

Memorando Nro. IESS-HD-CH-DA-2024-1724-M

Quito, D.M., 14 de octubre de 2024

PARA: Sra. Mgs. Erika Milena Charfuelán Burbano
Directora General del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social, Subrogante

ASUNTO: RESPUESTA DISPOSICIÓN DE CUMPLIMIENTO DE LAS RECOMENDACIONES Y/O DISPOSICIONES QUE SE ENCUENTRAN EN GESTIÓN INSTITUCIONAL (DIRECCIÓN PROVINCIAL DE PICHINCHA, SUS COORDINACIONES Y UNIDADES MÉDICAS DE SU JURISDICCIÓN). INF APROBADO DNAI-AI-0464-2018 EXPEDIENTE A-2018-27

Con un cordial saludo y el deseo de éxitos en sus funciones, en respuesta al Memorando Nro. IESS-DG-2024-2893-M, Quito, D.M., 20 de septiembre de 2024, suscrito por su autoridad, en el que dispone en su parte medular lo siguiente:

“(…) CENTRO CLÍNICO QUIRÚRGICO AMBULATORIO HOSPITAL DEL DÍA CHIMBACALLE:

N DE OF O INF APROBADO:	EXPEDIENTE:	N. DE REC Y/O DISP
DNAI-AI-0464-2018	A-2018-27	1.2.6

DISPOSICIÓN:

*De conformidad al manual del proceso de “Seguimiento a la gestión de aplicación e implementación de las recomendaciones emitidas en los informes de los organismos de control”, se dispone: **por cada recomendación y/o disposición, analizar el estado de gestión institucional registrado en la matriz anexa de acuerdo a la última comunicación que consta en la columna “Respuestas”, y determinar si dicho registro amerita que su área de gestión:***

1. Si el estado de gestión institucional es “C” (Notificada): elabore y remita el Plan de Aplicación de Recomendaciones y/o Disposiciones de Órganos de Control (PARDOC) de la misma, en la que incluya actividades y/o acciones relevantes que generen valor agregado, y permitan evidenciar a través de su aplicación e implementación el cumplimiento de la recomendación y/o disposición; es preciso recalcar, que en el PARDOC debe constar responsables y plazos de ejecución, especificando los medios de verificación, lo que permitirá mantener la información actualizada, conforme los lineamientos establecidos en memorandos Nros. IESS-DG-2022-3849-M e IESS-DG-2024-0219-M de 16 de diciembre de 2022 y 25 de enero de 2024, respectivamente.

Adicional, en calidad de Responsable Directo del cumplimiento de recomendaciones y/o disposiciones dirigidas al Consejo Directivo por los órganos de control, considerar lo dispuesto en el lineamiento emitido con memorando Nro. IESS-DG-2023-2335-M de 21 de julio de 2023.

*2. Si el estado de gestión institucional es “B” (en proceso de aplicación): y el Plan de Aplicación de Recomendaciones y/o Disposiciones de Órganos de Control (PARDOC) de la recomendación **no ha sido actualizado e informado** a este Despacho, remitir el “PARDOC” conforme los tiempos que determina el precitado manual del proceso.*

3. Si el estado de gestión institucional es “D” (No aplicable): y su área de gestión no ha presentado a este Despacho el “informe de inaplicabilidad”; remita el informe correspondiente (técnico, financiero y/o legal), conforme el lineamiento establecido en el memorando Nro. IESS-DG-2023-1941-M de 23 de junio de 2023.

*4. Si el estado de gestión institucional es “A” (Aplicada): y su área de gestión **no** ha presentado a este Despacho el acta de validación correspondiente (única o continua); remita el acta de validación respectiva con los documentos verificables que validen el cumplimiento de la recomendación y/o disposición.*

Memorando Nro. IESS-HD-CH-DA-2024-1724-M

Quito, D.M., 14 de octubre de 2024

*4.1 Si el estado de gestión institucional es “A” (Aplicada): y su área de gestión si presentó a este Despacho el **acta de validación continua**, deberá cumplir con la periodicidad establecida en la misma, y adjuntar los documentos verificables que validen que el proceso al que refiere la recomendación y/o disposición se sigue ejecutando.*

*4.2 Si el estado de gestión institucional es “A” (Aplicada): y su área de gestión si presentó a este Despacho el **acta de validación antes de agosto 2022**, deberá **analizar la naturaleza de la recomendación y/o disposición** y en caso de que el cumplimiento sea continuo, actualizar y remitir el acta de validación con el formato “continua” con los documentos verificables que validen que el proceso al que refiere la recomendación y/o disposición se sigue ejecutando.*

4.3 En caso que NO se ratifique el estado de gestión institucional “A” (Aplicada), generar un nuevo PARDOC y remitirlo suscrito a este Despacho.

OBSERVACIONES DE CUMPLIMIENTO OBLIGATORIO:

- A las máximas autoridades de las unidades médicas del IESS, deberán disponer la aplicación e implementación de las recomendaciones y/o disposiciones de acuerdo a la matriz adjunta, al “Responsable Directo del cumplimiento de la recomendación y/o disposición según informe del Órgano de Control”, en razón de que son cargos que no se registran en el Reglamento Orgánico Funcional del IESS, ya que son puestos de confianza; además, deberá identificar y disponer al “Corresponsable del cumplimiento de la recomendación y/o disposición”, para que éstos coadyuven en la generación y/o entrega de productos e información al responsable directo del cumplimiento.
- Con el fin de optimizar el envío de información por las unidades responsables, **las respuestas que se generen serán remitidas de manera individualizada por cada informe de auditoría o expediente interno (Caso contrario, se procederá con la devolución del memorando); mientras que los medios verificables deben estar clasificados y organizados en carpetas por cada una de las recomendaciones y/o disposiciones**, de acuerdo a la información que consta en cada Plan de Aplicación de Recomendaciones y/o Disposiciones de Órganos de Control (PARDOC). Esto permitirá que la información remitida desde las distintas unidades a la Dirección General, sea canalizada de mejor forma y con mayor celeridad.
- En calidad de Responsable Directo del cumplimiento de las recomendaciones y/o disposiciones de acuerdo a la matriz adjunta, sírvase informar a los Corresponsables del cumplimiento de las recomendaciones y/o disposiciones, para que éstos coadyuven en la generación y/o entrega de productos e información al Responsable Directo del cumplimiento.
- Se requiere que cada unidad verifique el registro de respuestas recibidas en esta Dirección General, que consta en la columna “Respuestas” de la matriz Excel anexa a la presente, y en el caso de inconformidad deberá informar al Equipo de Seguimiento de la Dirección General, **mediante un memorando por cada informe de auditoría o expediente interno**.
- Estas disposiciones serán trasladadas a todos los actores específicos de cada recomendación y/o disposición en el que se encuentre inmerso su dependencia y/o gestiones internas.

Con el propósito de cumplir con el requerimiento de la Superintendencia de Bancos, en relación a la presentación del **“avance trimestral”**, se dispone:

- **Verificar en la matriz adjunta**, en la columna de “Respuestas”, **la última comunicación registrada**, la misma que será comunicada a la Superintendencia de Bancos con sus respectivos medios de verificación, los cuales servirán como sustento para que el órgano de control examine la gestión institucional. (La información registrada en la matriz corresponde al 31 de agosto de 2024)
- En caso de existir inconformidad de la información contenida en la matriz, de acuerdo a lo establecido en el manual del proceso “Seguimiento a la Gestión de Aplicación e Implementación de las recomendaciones emitidas en los Informes de los Organismos de Control”, **presentar los avances respectivos hasta el 30 de septiembre de 2024, de manera improrrogable**.
- **De no presentar ninguna información sobre cada una de las disposiciones se entenderá que se ratifica la información registrada en la matriz, la misma que se trasladará a la Superintendencia de Bancos.**

Memorando Nro. IESS-HD-CH-DA-2024-1724-M

Quito, D.M., 14 de octubre de 2024

- Las respuestas que se generen deben ser remitidas mediante **un memorando por cada informe** de auditoría o expediente interno, mientras que los **medios verificables deben estar clasificados y organizados por carpetas por cada una de las disposiciones**, de acuerdo a la información que consta en cada Plan de Aplicación de Recomendaciones y/o Disposiciones de Órganos de Control (PARDOC).

Se les recuerda que, de manera trimestral, el IESS debe presentar los avances de gestión a la aplicación e implementación de las disposiciones a la Superintendencia de Bancos, con corte a los meses de marzo, junio, septiembre y diciembre.

La calidad e idoneidad de la información que remiten es de exclusiva responsabilidad de su dependencia; así como el control y gestión del archivo físico y digital que en observación al artículo 95, establecido en el Código Orgánico Administrativo “las administraciones públicas organizarán y mantendrán archivos...”, debe mantener cada dependencia.

Adicional, se les recuerda que mediante circular Nro. IESS-DG-2023-0009-C de 26 de junio de 2023, la Dirección General del IESS, dispuso realizar algunas acciones y, además, socializó el acceso al Repositorio Digital del Equipo de Seguimiento mediante la intranet; con el siguiente link: <https://intranet.iess.gob.ec/web/direccion-general/repositorio-digital>

Finalmente, el Equipo de Seguimiento de la Dirección General, está presto a brindar su asesoramiento en el seguimiento a la gestión de aplicación e implementación de recomendaciones emitidas en los informes de auditoría de organismos de control, de acuerdo a lo establecido en el manual del proceso “Seguimiento a la gestión de aplicación e implementación de las recomendaciones emitidas en los informes de los organismos de control”.

INFORME DNAI-AI-0464-2018

EXPEDIENTE A-2018-27

1.2.6

Al Director General

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

INFORME DAI-AI-0298-2015

Al Director Administrativo del Centro de Atención Ambulatoria de Chimbacalle

6. Verificará que los Comités de Coordinación y Asesoría, se reúnan regularmente y apliquen las responsabilidades establecidas en el Reglamento General de las Unidades Médicas del IESS; el Comité de Historias Clínicas presentará informes trimestrales de los resultados de la evaluación de procedimientos con las conclusiones y recomendaciones; además, el secretario de cada Comité mantendrá un archivo con las actas de cada sesión suscritas por los integrantes presentes en las reuniones.

Una vez revisados los informes remitidos por cada uno de los secretarios y/o presidentes de los Comités conformados en esta Unidad Médica, se puede evidenciar que se da cumplimiento a la Recomendación Nro.6 del Informe DAI-AI-0298-2015.

Al ser esta Recomendación **de aplicación permanente para el Hospital del Día Chimbacalle**, esta unidad médica debe remitir un informe trimestral sobre la aplicación de la Recomendación Nro.6 del Informe DAI-AI-0298-2015, incluyendo conclusiones y recomendaciones sobre los resultados de la evaluación de todos los Comités, incluido el de historias clínicas, **observando estrictamente lo establecido en el Reglamento General de Unidades Médicas**.

El secretario de cada Comité o quien haga sus veces, cuenta con un archivo (físico y digital) de las actas de

Memorando Nro. IESS-HD-CH-DA-2024-1724-M

Quito, D.M., 14 de octubre de 2024

sesión suscritas por los integrantes presentes en las reuniones.

Se adjuntan los informes trimestrales de los Comités que se reunieron según cronograma del PRIMERO Y SEGUNDO TRIMESTRE 2024, contamos con Comités y Sub Comités, que se reúnen mensualmente y de acuerdo a la necesidad institucional los cuales detallo a continuación:

1. COMITÉ TÉCNICO PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE
2. COMITÉ DE VIGILANCIA DE INFECCIONES ASOCIADAS EN LA ATENCIÓN DE SALUD
3. COMITÉ DE FARMACOLOGÍA Y TERAPÉUTICA
4. COMITÉ TÉCNICO DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE HISTORIAS CLÍNICAS
1. SUB COMITÉ DE DOCENCIA
2. SUB COMITÉ DE DESECHOS HOSPITALARIOS
3. SUB COMITÉ DE FARMACO-VIGILANCIA
4. SUB COMITÉ GESTIÓN HOSPITALARIA
5. SUB COMITÉ DE PREVENCIÓN DE MUERTE MATERNA
6. SUB COMITÉ TÉCNICO DISPOSITIVOS MÉDICOS
7. SUB COMITÉ DE FACTURACIÓN
8. EQUIPO DE MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD

Esta Dirección informa que se está dando cumplimiento a las recomendaciones emitidas por los organismos de control.

Atentamente,

Documento firmado electrónicamente

Mgs. Nestor Iván Flores Zaruma

**DIRECTOR ADMINISTRATIVO DEL CENTRO CLÍNICO QUIRÚRGICO AMBULATORIO
HOSPITAL DEL DÍA CHIMBACALLE**

Anexos:

- rec_a-2018-27.part01.rar
- rec_a-2018-27.part02.rar
- rec_a-2018-27.part03.rar
- rec_a-2018-27.part04.rar
- rec_a-2018-27.part05.rar
- rec_a-2018-27.part06.rar
- rec_a-2018-27.part07.rar
- rec_a-2018-27.part08.rar
- rec_a-2018-27.part09.rar
- rec_a-2018-27.part10.rar
- rec_a-2018-27.part11.rar
- rec_a-2018-27.part12.rar
- rec_a-2018-27.part13.rar
- rec_a-2018-27.part14.rar
- rec_a-2018-27.part15.rar
- rec_a-2018-27.part16.rar
- rec_a-2018-27.part17.rar
- rec_a-2018-27.part18.rar
- rec_a-2018-27.part19.rar
- rec_a-2018-27.part20.rar
- rec_a-2018-27.part21.rar
- rec_a-2018-27.part22.rar
- rec_a-2018-27.part23.rar
- rec_a-2018-27.part24.rar

Memorando Nro. IESS-HD-CH-DA-2024-1724-M

Quito, D.M., 14 de octubre de 2024

- rec_a-2018-27.part25.rar
- rec_a-2018-27.part26.rar
- rec_a-2018-27.part27.rar
- rec_a-2018-27.part28.rar
- rec_a-2018-27.part29.rar
- rec_a-2018-27.part30.rar
- rec_a-2018-27.part31.rar
- rec_a-2018-27.part32.rar
- rec_a-2018-27.part33.rar
- rec_a-2018-27.part34.rar

Copia:

Sr. Mgs. Ivan Roberto Noriega Cevallos
Coordinador del Equipo de Seguimiento de la Dirección General del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social

Sra. Abg. Monica Patricia Freire Palomino
Asistente Administrativo

mf