



# **INSTITUTO ECUATORIANO DE SEGURIDAD SOCIAL**

## **UNIDAD DE AUDITORÍA INTERNA**

### **CAPÍTULO I**

#### **ENFOQUE DE LA AUDITORÍA**

##### **Motivo**

La Auditoría de Gestión AL CENTRO DE ATENCIÓN AMBULATORIA 212 TARQUI del IESS en la ciudad de Guayaquil se realizó de conformidad con el Plan Anual de Actividades de la Auditoría Interna del 2006, a la Orden de Trabajo 51000000.51.06 del 20 de septiembre del 2006 y la ampliación al alcance y extensión de tiempo autorizadas por el Auditor Interno Jefe mediante oficio 51000000-059 del 26 de enero del 2007.

##### **Objetivos**

- Evaluar los procedimientos y mecanismos de control inmersos en las áreas administrativa y médica del CAA 212, determinando el grado de economía, eficiencia y eficacia en el uso de los recursos, la calidad y oportunidad de la atención y la gestión.
- Verificar el cumplimiento de las disposiciones legales y reglamentarias en vigencia, durante el periodo examinado.
- Sugerir acciones correctivas para el mejoramiento de la gestión.

##### **Alcance**

La Auditoría de Gestión abarcó el periodo comprendido entre el 1 de julio del 2003 al 30 de junio del 2006, efectuándose el análisis de ocho componentes, tanto del área Médica como de la Administrativa, los cuales se encuentran detallados en los puntos subsiguientes.

## Limitación al alcance

La presente auditoria no incluye el análisis al Convenio Interinstitucional entre el IESS y la M. I. Municipalidad de Guayaquil, celebrado el 3 de junio del 2005, por tratarse de obras estructurales.

## Enfoque

Fue orientada a verificar, determinar y evaluar la economía, eficiencia y eficacia con que las operaciones administrativas y médicas fueron realizadas durante la gestión gerencial, así como la consecución de las metas de los planes, proyectos y programas preestablecidos del CAA 212 Tarqui.

## Componentes auditados

Los Componentes auditados con sus respectivos Subcomponentes fueron: Planes Estratégicos, Dirección Técnica, Admisión y Estadística, Farmacia, Adquisición de Fármacos, Materiales de Curación e Insumos Médicos, Unidad Financiera, Recursos Humanos y Secretaría de la Dirección.

## Indicadores utilizados

PROMEDIO DIARIO DE CONSULTAS =  $\frac{\text{Número Total de Consultas}}{\text{Número Días Laborables}}$

Se obtiene el promedio de consultas practicadas por cada día laborado.

- CONSULTAS POR MÉDICO/HORA =  $\frac{\text{Total de Consultas por Médico}}{\text{Total Horas Médico Trabajadas}}$

Resulta el número de consultas practicadas por médico por cada hora trabajada. El parámetro es 4 consultas para médico general y 3 para especialistas.

- PROMEDIO DIARIO DE HORAS MEDICO TRABAJADAS =  $\frac{\text{Número de Horas Trabajadas}}{\text{Número de Días Trabajados}}$

Se obtiene el promedio de horas trabajadas por cada médico.

- PROMEDIO DE ATENCIONES DE ODONTOLOGÍA POR HORA =  $\frac{\text{Total de Atenciones}}{\text{Total de Horas Trabajadas}}$

Obtenemos el promedio de atenciones que realiza el Odontólogo por cada hora laborada. El referente es 2 atenciones por hora.

- PROMEDIO DE HORAS LABORADAS ODONTÓLOGO POR DIA =  $\frac{\text{Número de Horas Trabajadas}}{\text{Días Laborables}}$

Obtenemos el promedio de horas trabajadas por día.

- NUMERO DE RESTAURACIONES POR CADA EXTRACCIÓN =  $\frac{\text{Número de Restauraciones}}{\text{Número de extracciones}}$

Resulta el número de restauraciones en relación a cada extracción efectuada por el Odontólogo. El referente es 8 restauraciones por cada extracción.

$$\text{- EXAMENES POR CADA 100 CONSULTAS} = \frac{\text{Número de Exámenes Realizados}}{\text{Número de Consultas Brindadas}} \times 100$$

El resultado es el número de exámenes de Laboratorio realizados por cada 100 consultas. El referente es 9.

$$\text{- PROMEDIO DE EXAMENES POR DIA LABORADO} = \frac{\text{Total de Exámenes}}{\text{Días Laborados}}$$

Se obtiene el número de exámenes efectuados por día.

$$\text{- PROMEDIO DE DETERMINACIONES POR EXAMEN} = \frac{\text{Número de Determinaciones}}{\text{Número Total de Exámenes}}$$

Obtenemos el promedio de determinaciones que se realizan por cada examen. El referente es 2.

$$\text{ESTUDIOS DE IMAGEN POR CADA 100 CONSULTAS} = \frac{\text{Número de Estudios Realizados}}{\text{Número de Consultas Brindadas}} \times 100$$

Resulta el número de de estudios de imagen realizados por cada 100 consultas. El referente es 10 estudios.

$$\text{NÚMERO DE PLACAS POR ESTUDIO} = \frac{\text{Número de Placas}}{\text{Número de Estudios}}$$

Se obtiene el promedio de placas utilizadas por cada estudio. El referente es 2 placas.

$$\text{- PROMEDIO NÚMERO DE SESIONES DE REHABILITACION POR PACIENTE} = \frac{\text{Número Total de Sesiones}}{\text{Número Total de Pacientes}}$$

Indica el promedio de sesiones que un paciente recibe en el área de Rehabilitación. El referente es 3.

$$\text{- NÚMERO DE SESIONES POR CADA 100 CONSULTAS DE FISIATRIA} = \frac{\text{Número Total de Sesiones}}{\text{Número Total de Consultas}} \times 100$$

Obtenemos cuántos pacientes son derivados al área de Rehabilitación por cada 100 consultas dadas. El referente es 1 paciente por cada 100 consultas.

$$\text{- PROMEDIO DE ENTREVISTAS REALIZADAS POR TRABAJO SOCIAL POR HORA} = \frac{\text{Número de Entrevistas Realizadas}}{\text{Número de Horas Trabajadas}}$$

Resulta el promedio de entrevistas realizadas por la Trabajadora Social en una hora. Una sesión grupal o una visita domiciliaria equivalen a 4 entrevistas. El referente es 4 entrevistas por hora.

- PORCENTAJE DE FÁRMACOS ADQUIRIDOS EN MAYOR CANTIDAD DE LO PROGRAMADO
- PORCENTAJE DE FÁRMACOS ADQUIRIDOS EN MENOR CANTIDAD DE LO PROGRAMADO
- PORCENTAJE DE FÁRMACOS PROGRAMADOS Y NO ADQUIRIDOS
- PORCENTAJE DE FÁRMACOS ADQUIRIDOS SIN SER PROGRAMADOS

$$\text{- CONCENTRACIÓN DE CONSULTAS} = \frac{\text{Total de Consultas (1ras. y subsecuentes)}}{\text{Total de Primeras consultas}}$$

$$\text{- PROMEDIO DE CONSULTAS POR HORA MÉD.} = \frac{\text{Total de Consultas}}{\text{Total de Horas}}$$

Total Horas Méd. Trabajadas

- PROMEDIO DE RECETAS POR CONSULTA =  $\frac{\text{Total de Recetas}}{\text{Total de Consultas}}$

- PROMEDIO HORAS TRABAJADAS POR MÉDICO =  $\frac{\text{Total Horas Trabajadas por Méd.}}{\text{Número de Médico}}$

- PROMEDIO HORAS TRABAJADAS DE MÉDICOS POR DÍA =  $\frac{\text{Promedio Horas Trabajadas Méd.}}{\text{Días Laborables}}$

- PROMEDIO DE CONSULTAS POR AFILIADO ATENDIDO =  $\frac{\text{Total de Consultas}}{\text{Primeras Consultas en el año y en Establecimiento}}$

- COBERTURA ANUAL A LOS AFILIADOS =  $\frac{\text{Primeras Consultas del año y Establecimiento} \times 100}{\text{Población Afiliada (Montepío, Jubilados, etc)}}$

- PROMEDIO DE RECETAS DESPACHADAS POR AFILIADO AL AÑO =  $\frac{\text{Número de Recetas Despachadas}}{\text{Población Afiliada (Activos, Montepío, Jubilados, etc)}}$

- PROMEDIO DE RECETAS PRESCRITAS EN DISPENSARIOS ANEXOS =  $\frac{\text{Recetas Prescritas en Anexos}}{\text{Total Consultas}}$

- PORCENTAJE DE EFECTIVIZACIÓN DE RECETAS =  $\frac{\text{Número de Recetas Despachadas}}{\text{Número de Recetas Prescritas}} \times 100$

- NECESIDAD REAL = Planes + Consumo Estadístico + Saldo de Bodega + Demanda Insatisfecha + Perfil Epidemiológico del entorno + Proyecciones de incremento + Otros

- CONSUMO PORCENTUAL DE FÁRMACOS =  $\frac{\text{Cantidad Consumida por Ítem}}{\text{Programado}} \times 100$

- PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO PRESUPUESTARIO DEL PROGRAMA =  $\frac{\text{Costo Real Programa de Fármacos}}{\text{Costo Presupuestado}} \times 100$

Resulta el porcentaje que representó el costo real del programa de fármacos en relación a lo presupuestado.

- PORCENTAJE DEL COSTO DE CONSUMO DEL PERIODO =  $\frac{\text{Costo de Fármacos Entregados}}{\text{Costo de Fármacos Adquiridos}} \times 100$

Se obtiene el porcentaje del costo de los fármacos entregados a los pacientes, en relación al costo de lo adquirido.

- PROMEDIO ANUAL DE RECETAS DESPACHADAS POR AFILIADO =  $\frac{\text{Número de Recetas Despachadas}}{\text{Población Afiliada}}$

Resulta el promedio de recetas que obtuvo cada afiliado en el año.

- PROMEDIO DE RECETAS DESPACHADAS DE DISP. ANEXOS =

-  $\frac{\text{Núme. de Recetas Presc. D. Anexos}}{\text{Núme. de Consultas en Disp. Anexos}}$

Se obtiene el promedio de recetas que los médicos de Dispensarios Anexos prescribieron a sus pacientes en cada consulta.

- INVENTARIOS POR MUESTREO
- INVENTARIO ANUAL
- REVISION DE CARDES

Porcentaje de IVA devuelto =  $\frac{\text{IVA Devuelto} \times 100}{\text{IVA Solicitado}}$

## CAPÍTULO II

### INFORMACIÓN DE LA ENTIDAD

#### Misión

Prestar atención de salud curativa, fomento y prevención con profesionales de diversas especialidades médicas y de recursos tecnológicos; en un ambiente competitivo, dirigida especialmente a los afiliados al IESS, sus beneficiarios y a la colectividad de la zona norte de la ciudad de Guayaquil, de forma eficiente, efectiva y económica, retroalimentando constantemente los procesos.

#### Visión

Convertirse en líderes en el campo de la atención ambulatoria, considerando la modernización en infraestructura y equipos. Con un estimativo de 2 a 3 años, incrementando el número de afiliados y la afluencia de usuarios anualmente.

#### Fortalezas

- Ubicación estratégica.
- Recurso Humano profesional para enfrentar los cambios.
- Modernización de Equipos Médicos.
- Adquisición de tecnología actual.
- Construcción del Quirófano del día:

#### Oportunidades

- Nueva Ley de Seguridad Social.
- Buena relación con autoridades inmediatas.
- Descentralización en las adquisiciones de fármacos, materiales de curación e insumos médicos y de bienes y servicios.

#### Debilidades

- El presupuesto asignado no está acorde a las exigencias y necesidades del CAA 212.
- Tardanza en las autorizaciones para diferentes gestiones operativo-financieras.

- Personal resistente al cambio.
- Personal médico insuficiente.
- Carencia de medicina preventiva.
- Falta de comunicación interna.
- En ciertas áreas, recurso humano no capacitado para ejercer funciones establecidas.
- No existe estructura organizacional de las áreas de acuerdo a las necesidades del Centro.
- No cuentan con sistemas de información que permita la toma oportuna de decisiones.
- Falta de continuidad de los procesos administrativos.

### **Amenazas**

- Presupuesto insuficiente.
- Imagen negativa ante la clase afiliada.
- Pérdida de credibilidad.
- Nueva competencia en los servicios de salud de parte de la Municipalidad de Guayaquil.

### **Base Legal**

El Dispensario Norte de Guayaquil del IESS fue creado en mayo de 1990, con categoría de Tipo A, y en enero del 2000, según el RGUM pasó a ser Centro de Atención Ambulatoria 212, por encontrarse ubicado en la parroquia Tarqui al norte de la ciudad e integra el Subsistema Zonal II que administra las referencias y contrarreferencias de las unidades médicas localizadas en las provincias de El Oro, Galápagos, Guayas, Los Ríos y Manabí.

### **Principales Leyes y Reglamentos que regulan a la entidad:**

- Constitución Política del Ecuador.
- Ley de Seguridad Social.
- Ley Orgánica de la Contraloría General del Estado y su Reglamento.
- Ley Codificada de Contratación Pública de 2001.02.13 y su Reglamento de 2002.07.12.
- Codificación de la Ley Orgánica de Servicio Civil y Carrera Administrativa y de Unificación y Homologación de las Remuneraciones del Sector Público de 2005.04.26.
- Reglamento General de Bienes del Sector Público de 1985.08.23 (vigente hasta 2006.10.02).
- Código de Salud (19971.02.04).
- Reglamento General de las Unidades Médicas del IESS (Resol. C.I. 056 de 2000.01.26).

- Reglamento para la Adquisición de Fármacos, Material Quirúrgico e Insumos Médicos por parte del IESS (Decs. Ejec. 2077/1990.12.21 y Refs. Dec. 2749 y 3131 del 25.05 y 06.10 de 1995).
- Reglamento para la Contratación Directa de Insumos Médicos Fármacos y Material Quirúrgico por parte de las Unidades Médicas del Seguro General de Salud Individual y Familiar y del Seguro Social Campesino del IESS (Decreto Ejecutivo 1884 de 2004.07.09).
- Reglamento de Asistencia Médica, de 1944.08.23. (vigente).
- Reglamento de Utilización, Mantenimiento, Movilización, Control y Determinación de Responsabilidades, de los Vehículos del Sector Público y de las Entidades de Derecho Privado que Disponen de Recursos Públicos, del 2 de abril del 2003, expedido mediante acuerdo 007 CG. R. O. 60 del 11 de abril del 2003.
- Reglamento Orgánico Funcional del IESS. (Resol. C.D. 021 de 2003.10.13).
- Instructivo para la Adquisición y Distribución de Fármacos, Material Quirúrgico e Insumos Médicos por Contratación Directa.
- Instructivo para la Provisión y Abastecimiento mediante Contratación Directa de Insumos Médicos, Fármacos y Material Quirúrgico (Resol. C.D. 016 de 2003.08.12).
- Instructivo al Reglamento de Contratación Directa de Insumos Médicos , Fármacos y Material Quirúrgico por parte de las Unidades Médicas del Seguro General de Salud Individual y Familiar y del Seguro Social Campesino. (Resol. C.D. 048 de 2004.10.21).
- Instructivo para la Contratación Temporal de Médicos, Odontólogos, Personal Profesional, Técnico, Administrativo y de Servicios en las Unidades Médicas del IESS, en las que se incluyen las del Seguro Social Campesino (2004.08.09).
- Instructivo General para el Control de Activos Fijos-Bienes Muebles del IESS de 2002.09.
- Codificación de Grupos Ocupacionales y Denominaciones de Cargos, según el Nivel de Escolaridad Exigida para el Desempeño de Puestos de Trabajo en el IESS (Resol. C.I. 097 de 2000.10.04).
- Manual de Normas de Procedimientos Técnicos y Administrativos del Sistema de Estadísticas de Salud en el IESS del 25 de febrero del 2000.
- Normas de Control Interno.

### **Estructura Orgánica**

El Reglamento Orgánico Funcional del IESS, conforme las disposiciones de la Ley de Seguridad Social, estableció los siguientes ámbitos de gestión vinculados a las Unidades Médicas:

#### **Ámbito Nacional**

- **Nivel Directivo** Dirección General.  
Dirección del Seguro General de Salud Individual y Familiar.
- **Nivel Operativo** Subdirección de Contabilidad y Control Presupuestario



## Ámbito Provincial

• **Nivel Directivo** Subdirección Provincial del Seguro General de Salud Individual y Familiar  
La estructura orgánica interna del Centro de Atención Ambulatoria 212 Tarqui es:

- **Órgano de Dirección:** \*Gerencia, actualmente Dirección.
- **Dependencias de Apoyo Gerencial:** Unidad de Servicio al Asegurado y Unidad Financiera.
- **Órgano de Gestión:** \*Subgerencia Médica, actualmente Dirección Técnica con sus áreas de:  
(\* Hasta el 29 de mayo del 2006)

- Especialidades Clínicas
- Especialidades de Cuidado Materno - Infantil
- Odontología
- Patología Clínica e
- Imagenología

- **Dependencia de Apoyo Médico:** Unidad de Enfermería.
- **Dependencia de Apoyo Administrativo y de Servicios Generales:** Unidad de Asistencia Administrativa.

Además, el Comité de Adquisiciones, más tarde de Selección, integrado por el Presidente, Vocal Técnico, Vocal Económico y la Secretaria, conforme a las disposiciones reglamentarias relativas a la materia.

## **Objetivos**

Prevenir, recuperar y rehabilitar la salud a sus pacientes, mediante cirugía, clínica, cuidado materno infantil, urgencias y auxiliares de diagnóstico, en los términos del Art. 103 de la Ley de Seguridad Social.

## **Financiamiento**

La asignación presupuestaria para el CAA 212 en el período de análisis, fue la siguiente:

CODIGO	PARTIDAS	ASIGNACION ANUAL			
		2003	2004	2005	2006
<b>5</b>	<b><u>GASTOS CORRIENTES</u></b>	<b>2 220 088,00</b>	<b>2 744 268,24</b>	<b>2 570 447,55</b>	<b>4 032 321,74</b>
51	Gastos en Personal	1 505 273,00	1 634 969,25	1 653 102,00	1 988 778,43
52	Prestaciones de la Seguridad Social	75 020,00	452 707,00	79 860,00	1 028 055,26
53	Bienes y Servicios de Consumo	634 237,00	651 033,99	831 639,55	995 323,05
57	Otros Gastos	200,00	200,00	400,00	12 345,49
58	Transferencias Corrientes	5 358,00	5 358,00	5 446,00	7 819,51
<b>7</b>	<b><u>GASTOS DE INVERSIÓN</u></b>	<b>88 000,00</b>	<b>88 000,00</b>	<b>400 000,00</b>	<b>50 250,00</b>
75	Obras Públicas	88 000,00	88 000,00	400 000,00	50 250,00
<b>8</b>	<b><u>GASTOS DE CAPITAL</u></b>	<b>66 507,50</b>	<b>261 950,00</b>	<b>357 722,00</b>	<b>144 428,80</b>
84	Activos de Larga Duración	66 507,50	261 950,00	357 722,00	144 428,80

9 97	<b>APLICACIÓN DE FINANCIAMEN.</b> Amortización de la Deuda – Pública	9 663,00 9 663,00	9 663,00 9 663,00	121 921,94 121 921,94	434 120,73 434 120,73
		<b>2 384 258,50</b>	<b>3 103 881,24</b>	<b>3 450 091,49</b>	<b>4 661 121,27</b>

**Monto examinado:** USD 3 485 304,51

<b>RUBROS</b>	<b>VALOR</b>
Fármacos Reintegrados	1 340,14
Facturación	2 336 794,06
IVA Declarado	68 271,95
Activos Fijos 2003-2006	287 255,36
<b>SUBTOTAL</b>	<b>2 692 321,37</b>
<b>ADQUISICIONES/AÑOS</b>	
2003	194 193,00
2004	162.914,00
2005	218 873,00
2006	215 663,00
<b>SUBTOTAL</b>	<b>791 643,00</b>
<b>SUMATORIA TOTAL</b>	<b>3 483 964,37</b>

### **Nómina de funcionarios**

Constan detallados en el Anexo 1 de este informe.

## **CAPÍTULO III**

### **RESULTADOS GENERALES**

#### **SEGUIMIENTO DE RECOMENDACIONES**

La Contraloría General del Estado ni la Auditoría Interna han realizado exámenes especiales o auditorías en el Centro de Atención Ambulatoria N° 212 Tarqui; consecuentemente, no han sido formuladas recomendaciones.

De la evaluación a la estructura del control interno efectuada en noviembre del 2006, el Centro de Atención Ambulatoria 212 Tarqui estuvo estructurado acorde a la Resolución de la Comisión Interventora 056 del 26 de enero del 2000, sin embargo se detectó la existencia de debilidades en ciertos procesos, observándose el incumplimiento de Normas de Control Interno expedidas por la Contraloría General del Estado, en las operaciones y actividades administrativas desarrolladas por la invocada Unidad y que se puntualizan a continuación:

#### **EMISIÓN DE ESTADOS FINANCIEROS ANUALES**

En el período de análisis la información financiera de las Unidades Médicas del IESS era consolidada por el área contable de la SPSGSIF.

El área contable del CAA Tarqui solo producía Balances de Comprobación y de Asignación Presupuestaria y Gastos. La NCI 210-02 Organización del Sistema de Contabilidad Gubernamental establece los Estados Financieros que deben presentar las entidades del Sector Público; y la Ley de Seguridad Social, en su Art. 115 prevé que las Unidades Médicas del IESS serán empresas prestadoras del servicio de salud.

Estos hechos se deben a que la Unidad Médica no poseía el sistema informático que le permitiera obtener los Estados Financieros, careciendo de autonomía para implementar decisiones independientes, lo que afectó su modernización y desarrollo.

En julio del 2006 fue instalado el sistema informático CEBRA, con aplicación paulatina a medida que se iba recibiendo el respectivo entrenamiento. Además, entre el 6 y el 9 de agosto del 2007, como consta en oficio CONT. CAAN-070 del 9 de agosto del 2007, se consolidaron los balances de los años 2002 al 2006, con la documentación soporte que se encuentra en los archivos del área contable de la

Subdirección Provincial de Salud Individual y Familiar, dependencia a la que asistió el personal contable del CAA N° 212.

### **Opinión de los auditados**

La ex Responsable de la Unidad Financiera del CAA N° 212, con cédula de identidad 0912086899, mediante oficio MIS.101 del 29 de abril del 2008, indicó que:

***“...Hasta el 31 de octubre del 2003, el área de Contabilidad de la Subdirección Médica, consolidaba y elaboraba los Balances Financieros (...) por lo tanto la NCI 210-02 no pudo ser implementada...”***

La opinión del ex Gerente y actual Director de la Unidad Médica, contenida en oficio 422261101.347 del 29 de abril del 2008, coincide con lo manifestado por la ex Responsable de la Unidad Financiera.

### **Criterio de Auditoría**

Lo expresado por el Director y la citada ex Responsable de la Unidad Financiera del CAA N° 212, confirma nuestra opinión.

### **CONCLUSIÓN**

En el período analizado no se emitieron estados financieros por no contar con las herramientas informáticas necesarias, consolidándose en tiempo mínimo los del período 2002 al 2006, ocasionando que no se cuente con información oportuna.

### **RECOMENDACIÓN**

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

1. Dispondrá al Subdirector de Contabilidad y Control Presupuestario del Seguro de Salud Individual y Familiar que, en coordinación con el personal del área contable del CAA 212, revisen los Estados Financieros de los años 2003 a 2006, verificando la confiabilidad de los saldos.

#### **Al Subdirector Provincial de Seguro General de Salud Individual y Familiar del IESS – Guayas.**

2. Ordenará al Jefe del área contable de la Subdirección Provincial de Salud Individual y Familiar del IESS – Guayas que, previa revisión de sus archivos, verifique los documentos de soporte por transacciones del CAA 212, que están en su poder. Luego coordinará con el personal del área

contable de la citada Unidad Médica para que les confiera copias certificadas de los respectivos boletines, las que serán incorporadas a los archivos contables de la mencionada casa de salud.

## **ESPACIO FÍSICO PARA COMITÉ DE SELECCIÓN OPTIMIZA ACTIVIDADES DE SUS MIEMBROS**

En el período de análisis, el entonces Comité de Adquisiciones ahora Selección, no tuvo área física adecuada para su funcionamiento; sus actividades se realizaron en la Gerencia o Dirección del CAA 212. La NCI 110-08 establece que, en la estructura organizacional de una entidad se debe separar en unidades organizativas diferentes las actividades financieras, administrativas y operativas o de gestión.

Estos hechos se debieron a la falta de espacio físico al interior de la Unidad Médica, lo que ocasionó desfases de las actividades del Comité y falta de privacidad a la máxima autoridad del CAA, además de afectar el funcionamiento de las Subcomisiones Técnicas.

### **Opinión de los auditados**

La ex Secretaria del Comité de Adquisiciones del CAA N° 212, con cédula de identidad 0912086899, mediante oficio MIS.101 del 29 de abril del 2008, indicó que la secretaria del Comité:

***“...si tuvo área física para su funcionamiento y su propia área de archivo que se encontraba junto al área de Pediatría. Lo que se realizaba en la Dirección del CAA 212 era la calificación y la adjudicación de los programas (...) la documentación se trasladaba desde la Secretaría del Comité...”***

La opinión del ex Gerente y actual Director de la Unidad Médica, contenida en oficio 422261101.347 del 29 de abril del 2008, coincide con lo manifestado por la ex Secretaria; adicionando que el Centro Médico:

***“...AÚN NO CUENTA CON UN ESPACIO FÍSICO INDEPENDIENTE para que sesione el Comité de Selección...”***

### **Criterio de Auditoría**

Lo expresado por la citada ex Secretaria del Comité de Adquisiciones y el Director del CAA N° 212, confirma lo comentado por los auditores.

## **CONCLUSIÓN**

El Comité de Adquisiciones, ahora de Selección no contó con espacio físico propio, afectando el desarrollo de las actividades de sus miembros.

## RECOMENDACIÓN

### Al Director del Centro de Atención Ambulatoria 212 Tarqui.

3. Realizará las gestiones necesarias para que, los miembros del Comité de Selección y las Subcomisiones Técnicas tengan un área específica donde efectuar las acciones propias de ese organismo.

## ORGANIZACIÓN Y ARCHIVO DE DOCUMENTOS GARANTIZA SU CONSERVACIÓN

Nuestro análisis reveló que:

Los archivos de la documentación soporte de los procesos de adquisición, que constituyen el Libro Mayor, se los encontró guardados en cartones ubicados en una mini bodega de fuera del edificio del Centro Médico.

Los archivos del Comité de Adquisiciones, hoy de Selección contaron con espacio físico para su ubicación a partir de octubre del 2005.

La NCI 210-04 Documentación de Respaldo y su Archivo, regula la conservación y custodia de los archivos institucionales.

La carencia de archivadores adecuados provocó la falta de organización de los documentos institucionales, dificultando su ubicación.

Actualmente se empasta la documentación del Mayor, previendo organizarla en los respectivos archivadores.

### Opinión de los auditados

La ex Secretaria del Comité de Adquisiciones del CAA N° 212, con cédula de identidad 0912086899, mediante oficio MIS.101 del 29 de abril del 2008, indicó que:

***“...para el archivo de documentos del Comité de Adquisiciones se contaba con un espacio físico localizado junto al área de Pediatría, el mismo que tenía seguridades adecuadas y los archivadores (...) por lo tanto la NCI 210-04 fue cumplida...”***

La opinión del ex Gerente y actual Director de la Unidad Médica, contenida en oficio 422261101.347 del 29 de abril del 2008, concuerda con lo manifestado por la ex Secretaria del Comité.

## **Criterio de Auditoría**

Los Auditores nos ratificamos en nuestro criterio, por cuanto lo comentado es lo que se comprobó.

## **CONCLUSIÓN**

La documentación de soporte de los procesos de adquisición del CAA, no se mantuvo adecuadamente organizada y conservada en archivadores, incidiendo en su ubicación y entrega oportuna para análisis.

## **RECOMENDACIÓN**

### **Al Director del Centro de Atención Ambulatoria 212 Tarqui.**

4. Dotará de los archivadores necesarios para la organización de los archivos del Mayor y del Comité de Selección.
5. Dispondrá al Responsable de la Unidad Financiera que instruya, por escrito, al servidor custodio de la documentación soporte de las transacciones realizadas por el CAA 212, como del sistema de archivo adoptado.
6. Ordenará a la Secretaria del Comité de Selección que, como práctica sana deberá foliar los documentos de cuyo manejo y administración es responsable.

## **PERSONAL NECESARIO EN FARMACIA, PERMITE EFICIENTE FUNCIONAMIENTO**

El Auxiliar de Farmacia que ejerció funciones de Responsable o Coordinador de esa área durante el período del 27 de diciembre del 2000 al 10 de noviembre del 2004, también se desempeñó como Guardalmacén de fármacos desde el 8 de enero del 2003 y despachó medicinas a los pacientes del CAA 212.

La NCI 140-02 Separación de Funciones Incompatibles establece que la máxima autoridad de cada entidad tendrá cuidado al definir las tareas de las unidades y de sus servidores, de manera que exista independencia y separación de funciones incompatibles.

Lo expuesto se debió a la renuncia de un empleado del área y desvinculación de otro, ordenada por la Comisión Interventora del IESS, provocando la reducción del personal de Farmacia a dos personas, a uno de los cuales se le encomendó funciones incompatibles ocasionando el retraso de sus actividades específicas, como de los registros a su cargo y en la atención al usuario.

Desde el 14 de enero del 2007 la Farmacia cuenta con una Guardalmacén (e) para la recepción, resguardo, control y registro de los medicamentos bajo su custodia.

### **Opinión del auditado**

El ex Gerente y actual Director del CAA N° 212, a través de oficio 422261101.347 del 29 de abril del 2008, señaló que:

***“...La NCI 140-02 no se pudo cumplir a cabalidad entre julio y octubre del 2003 por carecer de personal suficiente, pero no se presentó NINGUNA desatención al usuario...”***; además, en ese período estaba prohibido la contratación de personal.

### **Criterio de Auditoría**

Lo expuesto por el ex Gerente concuerda con el criterio de los Auditores, en cuanto a que la desvinculación laboral de recurso humano de la Farmacia produjo las inconsistencias anotadas.

### **CONCLUSIÓN**

La Farmacia no contó con el personal suficiente para su funcionamiento y el eficiente desarrollo de las funciones de sus integrantes, lo que permitió el retraso de sus actividades específicas, y desactualización de los registros de la Farmacia.

### **RECOMENDACIÓN**

#### **Al Subdirector Provincial de Seguro General de Salud individual y familiar del IESS - Guayas**

7. Dispondrá al Director del CAA 212 cuidar que el área de Farmacia cuente con el personal suficiente para la prestación del servicio farmacológico.

### **ASIGNACIÓN DE FUNCIONES POR ESCRITO, DEFINE RESPONSABILIDADES**

Los servidores del CAA 212 Tarqui desarrollaron sus actividades sin instrucciones escritas, aún en los casos de cambios de puestos de trabajo, tal como constan en diferentes oficios, al designárseles nuevas funciones.

La Responsable de Recursos Humanos actuante, informó mediante cuestionario adjunto a oficio innumerado del 28 de noviembre del 2006, que nunca se ha instruido al personal sobre funciones y deberes; y con oficio RRHH CAAN # 10 del 29 de enero del 2007, indicó que no existe un manual de funciones, esto último confirmado por el ex Gerente con oficio EGM.008 del 14 de febrero del 2007; y, el ex Director mediante cuestionario adjunto a misiva 422261101.760 del 26 de octubre del 2006 manifestó que no se ha dado instrucciones individuales por escrito.



La NCI 140-01 Determinación de Responsabilidades y Organización establece que la máxima autoridad de cada entidad u organismo establecerá por escrito las políticas que promuevan la responsabilidad en los funcionarios o empleados y la obligación de rendir cuenta de sus actos ante una autoridad superior y comunicará a los servidores respecto de sus deberes, grado de autoridad, responsabilidad, importancia de sus funciones y relaciones jerárquicas.

La causa de estos hechos se debió a que no se contó con un manual de funciones para el personal operativo del CAA 212, que definiera las actividades específicas de cada servidor, y tampoco se les instruyó previamente, a excepción de ciertos casos específicos. Lo indicado originó una actitud de resistencia e inseguridad en el personal en cuanto al cumplimiento de sus actividades. Por lo que al no emitir políticas claras que establecieran lineamientos a seguir por los subalternos, independientes de las tipificadas en el RGUM, se inobservó la NCI 140-01 Determinación de Responsabilidades y Organización; y, consecuentemente el Art. 24 literal a) de la LOSSCA.

### **Opinión de los auditados**

El ex Gerente y actual Director del CAA N° 212, a través de oficio 422261101.347 del 29 de abril del 2008, manifestó que:

***“...La NCI 140-01 determina que la máxima autoridad de cada entidad (...) es la que establecerá instrucciones por escrito a empleados y funcionarios. El CAA 212 no es un organismo descentralizado normativamente. Se rige por las normas establecidas por el IESS, por lo tanto el suscrito no tenía facultad de establecerlas. Pero, si dispuse por escrito las asignaciones de funciones....”***

Mediante oficio sin número del 6 de mayo del 2008, suscrito por el abogado representante de la ex Gerente del CAA 212, con cédula 0901358721, presentó sus objeciones indicando, entre otros aspectos, que:

***“...El desconocimiento de la ley no exime de responsabilidad, sin embargo, para todos es conocido las situaciones sui generis que atentan a las mismas normativas institucionales en que se desenvuelven las administraciones, por lo que es necesario decir o preguntar cuando la institución ha instruido con cursos o seminarios a los administradores de turno sobre las normas vigentes que se deben aplicar...”***

### **Criterio de Auditoría**

Los Auditores nos ratificamos en nuestro criterio, por cuanto según el Reglamento General de las Unidades Médicas del IESS, contenida en la Resolución C.I. 056, emitida por la Comisión Interventora, máxima autoridad del IESS de la época, en su Art. 147 numeral 1 tipifica que,

***“...La organización y dirección del Centro y la supervisión de la ejecución de los planes, programas y actividades de cada uno de sus órganos y dependencias.”***, es responsabilidad del Gerente, ahora Director de la Unidad Médica. Consecuentemente, le correspondía establecer por escrito políticas que promuevan la responsabilidad en los funcionarios o empleados del CAA 212. Y

como bien lo refiere el representante de la ex Gerente “...**El desconocimiento de la ley no exime de responsabilidad...**”

## **CONCLUSIÓN**

No se emitieron por escrito las políticas, normas y procedimientos que definan funciones y responsabilidades del personal operativo de la Unidad, ocasionando una actitud de inseguridad en el personal en cuanto al cumplimiento de sus actividades.

## **RECOMENDACIÓN**

### **Al Director del Centro de Atención Ambulatoria 212 Tarqui.**

8. Establecerá por escrito las funciones específicas de los empleados según el puesto de trabajo y las relaciones jerárquicas dentro de la estructura del CAA 212, de tal forma que queden claramente definidas las responsabilidades individuales.

## **DILIGENCIAS DE ENTREGA RECEPCIÓN DE ARCHIVOS PERMITEN MANTENER CONTROL EFICIENTE**

Al efectuarse el cambio de Secretaria del Comité de Adquisiciones, la Servidora saliente entregó los archivos a su cargo con oficio AF.CAAN. 249 del 14 de octubre del 2003, sin que constara el detalle ni la cantidad de carpetas o folios entregados, ni se levantara el acta respectiva; siendo receptado en esas condiciones por la Secretaria entrante; situación que confirmó la receptora, con oficio innumerado del 7 de mayo del 2007.

El Art. 70 del Reglamento General de Bienes del Sector Público dispone que los documentos de archivo serán entregados mediante inventario suscrito por los servidores entrante y saliente, dejándose constancia en la respectiva acta, la que revelará las novedades que existieren; procedimientos que no se cumplieron en el caso expuesto.

Esta situación impidió conocer específicamente, qué documentos fueron entregados o quedaron en los archivos del área, conllevando a que se diluyan las responsabilidades entre las servidoras intervinientes en la eventualidad de pérdida de documentos.

### **Opinión de los auditados,**

La ex Secretaria del Comité de Adquisiciones del CAA N° 212, con cédula de identidad 0912086899, en oficio MIS.101 del 29 de abril del 2008, manifestó que con comunicación AF.CAAN.249 del 14 de octubre del 2003, hizo la entrega de los archivos a la Secretaria entrante, por lo que:

***“...no creí necesario hacérselo mediante inventario, pues ella conocía detalladamente el archivo (...) Por lo tanto, no creo haber incumplido el Art. 70 del Reglamento General de Bienes del Sector Público...”***

Con misiva innumerada del 5 de mayo del 2008, la ex Secretaria con cédula de ciudadanía 0907538979, adjunta el oficio del 5 de julio del 2007, recibido por el equipo de auditoría en la misma fecha, a través del cual reitera que nunca ejerció las funciones de Secretaria del Comité.

### **Criterio de Auditoría**

Ratificamos nuestro criterio, por cuanto las ex Secretarías del Comité de Adquisiciones, que emitieron las opiniones que anteceden, no aportan nuevos elementos de juicio que desvirtúen las inconsistencias anotadas; resaltando que en sus oficios reconocen lo actuado.

### **CONCLUSIÓN**

No hubo entrega recepción de archivos entre las Secretarías saliente y entrante del Comité de Adquisición del CAA 212 Tarqui, limitando conocer qué documentos fueron entregados o quedaron en los archivos del citado Comité.

### **RECOMENDACIÓN**

#### **Al Director del Centro de Atención Ambulatoria 212 Tarqui.**

9. Dispondrá a todo el personal de la Unidad que, en el caso de cambio de funciones, separación o ausencia temporal o definitiva de los servidores, con participación del Delegado de Recursos Humanos se realice el acto de entrega recepción de los archivos mediante inventario detallado y suscrito por los intervinientes, levantando la respectiva acta que incluirá las novedades que pudieren existir. Del acto se reportará al Director del CAA 212 Tarqui para conocimiento y toma de decisiones correctivas, si hubiere lugar.

### **PRÁCTICA EFICAZ DE INVENTARIOS DE ACTIVOS, MANTIENEN REGISTROS E INFORMACIÓN GERENCIAL ACTUALIZADOS**

Nuestro análisis reveló que:

Los documentos de los inventarios de activos fijos practicados durante el período examinado, se encontraban desorganizados, mezclados con las actas individuales de entregas recepciones de diferentes clases de bienes.

El inventario del año 2003 constó en listados que no cuentan con el encabezado que identifique el tipo de documento, tampoco registra la fecha en que fue practicado, en ninguna hoja aparecen firmas de responsabilidad de algún servidor o autoridad y ciertos ítems no tienen totalmente detalladas sus características.

Los activos fijos ingresados a partir del año 2003 fueron registrados contablemente con la documentación soporte de ingreso de los bienes. Sin embargo, al inventariar lo existente, se lo realizó sin el sustento del inventario anterior, no se efectuó el cruce de información entre los registros anteriores, los contables y la existencia física, por lo que no hay informes de ningún tipo de novedades.

En enero del 2004 la Gerente del CAA 212, dispuso a la SRU la ejecución del inventario de los activos fijos, la actividad se inició con la constatación física de los bienes inservibles, la que concluyó en mayo, siendo trasladados a la Bodega de Activos en Tránsito de Eloy Alfaro y Argentina el 13 de septiembre del 2004, levantando la respectiva acta suscrita por la encargada de la Bodega General del CAA N° 212, la SRU y el Guardalmacén de la Bodega de Activos en Tránsito.

Los referidos activos fijos fueron rematados el 29 de octubre del 2007, en conjunto con todos los bienes en mal estado almacenados en las cinco bodegas existentes, tal como consta en los oficios JNR-021 y 022 del 29 y 31 de octubre del 2007 suscritos por la Secretaria de la Junta Nacional de Remates de Bienes Muebles del IESS; y, 1300900.1670 del 26 de noviembre del mismo año, de la Subdirectora Provincial de Servicios Internos; diligencia que fue presidida por la citada Junta.

La constatación física de los bienes en uso se realizó en 12 áreas, entre el 30 de diciembre del 2004 y 25 de abril del 2005, quedando pendientes todos los consultorios, por cuanto a partir del 10 de junio del 2005 la SRU fue trasladada administrativamente a la SPGSIF. La nueva encargada expresó no haber encontrado respaldos de algunas áreas por lo que realizó otra toma total de los activos fijos que está formalizada en actas de constatación física del 11 de enero del 2006, y trasladó los resultados al Director con oficio innumerado del 1 de julio del 2006. Sin embargo la actividad fue paulatina y ciertas actas no estuvieron legalizadas por los usuarios de los bienes, ni por el SRU. En dicho inventario no constan dos automotores con que cuenta la Unidad, asignados al responsable de su custodia, según documento de control, el 16 de diciembre del 2002, y que sí se registraron en el inventario del 2003.

Como novedad, la ambulancia no está matriculada en la Comisión de Tránsito, ni cuenta con antecedentes de su ingreso a la Unidad.

Durante el año 2006 no se efectuó la correspondiente constatación física, siendo encargado el nuevo SRU desde el 25 de septiembre del 2006.

Las SRU con cédula de identidad 090818870 y 0907617997, mediante oficios innumerados, ADM.CAAN 0076 y CDLCV.013.2005 del 2 de junio y 17 de octubre del 2003, y del 26 de abril del 2005, en su orden, informaron al Gerente y Subgerente Médico del CAA, respectivamente, sobre las dificultades para el desempeño de sus actividades específicas por efectuar otras encomendadas, tal como el control de activos fijos. No obstante las Servidoras continuaron con las mismas cargas de trabajo.

Con misivas 21300900-RR.HH.122.2006 y dos innumeradas del 29 de diciembre del 2006, 18 de enero del 2007 y 12 de febrero del 2007, respectivamente, las ex Responsables del Control de Activos Fijos ratifican lo expuesto; y, mediante oficios 422261101 del 28 de diciembre del 2006, y EGM.005.07 del 29 de enero del 2007, el ex Director y ex Gerente, respectivamente, remitieron los listados de toma física existentes en las condiciones ya descritas.

La falta de supervisión de los directivos a las funciones de los SRU, como la no dotación de recurso humano para que las constataciones no se dilaten, y el desarrollo simultáneo de funciones específicas, provocó rémora de los conteos físicos, con deficiencias que afectaron la confiabilidad de sus resultados.

Por lo expuesto, no se aplicó la NCI 120-05 Actividades de Monitoreo y/o Supervisión, concordante con el Art. 147 numeral 1 del RGUM del IESS y NCI 250-08 Constatación Física de Existencias y Bienes de Larga Duración, acorde a la disposición 4.6 del Instructivo General para el Control de Activos Fijos – Bienes Muebles del IESS.

Con Resolución C.D. 150 del 22 de enero del 2007, el Consejo Directivo emitió el Manual para la Administración de Activos Fijos de la Unidades Médicas del Seguro General de Salud Individual y Familiar del IESS, con el cual se dispone la conformación de un Equipo de Gestión de Activos Fijos (EGAF) por cada Unidad Médica, y la nominación de un Servidor Enlace en cada unidad administrativa del Centro de Salud, que equivale a las funciones del SRU.

### **Opinión de los auditados**

El ex Gerente y actual Director del CAA N° 212, a través de oficio 422261101.347 del 29 de abril del 2008, manifestó que las NCI 120-05 y 250-08:

***“...no pudieron ser supervisadas en el 2003 por el suscrito por haber sido removido...el 3 de noviembre del 2003...”***

La ex Servidora que llevó el Control de Activos Fijos del CAA N° 212, como Responsable de la Unidad (SRU), con oficio innumerado del 29 de abril del 2008, se ratificó en su misiva del 12 de febrero del 2007, a la que adjuntó oficios considerados en este informe, agregando que el inventario del 2003 fue elaborado y concluido por ella.

## **Criterio de Auditoría**

El equipo de Auditoría se ratifica en los comentarios expuestos, por cuanto las opiniones que anteceden emitidas por los referidos Servidores, no aportaron nuevos elementos de juicio que puedan desvirtuar la existencia de las observaciones anotadas. Los diez meses que el ex Gerente estuvo ejerciendo esa función fue tiempo suficiente para realizar el referido control. En el informe si se menciona la existencia del inventario del 2003, pero con inconsistencias que restan confiabilidad al documento.

## **CONCLUSIÓN**

No existió práctica eficaz de inventarios de activos fijos para que la Gerencia o Dirección, cuente con información gerencial, generándose la ausencia de información actualizada.

## **RECOMENDACIÓN**

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

10. Dispondrá al Subdirector Provincial del Seguro General de Salud Individual y Familiar del IESS – Guayas, que en coordinación con el Director del CAA 212, establezca los lineamientos de las actividades del Equipo de Gestión de Activos Fijos, así como los requerimientos del Software de Aplicación de Activos Fijos, con el propósito de que los bienes institucionales sean administrados y controlados de manera eficiente.

### **Al Director del Centro de Atención Ambulatoria 212 Tarqui.**

11. Conformará el Equipo de Gestión de Activos Fijos (EGAF), con servidores con adecuados perfiles definidos, y cambiará la denominación del Servidor Responsable de la Unidad (SRU) por Servidor Enlace.

12. Dispondrá las acciones necesarias para definir el estado real de los activos fijos que reposan en la Bodega de Activos en Tránsito, y se resuelva en consideración al informe respectivo sobre su utilización y baja con las formalidades reglamentarias.

13. Ordenará al Servidor Enlace de la Unidad Médica, organice los registros de control de activos fijos, de manera que los inventarios generales del CAA 212, estén separados de los individuales que se generan por las entregas recepciones entre servidores, clasificándolos por áreas.

14. Ordenará al EGAF y al Servidor Enlace, realicen la constatación física anual de los activos fijos en tiempos definidos. El informe y las actas serán presentados a la Dirección del CAA para conocimiento y disposiciones de acciones a cumplir según la reglamentación vigente.

## **Al Subdirector Provincial del Seguro General de Salud Individual y Familiar del IESS – Guayas.**

15. Ordenará al Director del CAA 212 realice gestiones ante las instancias y autoridades competentes, para contar con los soportes relativos a la permanencia de la ambulancia y el Trooper en la Unidad Médica y se efectúe la matriculación de la primera en la Comisión de Tránsito del Guayas.

### **SUPERVISIÓN DE MOVILIZACIÓN Y MANTENIMIENTO DE VEHÍCULOS, CONTRIBUYE A EFICIENTE CONTROL**

La Unidad cuenta con una ambulancia y un vehículo marca Trooper para fines médicos y administrativos, los que durante el período analizado han sido conducidos por el mismo Chofer, y cuando este Servidor traslada a la médico a domicilio a las visitas programadas, o se ausenta por goce de vacaciones anuales o permisos, el Centro Médico quedaba sin este servicio.

El registro de movilización de la ambulancia estaba mezclado con el del jeep, en las mismas Hojas de Ruta que se encontraban en poder del chofer, siendo este documento el único medio de control de movilización de vehículos, faltando la implantación de otros formatos señalados en el Reglamento de Utilización, Mantenimiento, Movilización, Control y Determinación de Responsabilidades, de los Vehículos del Sector Público y de las Entidades de Derecho Privado que Disponen de Recursos Públicos, el mismo que ordena la utilización de formularios específicos para el control y mantenimiento de los vehículos.

El Chofer manifestó que pocas veces se utilizó la ambulancia para traslados que no sean los de pacientes, esto es cuando el jeep se dañaba, pero siempre ha estado disponible cuando han ocurrido emergencias, con la dificultad de no contar con equipo apropiado ni personal médico que acompañe al paciente durante el traslado a otra Unidad Médica de mayor complejidad.

La conducción de dos vehículos por el único Chofer de la Unidad, originó que en determinados momentos la ambulancia se quede sin conductor, con el riesgo de que exista alguna emergencia y ese automotor no pueda movilizarse a prestar el servicio para el que fue destinado. Adicionalmente, faltó implantar formularios específicos para el control de movilización y mantenimiento de los vehículos.

### **CONCLUSIÓN**

Por contar con solo un Chofer, el servicio de ambulancia queda desatendido cuando el referido Servidor maneja el otro automotor, con el riesgo de que se presente una emergencia. El control de vehículos está implantado parcialmente, encontrándose mezclada la información de ambos vehículos, en las mismas Hojas de Ruta.

## RECOMENDACIÓN

### Al Director del Centro de Atención Ambulatoria 212 Tarqui.

16. Dispondrá al Responsable de Servicios Generales que, implante los formularios institucionales existentes para la utilización, mantenimiento, movilización y control de vehículos, según el reglamento vigente. Se exceptuará aquellos que no sean necesarios, por la naturaleza de la Unidad.
17. Realizará las gestiones administrativas de ley para la nominación de otro Chofer para la Unidad, servidor que sería destinado para conducir la ambulancia, mientras que al actual deberá asignarle la conducción del jeep Trooper para las gestiones administrativas.
18. Ordenará al Director Técnico que, en coordinación con la Responsable de Enfermeras, programen la intervención de un profesional del área de salud, según el caso lo amerite, para que acompañe a los pacientes que son trasladados a otras Unidades Médicas, por emergencias.

### **SUPERVISIONES PERIÓDICAS A DISPENSARIOS ANEXOS, FAVORECEN GESTIÓN ADMINISTRATIVA**

En el período examinado, el CAA 212 mantuvo 17 empresas adscritas, de las cuales, en febrero del 2004 y enero del 2006 2 desistieron de continuar con los convenios. La producción de estos establecimientos médicos equivalió al 26%, en relación al total de las consultas médicas que realizó el mencionado Centro.

El plazo de los convenios celebrados con las empresas, tiene vigencia por dos años, contados desde la fecha de suscripción, especificándose en la cláusula *DURACIÓN* que se entenderá renovado por igual periodo, si las partes no notificaren por escrito su voluntad de darlo por terminado.

Con oficio sin número del 1 de junio del 2007 el ex Director indicó que no dispuso la supervisión del 2006 por no tener la logística necesaria. Con misiva TS-CAAN 07-07 del 16 de abril del 2007, la Trabajadora Social remite el informe de la única supervisión realizada a los Dispensarios Anexos durante el período analizado; efectuado por un equipo multidisciplinario en abril y mayo del año 2005, mediante ese documento se informó al Director del CAA Tarqui, sobre las observaciones y requerimientos realizados, sugerencias a las cuales no se ha efectuado seguimiento.

Las cláusulas *CONTROL* y *FACILIDADES*, constantes en los convenios, prevén que:



***“...El IESS supervisará el correcto funcionamiento de este sistema de atención (...) por intermedio del señor Director del Dispensario Norte – Tarqui...quien se encargará de mantener informada a la Subdirección...” supervisión que “...se realiza por lo menos dos veces al año...”***

La falta de supervisión continua y de revisión de los convenios de funcionamiento de los Dispensarios Anexos, no ha permitido conocer deficiencias y tomar correctivos, por lo que se mantienen referencias a la anterior estructura orgánica funcional del IESS.

No se efectuó, cuando menos una vez al año, las supervisiones establecidas en las cláusulas *CONTROL* y *FACILIDADES* de los convenios vigentes, sumándose la inobservancia de la NCI 110-10 Control Interno Concurrente, numerales 1, 3 y 6.

### **Opinión del auditado**

Con oficio 422261101.347 del 29 de abril del 2008, el ex Gerente y actual Director de la Unidad Médica, manifestó que en el 2003 no efectuó la supervisión a Dispensarios Anexos, porque la normativa institucional le restaba competencia por haberse creado la Supervisoría de Unidades Médicas .

### **Criterio de Auditoría**

Ratificamos lo comentado, por cuanto los Convenios eran suscritos por los Gerentes o Directores y no por la Supervisoría, cuya responsabilidad era controlar las Unidades Médicas del IESS, y éstas a los Dispensarios Anexos, tal como lo tipificaban los mencionados instrumentos legales.

### **CONCLUSIÓN**

Faltó supervisión periódica a los Dispensarios Anexos de las empresas adscritas a esa Unidad Médica, no permitiendo tomar correctivos oportunos y actualizar los convenios para optimizar la gestión administrativa.

### **RECOMENDACIÓN**

**Al Subdirector Provincial del Seguro General de Salud Individual y Familiar del IESS – Guayas.**

Dispondrá al Director del CAA 212 lo siguiente:

- 19.** Gestionar la actualización de los Convenios de Atención Médica, celebrados con las empresas adscritas para el funcionamiento de los Dispensarios Anexos, para ese efecto deberá solicitar a la Dirección Provincial del Guayas la designación de un abogado de planta que participe en el proceso, conforme a los últimos cambios estructurales, institucionales y normativa vigente; y a las necesidades de las partes intervinientes.
  
- 20.** Ordenar supervisiones periódicas a los Dispensarios Anexos, tomar los correctivos necesarios si fuere menester e informar a la Subdirección Provincial del Seguro General de Salud Individual y Familiar del IESS - Guayas sobre lo actuado.
  
- 21.** Implementar un sistema de control de vencimiento de los convenios celebrados con las empresas adscritas para funcionamiento de los Dispensarios Anexos, a fin de que con suficiente antelación a su vencimiento, se les requiera e instrumente la renovación respectiva.
  
- 22.** Elaborar y aplicar, en coordinación con la Responsable de la Unidad de Servicios al Asegurado, una estrategia que permita promocionar los servicios y beneficios que brinda el CAA 212, a las empresas que se encuentran en su entorno y que aún no están adscritas a la Unidad.

## CAPÍTULO IV

### RESULTADOS ESPECÍFICOS POR COMPONENTES

#### COMPONENTE: PLANES ESTRATÉGICOS

##### PLANES ESTRATÉGICOS Y OPERATIVOS COMPLETOS, PERMITEN SU EFICIENTE EJECUCIÓN

En el período examinado, existieron cuatro equipos de Gerentes y/o Director, con su respectivos Subgerentes Médicos y/o Director Técnico; tres de los cuales elaboraron los Planes Estratégicos, por cuanto uno de ellos estuvo dirigiendo la Unidad por corto tiempo, y fueron remitidos a la SPSGSIF, incluso dos de ellos fueron expuestos en reuniones efectuadas en la DSGSIF, el 19 de junio del 2003 y el 23 de marzo del 2005.

Los dos últimos planes no anexaban cronogramas de trabajo y carecían de estrategias definidas para alcanzar las metas fijadas, así como la estimación de costos aproximados para ciertos rubros, valores necesarios para efectos presupuestarios.

Los Gerentes o Director y Subgerentes Médicos o Director Técnico efectuaron la supervisión, control y aplicación de los planes y programas, a través de la producción mensual de la Unidad, llevada por Admisión y Estadística, resumida en informes de Indicadores de Producción y Gestión; por medio de reportes mensuales de Enfermería y los Balances Presupuestarios de Compromisos y Gastos, en lo referente a los programas de adquisición de bienes y servicios, según el Compromiso de Gestión suscrito el 25 de octubre del 2002 con el entonces Subdirector de Prestaciones de Salud, en aplicación del Art. 147 numeral 2 del RGUM.

Los tres planes tenían cinco propuestas en común, que son: el incremento de personal médico para abastecer la demanda insatisfecha, mejorar la calidad de atención y trato al cliente externo para alcanzar su satisfacción, acondicionar la estructura física de las áreas y Servicios para mejorar su operatividad, la construcción del Quirófano del Día y la adquisición de un ascensor. Hasta junio del 2006 no fueron alcanzadas estas metas por razones presupuestarias, excepto la relacionada con mejorar la atención y trato al usuario, factor que depende del recurso humano existente. Debido al Convenio Interinstitucional celebrado el 3 de junio del 2005, entre el IESS y la M.I. Municipalidad de Guayaquil, esta entidad se hizo cargo de la construcción del Quirófano del Día, la reestructuración física de las áreas y la adquisición e instalación del ascensor, con el concurso de recursos del IESS y de la mencionada institución. Cabe destacar que el citado convenio no fue materia de análisis en la presente Auditoría de Gestión.

Los informes de Indicadores y Compromiso de Gestión y porcentajes de ejecución presupuestaria de los cuatro años, se resumen en los siguientes porcentajes:

ANOS	2.003		2.004		2.005		2.006	
	Gestión del año %	Meta Anual %	Gestión del año %	Meta Anual %	Gestión del año %	Meta Anual %	Gestión del año %	Meta Anual %
Resultados del Cuociente Producción	3,89	4,10	4,00	4,50	3,55	4,40	3,80	4,00
Resultados del Cuociente Gestión	1,40	1,50	4,10	4,00	17,23	11,00	12,80	12,60
Porcentaje Global de Cumplimiento de Metas	94,88	100,00	90,00	100,00	89,57	100,00	96,40	100,00
Porcentaje de Ejecución de la Asignación Presupuestaria	85,28	100,00	91,80	100,00	106,60	100,00	89,11	100,00
<b>Promedio entre Porcentaje Global y Ejecución Presupuestaria</b>	<b>90,08</b>	<b>100,00</b>	<b>90,90</b>	<b>100,00</b>	<b>98,09</b>	<b>100,00</b>	<b>92,76</b>	<b>100,00</b>

Los porcentajes de cumplimiento de metas de producción son mayores que los de ejecución presupuestaria, sin embargo el promedio entre los dos superó el 90%.

## CONCLUSIÓN

Los planes estratégicos fueron elaborados con carencia de elementos necesarios como precios referenciales, cronogramas de trabajo y estrategias definidas; su ejecución fue controlada a través de los informes estadísticos, provocando que no se cuente con estimación de costos aproximados para ciertos rubros.

El índice promedio de la gestión de los tres periodos superó el 90%, quedando un 10% de actividades y programas no cumplidos, debido a lo reducido del presupuesto, factor que es una de las debilidades del Centro Médico.

## RECOMENDACIÓN

### **Al Director del centro de atención ambulatoria 212 Tarqui.**

23. Dispondrá al Director Técnico que, al elaborar el plan estratégico – operativo de la Unidad, lo haga con metas a cumplirse, como mínimo en dos años, y la parte operativa para un año, máximo; incluyendo costos referenciales para considerarlos en el presupuesto anual, estrategias y cronogramas de trabajo, así como otros elementos técnicos necesarios.

24. Dará a conocer a los Responsables de cada área de gestión los planes estratégicos y operativos de la Unidad, a fin de que ellos instruyan al personal bajo su cargo sobre las metas propuestas y resultados esperados.
25. Dispondrá al Director Técnico y a los Responsables de cada área de gestión de ese Centro de Salud, que emitan informes semestrales de avance de ejecución de la parte operativa de los planes y programas bajo su responsabilidad, diferenciando entre las metas propuestas y las alcanzadas, de manera cuantitativa y porcentual.

#### COMPONENTE: DIRECCIÓN TÉCNICA

Acorde al numeral 1 del Art. 150 del Reglamento General de las Unidades Médicas del IESS, la ex Subgerencia Médica, actual Dirección Técnica, es el órgano de gestión bajo el cual están subordinadas las diferentes áreas de apoyo para la atención médica que brinda el CAA 212, y es responsable de todo lo relacionado a la planificación, programación, organización, dirección y evaluación de los procesos que originan la productividad de esa Unidad, así como el reporte estadístico de los resultados obtenidos respecto a los rubros que participan directamente en la cobertura médica.

#### SUBCOMPONENTE: PRODUCCIÓN MÉDICA Y TÉCNICA DEL CAA 212

#### INCREMENTO DE MÉDICOS, MEJORARÍA LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN MÉDICA

La producción del CAA 212 se refleja en los informes mensuales que produce. Del análisis del Médico Especialista Técnico de Auditoria se estableció que durante el período en estudio existió:

***“...una producción total de esta unidad de 417.439 atenciones médicas, 73.932 sesiones de terapia física con 17.985 consultas, exámenes de imagenología 53.836 con 44.218 placas, laboratorio 1’078.349 determinaciones con 322.936 órdenes, recetas prescritas 428.319 y despachadas 388.858, trabajo social 23.409 entrevistas con 8.119 gestiones...”***

El detalle anual consolidado consta a continuación:

CONCEPTOS	2003	2004	2005	2006.06	TOTAL
Atenciones Médicas del CAAN	93.620	116.644	101.167	58.661	<b>370.092</b>
Atenciones Fisiatría	4.900	6.142	4.003	2.881	<b>17.926</b>
<b>SUBTOTAL ATENC. MEDICAS</b>	<b>98.520</b>	<b>122.786</b>	<b>105.170</b>	<b>61.542</b>	<b>388.018</b>
Atenciones Odontológicas	5.488	6.351	5.574	3.195	<b>20.608</b>
Atenciones Obstétricas	2.473	2.621	2.437	1.282	<b>8.813</b>
<b>TOTAL ATENCIONES CAAN</b>	<b>106.481</b>	<b>131.758</b>	<b>113.181</b>	<b>66.019</b>	<b>417.439</b>
<b>OTROS</b>					
Atenciones Médicas Anexos	26.685	27.055	28.335	12.917	<b>94.992</b>
Sesiones Terapia Física	19.888	25.493	17.509	11.042	<b>73.932</b>
Imagenología	12.403	16.354	16.031	9.048	<b>53.836</b>
Laboratorio	66.903	83.869	88.150	83.814	<b>322.736</b>
Trabajo Social (Entrevistas)	4.219	8.168	6.605	4.417	<b>23.409</b>
Trabajo Social (Gestiones)	1.779	3.015	2.077	1.248	<b>8.119</b>

Del análisis a las cifras estadísticas, se desprende que la producción individual de los diversos profesionales, el 90% supera el estándar institucional, que es de 4 pacientes por hora, para los médicos generales y 3 para los especialistas; existiendo el 9% de ellos cuya producción está por debajo de este indicador; como son las especialidades de pediatría y otorrinolaringología, en donde, esta última con tres profesionales, dos superan el referente y, el tercero está por debajo; en diálogo con este último profesional supo manifestar que, esto se debe a que estadística no le remite pacientes.

***“...El período de nuestro análisis corresponde a 802 días laborables, sin embargo debido a dos paros médicos que se dieron en los períodos 2003 y 2005, en su orden, se trabajaron 28 y 44 días menos en cada año respectivamente, quedando en promedio 730 días de consultas como consecuencia de estas interrupciones; lo que influye en la eficacia de la atención médica del CAA 212 Tarqui, que (...) con esta cantidad de tiempo viene siendo satisfactoria...”. “... con la producción cuantitativa; como resultado cantidad de atenciones que tienen varias especialidades y especialistas de esta unidad, que concomitantemente con odontólogos y profesionales contratados produjeron (...) 417.439 atenciones, es decir que para cada uno de los días estudiados tenemos 520 consultas y, con (...) 42 profesionales que laboraron en el período estudiado, tendríamos que cada uno otorgó unas 15,29 atenciones, valor que va entre más del 90% sobre el referente en ciertos profesionales, a menos 65% del indicador...”*** para el pediatra.

***“...El porcentaje de efectivización de recetas es del 94%, recibiendo cada afiliado, por consulta, un promedio de 1,4 recetas; situación que haría pensar es un buen abastecimiento de fármacos, misma que es desmentida en las encuestas a usuarios internos y externos...”***

En imagenología, por cada 100 consultas externas se solicitó, en promedio, 6.5 exámenes, cifra que está por debajo del referente institucional que es 10, pero que no refleja la real producción, debido a que el equipo médico estuvo averiado en diferentes períodos; el número de placas utilizadas tiene un promedio de 1,84%, que está dentro del indicador institucional que es 2, a diferencia del Laboratorio que realizó, 92.63 exámenes y 3.32 determinaciones, en promedio, por cada solicitud en 100 pacientes atendidos, estos últimos valores, de acuerdo a la información proporcionada, están muy por encima de los referentes institucionales, que son: Para los exámenes 9 y para determinaciones 2.

Debido a la gran demanda de atención médica que tiene el CAA 212, y la falta de médicos que abastezcan los requerimientos de los pacientes, el tiempo invertido en cada usuario ha tenido que ser disminuido, lo que no permite a los galenos dar consultas de calidad, existiendo especialistas como la Cardióloga y el Endocrinólogo que otorgaron hasta 31 consultas por día, cuando su promedio diario de atención estaría entre 12 y 20 pacientes. Además en el Servicio de Oftalmología, por carecer de espacio físico, existen dos profesionales, en el mismo horario y con solo un equipo para la utilización de ambos; la misma situación acontece en el Servicio de Otorrinolaringología.

La producción de la Trabajadora Social está acorde con el indicador institucional, puntualizando que, debido a que no están estandarizados los tiempos de las gestiones internas y externas, se las consideró por igual. La producción podría ser mayor, si se aplica lo constante en la página 81 del Manual de

Normas de Procedimientos Técnicos y Administrativos del Sistema de Estadísticas de Salud en el IESS, que dice: por cada visita a domicilio o sesiones grupales se consideran 4 visitas, las cuales se efectúan en una hora.

De otra parte, Admisión y Estadística no tenía cuantificada la gestión de la Educadora para la Salud, y tampoco existen indicadores institucionales para esta ocupación, sin embargo la servidora que ejerce estas funciones informó sobre las actividades realizadas durante el período de análisis, las mismas que fueron de conocimiento de los Gerentes y/o Director del Centro, pero no están incluidas en la producción general del CAA 212.

La información estadística de la producción profesional de la médico a domicilio está registrada como consultas normales en la Unidad Médica, sin cuantificar que, de acuerdo al manual antes citado, por cada visita a domicilio se debe considerar 4 atenciones comunes, por lo que la producción de la referida profesional está mermada.

***“...Existen especialidades que con un solo profesional, su producción supera el referente en más del 50% y, cuando este servidor no concurre por goce de vacaciones, calamidad doméstica o descanso médico, inexistente atención, ello obedece a que no se cuenta con estrategias (...) para reemplazos de ser el caso.”. “Igual situación se evidencia en Cardiología con un 139%, cifra que está por encima del referente, Medicina Interna 50% más, Endocrinología 90% más, Dermatología 63% más...”***

En reunión mantenida con los profesionales del área de salud, la gran mayoría manifestó que tienen exceso de atenciones y se debería incrementar médicos para cubrir la demanda insatisfecha, también que les hace falta fármacos para tratar a sus pacientes, siendo irregular el abastecimiento durante el año.

## **CONCLUSIÓN**

La elevada demanda de atención médica que soporta el CAA 212 y la falta de suficientes médicos para satisfacerla, no permitió que los pacientes fueran atendidos en el tiempo estandarizado para brindar un servicio eficiente.

## **RECOMENDACIÓN**

**Al Director del Seguro General de Salud Individual y Familiar.**

26. Dispondrá al Subdirector Provincial del Seguro de Salud Individual y Familiar, que se efectúe un análisis técnico de la producción médica actualizada del CAA 212 Tarqui, tomando los indicadores institucionales vigentes para abastecer la demanda insatisfecha en esta área. A ese efecto

considerará un Médico Admisionista que pueda dirigir las consultas a los diferentes Servicios de este Centro de Atención Ambulatoria, y la sugerencia de incremento de especialistas según Anexo 3 de este informe.

**Al Director del Centro de Atención Ambulatoria 212 Tarqui.**

27. Dispondrá al Director Técnico que supervise la producción de los médicos, realizando análisis periódicos, poniendo especial atención a aquellos que tengan producción baja, a fin de determinar las causas y aplicar las medidas correctivas en forma oportuna.
28. Ordenará al Director Técnico que, en coordinación con los médicos y profesionales técnicos de Laboratorio, analicen la aplicabilidad de los exámenes de laboratorio según las patologías prevalentes en el CAA 212 y la correspondencia en la utilización de determinaciones, a fin de que creen y apliquen estándares y normas acorde a los indicadores institucionales, que permitan disminuir la emisión de órdenes de laboratorio, así como la reducción del consumo de determinaciones.  
Dispondrá al responsable del Servicio de Admisión y Estadística:
29. Controlar la asignación equitativa de consultas a los médicos en los servicios que cuentan con más de un profesional. En los servicios que tienen un solo especialista, deberá completarse el cupo de cuatro a cinco pacientes por hora para el Médico General y de tres a cuatro para el especialista.
30. Calculará la producción del médico a domicilio, aplicando el indicador institucional que es multiplicar cada visita domiciliaria por cuatro atenciones, para poder cuantificar todas como atenciones médicas normales.
31. Dispondrá al Director Técnico que, en coordinación con a la Servidora que ejerce las funciones de Educadora para la Salud, al elaborar el plan anual de sus actividades, las clasifique, las nombre y estandarice el tiempo a invertir en cada una de ellas, a fin de obtener parámetros de medición de su producción. Paralelamente deberá remitirse al Responsable de Admisión y Estadística informes mensuales de las acciones realizadas por ella, Servidor que las cuantificará relacionándolas con el tiempo previamente estandarizado, a efecto de ser adicionada en la producción de la Unidad.
32. Dispondrá a la Trabajadora Social que, estandarice el tiempo invertido en las gestiones internas y externas, a fin de que su producción sea calculada apropiadamente, aplicando el indicador institucional existente.



## USUARIOS DEMANDAN ATENCIÓN DE CALIDAD Y CALIDEZ DE PARTE DEL PERSONAL DEL CAA 212

De la encuesta realizada en la sala de espera en mayo del 2007, aproximadamente a 200 usuarios del CAA 212, se estableció que no se sienten satisfechos con la atención y trato del personal médico y administrativo, lo que se reflejó en las respuestas conferidas, así:

- Recibieron orientación para resolución de problemas, sí el 17%, el 33% no y el 50% a veces.
- Recibieron la medicina prescrita, sí el 44% y el 56% no.
- Al asistir a la consulta, la Historia Clínica estaba en el consultorio médico, sí el 34%, el 10% no y el 56% a veces.
- Al no estar en el consultorio, la Historia Clínica es retirada de Admisión y Estadística por: La Enfermera el 11%, otro servidor el 7% y por pacientes el 82%.
- Sugerencias reiterativas dadas por los pacientes para mejorar la atención:
  - Mejorar el trato porque son groseros.
  - Que tengan valores humanos y paciencia.
  - Que los empleados asistan a cursos de servicio al usuario y calidez.
  - Que haya personal específico para brindar información.
  - Poner un horario especial para jubilados (17%, durante el período).
  - Que hayan más médicos.
  - Que haya medicina.
  - Puntualidad, que los médicos lleguen a tiempo y respeten el horario de atención.

Sobre la atención ofrecida por los Servidores del CAA 212 obtuvimos los siguientes porcentajes de calificación de parte de los usuarios:

SERVIDORES DE:	Muy Buena %	Buena %	Regular %	Mala %	Muy buena + Buena	Regular + Mala
Consulta Externa (Atención Médica)	27	38	26	8	65	34
Enfermería	17	42	28	13	59	41
Admisión y Estadística	13	25	41	21	38	62
Odontología	32	35	27	6	67	33
Farmacia	28	36	22	15	64	37
Laboratorio	34	41	22	4	75	25
Imagenología	28	35	29	8	63	37
Trabajo Social	32	27	30	10	59	41
Administración	20	35	31	14	55	45
<b>PROMEDIOS PORCENTUALES</b>	<b>26</b>	<b>35</b>	<b>28</b>	<b>11</b>	<b>61</b>	<b>39</b>

El cuadro precedente resume la apreciación de los pacientes, considerando que de los cuatro tipos de calificación la atención del personal es BUENA, teniendo un promedio porcentual del 35%, siguiéndole la

*REGULAR* con el 28%, el 26% la califican como *MUY BUENA* y el 11% como *MALA*. Es necesario puntualizar, que los Servidores de Laboratorio, Odontología, Consulta Externa, Imagenología, Farmacia, Enfermería y Trabajo Social son los que mayor puntaje obtuvieron entre la calificación muy buena y buena, como se observa, a diferencia de Admisión y Estadística que entre la atención regular y la mala suman el 62%, seguida del área Administrativa con el 45%. Estas calificaciones dan una pauta de qué áreas pueden estar fallando en la atención al público, ocasionando el descontento y rechazo de los usuarios.

El numeral 10 del Art. 147 del RGUM trata sobre la satisfacción que deben tener los afiliados, jubilados y derecho habientes protegidos por los seguros, respecto de los servicios recibidos.

## **CONCLUSIÓN**

Según la encuesta, el 39% de los pacientes consideran que la calidad de atención de los Servidores del CAA 212 está entre *REGULAR* y *MALA*. Este indicador refleja el descontento de los usuarios que han manifestado estar recibiendo un servicio deficiente, carente de calidad y calidez, de parte de los empleados de la Unidad.

## **RECOMENDACIÓN**

### **Al Director del Centro de Atención Ambulatoria 212 Tarqui.**

33. Dispondrá a la Trabajadora Social que, en coordinación con la Educadora para la Salud, realice encuestas semestrales, encaminadas a obtener los indicadores del grado de satisfacción del usuario, acerca de la calidad, eficiencia y oportunidad de la atención brindada por los Servidores del Centro, identificándolos por cada Servicio que conforma esa Unidad Médica; cuyos resultados deberán ser informados a la Dirección, a fin de tomar las acciones correctivas, a que hubiere lugar.

34. Dispondrá al Responsable de Recursos Humanos, incluir en su planificación anual, cursos de relaciones públicas y atención al cliente para todo el personal de la Unidad.

### **Al Subdirector Provincial del Seguro General de Salud Individual y Familiar del IESS - Guayas.**

35. Dispondrá al Director del CAA 212, que le informe sobre los resultados de las encuestas realizadas acerca del grado de satisfacción de los usuarios, y sobre las acciones correctivas tomadas para mejorar las falencias que hubieren.

## **SERVICIOS ADICIONALES EN ATENCIÓN PEDIÁTRICA VESPERTINA, INCREMENTARÍA LA AFLUENCIA DE PACIENTES Y PRODUCCIÓN**

De los pocos médicos que tienen producción baja por diferentes motivos, el de mayor porcentaje es el Pediatra que atiende de 12h00 a 16h00 horas, habiendo obtenido un 65% menos del referente institucional durante el período de análisis.

Según la encuesta realizada a los familiares que acuden con los niños a las consultas de pediatría, obtuvimos los siguientes resultados: El 76% asistía al turno matutino, al cual concurren el 53% por motivos de trabajo, y el 56% respondieron que no podrían acudir si se eliminara el horario diurno. Adicionalmente, vistos los registros estadísticos del 2003 y 2004 donde la doctora de la mañana no laboró, por motivos plenamente justificados, la asistencia de la tarde aumentó, a diferencia del 2005 donde la ausencia de atención matutina no incrementó la concurrencia en la tarde.

Conforme lo señala el Art. 6 del RGUM, el CAA 212 brinda la atención médica en general, así como el cuidado materno infantil.

En entrevista con el referido profesional, manifestó que ese índice obedece a la ausencia de pacientes en ese horario, debido a que generalmente a los niños se les presenta la enfermedad en la noche, y las madres acuden inmediatamente a la mañana siguiente, otro es la restricción de permisos para las madres en la tarde, además por ser las progenitoras quienes, generalmente los llevan a la consulta, prefieren acudir en la mañana para desocuparse temprano. Sugiere que se haga mayor difusión del Servicio de Pediatría a los Dispensarios Anexos y continuar dando charlas educativas pediátricas a las madres embarazadas que se encuentran en la sala de espera de Ginecobstetricia.

La baja afluencia de pacientes a la consulta pediátrica vespertina, por las razones expuestas, ha originado la subutilización de recursos humanos y materiales.

### **CONCLUSIÓN**

El Médico Pediatra del horario vespertino, tiene baja producción por la escasa afluencia de pacientes; lo que conlleva a la subutilización de recursos del CAA N° 212.

### **RECOMENDACIÓN**

**Al Director del Centro de Atención Ambulatoria 212 Tarqui.**

36. Dispondrá al Director Técnico que, en coordinación con los médicos del Servicio de Pediatría, la Trabajadora Social, la Educadora para la Salud y la enfermera profesional que los asiste, como

concedores de la problemática de esa área, creen estrategias que permitan ofrecer servicios adicionales en la consulta vespertina, inclusive en los Dispensarios Anexos y áreas periféricas, sin que esto signifique la reducción de la afluencia del turno matutino.

## **ESTADÍSTICA DE PRODUCCIÓN INDIVIDUAL, CONTRIBUYE A EVALUACIÓN PERSONALIZADA**

Los Servicios de Laboratorio, Imagenología y Fisiatría remiten la producción general de sus áreas a Admisión y Estadística, donde es cuantificada y registrada. El Manual de Normas de Procedimientos Técnicos y Administrativos del Sistema de Estadísticas de Salud en el IESS, solo prevé indicadores para la producción general y no individual, no obstante se las podría cuantificar de acuerdo a las horas laboradas y al registro individual que lleva cada Servidor.

Lo anotado ocasiona que el CAA 212 no mantenga en sus registros estadísticos el producto personal del trabajo de cada profesional, información que es necesaria en el momento de una evaluación del recurso humano.

## **CONCLUSIÓN**

Admisión y Estadística del CAA 212, no cuenta con la información individual de la producción de las áreas de Laboratorio, Imagenología y Fisiatría, lo que no permite contar con datos necesarios para la evaluación personalizada.

## **RECOMENDACIÓN**

### **Al Director del Centro de Atención Ambulatoria 212 Tarqui.**

37. Dispondrá al responsable del Servicio de Laboratorio, que instruya al personal bajo su dirección, para que cada uno registre su producción individual, para lo cual se diseñará los formularios respectivos, considerando el diseño propuesto por la Auditoría Interna con las modificaciones que creyeren pertinentes. El documento deberá ser conocido por la Subdirección Provincial del Seguro General de Salud Individual y Familiar, para su aprobación y aplicación. La información será remitida mensualmente a Admisión y Estadística para su cuantificación y registro.

38. Ordenará a los responsables de los Servicios de Imagenología y Fisiatría que, en consenso con el personal técnico de esas áreas, y conforme a sus necesidades, diseñen un formulario que revele la producción de cada profesional. El formato será puesto a consideración de la Subdirección Provincial

del Seguro General de Salud Individual y Familiar, para su aprobación y aplicación. La información será remitida mensualmente a Admisión y Estadística para su cuantificación y registro.

### **OPTIMIZACIÓN DE RECURSOS EXISTENTES Y DOTACIÓN DE OTROS, PERMITE EFICIENTE ATENCIÓN MÉDICA A PACIENTES**

En el consultorio de Oftalmología, han venido trabajando dos profesionales, en el horario diurno, atendiendo pacientes al mismo tiempo en el mismo espacio físico y con un solo equipo médico, y sin el apoyo de un tecnólogo en esa especialidad, que se encargue de las mediciones y demás actividades correspondientes. Esta situación no es apropiada ni técnica, por cuanto los pacientes no tienen privacidad en la consulta con el médico, lo que ocasiona incomodidad al usuario. Sin embargo en la tarde no hay atención para esta especialidad, quedando sin utilizar el consultorio y el equipo.

Como correctivo, una de las oftalmólogas fue trasladada al horario de la tarde, pero interpuso una acción de amparo constitucional para volver al turno de la mañana, diligencia que ganó por lo que fue restituida al horario matutino.

En entrevista con las dos profesionales, manifestaron que no tienen inconveniente de trabajar juntas, debido a que han coordinado la utilización del equipo de tal manera que no existe interrupción entre ellas.

Similar situación se presenta en la especialidad de Otorrinolaringología, la cual cuenta con tres médicos, dos para la mañana y uno en la tarde. En este caso los recursos no fueron subestimados, pero la atención matutina a los usuarios tiene las mismas limitaciones que en Oftalmología, existiendo el riesgo de que esta situación empeore, ya que continúa creciendo el flujo de asistencia de pacientes, a la Unidad Médica.

El numeral 10 del Art. 147 del RGUM trata sobre la satisfacción que deben tener los afiliados, jubilados y derecho habientes protegidos por los seguros, respecto de los servicios recibidos.

### **CONCLUSIÓN**

No se optimizaron los recursos en las especialidades de Oftalmología y Otorrinolaringología, perjudicando la calidad del servicio otorgado, acentuándose en el caso de Oftalmología, por la subutilización de los recursos materiales de ese Servicio en el horario vespertino.

## RECOMENDACIÓN

### Al Director del Centro de Atención Ambulatoria 212 Tarqui.

39. Realizará las gestiones administrativas pertinentes, para obtener los recursos necesarios para dotar de espacios físicos y equipos a las especialidades de Otorrinolaringología y Oftalmología, así como de las herramientas necesarias para su buen funcionamiento; paralelamente deberá analizarse la viabilidad de utilización del consultorio y equipo de oftalmología en el horario vespertino.

## SUBCOMPONENTE: PROGRAMACIÓN DE FÁRMACOS Y MATERIALES DE CURACIÓN E INSUMOS MÉDICOS

### APLICACIÓN DE PARÁMETROS TÉCNICOS, PERMITE PROGRAMACIONES EFICACES

Del análisis realizado por el Médico Especialista Técnico, se estableció que la programación de:

***“...fármacos en el período de nuestro análisis, difiere de las necesidades totales debido a la inexistencia del perfil epidemiológico, así como la cuantificación de la demanda insatisfecha de los pacientes (...) lo que da a entender que se programa con el histórico, y no con las reales necesidades de la unidad.”***, y en cuanto a los materiales de curación e insumos médicos, ***“...la institución carece de parámetros de referencia para poder relacionarlos, quedando al criterio de los servidores la cuantificación de su demanda...”***

El ex Director Técnico, mediante misiva 42262211.005 del 29 de enero del 2007, enunció 29 patologías tratadas con frecuencia, sin ser cuantificado el porcentaje de incidencia de cada una.

El perfil epidemiológico y la demanda insatisfecha son datos estadísticos que no se llevaron en el CAA 212 durante el período analizado, pese a tener identificadas las patologías más frecuentes, pero no cuantificadas, lo que originó que no se los utilizara como parámetros para una programación acertada y apegada a las reales necesidades de la Unidad Médica, factor que podría haber incidido en la escasez de esos recursos, pero sin ser determinante, pues el desabastecimiento obedece a agentes propios y ajenos a la administración del Centro de Salud, tales como: Recortes presupuestarios, cambio de Directores, caducidad de documentación soporte de los procesos de adquisición, etc.

De acuerdo al artículo 150 numerales 1, 2 y 12 del RGUM del IESS, entre las responsabilidades del Subgerente Médico del Centro, posteriormente Director Técnico, estaban:

***“...La planificación, programación, organización, dirección, control y evaluación de las áreas de especialidades Clínicas, de Cirugía (...) en régimen de atención ambulatoria...”; “...La supervisión y evaluación de la gestión de los programas de atención...”; y, “...La elaboración del registro estadístico de las prestaciones de salud producidas por las Áreas (...) a su cargo....”***

Consultados los servidores responsables de la programación de fármacos, contestaron mediante dos escritos innumerados y oficio 422262211.002 del 12 y 30 de enero del 2007, coincidiendo que los parámetros utilizados fueron: los promedios de consumos del año anterior, pedido de médicos tratantes, y saldos de fármacos existentes a la fecha. Similar sistema se utilizó para materiales de curación e insumos médicos, donde los servidores Responsables informaron, a través de oficios sin número del 26 y 31 de enero y del 3 de febrero del 2007, que programaban:

***“...En base al consumo de los años anteriores, los saldos existentes en Bodega, más el 10% “; “...Se realizó la programación anual de materiales con la proforma de años anteriores más un 25% que el anterior según las recomendaciones de la secretaria del comité de adquisiciones....”;*** y otro indicó que los parámetros utilizados eran: Producción anual, producción proyectada, patologías prevalentes, equipamiento proyectado y recursos humanos existentes.

En entrevistas a los médicos, en su mayoría manifestaron la necesidad de adicionar nuevos medicamentos al Cuadro Básico de Medicamentos Institucional, indispensables para el tratamiento de patologías reiterativas que presentan los usuarios de ese Centro Médico, lo que será factible en la aplicación del nuevo instructivo contenido en la Resolución C. D. 151 del 22 de enero del 2007.

El Decreto Ejecutivo 2077 del 21 de diciembre de 1990, las Resoluciones C. D. 016 del 12 de agosto del 2003 y C. D. 048 del 21 de octubre del 2004, son instrumentos legales que contenían la reglamentación vigente para la adquisición de fármacos, material de curación e insumos médicos, donde se señalaron ciertos requisitos para la programación de los referidos productos, entre ellos se mencionaba el perfil epidemiológico, que es uno de los parámetros no considerados para las programaciones.

Consecuentemente, no se mantuvo como dato estadístico el perfil epidemiológico, y se inaplicó los artículos 8 del Instructivo para la provisión y abastecimiento mediante contratación directa de insumos médicos, fármacos y material quirúrgico; y, 3 del Instructivo al Reglamento de Contratación Directa de Insumos Médicos, Fármacos, y Material Quirúrgico por parte de las Unidades Médicas del SGSIF y del SSC.

## **CONCLUSIÓN**

No hubo programaciones eficaces de las necesidades anuales de fármacos, materiales de curación e insumos médicos; en el primero al no contar con el índice epidemiológico ni la demanda insatisfecha, y en el segundo faltó unificar los diferentes parámetros; ocasionando programaciones poco reales.

## **RECOMENDACIÓN**

### **Al Director del Centro de Atención Ambulatoria 212 Tarqui.**

40. Dispondrá al Director Técnico que, en base a los Controles Diarios de Consulta Externa donde se registra el diagnóstico principal de los pacientes, y en coordinación con los médicos de la Unidad, cuantifiquen las patologías presentadas, y con el apoyo del Responsable del Área de Admisión y Estadística, determine trimestralmente el índice epidemiológico de la zona.
41. Ordenará al Director Técnico que, implemente el control de recetas no despachadas en Farmacia.
42. Dispondrá a los médicos de CAA 212 que, cuando crean indispensable la inclusión o exclusión de fármacos en el Cuadro Básico de Medicamentos del IESS, para tratar a pacientes con patologías prevalentes que las requieran, lo soliciten por escrito puntualizando las razones de tal petición y apoyándose en la información estadística que revele el porcentaje de incidencia.

### **Al Subdirector Provincial del Seguro General de Salud Individual y Familiar del IESS – Guayas.**

43. Dispondrá al Director del CAA 212 que, conjuntamente con el Director Técnico de la Unidad, adopten las medidas pertinentes para que las programaciones anuales de necesidades de fármacos, material de curación e insumos, se elaboren en base a la planificación estratégica y plan operativo anual, saldos de bodega, registros estadísticos de consumo, perfil epidemiológico y demográfico de la zona, demanda insatisfecha de recetas, requerimientos por escrito de necesidades de los galenos del Centro, proyección de crecimiento de atenciones, producción de las áreas inmersas y cualquier otra herramienta técnica que permita tener precisión en las necesidades de acuerdo al nivel de complejidad de la Unidad Médica.
44. Ordenará al Director del CAA 212 que, cuando exista requerimientos, por escrito, de parte de los médicos, sobre la inclusión de fármacos en el Cuadro Básico de Medicamentos del IESS, los remita a la Subdirección Provincial del Seguro General de Salud Individual y Familiar, para el trámite administrativo aplicable.

## **COMPONENTE: FARMACIA**

Las funciones de la Farmacia del CAA 212, son: la programación, recepción, almacenamiento control y entrega de los fármacos prescritos por los médicos y odontólogos, por lo que mantiene contacto directo con el cliente externo, siendo una de las dependencias que influyen la imagen institucional y produce



indicadores que permiten medir el grado de satisfacción de atención al cliente, con respecto al despacho de las recetas y el trato al usuario.

## **SUBCOMPONENTE: ESTRUCTURA FÍSICA DE LA FARMACIA**

### **READECUACIÓN FÍSICA DE LA FARMACIA, CREA SATISFACCIÓN AL CLIENTE INTERNO Y EXTERNO**

En inspección ocular del 17 enero del 2007, se constató que Farmacia funcionaba a la entrada de la puerta principal del Centro Médico, contando con ambientes de administración, bodega y atención a usuarios. Existía un servicio higiénico en mal estado; el tumbado evidenciaba huecos por ausencia de algunas planchas de yeso, otras presentaban signos de humedad, manchas y deterioro. Además, adolecía de climatización generalizada y los espacios eran reducidos y no prestaban la seguridad debida. El Código de la Salud en sus artículos 28 y 29 especifica las condiciones físicas y estructurales que debe tener una farmacia, entre las cuales están las siguientes:

***“...Local que posea luz natural y artificial suficiente y una ventilación adecuada (...) paredes adecuadamente pintadas o tratadas con material impermeabilizante; el cielo raso ofrecerá una superficie lisa y limpia; poseer ventanillas para atención diurna al público y nocturna si lo amerita; (...) servicio higiénico y lavabo de manos aislados del área de trabajo y en buen estado de funcionamiento...”***

Debido a la falta de adecuación física institucional, y que está en espera de ejecución externa, la farmacia no cuenta con adecuada infraestructura, afectando el nivel de satisfacción de sus usuarios.

## **CONCLUSIÓN**

Los directivos del CAA 212 se vieron limitados en su accionar sobre la reestructuración física de la Farmacia, por ser un rubro que se encontraba en espera para la ejecución externa; factor que incidió directa e indirectamente en la eficacia de la satisfacción del cliente interno y externo.

## **RECOMENDACIÓN**

### **Al Director del Centro de Atención Ambulatoria 212 Tarqui**

45. Dispondrá al Responsable de Farmacia que, hasta la culminación de las adecuaciones físicas que se están ejecutando en esa área, le mantenga informado sobre las novedades que se presenten; y, emita sugerencias de acciones que la Dirección pueda acometer, a fin de mejorar las condiciones del sistema de atención a los usuarios.

## SUBCOMPONENTE: CONTROL Y ENTREGA DE FÁRMACOS

### DOTACIÓN DE PERSONAL NECESARIO, PERMITE DISTRIBUCIÓN EQUITATIVA DE CARGAS DE TRABAJO

De la revisión y verificación de los registros de control de fármacos, se detectaron las siguientes novedades:

- Durante el alcance del análisis, solo se realizaron dos inventarios físicos de fármacos.
- Previo al último inventario, el 53% del cardes no estuvo actualizado.
- Los movimientos de ciertos ítems están registrados con lápiz, tachones y enmiendas.
- Algunos ítems no tienen niveles constantes.
- Falta de supervisión periódica del Responsable de Farmacia.
- Únicamente un Auxiliar de Farmacia atendía al público.
- Inexistencia de control de recetas no despachadas.

El 2 de mayo del 2006 se nombró una Química Farmacéutica como Responsable de la Farmacia, profesional que el 20 del mismo mes y año efectuó un conteo físico de medicamentos del stock del Auxiliar encargado de la entrega de fármacos, diligencia en que se detectó 82 productos con diferencias de menos, procediéndose a la reposición de 53 de ellos y el cambio del Servidor a otra área.

Nuestro análisis, al 1 de marzo del 2007, confirmó las diferencias en 36 productos, por lo que el Servidor hizo la reposición total de los fármacos con actas levantadas el 14 y 29 de marzo del 2007, lo que representó USD 1 340,14, según facturas respectivas.

El Código de Salud en sus artículos 21 literal c) y 22 literal b), concordantes con las NCI 120-05 Actividades de Monitoreo y/o Supervisión y 210-05 Oportunidad de los Hechos Económicos, respectivamente, indican que le corresponde al Jefe de Farmacia:

***“...Verificar que el kardex de control presente mínimos y máximos”, y que el Auxiliar de Farmacia debe “Llevar los registros actualizados de las existencias de medicamentos básicos (...) mediante el sistema de tarjetas kardex...”;*** las mismas que no deben tener anotaciones con lápiz, enmendaduras o tachones, a fin de que se pueda garantizar la integridad de la información.

Los hechos se originaron en la reducción del 50% del personal por diferentes motivos, lo que conllevó a la redistribución de tareas adicionales para los dos Auxiliares de Farmacia, ocasionando que se atrasen considerablemente en las actividades propias de sus cargos, así como el cometimiento de errores y ausencia de supervisión, factores que afectaron la eficiente atención a los usuarios y control de la

medicina, llegando a producirse diferencias en menos en la existencia física, las que fueron restituidas por el responsable.

## **CONCLUSIÓN**

Faltó dotación de personal necesario para la farmacia, que permitiera la distribución equitativa de cargas de trabajo, lo que afectó el eficiente desenvolvimiento de los Auxiliares del área.

## **RECOMENDACIÓN**

### **Al Director del Centro de Atención Ambulatoria 212 Tarqui.**

46. Gestionará ante las autoridades competentes, la dotación de un Auxiliar de Farmacia, calificado e idóneo para el manejo, control, custodia y despacho de fármacos.

Dispondrá al Responsable de Farmacia:

47. Supervisar periódicamente el manejo, control, custodia y despacho de fármacos de los Auxiliares de Farmacia, haciendo constataciones sorpresivas por muestreo, independientes del inventario anual, verificando con el saldo de cardes, y confirmando con la documentación fuente que este registro esté conforme. Informará de lo actuado, así como las novedades significativas que pudieren haber, emitiendo sugerencias de las acciones correctivas a aplicar en el reporte al Director del CAA 212 Tarqui.

48. Establecer niveles constantes, máximos y mínimos de existencia para todos los fármacos, tomando como base los consumos de los tres últimos años.

## **AUXILIARES DE FARMACIA CALIFICADOS E IDÓNEOS, BRINDAN SEGURIDAD EN ENTREGA DE FÁRMACOS**

La farmacia atiende desde las 8h00 hasta las 16h00, con mayor afluencia entre las 9h00 y las 15h00, a un promedio de 500 pacientes diarios y un estimado de 13.219 recetas mensuales.

Al final del período de análisis laboró, como despachador solo un auxiliar de Farmacia, el que fue sustituido por un Servidor contratado, y luego por un empleado de planta, sin que ninguno de ellos estuviera calificado para esa función.

El Reglamento de control y funcionamiento de los establecimientos farmacéuticos en su Art. 27 dispone que las personas que atienden el expendio de medicinas en las farmacias deberán tener, entre otros requisitos, un certificado o diploma de haber realizado un curso especial de capacitación en el manejo de medicamentos.

La situación descrita, se debe a las acciones de personal resumidas en: reducción, cambio y ascenso en su orden, como a la falta de capacitación de los despachadores de medicamento, lo que podría originar que a los usuarios se les confiera medicinas distintas a las prescritas en las recetas. Además de que se retrazaron las tareas de clasificación, organización, tabulación y registro en cardes e informe mensual del movimiento general de la Farmacia, por no tener un tiempo específico para esas labores.

### **Opinión del auditado**

Con oficio 422261101.347 del 29 de abril del 2008, el ex Gerente y actual Director de la Unidad Médica, expresó que en el periodo de julio a octubre del 2003, se contó con Auxiliares de Farmacia calificados.

### **Criterio de Auditoría**

La opinión del ex Gerente está acorde con el criterio de los Auditores, ya que lo comentado se produjo al final del período en estudio; originadas por las acciones de personal anotadas.

### **CONCLUSIÓN**

Al final del período de análisis, los medicamentos no estuvieron manejados y dispensados por personal técnico de experiencia y especializados, causando inseguridad en la entrega al usuario.

### **RECOMENDACIÓN**

**Al Subdirector Provincial del Seguro General de Salud Individual y Familiar del IESS – Guayas.**

49. Coordinará con el Director del CAA 212 Tarqui, a fin de hallar la solución más acertada para que la Farmacia cuente con el personal necesario e idóneo, que permita el normal desarrollo de sus actividades y el establecimiento de un eficiente servicio a los usuarios.

**Al Director del Centro de Atención Ambulatoria 212 Tarqui.**

50. Dispondrá a la Responsable de Farmacia, establecer un horario específico, en el cual los Auxiliares se turnen para ocupar su tiempo de almuerzo, y para cumplir con actividades de organización, control, registro y otras acciones administrativas, propias de sus funciones.

51. Ordenará al Responsable del área de Recursos Humanos que, en su planificación anual de capacitación incluya el curso para el manejo de medicamentos para el personal de Farmacia.

#### **COMPONENTE: UNIDAD FINANCIERA**

El objetivo principal de la Unidad Financiera es administrar y controlar el presupuesto asignado, cuyos registros generan estados financieros, a fin de que la Dirección los utilice como instrumentos administrativos para conocer la situación económica del CAA 212 y tomar las decisiones más acertadas para la consecución de las metas propuestas.

Durante el alcance de esta Auditoria no se elaboraron planes operativos que señalen objetivos, metas y estrategias específicas a seguir en el ámbito financiero, sin embargo se observaron que las acciones ejecutadas por el personal de esta área, en general, fueron encaminadas a aplicar la normativa vigente a la fecha en que se efectuaron los procedimientos de los subcomponentes que a continuación se exponen:

#### **SUBCOMPONENTE: FORMULACIÓN, CONTROL Y EJECUCIÓN DE PROFORMAS PRESUPUESTARIAS**

##### **FORMULACIÓN.**

En cada ejercicio económico, las proformas presupuestarias del CAA 212 fueron elaboradas por los Responsables de la Unidad Financiera en base a las programaciones proporcionadas por los Responsables de cada área, consolidándolos para valorarlos. Se tomó como precios referenciales las últimas compras realizadas, además se consideró el promedio de gastos mensuales, aplicando un incremento entre el 10 y 15 por ciento. Estos documentos eran avalados por los Responsables de la Unidad Financiera y los Gerentes o Director en funciones en cada año.

Es de comentar que, aunque ciertos Responsables de áreas entregaban las programaciones tardíamente y no en el plazo requerido por la Unidad Financiera, la proforma presupuestaria era elaborada, y se definía cuando personal de la Subdirección de Contabilidad y Control Presupuestario, de la ciudad de Quito, asistía a la Subdirección Médica de la Regional 2, actual Subdirección Provincial del Seguro General de Salud Individual y Familiar, o empleados del CAA 212 se trasladaban a la Subdirección de Contabilidad y Control Presupuestario, a fin de que sus Servidores modifiquen y las aprueben en base a los techos presupuestarios establecidos.

La proforma presupuestaria del año 2005 fue de USD 1 290 759,58, y la asignación de USD 3 450 091,49, esto es con una diferencia de USD 2 159 331,91, equivalente al 167,29%, más de lo solicitado, de lo cual USD 1 652 303,00 correspondían a 10 subpartidas del rubro Gastos en Personal que, en ese período eran administradas por la Subdirección de Recursos Humanos en Quito, y 3 de otros

rubros adicionados, solo USD 507 028,91 (23,48%) pertenecían al incremento de las cifras de la proforma elaborada en el CAA 212.

Similar situación se presentó en el año 2006, donde la proforma fue de USD 2 583 219,57 y la asignación de USD 4 661 121,27, diferenciándose por la suma de USD 2 077 901,70 que representaba el 80,44% más, de cuya cantidad USD 2 058 249,82 eran concernientes a 38 subpartidas, entre las que se encuentran 17 del rubro Gastos en Personal a cargo de la Subdirección de Recursos Humanos en Quito y 21 adicionadas; de dicho monto únicamente USD 19 651,88 (1%) fue el incremento a lo requerido.

Aparentemente, los valores de las partidas presupuestarias de las proformas fueron incrementadas al efectuarse las asignaciones anuales, sin embargo comparando de manera individual las partidas Medicina, Material de Curación, Material para Rayos X, Material para Laboratorio, Biomateriales Odontológicos y Material Banco de Sangre del presupuesto elaborado por el personal del Centro Médico, con la asignación anual de los años 2005 y 2006, observamos que hubo modificaciones o reprogramación en las cifras, ya que en el 2005 se disminuyó en cuatro de las seis partidas un total de USD 36 571,00, mientras que entre las dos restantes se incrementó esa misma cantidad, alcanzando un promedio del 50% tanto en reducción como en incremento en el citado año, es decir que se rebajó a unas para aumentar a otras.

En cambio, en el 2006 hubo un decremento total de USD 76 037,10 entre cuatro partidas, lo que representó un promedio del 38% menos de lo solicitado en el presupuesto para los referidos rubros, y solo en una partida se aumentó USD 2 647,10, equivalente al 4,07% más de lo solicitado.

El detalle de las seis subpartidas está reflejado en los siguientes cuadros:

**CUADRO COMPARATIVO ENTRE PRESUPUESTO Y ASIGNACIÓN AÑO 2005**

CONCEPTOS	PRESUPUESTO CAA No. 212	ASIGNACIÓN ANUAL	REPROGRAMACION	ASIGNACION TOTAL	DIFERENCIA ENTRE P y A	% DIFER
MEDICINA	532.782,89	532.783,00	3.281,00	536.064,00	3.281,11	0,62
MATERIAL DE CURAC. Y NO ESP.	45.355,00	45.355,00	-21.420,00	23.935,00	-21.420,00	-47,23
MATERIAL PARA RAYOS X	30.410,06	30.410,00	-4.058,00	26.352,00	-4.058,06	-13,34
MATERIAL PARA LABORATORIO	32.602,50	32.603,00	33.290,00	65.893,00	33.290,50	102,11
BIOMATERIALES ODONTOLOGICOS	19.487,60	19.488,00	-9.060,00	10.428,00	-9.059,60	-46,49
MATERIAL BANCO DE SANGRE	2.178,00	2.178,00	-2.033,00	145,00	-2.033,00	-93,34
<b>TOTALES</b>	<b>662.816,05</b>	<b>662.817,00</b>		<b>662.817,00</b>	<b>0,95</b>	<b>0,00</b>

**CUADRO COMPARATIVO ENTRE PRESUPUESTO Y ASIGNACIÓN AÑO 2006**

CONCEPTOS	PRESUPUESTO CAA No. 212	ASIGNACIÓN ANUAL	REPROGRAMACION	ASIGNACION TOTAL	DIFERENCIA ENTRE P y A	%
MEDICINA	750.000,00	660.000,00	35.310,00	695.310,00	-54.690,00	-7,29
MATERIAL DE CURAC. Y NO ESP.	18.000,00	15.300,00		15.300,00	-2.700,00	-15,00
MATERIAL PARA RAYOS X	42.000,00	42.000,00	-15.389,10	26.610,90	-15.389,10	-36,64
MATERIAL PARA LABORATORIO	65.000,00	52.000,00	15.647,10	67.647,10	2.647,10	4,07
BIOMATERIALES ODONTOLOGICOS	10.000,00	10.000,00		10.000,00	-	-
MATERIAL BANCO DE SANGRE	3.500,00	500,00	-258,00	242,00	-3.258,00	-93,09
<b>TOTALES</b>	<b>888.500,00</b>	<b>779.800,00</b>	<b>35.310,00</b>	<b>815.110,00</b>	<b>-73.390,00</b>	<b>-8,26</b>

P=Presupuesto

A=Asignación

El análisis se limitó en los años 2003 y 2004 por cuanto la Dirección del CAA 212, no proporcionó las proformas presupuestarias elaboradas en esa Unidad, pese a las insistencias hechas en forma verbal y con oficio 51000000. AG.CAA No. 212-202 del 22 de octubre del 2007. Inobservándose el Art. 76 de la LOGE.

## CONTROL Y EJECUCIÓN.

Nuestro análisis reveló que en el CAA 212, la asignación presupuestaria de cada período fue controlada internamente a través de las certificaciones presupuestarias previo al pago, y mensualmente con los Balances Presupuestarios de Compromisos y Gastos que reflejaban el saldo mensual del presupuesto, remitiéndolos a la SPSGSIF.

El gasto de los valores asignados a todas las partidas presupuestarias reflejan los siguientes porcentajes de ejecución:

AÑOS		2.003		2.004		2.005		2.006	
COD.	PARTIDAS PRESUPUESTARIAS	% EJECUT.	% EJEC. MAS COMPR.	% EJECUT.	% EJEC. MAS COMPR.	% EJECUT.	% EJEC. MAS COMPR.	% EJECUT.	% EJEC. MAS COMPR.
5	<b>GASTOS CORRIENTES</b>	87,55	87,55	102,26	102,32	111,99	112,00	96,43	96,43
51	Gastos en Personal	85,24	85,24	95,31	95,42	90,81	90,83	94,14	94,14
52	Prestaciones de la Seg. Social	56,31	56,31	134,85	134,85	731,82	731,82	99,55	99,55
53	Bienes y Serv. de Consumo	97,48	97,48	97,90	97,90	95,35	95,35	99,53	99,53
57	Otros Gastos	0,00	0,00	8,10	8,10	19,82	19,82	1,00	1,00
58	Transferencias Corrientes	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	25,58	25,58
7	<b>GASTOS DE INVERSIÓN</b>	30,03	30,03	39,83	39,83	99,89	99,89	0,00	0,00
75	Obras Públicas	30,03	30,03	39,83	39,83	99,89	99,89	0,00	0,00
8	<b>GASTOS DE CAPITAL</b>	90,64	90,64	3,12	86,05	74,50	74,50	0,00	0,00
84	Activos de Larga Duración	90,64	90,64	3,12	86,05	74,50	74,50	0,00	0,00
9	<b>APLICACIÓN DE FINANC.</b>	30,93	30,93	0,00	0,00	93,78	93,78	61,05	61,05
97	Amortización de la Deuda-Púb.	30,93	30,93	0,00	0,00	93,78	93,78	61,05	61,05
	<b>TOTALES</b>	85,28	85,28	91,80	98,86	106,06	106,07	89,11	89,11

En los años 2004 y 2005 el rubro con código 5 Gastos Corrientes estuvo sobregirado por un valor de USD 61 903,11 y USD 308 199,334, equivalentes al 2,26% y 11,99% respectivamente, porcentajes originados por las partidas 51 Gastos en Personal y 52 Prestaciones de la Seguridad Social, cuyos valores fueron pagados en el período económico siguiente por estar debidamente justificados; y para el caso de los valores comprometidos, se efectuaron las provisiones correspondientes para ser cancelados en el subsecuente ejercicio económico.

También existieron rubros cuyas asignaciones no fueron utilizadas, o lo hicieron en porcentajes bajos, debido a que no eran partidas de gastos fijos y que dependían de variaciones externas.

En las partidas Medicina, Material de Curación, Material para Rayos X, Material para Laboratorio, Biomateriales Odontológicos y Material Banco de Sangre, el promedio de ejecución de la asignación presupuestaria de los cuatro años, es del 98,51%, siendo el 1,49% el porcentaje promedio de lo no gastado. Esta diferencia fue producida mayormente en el año 2005 donde el valor total no ejecutado fue de USD 38.935,88 equivalente al 5,87% de la asignación de ese año, residual que se produjo debido a que en ese período el CAA 212 sufrió dos cambios de Administración y la dirección de tres gerentes, que retrasó los procesos de adquisición ocasionando que no se consumiera todo el presupuesto asignado.

El siguiente cuadro demuestra detalladamente las cifras de lo informado:

**DIFERENCIA ENTRE ASIGNACIONES PRESUPUESTARIAS Y GASTOS ANUALES DE SEIS RUBROS**

AÑOS	2003		2004		2005		2006		TOTAL DIFERENCIA US\$
	DIFERENCIA	US\$	DIFERENCIA	US\$	DIFERENCIA	US\$	DIFERENCIA		
	US\$	%	US\$	%	US\$	%	US\$	%	
MEDICINA	5,73	0,00	0,11	-	34.496,04	6,44	1,01	0,00	34.502,89
MATERIAL DE CURACION Y NO ESPECIFICOS	2,81	0,01	6,00	0,06	989,84	4,14	8,99	0,06	1.007,64
MATERIAL PARA RAYOS X	59,52	0,28	2,43	0,01	2.982,27	11,32	-	-	3.044,22
MATERIALES PARA LABORATORIO	20,00	0,07	53,87	0,16	462,40	0,70	15,98	0,02	552,25
BIOMATERIALES ODONTOLOGICOS	92,30	0,77	8,28	1,04	3,13	0,03	162,60	1,63	266,31
MATERIAL BANCO DE SANGRE	-	-	4,00	2,76	2,20	1,52	-	-	6,20
<b>TOTAL</b>	<b>180,36</b>	<b>0,04</b>	<b>74,69</b>	<b>0,02</b>	<b>38.935,88</b>	<b>5,87</b>	<b>188,58</b>	<b>0,02</b>	<b>39.379,51</b>

Lo expuesto demuestra que, al menos en items primordiales como los detallados, los valores de las proformas presupuestarias elaboradas por la Unidad, fueron disminuidos, ocasionando que existan fondos insuficientes, especialmente para cubrir las necesidades de prestación de servicios médicos programados que otorga el CAA 212 a su clientela, especialmente la farmacológica. Y que el promedio de ejecución de todas las partidas de los cuatro períodos, solo fuera el 93,31%, y no el 100% como se esperaba.

Los porcentajes de Eficacia en la administración de las asignaciones presupuestarias anuales se detallan a continuación:

INDICE	PORCENTAJES				% DE EFICACIA ESPERADO
	2003	2004	2005	2006	
EFICACIA	85,28	98,86	100	89,11	100



## **CONCLUSIÓN**

No se gastó el 100% de lo asignado, siendo el promedio de ejecución de los cuatro años el 93,31%, porcentaje que es aceptable, y guarda coherencia con la relación individual de la partida Bienes y Servicios de Consumo, la misma que agrupa subpartidas de gastos habituales, cuyo promedio de gasto ascendió al 97,57%, produciendo que la diferencia quede sin ser ejecutada.

## **RECOMENDACIÓN**

### **Al Director del Centro de Atención Ambulatoria 212 Tarqui.**

52. Dispondrá por escrito, a los responsables de las diferentes áreas operativas del CAA 212, que las programaciones de los recursos necesarios para el desarrollo y buen funcionamiento de las dependencias que representan, sean entregadas dentro del plazo requerido por el Responsable de la Unidad Financiera.

53. En coordinación con el Responsable de la Unidad Financiera, velará por que la asignación presupuestaria anual sea invertida y ejecutada totalmente durante el período en curso.

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

54. Ordenará al personal de la Subdirección de Contabilidad y Control Presupuestario de la Dirección del Seguro General de Salud Individual y Familiar, encargado de la revisión de las proformas presupuestarias del CAA 212, que previo a la variación de las cifras de ese documento analice, en coordinación con el Director y el Responsable del Área Financiera del Centro Médico, el porcentaje de ejecución histórico de las partidas presupuestarias, a fin de que los incrementos o disminuciones sean efectuados de manera razonable, aumentado a aquellos que tengan mayor movimiento en cada ejercicio económico.

## **SUBCOMPONENTE: FACTURACIÓN Y COSTOS**

### **IMPLANTAR SISTEMAS INFORMÁTICOS IDÓNEOS Y DOTAR DE RECURSOS NECESARIOS, ACTIVA LA FACTURACIÓN**

La facturación y costeo se efectuó desde el año 2006 por servicio y tipo de beneficiario, en forma general y no por paciente, por falta del programa multiusuario, aunque un Sistema de Facturación Integrado fue instalado desde el 18 de agosto del 2004 en Admisión y Estadística, pero no está en función, por que no brinda la opción de compartir la información en una Intranet.

Los valores de la facturación general por Servicio y por tipo de beneficiario realizada en el año 2006, está reflejada en el siguiente cuadro demostrativo, totalizando un monto de USD 2 336 794.06, siendo los rubros de mayor valor el de Farmacia con el 31,62% y Consulta Externa con el 27,68%.

FACTURACION POR SERVICIOS AÑO 2006		
SERVICIOS / PROCEDIMIENTOS	VALORES	%
CONSULTA EXTERNA	646.723,60	27,68
ENFERMERIA	11.606,77	0,50
FARMACIA	738.818,53	31,62
ODONTOLOGIA	89.896,75	3,85
LABORATORIO CLINICO	312.491,40	13,37
RAYOS X (IMAGEN)	182.260,00	7,80
MEDICINA FISICA	301.232,01	12,89
ELECTROCARDIOGRAFIA	36.018,00	1,54
CURACIONES	17.747,00	0,76
<b>TOTALES</b>	<b>2.336.794,06</b>	<b>100,00</b>

El Tarifario del Seguro General de Salud Individual y Familiar para las atenciones Médicas del IESS del 26 de agosto del 2003, incluye en los exámenes de laboratorio y de imagen los precios de: recurso humano, equipos, reactivos, materiales de contraste e insumos, pero existen procedimientos tales como aplicación de inyecciones, terapia respiratoria, infiltración, enemas, urogramas, etc., que no están considerados y se factura con precio estimado.

El Centro Médico no tiene valores reales de lo que cuesta el mantenimiento por cada uno de los Servicios, no pudiendo determinar cuál de ellos es el que incurre en mayores gastos, consecuentemente tampoco se puede obtener su real costo/beneficio. Esta información no se halla a disposición por no contar con un sistema de retroalimentación de costos individualizada por Área, excepto lo referente a la asistencia médica y apoyo técnico que se presta al usuario.

Se conoció que la Dirección del Seguro de Salud en coordinación con la Dirección de Desarrollo Institucional se encuentra analizando y definiendo la utilización de herramientas informáticas para el manejo de los diversos procesos, entre ellos el de facturación, para lo cual se dispuso el 11 de julio del 2007 con oficio 21200000.3477, que ninguna Unidad Médica podrá adquirir y/o implementar programas informáticos aislados que se viene ofreciendo sin el aval de esta Dirección.

## CONCLUSIÓN

La ausencia del equipo y programa informático adecuado para la facturación, como la falta de recurso humano, y de un sistema de costeo por cada Servicio o Área médico-técnica, impidió aplicar la

facturación individualizada de todos los Seguros Especializados; y determinar el costo/beneficio de las prestaciones que brinda el CAA 212.

## **RECOMENDACIÓN**

### **Al Director General del IESS**

55. Dispondrá a los Directores del Seguro General de Salud Individual y Familiar y de Desarrollo Institucional, coordinen la implementación prioritaria del programa integral informático de facturación para el CAA 212, que permita facturar de manera individual, así como obtener los costos de funcionamiento de cada área a fin de establecer su costo/beneficio.
56. Ordenará al Director de Desarrollo Institucional que, paralelamente a la implementación del programa integral de facturación, a través de la Subdirección de Servicios Informáticos, efectúe el análisis de la plataforma informática que mantiene el CAA 212, a efectos de determinar los equipos adecuados y suficientes para aplicar la facturación, y la dotación de herramientas que hagan falta para su funcionamiento.
57. Dispondrá al Subdirector de Recursos Humanos efectúe la coordinación necesaria para que el personal asignado a los procesos de facturación y costeo sea capacitado, previo a la implementación del programa de facturación.

## **SUBCOMPONENTE: IMPUESTO AL VALOR AGREGADO**

### **IMPUESTO AL VALOR AGREGADO DECLARADO SIN ERRORES, EVITA TARDANZA EN SU DEVOLUCIÓN**

De nuestro análisis se estableció que:

Conforme a las declaraciones y solicitud de devolución del IVA, así como a las Resoluciones del SRI, durante el período de análisis, se evidencia la declaración de USD 68 271,95 por concepto de IVA, de lo cual han devuelto USD 57 992,84, existiendo una diferencia no reembolsada de USD 10 265,06; de esa suma los Gerentes y/o Directores actuantes, plantearon Recursos de Rectificación y Revisión sobre las declaraciones del IVA de los años 2003, 2004 y 2005, gestión que se inició desde el 26 de agosto del 2003 con comunicación 4222.61101-382, e insistiendo en los siguientes años tal como consta en escritos innumerados del 9 de junio del 2004, 21 de febrero y 25 de mayo del 2005, suscritos por la ex Gerente del CAA N° 212 y un abogado particular. Posteriormente el Director General de la época, presentó

individualmente doce Recursos de Revisión por cada valor no devuelto por el SRI, con los números de trámite: 1170120060480-59, -61, -64, -65, -68, -70, -71, -73, -74, -75 y -76 del 21 de septiembre del 2006, por el monto de USD 2 096,98, con patrocinio de abogados de la Procuraduría General del IESS. Está pendiente la devolución de USD 3 834,54, suma que el Servicio de Rentas Internas notificó con Resolución N° 109012007RREC013045 del 6 de agosto del 2007:

***“...Que una vez revisada y analizada la documentación presentada... la Administración Tributaria efectuará las enmiendas en la respectiva base de datos...”***, por lo que resolvió autorizar ***“...la rectificación de la Rectificación de la declaración del Impuesto al Valor Agregado del mes de Agosto del año 2004 y de Retención en la Fuente del Impuesto a la Renta del mismo mes...”***.

Tampoco ha resuelto sobre el monto de USD 4 297,23 de mayo y diciembre del 2005, correspondiente al Recurso presentado por el Director del CAA 212, constando con números de trámite: 1090120070494-75 y 78 del 23 de noviembre del 2007.

Las razones de la demora en el planteamiento de reclamos al SRI es la inexistencia de un abogado que impulse las acciones legales del CAA 212, lo cual no solo influyó en este aspecto, sino también en lo referente a adquisiciones. Otra fue por errores en facturas, por lo que el Director de la Unidad Médica dispuso a la responsable de esos procesos depositar USD 42,55 por ese concepto, diligencia que cumplió acreditando ese valor en la cuenta corriente del CAA N° 212 con comprobante N° 0005368631 del 21 de diciembre del 2007.

Por la vigencia de la nueva Ley de Seguridad Social se aplicó la reestructuración del IESS y la separación contable, consecuentemente los procesos de legalización y pago de las transacciones de las Unidades Médicas dejaron de ser efectuados por la Dirección Regional 2, hasta que en marzo del 2003 cada Unidad Médica comenzó a administrar sus transacciones con su propio RUC, no obstante mediante oficio sin número del 13 de marzo del 2007, la servidora que cumplía funciones de Contadora del CAA 212 informó que:

***“...fue a partir del mes de marzo del 2003, que desde el nivel Central, se instaló los programas para que cada Unidad Médica, proceda a declarar ante el SRI. con su RUC (...) sin embargo era en la Caja del Seguro que se seguía legalizando todos los procesos generados en el CAAN. Fue a partir del mes de Enero del 2004 que esta Unidad empezó a legalizar estos procesos...”***

A continuación tenemos un cuadro demostrativo donde se resume, por períodos de solicitud, los valores y porcentajes del IVA declarados, solicitados, devueltos y no devueltos por el SRI:

**IVA DEL CAA 212 POR PERIODOS DE SOLICITUD (2003.07 AL 2006.06)**

PERIODOS	DECLARADO AL SRI	SOLICITADO AL SRI	DEVUELTO POR EL SRI	NO DEVUELTO POR EL SRI	PORCENTAJE DEVUELTO	PORCENTAJE NO DEVUELTO
2003.07 A 09	5.094,97	5.095,11	3.763,90	1.331,07	73,87	26,13
2003.10 A 2005.03	33.194,49	29.358,95	28.711,12	4.469,32	86,49	13,46
2005.04 A 2006.06	29.982,49	29.982,49	25.517,82	4.464,67	85,11	14,89
<b>TOTAL</b>	<b>68.271,95</b>	<b>64.436,55</b>	<b>57.992,84</b>	<b>10.265,06</b>	<b>84,94</b>	<b>15,04</b>

Los hechos y cifras expuestas, reflejan el porcentaje de eficacia con que la administración del CAA No. 212 actuó en estos procesos, en cada período de gestión; índice que se encuentra detallado a continuación y que está dado de acuerdo a los valores del IVA que fueron declarados y devueltos, debiendo ser el 100%, lo que no ocurrió conforme lo expuesto:

INDICE	PORCENTAJES DE VALORES DEVUELTOS			DEVOLUCION ESPERADA %
	2003.07 A 2003.09	2003.10 A 2005.03	2005.04 A 2006.06	2003.07 A 2006.06
EFICACIA	73,87	86,49	85,12	100,00

## CONCLUSIÓN

Las discrepancias entre el CAA 212 y el SRI relacionado a la devolución del IVA, fueron gestionadas e impugnadas y se encuentran en espera de absolución, lo cual no permitió la devolución inmediata de los valores retenidos.

## RECOMENDACIÓN

### **AL Subdirector Provincial del Seguro General de Salud Individual y Familiar del IESS – Guayas.**

58. Coordinará con la Procuraduría General del IESS el impulso al Recurso de Revisión que presentó el Director General el 26 de septiembre del 2006 ante el SRI para la interposición de las acciones legales que fueren viables.

### **Al Director del Centro de Atención Ambulatoria 212 Tarqui.**

59. Coordinará con los Responsables del área de Recursos Humanos y Unidad Financiera, la programación de capacitación y actualización del personal de esa Unidad, en el tema de impuestos o aranceles que el CAA 212 tenga que asumir en sus transacciones.

## SUBCOMPONENTE: CONTABILIZACIÓN Y DEPRECIACIÓN DE ACTIVOS FIJOS

### ACTIVOS FIJOS CONTABILIZADOS, REFLEJAN CUANTÍA REAL DE BIENES DE PROPIEDAD DEL CAA 212

En nuestro examen encontramos que:

Según los registros contables cortados a diciembre del 2006, el CAA 212 posee activos fijos adquiridos del 2003 al 2006 por un monto de USD 287 255,36, cuya depreciación suma USD 14 259,22, que no incluye lo correspondiente al ejercicio económico del 2003. La depreciación de dicho año asciende a USD 2 293,40, según el siguiente detalle:

ACTIVOS FIJOS DEL CAA No. 212 CONTABILIZADOS Y DEPRECIADOS

ACTIVOS	2003		2004		2005		2006		TOTAL ACT. FIJOS.
	MONTO	DEPREC.	MONTO	DEPREC.	MONTO	DEPREC.	MONTO	DEPREC.	
INSTRUM. MEDICO	20.651,00	1.590,99	8.525,00	114,09	7.182,34	59,43	6.676,64	354,42	43.034,98
EQUIPOS INFORM.	3.999,96	647,11	2.846,00	288,96	8.524,00	597,90	35.464,00	3.900,40	50.833,96
MOBILIARIO	5.448,00	20,48	-	-	-	-	39.633,45	2.278,65	45.081,45
EQUIPOS DE OFIC.	4.921,00	34,82	8.840,96	155,53	4.726,43	197,05	20.371,58	1.311,12	38.859,97
EQUIPO MEDICO	-	-	-	-	-	-	109.445,00	5.001,67	109.445,00
<b>TOTAL</b>	<b>35.019,96</b>	<b>2.293,40</b>	<b>20.211,96</b>	<b>558,58</b>	<b>20.432,77</b>	<b>854,38</b>	<b>211.590,67</b>	<b>12.846,26</b>	<b>287.255,36</b>

No se ha registrado la depreciación del año 2003, situación que afecta a los períodos contables subsiguientes, y según lo manifestado por la ex Contadora en oficio innumerado del 20 de junio del 2006, se debió a que recibió instrucciones verbales de parte de servidores de las áreas contables de la ex Subdirección Médica y posteriormente de la SSIF, de no contabilizar esas depreciaciones porque el nivel central iba a realizar ese trabajo. Al respecto, el Director del Seguro General de Salud Individual y Familiar, con comunicación No. 21200000-3255 del 31 de mayo del 2007, explicó textualmente que:

***“...para evitar confusión en la aplicación de procedimientos contables y administrativos, los funcionarios que integran el grupo del área contable a cargo de la Subdirección de Contabilidad y Control Presupuestario de esta Aseguradora; emiten instrucciones por escrito...”, también indicó, “...le informo que las depreciaciones de los ejercicios económicos 2002 y 2003, que se están contabilizando en las Unidades Médicas del ámbito Nacional, deben ser analizadas, en vista de que para el ejercicio económico del 2006, los Hospitales, Centros y Unidades de Atención, se descentralizan financieramente y operativamente de la Administradora y Fondo de Salud...”***

No constan contabilizados y depreciados los activos fijos con los que se inició la Unidad Médica desde mayo de 1990 hasta diciembre del 2002, de los cuales muchos se encuentran inservibles en espera de la baja definitiva en la Bodega de Activos en Tránsito según el acta de traslado del 13 de septiembre del 2004.

La ex Contadora expresó que, no se registraron por cuanto ella se inició en marzo del 2003 y no obtuvo la documentación de ingreso como actas de entrega recepción, facturas u otros.

Lo expuesto originó que se desconozca el verdadero monto de activos fijos de propiedad de la Unidad Médica hasta el 2006, entre otros aspectos, por no haberse realizado el cruce de información de contabilidad con la existencia física, debido a que los inventarios existentes no fueron remitidos al área contable y no fueron realizados anualmente ni de manera completa, situación que está comentada en el capítulo III, existiendo la posibilidad de que aún consten registrados activos inservibles por deterioro o daño, cuya baja no se ha ejecutado y provocando que Auditoría Interna no pueda cuantificar ni determinar porcentajes por desconocerse a cuánto asciende el valor real de activos fijos del Centro Médico.

Es de resaltar, que el valor residual de los activos fijos contabilizados si fue considerado desde su adquisición, de tal manera que los activos que ya han cumplido el tiempo de su vida útil y aún están en uso constan con su valor residual hasta ser dados de baja.

## **CONCLUSIÓN**

Los saldos al 2006 no fueron reales y constaron incompletos, desconociéndose el monto real del valor de los activos fijos que poseía el Centro, afectando la eficacia en este proceso.

## **RECOMENDACIÓN**

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

60. Dispondrá al Subdirector de Contabilidad y Control Presupuestario que, personal del área contable de esa dependencia, instruya por escrito a la Contadora del CAA 212, sobre las acciones a tomar para la contabilización de la depreciación de los activos fijos correspondiente al año 2003, a fin de que se regularice las cuentas correspondientes.

### **Al Subdirector Provincial del Seguro General de Salud Individual y Familiar del IESS – Guayas.**

61. Ordenará al Director del CAA 212 que, una vez efectuado el inventario al que se refiere la recomendación número 7.5, procederá a disponer a la Contadora, el registro contable de aquellos activos fijos no contabilizados, para cuyo efecto deberá localizarse la respectiva documentación sustentatoria; y, en caso de no existir tales documentos, se solicitará la participación de un perito evaluador.

## **COMPONENTE: ADQUISICIÓN DE FÁRMACOS, MATERIALES DE CURACIÓN E INSUMOS MÉDICOS**

### **SUBCOMPONENTE: PROCESOS DE INVITACIÓN, SELECCIÓN, ADJUDICACIÓN Y ENTREGA RECEPCIÓN**

#### **APLICACIÓN DE NORMATIVA VIGENTE EN ADQUISICIONES, GARANTIZA TRANSPARENCIA EN PROCESOS**

Los procesos de adquisición de fármacos, materiales de curación e insumos médicos fueron realizados por trimestres en el 2003 y 2004; en dos procesos del 25% y 75% en el 2005; y, con un proceso del 100% en el 2006; detectándose inconsistencias repetitivas en los diferentes períodos, las mismas que se detallan a continuación e indican la norma inobservada:

#### **Trimestres de los años 2003 y 2004**

- En los únicos 4 contratos de los dos trimestres del 2003, no se solicitó las garantías de seriedad de la propuesta. (Decreto 2077 Arts. 16 literal d) y 20, concordante con el Art. 67 de la LCP).
- No existen copias de invitaciones a oferentes, solo había un modelo. Se desconoce los datos que constaban en invitación. (Decreto 2077 Cap. IV Disposiciones Comunes de los Concursos, Art. 17 y 20 -literal c.- y Art. 25; Res. C.D. 016 Art. 12, 14 y 15 literal f).
- Ausencia de los certificados de: Registro Sanitario, Acuerdo Biministerial de Fijación de Precios y el de Proveedor Calificado con su correspondiente listado de productos (Instructivo para la Adquisición y Distribución Fármacos Mat. Quirúrgico e Insumos Méd. por Contratación Directa del 08.09.1995 numeral 4.9; Res. C.D. 016 Arts. 14 y 15 literal f) y Art. 20, acorde al Decreto 2077 Art. 20. Art. 25). Según la documentación del libro mayor que reposa en la SPSGSIF y en CAA, existen procesos que, tanto en papeles de oferentes ganadores como perdedores no constan completos los requisitos, pues solo existen copias simples. Al parecer concursaron proveedores con documentación en esas condiciones.
- Actas de Calificación y Adjudicación sin fecha. (NCI 210-04 Documentación de respaldo y su archivo; y 210-07 Formularios y documentos, respectivamente).
- Documentación entregada con cotización sin estar foliada ni rubricada por oferentes. (Decreto 2077 Art. 20 literal g.).
- Sobres portadores de las ofertas, y documentación entregada con ellas no constan rubricados por miembros del Comité de Adquisiciones. (Instructivo del 08.09.1995, numeral 4.12 reformado según oficio 04100-1685 del 19.08.1998. Res. C.D. 016 Art. 15 literal e).



- Los sobres no evidencian datos de recepción, tampoco se observa la existencia de un control de recepción de ofertas. (Decreto 2077, 2do. párrafo Art. 19).
- Existen órdenes de compra, unas sin sello ni firma de recepción, otras sin sello y fecha de recepción y algunas sin fechas de emisión ni recepción. Esta ausencia de datos no permite obtener información relevante para el control interno, en cuanto a tiempos e identificación de uno de los intervinientes. (NCI 110-09; 210-04; 210-07; Control Interno Previo; Documentación de Respaldo y su Archivo; Formularios y Documentos, en su orden, concordantes con Res. C.D. 016 Art. 13 numeral 17 –parte final-).
- No constan notificaciones a los oferentes ganadores ni perdedores, sobre los resultados del concurso.
- Existen órdenes de compra, para entrega inmediata de la mercadería, retiradas por el proveedor con exceso de más de 6 días y otras después de 2 meses. La entrega inmediata comprendía 8 días después de la notificación al ganador. (Instructivo del 08.09.1995, numeral 4.17; Res. C.D. 016 Art. 4 literal d).
- No constó en listado de productos calificados por el IESS el fármaco Atenolol Tab. de 100 mg. que fue adquirido a Ecuaquímica con orden de compra 296 del 20 de julio del 2003. (Instructivo del 08.09.1995, numeral 4.10, concordante con el Art. 48 del Decreto 2077).
- En los procesos de adquisición de ítems tales como: Cánulas para canalizar venas, agujas hipodérmicas, etc., materiales que son intracorpóreos, no consta el Registro Sanitario ni en copia simple.
- Las órdenes de compra fueron elaboradas en un promedio de 4 días y hasta 12 días después de la adjudicación, y fueron entregadas a los proveedores en un promedio de 6 días y hasta 21 días después de su emisión. (Res. C. D. 016 Art. 17)
- Ordenes de compra elaboradas y suscritas por Vocal Económico; cumpliendo funciones incompatibles (NCI 140-02 Separación de Funciones Incompatibles)
- Existen actas de apertura, calificación y adjudicación por compra directa de fármacos del primer trimestre del 2004, que no evidencia la firma del miembro de la Comisión Técnica (Subcomisión de Calificación) delegado para ese período, según acta 2004.01 del 11 de febrero del 2004. (Res. C. D. 016 Art. 15 literal f).

A medida que fueron ejecutando estos procesos, en cada período, se cometieron menos errores, especialmente en el 2006, porque desde el inicio hubo la participación de una abogada.

Es de mencionar que, los archivos que contienen los documentos que respaldan las adquisiciones de fármacos, materiales de curación e insumos médicos estaban ordenados de manera que, los papeles de un proceso estaban segregados por empresas, dependiendo de si eran ganadoras o perdedoras,

modalidad que dificultó ubicar rápidamente los documentos a verificar, lo que ocasionó dependencia de la persona que clasificó y ordenó esa documentación.

Las inconsistencias anotadas, revelan el desconocimiento de la normativa y la falta de acuciosidad, de los intervinientes en los procesos, originando que los archivos estén incompletos.

Mediante sendos oficios (422261101.385 del 10 de abril; MIS.01.07 del 7 de mayo; innumerados del 4 y 5 de junio, y 24 de agosto, CONT. CAAN.030 y sin número del 15, 17 y 29 de octubre, todos del 2007), los miembros de los Comités de Adquisiciones o de Selección, según sea el período, y de las Comisiones Técnicas, emitieron sus criterios y opiniones sobre las novedades expuestas, en unos casos admitiendo la falta, puntualizando:

***“...debido a nuestra escasa experiencia (...) se cometieron falencias, más por desconocimiento e inexperiencia en este tipo de trabajo, pero de buena fe, esto es sin tratar de eludir responsabilidades ni causar perjuicio económico a la Institución...”***;

y en otros no lo aceptaban, como aquel en el cual la mayoría coincidió asegurando que los certificados de: Registro Sanitario, Acuerdo Biministerial de Fijación de Precios y el de Proveedor Calificado con su correspondiente listado de productos, si se encontraban cuando las ofertas eran calificadas; y unos indicaron que los procesos estaban iniciados cuando se hicieron cargo; sin embargo un miembro expresó:

***“...De lo que recuerdo se exigía notariado únicamente el certificado de proveedor calificado y el acuerdo biministerial, demás documentos fueron copias generalmente...”***,

otro indicó que para la calificación técnica solo le entregaban la oferta por cada ítem. No obstante, en su mayoría no aportaron elementos determinantes que justifiquen la omisión de la aplicación de la normativa vigente en cada período.

Por lo expuesto, se inobservó la normativa citada en los hallazgos antes comentados.

### **Opinión de los auditados**

La ex Vocal Económico y ex Secretaria del Comité de Adquisiciones, mediante oficio MIS.101.2008 del 29 de abril del 2008, indicó que:

***“...NO ES VERDAD que no existan copias de Invitaciones a Oferentes, Certificados de Registros Sanitarios, Acuerdo Biministerial de Fijación de Precios, Certificado de Proveedores Calificado del IESS y notificaciones a oferentes ganadores y perdedores, pues sin estos documentos el área de Contabilidad Regional 2, nos devolvía los procesos...”***; y, que tampoco inobservó la NCI 140-02 al elaborar las Ordenes de Compra, porque lo hizo ***“...con el afán de colaborar con el Comité...”*** debido a que la nueva Secretaria ***“...aún no se sentía capaz de elaborarlas...”***.

Sobre ítems comprados fuera del listado de productos calificados por el IESS, manifiesta que siempre se lo hizo con autorización de la Dirección del SGSIF, pero que desconoce la causa de la ausencia de los documentos que quedaron archivados. Consecuentemente rechaza la conclusión emitida por los Auditores.

El ex Gerente y actual Director del CAA N° 212, a través de oficio 422261101.347 del 29 de abril del 2008, presentó sus alegatos respecto a este tema, coincidiendo con las opiniones precedentes, de la ex Secretaria, en cuanto a este componente. Adicionando que la ausencia de la documentación de respaldo de todos los procesos se debe probablemente a la manipulación de documentos, especificando que en su período existió un archivo para el Comité de Adquisiciones en el área de Pediatría, que después del 2003 desapareció; además, que sí se cumplieron las NCI 110-09, 210-04 y 210-07.

Con oficio CONT. CAAN. # 037 del 6 de mayo de 2008, la ex Vocal Económico del Comité de Adquisiciones, con cédula de ciudadanía 0906771282, se ratificó en todo lo expuesto en los oficios de descargo que presentó durante la ejecución de la Auditoría de Gestión, en especial que los miembros del Comité revisaban que todos los requisitos estuvieran completos, pero que no puede sustentar con documentación lo anotado en esas misivas, porque los documentos quedaban en poder de la Secretaria.

Mediante escrito sin número del 29 de abril del 2008, el ex Vocal Médico del Comité de Adquisiciones, emite su opinión manifestando que jamás puede admitir la falta de documentación habilitante de ciertos ítems, ya que siendo prioritarios y obligatorios, sin ellos se descartaba la oferta; y que en Contabilidad y Tesorería Regional 2, si faltaba algún documento el proceso era devuelto, además indicó que no es responsable de la custodia de los documentos.

Con escrito innumerado del 6 de mayo del 2008, la ex Gerente con cédula de ciudadanía 0901358721, a través del abogado que la representa, precisó:

***“...De manera general, me ratifico en todos y cada uno de los documentos oficiosos de descargo y anexos que presentara dentro del término de ley...”***

### **Criterio de Auditoría**

Los Auditores nos ratificamos en nuestro criterio, por cuanto la ex Servidora y Servidores del CAA N° 212, que emitieron las opiniones que anteceden, no aportan nuevos elementos de juicio que desvanezcan las inconsistencias anotadas, que en lo principal son imputadas a la desaparición de la documentación, hecho que no se puede comprobar. Además, adjunto al oficio 13210900.0647 del 14 de junio del 2007, del Jefe del Departamento de ejecución Presupuestaria, Contabilidad y Tesorería, remite dos misivas del 11 de junio del 2007 mediante las cuales, dos Servidores responsables de la revisión y legalización de los Boletines de Egreso indicaron, que los documentos justificativos y comprobatorios para el pago de las transacciones de las Unidades Médicas que ellos revisaban eran: Factura, Certificación Presupuestaria,

Contrato u Orden de Compra, Acta de Entrega Recepción, concordante con el literal c) Art. 35 de la Ley de Presupuesto del Sector Público, que dice:

***“...Los pagos deberán encontrarse debidamente justificados y comprobados con los documentos auténticos (...) se entenderá por documentos justificativos, los que determinan un compromiso presupuestario y por documento comprobatorio, los que demuestran la entrega de las obras, los bienes o servicios contratados....”***

Sumándose los vistos buenos de las Autoridades competentes Atención Ambulatoria respectiva, pues según las disposiciones impartidas por el Director Económico Financiero y la Coordinadora de la Subdirección de Servicios Internos, de la época, contenidas en oficios 3110-1476 y 3002205-0035 del 6 y 10 de noviembre del 2000, respectivamente, entre otros aspectos disponían que:

***“...las Unidades que generan asientos contables de egresos, ingresos, traspasos, regulaciones y órdenes de pago, son responsables directos de la ejecución de los mismos, es decir, que deberán analizar y revisar la documentación de respaldo, base legal y demás requisitos...”***

Finalmente existe contradicción de la ex Secretaria y ex Vocal del Comité, ya que en oficio MIS.01.07 del 7 de mayo del 2007, ella indica que las notificaciones a ganadores y perdedores las hacía por vía telefónica.

## **CONCLUSIÓN**

Se omitió la aplicación de la normativa en vigor, al calificar y adjudicar a empresas que no cumplían con la entrega de todos los requisitos, afectando la eficacia en esos procesos.

## **RECOMENDACIÓN**

### **Al Subdirector Provincial del Seguro general de Salud Individual y Familiar del IESS – Guayas**

Dispondrá al Director del CAA 212 que:

- 62.** Previo a la ejecución de los procesos de adquisición, convoque a todos los miembros del Comité de Selección y los Técnicos en las materias correspondientes, a fin de conocer y analizar exhaustivamente la reglamentación que norma tales procedimientos, a efecto de aplicarla fielmente en todos sus estamentos; de lo cual deberá levantar un acta donde revele todo lo actuado.
- 63.** En los casos de procesos que queden inconclusos en la etapa de adjudicación, por cambio de Administración, deberá informar a las autoridades competentes el estado en que se encontraron los expedientes, y revisar que la documentación esté completa y sea la correcta.

64. Ordene a la Secretaria del Comité de Selección, que clasifique y ordene los archivos de la documentación que respaldan los procesos de adquisición, por proceso.

#### **SISTEMA DE IDENTIFICACIÓN DE OFERENTES, PERMITIRÁ CONTROL EFICAZ EN RECEPCIÓN DE OFERTAS**

Se llevó un registro de entrega de invitaciones diseñado con tres columnas, la primera para el nombre de la empresa, la segunda para la fecha de entrega y la tercera para la firma y sello del receptor; pero en las hojas del 11 al 23 de julio; y, del 14 al 23 de octubre del 2003, en algunos casilleros no están consignados los datos requeridos, unos no exhiben el sello y solo tiene la rúbrica, otros están sin fecha; y en el caso particular de KRONOS Laboratorios Cía. Ltda., para la provisión del fármaco Isoniazida, en el tercer trimestre solo consta un nombre ilegible sin sello; y en el cuarto trimestre está sin sello ni fecha y el receptor anotó un nombre que no corresponde al número de cédula registrado. Para el retiro de las invitaciones se les comunicaba por teléfono.

Con oficios 422261101.351 del 30 de abril del 2007 del ex Gerente, MIS.003.2007 y sin número del 7 de mayo del 2007 de las ex Secretarías del Comité de Adquisiciones del CAA 212, en su orden, concordaron en que no se implantó ningún sistema de identificación de representantes de proveedores.

La adquisición de Isoniazida a la empresa KRONOS Laboratorios Cía. Ltda., fue investigada en la Indagación Previa 485-04 abierta por el Ministerio Público por denuncia penal del IESS, siendo desestimada y archivada.

En lo administrativo, lo sucedido evidenció debilidad del sistema de control interno, especialmente en las etapas de invitación y recepción de ofertas del proceso de adquisiciones, ya que la empresa aseguró no haber negociado con el IESS. El precio de venta del fármaco estuvo dentro de los parámetros del Acuerdo Biministerial.

La NCI 110-08 Actitud Hacia el Control Interno, tipifica que la máxima autoridad establecerá en forma clara y por escrito las medidas de control; y, cada uno de los Servidores propiciará con su actitud la incorporación de todos los elementos de control interno dentro de las operaciones a su cargo; y la NCI 110-09 Control Interno Previo, entre otros aspectos, establece que el control previo será ejecutado por el personal responsable del trámite normal de las operaciones y actividades.

La inexistencia de un eficiente control de registros de entrega recepción de invitaciones y de cotizaciones, afectó la transparencia del proceso.

Se inobservó las NCI 110-08 Actitud Hacia el Control Interno y 110-09 Control Interno Previo.

### **Opinión de los auditados**

La ex Secretaria del Comité de Adquisiciones del CAA N° 212, con cédula de identidad 0912086899, mediante oficio MIS.101 del 29 de abril del 2008, manifestó que si se llevaban controles de entrega de invitaciones y de recepción de ofertas.

Con oficio 422261101.347 del 29 de abril del 2008, el ex Gerente y actual Director de la Unidad Médica, manifestó que las NCI 110-08 Y 110-09:

**“...si fueron cumplidas durante el período de julio a octubre del 2003, en observancia a las posibilidades que en ese entonces podían asumirse...no se conocía al emisor que cada empresa podría enviar a retirar la correspondiente invitación...”;** por lo que rechaza la conclusión del equipo de auditoría.

### **Criterio de Auditoría**

Los Auditores ratificamos nuestros comentarios, por cuanto la ex Secretaria del Comité de Adquisiciones y el ex Gerente, que emitieron las opiniones que anteceden, no adicionan otros elementos de juicio que desvirtúen las inconsistencias anotadas; resaltando que en el informe si se comenta la existencia del control de entrega de invitaciones, pero con las falencias anotadas.

### **CONCLUSIÓN**

No existió un control eficiente de entrega recepción de invitaciones y cotizaciones del proceso de adquisiciones, ocasionando que se reciban ofertas de personas no calificadas.

### **RECOMENDACIÓN**

#### **Al Director del Centro de Atención Ambulatoria 212 Tarqui.**

65. En coordinación con la Secretaria del Comité de Selección, establecerá en forma clara y por escrito, los procedimientos y medidas de control y supervisión para la entrega recepción de invitaciones, en caso de ser personalizadas, y de las ofertas; para cuyo efecto solicitará la colaboración de los proveedores, a fin de que brinden seguridad al proceso de adquisiciones.

### **SUBCOMPONENTE: ADQUISICIONES ACORDE A PROGRAMACIÓN**

#### **COMPRAS ACORDE A PROGRAMACIONES, CONTRIBUYEN CON CUMPLIMIENTO DE METAS**

Las adquisiciones de los productos fluctuaron entre, adquiridos en mayor o menor cantidad, programados y no adquiridos e incluso adquiridos sin haber sido programados. En el 2003 fueron comprados ítems sin

haber sido programados, registrando un total de 39 diferentes ítems entre los cinco programas. Los promedios de los ítems programados y no comprados; y los adquiridos en menor cantidad son 56,84% y 42,99%, en su orden; y el promedio de los adquiridos en mayor cantidad es el 9,98%, tal como consta a continuación:

**DIFERENCIAS ENTRE LA PROGRAMACION Y LAS ADQUISICIONES DEL AÑO 2003**

ITEMS	FARMACIA		MAT. CURA. E INSUMOS		LABORATORIO		IMAGENOLOGIA		ODONTOLOGIA	
	CANT.	%	CANT.	%	CANT.	%	CANT.	%	CANT.	%
PROGRAMADOS	185	100,00	104	100,00	157	100,00	13	100,00	71	100,00
ADQUIRIDOS EN MAYOR CANTIDAD	5	2,70	17	16,35	1	0,64	1	7,69	16	22,54
ADQUIRIDOS EN MENOR CANTIDAD	82	44,32	28	26,92	63	40,13	12	92,31	8	11,27
PROGRAMADOS Y NO ADQUIRIDOS	94	50,81	59	56,73	93	59,24			43	60,56
ADQUIRIDOS IGUAL A LO PROGRAMADO	4	2,16	0		0		0		4	5,63
SUMATORIA PORCENTUAL		100,00		100,00		100,00		100,00		100,00
ADQUIRIDOS SIN HABER SIDO PROGRAMADOS	9		17		1		0		12	

La tercera disposición general del artículo 3 de la Resolución C.D. 007 del 29 de abril del 2003 disponía que las asignaciones de Egresos por objeto del gasto, determinadas en el Presupuesto de cada Seguro o Actividad, constituyen el límite máximo para asumir compromisos y obligaciones durante la Ejecución Presupuestaria, con sujeción a la programación de servicios, de recursos materiales.

Con oficio 422261101.730 del 16 de agosto del 2007 el ex Gerente del CAA N° 212 indicó, entre otros aspectos, que lo adquirido y no programado es seguro que se contó con la aprobación de autoridad competente.

Los dos índices más altos demuestran, que el problema fue la reducida asignación para estos rubros, sin embargo existen ítems que hasta el tercer trimestre del 2003 habían sido comprometidos más del 25% de la asignación presupuestaria del correspondiente trimestre, y comprados 39 ítems no programados, esto generó que para los subsiguientes trimestres, algunos ítems ya no tuvieran presupuesto.

Se incumplió la citada reglamentación al haber adquirido productos en las condiciones descritas.

### **Opinión de los auditados**

Con oficio 422261101.347 del 29 de abril del 2008, el ex Gerente y actual Director de la Unidad Médica, reiteró que la adquisición de ítems no programados sí fueron autorizados debidamente por la Dirección Nacional del Seguro de Salud Individual y Familiar, cuyo documento no existe por razones ya expuestas.

### **Criterio de Auditoría**

Los Auditores nos ratificamos en nuestro criterio, por cuanto el referido ex Gerente, no evidenció la existencia de las citadas autorizaciones.

### **CONCLUSIÓN**

Las programaciones de los cinco rubros no se ejecutaron conforme lo reglamentado, adquiriendo ítems no programados, produciendo que las asignaciones para los períodos subsiguientes fueran mermadas.

### **RECOMENDACIÓN**

**Al Subdirector Provincial del Seguro General de Salud Individual y Familiar del IESS – Guayas.**

Dispondrá al Director del CAA 212:

66. Analizar la programación anual aprobada, y con la oportunidad debida, expondrá a los niveles competentes los casos que deberían ser revisados para reprogramación, solicitando su consideración y autorización.
67. Realizar la adquisición de los productos programados, conforme los porcentajes autorizados y normativa vigente.

### **COMPONENTE: RECURSOS HUMANOS**

Dentro de la estructura organizacional del CAA, Recursos Humanos es parte de la Unidad de Asistencia Administrativa, y gestiona lo relacionado con el personal médico y administrativo. Es responsable de la selección y reclutamiento del recurso humano que integra la Unidad, como del control de su rendimiento y asistencia.

### **CONTRATACIÓN DE PERSONAL TÉCNICO Y ADMINISTRATIVO**

Se observó que los puestos sustituidos en 15 expedientes individuales de personal contratado no han tenido la calificación de indispensables por parte del Director General, condición que tampoco revelan los contenidos de los contratos por servicios ocasionales, que debieron sujetarse a la plantilla remitida con oficio 62100000-1986-PI del 27 de marzo del 2006.



En cuestionario remitido con oficio sin número del 28 de noviembre del 2006, la Responsable de Recursos Humanos indicó que normalmente los aspirantes son enviados por la Dirección y Dirección Técnica del CAA 212, refiriéndose a los contratos temporales por reemplazo.

No existió ninguna modalidad de preselección; se observa que el nombre del postulante en varias ocasiones sale de una comunicación de quien actuaba como Director del CAA 212, para luego ser enviado al Director General, autoridad que firmaba los contratos.

Asimismo se detectó, que el nivel de escolaridad de algunos de los servidores contratados no estuvo acorde con las funciones desempeñadas. En los sustentos que amparan los contratos ni en la documentación que conforman el expediente individual, no se encontró información sobre el lugar donde los servidores cumplieron o realizaron sus tareas en la Unidad.

Lo anotado obedeció a que mediante el oficio 62100000-1986-PI del 27 de marzo del 2006, el Director General participó a los Directores de las Unidades Médicas que:

***“... en uso de las facultades y atribuciones que me refieren la Ley de Seguridad Social, la Ley Orgánica de Servicio Civil (...) el Código de Trabajo, el Reglamento Orgánico Funcional del IESS (...) y el Reglamento General de Unidades Médicas (...) que promueve su autonomía y desconcentración operativa y administrativa, delego a ustedes la facultad para contratar personal eventual y ocasional (...) previo cumplimiento de disposiciones legales, reglamentarias y administrativas...”***

Adicionalmente, el Instructivo para la Contratación Temporal de Médicos, Odontólogos, Personal Profesional, Técnico, Administrativo y de Servicios en la Unidades Médicas del IESS del 9 de agosto del 2004, no tipifica la figura de ternas para la selección de personal, en estos casos por ser de carácter temporal. Y la falencia de recurso humano que se ha comentado con antelación, provocó que el personal contratado sea utilizado en áreas y tareas en los cuales se necesitaba su contingente.

No obstante, esto permitió que ciertos servidores no tengan la escolaridad y experiencia requerida para las funciones que debieron desempeñar por la necesidad del servicio.

## **CONCLUSIÓN**

Por delegación del Director General, el Director del CAA 212 elegía al recurso humano que iba a ser contratado, y que por necesidad de servicio provocó que el personal que ingresó fuera ubicado en áreas donde se requería su contingente, aún cuando no tuviera la escolaridad y experiencia requeridas para las funciones encomendadas en ese momento.

## **RECOMENDACIÓN**

### **Al Director General del IESS**

68. Ordenará al Director CAA 212 que, previo a requerir la autorización y firma de los contratos temporales, se efectúe la preselección, al menos entre tres postulantes al cargo vacante por reemplazo, a fin de que la selección permita escoger al más idóneo.

### **Al Director del Centro de Atención Ambulatoria 212 Tarqui.**

Dispondrá al Responsable de Recursos Humanos que:

69. Previo a la contratación temporal de servidores para ejercer funciones administrativas y de servicio, se sujete estrictamente a los casos de excepción previamente calificados como indispensables por el Director General, como lo contempla el Instructivo de la materia.

70. Los puestos vacantes deberán llenarse con personal que tenga el grado de escolaridad acorde a las funciones que se encomiendan, a objeto de que las tareas y responsabilidades se cumplan con eficiencia.

71. Exija en forma permanente al personal médico, administrativo y de servicio, le doten de información y documentos necesarios que permitan tener actualizados y foliados los expedientes personales, a fin de efectuar un análisis de cargos como de los requisitos que posean, previo a disponer el cumplimiento de funciones.

## **CONVOCATORIAS A CONCURSOS PARA SELECCIÓN DE PERSONAL**

En la revisión de algunos expedientes de servidores con nombramiento, no encontramos archivados la convocatoria para la terna con definición del perfil requerido, como lo sucedido con el cargo de Guardalmacén.

Otro de los casos, es la de un galeno con grado MFA a quien se extendió nombramiento el 5 de mayo del 2005, para cubrir una vacante que se produjo el 14 de septiembre del 2004; la convocatoria al concurso fue el 7 de noviembre del mismo año y el cierre el 22 del mismo mes y año, es decir el concurso no se hizo dentro de los diez días hábiles siguientes, conforme lo establece el Reglamento Único de Concursos para Provisión de Cargos Médicos a Nivel Nacional.

El Reglamento Único de Concursos para la Provisión de Cargos Médicos a nivel nacional en su artículo 9 concordante con el inciso segundo del artículo 11 señalan en su orden que:

***“...La convocatoria se hará dentro de los diez días hábiles siguientes a la producción de la vacante o la creación del cargo...” y “...Las inscripciones se cerrarán en el término improrrogable de (10) días hábiles contados a partir de la convocatoria...”***

Se realizó la convocatoria fuera del término reglamentario en que se originó la vacante, y se cerró el concurso en las mismas condiciones, por lo que se inobservó la reglamentación antes citada.

### **Opinión de los auditados**

El actual Director Técnico del CAA N° 212, mediante oficio innumerado del 30 de abril del 2008, presentó sus observaciones en lo relacionado al título precedente, manifestando:

***“...su conclusión no es la acertada en relación a este componente.” “Concretamente me refiero a la convocatoria al concurso para la vacante del cargo médico con la categoría MFA para Medicina General.” “...fue convocado este concurso...en un diario de poca circulación, como diario el Telégrafo, violando la ley de Federación Médica Ecuatoriana y su reglamento...”***

Concluyendo con la solicitud de una auditoria externa para el proceso en referencia. Adicionalmente, adjuntó copias de oficios a través de los cuales los representantes del Colegio de Médicos del Guayas, Federación Médica Ecuatoriana, Federación Nacional de Médicos, Odontólogos, Farmacéuticos y afines del IESS y dos galenos, solicitaron ante las autoridades competentes se anule esa convocatoria, a fin de que se la efectúe en otro diario.

El ex Gerente y actual Director del CAA N° 212, con oficio 422261101.347 del 29 de abril del 2008, presentó su desacuerdo con la recomendación número 72 del informe, indicando que se debería recomendar la sanción para los infractores y se revise el proceso por no ajustarse al Reglamento de la materia.

Mediante oficio sin número del 6 de mayo del 2008, suscrito por el abogado representante de la ex Gerente del CAA 212, con cédula 0901358721, entre otros aspectos, manifestó que:

***“...en la recomendación 28, considero una herejía lo expresado, si bien la normativa lo indica, la realidad procesal es otra, por lo que se debió mencionar la salvedad; nunca en la historia institucional se ha cumplido la normativa reglamentaria para los médicos, por lo que mal se puede hacer una recomendación...”***

### **Criterio de Auditoría**

Los Auditores nos ratificamos en nuestros comentarios, conclusión y recomendación, por cuanto en relación a las objeciones a la convocatoria al referido concurso, que en lo principal son imputadas a la publicación en el diario El Telégrafo. Mediante oficio OFC. CMG. N° 0783-04 del 10 de noviembre del

2004, el Presidente del Colegio de Médicos del Guayas emite su pronunciamiento, a petición del entonces Subdirector Provincial de Salud Individual y Familiar del IESS, concluyendo que:

***“...no se han violentado ninguna norma de procedimientos en particular del Reglamento Único de Concursos vigente, esta Presidencia considera que debe continuarse con el trámite del concurso...”***. Indicando previamente, que adjuntaba ***“...copias xerox de convocatorias de otros concursos publicados en el presente año en la edición dominical del Diario El Telégrafo que no han merecido reclamo (...) de los Médicos de esta Provincia, varias de las cuales ya tienen ganador...”***.

Este pronunciamiento fue trasladado al Director Provincial del Guayas, autoridad que por disposición expresa, informó al Director General del IESS, a través del oficio N° 13000900.0138 del 31 de enero del 2005. Además, con misiva 62100000-2117-PI. del 17 de marzo del 2005, el Subdirector de Recursos Humanos del IESS, de la época, dirigida al Presidente de la Federación Médica Ecuatoriana, indicó que fue el Directorio del Colegio de Médicos del Guayas que declaró al ganador del concurso; y, concluyó requiriendo al Presidente del referido Colegio, se pronuncie sobre el particular:

***“...y de ser el caso, emitir las resoluciones jurídicas fundamentadas que planteen con carácter definitivo y obligatorio, tanto para el IESS como para el Colegio Médico del Guayas, las acciones administrativas que deban realizarse a continuación...”***

Lo que expone la ex Gerente del CAA 212, a través de su representante, es netamente su criterio personal, el cual se contrapone a lo que manda la normativa citada en el comentario.

## **CONCLUSIÓN**

La convocatoria para el concurso abierto para la provisión de un médico 4HD no se efectuó dentro de los diez días hábiles siguientes a la producción de la vacante; y, tampoco se cerraron las inscripciones al término de los diez días, produciéndose la inobservancia de la normativa vigente.

## **RECOMENDACIÓN**

**Al Director del Centro de Atención Ambulatoria 212 Tarqui.**

72. Cumplirá con los procedimientos establecidos para la selección de personal para cubrir vacantes, a fin de que la publicación de la convocatoria y la fecha del cierre sean dentro del término dispuesto en la reglamentación sobre esta materia.

## **ASIGNACIÓN DE FUNCIONES ACORDE A NOMBRAMIENTOS Y ESCOLARIDAD, CONTRIBUYE AL CUMPLIMIENTO DE OBJETIVOS INSTITUCIONALES**

Establecimos que el CAA 212 Tarqui, a diciembre del 2006, ha mantenido entre su plantilla de personal a 111 servidores, de los cuales 29 son sujetos al Código del Trabajo y 82 afectos a la vigente LOSCCA.

En los diferentes períodos de gestión, se asignó funciones que no guardaban relación con el nombramiento y la escolaridad de los Servidores del CAA 212, como ha sucedido con los casos siguientes:

<b>NIVEL / TÍTULO ACADÉMICO</b>	<b>NOMBRAMIENTO</b>	<b>CARGO O FUNCIÓN ASIGNADAS</b>
Primaria	Auxiliar de Guardianía	Auxiliar de Estadística
Primaria	Auxiliar de Enfermería	Auxiliar de Enfermería
Primaria	Auxiliar de Enfermería	Auxiliar de Enfermería
Primaria	Auxiliar de Enfermería	Auxiliar de Enfermería
Primaria	Auxiliar de Laboratorio	Auxiliar de Laboratorio
Secundaria	Auxiliar de Enfermería	Auxiliar de Enfermería
Secundaria	Conserje de Limpieza	Auxiliar de Enfermería
Secundaria	Operador Equipo Médico	Operador Equipo Médico
Bachiller	Conserje	Respons. Admisión y Estadística
Bachiller	Auxiliar de Laboratorio	Secretaria de Gerencia
Lcdo. en CC.SS. y Políticas	Auxiliar de Estadística	Responsable de Serv. Generales
Ingeniera Comercial	Analista Administrativa	Custodia de Caja Chica y otros bienes; Respon. SS. Generales
Ing. Comercial	Asistente de Contabilidad	Aux. Subsidios e Inventario
Odontólogo	Educador para la Salud	Técnico Prótesis Dentales
Mag. en Gerencia de Salud	Enfermera	Auxiliar de Enfermería

La Responsable de Recursos Humanos, en su misiva de noviembre 28 del 2006, manifestó que los cambios de personal que se realizan jamás son en coordinación con ella. Además, se observó que en los oficios mediante los cuales los directivos del CAA 212 asignaron determinado cargo o puesto de trabajo a los subalternos, no se describieron los deberes y obligaciones a cumplir. El ex Gerente con oficio EGM.008 del 14 de febrero del 2007, manifestó que no había manual de funciones; y, el ex Director mediante cuestionario adjunto a misiva 422261101.760 del 26 de octubre del 2006 indicó que no se ha dado instrucciones individuales por escrito.

Esto obedeció a que con la transición y cambio institucional y manteniendo en promedio el mismo número de personal, el centro médico continuó atendiendo el incremento de pacientes y asumió nuevos procesos administrativos como el sistema de adquisiciones, contabilización, pagos de subsidios, etc.; sumándose a ello la reducción de personal por renuncias, traslados administrativos con y sin partidas presupuestarias e inadecuada ubicación de servidores contratados en tareas complejas y de responsabilidad por decisión unilateral del Gerente o Director, sin motivación de hecho y de derecho, y sin coordinación con Recursos Humanos, por ende se produjo la acumulación y atraso de algunas actividades.

La Constitución Política de la República del Ecuador, en el Art. 24 numeral 13 dispone que: Las resoluciones de los poderes públicos que afecten a las personas, deberán ser motivadas. No habrá tal motivación si en la resolución no se enunciaren normas o principios jurídicos en que se haya fundado, y la pertinencia de su aplicación. Y, la Resolución C.D. 097 del 4 de octubre del 2000 contiene el nivel de escolaridad exigida para el desempeño de puestos de trabajo en el IESS.

Al asignar funciones sin describir sus deberes y atribuciones, y sin considerar el nivel de escolaridad y nombramiento de los Servidores, se inobservó la citada normativa.

### **Opinión de los auditados**

La ex Responsable de la Unidad Financiera con cédula de identidad 0912086899, mediante oficio MIS.101 del 29 de abril del 2008, respecto a este título objetó que:

***“...A pesar que en la conclusión(...) dice que no se observan que las funciones guardan relación con el perfil, requisitos y nivel de escolaridad, no se cita el estudio sobre el motivo por el cual la Gerenta del 2004 puso en disponibilidad definitiva y presupuestaría el cargo de Analista Económico (...) prescindiendo del nivel académico que poseo que llenaba el perfil profesional...”***

Solicita se recomiende la revisión del sumario administrativo por el cual fue destituida.

El ex Gerente y actual Director del CAA N° 212, con oficio 422261101.347 del 29 de abril del 2008, presentó su desacuerdo con la conclusión y recomendación, indicando que no se habla sobre el responsable del cambio de denominación de un Odontólogo a Educador para la Salud, sin que éste reúna las condiciones y por no haber ejercido tampoco las funciones de tal. También se refirió al cargo de Analista Económico antes tratado. Y que no se menciona el motivo por el cual no se considera la pérdida de la partida de Asistente Administrativo.

Mediante oficio sin número del 6 de mayo del 2008, suscrito por el abogado representante de la ex Gerente del CAA 212, con cédula 0901358721, presentó sus objeciones indicando, entre otras aspectos, que:

***“...El desconocimiento de la ley no exime de responsabilidad, sin embargo, para todos es conocido las situaciones sui generis que atentan a las mismas normativas institucionales en que se desenvuelven las administraciones, por lo que es necesario decir o preguntar cuando la institución ha instruido con cursos o seminarios a los administradores de turno sobre las normas vigentes que se deben aplicar...”***

### **Criterio de Auditoría**

Los Auditores nos ratificamos en nuestros comentarios, conclusión y recomendaciones. Primeramente respecto a los casos de la ex Servidora, estos fueron suficientemente tratados por la administración, e incluso a nivel del Tribunal Constitucional, ante el cual interpuso un Amparo Constitucional, acción que fue negada según el pronunciamiento de ese organismo, entre otros aspectos, porque se establece que el traslado presupuestario:

***“...fue autorizado por el Director General del IESS (...) autoridad que conforme lo establecen los literales a) y g) del artículo 32 de la Ley de Seguridad Social es su representante legal y su autoridad nominadora...”***; además porque ***“...los hechos relatados por la accionante, bien pudieron ser la base de un sumario administrativo en su contra, pues, al desobedecer lo***

***dispuesto por sus superiores, la accionante incumplía con su obligación establecida en el artículo 24 literal d) de la Ley Orgánica de Servicio Civil y Carrera Administrativa, Unificación...”.***

Lo cual sucedió conforme consta en oficio 12000000-1597 del 9 de septiembre del 2004 suscrito por el entonces Director General del IESS, al estar incurso el los literales a), c) y d) del Art. 25, concordantes con los literales b) e i) de la Art. 50 de la antes citada ley.

En relación a lo expuesto por el ex Gerente, las dos partidas presupuestarias a las que hace referencia fueron ordenadas por el Director General. En cuanto al Odontólogo con nombramiento de Educador para la Salud, consta en el cuadro que aparece en este título como uno de los casos que tienen funciones diferentes a los de su nombramiento.

Además, como bien lo refiere el representante de la ex Gerente: El desconocimiento de la ley no exime de responsabilidad.

## **CONCLUSIÓN**

Las máximas autoridades de la Unidad Médica delegaron tareas a varios servidores sin coordinar con el Responsable de Recursos Humanos, ni observar que las nuevas funciones guarden relación con el perfil, requisitos y nivel de escolaridad, causando el atraso de las tareas asignadas.

## **RECOMENDACIONES**

### **Al Director del Centro de Atención Ambulatoria 212 Tarqui.**

73. Coordinará con el Director Técnico y Responsable de Recursos Humanos los futuros cambios de funciones con el personal de planta y/o contratados, previo a su decisión, en aras de guardar concordancia entre el perfil, requisitos y nivel de escolaridad y las nuevas labores asignadas a los Servidores. Y la comunicación oficial contendrá en detalle las tareas a asumir, acorde lo que señale el manual de funciones a emitir, y la motivación de hecho y de derecho prevista en el Debido Proceso.

74. Ordenará al Responsable de Recursos Humanos efectúe un análisis de perfiles de puestos y cargas de trabajo, a efectos de establecer cuál es la verdadera necesidad de recursos humanos de esa Unidad Médica, acorde con su estructura orgánica.

## **SUPERVISIÓN DE ASISTENCIA Y PERMANENCIA DE PERSONAL, MEJORA CALIDAD DE ATENCIÓN**

Nuestro examen reveló que:

Para el control de asistencia, la Unidad mantiene desde noviembre del 2005 un reloj biométrico al que cada servidor accede con su clave digital, con el fin de que al ingresar o salir quede registrado y controle la asistencia y atrasos de todo el personal. Cada tres días la Asistente de Administración baja los datos ingresados directamente a un computador y crea un archivo individual TXT, para la emisión del reporte mensual de novedades al Responsable del G.T. de Recursos Humanos en la Dirección Provincial.

Sin embargo, de manera reiterativa un 12% de determinados galenos y servidores del área administrativa han llegado atrasados a sus actividades, iniciando tardíamente la atención a los usuarios de los servicios que brinda el Centro, no obstante de presentar verbalmente las justificaciones ante el Director Técnico o del Director, para su justificación, dicho proceder causó malestar y mala imagen institucional, originando que prolonguen su horario normal de atención.

Para registrar las ausencias en horas laborables, constatamos que mantienen un formulario de ausentismo, en él anotan manualmente la hora de salida, de retorno y la firma del servidor como constancia; sin embargo no existe supervisión física, a fin de confirmar la permanencia o abandono del personal durante el horario normal de labores.

Del particular, en oficio No 422261101.571 de junio 26 del 2007, numeral 4 el ex Gerente y actual Director del CAAN indicó:

***“...No existieron ni existen servidores autorizados para llegar y/o salir fuera de su horario de trabajo lo que la administración anterior propuso por problemas de parqueo (construcción de quirófano del día) se saliera diez minutos ante de la hora (matutinos) pero que lo compensaran llegando diez minutos antes. Probablemente esa práctica aún se mantenga, pero quien no la ha cumplido se le han reportado el tiempo no laborado...”***

La NCI 300-06 Asistencia y Rendimiento, en síntesis expresa:

***“...Los directivos establecerán y supervisarán el funcionamiento de dichos controles, y motivarán permanentemente con el ejemplo al personal a su cargo, a efecto de que la puntualidad se convierta en una sana costumbre (...) El control de permanencia estará a cargo de los jefes de cada unidad administrativa, quienes controlarán no sólo la presencia física de los servidores que están bajo su responsabilidad (...) sino también que cumplan efectivamente con las funciones del cargo asignado, generando valor agregado para la institución...”***

Con el reloj se redujo ostensiblemente los atrasos, aunque persiste en algunos profesionales y servidores la impuntualidad. Pocos empleados compensan con adicionar tiempo extra a sus labores.

### **Opinión de los auditados**

El ex Gerente y actual Director del CAA N° 212, con oficio 422261101.347 del 29 de abril del 2008, manifestó que durante su anterior administración, la NCI 300-06 no ha sido violentada.



## **Criterio de Auditoría**

Hasta noviembre del 2005, la fecha en que se implementó el reloj biométrico, la evidencia con la que cuentan los Auditores es la información presentada por Recursos Humanos, en base al control de asistencia manual que se llevaba; consecuentemente, los registros sustentan lo expresado por el ex Gerente.

## **CONCLUSIÓN**

La puntual asistencia del personal es aceptable, pero el control de ausentismo en horas laborables amerita supervisión física continua, para evitar la ausencia injustificada de los Servidores, ocasionando perjuicio en la atención a los usuarios del CAA N° 212.

## **RECOMENDACIÓN**

### **Al Director del Centro de Atención Ambulatoria 212 Tarqui.**

75. Dispondrá al responsable de Recursos Humanos que, mensualmente, le reporte la nómina de profesionales y servidores (Áreas Médica y Administrativa) que acusen frecuentes atrasos a las labores, a fin de de tomar las acciones correctivas pertinentes.

76. Ordenará la coordinación entre el Director Técnico y Responsable de Recursos Humanos a fin de que implanten un sistema de supervisión de permanencia del personal en sus sitios de trabajo. De producirse novedades, deberán oficialmente reportar para que arbitre los correctivos legales que el caso amerite.

## **COMPONENTE: SECRETARÍA DE LA DIRECCIÓN**

La Secretaría de la Dirección del CAA 212, es la oficina encargada, de la recepción y emisión de la correspondencia interna y externa, derivadas de las gestiones administrativas del Director y Director Técnico, así como de otras áreas de esa Unidad. Tiene contacto directo con los usuarios del Centro, efectúan trámites relacionados con autorizaciones, traslados, vistos buenos e incluso quejas.

## **SUBCOMPONENTE: ADMINISTRACIÓN DE CORRESPONDENCIA Y ARCHIVOS**

### **SISTEMA DE ADMINISTRACIÓN DE CORRESPONDENCIA**

Se observó que los archivos de los años 2003 y 2004 se encontraban en carpetas numéricas, sin

secuencia lógica, intercalados algunos documentos del 2003 en las del 2004; las copias de los oficios de las áreas administrativas, que también utilizaban el código de la Dirección, no constaban archivadas, tampoco sus antecedentes; la mayor parte de las carpetas del 2004 no tenían rótulos, tampoco índices; además estaban foliados y rubricados por la Servidora que cumplía las funciones de Guardalmacén. La correspondencia externa de la Dirección, en esa época, se archivó por procedencia, la recepción se realizó en un cuaderno, sin dejar constancia en el mismo oficio; además estaba mezclada con oficios internos. En el 2005 y 2006 existió menos ausencia de la secuencia numérica, denotándose más orden y cuidado.

Con misiva innumerada del 12 de febrero del 2007, la ex Secretaria, entre otros aspectos, informó que el desfase de estos archivos propiamente se inicia en los períodos 2003, 2004 y 2005, y que la rúbrica de la ex Guardalmacén aparece en esos archivos debido a que le fueron entregados por disposición verbal de la ex Gerente con cédula de ciudadanía 0901358721. Sobre la ausencia de copias de oficios en los archivos, indicó que la citada ex Gerente, con su puño y letra, tomaba los números y los preparaba en el privado de la dirección, y algunas copias no las entregaba.

Al respecto la ex Gerente, manifestó que cuando la ex Secretaria no se encontraba en su despacho otras personas anotaban la secuencia numérica de los oficios en el cuaderno que personalmente les entregaba, y que a ella se le requería los documentos que se necesitaban y posteriormente eran devueltos. También indicó, que la ex Secretaria le solicitó que se disponga en que lugar seguro debían estar unos documentos que había embalado en cajas de cartón, contestando de manera informal porque ya no tenía autoridad, que se lo entregue a la responsable de la Bodega.

A través del oficio 029 BG. del 15 de agosto del 2005, dirigido al Gerente en funciones, la ex Guardalmacén expresó textualmente:

***“...la suscrita hace la Entrega Recepción de Folders (...) que contienen archivos de correspondencia del CAAN, las mismas que fueron trasladadas al Área de Bodega General...”***

Mediante oficios sin número del 3 de junio, 7 de julio, 26 de agosto, 7 y 11 de octubre del 2005, la ex Secretaria informa a los gerentes de turno, sobre la ausencia de documentos de los períodos 2002 al 2004; solicita se tomen medidas para mejorar sistema de archivo, las copias de los oficios generados por otras dependencias no eran remitidas a ella; inseguridad en el área de Secretaría y en archivador. También hay una misiva del 6 de septiembre del 2004, dirigida a la ex Secretaria por la ex Gerente con cédula de identidad 0901358721, donde le manifestó:

***“...En razón de que en la última etapa se viene observando sobretodo que la correspondencia interna se traspapela con mucha facilidad y de que no llega...a este despacho en el mismo día de ingreso, que esta situación ha originado en varias ocasiones desfases, que es necesario***

***llevar un adecuado control y registro de las comunicaciones ...dispongo que (...) los cuadernos de control respectivos serán firmados por la suscrita...”.***

Dicha firma no consta en los referidos cuadernos; tampoco se evidencia que los Directivos hayan dispuesto la elaboración de un sistema de control de documentos, o aplicado verdaderas acciones correctivas.

Las NCI 110-08 y 09 Actitud Hacia el Control Interno y Control Interno Previo, en su orden; y, 210-04 Documentación de Respaldo y su archivo, señalan los procedimientos a aplicar para un eficiente control de los bienes institucionales.

La inexistencia de un eficiente sistema de control de correspondencia y de regulación institucional en la materia; y, la falta de diligencia, permitieron el descontrol y ausencia de oficios, propiciando la existencia de archivos incompletos y poco confiables, dificultando el control posterior; por lo que se inobservó las citadas normas.

Desde el 8 de noviembre del 2005, se promueve por la Secretaría General del IESS el conocimiento y tratamiento de un proyecto del Manual de Administración de Archivos del IESS.

### **Opinión de los auditados**

El ex Gerente y actual Director del CAA N° 212, con oficio 422261101.347 del 29 de abril del 2008, manifiesta, en lo principal, que las NCI 110-08, 110-09 y 210-04:

***“...sí fueron observadas en el período de julio a octubre del 2003 y deslindo cualquier responsabilidad luego del 3 de noviembre del 2003...”;***

aduciendo que la ex Secretaria de la Dirección del CAA N° 212, rectificó lo relacionado a su período en el oficio sin número del 12 de febrero del 2007, al decir:

***“...dos administraciones lesivas hicieron que la suscrita permanezca en el anonimato, no así en la administración del...”*** actual Director, que ha estado presto a escucharla y a dar soluciones a los problemas...”

Mediante oficio sin número del 6 de mayo del 2008, suscrito por el abogado representante de la ex Gerente del CAA 212, con cédula 0901358721, expresó que en el Componente Secretaría de la Dirección, a su debida oportunidad, realizó las aclaraciones correspondientes; y objeta la utilización de la palabra colegir, al considerar que se está deduciendo una cosa de otra.

### **Criterio de Auditoría**

Los Auditores nos ratificamos en nuestro criterio, puesto que las opiniones que anteceden, vertidas por los auditados, no aportan nuevos elementos de juicio.

## **CONCLUSIÓN**

La deficiente administración de la correspondencia interna y externa, permitió el aparente extravío de documentos y la salida de archivos, desde la Secretaría a otras áreas de la Unidad, sin poder determinar los responsables directos de tales hechos por no existir un registro o control de egreso de documentos donde se exhiba los datos del receptor como responsable temporal o final.

## **RECOMENDACIÓN**

### **Al Subdirector del Seguro de Salud Individual y Familiar del IESS – Guayas.**

77. Dispondrá al Director de CAA No. 212 que, en coordinación con la Secretaria de ese despacho, desarrolle e implante un Sistema de Administración de Archivos, previa capacitación en la materia. Se procurará la actualización permanente de los conocimientos y técnicas de archivo.

### **Al Director de Centro de Atención Ambulatoria 212 Tarqui.**

78. Deberá dotar, a la Secretaria de la Dirección, de los archivadores necesarios para la organización, clasificación, archivo y custodia de la correspondencia que ella maneja; así como de las guardas físicas y seguridad de esos bienes y del área donde se encuentren ubicados.

79. Instruya a la Secretaria de la Dirección que, mientras se implanta el Sistema de Administración de Archivos al que se refiere la recomendación 77 coordine con las áreas que elaboran oficios con el código de la Dirección, a fin de que las copias le sean remitidas para su registro, control y archivo.

80. Asignará por escrito los procedimientos a aplicar para la organización y administración del archivo de la Unidad, y del responsable de su custodia en ambiente físico adecuado.

## **COMPONENTE: ADMISIÓN Y ESTADÍSTICA**

Admisión y Estadística es la dependencia en torno a la cual gira la afluencia de los usuarios, por ser el área donde se abren, controlan y custodian las Historias Clínicas, se verifica la vigencia de derecho y se encarga de la distribución de los pacientes a los consultorios de diferentes especialidades.

## **EFICIENTE ORGANIZACIÓN, CONTROL Y CUSTODIA DE HISTORIAS CLÍNICAS, PERMITE ATENCIÓN OPORTUNA**

Se observó la actividad de tres ventanillas de atención a afiliados, jubilados y beneficiarios del área de Admisión y Estadística que acusaban inmensas colas de usuarios para solicitar historias clínicas, vigencias de derecho, aperturas de carpetas o conseguir cambios inmediatos o futuras citas médicas, sin que esta situación mejore.

Se estableció que entre julio del 2003 a junio del 2006 la Unidad emitió 24.622 historias clínicas, de las cuales el 90% esto es 22.273 son de afiliados del seguro general y 10% es decir 2.349 al seguro social campesino, cifra que fue necesaria depurarla, dado los errores cometidos al anotar la secuencia cronológica como duplicidad numérica para diferentes afiliados, códigos no otorgados y saltos de correlación.

En cuanto al envío y retorno de historias clínicas entre las Enfermeras asignadas a los consultorios de Consulta Externa y los servidores de Admisión, no existe formulario de control adecuado, pues previo a otorgar las consultas diarias, las primeras envían el pedido de carpetas generalmente los miércoles de cada semana, a través de un papel simple que contiene el sello con el nombre del Servicio Médico, fecha, números de historias y sin firmas de responsabilidad de quien recibe o entrega; en ocasiones lo confieren directamente a los afiliados, familiares, servidores u otros, desconociendo si posteriormente los expedientes retornan al archivo o quedan en poder de ellos.

El 7 de Junio del 2007, el Director Técnico mantuvo una reunión con 13 enfermeras, a fin de solucionar los inconvenientes que se presentan en la atención al paciente, muchos de los cuales es por un mal manejo del expediente clínico; en lo principal evitar que el paciente manipule la historia clínica y que esta sea controlada por el personal de enfermeras cuando sale de Admisión. Acordaron 15 procedimientos, entre ellos nombrar a un servidor para que se encargue del traslado de las carpetas e implantar el formulario de entrega recepción de los expedientes.

Las NCI 110-10 Control interno concurrente, numerales 3 y 6; y, Art. 70 del Reglamento General de Bienes del Sector Público, en resumen aconsejan:

***Los niveles de jefatura y otros cargos que tengan bajo su mando a un grupo de servidores, establecerán y aplicarán mecanismos de supervisión permanente...”; y, “Los documentos de archivo serán entregados mediante inventario... ”;*** en su orden.

Mediante diferentes oficios de mayo del 2007 las ex Responsables del área de Admisión y Estadística confirmaron la ausencia de ejecución de inventarios en sus periodos de gestión.

Realizar inventario de historias clínicas una vez al año, tomando como referente la NCI 250-08 Constatación física de existencias y bienes de larga duración, coadyuva a mejorar y organizar ese archivo, como a obtener mediante la captura de datos una base computarizada del estado en que se hayan los expedientes para su depuración, activación, clasificación por tipo de seguro, envío al archivo pasivo, eliminar o unificar carpetas provisionales, determinar responsabilidad patronal, afiliados fallecidos, dar de baja o reciclar las mismas. El inventario sugerido por Auditoría Interna no se culminó, dejando inconclusa la actividad de control administrativo.

Al no efectuar inventarios anuales de los expedientes clínicos, se inobservó la normativa antes invocada.

### **Opinión de los auditados**

El ex Gerente y actual Director del CAA N° 212, con oficio 422261101.347 del 29 de abril del 2008, manifiesta, en lo principal, que las NCI 110-10 y 250-08 se cumplieron *en el período de julio a octubre del 2003*:

***“...pero me causa extrañeza que se cite la NCI 250-08, pues, las carpetas de expedientes clínicos no son bienes de larga duración (no son un activo fijo)...”***

### **Criterio de Auditoría**

En relación a que la NCI 250-08, es aplicable a activos fijos y no a las historias clínicas, los Auditores concordamos con la opinión del ex Gerente, pero sí se puede, por analogía, ejecutar inventarios anuales de historias clínicas, por lo que ratificamos nuestro criterio.

### **CONCLUSIÓN**

No existió la práctica de inventarios de Historias Clínicas, ni depuración para su reorganización, cuantificación y control; impidiendo que se modernice y mejore la atención a afiliados, jubilados y beneficiarios del sector.

### **RECOMENDACIÓN**

**Al Director del Centro de Atención Ambulatoria 212 Tarqui.**

81. Dotará en forma temporal a la Responsable del Área de Admisión y Estadística del personal necesario para la terminación del inventario físico de historias clínicas, ello permitirá obtener la base de datos necesaria y depurada para la moderna atención que brindará en corto plazo a afiliados, jubilados, beneficiarios y público en general de este sector.

- 82.** Dispondrá al Comité de Historias Clínicas que, de receptor el inventario de historias clínicas por parte de la Responsable de Admisión y Estadística, éste documento deben mejorarlo, esto es unificar carpetas provisionales, eliminar las de afiliados fallecidos y traspasar las que han dejado de asistir por mas de cinco años a consulta para que engrosen el archivo pasivo. Con el documento depurado conformarán el archivo actualizado para su incorporación en los computadores del área, luego de instaurado el Sistema AS400.
- 83.** Dispondrá a la Responsable de Admisión y Estadística que antes de culminar cada ejercicio económico, realice el inventario físico de historias clínicas hasta que la unidad médica cuente e instaure definitivamente el sistema AS400 con la que se informatizará esa área y los consultorios de este importante servicio. De los resultados informará para los correctivos que sean menester.
- 84.** Dispondrá mediante circular a todos los médicos de Consulta Externa que, previo a otorgar atenciones exijan a las Enfermeras que los pacientes se encuentren registrados en el nuevo formulario que envía el área de Admisión y Estadística, excepto los casos de emergencia. Por ningún motivo los expedientes clínicos deben de reposar en los consultorios, oficinas administrativas o en manos de los interesados, salvo los requeridos para algún análisis e informe y que en corto plazo se devuelven al archivo de origen.
- 85.** Ordenará la inmediata coordinación entre las Responsables de Enfermería y Admisión y Estadística, a fin de diseñar un formulario que controle los expedientes clínicos recibidos y enviados desde los consultorios. El formato contendrá numeración secuencial preimpresa, firmas de responsabilidad de los intervinientes u otros datos necesarios; una vez aprobado lo pondrá en vigencia y aplicación.