes, Fondos y Reservas
- Subdirección Provincial de Apoyo a la Gestión Estratégica
- Subdirección Provincial de Servicios Corporativos
- Unidad Provincial de Comunicación Social
- Unidades Médicas del IESS
- Unidades Médicas Anexas
- Dispensarios Comunitarios del Seguro Social Campesino

La Subdirección Provincial de Prestaciones del Seguro de Salud de Guayas (Ex Subdirección de Salud Individual y Familiar Guayas) no contó con una estructura oficial. Está compuesta de las siguientes Áreas o Grupos de Trabajo:

- Acreditación
- Derivaciones
- Pertinencia Documental, (Recepción de documentos remitidos por prestadores)
- Evaluación de Cuentas y Pertinencia Médica
- Responsabilidad Patronal
- Recursos Humanos
- Legal
- Presupuesto
- Contabilidad
- Soporte informático
- Secretaría

**Objetivo del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social**

El Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social, IESS, es una entidad pública descentralizada, de conformidad a la Constitución de la República del Ecuador, dotada de autonomía, normativa técnica, administrativa, financiera y presupuestaria, con personería jurídica y patrimonio propio, que tiene por objeto indelegable la prestación

del Seguro General Obligatorio, en todo el territorio nacional según el artículo 16 de la Ley de Seguridad Social.

### Monto de recursos examinados

Los prestadores privados de servicios de salud de la ciudad de Guayaquil, ingresaron a la plataforma PROSICK, reclamos para el reconocimiento económico por sus atenciones médicas brindadas por 436 776.917,37 USD, de los cuales la empresa R.DES SERVICIOS CORPORATIVOS Cía. Ltda., después de realizar la evaluación de los reclamos realizados por el prestador y de la documentación ingresada en la plataforma PROSICK, objetó 42 936 856,31 USD, evitando que se paguen estos valores a los que el prestador no tenía derecho, poniendo a consideración del IESS, 393 840 061,06 USD, para la aprobación del gasto y del pago, monto sobre el cual auditoría realizó el análisis.

PRESTADOR	CANTIDAD DE EXPEDIENTES	VALOR PRESENTADO USD	VALOR OBJETADO USD	VALOR APROBADO USD
CENTRO DE SERVICIOS MEDICOS SAN FRANCISCO CEMEFRA C.A.	17.213	32.754.203,86	1.714.961,82	31.039.242,04
GALOSTAR SA	1.405	2.951.105,18	293.680,98	2.657.424,20
ESCULAPIO S.A.	20.492	43.026.257,48	2.753.678,70	40.272.578,78
CLINICA GUAYAQUIL	4.798	17.240.139,85	421.105,32	16.819.034,53
CLINICA PANAMERICANA CLIMESA S.A.	19.649	65.702.247,41	2.197.346,89	63.504.900,52
CLINICA SANTA MARIA CLISANTA S.A.	6.884	8.305.252,08	652.473,09	7.652.778,99
JUNTA DE BENEFICENCIA DE GUAYAQUIL	65.428	123.592.561,25	3.633.056,57	119.959.504,68
INDUSTRIAL INMOBILIARIA TEOTON S.A.	10.965	67.673.048,66	19.348.139,13	48.324.909,53
FIDEICOMISO TITULARIZACIÓN OMNIHOSPITAL.	10.344	28.071.290,49	1.751.341,57	26.319.948,92
SERVICIOS HOSPITALARIOS S.A. ALBOTEOTON	6.555	31.204.059,56	8.337.347,61	22.866.711,95
BENEMÉRITA SOCIEDAD PROTECTORA DE LA INFANCIA	7.244	9.032.126,70	1.266.266,05	7.765.860,65
GALPE S.A	2.661	7.224.624,85	567.458,58	6.657.166,27
<b>TOTAL</b>	<b>173.638</b>	<b>436.776.917,37</b>	<b>42.936.856,31</b>	<b>393.840.061,06</b>

Fuente: Sistema PROSICK

### Servidores relacionados

Los servidores relacionados se detallan en Anexo 1.

*Prosick*

## CAPÍTULO II

### RESULTADOS DEL EXAMEN

#### **Cumplimiento de recomendaciones**

No se realizó el seguimiento de recomendaciones del examen especial a la contratación y pago de prestadores privados por servicios de salud a los afiliados y pensionistas en la Dirección Provincial del Guayas, por el período comprendido entre el 1 de enero de 2007 y el 30 de junio de 2012, efectuado por la Unidad de Auditoría Interna del IESS de conformidad a la orden de trabajo 51000000.054 de 23 de marzo de 2015, por encontrarse en trámite de aprobación en la Contraloría General del Estado.

#### **Falta de conformación de las Comisiones de Acreditación y equipos de evaluación no permitió constatar las condiciones en las que prestaron sus servicios los prestadores privados de la ciudad de Guayaquil**

En el periodo de análisis los Subdirectores Provinciales de Prestaciones de Salud, Guayas, no conformaron Comisiones de Acreditación ni Equipos de Evaluación, presentándose las siguientes condiciones reportables:

#### **- Extensiones de acreditaciones a prestadores privados de salud, sin una previa inspección y calificación de su capacidad resolutive**

En los contratos suscritos entre los Subdirectores Provinciales de Seguro de Salud Guayas y los Representantes Legales de los prestadores privados de servicio de salud, con respecto a la vigencia, señala que si las partes no manifiestan por escrito su voluntad de terminarlo con 30 días de anticipación a la fecha de vencimiento del contrato, el mismo se entenderá renovado automáticamente por los siguientes ejercicios económicos; además, en el mismo instrumento legal, se indica que uno de los requisitos indispensables para mantener dicho contrato es el certificado de acreditación, sin embargo la Abogada de la Subdirección de Prestaciones del Seguro de Salud de Guayas, en oficio IESS-SDPSSG-2014-4384-M de 1 de septiembre de 2014, recomendó la extensión de las acreditaciones a los prestadores privados de salud, al Subdirector Provincial de Prestaciones del Seguro de Salud,



Guayas, por lo que se extendió el plazo de vigencia de las acreditaciones hasta que "...dure el proceso de re-acreditación..." sin una previa inspección, inobservando lo dispuesto en la Resolución CD 20, la cual establece que para conceder un certificado de acreditación es necesario la conformación de un equipo multidisciplinario que realice una evaluación in situ de las instalaciones, equipamiento, personal, entre otros, novedad que se presentó con los 16 prestadores que se detallan a continuación:

Nombre del prestador	Fecha de vencimiento de acreditación	Prórrogas autorizadas al 31-08-2015	
		Oficio	Fecha
C.A. Clínica Guayaquil, Servicios Médicos S.A.	2014-09-01	IESS-SDPSSG-2014-0340-O	2014-09-17
Clínica Kennedy Alborada (Alboteotón)	2014-07-01	IESS-SDPSSG-2014-0350-O	2014-09-17
Esculapio S.A. - Clínica Alcívar	2014-07-01	IESS-SDPSSG-2014-5094-TEMP	2014-09-02
Sociedad de Lucha Contra el cáncer- Solca Núcleo Guayas (Instituto Oncológico Nacional "Dr Juan Tanca Marengo")	2014-12-27	IESS-SDPSSG-2015-0021-O	2015-01-08
Hospital Psiquiátrico Instituto de Neurociencias – Junta de Beneficencia de Guayaquil	2014-05-17	IESS-SDPSSG-2014-0343-O	2014-09-17
Industrial Inmobiliaria Teoton S.A. Hospital Clínica Kennedy Policentro.	2014-04-30	IESS-SDPSSG-2014-0345-O	2014-09-17
APROFE Asociación Pro Bienestar de la Familia Ecuatoriana	2015-03-17	IESS-SDPSSG-2015-0196-O	2015-03-18
Junta de Beneficencia Hospital Luis Vernaza	2014-04-30	IESS-SDPSSG-2014-0342-O	2014-09-17
Fideicomiso Titularización Omni Hospital	2015-07-11	21300900-ACRED-1695	2015-07-11
Fundación Cristiana para la salud, Funcrisa	2015-05-07	IESS-SDPSSG-2015-0274-O	2015-05-08
Benemérita Sociedad Protectora de la Infancia en el Hospital de Niños León Becerra	2014-09-01	IESS-SDPSSG-2014-0354-O	2014-09-17
H.M.O. Systems del Ecuador AVANTMED	2013-10-21	IESS-SDPSSG-2014-0361-O	2014-09-19
SAVERCCRP S.A Semedic Servicios de especialidades Médicas	2015-05-07	IESS-SDPSSG-2015-0273-O	2015-05-08
Instituto del Riñón y Centro de Análisis de Diálisis INRIDI SAN MARTIN	2014-08-01	IESS-SDPSSG-2015-0048-O	2015-01-16
Centro de Hemodiálisis Farmadial S.A	2014-09-1	IESS-SDPSSG-2015-0049-O	2015-01-16

*D. H. J. V. E.*

Nombre del prestador	Fecha de vencimiento de acreditación	Prórrogas autorizadas al 31-08-2015	
		Oficio	Fecha
Centro de Hemodiálisis Dialycen	2015-01-20	21300900-ACRED-1537	2015-01-20

**- No se realizaron visitas in situ a los prestadores externos acreditados, para la evaluación de estándares de calidad**

Durante nuestro periodo de análisis se evidenció que existieron 133 prestadores privados contratados, según certificación de la Responsable de Acreditación por emitida con oficio No. 21300900-ACRED-1758 de 8 de octubre de 2015.

Al respecto, el artículo 17 de la Resolución de Consejo Directivo del IESS C.D. 20, establece que los Subdirectores Provinciales del Seguro General de Salud Individual y Familiar del Guayas, Santa Elena, Los Ríos y Galápagos que con la emisión de la Resolución 457 tomaron el nombre de Subdirectores Provinciales de Prestaciones del Seguro de Salud, Guayas, deberán realizaran controles periódicos de los indicadores de calidad establecidos y una verificación in situ por lo menos una vez al año a los prestadores privados de servicios de salud contratados por el IESS; sin embargo no se evidenció que durante los años 2012 y 2013, se haya realizado este procedimiento.

En el año 2014, se efectuó el control periódico de los indicadores de calidad y la verificación in situ a 9 prestadores contratados por el IESS, al respecto, la Supervisora Médica de la Subdirección con oficio 0147 de 23 de abril de 2015 y alcance remitido con oficio 0151 de 30 de los mismos mes y año, manifestó:

*"... En lo referente al cronograma de visita (sic), me permito informarle que efectivamente se realizó un periodo (sic) de visitas para todo el año 2014, las mismas que no se cumplieron en su totalidad, debido a que no había Talento Humano para formar el equipo de trabajo y empezar a realizar las auditorías de terreno, no había disponibilidad de carro para trasladarse a realizar las respectivas supervisiones para ello se procedió a solicitar en el POA la disponibilidad de las herramientas de trabajo y empezar a realizar las respectivas visitas de supervisión.- El cronograma de visitas del año 2013 en virtud de que aún no me encontraba laborando en la Subdirección no fue elaborado.- A pesar de no contar con las herramientas de trabajo para realizar el trabajo encomendado, se busca mecanismos de solución y se logra realizar algunas visitas de supervisión con el equipo de trabajo conformado por áreas de:*

*DiéL*

*Acreditación (una sola visita por falta de tiempo), Derivaciones (Algunas visitas), Pertinencia Médica (siempre)...”.*

Esta servidora en la comunicación antes citada proporcionó los informes de las visitas realizadas por parte del equipo evaluador a LABORATORIO ROLAB, CLÍNICA SANTA MARÍA, LINTERA S.A., NORVIDA S.A., RED DE SERVICIOS MÉDICOS DEL ECUADOR S.A. (RED VITAL), LABORATORIO CHULLI, CLÍNICA SANTA GEMA, VITALDENT, CLÍNICA SURHOSPITAL, emitidos con oficios 324, 325, 326, 327, 328, 329, 330, 331, 332, Supervisión de 28 de octubre de 2014, dirigidos al Subdirector Provincial de Prestaciones del Seguro de Salud Guayas, los cuales contenían observaciones, conclusiones, recomendaciones y evidencia fotográfica.

De igual forma, con memorandos 7043, 7045, 7047 y 7051 IESS-SDPSSG-2014-7051-M de 1 de diciembre de 2014, es decir luego de 61 días de emitidos los informe antes mencionados, sobre las visitas in situ a NORVIDA, LINTERA, CLÍNICA SANTA MARÍA, REDVITAL, dirigidos al Subdirector Provincial de Prestaciones del Seguro de Salud Guayas, la Abogada de la misma Subdirección, recomendó:

*“... Trasladar el presente informe al Área de Acreditación, para que notifique al Prestador las conclusiones y recomendaciones que se determinaron.- Otorgar al prestador un plazo concluyente para levantar las observaciones que se dieron en la inspección. Posterior al plazo se inspeccionará nuevamente y mediante informe se notificará ante su autoridad, si el prestador incumpliere con el levantamiento de las observaciones, se notificará por escrito sobre el particular, pudiendo suspender temporal o definitivamente al prestador. De existir reincidencia, se terminará unilateralmente el contrato, dando cumplimiento a lo establecido en la etapa de PROCESO Y SEGUIMIENTO, contenida en el artículo 17 de la Resolución CD 20...”.*

No se evidenció que la Abogada de la Subdirección Provincial de Prestaciones del Seguro de Salud Guayas, haya emitido criterio jurídico de las visitas in situ realizadas a LABORATORIO ROLAB, LABORATORIO CHULLI, CLÍNICA SANTA GEMA, VITALDENT, CLÍNICA SURHOSPITAL ; así como tampoco existe evidencia alguna que las observaciones, conclusiones y recomendaciones fueron puestas en conocimiento de los prestadores externos antes mencionados, ni a la Dirección General de Salud Individual y Familiar, a fin de que los mismos tomen medidas correctivas.

Al respecto los Gerentes Generales de la Clínica Santa María y Lintera S.A., a pedido de auditoría, con comunicación de 9 de junio de 2015 y oficio ADM-0034-10-06-2015

*ONCE*

de 10 de junio de 2015, respectivamente, indicaron que no se notificó por medio alguno sobre las novedades de las vistas in situ realizadas por el personal del IESS a sus instalaciones.

En el año 2015, con oficio s/n de 23 de octubre de 2015, el Supervisor Médico informó que se realizó visitas in situ de control de calidad únicamente a 29 prestadores privados de servicios de salud de la ciudad de Guayaquil, lo cual representa el 22% del total de los prestadores acreditados y contratados.

Adicionalmente se determinó que Hospital Luis Vernaza, Omni Hospital, Avantmed HMO System del Ecuador, Solca, Servicios Hospitalarios S.A ALBOTEOTON, Clínica San Francisco, 9 clínicas fueron acreditadas con recomendaciones, sin embargo durante nuestro periodo de análisis no se evidenció seguimiento del cumplimiento de las mismas a pesar de que el artículo 13 de la Resolución CD 20, indica que en caso de que las mismas no sean cumplidas en un plazo no mayor de un año, el contrato no será renovado, evidenciándose que las mismas siguieron contratadas hasta el corte de nuestro periodo de análisis.

- **Novedades en la acreditación de Farmadial S.A.**

Para proceder a conceder la acreditación y posterior a una evaluación de la capacidad resolutoria de FARMADIAL S.A, el equipo evaluador, con oficio 21300900-ACRED-1457 de 3 de diciembre de 2014, presentó su informe a la comisión de acreditación sobre la visita in situ, en el cual comentaron que al momento de la inspección se observó que el Centro se encontraba en un proceso de remodelación, cumpliendo con las recomendaciones del licenciamiento del MSP, por lo que basados en este informe la Comisión de Acreditación, mediante oficio 21300900-ACRED-1589 de 13 de febrero de 2015, se recomendó a la Subdirectora Provincial de Prestaciones del Seguro de Salud Guayas conceder el certificado de acreditación completa ya que cumplió con todos los requerimientos.

Debido a varias quejas por parte de pacientes, una médico Nefróloga, Delegada del HTMC y un médico delegado por el Subdirector Provincial de Prestaciones, mediante un informe de 27 de mayo de 2015, sobre la visita realizada a este prestador el 13 de mayo de 2015, es decir tres meses después de que la Comisión

*Φ DDC E*

de Acreditación, recomendara al Subdirector Provincial de Prestaciones del Seguro de Salud Guayas, la acreditación de este prestador indicaron lo siguiente:

*"...No cumple.-El área de vestidores de pacientes presentan humedad que proviene del acondicionador de aire.-Pendiente.-el área destinada al tratamiento del agua no cuenta con diagrama del agua, se observa además cartones y objetos que no pertenecen a la planta de agua.-Pendiente.-la planta de tratamiento del agua no cuenta con diagrama, no hay registro de presiones diario de cada libro.-No cumple.-en información de inspección previa se informa que la unidad cuenta con 28 máquinas, 2 de las cuales son para uso exclusivo de pacientes con hepatitis C, sin embargo al momento de la inspección no existe un área exclusiva para pacientes con esta patología. No reciben pacientes con Hepatitis B ni VIH.-En lo referente a las observaciones previamente realizadas y que tienen relación con: disposición adecuada de desechos, mantenimiento a la cisterna, bodega de insumos, sistema de cadena de frío, vestidores de personal, batería sanitarias de pacientes y baterías en sala de espera debemos informar que se han aplicado adecuadamente los correctivos exigidos....- Recomendaciones:-Se recomienda que en un plazo máximo de 90 días se realice una nueva Inspección para verificar si se realizaron las correcciones a las observaciones emitidas, caso contrario debe aplicarse lo estipulado en el artículo 13 de la Resolución N° CD 020 y modificadas en la CD 040 que indica: de no haberse cumplido con los requerimientos establecidos luego en el plazo concedido (90 días) no podrá renovarse el contrato de prestación de servicios..."*

La responsable de acreditaciones, en memorando IESS-SDPSSG-2015-3819-M de 26 de junio de 2015, comunicó al Subdirector Provincial de Prestaciones de Seguro de Salud, Guayas:

*"...Debido a que los resultados de los informes de inspección realizados a Farmadial Guayaquil con fecha 6 de febrero no guardan coherencia con la calificación obtenida en el informe del 3 de Diciembre habiendo transcurrido apenas el lapso de dos meses, se sugiere dejar insubsistente el informe 21300900-ACRED-1589 con fecha 13 de febrero de 2015 en el que se otorga la ACREDITACIÓN COMPLETA como CENTRO DE HEMODIÁLISIS a Farmadial Guayaquil..."*

Con oficio IESS-SDPSSG-2015-0412-O de 14 de agosto de 2015, el Subdirector Provincial de Prestaciones del Seguro de Salud Guayas, puso en conocimiento del Gerente General y Administrador General de Farmadial Guayaquil, el informe de 27 de mayo de 2015 para que en un plazo de 90 días luego de recibida la notificación, verifique el cumplimiento de las recomendaciones indicadas en dicho informe, sin embargo por la falta de conformación de una comisión de evaluación, que emita un criterio técnico sobre la capacidad resolutoria del prestador, para la oportuna toma de decisiones por parte de los Subdirectores Provinciales de Prestaciones del Seguro de Salud, Guayas, el prestador siguió brindando sus servicios a pesar de las

*Free CE*

novedades reportadas y con acreditación vencida de 364 días a la fecha del corte de nuestro periodo de análisis.

El equipo de auditoria comunicó resultados a los Subdirectores Provinciales de Prestaciones del Seguro de Salud de Guayas, y a la Abogada de la Subdirección de Prestaciones del Seguro de Salud de Guayas con oficios del 355 al 363- DPSG-DADSySS-KSC-2015, de 29 de octubre de 2015; 366-DPSG-DADSySS-KSC-2015, de 10 de noviembre de 2015; del 380 al 392-DPSG-DADSySS-KSC-2015, de 19 de noviembre de 2015 y 454-DPSG-DADSySS-KSC-2015, de 1 de diciembre de 2015.

El ex Subdirector Provincial de Prestaciones del Seguro de Salud Guayas con comunicación de 18 de noviembre de 2015, indicó:

*“...La Responsable del Grupo de Trabajo de Acreditaciones me comunicaba la caducidad existente las mismas que eran totalmente desatinadas e IRRESPONSABLES POR DECIRLO MENOS ya que no dejaba tiempo de solucionar el problema...NO EXISTIA DESIGNADO EL COMITÉ DE ACREDITACIONES, siendo yo en mi administración que convoco a Comité de Acreditaciones, buscando cumplir y honrar lo dispuesto en el art 7 de la Res CD 20...En consecuencia solicito se digne VALORAR el estado en el que encontré el Proceso de Acreditaciones, las fechas en que recién se me notificaron la Caducidad de la Mismas, así como las acciones implementadas en el poco tiempo para dar solución al amparo de la Ley a tanta irresponsabilidad existente...”*

El ex Subdirector Provincial de Prestaciones del Seguro de Salud Guayas, mediante oficio OAGR-001-2015 de 28 de julio de 2015, sobre el comentario Visitas In Situ a los prestadores externos acreditados indicó:

*“...A la observación que no se realizó supervisión en los años 2012 y 2013, menciono que por falta de talento humano no se realizaron inspecciones en sitio, provocada por el despido masivo de funcionarios de la Subdirección en el mes de agosto del 2013, ya que dieron por terminado los contratos de 23 funcionarios de la Subdirección de Prestaciones de Salud del Guayas...”*

Ex Subdirector Provincial de Prestaciones del Seguro de Salud Guayas, mediante comunicación de 2 de diciembre de 2015, indicó:

*“...Cuando tomé el cargo de Subdirector de prestaciones de Salud Guayas, la Subdirección no contaba con el personal necesario para procesar el volumen de trámites que se presentan, situación que se arrastra de administraciones anteriores. Al inicio de mi administración se estudió, junto con todos los responsables del área, la situación con la que operaba la Subdirección y se determinaron las necesidades de cada una de ellas a fin de cumplir con las responsabilidades cumpliendo las normativas aplicables a cada*  
*Declaro*

*una de ellas.” “Durante mi administración, se dispusieron varias medidas de mejora a los procesos operativos y se gestionó la contratación del personal necesario para cumplir dichas medidas ya que sin él, los procesos sólo seguirán represándose...” “Con estos antecedentes puedo informar durante mi administración se realizaron análisis y gestión a las falencias de la Subdirección, logrando conseguir los recursos para la contratación del personal necesario para ejecutar las actividades operativas y retornar las actividades represadas en administración anteriores...”*

El Subdirector Provincial De Prestaciones Del Seguro De Salud Guayas, mediante comunicación recibida el 24 de diciembre de 2015, indicó:

*“...Solito se tenga en cuenta que 19 días de gestión se hacen imposibles para poder iniciar un proceso de implantación de sistemas de control, más aun cuando los primeros días era precisamente para diagnosticar el estado de la situación como en realidad es la gestión que emprendí de manera inmediata.- Es de mencionar además que desde Sr. Presidente del Consejo Directivo ya se habían dado instrucciones para gestionar una evaluación y disgnostico (sic) de los que estaba sucediendo a nivel general en el HTMC...”*

Lo expresado por los Subdirectores Provinciales de Prestaciones del Seguro de Salud Guayas, ratifica el comentario de auditoría al confirmar que no se conformaron comisiones de acreditaciones ni equipos de evaluación.

Por lo expuesto los Subdirectores Provinciales de Prestaciones del Seguro de Salud, no conformaron las Comisiones de Acreditación ni los equipos de evaluación ni supervisión en los años 2012, 2013, 2014 y 2015; situación que no les permitió verificar la calidad de servicio, instalaciones y equipamiento disponible para determinar si ameritaba que el prestador siga ofreciendo sus servicios de salud a los afiliados y pensionistas del IESS, a través de un contrato debidamente legalizado que cumpla con todos los requerimientos que la normativa vigente exigió, inobservando lo dispuesto en los artículos 127 de la Ley de Seguridad Social; 22, literales b) y h) de la Ley Orgánica del Servicio Público; 26 y 27 de la Resolución CD 308; 13 y 17 de la Resolución CD 20; 34 numeral 8 de la Resolución CD. 021; numeral 3.2 literal e) de la Resolución C.D 457; artículo 11 literal i) de la Resolución CD 483 y la Norma de Control Interno 600-02 Evaluaciones Periódicas.

## **Conclusión**

Los Subdirectores Provinciales de Prestaciones del Seguro de Salud, basándose en la recomendación de la Abogada de la Subdirección de Prestaciones del Seguro de Salud,

*Qavince*

Guayas extendieron las acreditaciones y contratos de 16 prestadores de salud privados sin conformar con la debida anticipación las Comisiones de Acreditación, ni equipos de evaluación, que realicen visitas in situ a los prestadores privados de salud, situación que no les permitió verificar la calidad de servicio, instalaciones y equipamiento disponible para determinar si ameritaba que el prestador siga ofreciendo sus servicios de salud a los afiliados y pensionistas del IESS, a través de un contrato debidamente legalizado que cumpla con todos los requerimientos que la normativa vigente exigió.

Por los hechos expuestos, los servidores que se citan en el presente hallazgo de auditoría, incumplieron las disposiciones reveladas en el contenido de esta condición reportable.

### **Recomendación**

#### **Al Subdirector Provincial de Prestaciones del Seguro de Salud, Guayas**

1. Conformará Comisiones de Acreditación y Equipos de Evaluación, para que mediante un cronograma realicen los procesos de acreditación y por lo menos una visita anual a los prestadores externos de salud acreditados por el IESS, a fin de evaluar la calidad, eficacia y eficiencia de los servicios de salud prestados, mediante la emisión de informes técnicos los mismos que servirán de base para la toma oportuna de decisiones que correspondan.

### **Derivaciones**

La derivación de los servicios de salud a prestadores privados, constituye un procedimiento estructurado de envío de un paciente (con información por escrito) de un establecimiento de salud que al momento de presentación del mismo, no dispone de capacidad resolutive, a otro establecimiento de salud de igual o mayor Nivel de Atención y/o Complejidad de la Red Complementaria, con la finalidad de garantizar un nivel de atención segura y de calidad a sus afiliados y jubilados.

El equipo de auditoría realizó el análisis de los procesos de derivación de pacientes por parte de la Subdirección del Seguro General de Salud Individual y Familiar de Guayas, Subdirección Provincial de Prestaciones del Seguro de Salud de Guayas cuyas

*Palacios*

solicitudes de transferencia las realizó el Hospital Dr. Teodoro Maldonado Carbo, y las que realizó directamente la mencionada casa de salud.

Durante el período examinado, el proceso de derivaciones de pacientes transferidos desde el Hospital Teodoro Maldonado Carbo en horario de 08h00 a 16h30 de lunes a viernes, se efectuó así:

Los médicos tratantes del HTMC solicitaron la derivación de pacientes que no pueden recibir atención en esta Casa de Salud, por falta de capacidad resolutive lo cual fue autorizado por los Jefes de Servicio de cada dependencia y por el Director Médico del HTMC, posteriormente, en la Subdirección Provincial de Prestaciones del Seguro de Salud, Guayas, a través del Grupo de Trabajo de Derivaciones se seleccionó al prestador privado.

Con estos antecedentes, el equipo de auditoría con oficio 006-DPSG-DADSySS-AMV-2015 de 18 de marzo de 2015, solicitó al Subdirector de Prestaciones del Seguro de Salud del Guayas, el detalle de las derivaciones originadas en el Hospital Teodoro Maldonado Carbo y realizadas por esta Subdirección, detalle que fue entregado por el enunciado servidor mediante oficio IESS-SDPSSG-2015-0025-O de 27 de marzo de 2015, de lo cual se determinó:

- El detalle entregado por el Subdirector Provincial de Prestaciones del Seguro de Salud de Guayas, fue realizado a raíz del pedido de información por parte de auditoría lo que demuestra que la Subdirección Provincial de Prestaciones del Seguro de Salud Guayas y el HTMC no contaron con registros, estadísticas o información que permita determinar con certeza el número de pacientes que fueron derivados desde el HTMC hacia los prestadores externos.
- La mencionada información se proporcionó de manera incompleta, en varios casos sin el número de cédula de identificación del paciente ni los datos del médico que solicitó la derivación, se presentaron espacios vacíos, lo cual no proporciona seguridad y confiabilidad de la información; no obstante de lo señalado, se evidenció que el HTMC, solicitó la derivación 24 424 pacientes, a la Subdirección de Prestaciones del Seguro de Salud de Guayas, observándose además que los médicos tratantes no especificaron los nombres o características de los equipos

médicos, instrumental, medicinas e insumos médicos, especialidades o subespecialidades con los que no contó el HTMC para motivar la derivación de pacientes a los diferentes prestadores externos, situación que impidió al equipo de control evaluar la pertinencia de las derivaciones mencionadas anteriormente.

- El Subdirector Provincial de Prestaciones del Seguro de Salud Guayas que actuó en el período 1 de enero de 2009 y 25 de febrero de 2011, con oficio 21300900.1261 de 27 de mayo de 2009, dispuso a los Directores de los Hospitales, Centros de Atención Ambulatorios y Unidades de Atención Ambulatorias de su jurisdicción, la aplicación del formato para solicitud de procedimientos (hoja de derivación), vigente hasta el 31 de agosto de 2015, fecha de corte de esta acción de control; mismo que contiene los siguientes campos: *INFORMACIÓN DE LA DEPENDENCIA, INFORMACIÓN DEL PACIENTE, PROCEDIMIENTO SOLICITADO, AUTORIZACIÓN DE LA DEPENDENCIA Y ORDEN DE ATENCION*, sin tomar en cuenta que el Ministerio de Salud Pública mediante el instructivo 001-2012, que fue aprobado en el Convenio Marco suscrito por las autoridades que conforman la Red Pública de Salud el 10 de abril de 2012, dispuso el uso obligatorio del formulario 053 de referencia, contra referencia y derivación para la realización de transferencias de pacientes a prestadores de salud privados.
- Los Responsables de Derivaciones de la Subdirección de Prestaciones durante el período examinado, autorizaron la transferencia de pacientes provenientes del HTMC a los diferentes prestadores externos, con una firma o rúbrica sobre un sello de la Subdirección de Salud Individual y Familiar Guayas y/o Subdirección Provincial de Prestaciones del Seguro de Salud Guayas, sin referir los nombres y apellidos del servidor que legalizó dicha derivación y sin la emisión de un código que valide esta transferencia, además en varios de éstos documentos tampoco se evidenció la fecha de autorización de la derivación.
- Se desconoce el criterio que utilizaron los integrantes del Grupo de Trabajo de Derivaciones de la Subdirección, así como los Jefes de Urgencias del HTMC, para seleccionar a los prestadores externos, además no se dejó evidencia alguna de si se realizó el procedimiento establecido en el instructivo 001-2012 y la Norma del Subsistema de Referencia, Derivación del SNS, aprobado con Acuerdo Ministerial 4431 publicado en el Suplemento al Registro Oficial 151 de 26 de diciembre de 2013, en el numeral 5, que indica: que para realizar las derivaciones a la red

complementaria, en primer lugar, se debe agotar la red pública de salud.

- Los Subdirectores Generales de Salud Individual y Familiar de Guayas y Subdirectores de Prestaciones del Seguro de Salud de Guayas no dispusieron la realización de controles periódicos sobre la legalidad de las derivaciones provenientes del HTMC, por lo que, desconocen si esta casa de salud tuvo la capacidad resolutive para brindar la atención requerida y si esta derivación fue originada en base a una necesidad real.

En el horario 16h31 a 07h59 de lunes a viernes, sábados, domingos y feriados, las derivaciones de pacientes por la falta de capacidad resolutive del HTMC se realizaron directamente por los Jefes de Urgencias desde el Área de Emergencias de esta Casa de Salud, evidenciándose que se inició un proceso de levantamiento de información a raíz del requerimiento formulado por auditoría al Director Médico del HTMC con oficios 034, 066, 141-DPSPG-DADSySS-AMV-2015 de 6 y 24 de abril; y 16 de junio de 2015, respectivamente, por lo que la respuesta a nuestro requerimiento se lo realizó después de 78 días, lo cual demuestra un inadecuado manejo de los procesos administrativos que permitan acceder a las fuentes de información de manera oportuna, por lo que el equipo de tuvo dificultades para el análisis de las derivaciones realizadas directamente por este Hospital.

Además se determinó que las funciones o responsabilidades de los Jefes de Urgencias del HTM, en cuanto al control y procedimientos a seguir para derivar a los pacientes, no fueron designadas por escrito por parte de los Directores Médicos actuantes dentro de nuestro periodo de análisis.

De una muestra de 142 solicitudes físicas de procedimiento de derivaciones que se efectuaron directamente desde el Hospital Teodoro Maldonado Carbo, 33 fueron legalizadas por los médicos tratantes (Médicos Residentes, Médicos Contratados), sin que existan las firmas de responsabilidad de los Jefes de Urgencias.

Sobre los hechos antes mencionados, se comunicaron los resultados provisionales con oficios del 209 al 214-KSC-DSGSIF-DADSySS-2015 de 24 de junio de 2015, a los

*ADICIONALE*

Subdirectores Provinciales de Salud Individual y Familiar de Guayas; Subdirectores Provinciales de Prestaciones del Seguro de Salud de Guayas, los mismos que expusieron los siguientes puntos de vista:

El ex Subdirector Provincial de Prestaciones del Seguro de Salud Guayas en funciones del 15 de julio de 2013 al 3 de junio de 2014, mediante oficio OAGR-001-2015 de 28 de julio de 2015, sobre el comentario Visitas In Situ a los prestadores externos acreditados indicó:

*"...Debo manifestar que en mi período de gestión se dispuso verbalmente la utilización de la red pública como primera opción en atención a las disposiciones referidas y luego la utilización de la red externa del IESS, es de conocimiento público la congestión y hacinamiento en los hospitales del MSP e IESS en Guayaquil por los pacientes de otras regiones del país, lo que motivo en mi periodo, previa a una contestación telefónica por parte de los responsables del área de derivaciones se tramitaran dichas derivaciones, vuelvo y repito previa a la contestación de disponibilidad y capacidad en la red pública, solicitadas por médicos del hospital de mayor nivel resolutivo del IESS en la jurisdicción de la Subdirección de Prestaciones de Salud del Guayas que es el Hospital Teodoro Maldonado Carbo, con la finalidad de cumplir los requerimientos médicos y técnicos de los galenos responsables de emitir las órdenes de derivación..."*

Lo manifestado por el Subdirector Provincial de Prestaciones del Seguro de Salud Guayas, no modifica el comentario de auditoria, puesto que no demostró documentadamente lo afirmado.

Por lo expuesto los Subdirectores Provinciales de Salud Individual y Familiar de Guayas, Subdirectores Provinciales de Prestaciones del Seguro de Salud, Guayas, no supervisaron ni emitieron directrices internas para el correcto funcionamiento de los sistemas de derivaciones ni el cumplimiento de la normativa vigente, por lo que los mencionados servidores a más de las normas enunciadas anteriormente, inobservaron los artículos 40 y 77 numeral 1), literal a) de la Ley Orgánica de la Contraloría General del Estado, 22 literal b) de la Ley Orgánica de Servicio Público; 34 numerales 17, 18 y 20 del Reglamento Orgánico Funcional del IESS aprobado en Resolución CD 021 de 13 de octubre de 2003, numeral 3.2 Subdirección Provincial de Prestaciones del Seguro de Salud literales b), c), i) de la Resolución CD 457 de 12 de agosto de 2013; así como el Instructivo 001-2012, en relación a los Procesos administrativos para acceso a la atención, aprobado mediante Convenio Marco de 10 de abril de 2012.

*Dejante*

## Conclusión

Los Subdirectores Provinciales de Salud Individual y Familiar de Guayas, Subdirectores Provinciales de Prestaciones del Seguro de Salud, Guayas, en sus respectivos períodos de gestión, no supervisaron ni emitieron directrices internas para el correcto funcionamiento de los sistemas de derivaciones, en cumplimiento de la normativa establecida por el ente rector de la salud; así como tampoco se mantuvo un registro y control adecuados de las derivaciones y su aprobación ocasionando que no se cuente con la información necesaria para la toma de decisiones.

Por los hechos expuestos, los servidores que se citan en el presente hallazgo de auditoría, incumplieron las disposiciones reveladas en el contenido de esta condición reportable.

## Recomendaciones

### A la Directora del Seguro General de Salud Individual y Familiar

2. Dispondrá al Subdirector Provincial de Prestaciones del Seguro de Salud, Guayas, que coordine con los Subdirectores Nacionales de Aseguramiento del Seguro de Salud, Provisión de Servicios y de la Calidad de los Servicios del Seguro de Salud, elaboren las directrices internas a seguir para la derivación de pacientes en concordancia de los procedimientos emitidos por el Ministerio de Salud, en estas directrices se establecerán los cargos de los funcionarios autorizados a derivar dentro de las casa de salud del IESS; así como el registro que deberán llevar del mismo que contendrá al menos lo siguiente: datos del paciente, datos del médico que solicita la derivación, datos del servidor que autoriza la derivación, motivo de la derivación, prestador de salud al que se derivó al paciente, fecha y hora, registro de que se agotaron las instancias de la Red Pública, con la finalidad de precautelar los recursos del IESS.

### **Médicos con relación laboral con el IESS, prestaron sus servicios en horario laboral a prestadores de la RED privada.**

Del análisis realizado a la prestación de servicios de salud por parte de los prestadores privados, se determinó que dentro del período sujeto a examen, 8 médicos prestaron su

*Decisiones*

contingente en prestadores privados de servicios de salud, en horarios en los que debieron prestar sus servicios en el Hospital Dr. Teodoro Maldonado Carbo del IESS, según certificaciones y reportes de registros de asistencia y de ausentismos proporcionados por la Coordinadora General de Talento Humano del mencionado hospital y, de acuerdo a certificaciones, notas de evolución y protocolos operatorios que los prestadores privados de salud cargaron en la plataforma PROSICK, para la realización de la evaluación médica de las atenciones de salud de los pacientes del IESS, por parte de la empresa R.DES, para su reconocimiento económico. **(Anexo 2)**

Sobre los hechos antes mencionados, se comunicaron los resultados provisionales con oficios del 145 al 159 y del 183 al 208-KSC-DSGSIF-DADSySS-2015 de 24 de junio de 2015 a los Médicos, Gerentes, Directores Administrativos, Directores Médicos y Responsables de Talento Humano del HTMC los mismos que han expusieron los siguientes puntos de vista:

La ex Coordinadora Administrativa de Talento Humano, con comunicación de 3 de julio de 2015, expresó:

*"...Durante tres meses de gestión se sociabilizó al Director Administrativo, Director Médico, Directores Técnicos, Jefes departamentales, Jefes de Servicio, Coordinadores de áreas administrativas mediante oficios circulares las disposiciones de cumplir con su horario de atención ininterrumpidamente; así como se les recordó a los jefes y coordinadores de área la responsabilidad de la correcta aplicación de esta disposición cuya inobservancia, podría acarrear infracción susceptible de sanciones disciplinarias( Adjunto oficios 12202-1102-RRHH-1751 del 30 septiembre del 213 y 12202-1102-RRHH-1821 del 10 de octubre del 2013).- Adicionalmente anexo oficio 12202-1102-RRHH-1627 del 2013.09.10 mediante el cual se le recuerda a la Dra. ...Traumatóloga de este Nosocomio, los deberes, derechos y prohibiciones que debe cumplir todo servidor público..."*

La ex Coordinadora General de Talento Humano, con comunicación de 3 de julio de 2015, indicó que en los tres meses de su gestión envió recordatorios del cumplimiento de horarios laborables en el HTMC, además adjuntó copia del memorando 12202-1102-RRHH-1627 de 10 de septiembre de 2013, dirigido a una traumatóloga del HTMC, recordándole los deberes, derechos y prohibiciones de los servidores públicos

La ex Coordinadora General de Talento Humano con comunicación de 3 de julio de 2015, adjunto documentación en la que evidencia que si realizó gestiones encaminadas al control del personal médico, además indicó:

*D. Quintana*

*“... con Memorando No. IESS-HTMC-CGTH-2014-1152-M de fecha 07 de agosto del 2014, se procede adjuntar los anexos del control del ausentismo realizado a la Dra... como resultado de las constantes quejas de inasistencia a laborar en el servicio de Traumatología...”*

Auditoría determinó que la Traumatóloga enunciada por las tres ex Coordinadoras Administrativas de Talento Humano en los párrafos anteriores, también laboró para prestadores externos en horario en el que debió atender a pacientes del IESS en el HTMC, y en ocasiones en los que tenía permiso médico, la misma que con comunicación de 24 de junio de 2015, indica que en tres de los días observados ella se encontraba laborando en el HTMC y adjunta los reportes de atenciones del sistema AS400, indicando además que:

*“...En relación a las notas de evolución de la Clínica Panamericana, habiendo pasado la visita temprano a dichos pacientes antes de mi horario laboral, se le indicó a mi Médico ayudante las indicaciones generales y de alta si bien es cierto en general todo los médicos Cirujanos especialistas tenemos un médico ayudante, quien realiza las evoluciones que en este caso lamentablemente las realizó en mi horario laboral el cual yo me encontraba en el hospital laborando.- el día 28 de agosto de 2013...al estar sin operar sin quirófano disponible en el HTMC se me indicó verbalmente que después de las dos de la tarde podría tener quirófano disponible, por lo que acudí a intervenir quirúrgicamente al Sr...y posteriormente acudí al HTMC a seguir esperando por quirófano hasta poder atender quirúrgicamente al paciente programado...el miércoles 7 de mayo los familiares del Sr... me buscaron en el hospital a primera hora en la mañana, este paciente se encontraba en espera de la intervención quirúrgica...con este antecedente y a fin de atender con rostro humano a un paciente afiliado, me veo en la obligación moral solidaria y humana...es decir que a mi criterio creo que no he afectado la capacidad resolutive de esta institución al prestar mis servicios profesionales a un paciente que se encontraba en tan difícil situación.- en relación a los protocolos y registros de asistencia del martes 20 de mayo de 2014 y miércoles 21 de mayo de 2014, informo a usted que el 13 de mayo de 2014 fui atendida en el servicio de cirugía plástica por presentar laceraciones leves...el 16 de mayo me vuelven a tender por las misma lesiones otorgándome reposo médico, el día 20 y 21 de mayo, días finales de mi permiso médico, encontrándome en mejores condiciones de salud me solicitan que intervenga quirúrgicamente a estos dos pacientes que fueron operados de plastia de ligamento cruzado...ya que en la clínica Alcívar soy la profesional del staff médico de traumatólogos que realiza este procedimiento tan complejo...”*

Lo expresado por la traumatóloga no justifica lo comentado por auditoría puesto que como médico tratante de los pacientes en las clínicas Alcivar y Panamericana es la única responsable de los pacientes atendidos en esa casa de salud y según la documentación de respaldo subida a la plataforma PROSICK, la misma atendió a esos pacientes en las clínicas privadas, además confirma que si salió a atender pacientes en prestadores

privados de su horario laborable, tomado en cuenta que el hospital TMC es una institución de tercer nivel que recibe pacientes en estado crítico todo el tiempo por lo que puede necesitar personal médico en cualquier momento y si los mismos se encuentran laborando en otros establecimientos estos deben ser derivados.

El médico tratante de hematología con comunicación de 3 de julio de 2015, indicó que fue un olvido involuntario el no marcar la salida del HTMC y que él siempre cumplió con su horario establecido por esta casa de salud; además, autorizó a su médico ayudante para que utilice su clave asignada en la clínica Panamericana para atender a los pacientes a su nombre, y que su ayudante siempre le tiene al tanto de la atención brindada a los pacientes por medio de llamadas a su teléfono celular.

La ex Responsable de la Unidad de recursos Humanos con oficio SCHM-HTMC-001 de 3 de julio de 2015, adjunto varios oficios en los cuales demuestra que realizó gestiones y recordatorios a los servidores sobre el cumplimiento de los horarios laborales, además indicó:

*"...Durante el ejercicio de mis funciones, se efectuó el control de la permanencia de las o los servidores y trabajadores del HTMC, mediante visitas y recorridos sorpresivos, estos de lunes a viernes en jornada laboral de 08H00 a 16H30, por parte de todos los miembros de la UATH, en esa época, servidores que pueden dar fe de lo dicho, en virtud que en equipo nos turnábamos de manera aleatoria dichos recorridos, con el único objetivo de detectar ausentismos o novedades suscitadas por parte del persona, recorridos que eran asignados por medio de hojas de ruta remitidas vía mail, siendo el resultado de las mismas, reportadas por dicha vía, esta es correo electrónico, archivos de correos electrónicos que por razones que desconozco fueron eliminados de manera general a todos los servidores del HTMC por el área informática, por lo que, agradecería a usted por medio de su autoridad, solicitar el respaldo de esos archivos a mencionada unidad, con el fin de demostrar de manera documentada lo descrito..."*

El Médico Clínico Intensivista con comunicaciones de 29 de junio y 22 de julio de 2015 indicó que su cargo era netamente administrativo, puesto que se desempeñó como coordinador General de Docencia y que la tecnología actual permite la presencia virtual para el ejercicio de la profesión, por medio de llamadas de celular, mensajes por correo electrónico, o WhatsApp mediante los cuales daba indicaciones a los médicos residentes y al Jefe de Cuidados Intensivos de la Clínica Panamericana, e ingresaban dichas instrucciones en el sistema de la clínica Panamericana con su clave por lo que

*Identificados*

en las notas de evolución aparece su nombre, además adjunta dos declaraciones juramentadas de pacientes a los que atendió y que el equipo de auditoría se encuentra observando en los que manifiestan que el Médico Clínico Intensivista, pasaba vista a sus familiares a partir de las 5 de la tarde, sin embargo son 16 los pacientes observados a los cuales pasó 113 visitas dentro de su horario laborable en el HTMC, además según la LOSEP los servidores Públicos tiene la obligación de permanecer en su lugar de trabajo según los requerimientos institucionales tomando en cuenta además, que el HTMC es una unidad de nivel III, que puede recibir emergencias en cualquier momento necesitando de todo el contingente disponible.

El Médico intensivista con comunicación de 30 de junio de 2015, indicó:

*"...En el periodo comprendido del análisis de la Contraloría, desempeñé funciones de jefe del departamento de urgencias...y después desempeñé el cargo de Coordinador General del Medicina Crítica del HTMC, ambos son cargos administrativos a tiempo completo, por lo tanto no veía pacientes en la institución solo ejercía funciones administrativas.- la Clínica Panamericana puede certificar la hora en que acudía a presentar mis servicios especializados en Terapia Intensiva, en la que demostraría nuevamente que nunca acudía a la atención del paciente en horario laboral.- La Clínica Panamericana me dio acceso al sistema...tengo el mismo usuario y clave, para que los residentes y el jefe de cuidados con mi autorización dicha clave, puesto que sin perjuicio de no encontrarme físicamente en la Unidad de Cuidados Intensivos de la Clínica Panamericana mientras laboraba en el HTMC, los pacientes a mi cargo en la Terapia Intensiva no podían dejar de recibir la atención debida, que la ponía en práctica el equipo de trabajo siguiendo mis instrucciones y usando mi acceso al sistema.- En caso de presentarse novedades en los pacientes durante mi horario laboral, me eran indicadas a través de los recursos tecnológicos informáticos que existen en la actualidad, como llamadas a celular, mensajes, correos electrónicos y daba las instrucciones sin que ellos signifique estar presente allí..."*

Un médico especialista en Neurología con comunicación de 2 de julio de 2015, indicó:

*"...acudí a la Clínica Panamericana fuera de mi jornada laboral en el Hospital dr. Teodoro Maldonado Carbo...procediendo a revisar las evoluciones de los pacientes y realizar las modificaciones necesarias de acuerdo a las novedades encontradas.- Clínica Panamericana puede corroborar las horas en las que prestaba mis servicios profesionales..."*

Lo comentado por los dos médicos intensivistas y el médico especialista en Neurología, no cambia el comentario de auditoría puesto que en los documentos presentados por la Clínica Panamericana, mismos que fueron respaldo para el pago de sus servicios médicos y que además a pedido de auditoría fueron certificados, consta que los mencionados médicos acudieron atender a los pacientes en horario laborable, y la

atención a los pacientes es de su exclusiva responsabilidad tomando en consideración de que los pacientes de terapia intensiva se encuentran en estado muy crítico, además los Responsables de Talento Humano del HTMC, justificaron documentadamente los controles que realizan al personal de este establecimiento de salud.

Por lo expuesto los médicos que tienen relación laboral con el Hospital Teodoro Maldonado Carbo del IESS, inobservaron el artículo 22, literales a), b), c), e) y f) de la Ley Orgánica de Servicio Público, artículos 24 y 25 de su Reglamento, y artículo 3 de la Resolución MRL-2011-000033 de 2 de febrero de 2011, expedida por el Ministerio de Relaciones Laborales, al haber prestados sus servicios profesionales en procedimientos médicos, en prestadores privados de servicios de salud, no obstante que por su relación laboral debieron permanecer en la HTMC del IESS afectando la capacidad resolutive del mismo.

### **Conclusión**

Dentro del periodo de análisis, se determinó que 8 médicos que tienen relación laboral con el Hospital Teodoro Maldonado Carbo, prestaron sus servicios en prestadores privados, en horarios en los que debieron brindar su atención a pacientes del IESS, situación que afectó a la capacidad resolutive de la citada casa de salud.

Por los hechos expuestos, los servidores que se citan en el presente hallazgo de auditoría, incumplieron las disposiciones reveladas en el contenido de esta condición reportable.

### **Recomendaciones**

#### **Al Gerente General del HTMC**

3. Dispondrá a la Coordinación General de Talento Humano que realice controles sorpresivos y aleatorios de asistencia de los médicos por servicio, las novedades de esta labor serán comunicadas al Gerente General y Director Administrativo, con la finalidad de que se tomen las acciones correctivas del caso.

*Quintanilla*

**A los Jefes de Servicio del HTMC**

4. Supervisarán la asistencia del personal a su cargo de forma permanente, a fin de satisfacer la demanda de atención del servicio, y para que el mismo cuente con toda su capacidad resolutive.

**A los médicos en general**

5. Cumplirán su horario laboral de conformidad a lo establecido por cada servicio, con la finalidad de que el HCAM cuente con toda su capacidad resolutive.

**Prestadores de servicios de salud privados reportaron liquidaciones por prestaciones de salud, al margen de las disposiciones legales establecidas.**

Los representantes de los Ministerios de Salud Pública, Interior, Defensa, Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social, Instituto de Seguridad Social de las Fuerzas Armadas e Instituto de Seguridad Social de la Policía Nacional, suscribieron el Convenio Marco Interinstitucional, el 10 de abril de 2012, a través del cual conformaron a Red Pública Integral de Salud, estableciéndose en la cláusula cuarta, numerales uno y cuatro:

*"...El Ministerio de Salud Pública, en su calidad de Autoridad Sanitaria Nacional, es el ente Rector en materia de salud, por lo que los Acuerdos Ministeriales y Resoluciones que de este emanen, serán aplicables, vinculante, obligatorios y de inmediato cumplimiento para los MIEMBROS DE LA RED PÚBLICA INTEGRAL DE SALUD..."*

*"...Los MIEMBROS DE LA RED PÚBLICA INTEGRAL DE SALUD se obligan a aplicar el Tarifario para el Sistema Nacional de Salud expedido por la Autoridad Sanitaria Nacional..."*

Sobre este particular, el Presidente del Consejo Directivo del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social, con oficios 11000000-567-CD TR 78910 y 11000000-568-CD TR 78910 de 30 de agosto de 2012, respectivamente, informó al Director General del IESS y a la Ministra de Salud Pública, que el Consejo Directivo del IESS, adoptó la siguiente resolución:

*"...1. Disponer a través del Director General, la aplicación por parte del IESS del Tarifario de Prestaciones para el Sistema Nacional de Salud, para efectos del*

*cumplimiento de las obligaciones contenidas en el Convenio Marco Interinstitucional que conforma la Red Pública Integral de Salud-RPIS...”.*

Por lo que a partir de estas notificaciones, se implementó y aplicó el tarifario publicado en el R.O. 289 de 24 de mayo de 2012; y a partir de abril del 2015, el publicado en R.O. 235 de 24 de diciembre de 2014.

En razón de los compromisos adquiridos por las autoridades del IESS, los mencionados tarifarios se volvieron de aplicación obligatoria para el reconocimiento de las obligaciones generadas por los servicios de salud otorgados por prestadores privados contratados por el IESS a nivel nacional; servicios que para ser planillados, debieron ajustarse a las condiciones establecidas en el instructivo 001-2012, documento que formó parte de convenio marco suscrito entre los representantes de la Red Pública Integral de Salud, que en su parte pertinente dice:

*“...Coordinación de pagos y tarifas.- Los pagos por las atenciones prestadas a los usuarios, se cancelarán según el Tarifario de Prestaciones para el Sistema Nacional de Salud vigente a la fecha de atención.- El pago de los gastos originados por la atención de salud que se brinde a los usuarios señalados en este Instructivo, se realizará luego de los respectivos procedimientos administrativos de evaluación de los documentos, auditoría/pertinencia médica, tarifas y la liquidación financiera; para tal fin los prestadores enviarán la información para el cobro de las atenciones brindadas, de la siguiente manera:- 1.- El pago de los servicios prestados por unidades de salud, se realizará contra presentación de las planillas individuales de gastos correspondientes, legalizados mediante firma por el usuario o su representante, en el que se haga constar:- a. El número de cédula de ciudadanía y de historia clínica.- b. El código CIE 10 de la enfermedad. c.- El código del procedimiento o procedimientos realizados a cada paciente, el valor unitario del procedimiento, la cantidad utilizada y el valor total.- d) El código de los insumos y suministros utilizados para atender al usuario, el valor unitario, la cantidad utilizada y el valor total...”.*

Con el fin de aplicar la pertinencia médica, a los reclamos (solicitudes de pago) presentados por los prestadores, el Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social, contrató los servicios de la empresa R.DES SERVICIOS CORPORATIVOS Cía. Ltda., misma que puso a disposición del IESS, la plataforma informática PROSICK, a través de la cual a partir del mes de julio de 2013, realizó la pertinencia médica de los requerimientos de pago generados para el reconocimiento económico de los servicios de salud otorgados por los prestadores privados, para lo cual de acuerdo a la metodología establecida, debieron registrar en la mencionada plataforma, los valores planillados por honorarios, procedimientos, medicamentos, insumos, servicios institucionales; además, debieron

*Quintanilla*

subir los documentos que respaldan los valores planillados, escaneados; y, en base a ello aplicar la evaluación de la pertinencia médica conforme lo dispuesto en el Instructivo 001-2012, instrumento que en el título "Documentación a enviar para el pago", indica que para el reclamo económico de los servicios de salud brindados a los pacientes de la Red Pública de Salud se presentará:

*"...2.-Copia del ANEXO 01 en caso de referencia/contra referencia para hospitalización, o del pedido de examen si el paciente fue derivado a procedimiento ambulatorio.- 3. Copia de la autorización de derivación, transferencia o código de validación emitido por la institución responsable del paciente.-5. Copia de la epicrisis firmada por el médico tratante y el responsable del servicio. El contenido mínimo debe ser: datos generales del paciente, número de la historia clínica, diagnóstico codificado según la CIE-10, plan de tratamiento, los procedimientos realizados al paciente, así como el detalle de los más importantes resultados de laboratorio e imagen de existir, así como el plan de tratamiento previsto post-egreso.- 6. Copia del formulario 008, si el paciente fue atendido por emergencia en el que conste firma y sello del responsable del servicio.- 7. En casos de cirugías, copia protocolo operatorio y de protocolo anestésico con firma y sello del médico responsable..."*

En relación a la pertinencia médica, servicio contratado con la empresa R.DES SERVICIOS CORPORATIVOS Cía. Ltda., según la cláusula cuarta "OBJETO DEL CONTRATO", suscrito el 19 de febrero de 2013, su cobertura comprendió la:

*"...ADMINISTRACIÓN OPERATIVA Y APOYO TÉCNICO EN LOS PROCESOS DE EVALUACIÓN MÉDICA Y LIQUIDACIÓN DE TRÁMITES DE ATENCIONES DE HOSPITALIZACIÓN CLÍNICA Y QUIRÚRGICA, INCLUIDO UCI Y EMERGENCIAS BRINDADAS POR PRESTADORES DE SALUD EXTERNOS DE LA RED DEL IESS, cumpliendo el objeto del contrato constante en la página 6 de los pliegos del proceso, las características y especificaciones técnicas establecidas en el numeral 4.11.1 de los mismos pliegos, las preguntas, aclaraciones y respuestas realizadas dentro del proceso y las características, especificaciones técnicas y económicas detalladas en la oferta..."*

En relación a esta condición, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 112 del Reglamento de la LOSNCP y las cláusulas 2.01, literal i); 2.02, literales g) y h) del contrato, también, forman parte de las obligaciones de este instrumento legal, lo previsto en la página seis de los pliegos, sección II, Objeto de la Contratación, que en su parte pertinente dice:

*"...Este proceso tiene por objeto contratar un servicio de evaluación y liquidación de reclamos, que operativamente apoye a los Evaluadores Médicos del IESS en la revisión de la pertinencia de lo actuado a nivel asistencial para así emitir una orden*

*de gasto para la red propia y la red complementaria en función de la normativa nacional: Contrato con prestadores, Guías de práctica clínica y protocolos oficiales, Resoluciones del IESS relacionadas a la prestación de servicios de salud, la Ley Orgánica de Salud, Ley de derechos y amparo al paciente, Ley del SOAT, Tarifario del IESS, Tarifario Nacional y la aplicación de la mejor evidencia médica disponible...”.*

En consideración a las obligaciones contractuales, que acordó la empresa R.DES SERVICIOS CORPORATIVOS Cía. Ltda., las cuales no fueron cumplidas a cabalidad, los reclamos presentados por los prestadores privados de salud por los servicios brindados a los afiliados y pensionistas del IESS, una vez cumplida la pertinencia médica, les correspondió a los servidores del IESS, encargados del control previo y concurrente conforme lo dispuesto en los artículos 9, 10, 11 y 12 de la Ley Orgánica de la Contraloría General del Estado, validar los resultados presentados por la contratista y proceder a la autorización del gasto y pago de las obligaciones, en base a su potestad de controlar el uso y destino de los recursos, efectuando el control previo al gasto y pago, conforme lo ordena el artículo 18 de la Ley de Seguridad Social que en su parte pertinente dispone:

*“...Art. 18.- PRINCIPIOS DE ORGANIZACIÓN.- El IESS estará sujeto a las normas del derecho público, y regirá su organización y funcionamiento por los principios de autonomía, división de negocios, desconcentración geográfica, descentralización operativa, control interno descentralizado y jerárquico, rendición de cuentas por los actos y hechos de sus autoridades, y garantía de buen gobierno, de conformidad con esta Ley y su Reglamento General”....- Control Interno Descentralizado y Jerárquico.- El control administrativo, financiero y presupuestario de los recursos administrados por el IESS se hará de manera previa y concurrente por cada uno de los ordenadores de ingresos y egresos, y el control posterior a la realización de dichas transacciones se ejecutará a través de la unidad de Auditoría Interna.- Rendición de Cuentas.- Los directivos, funcionarios, servidores y trabajadores del IESS están sujetos a las reglas de responsabilidad propias del servicio público, en lo relativo al manejo y la administración de los fondos, bienes y recursos confiados a su gestión, cualquiera sea la naturaleza jurídica de su relación de servicio...”.*

Lo cual no se evidenció haberse cumplido, siendo competencia durante la vigencia del contrato suscrito con la empresa R.DES SERVICIOS CORPORATIVOS Cía. Ltda., de los Subdirectores Provinciales de Prestaciones del Seguro de Salud, Guayas, en sus respectivos períodos de gestión, de conformidad con lo previsto en el numeral 3.2 “Subdirección Provincial de Prestaciones del Seguro de Salud”, literales c) y f) del Reglamento Orgánico Funcional del IESS, emitido con Resolución C.D. 457 de 8 de agosto de 2013, publicada en el R.O. 45 de 30 de agosto de 2013; y, artículo 11, literal l) de la Resolución C.D. 483 de 13 de abril de 2015, vigente desde su publicación en el

*Orreola*

R.O. 503 de 19 de mayo de 2015, realizar el control previo y concurrente, antes de autorizar el gasto y el pago; por lo que no se evaluó y garantizó que los resultados de la pertinencia médica tengan márgenes de error que no afecten a los recursos del IESS; y, que la documentación con la que se respaldaron las prestaciones brindadas a los pacientes del IESS por parte de prestadores privados de salud, sea competente, suficiente y pertinente, y cumplan con los principios de legalidad, veracidad y propiedad.

Del análisis a una muestra de los resultados presentados por la empresa R.DES SERVICIOS CORPORATIVOS Cía. Ltda., después de haberse aplicado la pertinencia médica, se determinó que los prestadores de servicios de salud privados, no obstante tener la obligación de cumplir con las disposiciones legales antes descritas en la prestación de sus servicios y el consecuente reclamo de los pagos generados por las atenciones médicas, no cumplieron, conforme las obligaciones contempladas en sus respectivos contratos en los que se establece que:

*"...El IESS pagará al PRESTADOR, los precios que constan detallados en el Tarifario Vigente que el Seguro General de Salud Individual y Familiar (SGSIF) aplique a la fecha de la prestación de los servicios de salud; por lo que, el PRESTADOR se obliga a aplicarlo para el reconocimiento económico de sus servicios, de acuerdo a las reglas estipuladas en el mismo..."*

*"...Las Prestaciones que no se encuentran estipuladas en el Tarifario y/o en el presente Contrato, que hayan sido otorgadas por el PRESTADOR al paciente sin la debida autorización, del IESS, no podrán ser reclamadas ni facturadas al Instituto y serán de exclusiva responsabilidad del Prestador..."*

*"...El Prestador no podrá facturar ningún servicio adicional que no se encuentre, según la normativa vigente prevista para el efecto, debidamente autorizado o dispuesto por el IESS..."*

*"...El PRESTADOR expresa conocer y someterse a la normativa legal interna del IESS, respecto a las estipulaciones aplicables a la prestación de servicios de salud por parte de prestadores privados. De igual forma, de manera expresa, manifiesta su voluntad de someterse a las resoluciones que en el futuro expida el Consejo Directivo del IESS sobre la contratación de servicios de salud externa..."*

De los datos que constan en la herramienta PROSICK, se determinó que Benemérita Sociedad Protectora de la Infancia Hospital "León Becerra"; y, la Junta de Beneficencia de Guayaquil, que según los estatutos correspondientes constituyen sociedades con finalidad social sin fines de lucro por lo que no reparten utilidades. Por el contrario, los

*Quinto y uno*

prestadores: Santa María CLISANTA S.A., GALOSTAR Clínica RENDON S.A., Hospital SURHOSPITAL, Clínica Guayaquil Servicios Médicos S.A., Centro de Servicios Médicos San Francisco CEMEFRA C.A ; Clínica Panamericana CLIMESA S.A ; Esculapio S. A. (Clínica Alcívar); Fideicomiso Titularización OMNI Hospital; Industrial Inmobiliaria TEOTON S.A. (Clínica Kennedy-Policentro); Servicios Hospitalarios S.A. ALBOTEOTON, que constituyen sociedades mercantiles con fines de lucro; ingresaron reclamos para el reconocimiento económico por sus servicios de salud brindados por 436 776 917,37 USD, de los cuales la empresa R.DES SERVICIOS CORPORATIVOS Cía. Ltda., objetó 42 936 856,31 USD., por no ajustarse a las condiciones y precios estipulados en el Tarifario emitido por el Ministerio de Salud Pública, poniendo a consideración del IESS, 393 840 061,06 USD para la aprobación del gasto y pago, como se describe a continuación:

PRESTADOR	CANTIDAD DE EXPEDIENTES	VALOR PRESENTADO USD	VALOR OBJETADO USD	VALOR APROBADO USD
CENTRO DE SERVICIOS MEDICOS SAN FRANCISCO CEMEFRA C.A.	17.213	32.754.203,86	1.714.961,82	31.039.242,04
GALOSTAR SA	1.405	2.951.105,18	293.680,98	2.657.424,20
ESCULAPIO S.A.	20.492	43.026.257,48	2.753.678,70	40.272.578,78
CLINICA GUAYAQUIL	4.798	17.240.139,85	421.105,32	16.819.034,53
CLINICA PANAMERICANA CLIMESA S.A.	19.649	65.702.247,41	2.197.346,89	63.504.900,52
CLINICA SANTA MARIA CLISANTA S.A.	6.884	8.305.252,08	652.473,09	7.652.778,99
JUNTA DE BENEFICENCIA DE GUAYAQUIL	65.428	123.592.561,25	3.633.056,57	119.959.504,68
INDUSTRIAL INMOBILIARIA TEOTON S.A.	10.965	67.673.048,66	19.348.139,13	48.324.909,53
FIDEICOMISO TITULARIZACIÓN OMNIHOSPITAL	10.344	28.071.290,49	1.751.341,57	26.319.948,92
SERVICIOS HOSPITALARIOS S.A. ALBOTEOTON	6.555	31.204.059,56	8.337.347,61	22.866.711,95
BENEMÉRITA SOCIEDAD PROTECTORA DE LA INFANCIA	7.244	9.032.126,70	1.266.266,05	7.765.860,65
GALPE S.A	2.661	7.224.624,85	567.458,58	6.657.166,27
<b>TOTAL</b>	<b>173.638</b>	<b>436.776.917,37</b>	<b>42.936.856,31</b>	<b>393.840.061,06</b>

Los motivos de las objeciones y errores recurrentes, fueron de conocimiento los mencionados prestadores, puesto que todo ello se detalla en el sistema PROSICK al cual tienen completo acceso, sin embargo, los mismos insistieron en el ingreso de planillas con las deficiencias que R.DES SERVICIOS CORPORATIVOS Cía. Ltda., ya había observado, ocasionando que varias de ellas hayan sido aceptadas por la empresa

*Atreidos y 000*

evaluadora, y puestas a consideración del IESS, para la aprobación del gasto y el pago por parte de los Subdirectores Provinciales de Prestaciones del Seguro de Salud, Guayas, sin que se haya objetado las mismas y que tampoco sean observadas al momento de evaluar el cumplimiento de las obligaciones contractuales por parte los Administradores del Contrato suscrito entre el IESS y R.DES SERVICIOS CORPORATIVOS Cía. Ltda., realizando pagos a los que los prestadores de salud privados no tenían derecho, por lo que a base del análisis a una muestra seleccionada a continuación describimos los principales hechos reportables:

1. Para el reconocimiento económico de las prestaciones de salud brindadas a los pacientes del IESS, la Clínica Panamericana CLIMESA registró en la plataforma PROSICK información y documentación, a través de la cual se cobró 2 veces por una misma atención, con soportes iguales (notas de evolución, protocolos operatorios, facturas entre otros) y por los mismos diagnósticos, de un mismo paciente pero en fechas diferentes, y con un diferente número de reclamo, pagándose duplicadamente, planillando facturando y cobrando, recursos a los que no tenía derecho, auditoria presenta como ejemplo dos casos detallados a continuación:

N. RECLAMACIÓN	N. ATENCIÓN	VALOR PAGADO USD.	OBSERVACIONES DE AUDITORIA	NOVEDAD	PAGO DUPLICADO USD.
6988	5333524174	9.753,00	Prestación Facturada con los mismos documentos de soporte en la reclamación 8930	Primer reclamo ingresado en la plataforma PROSICK	
8930	5333524175	9.046,37	Prestación Facturada con los mismos documentos de soporte en la reclamación 6988	Pago duplicado	9 046,37
6985	4445725015	31.072,02	Prestación Facturada con los mismos documentos de soporte en la reclamación 8930	Primer reclamo ingresado en la plataforma PROSICK	
8930	4445725016	32.632,23	Prestación Facturada con los mismos documentos de soporte en la reclamación 6985	Pago duplicado	32 632,23
TOTAL EXPEDIENTES DUPLICADOS					41 678,60

Fuente: Sistema Prosick

2. La Clínica Panamericana CLIMESA S.A., y Centro de Servicios Médicos San Francisco CEMEFran C.A., planillaron por cirugías realizadas a diferentes

*Accidentes y Tercer*

pacientes en el mismo día, a la misma hora y con varios integrantes de un mismo TEAM quirúrgico.

Auditoría presenta a manera de ejemplo 7 casos por 68 165,97 USD, detallados en **Anexo 3**, en los que interviene un mismo médico anesthesiologo; inclusive en varios casos con el mismo cirujano y primer ayudante, tomando en cuenta que no pueden realizarse simultáneamente procedimientos quirúrgicos a varios pacientes por no corresponder a una obligación generada en una contraprestación de los servicios que le fueron contratados a estos prestadores.

El Gerente General de la empresa R.DES SERVICIOS CORPORATIVOS Cía. Ltda., sobre estos hechos mediante oficio RD-244 de 28 de julio de 2015, indicó:

*"...La plataforma ni el equipo de auditores pueden detectar que se repita el mismo team quirúrgico, ya que se asignan los expedientes de manera aleatoria.- Nos parece una conducta anómala y hasta maliciosa por parte de los prestadores el colocar dos expedientes con el mismo team quirúrgico y a la misma hora en diferentes pacientes, lo cual ameritaría una auditoría amplia por parte del IESS a dichos prestadores.- Este caso será cargado al módulo de pagos en exceso, para los ajustes del caso..."*

El Gerente General de la CLÍNICA PANAMERICANA-CLIMESA S.A, mediante comunicación de 8 de diciembre de 2015, indicó que en los dos primeros pacientes detallados en el anexo 3, no existe contraposición de horarios, y que en los otros tres si pero solo del anesthesiologo; sin embargo, auditoría determinó que la condición observada se mantiene basándose en los protocolos operatorios y hojas de anestesia, que constan en la plataforma PROSICK, en base a lo cual se aprobó el gasto y con ello se procedió al pago, además remitió protocolos operatorios, diferentes a los que forman parte de los archivos magnéticos alojados en la plataforma PROSICK, y sobre los que se aprobaron los reclamos (solicitudes de pago), por los servicios de salud brindados a los pacientes del IESS, lo cual evidencia que el prestador sustentó la prestación con documentos que no son confiables, tomando en cuenta de que la historia clínica del paciente es un documento médico único, legal que no puede variar por ningún motivo, tal como lo dispone al artículo 3 del Reglamento para el Manejo de Información Confidencial en el Sistema Nacional de Salud.

El Representante Legal de Centro de Servicios Médicos San Francisco CEMEFran  
*Arreola y otros*

C.A. con comunicación sin número y sin fecha indicó:

*“...El equipo de cirujanos dirigidos por el Dr... inició ambas cirugías traumatológicas previamente programadas a las 19h00 del día 14 de noviembre de 2013, ocurre que siendo entre los dos procedimientos el menos complejo...pues solo presenta una fractura de peroné, y siendo que en dicha operación en su parte principal (colocación de la placa y tornillos) interviene el cirujano principal por lo general aproximadamente entre 20 y 30 min, era posible dadas las circunstancias sumadas a una buena sincronización que el mismo profesional junto con su primer ayudante, se pudieran trasladar al otro quirófano en donde se iba también a intervenir pero por una fractura distinta...en quien dicho sea de paso, ya se había iniciado el procedimiento de anestesia y la asepsia respectiva de la zona quirúrgica procedimiento que aproximadamente en conjunto duran 30 min, logrando con esta planificación y metodología, una exitosa intervención no solo en este caso sino que también en los que técnicamente han sido posibles...”*

Sobre esta condición observada, el apoyo médico de auditoría, en memorando 011-DCVI-DADSySS-2015 de 17 de julio de 2015, indicó que no se pueden programar dos cirugías simultáneas con el mismo TEAM quirúrgico por más simples que éstas parezcan, la seguridad del paciente es lo primordial por lo que toda cirugía se programa oportunamente para contar con el TEAM quirúrgico que se responsabilice en todo el tiempo, de lo cual, el protocolo operatorio y la hoja de anestesia constituyen documentos médico legales en los cuales, constan los nombres de los integrantes de dicho equipo y por ningún concepto, salvo justificación debidamente sustentada, pueden ausentarse de la cirugía, y menos aún a otro procedimiento quirúrgico en los mismos tiempos, a fin de que en caso de que se presentara cualquier tipo de complicación sea resuelta efectiva y oportunamente, conforme lo determina el documento denominado *“Práctica Organizacional Requerida: Norma Cirugía Segura (Salva Vidas)”*, emitida por el Ministerio de Salud Pública, con Acuerdo Ministerial 4499, de 07 de noviembre del 2013, en el que se establecen las condiciones antes descritas.

3. La Clínica Panamericana CLIMESA S.A., planilló, facturó y cobró por procedimientos, medicamentos, insumos y materiales que no se reportan haberse administrado a los pacientes según las respectivas historias clínicas, como ejemplo auditoría presenta los siguientes casos:

En las atenciones otorgadas a los pacientes con Nos. de Atenciones 29647, 29011 y 21588, planilló y registró en la plataforma PROSICK, 1 568 “INHALOTERAPIA,

*Presenta y cinco*

SESIÓN (NEBULIZADOR ULTRASÓNICO O PRESIÓN POSITIVA INTERMITENTE", por 10 212,64 USD, procedimientos que no constan registrados en las notas de evolución, bitácoras y kardex de medicamentos que están alojadas en la plataforma informática de evaluación; además, en el expediente con No. Atención 29647, se ingresó el reclamo de 315 terapias respiratorias por 3 215,71 USD., de las cuales 165 por 1 105,50 USD., no se ha evidenciado su registró en la historia clínica del paciente, documento que fue subido por el prestador a la plataforma PROSICK; sin embargo, el proveedor del servicio, planilló y presentó como parte de los reclamos que fueron evaluados y aprobados por la empresa R.DES SERVICIOS CORPORATIVOS Cía. Ltda., y puestos a consideración del IESS para la aprobación del gasto y pago, sin que se hayan objetado por los Subdirectores Provinciales de Prestaciones del Seguro de Salud, Guayas y los Administradores de Contrato suscrito entre el IESS y R.DES SERVICIOS CORPORATIVOS Cía. Ltda., al momento de autorizar el gasto y el pago, e informar del cumplimiento de las obligaciones contractuales por el servicio contratado a la empresa antes citada. **Anexo 4**

En la atención No. 60691, según notas de evolución y kardex de medicamentos, se determinó que se suministraron 15 tabletas del medicamento TEMOZOLOMIDA, por lo que de acuerdo a la factura 130 de 10 de noviembre de 2014, se debió pagar 1 671,78 USD.; sin embargo, la Clínica Panamericana CLIMESA S.A., planilló y solicitó el pago por 75 tabletas a 111,45 USD., cada una, dando un total de 8 358,90 USD., existiendo un valor planillado en exceso de 6 687,12 USD, por medicamentos que no fueron administrados al paciente, según su historia clínica, sin que los Subdirectores Provinciales de Prestaciones del Seguro de Salud, Guayas y los Administradores de Contrato suscrito entre el IESS y R.DES SERVICIOS CORPORATIVOS Cía. Ltda., hayan realizado un control al momento de autorizar lo planillado, el gasto y el pago al prestador, ni al justificar el cumplimiento de las obligaciones por parte de R.DES SERVICIOS CORPORATIVOS Cía. Ltda.

En la atención No. 28951, se determinó que los servicios facturados por exámenes de laboratorio e imagen, honorarios, procedimientos, insumos y medicamentos, a pesar de haber sido planillados, no se evidenció registros de su realización y administración al paciente, en las notas de evolución, bitácoras, kardex de medicamentos, por 15 152,47 USD, sin embargo de que estos servicios fueron

*Presenta y se*

validados por la empresa R.DES SERVICIOS CORPORATIVOS Cía. Ltda., y autorizados el gasto y pago a los prestadores por los Subdirectores Provinciales de Prestaciones del Seguro de Salud, Guayas y los Administradores de Contrato suscrito entre el IESS y R.DES SERVICIOS CORPORATIVOS Cía. Ltda. **Anexo 5**

Además, la Clínica Panamericana CLIMESA S.A., presentó reclamos para el reconocimiento económico, por hospitalización posterior, cuidado y manejo diario, derechos de sala, cuidados subsecuentes que el paciente no utilizó puesto que las cantidades planilladas, facturadas y cobradas son superiores a los días que el paciente permaneció en los respectivos servicios según consta en las historias clínicas de los pacientes por lo que el prestador cobró en exceso 1 418,66 USD., sin tener derecho lo cual además no fue objetado por R.DES SERVICIOS CORPORATIVOS Cía. Ltda. **Anexo 6**

4. Benemérita Sociedad Protectora de la Infancia Hospital "León Becerra"; Clínica Santa María CLISANTA S.A., GALOSTAR Clínica RENDON S.A., Hospital SURHOSPITAL, Clínica Guayaquil Servicios Médicos S.A., Centro de Servicios Médicos San Francisco CEMEFRA C.A ; Clínica Panamericana CLIMESA S.A ; Esculapio S. A. ( Clínica Alcivar); Fideicomiso Titularización OMNI Hospital; Industrial Inmobiliaria TEOTON S.A. (Clínica Kennedy-Policentro); Servicios Hospitalarios S.A. ALBOTEOTON; Junta de Beneficencia de Guayaquil, planillaron, facturaron y cobraron por suministros médicos, insumos o materiales, que de acuerdo al criterio del apoyo médico de auditoría, constante en memorando 014-DADSySS-DCVI-2016 de 20 de febrero de 2016 y de la Directora Nacional de Articulación de la Red Pública Complementaria de Salud, Subrogante, emitido con oficio MSP-DNARPCS-2015-0419-O, de 11 de agosto de 2015, no tienen cobertura, ya que los mismos están incluidos en los respectivos procedimientos médicos y derechos de sala, incumpliendo lo previsto en el Tarifario para el Sistema Nacional de Salud, emitido por el Ministerio de Salud Pública, así como en la sección A, Normas Generales, numeral 6 "MEDICAMENTOS, SUMINISTROS MÉDICOS, INSUMOS Y OTROS MATERIALES", que en su parte pertinente dice:

*"...En el caso de suministros médicos, insumos o materiales de uso clínico-quirúrgico en el que se empleen materiales colectivos y de uso múltiple que pueden ser utilizados en uno o varios eventos, no medibles unitariamente y que no es factible su identificación individual, tales como: algodón, torundas, aplicadores, apósitos, compresas re-esterilizadas, drenes, gasas, esparadrapo,*

*Orlando Pizarro*

*soluciones desinfectantes, etc.), no serán facturados ya que su costo está incluido en el respectivo procedimiento médico sea ambulatorio u hospitalario...- ...Los materiales, suministros e insumos fungibles que se usa por una sola vez para un solo paciente, consumidos en actos no quirúrgicos de las salas detalladas en servicios institucionales, están incluidos en el derecho de sala...”.*

La situación expuesta, se presentó debido a que los prestadores privados de salud, no obstante ser de su conocimiento y tener la obligación contractual de observar lo dispuesto en el Tarifario para el Sistema Nacional de Salud y a pesar de que la empresa evaluadora, en varios de estos insumos lo objetó recurrentemente, insistió en presentar sus reclamos para el reconocimiento económico de suministros médicos, insumos o materiales, incluidos en los respectivos procedimientos y derechos de sala, varios ejemplos por 415 608,96 se detallan en **Anexo 10**,

5. La Clínica Panamericana CLIMESA S.A., realizó reclamos para el reconocimiento económico por los servicios de salud prestados, por conceptos como: insumos y medicamentos, de lo cual se adjuntaron facturas como lo establece la sección A, Normas Generales, numeral 6 “MEDICAMENTOS, SUMINISTROS MÉDICOS, INSUMOS Y OTROS MATERIALES”, que en su parte pertinente dice:

*“...Todo suministro médico, insumo o material de uso clínico-quirúrgico, que sea identificado de manera unitaria, que se usa por una sola vez y descartables para un solo paciente, se facturarán de manera individual al precio de compra institucional (institución prestadora) más el 10% sobre la base imponible (precio sin impuestos) por gastos de gestión.-Los medicamentos se prescribirán en genéricos y se facturan al precio de compra de la farmacia institucional (institución prestadora) más el 10% sobre la base imponible...en ningún caso el precio será superior al precio de venta a farmacia establecido por el Consejo Nacional de Fijación y Revisión de Precios de Medicamentos de uso humano...”*

Sin embargo, se determinó que la Clínica Panamericana CLIMESA S.A., presentó reclamos para el reconocimiento económico dentro de la plataforma PROSICK, con valores superiores a los reflejados en las facturas, documentos que forman parte de los respaldos a la prestación, y que están alojadas en la herramienta informática antes citada, lo cual no fue determinado en el proceso de pertinencia médica realizada por R.DES SERVICIOS CORPORATIVOS Cía. Ltda., ni objetado al momento de aprobar el gasto y el pago y evaluar el cumplimiento de las obligaciones contractuales de la empresa contratista, por parte de los Subdirectores Provinciales de Prestaciones del Seguro de Salud, Guayas y los Administradores

*Pracista y otros*

de Contrato suscrito entre el IESS y R.DES SERVICIOS CORPORATIVOS Cía. Ltda. Auditoría presenta varios ejemplos a continuación:

No. De Atención: 23648  
No. ID de expediente: 9936

Insumo	Factura	Valor Factura	10% de gestión	Valor Total determinado por Auditoría	Ingresado por prestador y autorizado por R.DES	Diferencia
Prótesis total descementada de cadera compuestas de : vástago descementado con soporte en el calcar diferentes medidas cótilo metálico diferentes medidas cótilo de polietileno diferentes medidas cabeza 28 mm cuellos S-M-L-XL tornillo de fijación dife	42036	2.856,95	285,70	3.142,65	3.079,55	-83,09
Prótesis total descementada de cadera compuestas de : vástago descementado con soporte en el calcar diferentes medidas cótilo metálico diferentes medidas cótilo de polietileno diferentes medidas cabeza 28 mm cuellos S-M-L-XL tornillo de fijación dife	2136	10.117,70	1.011,77	11.129,47	29.161,00	18.031,53
Sistema de fijación para reparación de ligamentos cruzados tipo boton + tornillo biodegradable para tibia.	41768	3.670,39	367,04	4.037,43	3.079,65	-957,78
<b>Total reclamo en exceso</b>						<b>17.010,66</b>

No. De Atención: 28951  
No. ID de reclamación: 21508

Insumo	Factura	Valor Factura	10% de gestión	Valor Total determinado por Auditoría	Ingresado por prestador y autorizado por R.DES	Diferencia
Pasta de hidroxiapatita nano particular 5ml.	2835	4.150,00	415,00	4.565,00	6.502,71	1.937,71
FAJA ORTOPÉDICA TÓRACO-ABDOMINAL EN MATERIAL DE ALGODÓN, NILÓN, RAYÓN, DACRÓN, CON O SIN VARILLAS PLÁSTICAS O METÁLICAS Y SISTEMA DE AJUSTE VARIABLE.	6785	24,11	2,41	26,52	58,08	31,56
ELECTRODOS COOL TIP MÚLTIPLE DE EXPOSICIÓN DE PUNTA. (Especificar dimensiones).	2835	3.201,51	320,15	3.521,66	3.803,28	281,62
<b>Total reclamo en exceso</b>						<b>2.250,89</b>

No. De Atención: 33996  
No. ID de reclamación: 27055

Insumo	Factura	Valor Factura	10% de gestión	Valor Total determinado por Auditoría	Ingresado por prestador y autorizado por R.DES	Diferencia
ALBÚMINA-Solución inyectable-20% - 25%----, se evidenció en la factura que cada unidad tiene un valor de 48,00 + el 10 % de gestión = 52,80 en la historia clínica refleja 94 unidades administradas al paciente.	2835	4.512,00	451,20	4.963,20	7.485,22	2.522,02
<b>Total reclamo en exceso</b>						<b>2.522,02</b>

Fuente: Sistema Prostick

Por otra parte, Centro de Servicios Médicos San Francisco (CEMEFRAN) C.A., realizó reclamos para el reconocimiento económico por los servicios de salud prestados, por concepto de medicamentos, sin adjuntar las facturas que respalden su pago, sin embargo al realizar una comparación entre los valores facturados y cobrados, con los precios de venta a farmacia establecido por el Consejo Nacional de Fijación y Revisión de Precios de medicamentos de uso humano se estableció

*Quince y nueve*

una diferencia considerable, a manera de ejemplo auditoría presenta los siguientes casos:

NUM. ATEN.	FECHA PRESTACIÓN	FECHA LIQ.	NOMBRE MEDICAMENTO OK	CANT APROBADA	VALOR UNITARIO APROBADO	TOTAL APROBADO	PRECIO UNITARIO CONSEJO NACIONAL DE FIJACIÓN DE PRECIOS	DETERMINADO POR AUDITORIA	VALOR OBSERVADO	VALOR TOTAL FACTURADO POR TODA LA ATENCIÓN	% QUE REPRESENTA EL SOBREPRECIO
10041511	04/11/2013	20/08/2014	LIDOCAÍNA SIN EPINEFRINA FRASCO X 20ML. SOLUCIÓN INYECTABLE 2%	1	9 999,99	9 999,99	2,36	2,36	9 997,63	11 981,90	83%
148543061	01/12/2013	07/10/2014	NEOSTIGMINA	3	9 999,99	29 999,97	0,7	2,1	28 999,27	40 894,21	98%
148543061	01/12/2013	07/10/2014	ATROPINA SOLUCIÓN INYECTABLE 1MG/ml	1	9 999,99	9 999,99	0,65	0,65	9 999,34		
148543169	03/12/2013	26/08/2014	SODIO CLORURO-FUNDA X 500ML-SOLUCIÓN INYECTABLE 0.9%	1	9 999,99	9 999,99	5,21	5,21	9 994,78	20 837,47	95%
148543169	03/12/2013	26/08/2014	SODIO CLORURO FUNDA X 250ML - SOLUCIÓN INYECTABLE 0.9%	1	9 999,99	9 999,99	2,97	2,97	9 997,02		
148543178	03/12/2013	16/09/2014	SODIO CLORURO FUNDA X 100ML - SOLUCIÓN INYECTABLE 0.9%	1	9 999,99	9 999,99	1,65	1,65	9 998,34	20 645,46	97%
148543178	03/12/2013	16/09/2014	SODIO CLORURO FUNDA X 250ML - SOLUCIÓN INYECTABLE 0.9%	1	9 999,99	9 999,99	2,97	2,97	9 997,02		
			TOTAL			89 999,91		16,51	89 983,40		

Fuente: Sistema PROSICK

Como se puede observar el valor del sobreprecio constituyo hasta un 97% del valor total de la prestación brindada al paciente, lo cual no fue determinado en el proceso de pertinencia médica realizada por R.DES SERVICIOS CORPORATIVOS Cía. Ltda., ni objetado al momento de aprobar el gasto y el pago y evaluar el cumplimiento de las obligaciones contractuales de la empresa contratista, por parte de los Subdirectores Provinciales de Prestaciones del Seguro de Salud, Guayas y los Administradores de Contrato suscrito entre el IESS y R.DES SERVICIOS CORPORATIVOS Cía. Ltda.

6. Benemérita Sociedad Protectora de la Infancia Hospital "León Becerra"; Clínica Santa María CLISANTA S.A., GALOSTAR Clínica RENDON S.A., Hospital SURHOSPITAL, Clínica Guayaquil Servicios Médicos S.A., Centro de Servicios Médicos San Francisco CEMEFran C.A ; Clínica Panamericana CLIMESA S.A ; Esculapio S. A. (Clínica Alcívar); Fideicomiso Titularización OMNI Hospital; Industrial

Inmobiliaria TEOTON S.A. (Clínica Kennedy-Policentro); Servicios Hospitalarios S.A. ALBOTEOTON; Junta de Beneficencia de Guayaquil, planillaron y cobraron reiterativamente por servicios de habitación, cuidado y manejo diario, dieta hospitalaria, derechos de sala, exámenes de laboratorio e imagen, honorarios médicos con valores superiores a los establecidos en el tarifario del MSP y sin ajustarse a las condiciones establecidas en el mismo, a pesar de que el prestador ya estaba en conocimiento de estos errores puesto que la empresa R.DES SERVICIOS CORPORATIVOS Cía. Ltda., objetó varios de estos rubros en exceso, evitando su pago; sin embargo volvió a incurrir en los mismos, ocasionando que se pase por alto del control de R.DES SERVICIOS CORPORATIVOS Cía. Ltda., quien aprobó su planillaje, dando lugar a que se reconozca valores a los cuales el prestador no tenía derecho, sin que sea detectado en el proceso de pertinencia médica realizada por R.DES SERVICIOS CORPORATIVOS Cía. Ltda., ni objetado al momento de aprobar el gasto y el pago y evaluar el cumplimiento de las obligaciones contractuales de la empresa contratista, por parte de los Subdirectores Provinciales de Prestaciones del Seguro de Salud, Guayas y los Administradores del Contrato suscrito entre el IESS y R.DES SERVICIOS CORPORATIVOS Cía. Ltda. Auditoría describe varios de estos ejemplos a continuación:

- Por honorarios de cirujanos principales, segundos cirujanos y médicos tratantes, Clínica Santa María CLISANTA S.A., GALOSTAR Clínica RENDON S.A., Hospital SURHOSPITAL, Clínica Guayaquil Servicios Médicos S.A., Clínica Panamericana CLIMESA S.A., Centro de Servicios Médicos San Francisco CEMEFran C.A la BENEMERITA SOCIEDAD PROTECTORA DE LA INFANCIA "HOSPITAL LEON BECERRA" ingresaron valores superiores a los establecidos en el Tarifario de Prestaciones para el Sistema Nacional de Salud, emitido por el Ministerio de Salud Pública; además, las dos últimas casas de salud enunciadas, en el caso de primeros ayudantes, planillaron, facturaron y cobraron, con un valor igual al que le correspondió al primer cirujano, al respecto la sección D Servicios Profesionales Médicos, Normativa Específica numeral 2.4 del tarifario emitido por el Ministerio de Salud Pública, establece:

*"...2.4 Se reconocerá máximo el pago por los dos médicos ayudantes quirúrgicos dependiendo de la complejidad del procedimiento en cuyo caso se reconocerá el 20% del honorario del cirujano por el primer ayudante..."*

*Escobar*

- Esculapio S.A. Hospital Alcívar, en la atención 101201501341317, según la historia clínica, el paciente ingresó el 2 de diciembre de 2014 para la realización de un procedimiento quirúrgico ambulatorio programado: Artroscopia de rodilla derecha, que según el record operatorio duró 50 minutos, el médico traumatólogo le dio el alta por no presentar complicaciones el mismo día a las 16:00. Por DERECHO DE SALA DE CIRUGIA DESDE 16 MIN. HASTA 30 MIN. INSTITUCIONES DE TERCER NIVEL, con código 394211 el tarifario emitido por el MSP establece un valor de 80,67 USD, más 2% por ubicación geográfica, sin embargo el prestador, planilló, facturó y cobró 12 679, 89 USD solo por este concepto, y 13 704,76 USD, por la totalidad de la prestación, determinándose que el valor real a cobrar por todo el procedimiento quirúrgico ambulatorio fue de 1 106,87 USD, existiendo un valor en exceso de 12 597,60 USD, que representa el 1 138% del valor real de la prestación.
  
- Esculapio S.A. Hospital Alcívar, en la atención 201406315913, planilló 1 440,00 USD, por el código 394323 DERECHO DE SALA DE CIRUGIA DESDE 301 MIN. HASTA 330 MIN. 5 1/2 HORAS. INSTITUCIONES DE TERCER NIVEL, que según el tarifario tiene un valor de 644,76 USD, este planillaje fue objetado por R.DES SERVICIOS CORPORATIVOS Cía. Ltda. por no corresponder al tiempo quirúrgico reflejado en la historia clínica, puesto que en la misma se detalla que la duración del procedimiento quirúrgico fue de 30 minutos, por lo que el prestador dentro de la herramienta PROSICK, solicita que se le ajuste el valor al código 394211 cuyo valor establecido en el tarifario fue de 80,67 USD, en la plataforma se indica que la glosa es de 1 364,33 USD, sin embargo finalmente se aprobó por este ítem 1 440, 00 USD, es decir el valor que inicialmente ingresó el prestador.
  
- Esculapio S.A. Hospital Alcívar, por el código 99183 por concepto de ATENCION Y SUPERVISION DE TERAPIA CON OXIGENO HIPERBARICO, POR SESION, cuyo valor establecido en el tarifario emitido por el MSP, fue de 26,04 USD, planilló, facturó y cobro por esta prestación 140,00 USD, lo cual fue objetado reiterativamente por parte de la empresa R.DES SERVICIOS CORPORATIVOS Cía. Ltda., el prestador en la justificación de estas objeciones dentro de la plataforma PROSICK, indica que existe un convenio firmado con el IESS para el cobro con valor superior al establecido en el tarifario, el mencionado convenio  
*Convenio 100*

no se adjuntó a la plataforma PROSICK, por parte del Prestador, sin embargo la empresa R.DES SERVICIOS CORPORATIVOS Cía. Ltda., procedió a autorizar el planillaje, sin determinar en base a que documentación se realizó la aprobación. El mencionado convenio tampoco ha sido proporcionado a auditoría por parte del prestador, R.DES SERVICIOS CORPORATIVOS Cía. Ltda., ni el IESS, el mismo que debe tener una justificación técnica para que se haya autorizado a este prestador cobrar el 537% superior al valor establecido en el tarifario del MSP.

- FIDEICOMISO TITULARIZACIÓN OMNIHOSPITAL, por la intervención quirúrgica de un paciente identificado dentro de la plataforma PROSICK con número de reclamación 35024 y número de atención 24162, con diagnóstico TUBERCULOSIS DE LA COLUMNA VERTEBRAL A18.0+, facturó 600 veces por el uso del intensificador de imagen, cuyo precio unitario es de 70,52 USD, reconociéndose económicamente 42 312,48 USD, cuando debió facturar una sola vez de acuerdo a la historia clínica del paciente, por lo que planilló, facturó y cobro 42 241,48 USD., valor que fue pagado al prestador el 15 de diciembre de 2014, por un servicio que no brindó al paciente, lo cual no fue detectado al momento de pertinencia médica, por parte de la empresa R.DES SERVICIOS CORPORATIVOS Cía. Ltda., y tampoco fue objetado al momento de autorizar el gasto y el pago, e informar del cumplimiento de las obligaciones contractuales por el servicio contratado a la empresa evaluadora por parte de los Subdirectores Provinciales de Prestaciones del Seguro de Salud, Guayas y los Administradores de Contrato suscrito entre el IESS y R.DES SERVICIOS CORPORATIVOS Cía. Ltda.

El Representante Legal de Fideicomiso de Titularización OMNIHOSPITAL con oficio GG-155-2015 de 10 de diciembre de 2015 2015, indicó:

*"...R.DES mediante la liquidación FINANCIERA No. 29631 generada el 23/09/2015...en la plataforma PROSICK descontó el valor de 42 351,15 USD al OmniHospital...."*

A pesar de que la empresa R.DES SERVICIOS CORPORATIVOS Cía. Ltda. descontó estos valores se desconoce si notificó al IESS de esta novedad, para tomar las medidas pertinentes puesto que este valor permaneció en poder del

*Representante IESS*

prestador durante 282 días, y no fue detectado sino hasta la observación realizada por auditoría.

- Industrial Inmobiliaria TEOTON S.A. (Clínica Kennedy - Policentro) y Servicios Hospitalarios S.A.-ALBOTEOTON, por concepto de honorarios médicos por cirujano principal, segundo cirujano y primeros ayudantes, planilló recurrentemente, valores superiores a los establecidos en el Tarifario de Prestaciones para el Sistema Nacional de Salud, aprobado por el Ministerio de Salud Pública, presentándose los siguientes casos:
  - a) El Tarifario de Prestaciones para el Sistema Nacional de Salud, emitido por el Ministerio de Salud Pública, en su sección D "SERVICIOS PROFESIONALES MÉDICOS, título NORMATIVA ESPECÍFICA", numeral 2.2 indica:

*"...En el caso de que un procedimiento quirúrgico o clínico sea realizado por dos médicos, estos procederán a cobrar el 150% del honorario fijado para el procedimiento y luego procederán a distribuir dicha cantidad en partes iguales..."*

En relación a la aplicación de esta disposición, se determinó que Industrial Inmobiliaria TEOTON S.A. (Clínica Kennedy - Policentro) y Servicios Hospitalarios S.A.-ALBOTEOTON, en los procedimientos quirúrgicos que intervinieron un cirujano principal y un segundo cirujano, planilló el 150% por cada uno de los médicos, cuando la norma antes descrita determinó que en estos casos, se debe calcular el 150% del procedimiento y ese total dividir para dos, es decir reconocerse el 75% del honorario establecido por cada uno de ellos. Al planillarse el 150% del costo del honorario por cada médico, ocasionó que el IESS haya pagado el 300% del costo del procedimiento en concepto de honorarios, lo cual evidencia que se duplicó el costo del procedimiento, como un ejemplo de la metodología utilizada por los dos prestadores se cita un caso atendido por Industrial Inmobiliaria TEOTON S.A. (Clínica Kennedy - Policentro): en la atención 150085 de 30 de abril de 2014, intervinieron un cirujano principal y un segundo cirujano, por lo que el prestador planilló incorrectamente un procedimiento de SUTURA Y REPARO DE LA AORTA Y GRANDES VASOS SIN SHUNT O BY-PASS, que tiene el código 33320, con un valor establecido en el tarifario de 782,24 USD, conforme la siguiente

detalle:

*Procedimiento y costos*

Cálculo realizado por Industrial Inmobiliaria TEOTON S.A. (Clínica Kennedy - Policentro) (A)	
Detalle	Valores USD
Valor establecido en el tarifario	782,244
150% del valor del honorario por la intervención de dos cirujanos (*)	1 173,366
Cada cirujano realizó 2 procedimientos (Valor total por cada cirujano)	2 346,732
Valor total por la intervención de los dos médicos	4 693,464

Fuente: Sistema PROSICK

En el presente caso, con la aplicación de las normas dispuestas en el Tarifario por concepto de honorarios, auditoría determinó, la siguiente metodología de cálculo:

DETERMINADO POR AUDITORÍA	
Detalle	Valores USD
Valor establecido en el Tarifario	782,24
+ 5% de alta complejidad (*1)	39,11
Total valor del honorario con reconocimiento por alta complejidad	821,36
Multiplicado por el 150% del valor del honorario por la intervención de dos cirujanos	1 232,03
Dividido en partes iguales para cada cirujano (valor unitario por cirujano)	616,02
Cada cirujano realizó 2 procedimientos (Valor total por cirujano)	1 232,03
Valor total por la intervención de los dos cirujanos	2 464,06

Fuente: Sistema Prosick y Tarifario emitido por el Ministerio de Salud Pública

(\*1) Se adiciona un 5% en cumplimiento a lo dispuesto en la Sección A NORMAS GENERALES, numeral 7.4 "Alto nivel de complejidad" que indica: "...Se agregará el modificador del 5% a honorarios médicos para la atención de alta complejidad..."

De la descripción de valores que se registran en los dos cálculos, y de su comparación, se determinó que el valor planillado y cobrado por Industrial Inmobiliaria TEOTON S.A. (Clínica Kennedy - Policentro) y lo determinado por auditoría, presenta una diferencia de 2 229,40 USD, planillado en más por el citado prestador, al no considerar que el valor total del 150%, debió ser distribuido para los dos y no planillarse este valor para cada uno de los cirujanos, metodología que utilizó también Servicios Hospitalarios S.A.-ALBOTEOTON.

Cabe indicar, que el prestador realizó este cálculo erróneo en forma repetitiva, lo cual no fue determinado en el proceso de pertinencia médica realizada por la empresa R.DES SERVICIOS CORPORATIVOS Cía. Ltda., ni objetado al momento de aprobar el gasto y el pago por parte de los Subdirectores Provinciales de Prestaciones del Seguro de Salud, Guayas, ni al evaluar el

*Quaranta y cinco*

cumplimiento de las obligaciones contractuales por los Administradores de Contrato suscrito entre el IESS y R.DES SERVICIOS CORPORATIVOS Cía. Ltda.

- b) Industrial Inmobiliaria TEOTON S.A. (Clínica Kennedy - Policentro) y Servicios Hospitalarios S.A. ALBOTEOTON, por honorarios de primeros ayudantes en procedimiento quirúrgicos múltiples, en donde intervienen dos cirujanos, planillaron de manera recurrente, valores superiores a los establecidos en el Tarifario de Prestaciones para el Sistema Nacional de Salud, emitido por el Ministerio de Salud Pública; además, se acumuló en un solo código estos valores, a pesar de que el tarifario establece un código por cada procedimiento; mecánica que causó confusión al momento de evaluar la pertinencia de los valores planillados.

Al respecto, la sección D Servicios Profesionales Médicos, Normativa Específica puntos 2.3.1 y 2.4 del tarifario emitido por el Ministerio de Salud Pública, establece que:

*"...2.3.1 Si un médico realiza más de un procedimiento clínico o quirúrgico en el mismo paciente en la misma vía de abordaje y en el mismo acto quirúrgico deberá proceder a cobrar de la siguiente manera: el 100% del honorario total por el procedimiento de más alto valor, el 50% del honorario total por el segundo procedimiento de más alto valor, el 25% por cada procedimiento adicional..."*-  
*"2.4 Se reconocerá máximo el pago por los dos médicos ayudantes quirúrgicos dependiendo de la complejidad del procedimiento en cuyo caso se reconocerá el 20% del honorario del cirujano por el primer ayudante..."*

Lo enunciado no fue cumplido por Industrial Inmobiliaria TEOTON S.A. (Clínica Kennedy - Policentro) y Servicios Hospitalarios S.A. ALBOTEOTON, debido a que en los procedimientos quirúrgicos en los que intervinieron un cirujano principal y segundo cirujano, se calculó el 20% para el cobro de honorario de primer ayudante, tomando como base la suma del valor correspondiente a honorarios de los dos cirujanos, es decir el valor correspondiente a dos primeros ayudantes cuando, según la historia clínica del paciente solo intervino un primer ayudante, para ejemplificar la metodología utilizada por los dos prestadores se cita una atención realizada por Industrial Inmobiliaria TEOTON S.A. (Clínica Kennedy - Policentro):

*Acuerdo y 2013*

En el procedimiento quirúrgico correspondiente a la atención 156306 de 11 de agosto de 2014, con diagnóstico INFARTO AGUDO DEL MIOCARDIO, en el que intervinieron un cirujano principal y un segundo cirujano, se realizaron 9 procedimientos, cada uno de ellos tiene un código y su valor; sin embargo, los honorarios del primer ayudante se acumularon en el código 33320 con un valor de 994, 69 USD, que fueron calculados por el prestador privado así:

Diagnóstico: INFARTO AGUDO DEL MIOCARDIO		No. de Atención		156306				
Código de Tarifario	Descripción	Valor del Honorario según tarifario para instituciones nivel III	Valor + 5% por alta complejidad	150% del valor establecido en el tarifario más el 5% de alta complejidad por la participación de 2 cirujanos	Porcentaje del prestador por procedimiento múltiple	No. de procedimientos realizados	Valor calculado por porcentaje de procedimientos múltiples y por No. De procedimientos realizados	20 % por honorario de primer ayudante
33512	BY-PASS DE ARTERIA CORONARIA, CON VENA SOLAMENTE, CON TRES INJERTOS VENOSOS CORONARIOS	1 042,99	1 095,14	1 642,71	50%	1	821,35	164,27
33533	BYPASS DE ARTERIA CORONARIA USANDO INJERTO ARTERIAL, INJERTO UNICO	956,08	1 003,88	1 505,83	50%	1	752,81	150,58
(*2) 33320	SUTURA Y REPARO DE LA AORTA Y GRANDES VASOS SIN SHUNT O BY- PASS	782,24	821,35	1 232,03	100%	2	2 484,06	492,81
32510	CIERRE DE PARED TORAXICA, DESPUES DE DRENAJE ABIERTO CON FLAP, DE EMPIEMA (PROCEDIMIENTO DE CLAGETTE)	478,04	501,94	752,91	25%	1	188,23	37,65
33030	PERICARDIECTOMIA, SUBTOTAL O COMPLETA, SIN BYPASS CARDIOPULMONAR	434,58	456,31	684,46	25%	1	171,12	34,22
35820	EXPLORACION POR HEMORRAGIA POST-OPERATORIA, INFECCION O TROMBOSIS DEL TORAX	434,58	456,31	684,46	25%	1	171,12	34,22
37735	LIGADURA Y DIVISION CON REMOCION COMPLETA DE LA VENA SAFENA MAYOR O MENOR CON EXCISION RADICAL DE LA ULCERA E INJERTO CUTANEO Y/O INTERRUPCION DE LAS VENAS COMUNICANTES DE LA EXTREMIDAD INFERIOR, CON EXCISION DE LA FASCIA PROFUNDA	419,37	440,34	660,51	25%	1	165,13	33,03
33202	INSERCCION DE ELECTRODO EPICARDICO, INCISION ABIERTA (TORACOTOMIA, ESTERNOTOMIA)	347,66	365,04	547,58	25%	1	136,89	27,38
39010	MEDIASTINOTOMIA CON EXPLORACION, DRENAJE, O REMOCION DE CUERPO EXTRANO; O BIOPSIA; ABORDAJE TRANSTORACICO, INCLUYENDO ESTERNOTOMIA MEDIA O TRANSTORACICA	260,75	273,79	410,68	25%	1	102,67	20,53
Total								994,69

Fuente: Sistema PROSICK

(\*2) Código en el que se acumula honorarios por primeros ayudantes

Los datos expuestos, evidencian que los prestadores no utilizaron correctamente los porcentajes para establecer los valores a planillar por procedimientos múltiples como lo establece el tarifario; además, al calcular el valor del 20% para el pago por el primer ayudante, tomó como base el valor total que le corresponde por los dos cirujanos que intervienen y no por el uno, como lo determina el Tarifario de Prestaciones para el Sistema Nacional de Salud.

*Se noventa y siete*

Utilizando el cálculo sobre esta materia contenida en el Tarifario Nacional, auditoría determinó la siguiente metodología:

Diagnóstico: INFARTO AGUDO DEL MIOCARDIO		No. de Atención		156306		
Código de Tarifario	DESCRIPCION	Valor del Honorario del cirujano establecido en el tarifario	Porcentaje aplicado por procedimientos múltiples	Valor del honorario del cirujano por procedimiento múltiple	Valor del honorario del cirujano por procedimiento múltiple +5% de alta complejidad	20% del honorario del cirujano
33512	BY-PASS DE ARTERIA CORONARIA, CON VENA SOLAMENTE; CON TRES INJERTOS VENOSOS CORONARIOS. (100%)	1 042,99	100%	1 042,99	1 095,14	219,03
33533	BYPASS DE ARTERIA CORONARIA USANDO INJERTO ARTERIAL, INJERTO UNICO (50%)	956,08	50%	478,04	501,94	100,39
33320	SUTURA Y REPARO DE LA AORTA Y GRANDES VASOS SIN SHUNT O BY- PASS (25%)	782,24	25%	195,56	205,34	41,07
32810	CIERRE DE PARED TORAXICA, DESPUES DE DRENAJE ABIERTO CON FLAP, DE EMPIEMA (PROCEDIMIENTO DE CLAGETTE). (25%)	478,04	25%	119,51	125,49	25,10
33030	PERICARDIECTOMIA, SUBTOTAL O COMPLETA, SIN BYPASS CARDIOPULMONAR (25%)	434,58	25%	108,65	114,08	22,82
35820	EXPLORACION POR HEMORRAGIA POST-OPERATORIA, INFECCION O TROMBOSIS DEL TORAX (25%)	434,58	25%	108,65	114,08	22,82
37735	LIGADURA Y DIVISION CON REMOCION COMPLETA DE LA VENA SAFENA MAYOR O MENOR CON EXCISION RADICAL DE LA ULCERA E INJERTO CUTANEO Y/O INTERRUPCION DE LAS VENAS COMUNICANTES DE LA EXTREMIDAD INFERIOR, CON EXCISION DE LA FASCIA PROFUNDA (25%)	419,37	25%	104,84	110,08	22,02
33202	INSERCCION DE ELECTRODO EPICARDICO; INCISION ABIERTA (TORACOTOMIA, ESTERNOTOMIA) (25%)	347,66	25%	86,92	91,26	18,25
38010	MEDIASTINOTOMIA CON EXPLORACION, DRENAJE, O REMOCION DE CUERPO EXTRANO; O BIOPSIA; ABORDAJE TRANSTORACICO, INCLUYENDO ESTERNOTOMIA MEDIA O TRANSTORACICA (25%)	260,75	25%	65,19	68,45	13,69
	Total					485,17

Fuente: Sistema PROSICK y Tarifario del Ministerio de Salud

Por lo que los cálculos realizados por el prestador frente a los determinados por auditoría, se establece que el prestador planilló 508,83 USD, en exceso solo en este procedimiento por honorarios de primer ayudante.

Esta forma de cálculo incorrecta realizada por el prestador en forma repetitiva, no fue determinada en el proceso de pertinencia médica realizada por R.DES SERVICIOS CORPORATIVOS Cía. Ltda., ni objetado al momento de aprobar el gasto y el pago por parte de los Subdirectores Provinciales de Prestaciones del Seguro de Salud, Guayas, ni al evaluar el cumplimiento de las obligaciones contractuales por los Administradores de Contrato suscrito entre el IESS y R.DES SERVICIOS CORPORATIVOS Cía. Ltda.

*Desarrollado y Octo*

La empresa R.DES SERVICIOS CORPORATIVOS Cía. Ltda., al momento de realizar la pertinencia médica con respecto al pago de honorarios de cirujanos principales y segundos cirujanos, objetó varios de los valores planillados en más; sin embargo, en las mismas planillas no ajustó los valores consignados en la plataforma por honorarios de primeros ayudantes. El prestador a pesar de conocer las objeciones de los valores por honorarios de los cirujanos, no comunicó a la empresa R.DES SERVICIOS CORPORATIVOS Cía. Ltda., para que ajuste el valor por honorarios de primeros ayudantes dentro de las mismas planillas, al contrario insistió en ingresar recurrentemente valores sin observar las condiciones establecidas en el Tarifario de Prestaciones para el Sistema Nacional de Salud, emitido por el Ministerio de Salud Pública, sobrepasando inclusive el control realizado por la empresa R.DES SERVICIOS CORPORATIVOS Cía. Ltda., ocasionando el reconocimiento de valores por honorarios en más, beneficiándose el prestador sin tener derecho.

- En cuanto a varios honorarios médicos de Industrial Inmobiliaria TEOTON S.A. (Clínica Kennedy - Policentro) y Servicios Hospitalarios S.A. ALBOTEOTON, no se estableció la metodología que utilizaron los prestadores, solamente se observó que ingresaron valores en más.
- Servicios Hospitalarios S.A. ALBOTEOTON, planilló por honorarios de médicos que no participaron en los procedimientos quirúrgicos según la historia clínica de los pacientes, como por ejemplo en la atención 94789, 93905, entre otros. En otras ocasiones se planilló por participación de segundo cirujano es decir al 75% de valor establecido en el tarifario cuando en el protocolo operatorio solamente constaba un segundo ayudante cuyo honorario debió ser planillado al 10% del valor fijado por el tarifario, como por ejemplo en la atención 95834, 96886, entre otras.
- El Tarifario emitido por el MSP, en la Sección A Normas Generales, Literal 7.1, Señala que en las provincias de la Costa y Orientales, se incrementará el 2% a los servicios institucionales (Habitación y derechos de sala), sin embargo Servicios Hospitalarios S.A. ALBOTEOTON, aplicó este porcentaje de variación geográfica a procedimientos, exámenes de laboratorio que no forman parte de este modificador.

*Procedimientos y Honorarios*

- El Hospital Luis Vernaza en la atención 10026696, planilló facturó y cobró por un procedimiento de imagen especial con código 230001 correspondiente a Angioplastia Coronaria, por 2 581,99 USD, a pesar de que por este procedimiento el tarifario establece un valor de 322, 84 USD, existiendo un valor en exceso en este ítem de 2 259,15 USD.
- El Hospital Luis Vernaza en la atención 10016113, planilló facturó y cobró por el código 394255 correspondiente a DERECHO DE SALA DE CIRUGIA DESDE 91 MIN. HASTA 120 MIN 2 HORAS. INSTITUCIONES DE TERCER NIVEL, 1 050,47 USD, a pesar de que por este procedimiento el tarifario establece un valor de 257,964 USD, + 2% por variación geográfica, existiendo un valor en exceso en este ítem de 787,35 USD.
- En la atención 10185727, el Hospital Luis Vernaza, planilló, facturó y cobró por el código 92980 correspondiente a COLOCACIÓN DE STENT INTRACORONARIO, MEDIANTE CATETER PERCUTÁNEO, CON O SIN INTERVENCIÓN TERAPÉUTICA, CUALQUIER MÉTODO, UN SOLO VASO, cuyo valor establecido en el tarifario fue de 585,90 USD, más el 5% de alta complejidad, es decir 615,20 USD, en este procedimiento intervino un primer ayudante por lo que se debió reconocer el 20% dando un valor de 123,04 USD, por lo que según el tarifario el prestador debió planillar, facturar y cobrar 738,23 USD, por honorarios de cirujano principal y primer ayudante; sin embargo el prestador ingresó un valor de 7 187,20 USD, incluido el 5% de alta complejidad y sobre este calculó el 20% correspondiente al primer ayudante, dando un valor de 8 624,64 USD, existiendo un pago en exceso de 7 886,40 USD, como se puede observar en el siguiente detalle.

Cálculo de auditoría		Planillado por el prestador	
Valor establecido en el tarifario	585,90	Valor ingresado por el prestador	6.844,95
+ 5% por alta complejidad	29,30	+ 5% de alta complejidad	342,25
Valor del honorario de cirujano principal	615,20	Valor del honorario de cirujano principal	7.187,20
20% para el primer ayudante	123,04	20% para el primer ayudante	1.437,44
Total de honorarios cirujano principal y primer ayudante a pagar según tarifario	738,23	Total de honorarios cirujano principal y primer ayudante planillado por el prestador	8.624,64

Fuente: Sistema Prosick y tarifario emitido por MSP

Se observó además que R.DES SERVICIOS CORPORATIVOS Cía. Ltda., objetó

este planillaje, pero por que el prestador no subió los protocolos operatorios, sin embargo no observó el considerable valor en exceso.

- El Hospital Luis Vernaza en la atención 10026696, realizó un procedimiento quirúrgico múltiple, por el cual se planilló por concepto de honorarios de cirujano principal y primer ayudante 11 770,81 USD y según el cálculo de auditoría se debió planillar 1 209,29 USD, por lo que existió un pago en exceso de 10 561,51 USD, como se puede evidenciar en el siguiente detalle:

Nombre Prestación	DETERMINADO POR AUDITORIA				INGRESADO POR PRESTADOR Y APROBADO POR R DES			
	Valor del Tarifario	Valor 5% alta complejidad	Honorarios del Cirujano	Honorarios Primer ayudante	Valor Unitario ingresado por el Prestador	Valor Total	Valor a Pagar Cirujano principal	Valor a pagar Primer ayudante
COLOCACION DE STENT INTRACORONARIO, MEDIANTE CATETER PERCUTANEO, CON O SIN INTERVENCION TERAPEUTICA, CUALQUIER METODO, UN SOLO VASO.	585,90	615,20	615,20	123,04	5 200,65	5 200,65	5 200,65	1 040,13
ANGIOPLASTIA CORONARIA CON BALÓN, UN SOLO VASO	465,00	488,25	244,13	48,83	2 063,75	2 063,75	2 063,75	412,75
COLOCACION DE STENT INTRACORONARIO, MEDIANTE CATETER PERCUTANEO, CON O SIN INTERVENCION TERAPEUTICA, CUALQUIER METODO, CADA VASO ADICIONAL.	282,95	307,80	76,90	15,38	850,08	850,08	850,08	130,02
ANGIOPLASTIA CORONARIA CON BALON, CADA VASO ADICIONAL. (LISTELO SEPARADAMENTE EN ADICION AL PROCEDIMIENTO PRIMARIO).	232,50	244,13	61,03	12,21	2 063,75	2 063,75	2 063,75	103,19
ADMINISTRACION DE AGENTE FARMACOLOGICO ( INHALACION DE OXIDO NITRICO, INFUSION INTRAVENOSA DE NITROPRUSIATO, DOBUTAMINA U OTRO AGENTE) INCLUYE EVALUACION HEMODINAMICA, ANTES DURANTE Y LUEGO DE LA REPETICION DEL AGENTE FARMACOLOGICO, CUANDO SE REALIZA (LISTELO SEPARADAMENTE EN ADICION AL CODIGO PRIMARIO)	39,99	41,99	10,50	2,10	88,74	88,74	88,74	17,75
<b>TOTALES</b>			<b>1 007,75</b>	<b>201,55</b>			<b>10 066,97</b>	<b>1 703,84</b>

Fuente: PROSICK

- El Hospital de Niños Dr. Roberto Gilbert Elizalde, en la atención 594749, planilló el código 93650 correspondiente al procedimiento ABLACION POR CATETER INTRACARDIACO DE FUNCION DEL NODO ATRIOVENTRICULAR, CONDUCCION ATRIOVENTRICULAR, PARA PRODUCIR UN BLOQUEO AURICULOVENTRICULAR COMPLETO, CON O SIN COLOCACION DE MARCAPASO TEMPORAL cuyo precio establecido según el tarifario emitido por el Ministerio de Salud Pública 334,80 USD, sin embargo el prestador cobró 1 566,57 USD, existiendo un valor en exceso por 1 231,77 USD.
- En la atención 751281 El Hospital de Niños Dr. Roberto Gilbert Elizalde planillo el código 61519 por el procedimiento CRANIECTOMIA PARA EXCISION DE TUMOR CEREBRAL, INFRATENTORIAL O FOSA POSTERIOR ,MENINGIOMA, cuyo

*Planillaje y pago*

precio establecido en el tarifario fue de 1 086,45 USD, más 5% de alta complejidad se planillo por concepto de primer y segundo ayudante al 100% del honorario y no al 20% y 10% correspondientemente por lo que se cobró por estos dos honorarios 2 172,90 USD, cuando se debió haber cobrado 342,23 USD, por lo que existió un pago en exceso de 1 830,67 USD.

Auditoría presenta más ejemplos de los hechos reportados de cada una de las clínicas por 530 440,73 USD, los cuales se detallan en **Anexo 8**, que incluye los valores de los descritos en la presente novedad.

7. Benemérita Sociedad Protectora de la Infancia Hospital "León Becerra"; Esculapio S. A. ( Clínica Alcívar); Industrial Inmobiliaria TEOTON S.A. ( Clínica Kennedy del Policentro); Servicios Hospitalarios S.A. ALBOTEOTON, para el reconocimiento económico de sus prestaciones de salud no adjuntó en el sistema PROSICK, las notas de evolución ni facturas que justifiquen el planillaje, facturación y cobro por administración de medicamentos, uso de insumos médicos, realización de exámenes de imagen y laboratorio, así como, de procedimientos, desconociéndose cuál fue el sustento de R.DES SERVICIOS CORPORATIVOS Cía. Ltda. para realizar la aprobación del planillaje, citándose varios ejemplos por 592 914,65 USD, que constan en el **Anexo 9**.

Al respecto, la sección A, Normas Generales, numeral 6 "MEDICAMENTOS, SUMINISTROS MÉDICOS, INSUMOS Y OTROS MATERIALES" del Tarifario emitido por el Ministerio de Salud Pública, indica:

*"...Los medicamentos se prescribirán en genéricos y se facturan al precio de compra de la farmacia institucional (institución prestadora) más el 10% sobre la base imponible, en ningún caso el precio será superior al precio de venta a farmacia establecido por el Consejo Nacional de Fijación y Revisión de Precios de Medicamentos de Uso Humano..."*

Como justificativo a esta novedad, los prestadores presentaron la documentación faltante, sin embargo la misma no se encontró en la plataforma al momento de la pertinencia médica, y pago por las prestaciones de salud.

8. Industrial Inmobiliaria TEOTON S.A. (Clínica Kennedy - Policentro) y Servicios Hospitalarios S.A. ALBOTEOTON, planillaron, facturaron y cobraron por el uso de

*Quince y dos*

equipos de muy alta complejidad con el código 394391, sin que se evidencie las autorizaciones de los precios de los valores planillados por este concepto, por parte de la Comisión Técnica Interinstitucional ni de la Dirección de Seguro General de Salud Individual y Familiar, basándose en un estudio técnico económico que beneficie a los intereses del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social; además en varios planillajes del código 394391, los prestadores no especificaron cuales fueron los equipos utilizados, por lo que no se determinó los criterios utilizados por parte de la empresa R.DES SERVICIOS CORPORATIVOS Cía. Ltda., para aprobar los valores planillados por los prestadores. Al respecto la sección B Normas Específicas Servicios Institucionales, numeral 6 párrafo 4; y, título "Contenido de Servicios de Hotelería y Otros" punto 7 código 394391 del Tarifario del Ministerio de Salud Pública de 24 de mayo de 2012, en su orden establecieron que:

*"...Equipos de muy alta complejidad: se facturará por cada equipo, el 30% menos del valor declarado de venta al público y aceptado por la Comisión Técnica Interinstitucional..."*

*"...Uso de equipos de muy alta complejidad, se facturara con el 30% menos del valor declarado de venta al público y aceptado por la DSGSIF, por los prestadores externos..."*

Al respecto, Auditoría presenta en **Anexo 10**, varios ejemplos de lo observado por 505 601,15 USD.

Cabe indicar, que en el Tarifario de Prestaciones para el Sistema Nacional de Salud, emitido por el MSP mediante Acuerdo 4928, publicado en R.O. 235 de 24 de diciembre de 2014, ya se estableció un valor por algunos de estos equipos, observándose una diferencia considerable entre los precios que facturó este Prestador con los del nuevo tarifario, como se puede evidenciar en el siguiente detalle:

Nombre del equipo	Precio tarifario acuerdo 4928	Valor cobrado por prestador	Observaciones
Aspirador Ultrasónico	134,00	300,00	
Bomba de Corazón Circulación Extracorpórea	134,00	500,00	
Equipo de Cirugía Estereotorácica	134,00	960,00	
Navegador Ortho Pilot	134,00	1 050,00	

*Quinceenta y tres*

Litotriptor intracorporeo	134,00	1 050,00	Prestador no mantiene el mismo precio en varias ocasiones planilla por este equipo 396,00 USD
Green Laser	134,00	1 503,04	Prestador no mantiene el mismo precio en varias ocasiones planilla por este equipo 1 498,00 USD

9. De los datos constantes en la plataforma PROSICK, se evidenció que la BENEMERITA SOCIEDAD PROTECTORA DE LA INFANCIA "HOSPITAL LEON BECERRA", fue recurrentemente objetada en sus planillas para el reconocimiento económico de los servicios prestados, por parte de la empresa R.DES SERVICIOS CORPORATIVOS Cía. Ltda. en cuanto al planillaje de oxígeno administrado a los pacientes del IESS, condición presentada en 45 expedientes de atenciones médicas del 1 de septiembre de 2013 al 4 de julio de 2014, determinándose que el mencionado prestador de servicios de salud, solicitó un pago de 754 964,10 USD, por este concepto, sin embargo R.DES SERVICIOS CORPORATIVOS Cía. Ltda., después de realizar la pertinencia médica de los expedientes solamente aprobó 17 974, 46 USD, evitando así que se realicen pagos a los que no tenía derecho por 736 989,64 USD, es decir el 97 % del valor total reclamado ya que los valores planillados se encontraba en exceso y las cantidades no correspondían a lo registrado en las historias clínicas de los pacientes.

Lo comentado fue de conocimiento del prestador puesto que todas las objeciones se reflejan en el sistema PROSICK; sin embargo BENEMERITA SOCIEDAD PROTECTORA DE LA INFANCIA "HOSPITAL LEON BECERRA", insistió en el ingreso de planillas con las deficiencias antes descritas, ocasionando que varias de ellas hayan sido aprobadas por la empresa R.DES SERVICIOS CORPORATIVOS Cía. Ltda., y puestas a consideración del IESS, para la aprobación del gasto y el pago por parte de los Subdirectores Provinciales de Prestaciones del Seguro de Salud, Guayas, sin que se haya objetado las mismas y que tampoco sean observadas al momento de evaluar el cumplimiento de las obligaciones contractuales por el Administrador del Contrato suscrito entre el IESS y R.DES SERVICIOS CORPORATIVOS Cía. Ltda., pagando al prestador, valores a los cuales no tenía derecho, como ejemplo auditoría presenta el siguiente detalle:

*Quincecientos y cuatro*

DATOS DEL EXPEDIENTE		DATOS INGRESADOS POR EL PRESTADOR Y APROBADO POR R.DES			DETERMINADO POR AUDITORIA			
ID DE RECLAMACIÓN	NUMERO DE ATENCIÓN	VALOR UNITARIO	CANT. LITROS OXIGENO	VALOR APROBADO R.DES	VALOR UNITARIO SEGÚN TARIFARIO MSP	CANT. LITROS SEGÚN HIST. CINICA	VALOR SEGÚN AUDITORIA	DIFERENCIA EN MAS USD
33499	1101471	1,80	138,00	248,40	0,01	5760	57,6	190,80
33499	1101471	1,80	96,00	172,80	0,01	7440	74,4	98,40
33499	1101471	1,80	96,00	172,80	0,01	5760	57,6	115,20
33499	1101471	1,80	96,00	172,80	0,01	5760	57,6	115,20
33499	1101471	1,80	96,00	172,80	0,01	5760	57,6	115,20
33499	1101471	1,80	96,00	172,80	0,01	5760	57,6	115,20
33499	1101471	1,80	96,00	172,80	0,01	5760	57,6	115,20
33499	1101471	1,80	164,00	295,20	0,01	14400	144	151,20
33499	1101471	3,00	124,00	372,00	0,01	14400	144	228,00
33499	1101471	3,00	96,00	288,00	0,01	14400	144	144,00
33499	1101471	3,00	96,00	288,00	0,01	14400	144	144,00
33499	1101471	3,00	96,00	288,00	0,01	14400	144	144,00
33499	1101471	3,00	96,00	288,00	0,01	14400	144	144,00
33499	1101471	3,00	36,00	108,00	0,01	57600	576	-468,00
<b>TOTALES</b>				<b>3.212,40</b>			<b>1.860,00</b>	<b>1.352,40</b>
29714	1077291	28,80	32,00	921,60	0,01	4320	43,20	878,40
29714	1077291	86,40	96,00	8.294,40	0,01	4320	43,20	8.251,20
29714	1077291	86,40	96,00	8.294,40	0,01	4320	43,20	8.251,20
29714	1077291	86,40	96,00	8.294,40	0,01	4320	43,20	8.251,20
29714	1077291	86,40	96,00	8.294,40	0,01	4320	43,20	8.251,20
29714	1077291	86,40	96,00	8.294,40	0,01	4320	43,20	8.251,20
29714	1077291	3,60	4,00	14,40	0,01	21600	216,00	-201,60
<b>TOTALES</b>				<b>42.408,00</b>			<b>475,20</b>	<b>41.932,80</b>
29716	1080741	86,40	96,00	8.294,40	0,01	4320	43,20	8.251,20
29716	1080741	86,40	96,00	8.294,40	0,01	4320	43,20	8.251,20
29716	1080741	86,40	96,00	8.294,40	0,01	47520	475,20	7.819,20
<b>TOTALES</b>				<b>24.883,20</b>			<b>561,60</b>	<b>24.321,60</b>
24937	1073271	168,00	56,00	9.408,00	0,01	28800	288,00	9.120,00
24937	1073271	12,60	4,20	52,92	0,01	2880	28,80	24,12
<b>TOTALES</b>				<b>9.460,92</b>			<b>316,80</b>	<b>9.144,12</b>
29710	1076141	86,40	48,00	4.147,20	0,01	25920	259,20	3.888,00
29710	1076141	122,40	68,00	8.323,20	0,01	23040	230,40	8.092,80
<b>TOTALES</b>				<b>12.470,40</b>			<b>489,60</b>	<b>11.980,80</b>
29807	1084881	53,49	96,00	5135,04	0,01	25920	259,20	4.875,84
29807	1084881	86,4	96,00	8294,4	0,01	12960	129,60	8.164,80
29807	1084881	86,4	96,00	8294,4	0,01	4320	43,20	8.251,20
29807	1084881	86,4	96,00	8294,4	0,01	4320	43,20	8.251,20
<b>TOTALES</b>				<b>30.018,24</b>			<b>475,20</b>	<b>29.543,04</b>
<b>TOTAL GENERAL</b>				<b>122.453,16</b>			<b>4.178,40</b>	<b>118.274,76</b>

Fuente: Sistema PROSICK y tarifario emitido por el MSP

Cabe señalar que el Tarifario para el Sistema Nacional de Salud, vigente en el período en el que se dieron las atenciones observadas, en su sección A, Normas Generales, numeral 6 Medicamentos, Suministros Médicos, Insumos y otros Materiales, en el sexto párrafo estableció que:

*QUINCUENTA Y CINCO*

"...El oxígeno se facturará por litros, el uso de otros gases medicinales se hará de igual manera, siempre y cuando sean justificados..."

Así mismo en la Fe de Erratas, del mismo instrumento legal, en el numeral 9 dispone:

"...En la SECCIÓN A NORMAS GENERALES numeral 7 medicamentos, suministros médicos, insumos y otros materiales modifíquese el inciso respectivo por lo siguiente:.- El valor por litro de oxígeno es de USD 0,01 y por tanque USD 72,21 que incluye; transporte, mantenimiento cilindro, 10% según tarifario..."

Como se puede observar en el detalle precedente el prestador no respetó el precio unitario del oxígeno ya que llegó a planillar hasta 168,00 USD., por litro de oxígeno, contrariando el valor establecido por el Tarifario de Prestaciones para el Sistema Nacional de Salud, emitido por el MSP que fue de 0,01 USD.; así como las cantidades administradas, mismas que no correspondieron a las registradas en las historias clínicas, ocasionado que el prestador planille, facture y cobre hasta un 949, 07% por sobre el valor real de la prestación de salud, deficiencia que no fue determinada en el proceso de pertinencia médica, cuyos valores se detallan en el siguiente cuadro:

Fecha de atención	No. Atención	valor total del expediente aprobado USD	Valor pagado en más por oxígeno	Valor real de las atenciones	Porcentaje en exceso
21/12/2013	1101471	14.078,00	1.352,40	12.725,60	110,63%
08/10/2013	1077281	46.871,49	41.932,80	4.938,69	949,07%
19/10/2013	1080741	28.873,15	24.321,60	4.551,55	634,36%
28/09/2013	1073271	12.650,70	9.144,12	3.506,58	360,77%
05/10/2013	1076141	13.731,93	11.980,80	1.751,13	784,18%
30/10/2013	1084881	33.741,89	29.543,04	4.198,85	803,60%

Fuente: Sistema PROSICK

Clínica Santa María y Hospital Surhospital, también planillaron valores en exceso por concepto de oxígeno, se describen varios ejemplos por 1 498,68 USD en **anexo 11**

10. Clínica Panamericana CLIMESA S.A., planilló, facturó y cobró por atenciones, sin que se evidencie la autorización de derivación emitida por parte del IESS, como por ejemplo la atención 8652.

Al respecto el numeral 11, literal a) del Título "Coordinación de pagos y tarifas", indica que serán motivo de observación y débito (no pago) las planillas que no hayan

*Planilla 15811*

sido autorizadas por la autoridad derivadora, sin embargo, este hecho no fue detectado en el procesos de pertinencia médica realizada por R.DES SERVICIOS CORPORATIVOS Cía. Ltda., ni objetado al momento de aprobar el gasto y el pago y evaluar el cumplimiento de las obligaciones contractuales de la empresa contratista, por parte de los Subdirectores Provinciales de Prestaciones del Seguro de Salud, Guayas y los Administradores del Contrato suscrito entre el IESS y R.DES SERVICIOS CORPORATIVOS Cía. Ltda.

11. La Subdirectora Provincial de Salud Individual y Familiar – Encargada – del Guayas, Santa Elena, Los Ríos y Galápagos<sup>1</sup> en comunicación de 26 de enero de 2015, notificó al Gerente General de la Clínica Panamericana CLIMESA S.A., la terminación del contrato 21300900-SPSIFG-002-2012-CLÍNICA PANAMERICANA-GUAYAS, comunicación en que no se detallaron los motivos por los que se terminó la relación contractual. Además, se le otorgó un plazo de 30 días para que termine con las atenciones médicas ya autorizadas, se coordine el traspaso de los pacientes que por cualquier razón médica no puedan ser dados de alta en el plazo mencionado, se regularice toda la documentación pendiente y se puedan realizar los trámites de liquidación.

Lo mencionado anteriormente, fue confirmado por la Responsable del Grupo de Trabajo del Área Legal en memorando IESS-SDPSSG-2015-6546-M de 13 de octubre de 2015, dirigido al Subdirector Provincial de Prestaciones del Seguro de Salud Guayas (e), en el que indicó:

*"...Cabe indicar que esta Subdirección no tiene informes previos de la terminación del contrato del ex Prestador Panamericana, ya que, únicamente existe un Acto Urgente interpuesto por el economista... del 23 de enero del 2015, para " que se precautelen elementos probatorios que puedan servir de fundamento para la investigación de un presunto ilícito..."*

Con este antecedente, la Clínica Panamericana CLIMESA S.A., a partir del 26 de enero de 2015, debía recibir únicamente pacientes del IESS, en casos de emergencia, en concordancia con el artículo 365 de la Constitución de la República

---

<sup>1</sup> Según C.D 457 de 8 de agosto de 2013, publicada en el Registro Oficial 45 de 30 de agosto de 2013, en el artículo 3, numeral 2.2.1.1, 2.2.1.2 y 2.2.1.3 ya no consta el cargo de Subdirección Provincial de Salud Individual y Familiar del Guayas, Santa Elena, Los Ríos y Galápagos

*Quince y siete*

del Ecuador y rigiéndose a lo dispuesto en el Reglamento para el pago por servicios de salud en casos de emergencia concedidos por prestadores externos a los asegurados del IESS emitido por el Consejo Directivo del IESS, con Resolución CD 317 de 10 de mayo de 2010.

A pesar de lo antes mencionado la Clínica Panamericana CLIMESA S.A., solicitó códigos de derivación para realizar cirugías de artroscopias de hombro y rodilla; indicando que fueron procedimientos emergentes, sin embargo, a criterio de la profesional en auditoría médica, se determinó, que estos procedimientos quirúrgicos no constituyeron emergencias y debieron ser programadas para la atención por parte del IESS, debido a los hechos que se describen a continuación:

- En el sistema AS 400 se evidenció que varios pacientes tuvieron consultas previas relacionadas con los diagnósticos de traumatismos múltiples, algunas de estas atenciones en casas de salud en el IESS y otras en la misma Clínica Panamericana CLIMESA S.A., demostrando una vez más que estas atenciones no constituyeron una emergencia como se describe en las solicitudes de códigos de derivación para justificar el pago por estas atenciones por parte del prestador.
- La fecha de solicitud del código derivación de varios pacientes, es anterior a la fecha de atención ingresada en la hoja de epicrisis y en las solicitudes de código mediante correo electrónico.
- En el examen físico no se evidenció patología de emergencia, sino se describieron signos y síntomas de una gonartrosis.
- En las solicitudes de emisión de código de derivación solamente se solicitó autorización para atender la emergencia, más no las cirugías artroscópicas, como es el caso de la atención 79088, cuyo código de derivación fue emitido solamente para atender la emergencia de 28 de enero de 2015, utilizándose este mismo código para realizar procedimiento quirúrgico de 6 de febrero de 2015.
- Las atenciones descritas anteriormente no se encuentran registradas en el detalle de autorizaciones de derivación proporcionada al equipo de auditoría por

*Reinvento y outo*

parte del Subdirector Provincial de Prestaciones del Seguro de Salud Guayas con oficio IESS-SDPSSG-2015-0100-O de 23 de octubre de 2015.

- En la solicitud de la derivación se describe un cuadro clínico distinto al descrito en la hoja de emergencia, por ejemplo en la atención 78717, en la solicitud de derivación consta incremento de dolor +/- 3 horas y en la hoja de emergencia indica aumento de dolor +/- 48 horas.
- En la atención 79418 en la hoja de emergencia se indicó que sufrió una caída el 4 de febrero de 2015, sin embargo la solicitud de código de derivación fue tramitada el 28 de enero de 2015, es decir 8 días antes de que ocurra el hecho.
- En la atención 79759 no se detalló el tiempo de evolución, por lo que no se pudo determinar el tiempo de exacerbación de cuadro clínico para considerar emergencia; mientras que en hoja de emergencia, ya se dio un diagnóstico previo a la atención y se indicó solicitar autorización del IESS para realización de artroscopia + plastia de la de rodilla derecha.
- En la atención 79776 se evidenció mediante el sistema AS400, que el paciente registró una atención médica el 22 de enero de 2015, en la en el área de traumatología de la Clínica Panamericana CLIMESA S.A., en la que el médico tratante concluyó y registró que se programe para cirugía; sin embargo, el prestador solicitó mediante correo electrónico emitir un código de derivación bajo Resolución 317, es decir emergencia, el 10 de febrero de 2015, fecha en la que el paciente fue intervenido quirúrgicamente, como se puede observar el paciente ya tenía un diagnóstico establecido y una cirugía programada por lo que no constituyó emergencia.

Auditoría presenta a manera ejemplo atenciones con estas condiciones reportables en **Anexo 12** por 587 566,18 USD.

La Subdirectora de Control del Seguro de Salud, Encargada, mediante memorando IESS-SDCSS-2015-1558-M de 14 de septiembre de 2015, sobre novedades de Clínica Panamericana CLIMESA S.A. indicó:

*Quince y nueve*

*“... Se derivaron 227 pacientes con diagnóstico “Traumatismo de rodilla y Hombro” para que se realice artroscopia de rodilla, a pesar de no ser procedimientos de emergencia, según el criterio de la Dra...- Se solicitaron exámenes pre quirúrgicos a 147 pacientes, de los cuales solo 28 fueron procedentes.-Se derivaron 79 pacientes a la Clínica Panamericana y no a otras unidades médicas...”*

Lo comentado se originó debido a que la Clínica Panamericana CLIMESA S.A., a pesar de estar notificada con la terminación unilateral del contrato, solicitó códigos de derivación para realizar intervenciones quirúrgicas de emergencia, cuando entre la comparación de lo descrito en las hojas de epicrisis, reportes del AS 400, formularios 008 (hojas de emergencia), constituyeron atenciones que debieron ser programadas por el IESS; además, los médicos verificadores no realizaron una evaluación de la pertinencia del cuadro clínico presentado por el prestador privado de servicio de Salud y emitieron códigos de derivaciones con las cuales el prestador justificó el reconocimiento económico por las atenciones de salud brindadas a los pacientes del IESS.

Además, los Subdirectores Provinciales de Prestaciones de Seguro de Salud IESS-Guayas, no comunicaron a la empresa R.DES SERVICIOS CORPORATIVOS Cía. Ltda., sobre la terminación unilateral del contrato que mantenía el IESS con la Clínica Panamericana CLIMESA S.A a fin de que a través de la evaluación médica que se realizó a las atenciones cargadas al sistema PROSICK, se objeten aquellas que no cumplían con los requisitos para ser consideradas emergencia; tampoco se evidenció que hayan emitido directrices para la emisión de códigos de derivación puesto que en varias de ellas no se evidenció el responsable de autorizar dicho código.

12. La Junta de Beneficencia de Guayaquil, GALOSTAR Clínica RENDON S.A, Centro de Servicios Médicos San Francisco CEMEFRAN C.A; Industrial Inmobiliaria TEOTON S.A. (Clínica Kennedy-Policentro); Servicios Hospitalarios S.A. ALBOTEOTON, planillaron y cobraron por servicios de maternidad de pacientes menores de edad dependientes de los afiliados del IESS, atenciones que no tenía cobertura durante nuestro periodo de examen, puesto que según el artículo 102 de la Ley de Seguridad Social, prescribe, que los hijos menores hasta dieciocho años de edad, serán beneficiarios de acciones integrales de fomento y promoción de salud, prevención, diagnóstico y tratamiento de enfermedades no profesionales, recuperación y rehabilitación de la salud individual, esta norma no invoca el derecho

*Presenta*

de maternidad para las dependientes y además el artículo 105 de Ley de Seguridad Social indica que el derecho de maternidad es de la asegurada.

El Procurador General, Subrogante con oficio IESS-PG-2014-3385-M de 4 de noviembre de 2014, dirigido al Subdirector Provincial de Prestaciones del seguro de Salud de Pichincha (E), indicó:

*“... En respuesta a su memorando No. IESS-SDPDSSP-2014-6451-M de 24 de octubre de 2014, por el cual solicita el criterio de este Órgano Asesor con respecto a “(...) si la extensión de cobertura a hijas de afiliados menores de edad (hasta los 18 años), les cubre los gastos de maternidad y los del recién nacido, nietos del afiliado (Aplicación del Art.102 de la Ley de Seguridad Social, Art 105 de la Ley Reformatoria de la Ley de Seguridad Social), o a su vez nos informen, si existe un pronunciamiento formulado por la Procuraduría del IESS, con respecto a si la presentación por maternidad es a favor únicamente de la afiliada, o si la cobertura se extiende a las hijas menores de 18 años de esas”, manifiesto:- La Ley de Seguridad Social, en su Art.102 dispone “(...) El Seguro General de Salud Individual y Familiar protegerá al asegurado contra las contingencias de enfermedad y maternidad, dentro de los requisitos y condiciones señalados en este Título. La prevención de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales estará a cargo del Seguro General de Riesgos del Trabajo...El afiliado su cónyuge o conviviente con derecho y sus hijos menores hasta los dieciocho (18) años de edad, así como el jubilado, serán beneficiarios de acciones integrales de fomento y promoción de la salud, prevención diagnóstico y tratamiento de enfermedades no profesionales, recuperación y rehabilitación de la salud individual. Las beneficiarias del seguro de maternidad recibirán atención de embarazo, parto y puerperio.- La disposición antes citada, determina el alcance de la protección de las prestaciones de salud para el afiliado, su cónyuge o conviviente con derecho , y sus hijos menores hasta los dieciocho (18) años de edad, así como el jubilado, los cuales son beneficiarios de acciones integrales de fomento y promoción de la salud, prevención, diagnóstico y tratamiento de enfermedades no profesionales, recuperación y rehabilitación de la salud individual.- La disposición invocada, no contempla la prestación de maternidad a favor de las hijas menores de 18 años. La Ley de seguridad Social, en su Art. 105, reserva aquella prestación exclusivamente a favor de la afiliada y una de las contingencias que atiende es precisamente la atención al hijo de la afiliada, hasta los dieciocho (18) años de edad...”*

La Procuradora General del IESS, con oficio IESS-PG-2014-3694-M de 26 de noviembre de 2014, se ratificó en el contenido del oficio enunciado en el párrafo precedente, cabe resaltar que con oficio 64000000-3316 de 8 de noviembre de 2011, también existió un pronunciamiento jurídico, emitido por el Procurador General del IESS, en el que de igual manera concluyó que la cobertura de maternidad para las hijas menores de 18 años de los afiliados no era procedente.

Además en la letra G “DISPOSICIONES GENERALES”, numeral 6 del Instructivo 001-2012 Para la Viabilidad de la Atención en Salud en Unidades de la Red Pública Integral

*Presentado*

de Salud y en la Red Privada (Complementaria) de Prestadores de Servicios de Salud; documento habilitante establecido en la cláusula segunda literal h del Convenio Marco Interinstitucional firmado entre el Ministerio de Salud Pública, Ministerio del Interior, Ministerio de Defensa, Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social, Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social de las Fuerzas Armadas e Instituto de Seguridad Social de la Policía Nacional y el Ministerio de Salud Pública para integrar la Red Pública Integral de Salud de 10 de abril de 2012, indica:

*“...En el caso de no estar protegido por las aseguradoras públicas, seguros privados o empresas de medicina prepagada el MSP cubrirá el costo de la atención de salud...”.*

A pesar de lo antes mencionado los Responsables del área de Derivaciones y los médicos verificadores, emitieron códigos de derivación sin verificar previamente el derecho y la cobertura de las pacientes menores de edad que acudieron a los prestadores privados de salud para recibir servicios de maternidad, además en varias atenciones no se identificó al responsable de la emisión del código de derivación, se observa únicamente un sello y/o una rúbrica. Auditoría presenta como ejemplo 802 casos por 703 685,85 USD, detallados en **Anexo 13**.

Auditoría recibió puntos de vista hasta el 5 de mayo de 2016, por parte de los prestadores y servidores relacionados, los cuales se detallan en **Anexo 14**, los mismos han sido considerados y no cambian el contenido de los comentarios, puesto que se ratifica las novedades descritas en el presente informe.

Los hechos expuestos, se originaron debido a que los prestadores de servicios de salud privados, sin considerar las obligaciones contempladas en el contrato suscrito con el IESS, para la prestación de los servicios de salud y siendo de su conocimiento las condiciones estipuladas en el Tarifario de Prestaciones para el Sistema Nacional de Salud, aprobado por el Ministerio de Salud Pública, ingresaron reclamos para el reconocimiento económico de los servicios prestados en contra de norma expresa, al haber planillado por honorarios médicos; por servicios de habitación, cuidado y manejo diario, dieta hospitalaria, derechos de sala, exámenes de laboratorio e imagen, con valores superiores a los establecidos en el tarifario del Ministerio de Salud Pública; por atenciones e insumos que no tenían cobertura; prestaciones que no se registraron haberse dado en las historias clínicas, pagos sin documentación de respaldo; por equipos con valores que no disponían de la respectiva autorización del IESS y otros sin

*Presenta 1001*

identificación de los equipos utilizados; situaciones que no fueron determinadas por los Subdirectores Provinciales de Prestaciones del Seguro de Salud, Guayas, al no realizar un control previo a la autorización del gasto y del pago; y Administradores del Contrato suscrito con la empresa R.DES SERVICIOS CORPORATIVOS Cía. Ltda., al no evaluar el cumplimiento de las obligaciones contractuales; los mencionados servidores no conformaron equipos que realicen la supervisión del funcionamiento de la herramienta y de la correcta evaluación médica, a través de la verificación aleatoria de la documentación de sustento de las atenciones médicas presentadas por los prestadores privados por servicios de salud, ocasionado que se pague 393 840 061,06 USD, sin que estos reclamos cuenten con la debida justificación técnica médica para su reconocimiento y pago, situaciones que no permitieron controlar la calidad de los resultados e identificar falencias de esta herramienta y corregirlas oportunamente, detectando además, los errores recurrentes de los prestadores privados de salud para así tomar medidas correctivas en cautela de los intereses institucionales, debido a las deficiencias ejemplificadas por auditoría.

Por los hechos descritos los servidores antes citados, incumplieron lo dispuesto en los artículos 9, 10, 11 de la Ley Orgánica de la Contraloría General del Estado, 18 de la Ley de Seguridad Social; 70 de la Ley del Sistema Nacional de Contratación Pública y 121 de su Reglamento; 22, literales b) y e) de la Ley Orgánica del Servicio Público; la Coordinación de pagos y tarifas, primer párrafo y numeral 11, literales b) y d) del Instructivo 001-2012 Para la Viabilidad de la Atención en Salud en Unidades de la Red Pública Integral de Salud y en la Red Privada (Complementaria) de Prestadores de Servicios de Salud; documento habilitante establecido en la cláusula segunda, literal h) del Convenio Marco Interinstitucional firmado entre el Ministerio de Salud Pública, Ministerio del Interior, Ministerio de Defensa, Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social, Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social de las Fuerzas Armadas e Instituto de Seguridad Social de la Policía Nacional para integrar la Red Pública Integral de Salud de 10 de abril de 2012; numeral 3.2, literales c) d) y f) de la Resolución de Consejo Directivo del IESS C.D. 457 de 8 de agosto de 2013, vigente desde su publicación en el R.O 45 de 30 de Agosto de 2013; Artículo 11, literales e), h), l), q) y r) de la Resolución de Consejo Directivo del IESS C.D. 483 de 13 de abril de 2015, vigente desde su publicación en el R.O. 503 de 19 de mayo de 2015; la cláusula vigésima primera del contrato 64000000-608-C suscrito el 19 de febrero de 2013 con la empresa R.DES SERVICIOS CORPORATIVOS CIA. LTDA y las Normas de Control Interno 400

*Presentado por*

Actividades de Control, 408-17 Administración del contrato, literales a), b), c) y d); y 403-08 Control previo al pago.

### **Conclusión**

Los prestadores privados de servicios de salud, Clínicas: Santa María CLISANTA S.A., GALOSTAR Clínica RENDON S.A., Hospital SURHOSPITAL, Clínica Guayaquil Servicios Médicos S.A., Centro de Servicios Médicos San Francisco CEMEFran C.A.; Clínica Panamericana CLIMESA S.A.; Esculapio S. A. (Clínica Alcívar); Fideicomiso Titularización OMNI Hospital; Industrial Inmobiliaria TEOTON S.A. (Clínica Kennedy-Policentro); Servicios Hospitalarios S.A. ALBOTEOTON, sociedades mercantiles con fines de lucro; y, Benemérita Sociedad Protectora de la Infancia Hospital "León Becerra"; y, la Junta de Beneficencia de Guayaquil, sociedades que según sus estatutos tienen finalidad social sin fines de lucro, por lo que no reparten utilidades, ingresaron reclamos para el reconocimiento económico por los servicios de salud brindados a los pacientes del IESS, sin observar las condiciones y precios estipulados en el tarifario de manera reiterativa, lo cual fue observado por la empresa R.DES SERVICIOS CORPORATIVOS, Cía. Ltda.; sin embargo, los prestadores insistieron en el ingreso de planillas con las deficiencias que R.DES SERVICIOS CORPORATIVOS, ya objetó, lo que permitió que varias de ellas hayan sido aceptadas por la empresa evaluadora, en contra de norma expresa, por concepto de: honorarios de cirujanos principales y segundos cirujanos; honorarios de primeros ayudantes; por servicios de habitación, cuidado y manejo diario, dieta hospitalaria, derechos de sala, exámenes de laboratorio e imagen, con valores superiores a los establecidos en el tarifario del MSP; por insumos que no tenían cobertura; prestaciones que no se registran en las historias clínicas del paciente, pagos sin documentación de respaldo; por equipos con valores que no disponían de la respectiva autorización del IESS y otros sin identificación de los equipos utilizados, situaciones que no fueron determinadas por los Subdirectores Provinciales de Prestaciones del Seguro de Salud, Guayas, al no realizar un control previo a la autorización del gasto y del pago; y Administradores del Contrato suscrito con la empresa R.DES SERVICIOS CORPORATIVOS Cía. Ltda., al no evaluar el cumplimiento de las obligaciones contractuales; los mencionados servidores no conformaron equipos que realicen la supervisión del funcionamiento de la herramienta y de la correcta evaluación médica, a través de la verificación aleatoria de la documentación de sustento de las atenciones médicas presentadas por los prestadores privados por servicios de salud; ocasionando que se pague a los prestadores privados

de salud enunciados 393 421 459,26 USD, sin que estos reclamos cuenten con la debida justificación técnica médica para su reconocimiento y pago, situaciones que no permitieron controlar la calidad de los resultados e identificar falencias de esta herramienta y corregirlas oportunamente, detectando además, los errores recurrentes de los prestadores privados de salud para así tomar medidas correctivas en cautela de los intereses institucionales, debido a las deficiencias ejemplificadas por auditoria.

Por los hechos expuestos, los servidores que se citan en el presente hallazgo de auditoría, incumplieron las disposiciones reveladas en el contenido de esta condición reportable.

### **Recomendaciones**

#### **A los Directores General y del Seguro General de Salud Individual y Familiar**

6. Dispondrá a los Subdirectores Nacionales de: Aseguramiento del Seguro de Salud, Provisión de Servicios y de la Calidad de los Servicios del Seguro de Salud, supervisen y coordinen con los Subdirectores Provinciales de Prestaciones del Seguro de Salud, y Director Nacional de Tecnologías de la Información; se conformen equipos técnicos en cada Subdirección provincial, a fin de que bajo responsabilidad de los comisionados y los Subdirectores provinciales, se verifique y valide los resultados presentados por la empresa contratista del servicio de pertinencia médica, R.DES SERVICIOS CORPORATIVOS Cía. Ltda, en base a los cuales, las autoridades del IESS, reconocieron y pagaron los servicios planillados por los prestadores privados de salud, en las atenciones dadas a los afiliados y jubilados, formará parte de esta comisión la empresa contratista del servicio de pertinencia médica, y cada uno de los prestadores. Esta verificación y validación se la hará considerando las disposiciones legales vigentes relacionadas con los costos y condiciones de los servicios médicos contratados y prestados, así como las políticas generadas sobre esta materia por la autoridad sanitaria nacional, en base a lo cual determinarán el real derecho al cobro que les asistió a cada uno de los prestadores, mismos que estarán debidamente sustentados con los documentos legales pertinentes. Los resultados, ordenará dejar constancia un acta de trabajo, la cual incluirá conclusiones y recomendaciones, misma que exigirá ser puesta en su conocimiento, a fin de que adopte las acciones correctivas del caso así como el resarcimiento de valores que se hayan determinado a favor del IESS.

7. En futuros proceso de pertinencia médica, validados por un tercero, estos deberán contar con el aval de los servidores autorizados del IESS, previo a comprometer recursos institucionales, para lo cual se valdrá de los medios que sean necesarios en procura de cautelar los recursos de los afiliados y jubilados, cuya garantía de la veracidad y legalidad de los resultados, se exigirá al prestador de estos servicios, misma que de ser necesario previo el cumplimiento del debido proceso, le requerirá responder por la afectación de los recursos institucionales.



Econ. Alfredo Lucin Sornoza  
**DIRECTOR DE AUDITORÍA DE DESARROLLO  
SECCIONAL Y SEGURIDAD SOCIAL**