CONTRALORÍA GENERAL DEL ESTADO

DNA 7 - DIRECCIÓN NACIONAL DE AUDITORÍA DE SALUD Y SEGURIDAD SOCIAL

DNA7-SySS-0055-2023

INSTITUTO ECUATORIANO DE SEGURIDAD SOCIAL IESS

INFORME GENERAL

Examen Especial a los procesos de asignación de recursos financieros, acreditación, contratación, derivación y pago a prestadores privados por servicios de Salud a los afiliados y pensionistas en la ciudad de Manta del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social y dependencias relacionadas, por el período comprendido entre el 1 de enero de 2018 y el 31 de diciembre de 2022

TIPO DE EXAMEN : EE PERIODO DESDE : 2018-01-01 HASTA : 2022-12-31

INSTITUTO ECUATORIANO DE SEGURIDAD SOCIAL - IESS

Examen Especial a los procesos de asignación de recursos financieros, acreditación, contratación, derivación y pago a prestadores privados por servicios de Salud a los afiliados y pensionistas en la ciudad de Manta del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social y dependencias relacionadas, por el período comprendido entre el 1 de enero de 2018 y el 31 de diciembre de 2022

AUDITORÍA INTERNA

Quito – Ecuador

RELACIÓN DE SIGLAS Y ABREVIATURAS UTILIZADAS

SIGLA	SIGNIFICADO
ACESS	Agencia de Aseguramiento de la Calidad de los Servicios de Salud y Medicina Prepagada
C.D.	Consejo Directivo
CIA. LTDA.	Compañía Limitada
C.I.E.	Clasificación Internacional de Enfermedades
COA	Código Orgánico Administrativo
CPPSSM	Coordinación Provincial de Prestaciones del Seguro de Salud Manabí
IESS	Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social
ISSFA	Instituto de Seguridad Social de las Fuerzas Armadas
ISSPOL	Instituto de Seguridad Social de la Policía Nacional
LOSEP	Ley Orgánica de Servicio Público
MIS AS/400	Medical Information System
MSP	Ministerio de Salud Pública
R.O.	Registro Oficial
R.O.E.E.	Registro Oficial Edición Especial
RPC	Red Privada Complementaria
RPIS	Red Pública Integral de Salud
RUC	Registro Único de Contribuyente
SOAM	Sistema Operativo de Auditoría Médica
SPPSSM	Subdirección Provincial de Prestaciones del Seguro de Salud Manabí
S.R.O.	Suplemento del Registro Oficial
USD	Dólar de los Estados Unidos de Norteamérica

ÍNDICE

CONTENIDO	PÁGINA
Carta de presentación	1
CAPÍTULO I **INFORMACIÓN INTRODUCTORIA**	
Motivo del examen	2
Objetivos del examen	2
Alcance del examen	2
Base legal	2
Estructura orgánica	5
Objetivos de la entidad	6
Monto de recursos examinados	6
Servidores relacionados	6
CAPÍTULO II **RESULTADOS DEL EXAMEN**	
Seguimiento al cumplimiento de recomendaciones	7
Falta de directrices para efectuar pagos a prestadores externos	7
Inconsistencias en la información generada en el proceso de derivación de servicios de salud	11
Suscripción, renovación y ejecución de convenios con prestadores privados sin contar con permisos de funcionamiento vigentes	18
Falta de documentos habilitantes en el pago a prestadores externos	33
Pago por dispositivos médicos y medicamentos utilizados en los servicios de salud brindados por prestadores externos con precios y condiciones distintas a las establecidas en el Tarifario de Prestaciones para el sistema Nacional de Salud	39

Anexos

Anexo 1:	Nómina de servidores relacionados con el examen
Anexo 2:	Monto de recursos examinados
Anexo 3	Inconsistencias en la Base de Derivaciones
Anexo 4	Permisos de funcionamiento por Establecimientos de Servicios de Salud
Anexo 5	Tiempo transcurrido sin contar con documentos para suscripción de Convenios
Anexo 6	Documentación habilitante faltante en Fase de Control Documental
Anexo 7	Rubros detallados como "TIEMPOS"
Anexo 8	Dispositivos médicos facturados que están incluidos en Anexo 3 del Tarifario
Anexo 9	Fármacos cancelados con precios no acordes al Tarifario y al CNFP.
Anexo 10	Servidores encargados de realizar el Control Técnico Médico y Control de Liquidación y Tarifas.

Ref. Informe aprobado el 19 JUL 2023

Quito D.M.

Señores
Presidente y Miembros del Consejo Directivo
Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social
Presente

De mi consideración:

La Contraloría General del Estado, en uso de sus atribuciones constitucionales y legales, efectuó el examen especial a los procesos de asignación de recursos financieros, acreditación, contratación, derivación y pago a prestadores privados por servicios de Salud a los afiliados y pensionistas en la ciudad de Manta del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social y dependencias relacionadas, por el período comprendido entre el 1 de enero de 2018 y el 31 de diciembre de 2022.

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,

Ing. Francisco Xavier Naranjo Hidalgo
Auditor Interno Jefe del IESS

CAPÍTULO I

INFORMACIÓN INTRODUCTORIA

Motivo del examen

El examen especial en la Coordinación Provincial de Prestaciones del Seguro de Salud Manabí, se realizó de conformidad a la Orden de Trabajo constante en oficio 0002-DNA7-SySS-IESS-AI-2023 de 5 de enero de 2023, suscrita por el Auditor Interno Jefe del IESS, en cumplimiento del Plan Anual de Control 2023 de la Unidad de Auditoría Interna del IESS.

Objetivos del examen

- Determinar el cumplimiento de las disposiciones legales, reglamentarias y demás normativas aplicables al objeto del examen.

- Verificar la propiedad, veracidad y el registro de las operaciones administrativas y financieras relacionadas con el objeto del examen.

Alcance del examen

El examen especial comprendió el análisis a los procesos de asignación de recursos financieros, acreditación, contratación, derivación y pago a prestadores privados por servicios de Salud a los afiliados y pensionistas en la ciudad de Manta del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social y dependencias relacionadas, por el período comprendido entre el 1 de enero de 2018 y el 31 de diciembre de 2022.

Base Legal

Con Decreto Supremo 18 de 8 marzo de 1928, publicado en el R.O. 590 de 13 de marzo de 1928, se promulgó la Ley de Jubilación, Montepío Civil, Ahorro y Cooperativa, institución de crédito con personería jurídica con la cual se creó la Caja de Jubilaciones y Montepío Civil, Retiro y Montepío Militares, Ahorro y Cooperativa denominada Caja de Pensiones para empleados públicos y bancarios; con Decreto Supremo 12 de 8 de octubre de 1935, se dictó la Ley del Seguro Social Obligatorio y se creó el Instituto

Nacional de Previsión; en el año 1937 se efectuaron reformas a la Ley del Seguro Social Obligatorio y, en razón de estas, se aprobaron los estatutos de la Caja del Seguro de Empleados Privados y Obreros, entidad que comenzó a operar con carácter autónomo.

Con Decreto Supremo 19 de 4 de febrero de 1937, publicado en el R.O. 407 de la misma fecha, se incorporó el Seguro de Enfermedad entre los beneficios de los afiliados; con Decreto Supremo 517 publicado en R.O. 65 de 26 de septiembre de 1963 se fusionó la Caja de Pensiones con la Caja del Seguro para formar la Caja Nacional del Seguro Social; y, con Decreto Supremo 40 de 2 de julio de 1970, publicado en el R.O. 15 de 10 de julio de 1970, se transformó la Caja Nacional del Seguro Social en el Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social, IESS, como entidad autónoma, con personería jurídica y recursos propios distintos a los del Fisco.

En el R.O. 465 de 30 de noviembre de 2001, se publicó la Ley de Seguridad Social, que en su artículo 16 establece la naturaleza jurídica del IESS como una entidad pública descentralizada, creada por la Constitución Política de la República, dotada de autonomía normativa, técnica, administrativa, financiera y presupuestaria, con personería jurídica y patrimonio propio, que tiene por objeto indelegable la prestación del Seguro General Obligatorio en todo el territorio nacional y en su artículo 102, se estableció el alcance de la protección, en el que 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.

Así también, en el artículo 361 de la Constitución de la República del Ecuador, publicada en el R.O. 449 de 20 de octubre de 2008, dispone que el Estado ejercerá la rectoría del Sistema Nacional de Salud a través de la Autoridad Sanitaria Nacional, misma que según el artículo 4 de la Ley Orgánica de Salud es el Ministerio de Salud Pública; y, en el artículo 370, establece que el Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social, es una entidad autónoma regulada por la ley, que será responsable de la prestación de las contingencias del seguro universal obligatorio a sus afiliados.

Con Resolución C.D. 317 de 10 de mayo de 2010, se aprobó el Reglamento para el pago por servicios de salud en casos de emergencia concedidos por Prestadores Externos a los Asegurados del IESS, en el cual se establece que en situaciones de emergencia, los asegurados del Seguro General Obligatorio, voluntarios y beneficiarios con derecho, serán atendidos por unidades médicas o profesionales de la salud ajenos

TRES

al IESS, que pueden ser acreditadas y contratadas; así como, en casos de emergencia podrán prestar los servicios sin contrato ni convenio.

El Consejo Directivo del IESS con Resolución C.D. 357 de 9 de febrero de 2011, expidió varias regulaciones en la normativa interna relacionada con el Seguro General de Salud Individual y Familiar para la aplicación de la Ley Reformatoria a la Ley de Seguridad Social, publicada en el R.O.S. 323 de 18 de noviembre de 2010, entre las que constan las reglas para la protección, exclusión y el alcance de la protección de los beneficiarios del IESS.

Los Ministros de Salud Pública, del Interior, Defensa Nacional, Directores Generales del IESS, ISSFA e ISSPOL suscribieron el Convenio Marco Interinstitucional de 10 de abril de 2015, para conformar la Red Pública Integral de Salud, obligándose a someterse entre otras directrices a desarrollar mecanismos coordinados para implementar planes, programas y estrategias en temas de promoción, prevención, recuperación, habilitación, rehabilitación y cuidados paliativos; además, se precisó que la prestación de los servicios de salud debe ser integral e incluir todos los procesos requeridos en el "*continuo de la atención*", desde el momento de ingreso al paciente hasta el alta de la patología y/o condición de salud; así como, la referencia/derivación o contrareferencia en la unidad médica correspondiente; y, a aplicar el Tarifario de Prestaciones para el Sistema Nacional de Salud en los procesos de reconocimiento económico que se generen por la prestación de servicios de salud entre las instituciones públicas y privadas.

El Consejo Directivo del IESS con Resolución C.D. 535 vigente desde el 6 de mayo de 2017, aprobó la reforma integral al Reglamento Orgánico Funcional del IESS, en el que entre otras, se creó la Gestión Nacional del Seguro General de Salud Individual y Familiar cuya área responsable es la Dirección del citado Seguro; así también, como proceso sustantivo desconcentrado se estableció la Gestión Provincial de Prestaciones del Seguro de Salud, cuyo responsable es el Coordinador Provincial de Prestaciones del Seguro de Salud, que como parte de sus atribuciones coordina y dirige el seguimiento de la implementación de políticas, normas y reglamentos de los establecimientos de salud del IESS a la RPIS; de los convenios de servicios al interior de la Red Pública y RPC; así como, la ejecución de las auditorías de calidad de la facturación de las cuentas médicas de su jurisdicción.

El artículo 8 de la Estructura Orgánica, numeral 3.1.3 Gestión Nacional del Seguro General de Salud Individual y Familiar del Reglamento Orgánico Funcional del IESS de la referida resolución, la Dirección del Seguro General de Salud Individual y Familiar, encargada de garantizar el otorgamiento de las prestaciones de salud a los afiliados y beneficiarios del IESS y que en cumplimiento de la Norma Técnica Sustitutiva de Relacionamiento para la Prestación de Servicios de Salud entre Instituciones de la RPIS y de la RPC, y su Reconocimiento Económico, emitida con Acuerdo Ministerial 0091-2017 de 19 de junio de 2017, se regularizó los procedimientos administrativos del relacionamiento interinstitucional por derivación de usuarios/pacientes; así como, para la aprobación del pago total o parcial, validada de manera sistemática la pertinencia administrativa, técnica, médica y de tarifas generadas por concepto de las prestaciones de salud entregadas por prestadores de la RPIS y de la RPC.

El Ministerio de Salud Pública con Acuerdo Ministerial 0217-2018 de 9 de mayo de 2018 expidió la Norma para la selección y adquisición de servicios de salud RPIS y de la RPC, que establece los mecanismos de calificación, pago y calidad en la prestación de servicios a pacientes derivados de la RPIS a establecimientos de la RPIS o de la RPC.

Con Resolución C.D. 622 de 22 de diciembre de 2020, se aprobó la Codificación del Reglamento para la concesión de las prestaciones del Seguro General de Salud Individual y Familiar, las normas para la extensión de cobertura; y, disposiciones para los hijos de afiliados, así como los pensionistas de montepío por orfandad del IESS, en la que señala que bajo la responsabilidad de la Dirección del Seguro General de Salud Individual y Familiar y de las Unidades prestadores de salud acreditadas, las prestaciones de salud incluirán entre otros, los servicios odontológicos, de prevención, diagnóstico auxiliar, medicina curativa, suministro de fármacos y hospitalización.

Estructura orgánica

Al 31 de diciembre de 2022, fecha de corte del examen especial, la estructura orgánica del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social, de acuerdo con Resolución C.D. 535 aprobada en sesiones celebradas el 25 de julio y 8 de septiembre de 2016 y su reforma con Resolución C.D. 553 de 8 de junio de 2017, fue la siguiente:

Procesos Gobernantes

Órgano Máximo de Gobierno del IESS

Órgano Ejecutivo

Procesos Sustantivos

Direccionamiento técnico
Gestión del Seguro General de Salud Individual y Familiar
Gestión Nacional del Seguro Social Campesino

Procesos Desconcentrados

Procesos Sustantivos Desconcentrados
Gestión Provincial de Prestaciones del Seguro de Salud
Coordinación Provincial de Prestaciones del Seguro de Salud
Gestión Provincial del Seguro Social Campesino
Coordinación Provincial del Seguro Social Campesino

Objetivos de la entidad

La Coordinación Provincial de Prestaciones del Seguro de Salud Manabí a través de la Gestión del Seguro General de Salud Individual y Familiar, se encuentra alineada al Plan Estratégico Institucional 2022, a través de 3 objetivos específicos:

- Incrementar la sostenibilidad del fondo de salud
- Incrementar la calidad y control del gasto del Seguro General de Salud Individual y Familiar
- Incrementar la calidad de la atención de las prestaciones del Seguro General de Salud Individual y Familiar

Monto de recursos examinados

Se analizaron 765 expedientes de pago a prestadores de salud privados por brindar el servicio de salud a los afiliados y pensionistas del IESS en la ciudad de Manta, que ascienden a 81 525 740,54 USD, según consta en Anexo 2.

Servidores relacionados

Se detalla en Anexo 1.

CAPÍTULO II

RESULTADOS DEL EXAMEN

Seguimiento al cumplimiento de recomendaciones

No se realizó el seguimiento al cumplimiento de recomendaciones, por cuanto, no existen informes de exámenes especiales o auditorías realizadas anteriormente por la Contraloría General del Estado ni por la Auditoría Interna del IESS, relacionados con el objeto de esta acción de control en la Coordinación Provincial de Prestaciones del Seguro de Salud Manabí.

Falta de directrices para efectuar pagos a prestadores externos

El Director del Seguro General de Salud Individual y Familiar, encargado, con memorando IESS-DSGSIF-2023-0498-M de 25 de enero de 2023, referente a la metodología y/o criterio para la elaboración de la Planificación anual de presupuesto, asignación de recursos financieros a las Coordinaciones Provinciales de Prestaciones del Seguro de Salud, sus fuentes de financiamiento y montos asignados a la Coordinación Provincial de Prestaciones del Seguro de Salud Manabí del 2018 al 2022, para el pago a los prestadores privados por servicios de salud brindados a los afiliados y pensionistas, señaló:

> *"... Para la elaboración de las proformas presupuestarias en lo relacionado a prestadores externos, su valor de asignación se la realiza conforme al comportamiento histórico de gestión de la pertinencia médica y gestión de pago, distribuyendo los recursos disponibles una vez asignados los valores para Unidades Médicas, Subsidios de Maternidad y Enfermedad, gastos operacionales de las Coordinaciones y Unidades Provinciales y los centralizados.- En base al presupuesto aprobado y conforme la disponibilidad de recursos financieros la Subdirección Nacional de Transferencias y Pagos efectua* (sic) *la erogación de recursos del Fondo del Seguro de Salud.- En lo referente a la asignación realizada a la Coordinación Provincial de Prestaciones de Salud para los año* (sic) *2018 al 2022, se remiten los Balances Presupuestarios del Centro de Responsabilidad 1301 Manabí del Sistema INFOR - LN, para su analisis* (sic).- *Los ingresos del Fondo del Seguro de Salud provienen de la tabla de distribución de las tasas de aportación al Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS), establecidas por el Consejo Directivo del IESS en la Resolución C.D. 501 del 13 de Noviembre del 2015.- Estos recursos permiten financiar todos los egresos del Fondo de Salud, tales como el pago de Subsidios, Prestaciones en las Unidades Medicas* (sic) *del IESS, Pago a Prestadores Externos y gastos operacionales de las Coordinaciones y Unidades Provinciales del Seguro de Salud (...)".*

SIETE

Además, adjuntó el memorando IESS-DNGF-2023-0093-M de 17 de enero de 2023 emitido por el Director Nacional de Gestión Financiera, mediante el cual informó que el Director General del IESS con Resolución IESS-DG-2022-0038-RA de 19 de septiembre de 2022, aprobó la "***Metodología de Auditoría y Pago a Prestadores Externos***", que tiene como objeto el estandarizar los criterios técnicos para la auditoría y pago a prestadores externos del Seguro General de Salud Individual y Familiar; documento que en el numeral 7 establece la metodología para la asignación de presupuesto por este concepto para cada coordinación/unidad provincial del citado seguro de salud, así:

> *"... En función de la asignación de recursos económicos definida en la proforma presupuestaria del año en curso y los subsecuentes, se establecerá la siguiente metodología para la asignación de presupuesto para el pago a prestadores externos a cada provincia, por parte de la Dirección del Seguro General de Salud Individual y Familiar, con el fin de garantizar la participación idónea de cada provincia, evitando así la discrecionalidad en este procedimiento (...)".*

Así también, los numerales 9.1.1.3 y 9.1.1.4 del número 9 Ejecución del Proceso de Pago a Prestadores Externos, de la Metodología ibídem, establecen:

> *"... 9.1.1.3 Solicitar asignación de recursos:- Con las facturas recibidas las coordinaciones... provinciales del seguro de salud, remiten a la Subdirección Nacional Financiera del Seguro de Salud, la solicitud de asignación de recursos con el detalle de las facturas recibidas de la matriz de pagos aprobada.- 9.1.1.4 Asignar recursos:- La Subdirección Nacional Financiera del Seguro de Salud, procede con la asignación presupuestaria correspondiente únicamente cuando se cuenta con la factura debidamente verificada como aprobada en la matriz de pagos. Cabe señalar que la asignación deberá realizarse de forma inmediata puesto que la factura deberá ser cancelada dentro del mismo mes en el que fue solicitada (...)".*

La Coordinadora Provincial de Prestaciones del Seguro de Salud Manabí, encargada, con memorando IESS-CPPSSM-2023-1478-M de 1 de febrero de 2023, remitió información de los pagos por atenciones entregadas por prestadores externos en el período analizado, esto es, 1 de enero de 2018 y el 31 de diciembre de 2022 en las Coordinaciones Provinciales de Prestaciones de los Seguros de Salud y Social Campesino Manabí, en la que se verificó que se realizaron 765 pagos por 81 525 740,54 USD, de los cuales 687 por 32 960 090,47 USD corresponden a los Prestadores con RUC XXXXX58014001, XXXXX66297001, XXXXX98135001 y XXXXX66416001, mismos que registran 88 trámites pendientes, por un total de 11 608 679,43 USD, así:

RUC Prestador	Año	Pagados		Pendientes		
		Nro. Trámites	Valor Pagado USD	Nro. Trámites	Valor Pendiente USD	Total Pendiente de Pago por Prestador USD
XXXXX58014001	2021	30	4 004 263,25	8	1 271 227,09	3 234 199,24
	2022	35	5 251 918,18	8	1 962 972,15	
XXXXX66297001	2018	84	2 816 404,96	5	32.675,84	2 846 364,33
	2019	111	3 325 843,61	5	20 537,68	
	2020	144	3 856 851,95	7	7 951,16	
	2021	82	4 034 078,77	21	1 429 353,60	
	2022	29	1 129 239,02	8	1 285 846,05	
XXXXX98135001	2021	3	693 969,00	4	2 723 002,98	4 530 321,90
	2022	6	4 015 449,30	3	1 807 318,92	
XXXXX66416001	2020	56	1 396 750,58	1	9 491,33	997 793,96
	2021	72	1 421 803,96	6	412.889,45	
	2022	35	1 013 517,89	12	575 413,18	
	Total	687	32 960 090,47	88	11 608 679,43	11 608 679,43

Lo expuesto demuestra la falta de directrices para la prelación de pago de las obligaciones contraídas por los convenios y/o contratos, mismos que según lo establecido en el artículo 5 De la elaboración de los convenios, de la Norma para la Selección y Adquisición de Servicios de Salud de la RPIS y RPC, fueron suscritos con los prestadores externos, sin requerir de certificación de disponibilidad presupuestaria previa, por considerarse de naturaleza marco; pese a lo cual, se identificó que dieron prioridad en la cancelación de solicitudes de pago entregadas por los prestadores externos en los años 2021 y 2022, dejando de lado a los trámites ingresados desde al 2018 al 2020, mismos que estuvieron habilitados para su pago una vez que concluyó la Auditoría de la Calidad de la Facturación de los Servicios de Salud; permitiendo que se acumulen valores pendientes de pago de mayor antigüedad.

Al respecto, con oficios 0309 al 0312-0002-DNA7-SySS-IESS-AI-2023 de 12 de mayo de 2023, se solicitó información a los Directores del Seguro General de Salud Individual y Familiar titulares y encargados, de quienes el servidor en funciones entre el 14 de diciembre de 2021 y el 18 de marzo de 2022, en comunicación de 22 de mayo de 2023, se refirió al presupuesto general para el pago a prestadores de salud privados; sin pronunciarse respecto a la metodología aplicada para su prelación.

Lo comentado se presentó por cuanto, los Directores del Seguro General de Salud Individual y Familiar, titular y encargados, en funciones entre el 1 de enero y 4 de abril de 2018; 5 de abril de 2018 y el 12 de marzo de 2019; 13 de marzo de 2019 y 12 de junio de 2020; 26 de junio de 2020 y el 13 de diciembre de 2021; y, 14 de diciembre de 2021 y el 18 de marzo de 2022, no emitieron directrices para la prelación de pago de las

HUEVE

obligaciones contraídas por los convenios que fueron suscritos con los prestadores de salud privados, toda vez que se priorizó la cancelación a quienes entregaron solicitudes de pago en el 2021 y 2022, sin considerar los requerimientos ingresados con anterioridad a los cancelados; ocasionando que se acumulen valores pendientes de pago de mayor antigüedad y que no se efectúe con equidad el reconocimiento económico que garantice la oportunidad y la calidad de los servicios que los prestadores externos brindaron a los afiliados del IESS.

Los citados servidores incumplieron lo establecido en el artículo 22 Deberes de las o los servidores públicos de la LOSEP, letras a) y b); e, inobservaron las Normas de Control Interno 100-02 Objetivos del control interno, 100-03 Responsables del control interno y 401-03 Supervisión; la misión y la letra w) del numeral 3.1.3 Gestión Nacional del Seguro General de Salud Individual y Familiar del Reglamento Orgánico Funcional del IESS, aprobado con Resolución C.D. 535 y publicado en el R.O.E.E. 5 de 1 de junio de 2017 y reformado el 8 de febrero de 2021.

Con oficios 0331, 0332, 0365, 0366 y 0380-0002-DNA7-SySS-IESS-AI-2023 de 25 de mayo de 2023, se comunicaron los resultados provisionales a los Directores del Seguro General de Salud Individual y Familiar titulares y encargados, de quienes el servidor que cumplió funciones entre el 13 de marzo de 2019 y el 12 de junio de 2020, en comunicación recibida el 19 de junio de 2023, expuso:

> *"...esta Dirección recibió las notificaciones de varias Unidades Médicas, previo a suscribir los convenios de pago, ocasión en la cual,* ***se les recordó que los Convenios de Pago constituyen una figura que se aplica por excepción, y son de exclusiva y estricta responsabilidad de quien los suscribe****...- En razón de lo expuesto,* ***es importante señalar que la Dirección del Seguro General de Salud Individual y Familiar, no tiene competencia para determinar si las contrataciones realizadas en las diferentes unidades médicas a nivel nacional han sido o no ejecutadas de acuerdo con la planificación institucional, mucho menos podrá establecer si las personas responsables han cumplido o no con tal planificación, puesto que aquello no se encuentra contemplado en las atribuciones y responsabilidades señaladas para esta Dirección en la Resolución No. C.D. 535*** *(...)".*

Lo comentado por el servidor, se relaciona a convenios de pago, más no a los suscritos con los prestadores privados por servicios de salud brindados a los afiliados y pensionistas del IESS; además, no adjuntó documentos que evidencien que emitió disposiciones para la prelación de pagos por este concepto, por lo tanto, no modifica lo comentado por auditoría.

Conclusión

Los servidores responsables del Seguro General de Salud Individual y Familiar en los años 2018 a septiembre de 2022, no emitieron directrices para la prelación de pago de las obligaciones contraídas por los convenios que fueron suscritos con los prestadores de salud privados, ocasionando que se acumulen valores pendientes de pago de mayor antigüedad y que no se efectúe con equidad el reconocimiento económico que garantice la oportunidad y la calidad de los servicios que los prestadores externos brindaron a los afiliados del IESS.

Recomendación

Al Director del Seguro General de Salud Individual y Familiar

1. Dispondrá a la Coordinadora Provincial de Prestaciones del Seguro de Salud Manabí que realice el análisis de antigüedad de pagos pendientes a Prestadores Externos por servicios de salud brindados a los afiliados y pensionistas del IESS, a fin de depurar valores acumulados de años anteriores.

Inconsistencias en la información generada en el proceso de derivación de servicios de salud

El Subdirector Nacional de Aseguramiento del Seguro de Salud, encargado, con memorando IESS-SDNASS-2018-0398-M de 15 de febrero de 2018, remitió al Coordinador Provincial de Prestaciones del Seguro de Salud Manabí, el Manual del Proceso *"REFERENCIA/DERIVACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD"* de 8 de febrero de 2018, en el cual, en el párrafo 5 del numeral 3 Lineamientos del Proceso, establece:

> *"... El proceso Referencia/Derivación de usuarios/pacientes debe ser registrado y documentado en el correspondiente formulario y sistema informático (...)".*

La Coordinadora Provincial de Prestaciones del Seguro de Salud Manabí, encargada, con memorando IESS-CPPSSM-2023-1367-M de 30 de enero de 2023, remitió al equipo auditor el memorando IESS-CPPSSM-2023-1185-M de 24 de enero de 2023, con el cual la Médica General de Primer Nivel de Atención adjuntó el archivo denominado *"DERIVACIONES A PRESTADORES EXTERNOS - MANTA.GESTION* (sic) *.xlsx"*, que

contiene la base de datos de las derivaciones realizadas a prestadores privados para el servicio de salud a los afiliados y pensionistas en la ciudad de Manta, por el período comprendido entre el 1 de enero de 2018 y 31 de diciembre de 2022; evidenciándose que no se utilizó un sistema informático para el proceso de derivaciones; lo que no garantizó la confiabilidad, exactitud e integridad de la información registrada, como se detalla a continuación:

- En las columnas *"CIE_NOMBRE"* y *"CARTE_SERV_NOMBRE"*, existieron 27.170 y 11.812 registros con el detalle *"SIN REGISTRO EN MATRIZ RESPECTIVA"*.
- En la columna *"CIE_SIGLA"*, existieron 13.940 registros con el detalle *"SIN REGISTRO EN MATRIZ RESPECTIVA"*; 13 códigos que no estuvieron de acuerdo con el catálogo CIE-10 y 8 registros con campos vacíos; evidenciándose que no se registró el diagnóstico médico ni los procedimientos realizados.
- En el 2018 y 2019, se verificaron 27.170 registros que no contienen la información del afiliado, a fin de verificar si contaba o no con cobertura IESS.
- En las columnas *"CÓDIGO CIE-10"* y *"CÓDIGOS DE PROCEDIMIENTOS"*, constaron 21 y 672 registros con campos vacíos, que correspondieron del 2020 al 2022; lo que limitó conocer el diagnóstico médico del beneficiario.
- Existieron 31.569 Códigos de Validación de Derivación repetidos, particular que afectó la trazabilidad de esta información.
- En el 2018 y 2019, no existe el campo de RUC del prestador de salud privado y del 2020 al 2022, en la columna *"RUC DE LA UNIDAD MÉDICA QUE RECIBE LA DERIVACIÓN"*, se registraron números de RUC que contiene entre 1, 12 y 14 dígitos, lo que limitó identificar y verificar la razón social de la entidad que prestó el servicio al afiliado y pensionista.

Al respecto, con oficios 0166 y 0168-0002-DNA7-SySS-IESS-AI-2023 de 21 de abril de 2023, se solicitó información a los Coordinadores Provinciales de Prestaciones del Seguro de Salud Manabí, en funciones entre el 6 de julio y el 4 de noviembre de 2019 y 9 de noviembre de 2019 y el 11 de febrero de 2020; y, 15 de octubre de 2020 y el 8 de febrero de 2021; sin obtener respuesta.

Los Coordinadores Provinciales de Prestaciones del Seguro de Salud Manabí, titulares y encargados con memorandos IESS-CSA-PA-2023-2506-M, IESS-CPPPRTFRSDG-2023-4218-M, IESS-HG-SD-DM-2023-1512-M e IESS-HG-MAN-DI-2023-0414-M de 27 de abril; y, 2, 4, 8 y 24 de mayo de 2023; y, los servidores responsables de registrar las

derivaciones, con memorandos IESS-CPPSSM-2023-5945, 5978, 5979, 5980, 5982, 6094, 6433, 6528, 6553, 6605, 6927 y 6969-M, IESS-HG-SD-DTHA-2023-1789-M, IESS-HG-SD-CG-2023-0297 y 0307-M, IESS-CPSSCM-2023-7598-M, IESS-CPSSCM-2023-0154-O, IESS-HG-SD-EUM-2023-0507 y 532-M y comunicación de 27 de abril, 2, 8, 10, 11, 16, 17, 18, 22, 23 y 30 de mayo y 4 de junio de 2023, en su orden, en relación a lo comentado, en términos similares manifestaron:

> *"... Hasta la presente fecha la Coordinación Provincial de Prestaciones del Seguro de Salud de Manabí no dispone de un sistema informático de derivaciones y referencias... este se encuentra en fase de pilotaje de implementación exclusivamente para la Coordinación Provincial de Prestaciones del Seguro de Salud de Azuay.-... para evitar la duplicidad de códigos como control interno en la Coordinación de Manabí se colocan como parte del código de validación las iniciales de los nombres y apellidos de los funcionarios que emiten códigos de validación, así como la nomenclatura inicial del mismo CVAV (código de validación ambulatorio virtual), CVAV-CAT (código de validación ambulatorio virtual catastrófico), CVH (código virtual hospitalario), CVEC (código validación emergencia convenio)....- La Coordinación Provincial de Prestaciones del Seguro de Salud de Manabí maneja un número considerable de derivaciones, no contando con un sistema informático....- La matriz que se toma como referencia en el examen especial es la matriz de consolidación de derivaciones que la opera el líder* (sic) *derivaciones y se reporta con periodicidad mensual.- Las novedades generadas en la matriz adjunta, se dan porque las celdas de la matriz diaria tienen un orden diferente a la matriz de consolidación mensual, por lo cual al momento de copiar y pegar los datos de una matriz a otra, estos probablemente no se almacenaron correctamente (...)".*

Así también, el Coordinador Provincial de Prestaciones del Seguro de Salud Manabí, con oficio LPC-2023-04-0006 de 30 de abril de 2023, señaló:

> *"...las directrices referentes a los sistemas informáticos que utiliza la Coordinación Provincial de Seguro de Salud de Manabí y demás provincias, son direccionadas por la Subdirección Nacional de Aseguramiento de Seguro de Salud (Nacional), por cuanto las Coordinaciones Provinciales de Salud lo único que hace* (sic) *es acatar dichas disposiciones.- Las personas designadas... que intervienen en la auditoria* (sic) *de la facturación de los servicios de salud, son los únicos responsables de sus gestiones y funciones (...)".*

Y, la Médica General de Primer Nivel de Atención en la SPPSSM en funciones Derivación - Provisión de Servicios de Salud de la CPPSSM, con memorando IESS-CSA-LE-DM-2023-1170-M de 6 de junio de 2023, manifestó:

> *"... Se contaba con matrices en formato excel de todos los procesos de derivación, puesto que no existía durante mi tiempo de gestión un sistema informático de derivaciones y referencias vigente,...- En cuanto la duplicidad de los códigos...*

TRECE

cada persona manejaba una matriz secuencial con diferentes correos y diferentes unidades a su cargo, lastimosamente no hubo el sistema informático para verificar que esa celda en la matriz estuviese duplicada (...)".

Lo expuesto, evidencia que en el período analizado no se implementó un sistema informático, ya que por lo comunicado este se encuentra en etapa de pruebas, por lo cual, los Coordinadores Provinciales de Prestaciones del Seguro de Salud Manabí, titulares y encargados no supervisaron que la información generada en las matrices en Excel presentó inconsistencias, toda vez que existieron registros con el detalle *"SIN REGISTRO EN MATRIZ RESPECTIVA"*, campos vacíos, sin información del afiliado y códigos CIE-10, números de RUC inválidos y Códigos de Validación de Derivación repetidos, afectando la integridad de la información de los pacientes y sus procedimientos, como consta en el Anexo 3.

Situación que se presentó debido a que los Coordinadores Provinciales de Prestaciones del Seguro de Salud Manabí, titulares y encargados, en funciones entre el 1 de enero y el 6 de junio de 2018; 7 y el 29 de junio de 2018 y 24 de marzo y el 13 de julio de 2020; 2 de julio y el 6 de noviembre de 2018; 7 de noviembre de 2018 y el 7 de marzo de 2019, 15 de marzo y el 10 de abril de 2019; y, 22 de abril y el 5 de julio de 2019; 6 de julio y el 4 de noviembre de 2019 y 9 de noviembre de 2019 y el 11 de febrero de 2020; 11 de agosto y el 13 de octubre de 2020 y 9 de febrero de 2021 y el 24 de mayo de 2022; 15 de octubre de 2020 y el 8 de febrero de 2021; y, 25 de mayo y el 31 de diciembre de 2022, no supervisaron que la información de los pacientes y sus procedimientos médicos generada en las matrices en Excel, se encontró con inconsistencias y en otros casos con campos vacíos, como consta en Anexo 3; ocasionando que no se garantice su confiabilidad, exactitud e integridad; así como, la trazabilidad de las operaciones y procedimientos médicos de los pacientes del IESS.

Los citados servidores incumplieron lo establecido en el artículo 22 Deberes de las o los servidores públicos de la LOSEP, letras a) y b); el párrafo 5 del numeral 3 **"***Lineamientos del Proceso***"** del Manual del Proceso *"REFERENCIA/DERIVACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD"* de 8 de febrero de 2018; e, inobservaron las Normas de Control Interno 100-02 Objetivos del control interno,100-03 Responsables del control interno, 401-03 Supervisión y 600-01 Seguimiento continuo o en operación; y, en la letra b) del numeral 6.2.4. Gestión Provincial de Prestaciones del Seguro de Salud, del Reglamento Orgánico Funcional del IESS emitido con Resolución C.D. 535 de 8 de septiembre de 2016.

CATORCE

Con oficios 0338, 0340 al 0343 y 0345 al 0347-0007-DNA7-SySS-IESS-AI-2022 de 25 de mayo de 2023, se comunicaron los resultados provisionales a los Coordinadores Provinciales de Prestaciones del Seguro de Salud Manabí, titulares y encargados, quienes emitieron las siguientes respuestas:

El Coordinador Provincial de Prestaciones del Seguro de Salud Manabí, con oficio LPC-2023-05-002 de 30 de mayo de 2023 ratificó lo manifestado en su oficio LPC-2023-04-0006, en el que evidenció que la coordinación a su cargo, no contó con un sistema informático ni supervisó que la información ingresada en el proceso de derivaciones se encontró con inconsistencias, por lo que no modifica lo comentado por auditoría.

Los Coordinadores Provinciales de Prestaciones del Seguro de Salud Manabí, encargado y titular en comunicaciones de 2 y 7 de junio de 2023, en términos similares, manifestaron:

> *"... Cada código CIE-10, representa a una enfermedad y cada enfermedad responde a un código de la CIE-10, por lo tanto si en una celda aparece la enfermedad y no aparece el código no existe ninguna dificultad en el procesamiento de la información....- Con relación a los códigos de validación repetidos, el número puede ser igual, ya que los médicos derivadores poseen su propia secuencia que se inicia cada año calendario, por lo que indudablemente habrá códigos que van a estar repetidos, pero lo que hay que fijarse es en las otras variables como son iníciales* (sic) *del derivador, nombre del prestador, fecha de emisión de código, procedimiento, entre otros....-... uno de los mecanismos de supervisión implementados, era el informe mensual que la líder del proceso de derivación hacia* (sic) *llegar a la Coordinación (...)".*

La Coordinadora Prov. de Prestaciones del Seguro de Salud Manabí, encargada, en comunicación de 5 de junio de 2023, expuso:

> *"...la base de datos, correspondía a información consolidada en un archivo, generada para la revisión de la auditoría; para lo cual unificaron la información contenida en el formato GSSIF-GSSC-L01-F04 emitido en los Lineamientos para la gestión de la continuidad de la atención de la salud... que se remite mensualmente, hasta el primer día laborable del mes siguiente a la unidad de gestión de red de la CPPSS.-... la Dirección del Seguro General de Salud Individual y Familiar, no dispuso de un sistema informático de derivaciones y referencias... la implementación de un sistema diseñado, se encuentra en fase de pilotaje de implementación exclusivamente para la Coordinación Provincial de Prestaciones del Seguro de Salud de Azuay (...)".*

La Coordinadora Prov. de Prestaciones del Seguro de Salud Manabí, encargada, en comunicación de 8 de junio de 2023, manifestó:

"... Actualmente no se dispone de un sistema informático para el proceso de derivaciones, sino que se maneja a través de matrices, formato dispuesto por las autoridades nacionales, siendo la Dirección del Seguro General de Salud Individual y Familiar....- Es importante señalar que el líder de derivaciones de la coordinación tiene sus funciones específicas, quien consolida la matriz mensual, así mismo se colocó de apoyo a una persona para realizar el informe de análisis de derivaciones de las unidades médicas, los mismos que son revisados por la suscrita y remitidos a las autoridades nacionales, sin tener ninguna observación en las matrices e informes.- Durante mi gestión se designó a las personas responsables de procesos y la suscrita emitió disposiciones de cumplimiento, realiza alertas si existen novedades comunicadas por los lideres (sic) *de procesos o identificadas por mi persona, así como también supervisó las actividades realizadas por los funcionarios de la coordinación, líderes y estos a su vez a su personal bajo su cargo, pero es meritorio mencionar que cada servidor es responsable de realizar sus funciones según las normativas legales vigentes, dando cumplimiento la* (sic) *LOSEP y al código* (sic) *de ética* (sic) *del IESS (...)".*

Lo manifestado por los citados servidores, evidencia que la información del proceso de derivaciones se generó en una hoja de cálculo en Excel, que no existió controles en las columnas de la matriz, ya que en las rotuladas: *"MOTIVO DE LA TRANSFERENCIA"*; *"TRANSFERENCIA OBSERVACION* (sic) *DE LA DERIVACIÓN"*; *"CARTE_SERV_NOMBRE"*, constó la frase *"SIN REGISTRO EN MATRIZ RESPECTIVA"*; así también, se presentaron 1.329 registros vacíos en las columnas *"NÚMERO DE CÉDULA DEL AFILIADO"* y *"APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS DEL AFILIADO"* y 204 en la columna *"RUC DE LA UNIDAD MÉDICA QUE RECIBE LA DERIVACIÓN"*, por lo que no garantizó la confiabilidad e integridad de la información generada y reportada por el líder del proceso de derivación; además, en el caso de la última servidora, pese a que señaló que emitió disposiciones referentes al proceso de autorización de derivaciones, no adjuntó documentación que demuestre su supervisión, en tal virtud, no modifica lo comentado por auditoría.

Posterior a la conferencia final de comunicación de resultados, realizada el 13 de junio de 2023, se recibieron las siguientes respuestas:

La Coordinadora Provincial de Prestaciones del Seguro de Salud Manabí, encargada en comunicación de 22 de junio de 2023, precisó:

"... Las normas legales supuestamente incumplidas... procederían aplicarse, únicamente en el caso que... el IESS hubiere contado con el sistema informático de derivaciones... durante mi periodo (sic) *de gestión en la Coordinación Provincial, no existía (...)".*

DIECISEIS Y

La Coordinadora Prov. de Prestaciones del Seguro de Salud Manabí, encargada en comunicación de 22 de junio de 2023, señaló:

> *"...hacen referencia al incumplimiento de la suscrita del manual del proceso "REFERENCIA/DERIVACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD" de 8 de febrero de 2018... no obstante, dicho Manual fue derogado... Durante mi periodo* (sic) *de gestión para el proceso de derivaciones se utilizaron las siguientes disposiciones legales:.- Lineamiento para la Gestión de la Continuidad de la Atención de la Salud, diciembre 2018.-...* ***durante mi gestión se ha dado cumplimiento con las normativas legales vigentes****... **nunca se recibió**... **observación por parte de La*** (sic) ***Subdirección Nacional de Aseguramiento del Seguro de Salud, ni de la Coordinación Nacional de Articulación de las matrices e informes de manera mensual****.-... actualmente no se dispone de un sistema informático para el proceso de derivaciones, sino que se maneja a través de matrices, formato dispuesto por las autoridades nacionales...-... el líder de derivaciones... consolida la matriz mensual... los mismos que son revisados por la suscrita y remitidos a las autoridades nacionales, sin tener ninguna observación en las matrices e informes (...)".*

Lo manifestado por las citadas Coordinadoras evidencia que, pese a no contar con un sistema informático para el proceso de derivaciones, no supervisaron que la data generada en los archivos de Excel se encontraba con inconsistencias; y, en otros casos con campos vacíos; por lo que, no garantizaron la confiabilidad, exactitud e integridad de la información registrada en estos archivos; y, en relación al Manual del proceso *"REFERENCIA/DERIVACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD"* de 8 de febrero de 2018, es preciso señalar que el mismo se encuentra vigente y el Lineamiento para la Gestión de la Continuidad de la Atención de la Salud, diciembre 2018, contiene el proceso para efectuar la derivación más no el registro de la información previo a la emisión de un código de validación de derivación de los pacientes del IESS, por lo que no modifica lo comentado por auditoría.

El Coordinador Provincial de Prestaciones del Seguro de Salud Manabí con memorando IESS-CSA-PA-2023-3486-M de 23 de junio de 2023, ratificó lo manifestado en su comunicación de 7 junio de 2023, donde evidenció la ausencia de los códigos CIE-10 y de validación repetidos; así como, que el mecanismo de supervisión implementado fue el informe mensual del líder del proceso de derivaciones; por lo que no modifica lo comentado por auditoría.

Conclusión

Los servidores responsables de la Coordinación Provincial de Prestaciones del Seguro de Salud Manabí, no supervisaron que la información registrada en la matriz de Excel

DIECISIETE y

correspondiente a los pacientes y sus procedimientos médicos se encontraban con inconsistencias; y, en otros casos con campos vacíos, ocasionando que no se garantice su confiabilidad, exactitud e integridad; así como, la trazabilidad de las operaciones y procedimientos médicos de los pacientes del IESS.

Recomendaciones

A la Coordinadora Provincial de Prestaciones del Seguro de Salud Manabí

2. Dispondrá a los servidores encargados de autorizar y registrar las derivaciones, verifiquen que la información ingresada en la matriz de Excel se encuentre completa e íntegra, a fin de garantizar la confiabilidad de los datos generados, mediante la estandarización de un formato que permita su consolidación periódica; proceso que se efectuará hasta que se cuente con un sistema informático implementado en el Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social.

3. Solicitará al Director del Seguro General de Salud Individual y Familiar la implementación de un sistema informático para registrar las derivaciones realizadas a prestadores privados para el servicio de salud a los afiliados y pensionistas, a fin de garantizar la integridad y confiabilidad de los datos generados.

Suscripción, renovación y ejecución de convenios con prestadores privados sin contar con permisos de funcionamiento vigentes

De la revisión a los informes y documentos que sustentaron la necesidad y contratación de prestadores privados para que brinden el servicio de salud a los afiliados y pensionistas en la ciudad de Manta; así como, a los informes de inspecciones anuales y semestrales efectuados por el Médico General de Primer Nivel de Atención en la SPPSSM, que cumplió funciones de Aseguramiento del Seguro de Salud de la CPPSSM y de Gestión Provincial de Aseguramiento Servicios de Salud de la CPPSSM, remitidos por las Coordinadoras Provinciales de Prestaciones del Seguro de Salud Manabí, encargada y titular, con memorandos IESS-CPPSSM-2023-1349 y 3820-M de 30 de enero y 17 de marzo de 2023, se evidenciaron las siguientes novedades:

- Prestadores Privados con Permisos de Funcionamiento y de Acreditación para ser parte de la Red Privada Complementaria no vigentes

Diecioch

- En el año 2018, el informe presentado corresponde a los resultados de un Taller de Autoevaluación de la Calidad de Atención y Seguridad del Paciente en los Prestadores Externos, en el cual, constó que 20 de 31 prestadores privados asistieron a dicho evento; el porcentaje de cumplimiento de los requisitos técnicos para ser prestador privado fue establecido por cada casa de salud con una calificación de 100%, sin evidenciar que se realizaron las inspecciones técnicas a los establecimientos, ni la verificación de Permisos de Funcionamiento y del Certificado de Calificación para formar parte del Registro Nacional de Prestadores de Servicios de Salud, mismos que de los prestadores con RUC XXXXX58014001, XXXXX66297001, XXXXX41561001, XXXXX66416001, XXXXX41626001, XXXXX65088001, XXXXX74540001, XXXXX18432001, y XXXXX49103001, se encontraban caducados; de los cuales, a los 5 primeros citados, el Coordinador Provincial de Prestaciones del Seguro de Salud Manabí, en funciones entre el 1 de enero al 6 de junio de 2018, con oficio IESS-CPPSSM-2018-0043-O de 5 de abril de 2018 les notificó la suspensión obligatoria de la derivación/agendamiento de pacientes, hasta que se presente el permiso de funcionamiento vigente de los prestadores, tal es así que a manera de ejemplo se cita el memorando IESS-CPPSSM-2018-3383-M de 5 de abril de 2018 con el que comunicó a los Directores Administrativos, Técnicos y Médicos de las Unidades Médicas de su jurisdicción la suspensión de la derivación/agendamiento a estos prestadores privados de salud.

- Se verificó que del 2019 al 2022, entre 3 y 8 prestadores privados durante la ejecución de los convenios, no tenían el Permiso de Funcionamiento vigente entre 1 y 289 días; entre 4 y 7 no contaron con la Acreditación para ser parte de la Red Privada Complementaria vigente entre 1 y 616 días, desde la fecha de vencimiento hasta su renovación; y, el prestador privado con RUC XXXXX41561001 no obtuvo la Calificación para formar parte del Registro Nacional de Prestadores de Servicios de Salud hasta el año 2021. Además, los prestadores con RUC XXXXX11742001 y XXXXX80405001 al suscribir el convenio para la prestación del servicio de salud, en el año 2021, no contaron con la Acreditación para ser parte de la Red Privada Complementaria, como se muestra en Anexos 4 y 5.

Al respecto, es preciso señalar que la Coordinadora Zonal 4 - Salud del MSP y el Director Técnico de Habilitación, Certificación y Acreditación del ACESS, con

DIECINUEVE

oficios MSP-CZ4S-2023-0655-O y ACESS-DTHCA-2023-0058-O de 3 de marzo y 6 de abril de 2023, remitieron las matrices de Certificados de Calificación RPIS y Certificados de Permisos de Funcionamiento, mismas que corroboraron la vigencia de estos documentos frente a los presentados por los prestadores de salud privados.

Para el funcionamiento de las entidades prestadoras de servicios de salud, el artículo 130 de la Ley Orgánica de Salud, publicada en el R.O.S. 423 de 22 de diciembre de 2006, reformada el 18 de diciembre de 2015, establece:

> *"... Art. 130.- Los establecimientos sujetos a control sanitario para su funcionamiento deberán contar con el permiso otorgado por la autoridad sanitaria nacional. El permiso de funcionamiento tendrá vigencia de un año calendario (...)".*

Así también, el artículo 106 Garantía, de la Norma Técnica Sustitutiva de Relacionamiento para la Prestación de Servicios de Salud entre Instituciones de la RPIS y de la RPC, y su Reconocimiento Económico, emitida con Acuerdo Ministerial 0091-2017 de 28 de junio de 2017, dispone:

> *"... Los establecimientos de salud para su funcionamiento, deberán contar con el permiso de funcionamiento y estar licenciados según la normativa legal vigente (...)".*

Con relación a la calificación de prestadores, el artículo 4 de la Norma para la Selección y Adquisición de Servicios de Salud de la RPIS y de la RPC, emitida con Acuerdo Ministerial 0217-2018 de 9 de mayo de 2018, establece:

> *"... Para ser considerado prestador de servicios de salud de la RPIS, el establecimiento de salud deberá manifestar esta intención solicitando su inscripción en el Registro de Prestadores de Servicios de Salud de la RPIS, en la Coordinación Zonal de Salud de su localidad.- Para efectos de la presente Norma, la calificación que servirá como habilitante de los establecimientos de salud para ser considerado como prestador de servicios de salud a la RPIS será la calificación establecida oficialmente por la Agencia de Aseguramiento de la Calidad de los Servicios de Salud y Medicina Prepagada -ACESS- para el otorgamiento del permiso de funcionamiento.- Cuando el establecimiento de salud cuente con el permiso de funcionamiento solicitará, de ser su interés, ser inscrito en el Registro de Prestadores de Servicios de Salud a la RPIS, con lo que estará habilitado para ser prestador de servicios de salud de la RPIS (...)".*

VIENE

Incluso, el artículo 5, respecto a la suscripción de convenios para la prestación de los servicios de salud, de la citada normativa, dispone:

> *"... Estos convenios estarán vigentes mientras el establecimiento de salud cuente con el permiso de funcionamiento vigente (...)".*

Además, el artículo 8 del Reglamento para la emisión del permiso de funcionamiento de establecimientos y servicios de atención de salud del Sistema Nacional de Salud, emitido con Acuerdo Ministerial 00032-2020 de 7 de julio de 2020, publicado en el R.O. 246 de 15 de julio 2020, estipula:

> *"... **Art. 8**.- Los establecimientos y servicios de atención de salud del Sistema Nacional de Salud, para su funcionamiento deben contar obligatoriamente con el respectivo Permiso de Funcionamiento vigente otorgado por la Autoridad Sanitaria Nacional, a través de la Agencia de Aseguramiento de la Calidad de los Servicios de Salud y Medicina Prepagada - ACESS, o quien ejerza sus competencias (...)".*

Por lo expuesto, se evidenció que los 9 prestadores con RUC: XXXXX41561001, XXXXX65088001, XXXXX66297001, XXXXX74540001, XXXXX66416001, XXXXX18432001, XXXXX49103001, XXXXX41626001 y XXXXX58014001, recibieron pacientes para atenciones médicas autorizados por los servidores del área de Derivaciones, pese a que no estuvieron calificados y/o acreditados o en su defecto su acreditación se encontraba vencida, hechos que no fueron observados por el Médico General de Primer Nivel de Atención que cumplió funciones de Gestión Provincial de Aseguramiento Servicios de Salud de la CPPSSM, ni supervisados por los Coordinadores Provinciales de Prestaciones del Seguro de Salud Manabí titulares y encargados.

- <u>Renovaciones de contratos de prestaciones de servicios de salud, sin considerar la normativa vigente</u>

Durante el período de alcance, esto es, entre el 1 de enero de 2018 y el 31 de diciembre de 2022, se suscribieron y renovaron 9 contratos y 9 convenios para la prestación de servicios de salud de la red privada complementaria, en su orden, con los prestadores de salud privados, con RUC XXXXX41561001, XXXXX65088001, XXXXX66297001, XXXXX74540001, XXXXX66416001, XXXXX18432001, XXXXX49103001, XXXXX41626001 y XXXXX58014001, mismos que no cumplieron

VEINTE Y UNO

los requisitos mínimos técnicos y administrativos, tales como: permisos de funcionamiento vigentes y acreditaciones para ser parte de la Red Privada Complementaria, particular que no fue considerado por el Medico General de Primer Nivel de Atención que cumplió funciones de Gestión Provincial de Aseguramiento Servicios de Salud de la CPPSSM, previo a elaborar los Informes de Seguimiento; tampoco observó ni advirtió que 16 prestadores no contaban con el sistema informático del IESS MIS AS/400, para el control y registro de las atenciones médicas de los pacientes, pese a que con oficios IESS-CPPSSM-2019-0416 y 0619-O de 13 de septiembre y 11 de noviembre de 2019, el Coordinador Provincial de Prestaciones del Seguro de Salud Manabí requirió información, estableció requisitos e insistió a los prestadores externos, para la creación de los usuarios en el Sistema MIS AS/400, no se dio seguimiento a estos trámites, conforme consta en Anexo 4.

Así también, en los informes de visitas técnicas realizadas a los prestadores privados, no se detalló el proceso de evaluación que asegure el cumplimiento de requisitos mínimos con respecto a su infraestructura física, equipamiento y personal; a fin de verificar si las condiciones bajo las cuales los prestadores fueron acreditados se mantuvieron durante la ejecución de los convenios, o en su defecto tomar las acciones correctivas que el caso amerite, para determinar si se continuaba o suspendía los servicios prestados por estas casas de salud.

En referencia a los documentos que forman parte de la calificación de prestadores, el Consejo Directivo del IESS con Resolución C.D. 020 de 30 de septiembre de 2003, aprobó las Normas Técnicas y Criterios para la Calificación del Nivel de Complejidad en las Unidades Médicas del IESS y Acreditación de las Unidades Médicas del IESS y demás Prestadores de Salud, que en la letra b) del artículo 12, dispone:

> *"... En el formulario 2 se ha establecido un "Listado de requisitos". El cumplimiento del literal a. Requisitos administrativos, será obligatorio para cualquier prestador de salud que desee ser calificado (...)".*

En el Anexo del Formulario 2, como primer requisito administrativo se encuentra:

> *"... Permiso de funcionamiento otorgado por la Autoridad de Salud correspondiente (...)".*

VEINTE Y DOS

En los números 2 y 4.2 Descripción de Actividades y del Manual del Proceso para el Análisis para la Vinculación de Prestadores Externos a los Servicios de Salud del IESS de febrero de 2017, se establece:

> *"... **Prestador de servicios de salud**.- Establecimientos o profesionales legalmente facultados para prestar bienes y servicios de naturaleza sanitaria a los pacientes, tanto en el ámbito del sector público como en el privado.- **Registro nacional de prestadores de servicios de salud**.- Es el registro, organizado por niveles de atención y de complejidad, de aquellos prestadores evaluados y calificados por el MSP.- **4.2 DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES**.- 5. Analizar los prestadores de servicios de salud calificados (MSP).- 6 Identificar Establecimiento* (sic) *de Salud que oferte los servicios requeridos (...)".*

Así también, en las cláusulas de la Administración del Convenio de los instrumentos legales suscritos por los prestadores de salud privados, se estipuló:

> *"... Suspender... la ejecución del convenio y su respectiva inhabilitación en el sistema, si el prestador del Servicio de Salud no se encontrare habilitado para prestar el servicio o si no cumpliere con las condiciones que llevaron a su habilitación... La suspensión podrá ser de manera temporal o definitiva y, por la totalidad de los servicios o por una parte de la cartera habilitada, según corresponda (...)".*

Situación que no fue advertida por el Médico General de Primer Nivel de Atención que cumplió funciones de Gestión Provincial de Aseguramiento Servicios de Salud de la CPPSSM, ni supervisadas por los Coordinadores Provinciales de Prestaciones de Salud en su calidad de administradores de los convenios.

Al respecto, con memorandos IESS-AI-2023-0510 y 0511-M y oficios del 0151 y 0156, 0158 al 0160 y 0164-0002-DNA7-SySS-IESS-AI-2023 de 21 de abril de 2023, se solicitó información al Médico General de Primer Nivel de Atención en la SPPSSM que cumplió funciones de Aseguramiento del Seguro de Salud de la CPPSSM y de Gestión Provincial de Aseguramiento Servicios de Salud de la CPPSSM y a los Coordinadores Provinciales de Prestaciones del Seguro de Salud Manabí, titulares y encargados, de estos últimos servidores, quienes cumplieron funciones entre el 7 y el 29 de junio de 2018 y 24 de marzo y el 13 de julo de 2020; 2 de julio y el 6 de noviembre de 2018; y, 7 de noviembre de 2018 y el 7 de marzo de 2019, 15 de marzo y el 10 de abril de 2019 y 22 de abril y el 5 de julio de 2019, con memorandos IESS-CPPSSM-2023-7086-M, IESS-CSA-PA-2023-2892-M e IESS-HG-SD-DM-2023-1770-M y comunicación de 19 y 24 de mayo; y,

VEINTE Y TRES

2 de junio de 2023, en su orden, en relación a lo comentado, en similares términos señalaron:

> *"...conforme al **Oficio Nro.ACESS-ACESS-2018-0675-O** de fecha 08 de junio de 2018.-... no existe normativa que estipule el tiempo que la Agencia demora en el proceso de renovación de los permisos de funcionamiento, sin embargo la administración debe disponer de todos los recursos necesarios para dar respuesta al administrado de la manera más eficiente y sin que sus actuaciones retrasen, reduzcan o vulneren el ejercicio de los derechos.-... manteniendo un permiso vigente y este se encuentre solicitando su renovación dentro del término establecido por el artículo 16 del acuerdo ministerial 79, cumpliendo este parámetro si está facultado para la atención de pacientes.- Debo recalcar que hay certificados de la RPIS que no constaban con fecha de vigencia en el documento como tal y esto ya depende de la autoridad sanitaria competente que lo emite, sin incurrir en incumplimiento de la normativa legal, lo cual se hace énfasis que la normativa claramente establece en su artículo 5 del acuerdo MSP 0217-2018 sobre la vigencia del permiso de funcionamiento y No el del certificado de la RPIS.- ... en las cláusulas contractuales de los prestadores externos, no se especificaba la obligatoriedad de instalar el sistema MIS/AS400 para el registro y control de las atenciones médicas otorgadas a los pacientes del IESS.-... no menciona... la instalación del sistema MIS AS/400 y describe el término "herramienta informática", asumiendo que dicha herramienta ya la cumple el SOAM (...)".*

Lo expuesto evidencia que los prestadores de salud privados durante la ejecución de los convenios no tenían vigentes los Permisos de Funcionamiento ni las Acreditaciones para ser parte de la RPC, incluso en algunos casos no obtuvieron la Calificación para formar parte del Registro Nacional de Prestadores de Servicios de Salud; por lo cual, no dieron cumplimiento a lo establecido en el artículo 5 de la Norma para la Selección y Adquisición de Servicios de Salud de la RPIS y de la RPC, que estipula que los convenios estarán vigentes mientras el establecimiento cuente con el Permiso de Funcionamiento Vigente.

Así también, referente al uso del Sistema Informático, existieron solicitudes realizadas a los prestadores de salud privados, para la instalación del sistema MIS AS/400; de las cuales, el Médico General de Primer Nivel de Atención que cumplió funciones de Gestión Provincial de Aseguramiento Servicios de Salud de la CPPSSM no dio seguimiento; además, el SOAM es una herramienta utilizada por la Auditoría de la Calidad de la Facturación de los Servicios de Salud más no por los Prestadores y no está diseñado para el control y registro de las atenciones médicas de los pacientes, siendo el sistema MIS AS/400 implementado por el IESS para este fin. Además, en su calidad de Coordinadores Provinciales de Prestaciones del Seguro de Salud Manabí, no

VEINTE Y CUATRO

adjuntaron documentación que evidencie la supervisión realizada a las actividades ejecutadas por el referido Médico General de Primer Nivel de Atención en la SPPSSM.

Los hechos comentados, se presentaron por cuanto, los Coordinadores Provinciales de Prestaciones del Seguro de Salud Manabí, titulares y encargados, en funciones entre el 24 de marzo y el 13 de julio de 2020; 2 de julio y el 6 de noviembre de 2018; 7 de noviembre de 2018 y el 7 de marzo de 2019; 15 de marzo y el 10 de abril de 2019; y, 22 de abril y el 5 de julio de 2019; 6 de julio y el 4 de noviembre de 2019; y, 9 de noviembre de 2019 y el 11 de febrero de 2020; 11 de agosto y el 13 de octubre de 2020; 9 de febrero de 2021 y el 24 de mayo de 2022; 15 de octubre de 2020 y el 8 de febrero de 2021; y, 25 de mayo y el 31 de diciembre de 2022, no supervisaron lo actuado por el Médico General de Primer Nivel de Atención en la SPPSSM que cumplió funciones de Aseguramiento del Seguro de Salud de la CPPSSM y de Gestión Provincial de Aseguramiento Servicios de Salud de la CPPSSM entre el 9 de febrero de 2018 y el 12 de junio de 2022; y, 13 de junio y el 31 de diciembre de 2022, en su orden, servidor que no realizó el seguimiento al cumplimiento de las cláusulas de los convenios, por cuanto no observó en los informes de visitas técnicas, que los permisos de funcionamiento y las acreditaciones no se encontraban vigentes durante la ejecución de los instrumentos legales suscritos con los prestadores privados de salud, ya que en los años 2019 al 2022 existieron entre 3 y 9 prestadores privados que durante la ejecución de los convenios, no tenían el Permiso de Funcionamiento vigente entre 1 y 289 días, entre 4 y 7 no contaron con la Acreditación para ser parte de la Red Privada Complementaria vigente entre 1 y 616 días, desde su fecha de vencimiento hasta su renovación; y, 1 prestador privado no obtuvo la Calificación para formar parte del Registro Nacional de Prestadores de Servicios de Salud hasta el año 2021; lo que ocasionó que se deriven pacientes del IESS a prestadores de salud privados que no cumplieron con los requisitos mínimos establecidos en los convenios suscritos con el IESS, por cuanto mantuvieron permisos de funcionamiento y/o acreditaciones para ser parte de la RPC no vigentes y se afecte la seguridad de la atención médica brindada a los afiliados y jubilados del IESS.

Los citados servidores incumplieron lo establecido en los artículos 22 Deberes de las o los servidores públicos de la LOSEP, letras a), b) y e); 130 de la Ley Orgánica de Salud, publicada en el R.O.S 423 de 22 de diciembre de 2006, reformada el 18 de diciembre de 2015; 106 de la Sección 1 De la Garantía de la Calidad de la Norma Técnica Sustitutiva de Relacionamiento para la Prestación de Servicios de Salud entre Instituciones de la RPIS y de la RPC, y su Reconocimiento Económico aprobada en

VEINTE Y CINCO

Acuerdo Ministerial 0091-2017 de 28 de junio de 2017; 4 y 5 de la Norma para la Selección y Adquisición de Servicios de Salud de la RPIS y de la RPC aprobada con Acuerdo Ministerial 0217-2018 de 9 de mayo de 2018; el artículo 8 del Reglamento para la Emisión del Permiso de Funcionamiento de Establecimientos y Servicios de Atención de Salud del Sistema Nacional de Salud, aprobado en Acuerdo Ministerial 00032-2020 y publicado en el R.O. 246 de 15 de julio de 2020; e, inobservaron la letra b) del artículo 12 de las Normas Técnicas y Criterios para la Calificación del Nivel de Complejidad en las Unidades Médicas del IESS y Acreditación de las Unidades Médicas del IESS y demás Prestadores de Salud, aprobada por el Consejo Directivo del IESS con Resolución C.D. 020 de 30 de septiembre de 2003 y los numerales 5 y 6 del número 4.2 del Manual del Proceso para el Análisis para la Vinculación de Prestadores Externos a los Servicios de Salud del IESS de febrero de 2017 y las cláusulas de la Administración del Convenio de los instrumentos legales suscritos por los prestadores de salud privados.

A más de la normativa citada, los Coordinadores Provinciales de Prestaciones del Seguro de Salud Manabí, titulares y encargados, inobservaron las Normas de Control Interno 401-03 Supervisión y 600-01 Seguimiento continuo o en operación; la misión y la letra a) del numeral 6.2.4 Gestión Provincial de Prestaciones del Seguro de Salud del Reglamento Orgánico Funcional del IESS, expedido con Resolución C.D. 535 de 8 de septiembre de 2016, publicado en el R.O.E.E. 5 de 1 de junio de 2017.

Con oficios 0319, 0322, 0323, 0325, 0327 al 0330-0002-DNA7-SySS-IESS-AI-2023 de 25 de mayo de 2023, se comunicaron los resultados provisionales a los Coordinadores Provinciales de Prestaciones del Seguro de Salud Manabí, titulares y encargados y al Médico General de Primer Nivel de Atención en la SPPSSM que cumplió funciones de Aseguramiento del Seguro de Salud de la CPPSSM y de Gestión Provincial de Aseguramiento Servicios de Salud de la CPPSSM, quienes emitieron las siguientes respuestas:

Los Coordinadores Provinciales de Prestaciones del Seguro de Salud Manabí titular y encargado, en comunicaciones de 1 y 5 de junio de 2023, en similares términos expusieron:

> *"... La estrategia que se implemente en los prestadores* (sic) *el sistema MIS-AS400, era con la finalidad de agilizar el proceso de auditoría de pertinencia*

VEINTE Y SEIS

médica, mas (sic) *no una obligación de los prestadores en razón que los mismos tienen sus sistemas específicos de manejo de la historia clínica y administrativa financiera.- Con relación a los informes de las visitas técnicas realizadas a los prestadores privados, el responsable de Garantía de Calidad de los Servicios de Salud, dispone de matrices y formularios con sus respectivas listas de chequeos que determinan una calificación de cada uno de los prestadores, obteniendo un puntaje que determinan la aprobación, observaciones para cambios o la finalización del contrato.- Los mecanismos de supervisión para la contratación de prestadores externos y seguimiento lo realizaban en función al reporte de catastro que el médico responsable lo emitía mensualmente y con los informes de los responsables de Calidad (...)".*

La Coordinadora Prov. de Prestaciones del Seguro de Salud Manabí, encargada, en comunicación de 3 de junio de 2023, señaló:

"...por disposición de Quito se ejecutó las visitas a los prestadores que quedaron pendientes en el 2022 entre enero y febrero 2023 y posterior se remitió los respectivos informes, dando cumplimiento mediante Memorando Nro. IESS-CPPSSM-2023-2940-M.- Se han realizado los controles mensuales sobre la vigencia de los permisos de funcionamiento y si se encuentran inscrito (sic) *en el Registro de Prestadores de Servicios de Salud a la RPIS, con lo que estará habilitado para ser prestador de servicios de salud.- Siendo obligación de los responsables de gestión de calidad, aseguramiento de salud, así como* (sic) *los líderes de derivaciones, proceso de auditoria* (sic) *de calidad de facturación de salud, Notificar* (sic) *a su inmediato superior en caso de detectar o evidenciar incumplimiento de las normativas vigentes y del convenio de acuerdo a sus competencias....- Se concluye que la suscrita ha realizado el control, supervisión y seguimiento del cumplimiento del Convenio entre el prestador y el IESS, cumpliendo los requisitos mínimos establecidos y garantizando la calidad del servicio de salud (...)".*

El Médico General de Primer Nivel de Atención en la SPPSSM que cumplió funciones de Aseguramiento del Seguro de Salud de la CPPSSM y de Gestión Provincial de Aseguramiento Servicios de Salud de la CPPSSM, en comunicación de 5 de junio de 2023, manifestó:

"... Se adjunta matriz de convenios los cuales a la fecha de suscripción se realizaron con permisos de funcionamiento, y certificado de calificación de prestadores de salud del sistema nacional de salud vigente.-... conforme al ***Oficio Nro.ACESS-ACESS-2018-0675-O*** *de fecha 08 de junio de 2018.-... no existe normativa que estipule el tiempo que la Agencia demora en el proceso de renovación de los permisos de funcionamiento, sin embargo, la administración debe disponer de todos los recursos necesarios para dar respuesta al administrado de la manera más eficiente y sin que sus actuaciones retrasen, reduzcan o vulneren el ejercicio de los derechos.-... manteniendo un permiso vigente y este se encuentre solicitando su renovación dentro del término establecido por el artículo 16 del acuerdo ministerial 79, cumpliendo este parámetro si está facultado para la atención de pacientes.-... no menciona... la*

VENTE Y SIETE

instalación del sistema MIS AS/400 y describe el término "herramienta informática", asumiendo que dicha herramienta la cumple el SOAM.-... en lo referente a infraestructura física, equipamiento y personal son parámetros que no se contemplan en la matriz de evaluación de la calidad de atención y seguridad del paciente emitida por la Dirección General del Seguro de Salud Individual y Familia (sic), *esto es debido a que la Agencia de Aseguramiento de la Calidad de los Servicios de Salud y Medicina Prepagada (ACESS) previo a la entrega del permiso de funcionamiento dentro de sus competencias está contemplado verificar el cumplimiento de infraestructura física, equipamiento y personal (...)".*

Lo manifestado por los servidores, no modifica lo comentado por auditoría, por cuanto existieron solicitudes realizadas a los prestadores de salud privados, para la instalación del sistema MIS AS/400, las cuales, el Médico General de Primer Nivel de Atención que cumplió funciones de Gestión Provincial de Aseguramiento Servicios de Salud de la CPPSSM no dio seguimiento; además, durante la ejecución de los convenios no contaban con los Permisos de Funcionamiento vigentes ni las Acreditaciones para ser parte de la RPC, incluso en algunos casos no obtuvieron la Calificación para formar parte del Registro Nacional de Prestadores de Servicios de Salud; por lo cual, no dieron cumplimiento a lo establecido en el artículo 5 de la Norma para la Selección y Adquisición de Servicios de Salud de la RPIS y de la RPC, en el que se estipula que los convenios estarán activos mientras el establecimiento cuente con el Permiso de Funcionamiento Vigente; tampoco consideraron la cláusula de la Administración del Convenio de los instrumentos legales suscritos con los prestadores de salud privados, en relación a la suspensión del servicio si no cumplieren con las condiciones que le llevaron a su habilitación.

Asimismo, en calidad de Administradores de los Convenios, no adjuntaron documentos que evidencien la disposición de directrices para la verificación del cumplimiento de sus cláusulas, ni demostraron la supervisión realizada a las actividades ejecutadas por el Médico a cargo de este proceso; y, en el caso de la Coordinadora, ratificó que en el 2022, previo a la suscripción y renovación de los convenios, no se efectuaron las visitas técnicas a los prestadores de salud privados.

Incluso el referido Médico, adjuntó los permisos de funcionamiento de los prestadores privados, emitidos durante el año 2018, corroborando que a la fecha de renovación de los convenios, estos no se encontraban vigentes; lo que no permitió verificar la información dado que la matriz adjunta difiere de la información proporcionada por la Coordinadora Provincial de Prestaciones del Seguro de Salud Manabí.

VEINTE Y OCHO

Posterior a la conferencia final de comunicación de resultados, realizada el 13 de junio de 2023, se recibieron las siguientes respuestas:

La Coordinadora Prov. de Prestaciones del Seguro de Salud Manabí, encargada, en comunicación de 21 de junio de 2023, señaló:

> *"...se encontraban con sus permisos de funcionamiento y RPIS vigentes a la firma de suscripción y/o renovación de los convenios y/o contratos... no ha considerado de los convenios suscritos y renovados, y en específico de los que se suscribieron en el año 2020... se aceptaron los certificados u oficios que suscribiesen el Delegado Provincial del ACESS-Manabí, donde indicaban que el establecimiento se encontraba en planificación de inspección o reprogramación, se anexa los documentos a los que se hace referencia (...)".*

Lo expuesto por la servidora no modifica lo comentado por auditoría, debido a que en el año 2020, los prestadores con RUC XXXXX66297001 y XXXXX58014001, no contaron con el permiso de funcionamiento acogiendo lo dispuesto en la Resolución ACESS-2020-0048 de 7 de septiembre de 2020; sin embargo, en el año 2021 los prestadores con RUC XXXXX65088001, XXXXX66297001, XXXXX74540001, XXXXX18432001, XXXXX41626001 y XXXXX58014001, no contaron entre 16 y 281 días con el permiso de funcionamiento, por lo que evidenció que no supervisó dentro de su período de gestión, se realicen controles periódicos a la documentación remitida a los prestadores de salud privados de la ciudad de Manta.

El Coordinador Provincial de Prestaciones del Seguro de Salud Manabí, encargado, en comunicación de 22 de junio de 2023, precisó:

> *"... Para el periodo* (sic) *de pandemia por la COVID-19, el ACESS emitió la RESOLUCIÓN No. ACESS-2020-0048, en la que en su artículo 1 resuelve:.- Los establecimientos de salud que cuenten con su permiso de funcionamiento emitido en el año 2019 y que caducaron el 2020 o estén por caducar en los siguientes meses, podrán seguir funcionando con dicho permiso de funcionamiento siempre que hayan ingresado la solicitud de renovación del mismo....-... sistema MIS-AS400, era con la finalidad de agilizar el proceso de auditoría de pertinencia médica, mas* (sic) *no una obligación de los prestadores (...)".*

Lo expresado por el servidor, no modifica el comentario de auditoría, por cuanto no adjuntó los instrumentos que sustenten que los prestadores externos de salud, ingresaron en el MSP, la solicitud de renovación del permiso de funcionamiento según el plazo establecido en el Acuerdo Ministerial 00000079 de 1 de agosto de 2016;

VEINTE Y NUEVE 54

además, referente al sistema MIS AS/400, no adjuntó documentos que evidencien las gestiones realizadas para la creación de usuarios en dicho sistema, para los prestadores de salud privados.

La Coordinadora Prov. de Prestaciones del Seguro de Salud Manabí, encargada, en comunicación de 22 de junio de 2023, en similares términos a su comunicación de 3 de junio de 2023, informó que se han realizado los controles mensuales sobre la vigencia de los permisos de funcionamiento y señaló:

> *"... Al respecto del prestador... es necesario indicar que no tiene convenio vigente con el IESS, ya que, el que se había suscrito caducado* (sic) *desde el 18 de febrero del 2022.- Así mismo se* (sic) *los prestadores que obtuvieron una evaluación deficiente durante la inspección e incumplen con el convenio, son notificados al director* (sic) *provincial* (sic) *para proceder con el trámite respectivo de cierre del convenio....-... A la vez se Notifica* (sic) *al director* (sic) *provincial* (sic) *en caso de incumplimiento del convenio por algún prestador para el trámite respectivo de cierre del mismo (...)".*

Lo expuesto por la servidora, no modifica lo comentado por auditoría, por cuanto no adjuntó documentos que sustenten que supervisó que los prestadores externos cumplan con los requisitos habilitantes, estipulados en el Acuerdo Ministerial 0217-2018 emitido por el MSP, ni que se notificó la suspensión de convenios a los prestadores de salud privados, que tenían los permisos de funcionamiento caducados.

La Coordinadora Provincial de Prestaciones del Seguro de Salud Manabí, encargada en comunicación 22 de junio de 2023, no se refirió a las observaciones realizadas; sin embargo, señaló:

> *"...se expidieron permisos de funcionamiento y las acreditaciones pertinentes a varias entidades, pero, como no tengo acceso a la información que reposa en el archivo del IESS... estoy limitada por el momento para demostrar lo contrario....- ... es nulo mi acceso a la documentación que reposa en los archivos de la entidad (...)".*

Al respecto, es preciso recalcar que adjunto al borrador de informe, se remitió los anexos de respaldo que contienen las fechas de emisión y caducidad de los permisos de funcionamiento y RPIS, así como los servidores que elaboraron revisaron y suscribieron informes, visitas técnicas y convenios, por lo tanto el comentario de auditoría se mantiene.

TREINTA

El Médico General de Primer Nivel de Atención en la SPPSSM, con memorando IESS-CPPSSM-2023-8770-M de 22 de junio de 2023, adjuntó una comunicación de la misma fecha, en la que informó:

> *"...no existe una normativa que estipule el tiempo que el ACESS demora en el proceso de renovación de los permisos de funcionamiento.- No es una acreditación que tiene vencimiento independiente, la fecha que indica "vigencia" es la fecha para la renovación del permiso de funcionamiento.-... realiza Recordatorio* (sic) *Sobre* (sic) *Activación* (sic) *Y* (sic) *Desactivación* (sic) *De* (sic) *Prestadores* (sic) *Externos* (sic) *Con* (sic) *Convenio* (sic) *Vigente* (sic).- *Por lo cual, la activación del sistema MIS AS400* (sic) *se encuentra instalado únicamente en los convenios con prestadores externos de salud de Primer Nivel de atención* (sic) *(...)".*

Referente a que los permisos de funcionamiento y acreditación RPC no contenían las fechas de vigencia, la Coordinadora Zonal 4 - Salud y el Director Técnico de Habilitación, Certificación y Acreditación ACESS, con memorandos MSP-CZ4S-2023-0655-O y ACESS-DTHCA-2023-0058-O de 21 de marzo y 6 de abril de 2023, respectivamente, adjuntaron las matrices donde constan detalladas sus fechas de expedición y caducidad; además en sus informes de visita técnica, precisó que la unidad médica cuenta con instalaciones e infraestructura acorde a lo ofertado; sin embargo, no adjuntó documentos que evidencien los parámetros evaluados y que sustenten las inspecciones realizadas; así también, en los informes adjuntos, no demostró la gestión realizada sobre la evaluación y suspensión de convenios a los prestadores de salud privados, cuyos certificados y permisos de funcionamiento caducaron durante la vigencia del convenio; y, sobre el uso del sistema MIS AS/400, no efectuó el seguimiento a las solicitudes realizadas por la CPPSSM, respecto a la creación de usuarios para los prestadores privados de salud.

Conclusión

La falta de seguimiento al cumplimiento de las cláusulas de los convenios con los prestadores privados por el servidor responsable que cumplió funciones de Aseguramiento del Seguro de Salud de la CPPSSM y de Gestión Provincial de Aseguramiento Servicios de Salud de la CPPSSM; y, la falta de supervisión por parte de los responsables de la Coordinación Provincial de Prestaciones del Seguro de Salud Manabí, ocasionó que se deriven pacientes del IESS a prestadores de salud privados que no cumplieron con los requisitos mínimos establecidos en los convenios suscritos con el IESS, por cuanto mantuvieron permisos de funcionamiento y/o acreditaciones

TREINTA Y UNO

para ser parte de la RPC no vigentes y se afecte la seguridad de la atención médica brindada a los afiliados y jubilados del IESS.

Recomendaciones

A la Coordinadora Provincial de Prestaciones del Seguro de Salud Manabí

4. Dispondrá al servidor Responsable de Aseguramiento del Seguro de Salud de la CPPSSM, que en los Informes de Visitas Técnicas efectuadas previo a la suscripción y renovación de convenios a los prestadores de salud privados, verifique que los mismos cumplan con los requisitos técnicos mínimos y que tanto los Permisos de Funcionamiento como los Certificados de Calificación para formar parte del Registro Nacional de Prestadores de Servicios de Salud, se encuentren vigentes durante la suscripción y ejecución de los convenios, a fin de garantizar la calidad de los servicios de salud que se brindan a los pacientes del IESS.

5. Dispondrá al servidor Responsable de Aseguramiento del Seguro de Salud de la CPPSSM, que en el proceso de evaluación para los Informes de Visitas Técnicas considere rubros respecto a la infraestructura física, equipamiento y personal de las casas de salud, a fin de que cuente con evidencia del cumplimiento de los requisitos mínimos por parte de los prestadores de salud privados y precautelar la salud de los pacientes del IESS.

6. Dispondrá al servidor Responsable de Aseguramiento del Seguro de Salud de la CPPSSM, que evalúe los prestadores de salud privados que no cuentan con el sistema informático del IESS MIS AS/400, para la solicitud de creación de usuarios destinados a las casas de salud, previo a la suscripción y renovación de los convenios con los mismos, a fin de contar con un sistema que permita un control y registro de las atenciones médicas a los pacientes.

Al servidor Responsable de Aseguramiento del Seguro de Salud de la CPPSSM

7. Realizará y registrará el seguimiento de las fechas de emisión y vencimiento de los Permisos de Funcionamiento y los Certificados de Calificación para formar parte del Registro Nacional de Prestadores de Servicios de Salud de los prestadores externos; y, notificará a los servidores encargados de realizar las derivaciones a las

TREINTA Y DOS

diferentes casas de salud sobre la vigencia de los mismos, para evitar que se deriven pacientes del IESS a prestadores privados que no garanticen la seguridad de la atención médica otorgada a los afiliados y jubilados del IESS.

Falta de documentos habilitantes en el pago a prestadores externos

De la revisión a 170 expedientes de pagos realizados a los prestadores de salud privados de la ciudad de Manta, que fueron remitidos con memorandos IESS-CPPSSM-2023-1591, 1817, 3019, 3140, 3347, 3558, 3813, 4133, 4403 y 4508-M de 2 y 9 de febrero, 1, 3, 7, 10, 17, 23, 28 y 30 de marzo de 2023, por las Coordinadoras Provinciales de Prestaciones del Seguro de Salud Manabí, titular y encargada, se evidenció que 34 expedientes no cuentan con documentos completos y debidamente legalizados, tal como: anexo 13/Lista de Chequeo MSP, actas entrega recepción o planillas individuales, según consta en Anexo 6, mismos que son requisitos necesarios para continuar con el proceso de Auditoría de la Calidad de la Facturación de los Servicios de Salud y concluir con el pago al prestador.

En relación a la documentación habilitante a revisar en el Control Documental, los artículos 38, 66, 67, 68 y 69 de la Norma Técnica Sustitutiva de Relacionamiento para la Prestación de Servicios de Salud entre Instituciones de la RPIS y de la RPC, y su Reconocimiento Económico, aprobada en Acuerdo Ministerial 091 de 19 de junio de 2017, publicado en R.O.E.E. 20 de 28 de junio de 2017 y reformada el 26 de mayo de 2020, en su orden disponen:

> *"... **Art. 38.- Archivo.-** Es el proceso a través del cual se organiza la información y se estructuran los documentos que se archivarán como respaldo del trabajo del equipo de gestión de auditoria de la calidad de la facturación de los servicios de salud.- En caso de archivo documental impreso, se organiza en una carpeta que se rotulará por:.- a. Prestador;.- b. Número de Trámite;.- c. Tipo de Servicio;.- d. Mes y año de prestación del servicio. Para los servicios de internación/hospitalización se considerará la fecha de alta del paciente; y,.-e. Número de expedientes.- **Art. 66.- Recepción documental.-** Se revisará la existencia de los documentos su condición, el orden, la organización, legibilidad e indemnidad, de ser el caso.-... Los prestadores de la RPC deben entregar la documentación física de respaldo de las prestaciones brindadas a los usuarios de la RPIS.- En esta actividad se aplicará la Lista de Chequeo / Recepción documental (Anexo 13).- **Art. 67.- Resultado del control documental.-** b. Rechazar el trámite que no cumpla con lo indicado en la lista de chequeo/recepción documental y devolver toda la documentación al prestador del servicio de salud. El rechazo de la documentación, no es, ni constituye objeción.- **Art. 68.- Documentos y proceso para el control documental.-** En este paso, se*

debe verificar que la información registrada en los documentos habilitantes de cada expediente, que entrega el prestador de servicios de salud, cumpla con esta normativa, sea clara, apropiada y suficiente.- ***Art. 69.- Informe.-*** *Una vez concluido el control documental se deberá emitir un informe con firma de responsabilidad, en el que consten claramente los comentarios al expediente (...)".*

Pese a lo expuesto, los servidores encargados del Control Documental continuaron con el proceso de Auditoría de la Calidad de la Facturación de los servicios de salud de los expedientes que no contaron con toda la documentación requerida para realizar dicho proceso, como consta en los Informes de Control Documental y posteriormente, los Coordinadores Provinciales de Prestaciones del Seguro de Salud Manabí, titulares y encargados, autorizaron el pago de 34 expedientes que no contaron con toda la documentación habilitante.

Respecto a los documentos habilitantes faltantes, con memorandos oficios 0142, 0143, 0210, 0226 y 0235-0002-DNA7-SySS-IESS-AI-2023 de 21 de abril y 5 de mayo de 2023, se requirió información a los Coordinadores Provinciales de Prestaciones del Seguro de Salud Manabí, encargados y titulares y a los Oficinistas en la CPPSSM que suscribieron el Informe de Control Documental, sin recibir respuesta.

El Coordinador Provincial de Prestaciones del Seguro de Salud Manabí, en funciones entre el 1 de enero y el 6 de junio de 2018, en relación a lo comentado, con oficio LPC-2023-04-0003 de 30 de abril de 2023, expuso:

"... Referente al punto 1 y 2 del referido oficio, el infrascrito no es responsable ni corresponde entre las funciones la custodia de los archivos institucionales, tal como lo indica las Normas de Control Interno NCI 405-04 Documentación de respaldo y su archivo.- De acuerdo al punto 3, según la Norma Técnica Sustitutiva de Relacionamiento para la prestación de Servicios de Salud entre Instituciones de la Red Publica (sic) *Integral de Salud y de la Red Privada complementaria (Acuerdo 0091-2017) en articulo 65 Control documental....- Por consiguiente, la información solicitada deberá ser redireccionada a los responsables de Control Documental (...)".*

El Coordinador Provincial de Prestaciones del Seguro de Salud Manabí, con memorando IESS-CSA-PA-2023-2504-M de 2 de mayo de 2023, señaló:

"... Mediante acción de personal Nro. SDNGTH-2018-5872 de 02 julio de 2018, fui nombrado Coordinador Provincial de Prestaciones del Seguro de Salud de Manabí, periodo (sic) *que culminó mediante acción de personal SDNGTH-2018-7461 de fecha 06 de noviembre de 2018 (4 meses).- Durante el periodo* (sic) *de mi gestión como Coordinador Provincial de Prestaciones del Seguro de Salud de*

TREINTA Y CUATRO

Manabí, según matriz anexa una vez revisada, analizada, se evidencia que los periodos (sic) *de convenios no corresponden a mi gestión como Autoridad Provincial, para lo cual se adjunta matriz de referencia (...)".*

Los citados servidores, no adjuntaron documentación que demuestre la supervisión realizada a las actividades ejecutadas por los servidores encargados de realizar el Control Documental; ni los documentos observados por auditoría; así también, es necesario aclarar que la fecha de emisión de los Informes de Control Documental que fueron analizados y observados por auditoría corresponden al período de gestión de cada servidor.

La Coordinadora Provincial de Prestaciones del Seguro de Salud Manabí, encargada, con memorando IESS-HG-SD-DM-2023-1719-M de 30 de mayo de 2023, adjuntó los archivos digitales de dos trámites, no así los documentos de los trámites 10664, 10878, 11332, 11554, 11569, 11630, 12584, 12582 y 12797 que corresponden a los informes generados en el proceso de Auditoría de la Calidad de la Facturación de los Servicios de Salud.

La Oficinista de la CPPSSM que suscribió el Informe de Control Documental, en comunicación de 2 de junio de 2023, señaló:

*"...sobre el... **trámite 11092**, le demuestro información físicamente y debidamente legalizada de dichos documentos, que yo como responsable... siempre respaldé.-... puede verificar que el trámite está completo....-... el **trámite Nro. 11187**, le vuelvo a demostrar que dicha información está totalmente acorde conforme derecho....-... trámite 10664 también cumple con los parámetros requeridos....- Respecto al trámite... 11332, también cumple con los parámetros requeridos....- Respecto al trámite... 15342, también cumple con los parámetros requeridos....- Y en lo que respecta al trámite 11060, de Servicios Médicos..., por reiteradas ocasiones lo he solicitado a la Coordinación y al prestador externo para revisarlo... y la única respuesta que he tenido es que no se encuentra dicha carpeta (...)".*

Pese a lo expuesto, la citada servidora no adjuntó los documentos faltantes como son: Anexo 13/Check List MSP y Actas Entrega Recepción o Planillas Individuales de los trámites 11060, 11092, 11187, 10664 y 11332.

Asimismo, el Oficinista de la SPPSSM que suscribió el Informe de Control Documental en la CPPSSM, en comunicación de 7 de junio de 2023, no adjuntó el documento anexo 13/Lista de Chequeo MSP de los trámites 10878, 11256, 11257, 11554, 12048 y 13879, por lo tanto el comentario de auditoría se mantiene.

TREINTA Y CINCO

Lo comentado se presentó por cuanto:

- Los Coordinadores Provinciales de Prestaciones del Seguro de Salud Manabí, titulares y encargados, en funciones entre el 1 de enero y 6 de junio de 2018; 2 de julio y el 6 de noviembre de 2018; el 7 de noviembre de 2018 y el 7 de marzo de 2019; 15 de marzo y el 10 de abril de 2019; 22 de abril y el 5 de julio de 2019; 6 de julio y el 4 de noviembre de 2019; y, 9 de noviembre de 2019 y el 11 de febrero de 2020, no supervisaron las actividades efectuadas por los servidores que realizaron el Control Documental de la Auditoría de la Calidad de la Facturación de los Servicios de Salud.

- Las Oficinistas de la CPPSSM que suscribieron el Informe de Control Documental, en funciones entre el 13 de abril de 2018 y el 19 de junio de 2020; 28 de septiembre de 2018 y el 25 de agosto de 2020; y, los Oficinistas de la SPPSSM que suscribieron el Informe de Control Documental en la CPPSSM en funciones entre el 1 de enero de 2018 y el 25 de junio de 2020; y el 24 de octubre de 2018 y el 24 de julio de 2020, no verificaron previo a elaborar el informe de Revisión Documental, que 34 expedientes de pago a prestadores de salud privados de la ciudad de Manta, no contaban con la documentación habilitante, tales como: anexo 13/Lista de Chequeo MSP y actas entrega recepción o planillas individuales.

Hechos que ocasionaron que no se cuente con información completa para el seguimiento, verificación y revisión posterior; así como, se desconozca la pertinencia médica y asignación de procedimientos a pacientes del IESS.

Los citados servidores incumplieron lo establecido en el artículo 22 Deberes de las o los servidores públicos de la LOSEP, letras a), b) y e); e, inobservaron las Normas de Control Interno 100-02 Objetivos del control interno, 100-03 Responsables del control interno y 405-04 Documentación de respaldo y su archivo.

A más de la normativa citada, los servidores encargados de realizar el Control Documental, incumplieron lo establecido en el artículo 38, 66, 67, 68 y 69 de la Norma Técnica Sustitutiva de Relacionamiento para la Prestación de Servicios de Salud entre Instituciones de la RPIS y de la RPC, y su Reconocimiento Económico, aprobada en Acuerdo Ministerial 091 de 19 de junio de 2017, publicado en R.O.E.E. 20 de 28 de junio de 2017 y reformada el 26 de mayo de 2020, en su orden.

TREINTA Y SEIS

Así también, los Coordinadores Provinciales de Prestaciones del Seguro de Salud Manabí, titulares y encargados, inobservaron las Normas de Control Interno 100-03 Responsables del control interno, 401-03 Supervisión, 403-08 Control previo al pago y 600-01 Seguimiento continuo o en operación; la misión y la letra g) del numeral 6.2.4 Gestión Provincial de Prestaciones del Seguro de Salud, Coordinación Provincial de Prestaciones del Seguro de Salud, Atribuciones y Responsabilidades, Aseguramiento del Seguro de Salud y Gestión Financiera del Seguro de Salud del Reglamento Orgánico Funcional del IESS, expedido con la Resolución C.D. 535 de 8 de septiembre de 2016, publicada en el R.O.E.E. 5 de 1 de junio de 2017.

Con oficios 0353, 0355, 0356, 0358, 0369, 0374, 0375 y 0379 de 25 de mayo de 2023, se comunicaron los resultados provisionales a los Coordinadores Provinciales de Prestaciones del Seguro de Salud Manabí, titulares y encargados, a los Oficinistas de la CPPSSM que suscribieron el Informe de Control Documental y a los Oficinistas de la SPPSSM que suscribieron el Informe de Control Documental en la CPPSSM, quienes emitieron las siguientes respuestas:

El Coordinador Provincial de Prestaciones del Seguro de Salud Manabí, con oficio LPC-2023-05-003 de 30 de mayo de 2023, señaló:

> *"...indico que como medida de control hacia los funcionarios que están inmersos en el proceso de las fases de auditoría, fue designarle responsabilidades de acuerdo al Reglamento Orgánico Funcional del ESS y según Norma 0091-2017 del MSP, y al haber casos de* (sic) *faltante* (sic) *documentación sustentaría, ratifico que no es mi responsabilidad de la custodia de dichos archivos (...)".*

El citado servidor se refirió a la asignación de funciones, más no evidenció que en su calidad de máxima autoridad supervisó las actividades ejecutadas por los servidores que realizaron el Control Documental de la Auditoría de la Calidad de la Facturación de los Servicios de Salud; así como, de quienes autorizaron y entregaron los códigos de validación de derivaciones, por lo tanto el comentario de auditoría se mantiene.

Posterior a la conferencia final de comunicación de resultados, realizada el 13 de junio de 2023, se recibieron las siguientes respuestas:

La Oficinista de la CPPSSM que suscribió el Informe de Control Documental, en comunicación de 21 de junio de 2023, de los trámites 11569 y 11630 no adjuntó el documento "*Planillas individuales*" y manifestó:

TREINTA Y SIETE

"... En cuanto a los tramites (sic) *del Laboratorio clínico y microbiológico SANTA RITA, debo indicar que dicho prestador da el servicio de* (sic) *AMBULATORIO, por lo que dentro de los documentos habilitantes no se solicitaba el Acta entrega recepción (...)".*

Lo referido por la servidora no modifica lo comentado por auditoría, por cuanto el Acta Entrega Recepción, constituye uno de los documentos habilitantes para el pago; así como, las planillas individuales de cada paciente independientemente del acta de entrega recepción de servicios y sin importar el nivel ni tipo de atención que brindó el prestador de salud.

El Coordinador Provincial de Prestaciones del Seguro de Salud Manabí, con oficio LPC-2023-06-0004 de 22 de junio de 2023, expuso:

"...se designaron a funcionarios que cumplan sus funciones de verificar y autorizar las derivaciones... se designaron funcionarios para que cumplan sus funciones y responsabilidades, siendo los únicos responsables de los incumplimientos de los procesos y la no aplicación de la normativa legal del caso.-... El funcionario público ni mi persona, somos dueños de la documentación ni información que pertenece a una institución pública, para el cual existe un área y responsable de custodio de la información y documentación institucional (...)".

Lo manifestado por el referido servidor no modifica lo comentado por auditoría, por cuanto no adjuntó información que evidencie la supervisión y cumplimiento de la normativa, ni entregó la documentación faltante de los trámites pertinentes.

La Coordinadora Prov. de Prestaciones del Seguro de Salud Manabí, encargada, en comunicación de 22 de junio de 2023, no evidenció que supervisó las actividades ejecutadas por los servidores que realizaron el control documental, en tal razón el comentario de auditoría se mantiene.

El Coordinador Provincial de Prestaciones del Seguro de Salud Manabí, con memorando IESS-CSA-PA-2023-3486-M de 23 de junio de 2023, no remitió la documentación relacionada con el anexo 13/Lista de Chequeo MSP, actas entrega recepción o planillas individuales de 12 trámites: 10720, 10765, 10972, 11060, 11092, 11132, 11181, 11187, 11256, 11257, 11368 y 16914.

TREINTA Y OCHO

Conclusión

La falta de supervisión de los responsables de la Coordinación Provincial de Prestaciones del Seguro de Salud Manabí a las actividades ejecutadas por los servidores encargados de realizar el Control Documental de la Auditoría de la Calidad de la Facturación de los Servicios de Salud, quienes no verificaron que 34 expedientes de pago a prestadores de salud privados de la ciudad de Manta, no contaron con la documentación habilitante, tales como: anexo 13/Lista de Chequeo MSP y actas entrega recepción o planillas individuales; ocasionó que no se cuente con información completa para el seguimiento, verificación y revisión posterior.

Recomendación

A la Coordinadora Provincial de Prestaciones del Seguro de Salud Manabí

8. Dispondrá y supervisará a los Responsables del Control Documental que una vez recibida la solicitud de pago, inmediatamente clasifiquen y registren en el mismo documento la fecha, hora, nombre, sumilla y número de hojas receptadas; así como, también detallará los anexos del documento que se verificarán en presencia del prestador externo, si faltare alguno no se procederá al registro, lo que permitirá contar con los expedientes completos previo al inicio del proceso de Auditoría de la Calidad de la Facturación de los Servicios de Salud.

Pago por dispositivos médicos y medicamentos utilizados en los servicios de salud brindados por prestadores externos con precios y condiciones distintas a las establecidas en el Tarifario de Prestaciones para el sistema Nacional de Salud

La Auditoría de la Calidad de la Facturación de los Servicios de Salud, conforme consta en la Norma Técnica Sustitutiva de Relacionamiento para la Prestación de Servicios de Salud entre Instituciones de la RPIS y de la RPC y su Reconocimiento Económico, aprobada con Acuerdo Ministerial 0091-2017 de 28 de junio de 2017, publicado en R.O.E.E. 20 de 28 de junio de 2017 y reformada el 26 de mayo de 2020, comprende las fases de control: Documental, Técnico Medico; y, Tarifas y Liquidaciones y posteriormente culmina con el pago a los prestadores privados que brindaron atenciones de salud a pacientes del IESS.

TREINTA Y NUEVE

En tal virtud, de la revisión a 781 expedientes y a la información extraída del sistema SOAM de los pagos a prestadores privados por atenciones de salud a pacientes del IESS en la ciudad de Manta, proporcionada por las Coordinadoras Provinciales de Prestaciones del Seguro de Salud Manabí, titular y encargada, con memorandos IESS-CPPSSM-2023-1591, 1817, 3019, 3140, 3347, 3558, 3813, 4133, 4403, 4508-M de 2 y 9 de febrero, 1, 3, 7, 10, 17, 23, 28 y 30 de marzo de 2023, se identificaron las siguientes novedades:

- Planillas con descripción de rubro no identificable en el Tarifario de Prestaciones para el Sistema Nacional de Salud

  Se evidenció que en 99 trámites de pago, existieron 1.108 registros detallados como "*Tiempos*", que según lo establecido en el Tarifario de Prestaciones de Salud emitido por el MSP, su descripción en la "*PLANILLA DE CARGOS INDIVIDUAL - SEGURO GENERAL*" presentada por el citado prestador, no identificó al rubro que pertenecen, ni a los códigos de los procedimientos con los que fueron calculados, como se detalla en Anexo 7.

  Al respecto, el Tarifario de Prestaciones para el Sistema Nacional de Salud, correspondiente al año 2014, emitido con Acuerdo Ministerial 00004928 de 26 de julio de 2014, publicado en el R.O.S. 235 de 24 de diciembre de 2014 y reformado con Acuerdo Ministerial 0046-2017 de 10 de abril de 2017, en su capítulo III "*COMPONENTE ANESTESIA*" establece:

  > "... ***ANESTESIA.- 1. GUÍA COBRO DE HONORARIOS.- a. General:*** *Los valores de servicios de anestesia están listados para cada procedimiento en la sección Cirugía bajo el título ANESTESIA y por su código en la sección de Anestesia. (...)".*

  Situación que no fue verificada ni observada por los servidores encargados de realizar el Control Técnico Médico y de Tarifas y Liquidación de la Auditoría de la Calidad de la Facturación de los Servicios de Salud de las Coordinaciones Provinciales de Prestaciones de los Seguros de Salud y Social Campesino Manabí.

- Pagos por dispositivos médicos que están incluidos en los procedimientos médicos según anexo 3 del Tarifario de Prestaciones para el Sistema Nacional de Salud y medicamentos cuyos precios facturados superaron el valor final establecido por la

CUARENTA

Secretaría Técnica del Consejo Nacional de Fijación y Revisión de Precios de Medicamentos de Uso y Consumo Humano

Se identificó que el prestador de salud privado con RUC XXXXX6297001 solicitó el reconocimiento económico de 104 dispositivos médicos tales como: Esparadrapos, depresores de lengua, aplicadores, desinfectantes, etc., que según lo establecido en el anexo 3 del Tarifario de Prestaciones de Salud emitido por el MSP, su facturación se encuentra incluida en los procedimientos médicos; por un monto de 1 344,67 USD, conforme consta en Anexo 8.

Así también, se identificaron 122.799 fármacos facturados por los prestadores externos con RUC XXXXX74540001, XXXXX58014001, XXXXX66297001 y XXXXX65088001, que fueron pagados sin considerar el precio fijado o al precio de venta al público, menos el 6.5%, generando una diferencia por 217 464,96 USD, como se muestra en Anexo 9.

Al respecto, el Tarifario de Prestaciones para el Sistema Nacional de Salud, correspondiente al año 2014, emitido con Acuerdo Ministerial 00004928 de 26 de julio de 2014, publicado en R.O.E.E. 235 de 24 de diciembre de 2014 y reformado con Acuerdo Ministerial 0046-2017 de 10 de abril de 2017, publicado en R.O. 0046-2017 de 2 de mayo de 2017, en su SECCIÓN A, NORMAS GENERALES, Capítulo II, numeral 6 y en su Disposición General, establece:

> *"... **6**.-... **Dispositivos Médicos.-**... No se planillarán aquellos dispositivos médicos detallados en el Anexo No. 3 que con este Acuerdo se remplaza. Todos los dispositivos médicos no contemplados en este Anexo, deberán ser planillados unitariamente y serán objeto del reconocimiento económico pertinente para precautelar la seguridad del paciente y de los profesionales de la salud en la prestación de sus servicios.- **DISPOSICIÓN GENERAL.- PRIMERA**.- El valor a reconocer por el medicamento será el de compra institucional al que obligatoriamente se deberá descontar el 15% señalado en el Art. 163 de la Ley Orgánica de Salud, y todos los beneficios adicionales de reducción de precios que el establecimiento prestador obtenga, valor final al que se sumará el 10% de la gestión integral del suministro de medicamentos.- El precio final que se reconocerá por el medicamento, en ningún caso podrá ser mayor al precio fijado o al precio de venta al público, según aplique, menos el 6.5% (...)".*

Sin embargo, los servidores de las Coordinaciones Provinciales de Prestaciones de los Seguros de Salud y Social Campesino Manabí, encargados de realizar el Control Técnico Médico, en sus informes de pertinencia médica aprobaron dichos

CUARENTA Y UNO

dispositivos médicos y fármacos con valores que no fueron observados por los servidores encargados de realizar el Control Tarifas y Liquidación, quienes tampoco compararon con los montos definidos en el Tarifario de Prestaciones para el Sistema Nacional de Salud como techo máximo de pago ni realizaron los ajustes pertinentes; lo que ocasionó que se reconozca valores por dispositivos médicos no contemplados en la normativa; y, en el caso de los medicamentos superen el precio final establecido por la Secretaría Técnica del Consejo Nacional de Fijación y Revisión de Precios de Medicamentos de Uso y Consumo Humano.

Ante lo expuesto, es preciso aclarar, que en cada expediente de pago analizado, se encontraron memorandos correspondientes a las etapas de Control Documental, Técnico Médico y Liquidación y Tarifario, suscritos por los servidores que realizaron la Auditoría de la Calidad de la Facturación de los Servicios de Salud, conforme consta en Anexo 10; documentos en los cuales, entre otros, aspectos constaron: Valor Aprobado y/u Objetado, % de Objeción, Muestreo y Observaciones, que a manera de ejemplo se cita el trámite 11599, en el cual, la Médica Auditora y la Oficinista de la CPPSSM, que suscribió el Informe de Liquidación de Prestador, con memorandos IESS-CPPSSM-2019-14428 y 15312-M de 3 y 20 de diciembre de 2019, informaron:

CONTROL TÉCNICO MÉDICO	CONTROL LIQUIDACIÓN Y TARIFARIO
*"... **VALOR APROBADO:** $98.412,9200.- **% DE OBJECIÓN:** 11,86%.-... **OBSERVACIONES:.-** 2. Precio de medicación en algunos casos que sobrepasan techo de precio establecido por normas en Tarifario.- 3. Medicación con nombre comercial que no se cancela por normas de Tarifario."*	*"... **VALOR APROBADO SOAM** $98.412,92.- ... **OBJECIONES DEL MEDICO AUDITOR**:.- Exceso en relación a tarifario.- Otros.- **OBSERVACIONES:.-** 2. Precio de medicación en algunos casos que sobrepasan techo de precio establecido por normas en Tarifario.- 3. Medicación con nombre comercial que no se cancela por normas de Tarifario".*

Lo que evidencia que tanto la servidora que realizó el Control Técnico Médico, como quien efectuó el Control de Liquidación y Tarifario, no observaron ni objetaron previo a suscribir las Planillas de Liquidación y los Reportes de Atenciones Objetadas que los precios y los nombres de los medicamentos, no cumplieron lo establecido en el Tarifario de Prestaciones para el Sistema Nacional de Salud ni el Consolidado de Precios Techo, emitidos por el MSP; así como, los numerales 14 y 18 del Manual del Proceso de Auditoría de la Calidad de la Facturación de Servicios de Salud del IESS, aprobado el 27 de diciembre de 2018, que disponen:

CUARENTA Y CINCO

"... 14. Revisar pertinencia médica....- Evalúa la razonabilidad y pertinencia de los procedimientos médicos aplicados al paciente frente a las guías y los protocolos nacionales...- 18. Verificar el valor de las prestaciones de servicios de salud por nivel de atención.- Compara los valores registrados para cada prestación de salud por el prestador del servicio con los valores definidos en el Tarifario de Prestaciones para el Sistema Nacional de Salud como techo máximo de pago y realizar los ajustes que sean del caso (...)".

Al respecto, con memorandos IESS-AI-2023-0582, 0587, 0593 y 0621-M y oficios 0250, 0251, 0253, 0254, 0261, 0269, 0270, 0277 al 0279, 0281, 0282, 0284, 0285, 0291 y 0292-0002-DNA7-SySS-IESS-AI-2023 de 8, 9 y 10 de mayo de 2023, se requirió información a los Coordinadores Provinciales de Prestaciones del Seguro de Salud Manabí, titulares y encargados, servidores encargados del Control Técnico Médico y de Tarifas y Liquidación de la Auditoría de la Calidad de la Facturación de los Servicios de Salud de las Coordinaciones Provinciales de Prestaciones del Seguro de Salud y Social Campesino Manabí y al Prestador Externo con RUC 1391766297001, sin recibir respuesta.

El Coordinador Provincial del Seguro Social Campesino Manabí, en comunicación de 11 de mayo de 2023, adjuntó las designaciones realizadas al personal encargado de la verificación, revisión y validación de los expedientes del área de prestadores externos, disposiciones tendientes al cumplimiento de la base normativa y recomendaciones del ente de control, para efectuar una correcta ejecución del proceso de Auditoría de la Calidad de la Facturación de los Servicios de Salud; además, argumentó:

"... En virtud de la (sic) *previsto en la normativa y con la finalidad de salvaguardar los recursos institucionales, durante el periodo* (sic) *de gestión que ejercí el cargo de Coordinador Provincial del Seguro Social Campesino Manabí, se formalizaron las funciones a los servidores del área de prestadores externos y se generaron varias disposiciones...-... se estableció el área de control interno que anteriormente no existía en la Coordinación Provincial del Seguro Social Campesino Manabí; esto, con la finalidad de fortalecer el proceso de revisión, verificación y control de los procesos llevados a cabo en dicha dependencia, incluyendo aquellos que se generan en el área de prestadores externos (...)".*

El Coordinador Provincial del Seguro Social Campesino Manabí, subrogante, con memorando IESS-CPSSCM-2023-7555-M de 16 de mayo de 2023, informó que se acogió a las disposiciones emitidas por el anterior Coordinador Provincial del Seguro Social Campesino Manabí; y, además, manifestó:

"... Es importante aclarar que, al haber sido una Subrogación al cargo, se otorgó continuidad de lo ejercido por el titular de la Coordinación Provincial del Seguro

CUARENTA Y TRES

Social Campesino Manabí, motivo por el cual, referiré a continuación las disposiciones emanadas por el Mgs..., más las actuadas por quien suscribe... en las fechas antes citadas (...)".

Lo manifestado por los servidores, se refiere a que emitieron designaciones, disposiciones y directrices a los servidores encargados de realizar el Control Técnico Médico y de Tarifas y Liquidación de la Auditoría de la Calidad de la Facturación de los Servicios de Salud de la Coordinación Provincial del Seguro Social Campesino Manabí; así como, requirieron al Director Provincial de Manabí de ese período, la ejecución de actividades de supervisión; no obstante, según lo establecido en el Reglamento Orgánico Funcional del IESS emitido con Resolución C.D. 535, les correspondían a los Coordinadores Provinciales del Seguro Social Campesino Manabí, coordinar y dirigir el seguimiento de la implementación de políticas, normas y reglamentos.

El Oficinista - Control de Tarifas y Liquidación de la CPPSSM, en comunicación de 12 de mayo de 2023, señaló:

"...se me fue delegado las siguientes atribuciones:.- Verificar que el valor de las prestaciones de servicios de salud esté acorde con el Tarifario de Prestaciones para el Sistema Nacional de Salud.- Realizar la liquidación con el detalle de los valores aprobados, objetados y debitados, junto con el detalle de objeciones por cada expediente, en caso de existir.-... no me correspondía como Liquidador del área de Auditoría Médica de la Coordinación Provincial de Prestaciones del Seguro de Salud - Manabí, objetar los valores solicitados por los prestadores privados de salud (...)".

Los Oficinistas de la CPSSCM y de la SPSSCM que suscribieron el Informe de Liquidación de Prestador, la Oficinista de la SPSSCM en funciones de Liquidación de Trámites de Prestadores Externos y la Asistente Administrativa de la Dirección Provincial de Manabí - Control de Tarifas y Liquidación de la CPPSSM, en comunicación y memorandos IESS-CPSSCM-2023-7395, 7400, 7728, 7733, 7737 y 7738-M, IESS-CPAFM-2023-2892-M de 15, 17 y 31 de mayo de 2023, en similares términos señalaron:

"...corresponde como liquidar (sic) *establecer el derecho de paciente a la fecha de la atención, el tipo de seguro mediante la utilización del sistema de historia laboral del IESS, para lo cual se emite matriz de calificación de derecho.- Se incorpora a las actividades de calificación de derecho, con fecha* ***08 de julio 2022****, por medio de correo electrónico* ***DESCRIPCION*** (sic) ***DE LOS CAMBIOS REALIZADOS SEPARACION*** (sic) ***DE PERFILES ORIGINALES Y TRAMITES*** (sic) ***DE APELACION*** (sic)*... en el cual se establece la separación de los perfiles en trámites originales y tramites* (sic) *de apelación donde se establece lo siguiente:.- Numeral 2.-* ***EL campo PROCEDIMIENTO EVALUADOR****; se*

CUARENTA Y CUATRO

encuentra bloqueado para el (Evaluador Medico (sic) *y esta* (sic) *desbloqueado para el (Liquidador). Esto debido a que el medico* (sic) *realiza la evaluación basada en los respaldos físicos enviados por el prestador de salud y no es competencia el revisar precios....- en el procedimiento de* ***LIQUIDADOR****, hasta la fecha que se emite el instructivo 08 de julio del 2022 las funciones del liquidador según el EVAL están limitadas a Calificar Derecho a Afiliados Del* (sic) *Seguro Social Campesino, Elaboración* (sic) *de Planillas de Liquidación Basadas* (sic) *en el sistema SOAM y elaboración de correos a Prestadores. Es así que de acuerdo a las competencias no se permitía el establecer, si los procedimientos médicos; están considerados en montos individuales, adicional a algún procedimiento, correspondiendo como* ***LIQUIDADOR*** *el verificar el valor del procedimiento de acuerdo al tarifario establecido (...)".*

A más de lo expuesto, el Auxiliar Documental de la SPSSCM que suscribió el Informe de Liquidación de Prestador, con memorando IESS-CPSSCM-2023-7442-M de 15 de mayo de 2023, señaló:

"... En la etapa del año 2018, en donde se menciona las observaciones de Contraloría, el suscrito solamente realizaba la calificación de derecho a los pacientes atendidos en los Prestadores Externos y al final se detallaba el valor que el Seguro Social Campesino deberá pagar a las unidades por los pacientes atendidos, no se revisaban los valores por los servicios, medicinas o insumos utilizados ya que eso era revisado por los médicos que se encargaban de la Auditoria (sic) *(...)".*

La Oficinista de la CPSSCM que suscribió el Informe de Liquidación de Prestador, en comunicación de 17 de mayo de 2023, manifestó:

"...no estaba dentro de mis actividades el control tarifario y de valores de los trámites de pago a prestadores externos sino solo la calificación de derecho de los pacientes atendidos, ya que afectos (sic) *de dar cumplimiento a lo establecido en el acuerdo* (sic) *ministerial* (sic) *091-2017, la entidad nominó a cada fase conforme lo establecido en el art. 64, sin considerar que la distribución de actividades no se sujetan a los conceptos de la prenombrada norma (...)".*

El Planificador de la CPPSSM que suscribió el Informe de Liquidación de Prestador, con memorando IESS-CPPSSM-2023-7004-M de 18 de mayo de 2023, referente al pago de dispositivos médicos, precisó:

"... En esa fecha el sistema no nos permitía revisar dispositivos médicos fármacos y más por cuanto ya estaba aprobado en el sistema del ZOAM (sic) *por la parte auditora lo mismo que pueden corroborar por intermedio de la persona responsable del sistema.-... son pertenecientes al Seguro Social Campesino tramites* (sic) *en los cuales en esas fechas solo verificábamos valores, en base a los informes presentados por los funcionarios responsables de esa área, cabe recalcar que no revisábamos dispositivos médicos, fármacos y más, así mismo pueden corroborarlo por intermedio del funcionario responsable del sistema (...)".*

CUARENTA Y CINCO

Los Oficinistas de la SPPSSM que suscribieron el Informe de Liquidación de Prestador en la CPPSSM y en funciones de Control de Tarifas y Liquidación de la CPPSSM; en funciones de Control de Tarifas y Liquidación de Auditoría de la Calidad de la Facturación de los Servicios de Salud de la CPPSSM y que suscribió el Informe de Liquidación de Prestador en la CPPSSM; la Oficinista en la CPPSSM que suscribió el Informe de Liquidación de Prestador y el Oficinista de la Dirección Provincial de Manabí que suscribió el Informe de Liquidación de Prestador Externo en la CPPSSM, en comunicación de 25 de mayo de 2023 y con memorandos IESS-CPPSSM-2023-7392, 7437, 7455, 7462 y 7533-M e IESS-CPCCM-2023-2372-M de 25 y 29 de mayo de 2023, señalaron:

> *"...el sistema informático SOAM, no contaba con el perfil de liquidador, es decir los trámites venían APROBADOS desde PERTINENCIA MEDICA* (sic).- *Realizando los liquidadores la generación de las planillas en el sistema SOAM a través de usuario liquidador....-... sin permitir al liquidador realizar modificación alguna, siendo notificados los pasos para el cambio de separación de perfiles en el sistema SOAM el 07 de julio 2022, los cuales se ejecutaron a partir del 15 de julio del 2022 desde pertinencia médica, continuando los liquidadores realizando la evacuación de los tramites aprobados por pertinencia médica, pendientes del informe de liquidación (...)".*

Respecto a lo comentado por los servidores, el documento denominado "*Descripción de los cambios realizados Separación de perfiles en trámites originales y trámites de apelación*", fue emitido el 22 de abril de 2022; sin embargo, el Manual de Usuario del SOAM V.3.0, aprobado el 28 de octubre de 2013, establece que:

> *"...una vez realizados todos los criterios de evaluación necesarios, el tramite* (sic) *está listo para pasar a la liquidación financiera para lo cual el auditor medico* (sic) *deberá cambiar el estado del trámite a APROBADO y dejarlo listo para el siguiente proceso (...)".*

Además, el artículo 76 de la Norma Técnica Sustitutiva de Relacionamiento para la Prestación de Servicios de Salud entre Instituciones de la RPIS y de la RPC, y su Reconocimiento Económico, establece:

> *"... **Art. 76.- Control de tarifas y liquidación**.- Es el proceso técnico administrativo financiero, en el que se verifica que el valor de las prestaciones de servicios de salud, esté acorde con el Tarifario de Prestaciones para el Sistema Nacional de Salud, o con las disposiciones específicas establecidas por la Autoridad Sanitaria Nacional en casos excepcionales, como techo máximo de pago (...)".*

CUARENTA Y SEIS

A pesar de lo cual, suscribieron los informes consolidados de pertinencia médica y liquidación aprobando valores y las planillas de liquidación, sin objetar los dispositivos médicos ni los medicamentos que no cumplían con la normativa vigente para ser pagados.

El Coordinador Provincial del Seguro Social Campesino Manabí, en comunicación de 18 de mayo de 2023, en alcance al memorando IESS-AI-2023-0619-M, señaló:

> *"... El rubro denominado tiempo, consta en el Tarifario de Prestaciones para el Sistema Nacional de Salud... se lo identifica en cada procedimiento quirúrgico en el que interviene el profesional de anestesiología, no tiene una codificación específica dentro del Tarifario de Prestaciones del Sistema Nacional de Salud y se lo evalúa con el parte de anestesiología enviado por el prestador de servicios de salud (...)".*

La Médica General de Primer Nivel de Atención de la CPPSSM que suscribió el Informe de Pertinencia Médica y que actuó como Médica Auditora de la CPPSSM, con memorando IESS-CPSSCM-2023-7878-M de 18 de mayo de 2023, referente al pago de dispositivos médicos, Tiempos no Identificados y diferencias de precios en medicamentos, precisó:

> *"... Tiempos paciente... tramite* (sic) *12928 no está reexpedido, se le realizo* (sic) *endoscopia se registra 2 tiempos...- ...Tramite* (sic) *16821... revisando cada ítems del Sistema Soam* (sic) *el documento no se registra tiempos ni procedimiento quirúrgico y en el anexo que usted adjunta se registran 13 tiempos con este paciente y tramite* (sic) *no procede este reclamo.- Paciente... tramite* (sic) *16821 se registra 2 tiempos y usted a puesto 15 tiempos no se justifica su reclamo está excediendo cantidad.- Paciente... tramite* (sic) *13391 reexpedición se revisa cada ítems* (sic) *y no se justifica ningún tiempo de anestesiología no procede su reclamo (...)".*

La Médica General de Primer Nivel de Atención de la CPPSSM que suscribió el Informe de Pertinencia Médica y en calidad de Médica Auditora de la CPPSSM, en comunicación de 29 de mayo de 2023, expuso:

> *"...existe un error de interpretación ya que el código y descripción de un procedimiento de acuerdo al tarifario vigente corresponden al valor por anestesia per se, donde cuenta con su UVR que al multiplicarlo por el FCM da el valor de cada procedimiento, pero el modificador de anestesia por tiempo tal como lo identifica el tarifario es un modificador adicional al cual se le sumara* (sic) *1 UVR por cada 15 min, el cual no cuenta con codificación en el tarifario nacional de prestaciones y no lo menciona deba plantillarse con códigos (...)".*

CUARENTA Y SIETE

Al respecto, según lo establecido en el capítulo III "*COMPONENTE ANESTESIA*" del Tarifario de Prestaciones para el Sistema Nacional de Salud, el rubro *"Tiempos"* está listado para cada procedimiento en la sección de cirugía y por su código de Anestesia; sin embargo, no supervisaron ni revisaron que en las planillas presentadas por el prestador, no se especificó que correspondían a tiempos de Anestesia.

El Representante Legal del prestador de salud privado con RUC XXXXX74540001, en comunicación de 15 de mayo de 2023, respecto a los fármacos cancelados con diferencias de precios, expuso lo siguiente:

> *"...el ítems* (sic) *relacionado a "AGUA OXIGENADA VOL. 10 * 120 ML ANTISEPTICO* (sic) *FARMARED" está enmarcado en el Anexo 3 en su artículo 7 del Acuerdo Ministerial 046....- El precio final que se reconocerá por el medicamento, en ningún caso podrá ser mayor al precio fijado o al precio de venta al público, según aplique, menos el 6.5%.- Se manifiesta que el Articulo* (sic)*163 textualmente establece "Los laboratorios farmacéuticos, distribuidoras farmacéuticas, casas de representación de medicamentos, dispositivos médicos, productos dentales, reactivos bioquímicos y diagnóstico, en las ventas que realicen a las instituciones públicas descontarán un porcentaje no inferior al 15% del precio de venta a farmacia", mi representada no es una institución pública por lo que no esta* (sic) *sujeta a la aplicación de este artículo (...)".*

El Representante Legal del prestador de salud privado con RUC 1391765088001, en oficio 17-05-2023-061 de 17 de mayo de 2023, manifestó:

> *"... Por lo que nuestra institución no ha incurrido en lo mencionado en base a los Artículos mencionados anteriormente ya que, ninguno de los insumos del anexo 1 constan, en el anexo 3 del AM 0046-207* (sic)*....-... procedimos a la revisión de nuestra base de datos contrastándola con los diferentes cuadros de precio techo publicados de acuerdo a las fechas de vigencia por el Consejo Nacional de Fijación de Precios, en donde pudimos apreciar que la mayoría de los medicamentos mencionados se encontraban con valores que excedían por centavos, pero que no superaban el precio techo fijado (...)"."*

El Representante Legal del prestador de salud privado con RUC 1391758014001, en oficio 005-2023 de 18 de mayo de 2023, referente a los precios techos, informó:

> *"... Como se observa en la disposición antes mencionada determina dos formas para el control del precio final en la cuenta de un paciente, no la aplicación de ambas formas en un mismo medicamento ya que el control final al pago no podrá exceder el precio techo... además se pone en conocimiento que algunos medicamentos en el consolidado de precio techo tienen el valor según la presentación del fármaco por ml, para obtener el valor final (...)".*

CUARENTA Y OCHO (48)

La Médica General de Primer Nivel de Atención en la CPPSS que suscribió el Informe de Pertinencia Médica y que cumplió funciones en el Proceso de Auditoría Médica en la CPPSSM; Médico General de Primer Nivel de Atención en la SPPSSM que suscribió el Informe de Pertinencia Médica, como Médico Auditor de la CPPSSM y en calidad de Coordinador Provincial de Prestaciones del Seguro de Salud Manabí, encargado; Médicos Generales de Primer Nivel de Atención de la CPPSSM y en la SPPSSM que suscribieron el Informe de Pertinencia Médica y como Auditores Médicos en el Área de Prestadores Externos; y el Coordinador Provincial de Prestaciones del Seguro de Salud Manabí, con memorandos IESS-CPPSSM-2023-7003, 7339 y 7460-M e IESS-CPSSCM-2023-7868, 7872 y 7873-M de 18 y 25 de mayo de 2023; e, IESS-CSA-PA-2023-2944-M de 25 de mayo de 2023, referente a los rubros identificados como "*Tiempos*", manifestaron en términos similares:

> *"... Este valor se lo identifica en cada procedimiento quirúrgico en el que interviene el profesional de anestesiología, no tiene una codificación específica dentro del Tarifario de Prestaciones del Sistema Nacional de Salud y se lo evalúa con el parte de anestesiología enviado por el prestador de servicios de salud.-... se aplicó la reducción del 6.5%, y el aumento del 10% correspondiente a gastos de gestión como se describió anteriormente. Con la aplicación de estos dos factores, se concluye que no existen valores superiores a los establecidos en el tarifario ni el Consolidado de precios techo actualizado.- En calidad de auditor médico, he efectuado mis labores en el proceso de auditoría de la calidad de la facturación, es decir, verificando desde la parte técnica la pertinencia o no de los procedimientos médicos; de tal forma que he realizado las respectivas aprobaciones, observaciones, objeciones o débitos, en el ámbito de las facultades a mi asignadas; con base a la documentación que los prestadores externos remiten (...)".*

A más de lo expuesto, el servidor que ejerció como Médico General de Primer Nivel de Atención en la SPPSSM que suscribió el Informe de Pertinencia Médica en la CPPSSM y como Coordinador Provincial de Prestaciones del Seguro de Salud Manabí, encargado, la Médica General de Primer Nivel de Atención de la CPPSSM que suscribió el Informe de Pertinencia Médica; y, los Coordinadores Provinciales de Prestaciones del Seguro de Salud Manabí titular y encargada, esta última servidora, con memorando IESS-HG-MAN-DI-2023-0419-M de 29 de mayo de 2023, referente al pago de dispositivos médicos, rubros detallados como *"Tiempos"* y diferencias de precios en medicamentos, respectivamente, señalaron en similares términos:

> *"...el prestador externo debe presentar la declaración jurada del cumplimiento de este artículo o en su defecto, evidenciar las facturas por la compra de los insumos y fármacos.- Como Ex coordinador* (sic) *informo que cada funcionario del proceso de la Auditoria* (sic) *de la Calidad de la Facturación, revisan los expedientes a*

CUARENTA Y NUEVE 49

través del SOAM que es el sistema utilizado para evaluar, aprobar, observar y objetar trámites, utilizando el usuario personal que se le ha asignado previamente a cada funcionario, el mismo que es un proceso irreversible, es decir que una vez que un funcionario aprueba u objeta, no se pueden modificar los montos, recalcando que en este proceso no interviene el Coordinador por las características del sistema antes descrito, existiendo además responsables en cada proceso o fase de la Auditoria (sic) *de la Calidad de la Facturación, que son los filtros para detectar alguna irregularidad (...)".*

Los Médicos Generales de Primer Nivel Atención de la CPPSSM y SPPSSM que suscribieron el Informe de Pertinencia Médica y en calidad de Médicos Auditores de la CPPSSM y la Médica General de Primer Nivel de Atención del Centro de Salud A - Los Esteros - Médica Auditora de la CPPSSM, con memorandos IESS-CPPSSM-2023-7002 y 7262-M y comunicaciones de 18 y 24 de mayo; y, 2 y 7 de junio de 2023, en su orden, referente a las diferencias en los precios de los medicamentos, manifestaron en términos similares:

"...la función que ejerzo en la Coordinación Provincial del Seguro Social como médico auditor, consiste en evaluar la razonabilidad y pertinencia de los procedimientos médicos aplicados al paciente frente a las guías y los protocolos nacionales, con base a la documentación que el prestador externo presente.-... en uso de las competencias como auditor médico, se procedió a efectuar la pertinencia médica y correlación de los medicamentos prescritos y utilizados con el diagnóstico y procedimientos...- las competencias como auditor médico consiste (sic) *en la evaluación de la razonabilidad y pertinencia de los procedimientos médicos, mas* (sic) *no en la* ***verificación*** *de los valores facturados por el prestador en concordancia con el Tarifario, siendo dicha función de carácter administrativo más no médico (...)".*

El Coordinador Provincial del Seguro Social Campesino Manabí, subrogante, con memorando IESS-CPSSCM-2023-8439-M de 29 de mayo de 2023, señaló que se considere como alcance a su respuesta, la remitida por el Médico General de Primer Nivel de Atención de la SPSSCM - Auditor Médico en el Área de Prestadores Externos en la CPSSCM, con memorando IESS-CPSSCM-2023-7872-M.

Al respecto, sobre el dispositivo médico Agua Oxigenada, el mismo consta incluido en el anexo 3 del Tarifario de Prestaciones para el Sistema Nacional de Salud; así también, los trámites 14009, 16821 y 13391, no corresponden a los observados, el primero es una reexpedición y en lugar de los dos restantes se solicitó los trámites 15013 y 10852, concerniente a los tiempos no identificados, de los cuales la normativa señala que cada uno de los procedimientos se encuentran listados dentro del tarifario con el código y valor correspondiente.

CINCUENTA

Además, sobre la diferencia de precios en los fármacos facturados, los servidores y los Representantes Legales de los prestadores privados, confirmaron que no estuvieron acorde a lo establecido en la Disposición General del Tarifario de Prestaciones para el Sistema Nacional de Salud; y, en relación a las competencias del Control Técnico Médico y Liquidador, como establece el artículo 76 de la Norma Técnica Sustitutiva de Relacionamiento para la Prestación de Servicios de Salud entre Instituciones de la RPIS y de la RPC, y su Reconocimiento Económico, el proceso de Control de tarifas y liquidación es técnico administrativo financiero, en el que se verifica que el valor de las prestaciones de servicios de salud, esté conforme con el Tarifario o con las disposiciones específicas establecidas por la Autoridad Sanitaria Nacional en casos excepcionales, como techo máximo de pago; pese a lo cual, suscribieron los informes de pertinencia médica y liquidación con los que aprobaron los valores cancelados a los prestadores externos, sin presentar ninguna objeción sobre los mismos.

Hechos suscitados por cuanto, los Coordinadores Provinciales de Prestaciones del Seguro de Salud Manabí, titulares y encargados, en funciones entre el 7 y el 29 de junio de 2018 y 24 de marzo y el 13 de julio de 2020; 2 de julio y el 6 de noviembre de 2018; 7 de noviembre de 2018 y el 7 de marzo de 2019, 15 de marzo y el 10 de abril de 2019 y 22 de abril y el 5 de julio de 2019; 6 de julio y 4 de noviembre de 2019 y 9 de noviembre de 2019 y el 11 de febrero de 2020; 11 de agosto y el 13 de octubre de 2020 y 9 de febrero de 2021 y el 24 de mayo de 2022; 15 de octubre de 2020 y el 8 de febrero de 2021; y, 25 de mayo y el 31 de diciembre de 2022; y, los Coordinadores Provinciales del Seguro Social Campesino Manabí, titular y subrogante, en funciones entre el 15 de septiembre de 2020 y el 18 de mayo de 2022; y, 20 de junio y 31 de diciembre de 2022; no supervisaron la aplicación de la normativa vigente para el pago a prestadores privados por las atenciones médicas dadas a los afiliados y jubilados del IESS por parte de los servidores de las Coordinaciones Provinciales de Prestaciones de los Seguros de Salud y Social Campesino Manabí en los períodos comprendidos entre el 1 de enero de 2018 y el 31 de diciembre de 2022, conforme consta en Anexo 10, encargados de realizar el Control Técnico Médico, quienes en sus informes de pertinencia médica aprobaron valores que coadyuvaron en la liquidación final que se canceló al prestador de salud privado; y, los servidores encargados de realizar el Control Tarifas y Liquidación no compararon los citados valores con los montos definidos en el Tarifario de Prestaciones para el Sistema Nacional de Salud como techo máximo de pago ni realizaron los ajustes pertinentes; tampoco objetaron la facturación y pago de

CINCUENTA Y UNO

dispositivos médicos y fármacos que no cumplían con lo establecido en la normativa vigente, ocasionando que se erogue recursos por 104 dispositivos médicos, que según lo establecido en el anexo 3 del Tarifario de Prestaciones para el Sistema Nacional de Salud, su facturación se encontraba incluida en los procedimientos médicos, por 1 579,76 USD, conforme consta en Anexo 8; así como, 122.799 fármacos cuyos precios no fueron pagados acorde al precio fijado o al de venta al público, menos el 6.5%, generando una diferencia de 217 464,96 USD, conforme Anexo 9; así también, de 1.108 registros detallados como "*Tiempos*", no se identifique el rubro al que pertenecen, conforme Anexo 7.

Los citados servidores incumplieron lo establecido en el artículo 22 Deberes de las o los servidores públicos de la LOSEP, letras a), b) y e); el numeral 6 del Capítulo II *SECCIÓN A, NORMAS GENERALES* del Tarifario de Prestaciones para el Sistema Nacional de Salud, correspondiente al 2014, emitida con Acuerdo Ministerial 00004928 de 26 de julio de 2014, publicada en el R.O.E.E 235 de 24 de diciembre de 2014 y reformado el 10 de abril de 2017; los artículos 72, 74, 75, 76, 77 y 78 de la Norma Técnica Sustitutiva de Relacionamiento para la Prestación de Servicios de Salud entre Instituciones de la RPIS y de la RPC, y su Reconocimiento Económico, emitida con Acuerdo Ministerial 0091-2017 de 19 de junio de 2017; los numerales 11 y 18 del Manual del Proceso de Auditoría de la Calidad de la Facturación de Servicios de Salud del IESS, aprobado el 27 de diciembre de 2018; y, la cláusula Décima.- Obligaciones del IESS, numeral 10.4, de los *"Convenios para la prestación de servicios de salud de la Red Privada Complementaria"* suscritos entre el IESS y los prestadores de salud privados, que establece:

> *"... 10.4 Pagar los servicios prestados cumpliendo lo dispuesto en el Tarifario de Prestaciones para el Sistema Nacional de Salud y la "Norma Técnica de Relacionamiento para la Prestación de Servicios de Salud entre Instituciones de la Red Publica* (sic) *Integral de salud* (sic) *y de la Red Privada Complementaria y su reconocimiento Económico" o la norma que la sustituya (...)".*

A más de la normativa citada, los Coordinadores Provinciales de Prestaciones del Seguro de Salud Manabí, titulares y encargados; y, los Coordinadores Provinciales del Seguro Social Campesino Manabí, inobservaron las Normas de Control Interno 401-03 Supervisión y 600-01 Seguimiento continuo o en operación; la misión y el literal a) del numeral 6.2.4 Gestión Provincial de Prestaciones del Seguro de Salud y el literal r) del numeral 6.2.5 GESTIÓN PROVINCIAL DEL SEGURO SOCIAL CAMPESINO del

CINCUENTA Y DOS

Reglamento Orgánico Funcional del IESS, expedido con la Resolución C.D. 535 de 8 de septiembre de 2016, publicada en el R.O.E.E. 5 de 1 de junio de 2017.

Y, los prestadores privados con RUC XXXXX74540001, XXXXX58014001, XXXXX66297001 y XXXXX65088001, en los períodos comprendidos entre el 1 de enero de 2018 y el 31 de diciembre de 2022, no verificaron previo a solicitar el pago, que los dispositivos médicos y medicamentos facturados, no cumplían con la normativa vigente, ocasionando que, se cancele 104 dispositivos médicos que según lo establecido en el Anexo 3 del Tarifario de Prestaciones para el Sistema Nacional de Salud, su facturación se encontraba incluida en los procedimientos médicos, por 1 579,76 USD, conforme consta en Anexo 8; y, 122.799 fármacos cuyos precios no fueron pagados acorde al precio fijado o al precio de venta al público, menos el 6.5%, generando una diferencia por un monto de 217 464,96 USD, como se muestra Anexo 9.

Los citados prestadores incumplieron el numeral 6 del Capítulo II *SECCIÓN A, NORMAS GENERALES* del Tarifario de Prestaciones para el Sistema Nacional de Salud, correspondiente al año 2014, emitido con Acuerdo Ministerial 00004928 de 26 de julio de 2014, publicado en el R.O.E.E. 235 de 24 de diciembre de 2014 y la cláusula Novena.- Obligaciones del Prestador, numeral 9.9, de los *"Convenios para la prestación de servicios de salud de la Red Privada Complementaria"* suscritos entre el IESS y los prestadores de salud privados.

Con oficios 0421 al 0424, 0426, 0428 al 0446; 0451 al 0460; 0463 al 0465; 0468 al 0485; 0487 al 0514, 0516 al 0525, 0527, 0529 al 0551-0007-DNA7-SySS-IESS-AI-2022, entre el 30 y 31 de mayo de 2023, se comunicaron los resultados provisionales a los Coordinadores Provinciales de Prestaciones de los Seguros de Salud y Social Campesino Manabí, titulares y encargados; a los servidores encargados de realizar el Control Técnico Médico y de Tarifas y Liquidación de la Auditoría de la Calidad de la Facturación de los Servicios de Salud de las Coordinaciones Provinciales de Prestaciones de los Seguros de Salud y Social Campesino Manabí; y, a los prestadores privados, quienes emitieron las siguientes respuestas:

Los Coordinadores Provinciales del Seguro Social Campesino Manabí titular y subrogante, en comunicaciones de 1 y 2 de junio de 2023, señalaron en similares términos:

CINCUENTA Y TRES

*"... En la referida Resolución C.D. 535, mediante el cual se aprueba la reforma integral al Reglamento Orgánico Funcional del IESS, **NO** se establece como una atribución o responsabilidad del Coordinador Provincial del Seguro Social Campesino "coordinar y dirigir el seguimiento de la implementación de políticas, normas y reglamentos." Esta afirmación puede corroborarse con la simple lectura de las páginas 117, 118 y 119 del referido reglamento, donde constan todas las atribuciones y responsabilidades conferidas a dicha Coordinación (...)".*

Lo expuesto por los servidores no modifica lo comentado por auditoría, por cuanto como una de sus atribuciones, establecida en la letra r) del numeral 6.2.5 *GESTIÓN PROVINCIAL DEL SEGURO SOCIAL CAMPESINO* del referido reglamento, consta: *"Validar la facturación de prestadores externos, y proceder con la liquidación financiera previó el cumplimiento de los procedimientos correspondientes y remitirlo a la unidad responsable para el pago de su jurisdicción"*, de lo cual no remitieron documentos que justifiquen las acciones efectuadas para la revisión y supervisión de los procedimientos de la facturación de prestadores externos.

El Coordinador Provincial de Prestaciones del Seguro de Salud Manabí y el Coordinador Provincial de Prestaciones del Seguro de Salud Manabí, encargado que ejerció las funciones de Médico General de Primer Nivel de Atención en la SPPSSM que suscribió el Informe de Pertinencia Médica en la CPPSSM y como Médico General de Primer Nivel de Atención en la SPPSSM - Médico Auditor de la CPPSSM, en comunicaciones de 1 y 5 de junio de 2023, señalaron en similares términos:

*"... El listado arriba señalado son considerados los ítems que no deben ser facturados, y el oficio hace referencia de ítems que han sido facturados y señala lo siguiente **"Guantes de Manejo, Gasas, Esparadrapos, Jeringuillas, etc"**, de los cuales únicamente esparadrapo es el que no debió ser facturado.- El Tarifario de Prestaciones para el Sistema Nacional de Salud en su Capítulo I numeral 4 establece el VALOR DEL TIEMPO para la facturación de honorarios profesionales de los anestesiólogos,....- Con relación a los valores que se hubiesen facturado y no fueron objetados, en base a la experiencias* (sic) *en auditorias anteriores, lo que se ha procedido es que dichos valores que fueron aprobados y cancelados pero que debieron ser objetados, se procedió a comunicar al respectivo prestador externo, el pago de dichos valores para que se pueda realizar el descuento correspondiente en las facturas pendientes del prestador externo (...)".*

Respecto a los dispositivos médicos que constan en el anexo 1, estos se encuentran observados conforme a lo establecido en la reforma aprobada con Acuerdo Ministerial 0046-2017; en relación al rubro detallado como *"Tiempos"*, no se especificó a que código del Tarifario de Prestaciones para el Sistema Nacional de Salud corresponde, ya que cada procedimiento tiene un código diferente; y, de los valores cancelados en exceso a

CINCUENTA Y CUATRO

los prestadores externos, no se adjuntó información de respaldo que demuestren las acciones realizadas en referencia a estos rubros; razones por las cuales el comentario de auditoría se mantiene.

La Oficinista de la CPSSCM que suscribió el Informe de Liquidación de Prestador, con oficio LMVM-002-2023 de 1 de junio de 2023, manifestó:

> *"...**que no estaba entre mis actividades el control de tarifas y liquidación de valores, siendo esta una actividad realizada por los médicos de control técnico**.- Como se observa en cada planilla de liquidación se coloca una nota que indica: "Cada planilla individual tiene adjunto los documentos de respaldo, copia de la cédula, copia del carnet de afiliado, así como el informe de pertinencia médica, suscrito por el evaluador médico, **las liquidaciones se realizan de acuerdo a las observaciones e indicaciones del Evaluador médico**... también consta la firma del médico evaluador, como responsable de los valores colocados.-... se podrá probar que quien suscribe no recibió capacitación, ni ninguna directriz para realizar la actividad de control tarifario y liquidación de valores (...)".*

La Médica General de Primer Nivel de Atención de la CPPSSM que suscribió el Informe de Pertinencia Médica y como Médica General en Funciones Hospitalarias del CCQA(HD)J - Médica Auditora de la CPPSSM; el Coordinador Provincial de Prestaciones del Seguro de Salud Manabí y la Médica General de Primer Nivel de Atención en la CPPSSM que suscribió el Informe de Pertinencia Médica y en calidad de Médica General de Primer Nivel de Atención que cumplió funciones en el Proceso de Auditoría Médica en la CPPSSM, en comunicaciones de 5 y 6 de junio de 2023, en su orden, manifestaron en términos similares:

> *"... **Valor del Tiempo**... no tiene una codificación específica dentro del Tarifario de Prestaciones del Sistema Nacional de Salud y se lo evalúa con el parte de anestesiología enviado por el prestador de servicios de salud.- En uso de las competencias asignadas como auditor médico, se procedió a efectuar la pertinencia médica y correlación de los medicamentos prescritos y utilizados con el diagnóstico y procedimientos; verificando que todos los medicamentos prescritos contenían el nombre genérico, conforme así lo exigía la normativa vigente,....-... las competencias como auditor médico consisten en la evaluación de la razonabilidad y pertinencia de los procedimientos médicos, mas* (sic) *no en la verificación de los valores facturados por el prestador en concordancia con el Tarifario, siendo dicha función de carácter administrativo más no médico.- Con relación a los valores que se hubiesen facturado y no fueron objetados, en base a la* (sic) *experiencias en auditorías anteriores, lo que se ha procedido es que dichos valores que fueron aprobados y cancelados pero que debieron ser objetados, se procedió a comunicar al respectivo prestador externo, el pago de dichos valores para que se pueda realizar el descuento correspondiente en las facturas pendientes del prestador externo.- Finalmente quiero señalar que la auditoría* (sic)

CINCUENTA Y CINCO

de la calidad de la facturación con relación a lo que se apruebe u objete es una responsabilidad técnica, que los detalles de la misma están en función de la documentación de manera individualizada, se presentan por cada paciente que ha recibido una prestación (...)".

El Oficinista - Control de Tarifas y Liquidación de la CPPSSM, el Oficinista de la Dirección Provincial de Manabí que suscribió el Informe de Liquidación de Prestador Externo en la CPPSSM y la Oficinista de la SPPSSM que suscribió el Informe de Liquidación de Prestador en la CPPSSM, en comunicaciones de 5, 8 y 9 de junio de 2023, en similares términos señalaron:

"... Al asumir las funciones de Oficinista, cumpliendo actividades inherentes al Control de Tarifas y Liquidación, solo realizaba las funciones de revisión de historia laboral y validación de cobertura....- Debo precisar que a esa fecha mi persona no realizaba liquidaciones solo revisaba la historia laboral y validación de cobertura, de los afiliados y remitía los informes con lo realizado por el Auditor Médico, que era quien se encargaba de realizar las respectivas liquidaciones (...)".

El Planificador de la CPPSSM que suscribió el Informe de Liquidación de Prestador, en comunicación de 7 de junio de 2023, señaló:

*"... **CABE RECALCAR QUE EN ESAS FECHAS SOLO REALIZABAMOS INFORME DE LIQUIDACION EN BASE A LO AUDITADO POR EL MEDICO*** (sic) ***AUDITOR**.- **Y A PARTIR DEL MES DE JULIO 2022 SE CAMBIO LA MODALIDAD DE LIQUIDACION*** (sic).- ***TODO ESTO LO PUEDEN CONFIRMAR REVISANDO CADA UNO DE LOS INFORMES ADJUNTOS DE CADA TRAMITE*** (sic) ***RESPECTIVAMENTE** (...)".*

El Oficinista de la CPSSCM que suscribió el Informe de Liquidación de Prestador, en memorando IESS-CPSSCM-2023-9157-M de 8 de junio de 2023, manifestó:

"... Según flujo del debido proceso, una vez recibido mediante el Sistema de Gestión Documental QUIPUX el respectivo informe o reporte del registro del SOAM más pertinencia médica emitido por el medico (sic) *auditor, se procedía a descargar el archivo en Excel del sistema SOAM, con los valores previamente APROBADOS y OBJETADOS por el médico auditor, conforme consta en MEMORANDO NRO. IESS-CPSSCM-2019-2203-M, continuando con la calificar* (sic) *el derecho y clasificar según el tipo de seguro especializado al que pertenece cada paciente atendido. Para la continuidad de la realización de la certificación de recursos y posteriormente al envió del trámite para el pago (...)".*

Los Oficinistas de la CPSSCM y el Oficinista de la SPSSCM que suscribieron el Informe de Liquidación de Prestador, en memorandos IESS-CPSSCM-2023-9120, 9122 y 9151-

CINCUENTA Y SEIS

M de 8 de junio de 2023, adjuntaron sus respuestas y comunicaron en similares términos:

> *"... Mediante el Sistema de Gestión Documental QUIPUX se remite el informe y reporte del registro del SOAM más pertinencia médica emitido por el medico* (sic) *auditor, y se procede a descargar el archivo en Excel del sistema SOAM, con los valores previamente APROBADOS por el médico auditor, a fin de calificar el derecho y clasificar el tipo de seguro especializado al que pertenece cada paciente atendido. Para la realización de la certificación de recursos y posterior pago se emite, memorando con el informe de liquidación y calificación de derecho....-... "**siendo aún responsabilidad de los médicos auditores, el verificar los procedimientos, insumos y las cantidades utilizadas en las prestaciones médicas otorgadas, de acuerdo a su competencia profesional, señalando que no me asiste realizar actividades de índole médica o especializada, de acuerdo a mi puesto** (...)".*

A más de lo expuesto, la Oficinista de la SPSSCM en funciones de Liquidación de Trámites de Prestadores Externos, con memorando IESS-CPSSCM-2023-9142-M de 8 de junio de 2023, comunicó:

> *"... Por lo antes expuesto, y la información detallada, se indica que en las observaciones correspondientes a los anexos 1, 2,3* (sic) *y 4 no se encuentran contenidas las actividades desarrolladas por mi persona en los trámites de prestadores externos en el periodo* (sic) *establecido en esta auditoría (...)".*

Lo señalado por los citados servidores no modifica lo comentado por auditoría, por cuanto en el artículo 76 de la "*Norma Técnica Sustitutiva de Relacionamiento para la Prestación de Servicios de Salud entre Instituciones de la RPIS y de la RPC, y su Reconocimiento Económico*", establece que dentro de sus responsabilidades les correspondía comparar los valores registrados para cada prestación de salud por el prestador del servicio con los valores definidos en el tarifario de prestaciones como techo máximo de pago; pese a lo cual, suscribieron los informes consolidados y las planillas de liquidación, sin objetar los dispositivos médicos y medicamentos que no cumplían con esta normativa.

La Coordinadora Prov. de Prestaciones del Seguro de Salud Manabí, encargada, en comunicación de 3 de junio de 2023, señaló:

> *"...los anexos 3,* (sic) *y 4 existe inconsistencia en la información, los tramites* (sic) *mencionados, no han concluido todas las etapas del proceso de ACFSS ya que no están liquidados y por lo tanto no están pagados....- Es obligación de los responsables de los funcionarios que se encuentran en el proceso de auditoría de*

CINCUENTA Y SIETE

la calidad de facturación de salud, así como los líderes respectivos de las fases y del proceso, y aseguramiento de salud, Notificar (sic) *a su inmediato superior en caso de detectar o evidenciar incumplimiento de las normativas vigentes y del convenio de acuerdo a sus competencias….-… la suscrita ha realizado el control, supervisión y seguimiento del cumplimiento de la normativa vigente para el pago a prestadores a los funcionarios del proceso PACFS, así como seguimiento a los prestadores externos (…)".*

La Coordinadora Prov. de Prestaciones del Seguro de Salud Manabí, encargada, en comunicación de 7 de junio de 2023, comunicó:

"…en virtud de salvaguardar los recursos institucionales, en lo correspondiente a los procesos vinculados con pagos a prestados (sic) *de servicios de salud, se emitieron comunicados ratificando y formalizando las funciones de los servidores de las áreas de Control de Tarifa y Liquidación y de Auditoría de la Calidad de la Facturación de los Servicios de la Salud.-… la verificación de los precios techo de los medicamentos el personal de la coordinación* (sic) *de salud* (sic) *de manabí* (sic)*, realizaba la revisión del Tarifario de Medicamentos en el "Consolidado Precios Techo", vigente en el período de la atención (…)".*

Lo expuesto por las servidoras, no modifica lo comentado por auditoría, por cuanto todos los trámites detallados en los citados anexos, se encuentran pagados a los prestadores externos; además, no adjuntaron información que demuestre las acciones realizadas para supervisar la aplicación de la normativa vigente para el pago a prestadores privados por las atenciones médicas brindadas a los pacientes del IESS.

La Oficinista de la SPPSSM que suscribió el Informe de Liquidación de Prestador en la CPPSSM, en comunicación de 5 de junio de 2023, se ratificó en lo señalado en su respuesta emitida con memorando IESS-CPPSSM-2023-7462-M de 25 de mayo de 2023, por lo tanto el comentario de auditoría se mantiene.

La Médica Auditora de la CPPSSM, en correo electrónico de 8 de junio de 2023, adjuntó un link en respuesta a las observaciones; sin embargo, no incluyó documentos que justifiquen las novedades establecidas por auditoría, por lo que el comentario se mantiene.

El prestador de salud privado con RUC 1391766297001, mediante oficio 241-23-CDS-M-M-EC de 8 de junio de 2023, manifestó:

CINCUENTA Y OCHO

"... Existe un valor adicional por 78.751,11 USD que si se encuentra fuera de lo establecido por la norma de planilla los cuales fueron facturado (sic) *erróneamente por la empresa contratada para el manejo de este proceso, valor que tampoco fue objetado por el IESS en auditoria inicial.-... Para corregir esta deficiencia y con el afán de no perjudicar los recursos públicos, hemos realizado la consulta por escrito a la Coordinación de Salud Provincial de Seguro individual* (sic) *y familiar* (sic) *de la provincia de Manabí, conocer el procedimiento a seguir, y se disponga a quien corresponda se nos realice el cruce de estos valores recibidos, con valores pendientes de pago que el IESS mantiene con la Clínica..., adjuntamos copia de carta con el recibido y documento respuesta con la re-asignación por parte del IESS (...)".*

Lo manifestado por el prestador de salud privado, ratifica lo comentado por auditoría, por cuanto, los servidores encargados de ejecutar las actividades de Control Técnico Médico y Liquidación y Tarifario, no objetaron el pago de fármacos cuyos valores fueron superiores a los precios fijados o al precio de venta al público, restando el 6.5%. Referente a los valores comunicados, la casa de salud no entregó un detalle de los fármacos que a su criterio fueron cancelados en exceso, lo cual no permitió verificar si los mismos cumplen con lo establecido en el Tarifario; así también, se verificó que el memorando IESS-CPPSSM-2023-8014-M de 8 de junio de 2023 que adjuntó, corresponde al requerimiento efectuado por la Coordinadora Provincial de Prestaciones del Seguro de Salud Manabí al Director Provincial de Manabí, encargado a fin de que emita un informe sobre el particular, mismo que no fue atendido.

El Médico General de Primer Nivel de Atención de la CPSSCM – Auditor Médico de la CPSSCM, el Médico General de Primer Nivel de Atención de la SPSSCM - Auditor Médico en el Área de Prestadores Externos en la CPSSCM, la Médica General de Primer Nivel de Atención de la CPPSSM que suscribió el Informe de Pertinencia Médica, el servidor que ejerció funciones de Médico General de Primer Nivel de Atención de la SPSSCM que suscribió el Informe de Pertinencia Médica y como Médico General de Primer Nivel de Atención de la SPSSCM - Auditor Médico en el Área de Prestadores Externos, con memorandos IESS-CPSSCM-2023-9155, 9194, 9195 y 9220-M de 8 y 9 de junio de 2023, señalaron en similares términos:

"... Por lo expuesto, y toda vez que el periodo (sic) *objeto del presente examen especial está comprendido entre el 1 de enero de 2018 y el 31 de diciembre de 2022, NO es aplicable el anexo No. 3 del Tarifario de Prestaciones para el Sistema Nacional de Salud versión 2014; siendo lo correcto, aplicar la reforma efectuada en el año 2017....- En relación a esta observación, cumplo con indicar que los fármacos facturados y pagados a los prestadores externos* ***NO exceden el precio fijado por el MSP o el precio de venta al público****, por lo tanto,* ***NO existe***

CINCUENTA Y NUEVE

sobreprecio*....-... Por lo que, se aplicó la reducción del 6.5%, y el aumento del 10% correspondiente a gastos de gestión como se describió anteriormente. Con la aplicación de estos dos factores, se concluye que no existen valores superiores a los establecidos en el tarifario ni el Consolidado de precios techo actualizado (...)".*

Además, el Médico General de Primer Nivel de Atención de la SPSSCM - Auditor Médico en el Área de Prestadores Externos en la CPSSCM, comunicó:

"... Con respecto al uso de ENCIDENT (ENJUAGUE BUCAL CON CLOREXIDINA), tengo a bien in formar que el uso de este insumo médico está plenamente justificado en ***pacientes que se encuentran sedados en el área de UCI*** *(...)".*

Al respecto, sobre los dispositivos médicos y la aplicación del anexo 3 del Tarifario de Prestaciones para el Sistema Nacional de Salud versión 2014, es preciso aclarar que fue modificado en el año 2017 y ratificada su aplicación con Acuerdo Ministerial 44 de 20 de septiembre de 2019, publicado en R.O.S. 50 de 30 de septiembre de 2019, mismo que se encuentra vigente; en relación a los esparadrapos, al estar contemplados en el referido anexo 3 no debieron ser facturados individualmente. En lo concerniente a la aplicación de la reducción del 6.5%, la Disposición General Primera del Tarifario de Prestaciones para el Sistema Nacional de Salud, establece que el valor a reconocer por los medicamentos es el de compra institucional, al que obligatoriamente se deberá descontar el 15%, según lo señalado en el artículo 163 de la Ley Orgánica de Salud y todos los beneficios adicionales de reducción de precios que el prestador obtenga, se sumará el 10% de la gestión integral del suministro de medicamentos; sin embargo, el precio final que se reconocerá por el medicamento, en ningún caso podrá ser mayor al fijado o al precio de venta al público, según aplique, menos el 6.5%; en tal razón, el comentario de auditoría se mantiene.

La Médica General de Primer Nivel de Atención del Centro de Salud A - Los Esteros - Médica Auditora de la CPPSSM, en comunicación recibida el 8 de junio de 2023, precisó:

"... Dentro de mis funciones y labores en la Coordinación Provincial de prestaciones (sic) del Seguro de Salud de Manabí, ninguna de ellas, tienen que ver en lo absoluto con, verificación de valores, facturación y pago de fármacos e insumos, así que de los 1.335 fármacos con valores que excedieron el precio fijado en el Tarifario de Prestaciones para el Sistema Nacional de Salud, emitido por el MSP o el precio de venta al público, están fuera del alcance de las funciones a mi

DESDEHM

encomendadas....-... las competencias como auditor médico consisten en la evaluación de la razonabilidad y pertinencia de los procedimientos médicos, más no en la verificación de los valores facturados por el prestador en concordancia con el Tarifario, siendo dicha función de carácter administrativo más no médico y por tal asignado a otro personal no clínico de la institución a quien debería requerirse dicha información (...)".

La Oficinista de la SPPSSM que suscribió el Informe de Liquidación de Prestador en la CPPSSM, la Oficinista de la CPPSSM que suscribió el Informe de Liquidación de Prestador, la servidora que ejerció como Oficinista de la SPPSSM en funciones de Control de Tarifas y Liquidación del Proceso de Auditoría de la Calidad de la Facturación de los Servicios de Salud de la CPPSSM y que suscribió el Informe de Liquidación de Prestador en la CPPSSM, la Oficinista en la CPPSSM que suscribió el Informe de Liquidación de Prestador, la Asistente Administrativa de la CPPSSM que suscribió el Informe de Liquidación de Prestador en comunicaciones de 8 y 9 de junio de 2023, manifestaron en similares términos:

"...es preciso mencionar que hasta el 15 de julio del 2022 el sistema informático SOAM, no contaba con el perfil de liquidador para el control de tarifas, es decir los trámites venían en ***estado APROBADO desde PERTINENCIA MEDICA*** (sic), *sin permitir el retorno para manipulación del archivo y realizar el control de tarifas.-... el Liquidador no realizaba control de tarifas, únicamente procedía a verificar la calificación del derecho de los pacientes por prestación médica y excluir del pago de ser necesario por la no calificación de derecho, elaborar el informe de liquidación y determinación, calculo* (sic), *informe de Responsabilidad Patronal y registro de responsabilidad patronal al Sistema de Mora Patronal, y elaborar el informe de liquidación en base a las planillas generadas del SOAM con los valores aprobados desde Pertinencia médica (...)".*

El Médico Auditor de la CPPSSM, en comunicación de 9 de junio de 2023, señaló:

"... Una vez efectuada dicha verificación, se emite la correspondiente pertinencia médica, a través del correspondiente informe, en el cual se detallan observaciones, objeciones o débitos, en caso de existir.-... En este sentido, no me corresponde realizar el planillaje ni cargar archivo plano, que es competencia del prestador, y tampoco revisar el control de tarifas (...)".

Lo expuesto por las servidoras, no modifica el comentario de auditoría, por cuanto el Acuerdo 091-2017 aprobado por el MSP y el Manual del Proceso de Auditoría de la Calidad de la Facturación de Servicios de Salud aprobado por el IESS, establece que le corresponde a los servidores encargados de realizar el Control de Tarifarios y Liquidación, verificar que los valores solicitados para el pago de los prestadores de salud privados, sean acordes a lo establecido en el Tarifario de Prestaciones del Sistema Nacional de Salud; así también, sobre el uso del Sistema SOAM, mismo que fue

SESENTA Y UNO

socializado su implementación desde octubre de 2011 y su Manual de Usuario aprobado el 28 de octubre de 2013, en el proceso Evaluación Médica, que dispone:

> *"... Esta opción del aplicativo, permite al Auditor Médico realizar la pertinencia médica de las atenciones ingresadas en un trámite.-... una vez de* (sic) *realizados todos los criterios de evaluación necesarios, el tramite* (sic) *está listo para pasar a la liquidación financiera para lo cual el auditor médico deberá cambiar el estado de trámite a APROBADO y dejarlo listo para el siguiente proceso (...)".*

Evidenciándose, que una vez concluido la Evaluación Médica, el trámite cambiaba de estado a "Aprobado", para continuar con el trámite de Liquidación Financiera.

Posterior a la conferencia final de comunicación de resultados, realizada el 13 de junio de 2023, se recibieron las siguientes respuestas:

El Representante Legal del prestador privado con RUC 1391765088001, en oficio 16-06-2023-071 de 16 de junio de 2023, en respuesta a la comunicación de resultados, manifestó:

> *"...con la declaración juramentada se describe que se planilla al precio de compra más el 10% y luego se debita 6.5% sin superar el precio techo fijado (...)".*

Al respecto, el prestador ratifica lo comentado por auditoría, por cuanto, los precios facturados no contaron con el disminución del 6.5%, superando lo establecido en el Tarifario del Sistema Nacional de Salud.

La Oficinista de la SPPSSM, la Asistente Administrativa de la CPPSSM que suscribió el Informe de Liquidación de Prestador, la Oficinista de la SPPSSM que suscribió el Informe de Liquidación de Prestador en la CPPSSM y que cumplió funciones en el Área de Control de Tarifas y Liquidación de la CPPSSM, la Oficinista de la SPPSSM que suscribió el Informe de Liquidación de Prestador en la CPPSSM, la Oficinista de la SPPSSM que suscribió el Informe de Liquidación de Prestador en la CPPSSM y en funciones de Control de Tarifas y Liquidación del Proceso de Auditoría de la Calidad de la Facturación de los Servicios de Salud de la CPPSSM, y la Oficinista de la SPPSSM que suscribió el Informe de Liquidación de Prestador en la CPPSSM, mediante oficio 008-MELP-2023 y comunicaciones de 16, 19 y 20 de junio de 2023, expresaron en similares términos:

SESENTA Y DOS

"...en el Sistema Informático SOAM, NO SE ENCONTRABA HABILITADO EL PERFIL DE LIQUIDACIÓN, por lo que RECIEN el 22 de abril del 2022 la SUBDIRECCIÓN NACIONAL DE ASEGURAMIENTO DEL SEGURO DE SALUD y la COORDINACIÓN NACIONAL DE CONTROL TÉCNICO DEL SEGURO DE SALUD, realiza La (sic) *Separación* (sic) *De* (sic) *Perfiles* (sic) *en trámites originales y trámites de apelación.- Dicho esto, se deja evidenciado que las máximas autoridades responsables de la implementación del Sistema Informático Operativo SOAM, INCUMPLIERON la norma dispuesta en la disposición transitoria segunda del acuerdo ministerial 0091-2017 MSP.- Se puede visualizar que la Auditoría Médica, realizo* (sic) *la OBJECCION* (sic) *y RECOMENDACIÓN de los procedimientos y medicina, ya que el tramite* (sic) *venia* (sic) *en estado aprobado desde pertinencia médica.-... sírvase tener en consideración que el rubro tiempo, refiere a la unidad de tiempo utilizado por honorarios de anestesiología en procedimientos quirúrgicos.-* ***Por lo que es competencia de revisar los tiempos al Auditor Médico****.-... al no poder realizar el Control de tarifas los Oficinistas, los Médicos evaluadores de la Pertenencia Médica eran los encargados de realizar este proceso y procedían a realizar el Control de tarifas (...)".*

El Oficinista de la SPPSSM que suscribió el Informe de Liquidación de Prestador en la CPPSSM, Oficinista de la CPPSSM que suscribió el Informe de Liquidación de Prestador y como Oficinista en funciones de Control de Tarifas y Liquidación de la CPPSSM; y, el Oficinista de la Dirección Provincial de Manabí que suscribió el Informe de Liquidación de Prestador Externo en la CPPSSM, en comunicaciones de 20 de junio de 2023, precisaron:

"...como ya se ha indicado el sistema informático SOAM, no contaba con el perfil de liquidador, es decir los tramites (sic) *venían APROBADOS desde PERTINENCIA MEDICA* (sic).- *Realizando los liquidadores la generación de las planillas en el sistema SOAM a través de usuario liquidador lo cual era el único acceso permitido para la elaboración del informe de liquidación.-... tramites* (sic) *de los años 2018 hasta junio 2022, periodo* (sic) *en el cual los tramites* (sic) *venían aprobados desde Pertinencia Medica* (sic), *sin permitir al liquidador realizar modificación alguna....- se evidenció que, pese a no tener la codificación respectiva y la prescripción (...)".*

Adicional a lo manifestado anteriormente, el Oficinista de la Dirección Provincial de Manabí que suscribió el Informe de Liquidación de Prestador Externo en la CPPSSM, manifestó:

"... Debo precisar que a esa fecha mi persona no realizaba liquidaciones solo revisaba la historia laboral y validación de cobertura, de los afiliados y remitía los informes con lo realizado por el Auditor Médico, que era quien se encargaba de realizar las respectivas liquidaciones. Esto es debido que el proceso o tramite (sic) *al ser auditado por pertinencia médica, era quien revisa, objeta, liquida valores y aprueba los trámites de los diferentes prestadores externos en el sistema SOAM,*

SESENTA Y TRES

al pasar los trámites de los diferentes prestadores externos al área de Control de Tarifas y Liquidación el mismo sistema SOAM ya no permitía realizar cambios en los tramites aprobados por el Auditor Médico (...)".

La Oficinista de la CPPSSM que suscribió el Informe de Liquidación de Prestador, en comunicación de 20 de junio de 2023, señaló:

"...como dejo evidenciado en líneas anteriores el Liquidador no realizaba control de tarifas, únicamente procedía a verificar la calificación del derecho de los pacientes por prestación médica...- La función del liquidador es aprobar valores en base a lo aprobado por Pertinencia Médica de acuerdo a las cantidades, procedimientos, tratamientos clínicos entre otros, basados en el criterio médico (...)".

La Asistente Administrativa de la Dirección Provincial de Manabí - Control de Tarifas y Liquidación de la CPPSSM, en comunicación de 22 de junio de 2023, manifestó:

"... En cuanto a las actividades de apoyo se me indico (sic) *verbalmente lo siguiente; Que* (sic) *una vez receptado* ***EL REGISTRO DEL SOAM MÁS PERTINENCIA MEDICA*** (sic), *remitida por parte de los médicos de auditoría medica del seguro especializado, quienes son los encargados de realizar la revisión de lista de precios techo de medicamentos fijados por la SECRETARIA TECNICA* (sic) *DE FIJACION* (sic) *DE MEDICAMENTOS.- Como LIQUIDADOR correspondía, establecer el derecho a la atención medica de cada paciente a la fecha de la atención, y verificar el tipo de seguro al que corresponde, mediante la utilización del sistema de historia laboral del IESS, para lo cual se emite matriz de calificación de derecho, aclaro que la suscrita no disponía de claves de acceso para el sistema SOAM (...)".*

El Planificador de la CPPSSM que suscribió el Informe de Liquidación de Prestador, en comunicación recibida el 22 de junio de 2023, señaló:

"... Cabe recalcar que en esa fecha no revisábamos dispositivos médicos ni tarifarios ya que no teníamos acceso al sistema tal como lo demuestro con la fecha del informe al que corresponde dicho trámite que menciono a continuación.-... se realizó el control de tarifas en base a la declaración juramentada en donde dice claramente que se comprometen a cumplir de acuerdo a las disposiciones del tarifario vigente de prestaciones para el Sistema Nacional de Salud respecto a medicinas e insumos, más el 10% por concepto de gastos de gestión los valores solicitados, y basándome en el consolidado de precios techo de medicamentos de la Secretaria Técnica de fijación de precio. De acuerdo al mes y año que se realizaron las atenciones, además cabe recalcar que la revisión de medicamentos utilizados se realiza de acuerdo a la presentación y concentración de los mismos y guiándonos en el cuadro nacional de medicamentos básicos decima revisión 2019 Sistema Nacional de Salud el mismo que se adjunta así como también la declaración juramentada.- ***Realizando un análisis de los medicamentos indicados, se puede observar que ciertos medicamentos se deben***

SESENTA Y CUATRO 64

transformar de acuerdo a la presentación y forma farmacéutica. Además cabe recalcar que se toma en cuenta el descuento del 6.5% y más no el aumento del 10% por concepto de gastos tal como consta en la declaración juramentada adjunta en la Cláusula Segunda *(...)".*

La Oficinista de la CPPSSM que suscribió el Informe de Liquidación de Prestador y la Oficinista de la SPPSSM que suscribió el Informe de Liquidación de Prestador en la CPPSSM, en comunicaciones de 22 de junio de 2023, manifestaron en similares términos:

"... Cabe mencionar que en la tabla antes mencionada dichos trámites fueron liquidados en el período 2018- 2019 - 2021.- Sin embargo, es preciso mencionar que hasta el 15 de julio del 2022 el sistema informático SOAM, no contaba con el perfil de liquidador para el control de tarifas, es decir los trámites venían en ***estado APROBADO desde PERTINENCIA MÉDICA****, sin permitir el retorno para manipulación del archivo y realizar el control de tarifas....- se realizó el control de tarifas en base a la declaración juramentada en donde dice claramente que se comprometen a cumplir de acuerdo a las disposiciones del tarifario vigente de prestaciones para el Sistema Nacional de Salud respecto a medicinas e insumos, más el 10% por concepto de gastos de gestión los valores solicitados, y basándome en el consolidado de precios techo de medicamentos de la Secretaria Técnica de fijación de precio (...)".*

La Oficinista en funciones de Control de Tarifas y Liquidación de la CPPSSM, en comunicación de 22 de junio de 2023, precisó:

"...expongo que, dentro de las actividades realizadas como oficinista asignada a la CPPSSM, se me capacitó en el proceso descrito a continuación:.- Elaboración del memorando, a partir del informe de pertinencia médica (el cual detalla el valor solicitado por el prestador, y los valores a pagar y/u objetados por el médico auditor). En este memorando que detalla en su ASUNTO: INFORME DE LIQUIDACION (sic) *Y VALIDACION* (sic) *DE COBERTURA DEL PRESTADOR EXTERNO (detallándose aquí el nombre del prestador externo, el número de trámite, el mes y año de atención y la pertenencia al Seguro General), el liquidador transcribe las observaciones y/o recomendaciones detalladas en el informe de pertinencia médica y, de ser el caso, detalla sus propias observaciones.- Los criterios para que, en calidad de liquidador, excluyera un valor previamente aprobado por el auditor médico, se limitaba a que el paciente detallado en la PLANILLA DE LIQUIDACIÓN descargada del sistema SOAM NO TUVIERA COBERTURA EL DÍA DE LA ATENCIÓN MÉDICA O, EN SU DEFECTO, FUERA AFILIADO ACTIVO DEL SEGURO CAMPESINO. Precisamente, en los informes emitidos por los liquidadores, el cuadro global de valor detalla: VALOR SOLICITADO SOAM (por el prestador externo), VALOR OBJETADO SOAM (por el auditor médico), EXCLUIDO POR LIQUIDADOR, VALOR APROBADO. Dejando constancia de que, en ningún momento del proceso, el liquidador OBJETA VALORES, y mucho menos observa el detalle de las objeciones y/o aprobaciones de forma detallada que fueron realizadas por el auditor médico en el sistema SOAM (...)".*

SESENTA Y CINCO

Lo expuesto por los servidores, no modifica el comentario de auditoría, por cuanto la Norma Técnica Sustitutiva de Relacionamiento para la Prestación de Servicios de Salud entre Instituciones de la RPIS y de la RPC, y su Reconocimiento Económico y el Manual del Proceso de Auditoría de la Calidad de la Facturación de Servicios de Salud aprobado por el IESS, establecen que le corresponde a los servidores encargados de realizar el Control de Tarifarios y Liquidación, verificar que los valores solicitados para el pago por los prestadores de salud privados, se encuentren acordes al Tarifario de Prestaciones del Sistema Nacional de Salud; así como, suscribieron los Informes de Control de Tarifas y Liquidación, documento con el que aprobaron los valores cancelados a los prestadores de salud privados y que constituye un habilitante para el pago; así también, respecto al uso del SOAM, es preciso aclarar que su implementación fue socializada desde octubre de 2011 y en su Manual de Usuario aprobado el 28 de octubre de 2013, en el proceso Evaluación Médica, dispone:

> *"... Esta opción del aplicativo, permite al Auditor Médico realizar la pertinencia médica de las atenciones ingresadas en un trámite.- ...una vez de* (sic) *realizados todos los criterios de evaluación necesarios, el trámite está listo para pasar a la liquidación financiera para lo cual el auditor médico deberá cambiar el estado de trámite a APROBADO y dejarlo listo para el siguiente proceso (...)".*

Evidenciándose, que una vez concluida la Evaluación Médica, el trámite cambiaba de estado a "*Aprobado*", para continuar con el trámite de Liquidación Financiera.

La Médica Auditora de la CPPSSM, M, el Médico Auditor de la CPPSSM, la Médica General de Primer Nivel de Atención en la CPPSSM que suscribió el Informe de Pertinencia Médica y cumplió funciones en el Proceso de Auditoría Médica en la CPPSSM, la Médica General de Primer Nivel de Atención de la CPPSSM y la Médica General de Primer Nivel de Atención de la SPPSSM que suscribió el Informe de Pertinencia Médica en la CPPSSM y como Médica Auditora de la CPPSSM en comunicaciones de 19, 20, 21 y 22 de junio de 2023, en similares términos manifestaron:

> *"...la función que ejercí en la Coordinación Provincial Prestación Servicios Salud de Manabí como médico auditor, consiste en evaluar la razonabilidad y pertinencia de los procedimientos médicos aplicados al paciente frente a las guías y los protocolos nacionales, con base a la documentación que el prestador externo presente.- Una vez efectuada dicha verificación, se emite la correspondiente pertinencia médica, a través del correspondiente informe, en el cual se detallan observaciones, objeciones o débitos, en caso de existir.- A este precio, se le adicionará el 10% por gastos de gestión; en caso que el establecimiento de salud,*

SESENTA Y SEIS 66

planille valores superiores al precio de compra institucional más el 10%, la institución pagadora del servicio, deberá hacer los ajustes para cumplir con la norma antes señalada.- Conforme lo indicado en el ordinal anterior, las competencias como auditor médico consiste en la evaluación de la razonabilidad y pertinencia de los procedimientos médicos, mas (sic) *no en la verificación de los valores facturados por el prestador en concordancia con el Tarifario,* ***siendo dicha función de carácter administrativo mas*** (sic) ***no médico****.- De lo antes mencionado, tanto el control de tarifas, valores de los dispositivos médicos y medicación no lo realiza el personal médico (...)".*

Adicionalmente, la Médica General de Primer Nivel de Atención que cumplió funciones en el Proceso de Auditoría Médica en la CPPSSM y la Médica General de Primer Nivel de Atención de la CPPSSM que suscribió el Informe de Pertinencia Médica, en similares términos, manifestaron:

"... Por lo tanto, para los casos en que se pudiese haber detectado o que luego que las respuestas que cada uno de los funcionarios debe de presentar a los requerimientos que ha solicitado el Órgano de control, el procedimiento que se debe seguir, es que los valores que definitivamente no hayan sido objetados y que legalmente no hayan cumplido con lo establecido en la norma, se proceda comunicar a cada uno de los prestadores externos, que dichos valores deberán ser descontados de los valores pendientes a cobrar (...)".

El Médico General de Primer Nivel de Atención de la CPPSSM que suscribió el Informe de Pertinencia Médica y la Médica General de Primer Nivel de Atención del Centro de Salud A - Los Esteros - Médica Auditora de la CPPSSM, en comunicaciones de 22 de junio de 2023, expresaron en similares términos:

"... Dentro de mis funciones y labores en la Coordinación Provincial de prestaciones del Seguro de Salud de Manabí, ninguna de ellas, tienen que ver en lo absoluto con, verificación de valores, facturación y pago de fármacos e insumos, así que de los 1.335 fármacos con valores que excedieron el precio fijado en el Tarifario de Prestaciones para el Sistema Nacional de Salud, emitido por el MSP o el precio de venta al público, están fuera del alcance de las funciones a mi encomendadas....- las competencias como auditor médico consisten en la evaluación de la razonabilidad y pertinencia de los procedimientos médicos, más no en la verificación de los valores facturados por el prestador en concordancia con el Tarifario, siendo dicha función de carácter administrativo más no médico y por tal asignado a otro personal no clínico de la institución a quien debería requerirse dicha información (...)".

El Médico General de Primer Nivel de Atención de la SPPSSM que suscribió el Informe de Pertinencia Médica en la CPPSSM, en comunicación de 22 de junio de 2023, señaló:

SESENTA Y SIETE

"... Por lo antes expuesto de acuerdo a la normativa vigente para el efecto el control técnico médico no evalúa tarifas, ya que es competencia de acuerdo al Art. 76 del personal administrativo el control de tarifas y precios, de la misma forma lo que compete a la parte médica es evaluar la pertinencia de esos insumos, mas (sic) *no los valores de los mismos.- En virtud de dicha disposición, los prestadores externos previo a suscribir los convenios de prestación de salud, y al momento de presentar los expedientes para aprobación, remiten una declaración juramentada (...)".*

El Médico General de Primer Nivel de Atención de la SPSSCM - Auditor Médico de la CPSSCM, en comunicación de 22 de junio de 2023, precisó:

"... En este sentido, solamente los medicamentos, dispositivos e insumos que se detallan a continuación, se encuentran incluidos en los procedimientos médicos....- Por lo expuesto, y toda vez que el periodo objeto del presente examen especial está comprendido entre el 1 de enero de 2018 y el 31 de diciembre de 2022, NO es aplicable el anexo No. 3 del Tarifario de Prestaciones para el Sistema Nacional de Salud versión 2014; siendo lo correcto, aplicar la reforma efectuada en el año 2017.- En relación a esta observación, cumplo con indicar que los fármacos facturados y pagados a los prestadores externos ***NO exceden el precio fijado por el MSP o el precio de venta al público****, por lo tanto,* ***NO existe sobreprecio****....- En el anexo 4 existe la observación al medicamento denominado "CLORURO DE SODIO 1000 LM....- "LOSARTÁN 100MG TABLETA".-... se aplicó la reducción del 6.5%, y el aumento del 10% correspondiente a gastos de gestión como se describió anteriormente-. Con la aplicación de estos dos factores, se concluye que no existen valores superiores a los establecidos en el tarifario ni el Consolidado de precios techo actualizado (...)".*

Pese a lo expuesto, los citados servidores, en los informes de pertinencia médica detallaron observaciones como precios de medicamentos que no se encontraban acordes a lo establecido en el Tarifario de Prestaciones del Sistema Nacional de Salud; sin embargo, suscribieron las planillas de liquidación, en las que se aprobaron valores por los servicios de salud brindados a los pacientes y afiliados del IESS para el pago a los prestadores de salud privados. Adicional, en referencia a los precios de los medicamentos, en los valores expresados por los servidores, no se consideró la disminución del 6.5% establecido en la Disposición General del Tarifario de Prestaciones del Sistema Nacional de Salud.

Los Coordinadores Provinciales del Seguro Social Campesino Manabí, titular y subrogante, en comunicaciones de 19 y 20 de junio de 2023, manifestaron en similares términos:

"... En relación a la validación de facturación de prestadores externos constante en el literal r) de la gestión provincial del Seguro Social Campesino, dicha función fue asignada expresamente al responsable del área de Prestadores Externos de

SESENTA Y OCHO 68

la Coordinación Provincial del SSC....-... se asignó expresamente al responsable del área de Prestadores Externos de la Coordinación Provincial del SSC las funciones para canalizar y validar los trámites y facturación de los prestadores.-... se concluye que la validación a la que hace referencia el literal r) de las atribuciones y responsabilidades establecidas en la Resolución 535 de la Coordinación Provincial del Seguro Social Campesino Manabí, fue ejecutado en todos los procesos por el responsable del área de prestadores externos, conforme a las designaciones otorgadas por quienes en ese entonces ocuparon los cargos de Directores provinciales (sic), *lo cual debe ser considerado por el equipo de auditoría, a efectos de excluir el comentario que el suscrito no habría revisado y supervisado los procedimientos de la facturación de prestadores externos (...)".*

Al respecto, la Resolución C.D. 535 en su Disposición General Décimo Segunda, establece que, las Coordinaciones Provinciales o unidades provinciales reportarán y coordinarán sus actividades técnicas con las Direcciones, Subdirecciones y Coordinaciones Nacionales temáticas en los ámbitos que correspondan, por lo cual, siendo la Auditoría de la Calidad de la Facturación de los Servicios de Salud una actividad técnica, no le competía a la Dirección Provincial la delegación de dicha responsabilidad; así también, según lo establecido en el artículo. 69 del COA, la delegación de gestión no supone cesión de la titularidad de la competencia.

La Médica Auditora de la CPPSSM y como Médica General de Primer Nivel de Atención de la CPPSSM que suscribió el Informe de Pertinencia Médica, en comunicación de 20 de junio de 2023, comunicó:

"... En respuesta a este anexo:.- b) Los esparadrapos... ***son utilizados en los pacientes que son sometidos a procedimientos de cirugía cardiaca en ciertos casos a corazón abierto que necesitan compresión****....- se procedió a efectuar la pertinencia médica y correlación de los medicamentos prescritos y utilizados con el diagnóstico y procedimientos; verificando que todos los medicamentos planillados contenían el nombre genérico....-* ***Cuadro explicativo donde se registra que hay medicamentos con una sola presentación farmacológica, otros si detallan si es tableta, ampolla, por esta razón se canceló el servicio****...- IMIPENEM CILASTATINA FRASCO AMPOLLAS 1G CAJA X 10 IMIPENEM CILASTATINA IMIPINEN DE 500 ML AMPOLLA IMIPINEN DE 500 ML AMPOLLA....- GENTAMICINA GARAMICINA 80MG AMP....- CLINDAMICINA 600 MG 4 ML AMP....- CIPROFLOXACINO 200 MG 100 ML AMP....- RANITIDINA 50 MG AMPOLLA....- BUPRENORFINA PARCHE 20 MG.- ...el valor no está excedido con relación al cuadro de precio techo 2018 (...)".*

La Médica Auditora de la CPPSSM, en comunicación de 22 de junio de 2023, manifestó:

"... Toda medicación fue cancelada de acuerdo a lo establecido por el prestador, dicho valor no fue excedido al precio fijado por el Consejo Nacional de Fijación y Revisión de Precios de Medicamentos de uso y consumo humano según el

PRESENTE Y FOLIADO

Consolidado de precios techo. Me base (sic) *de acuerdo a los precios establecidos en el consolidado del año 2014 vigente en el periodo* (sic) *laborado por mi persona como médico auditor….- En calidad de auditor médico, he efectuado mis labores en el proceso de auditoría de la calidad de la facturación, es decir, verificando desde la parte técnica la pertinencia o no de los procedimientos médicos; de tal forma que he realizado las respectivas aprobaciones, observaciones, objeciones o débitos, en el ámbito de las facultades a mi asignadas (…)".*

Al respecto, el dispositivo médico Esparadrapo, se encontraba incluido en los procedimientos médicos. Referente a los medicamentos, los precios detallados por las servidoras y que fueron cancelados por la CPPSSM son superiores a los establecidos en el Consolidado de Precios Techo emitido por el MSP, según la Disposición General del Tarifario de Prestaciones del Sistema Nacional de Salud, a pesar de lo cual, aprobaron valores en los informes de Pertinencia Médica, por lo que el comentario de auditoría se mantiene.

La Coordinadora Prov. de Prestaciones del Seguro de Salud Manabí, encargada, en comunicación de 21 de junio de 2023, señaló:

"… Cada vez que se realizaba una reforma el Consejo Nacional de Medicamentos de Uso y Consumo Humano, actualizaba el cuadro de (sic) *consolidado de precios techo publicado en la página web, del link mencionado en párrafo anterior. Regularmente esta acción se daba de manera mensual.- Por lo que, para la verificación de los precios techo de los medicamentos el personal de la Coordinación de Salud de Manabí, realizaba la revisión del Tarifario de Medicamentos en el "Consolidado Precios Techo", vigente en el período de la atención.- Con este último enunciado, y en razón, la Coordinadora de Salud, acoge las observaciones u objeciones impartidas por el área de Auditoría de la Calidad de la Facturación de los Servicios de Salud.-… en virtud de salvaguardar los recursos institucionales en lo correspondiente a los procesos vinculados con pagos a prestadores de servicios de salud, se emitieron comunicados ratificando y formalizando las funciones de los servidores de Auditoría de la Calidad de la Facturación de los Servicios de la Salud….-… en su fase de revisión, por lo que, es inviable que el funcionario que ejerce la función de Coordinador, revise cada documento, por lo cual, existen las responsabilidades impartidas por las normativas que nos rige, que son de conocimiento público y fueron difundidas a los servidores, así también, se formalizaron y ratificaron delegaciones con las asignación de funciones, instando la aplicación de principios de ética de la institución (…)".*

La Coordinadora Prov. de Prestaciones del Seguro de Salud Manabí, encargada, en comunicación recibida el 22 de junio de 2023, no respondió acerca de las novedades comentadas por auditoría, sin embargo, precisó:

"… Como quedó ya previamente establecido, el periodo de la auditoría. abarca 5 años, y en esta auditoría también se analizan las Prestaciones del Servicio Médico

del Seguro Social Campesino.- También se debe considerar que en estos 5 años han actuado un sínnumero (sic) *de profesionales médicos en calidad de Coordinadores Provinciales (...)":*

La Coordinadora Prov. de Prestaciones del Seguro de Salud Manabí, encargada, en comunicación recibida el 24 de junio de 2023, expuso:

"... Toda vez que el periodo objeto del presente examen especial está comprendido entre el 1 de enero de 2018 y el 31 de diciembre de 2022, NO es aplicable el anexo No. 3 del Tarifario de Prestaciones para el Sistema Nacional de Salud versión 2014; siendo lo correcto, aplicar la reforma efectuada en el año 2017; y, en consecuencia, los dispositivos aprobados y pagados que fueron motivo de observación, no estaban incluidos en los procedimientos médicos.- Es obligación de los responsables de los funcionarios que se encuentran en el proceso de auditoría de la calidad de facturación de salud, así como los líderes respectivos de las fases y del proceso, y aseguramiento de salud, Notificar a su inmediato superior en caso de detectar o evidenciar incumplimiento de las normativas vigentes y del convenio de acuerdo a sus competencias, tal como se ha realizado, y se evidencia en el INFORME TECNICO ANUAL EJECUCION DE CONVENIOS DE LA RPC y los memorandos antes mencionados por lo cual los prestadores son notificados en caso de novedades en el proceso, para que tomen las acciones correctivas pertinentes y subsanar de manera inmediata, enmarcado en el convenio entre el prestador y el IESS (...)".

Al respecto, si bien las servidoras emitieron directrices y disposiciones, no remitieron informes de supervisión de las actividades ejecutadas por los servidores responsables del proceso de Control Técnico Médico y Liquidación y Tarifas; adicional, referente al anexo 3 del Tarifario de Prestaciones para el Sistema Nacional de Salud, los resultados comunicados por auditoría, fueron elaborados a base de la reforma aprobada en Acuerdo Ministerial 046-2017 del MSP; y, sobre la revisión de precios de los medicamentos, los mismos se realizaron considerando las resoluciones de modificación y rectificación emitidas por la Secretaría Técnica del Consejo Nacional de Fijación y Revisión de Precios de Medicamentos de Uso y Consumo Humano, por lo que el comentario de auditoría se mantiene.

El Coordinador Provincial de Prestaciones del Seguro de Salud Manabí, encargado, en comunicación de 22 de junio de 2023, precisó:

"... El control que como Coordinador me tocó realizar es directamente con los líderes de los diferentes procesos que conforman la Auditoria (sic) *de la Calidad de la Facturación.- Además, uno de los mecanismos de supervisión y control, se basaron en la revisión de levantamiento de objeciones que se presentan en las reexpediciones que tiene derecho a realizar el prestador, pero en la mayoría de las veces es ratificada por el medico* (sic) *auditor, es decir siendo bajo el levantamiento de objeciones en dichas reexpediciones (...)".*

SETENTA Y ONCE

Lo expresado por el servidor no modifica lo comentado por auditoría, por cuanto los documentos adjuntos corresponden al reporte del indicador TE-DSGSIF-DP-3 Porcentaje de derivaciones de las atenciones médica no justificadas, más no a la supervisión realizada a las actividades efectuadas por los servidores encargados de realizar la Auditoría de la Calidad de Facturación de los Servicios de Salud.

La Médica General de Primer Nivel de Atención de la CPPSSM que suscribió el Informe de Pertinencia Médica y como Médica Auditora, con memorando IESS-HG-SD-DTHA-2023-2362-M de 22 de junio de 2023, señaló:

> *"... En relación a estos comentarios y resultados, manifiesto que el reconocimiento de valores a los prestadores privados por medicamentos y dispositivos médicos utilizados en las atenciones de salud a pacientes, se analizó el artículo 74.- Justificación de los medicamentos y dispositivos médicos, de la Norma Técnica de Servicios de Salud entre Red Pública y Privada....- Para la aprobación u objeción de valores solicitados se aplica el Acuerdo Ministerial 0091-2017 mediante el cual se aprueba la Norma Técnica Sustitutiva de Relacionamiento para la Prestación de Servicios de Salud entre Instituciones de la Red Pública Integral de Salud y de la Red Privada Complementaria, y su Reconocimiento Económico....- Ante lo cual, el prestador externo debe presentar la declaración jurada del cumplimiento de este artículo o en su defecto, evidenciar las facturas por la compra de los insumos y fármacos (...)".*

Lo expresado por la servidora ratifica lo comentado por auditoría, por cuanto existieron medicamentos cuyos precios cancelados superaron el valor establecido en el Tarifario de Prestaciones del Sistema Nacional de Salud; así también, a pesar de que el prestador presentó la declaración juramentada, el precio cancelado no debió superar el valor techo o de venta al público, según corresponda, menos el 6,5%.

El Coordinador Provincial de Prestaciones del Seguro de Salud Manabí con oficio LPC-2023-06-0004 de 22 de junio de 2023, comunicó:

> *"... El funcionario médico responsable que evalúa la razonabilidad y pertinencia de los procedimientos médicos contenidos en la documentación que presenta el prestador externo, emitirá su informe con observaciones, objeciones o débitos, ajustándose a la norma técnica, es el responsable del Control Técnico Medico* (sic). *El funcionario que verifica que los valores de prestaciones de servicio de salud están de acorde con el tarifario de Prestaciones del sistema* (sic) *nacional* (sic) *de salud* (sic), *es el responsable del proceso técnico administrativo financiero de Control de Tarifas y Liquidaciones.- Por tal motivo me ratifico que los funcionarios que ejercen funciones de Control Documental, Control Técnico Medico* (sic) *y Control de Tarifas y Liquidaciones, son los únicos responsables de la recepción y revisión de los documentos, de evaluar la razonabilidad y pertinencia de los procesos médicos, y de verificar los tarifarios* (sic) *estén de* (sic)

SETENTA Y DOS

acorde a la normativa legal, respectivamente….- El infrascrito a la época de mi gestión en calidad de Coordinador Provincial de Prestaciones de Seguro de Salud Manabí del IESS, no ejerció ni ocupó de manera alguna los cargos de Control Documental, Control Técnico Medico (sic) *y Control de Tarifas y Liquidaciones, por lo que resulta improcedente señalar responsabilidades a mi persona de acciones u omisiones en las actividades de los servidores que sí estuvieron encargados de tales áreas y procesos (…)".*

Al respecto, si bien los servidores que intervienen en el proceso de Auditoría de la Calidad de la Facturación de los Servicios de Salud, son los encargados de la revisión técnica médica y liquidación y tarifas, el servidor en su calidad de máxima autoridad, no adjuntó documentos que evidencien la supervisión efectuada a dichas actividades, que debieron estar apegadas a lo establecido en el Tarifario de Prestaciones para el Sistema Nacional de Salud, por lo que el comentario de auditoría se mantiene.

Los Coordinadores Provinciales de Prestaciones del Seguro de Salud Manabí, en comunicación y memorando IESS-CSA-PA-2023-3486-M de 22 y 23 de junio de 2023, en similares términos señalaron:

"… Con relación a los valores que se hubiesen facturado y no fueron objetados en el caso del Anexo…, en base a las experiencias en auditorías anteriores, lo que se ha procedido es que dichos valores que fueron aprobados y cancelados pero que debieron ser objetados, se procedió a comunicar al respectivo prestador externo, el pago de dichos valores para que se pueda realizar el descuento correspondiente en las facturas pendientes del prestador externo.-… la auditoría de la calidad de la facturación con relación a lo que se apruebe u objete es una responsabilidad técnica, que los detalles de la misma están en función de la documentación de manera individualizada, se presentan por cada paciente que ha recibido una prestación y la supervisión y el control que como Coordinador me tocó realizar es directamente con los líderes de los diferentes procesos que conformaban la Auditoría de la Calidad de la Facturación (…)".

A pesar de lo expuesto por el servidor, los documentos adjuntos corresponden a los informes generados en el proceso de Auditoría de la Calidad de la Facturación de los Servicios de Salud y no a los informes de supervisión de las actividades efectuadas por los servidores responsables del proceso de Control Técnico Médico y Liquidación y Tarifas, por lo que el comentario de auditoría se mantiene.

Conclusión

Los responsables de la Coordinación Provincial de Prestaciones del Seguro de Salud Manabí, no supervisaron a los servidores encargados de realizar el Control Técnico

SETENTA Y TRES

Médico y de Tarifas y Liquidación de la Auditoría de la Calidad de la Facturación de los Servicios de Salud de las Coordinaciones Provinciales de Prestaciones de los Seguros de Salud y Social Campesino Manabí, toda vez que no objetaron la facturación y pago de dispositivos médicos y fármacos respecto de que su codificación y denominación fueran acordes al tarifario de Prestaciones para el Sistema Nacional de Salud y que sus precios superen a los establecidos por la Secretaría Técnica del Consejo Nacional de Fijación y Revisión de Precios de Medicamentos de Uso y Consumo Humano; ocasionando que se erogue recursos por 104 dispositivos médicos que según lo establecido en el anexo 3 del Tarifario de Prestaciones para el Sistema Nacional de Salud, su facturación se encontraba incluida en los procedimientos médicos, por un monto de 1 579,76 USD; así como, 122.799 fármacos cuyos precios no fueron pagados acorde al precio fijado o al precio de venta al público, menos el 6.5%, generando una diferencia por un total de 217 464,96 USD; y, 1.108 registros detallados como "*Tiempos*", que según lo establecido en el Tarifario de Prestaciones de Salud emitido por el MSP, su descripción no identificó el rubro al cual pertenecen en la "*PLANILLA DE CARGOS INDIVIDUAL - SEGURO GENERAL*", presentada por el prestador externo.

Recomendación

A la Coordinadora Provincial de Prestaciones del Seguro de Salud Manabí

9. Dispondrá y supervisará que los Responsables del Control Técnico Médico y Control de Tarifas y Liquidación previo a suscribir la planilla de liquidación, verifiquen que en el reporte de atenciones objetadas, los procedimientos aprobados contengan codificación y precio acorde al Tarifario de Prestaciones para el Sistema Nacional de Salud; a fin de evitar que se cancele por dispositivos médicos y fármacos un valor mayor al establecido por el organismo encargado de fijación y revisión de precios, o que su facturación se encuentre incluida dentro de los procedimientos médicos.

SETENTA Y CUATRO

Ing. Francisco Xavier Naranjo Hidalgo
Auditor Interno Jefe del IESS