



INSTITUTO ECUATORIANO DE SEGURIDAD SOCIAL

UNIDAD DE AUDITORÍA INTERNA

INFORME DE EXAMEN ESPECIAL

CAPITULO I

INFORMACIÓN INTRODUCTORIA

MOTIVO DEL EXAMEN

El examen especial a la compra de servicios médicos a prestadores externos en el Hospital Dr. Teodoro Maldonado Carbo, se realizó con cargo al plan anual de control de 2006 y en cumplimiento a la orden de trabajo 51000000.013.06 del 15 de febrero de 2006, emitida por el Auditor Interno Jefe.

OBJETIVOS DEL EXAMEN

Determinar el cumplimiento de las disposiciones legales, reglamentarias y administrativas aplicables en los procesos de: acreditación y contratación de los prestadores externos, control de la calidad de la prestación de salud, satisfacción del usuario y pago del servicio adquirido.

ALCANCE DEL EXAMEN

Comprendió el análisis de las compras de servicios médicos a prestadores externos para el Hospital Dr. Teodoro Maldonado Carbo, del período entre el 1 de enero de 2004 y el 31 de diciembre de 2005, procesos que de acuerdo a la Ley de Seguridad Social están a cargo de la Dirección del SGSIF, sin embargo por falta de estructura administrativa de la SPSSIF, estos procesos y parte de ellos durante el alcance, se llevaron a cabo en el HTMC., siendo así:

- Hasta 2004.07.18, las autorizaciones para la atención médica particular, las otorgaba la Dirección del Hospital Dr. Teodoro Maldonado Carbo, así mismo los trámites de revisión de facturas, informe de disponibilidad presupuestaria y elaboración de boletines de egresos, hasta 2004.08.31, se realizaron en el HTMC.
- En cumplimiento a la Ley de Seguridad Social y por disposición del Subdirector del SSIF, en oficio 21300900-1398 de 2004.07.16, desde el 2004.07.19, las autorizaciones para la atención médica particular, las realiza la Subdirección Provincial del Seguro de Salud Individual y Familiar, y la revisión de facturas, informe de disponibilidad presupuestaria y elaboración de boletines de egresos, se cumplen en dicha Subdirección a partir de 2004.09.01. Los procesos de pagos hasta abril 30 de 2006, fueron autorizados y ejecutados por el Jefe del Departamento Financiero y la Unidad de Recaudación y Pago del HTMC en su orden, por cuanto la SPSSIF no cuenta en su estructura con un ordenador y ejecutor de pago.

BASE LEGAL

- Constitución Política de la República del Ecuador.
- Ley Orgánica de la Contraloría General del Estado, y su Reglamento.
- Ley de Seguridad Social.
- Codificación de la Ley de Contratación Pública.
- Codificación Ley de Régimen Tributario Interno y su Reglamento de aplicación.
- Reglamento de Comprobantes de Venta y de Retención.
- Estatuto Codificado del IESS.
- Reglamento General de las Unidades Médicas del IESS (Resoluciones CI 056 y 066 de 2000.01.26 y 04.07).
- Reglamento Orgánico Funcional del IESS (Resolución CD 021 de 2003.10.13).
- Reglamento para Atención Médica en Unidades de Salud Ajenas al IESS (Resolución CI 009 de 1998.10.21).
- Reglamento General de Responsabilidad Patronal (Resolución CI 010 de 1998.12.08).
- Normas técnicas y criterios para la calificación del nivel de complejidad en las unidades médicas del IESS y acreditación de las unidades médicas del IESS y demás prestaciones de salud (Resolución CD 020 de 2003.09.30).

- Tarifario del Seguro General de Salud Individual y Familiar para las atenciones médicas a los asegurados del IESS (Resolución CD 018 de 2003.08.26).
- Normas de Control Interno para el Sector Público.
- Manual Técnico Administrativo de las Unidades Médicas del IESS de 1986.02.26.
- Manual Operativo de Tratamiento de Hemodiálisis como parte del contrato, suscrito con el Centro de Diálisis Pasal Sur en 2004.12.01.
- Manual Operativo de Tratamiento de Hemodiálisis como parte del contrato modificatorio y aclaratorio, suscrito con el Centro de Diálisis Farmadial en 2004.08.25.

ESTRUCTURA ORGANICA

El HTMC, es hospital de nivel III, que tiene vinculación en sus procesos: a nivel nacional con la Dirección General y la Dirección del Seguro de Salud Individual y Familiar. En el ámbito provincial con la Subdirección del Seguro de Salud Individual y Familiar y Dirección Provincial del IESS Guayas.

Su estructura es la siguiente:

Nivel directivo: Gerente, actual Director

Nivel ejecutivo: Área de Facturación, Unidad de Presupuesto y Contabilidad del HTMC y de la SPSSIF, Departamento Financiero y Unidad de Recaudación y Pago del HTMC.

Nivel asesor: Comisión de Acreditación de Prestadores de Servicios de Salud, Coordinador Sección Jurídica y la Unidad de Recursos Humanos.

Nivel de apoyo y operativo: Personal administrativo y de servicios.

Apoyo Operativo de Diálisis y Hemodiálisis: Gerencia de Hospitalización y Ambulatorio: Subgerencia Clínica: Nefrología

Gerencia de Auxiliares de Diagnóstico y Tratamiento: -El Centro de Diálisis.

OBJETIVOS DE LA ENTIDAD

El IESS, es una entidad pública descentralizada, creada por la Constitución Política de la República, dotada de autonomía normativa, técnica, administrativa, financiera y presupuestaria, con personería jurídica y patrimonio propio, que tiene por objeto indelegable la prestación del Seguro General Obligatorio en todo el territorio nacional, siendo la Dirección del Seguro General de Salud Individual y Familiar el órgano ejecutivo encargado de otorgar los servicios de salud a los afiliados y jubilados, a través de la compra de estos servicios a las unidades médicas del IESS y otros prestadores públicos y privados debidamente acreditados.

MONTO DE RECURSOS EXAMINADOS

El valor erogado en la compra de servicios de salud a prestadores externos, entre enero 1 del 2004 a diciembre 31 del 2005, con recursos propios de la SPSSIF y de conformidad a los presupuestos de dicha unidad, totalizó US \$ 17.178.713,33 según el siguiente detalle:

Nº PARTIDA	RUBROS	PRESUPUESTADO		GASTADO	
		US \$ 2.004	US \$ 2.005	US \$ 2.004	US \$ 2.005
520103890	Contratos con Hosp./Clínicas Públicas	2.000	0	0	0
520103230	Contratos con Hosp./Clínicas Privadas	3.030.500	4.973.196,32	3.021.966,63	4.971.209,84
520103250	Servicio de diálisis	3.605.200	4.650.055,30	3.593.977,58	4.649.385,33
520103260	Servicio de Laboratorio y otros rubros	531.606	424.624,00	517.549,95	424.624,00
	SUMAN	7.169.306	10.047.875,62	7.133.494,16	10.045.219,17

FUNCIONARIOS PRINCIPALES

Se detallan en Anexo 1

CAPITULO II

RESULTADOS DEL EXAMEN

SEGUIMIENTO DE RECOMENDACIONES

No se realizó seguimiento de recomendaciones, por no existir en el archivo de esta unidad de control, informes de exámenes especiales anteriores, realizados a este proceso.

REGLAMENTACION PARA EL CONTROL DE PROCEDIMIENTOS Y ADMINISTRACION DE SERVICIOS MEDICOS ENTREGADOS POR PRESTADORES EXTERNOS Y AUSENCIA DE PROTOCOLOS MEDICOS.

El Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social, no tiene reglamentación que regule los procedimientos administrativos, así como el desenvolvimiento de los funcionarios que participan dentro de la supervisión o vigilancia del cumplimiento de los contratos, de los servicios brindados en las instalaciones de los prestadores externos, el control de las tarifas cobradas de acuerdo al Tarifario del SGSIF y control concurrente o seguimiento al afiliado beneficiario de dichos servicios, normas que deben utilizarse por los funcionarios de Dirección de la Administración del Seguro General de Salud Individual y Familiar y en las diversas unidades médicas asistenciales del IESS.

El IESS cuenta con Normas técnicas y criterios para la acreditación y calificación del nivel de complejidad en las unidades médicas del IESS y demás prestadores de salud, en las que se incluyen “otros prestadores de salud o los servicios contratados con proveedores externos”, pero sin embargo a pesar de la existencia de éstas normas, hay algunos proveedores que han prestado servicios médicos sin que hayan cumplido con el proceso de acreditación, proceso formal por medio del cual la Administradora del Seguro General de Salud Individual y Familiar, reconoce que un prestador de salud cumple con los estándares preestablecidos, luego de una evaluación local y periódica, realizada por una comisión especializada, con una validez de hasta dos años, requisito indispensable para la contratación del prestador, para luego la Subdirección de Aseguramiento y Control de Prestaciones, incorpore a las empresas calificadas a nivel nacional y regional en una red de prestadores. Estos prestadores calificados siempre que se acojan a las Tarifas estipuladas, suscribirán los contratos, por lo expuesto se desprende que no se ha cumplido con la Resolución C.D. 020, publicada en el Registro Oficial 240 de diciembre 26 de 2003.

El IESS tampoco cuenta con normas de protocolos médicos, que son reglas que deben de cumplir los servidores de la entidad que laboran en el área médica en los diferentes niveles de atención médica, sean Hospitales, Centros de Atención Ambulatoria y Unidades de Atención Ambulatoria. Las normas de protocolos médicos se refieren al control de asistencia médica, quirúrgica, farmacéutica y de rehabilitación, de cada paciente, tampoco se han establecido índices para evaluar los mencionados protocolos médicos.

Además no se ha implantado un sistema de control permanente de supervisión médica a cada paciente y a los costos de los servicios médicos comprados, cuando el afiliado se encuentra internado en clínicas particulares, evidenciándose la falta de recursos.

El Consejo Directivo no ha podido cumplir con lo que establece el artículo 27 de la Ley de Seguridad Social, que le faculta en los literales a) c) y f):

a.) La aprobación de las políticas y los programas de aplicación del Seguro General Obligatorio

c.) La expedición de las normas técnicas y resoluciones de cumplimiento obligatorio por las demás autoridades del IESS.

f) La expedición de los reglamentos internos del IESS.

No se ha cumplido porque la administración especializada no lo ha exigido. La falta de esta reglamentación, ha incidido para que no se cumpla con eficacia la Ley del Seguro Social vigente y que tiene relación con la reglamentación no efectuada, en los siguientes enunciados:

Artículo 104, literal a)

“ En caso de enfermedad, el afiliado tendrá derecho a: La asistencia médica, quirúrgica, farmacéutica y de rehabilitación, con sujeción a los protocolos de diagnóstico y terapéutica elaborados por los especialistas médicos del IESS y aprobados por la administradora de este Seguro.”

Artículo 107:

“ La prestación de salud se realizará con tecnologías apropiadas a la disponibilidad de recursos del Seguro, sin menoscabo de la calidad y dentro de los rangos de suficiencia que determinen los protocolos de diagnóstico y tratamiento aprobados por la Administradora del Seguro General de Salud.”

Artículo 108:

“ El Seguro General de Salud Individual y Familiar, dividirá administrativamente los procesos de aseguramiento, compra de servicios médicos asistenciales y entrega de prestaciones de salud a los afiliados.”

“ La compra de servicios médico asistenciales comprende la acreditación de los prestadores, la contratación de los proveedores, la vigilancia del cumplimiento de los contratos, así como el control de la calidad de la prestación y la satisfacción del usuario, en términos de eficiencia, oportunidad y equidad.”

“ La entrega de las prestaciones de salud a los afiliados se sujetará al sistema de referencia y contra referencia y la efectuarán las unidades médicas del IESS y los demás prestadores acreditados, de conformidad con la reglamentación de la Administradora de este Seguro y a los términos contenidos en el contrato respectivo.”

Artículo 110:

“ Los procesos de aseguramiento y compra de servicios estarán a cargo de la Dirección de la Administradora del Seguro General de Salud Individual y Familiar. La prestación de servicios médicos estará a cargo de las unidades médicas del IESS y de los demás prestadores de servicios de salud, públicos y privados, debidamente acreditados por la Dirección, con sujeción a la reglamentación.”

Artículo 112:

Literal c) “ La evaluación periódica y sistemática del estado de salud de los afiliados, a través de indicadores de comportamiento de la morbilidad de la población asegurada.”

Literal d) “ La acreditación y contratación de los diferentes prestadores de servicios de salud.”

Literal e) “ El control de la calidad de los servicios médico-asistenciales.”

Artículo 116:

“ Los establecimientos o entidades asistenciales de salud igualmente interesados, se someterán al concurso de selección por merecimientos. En ambos casos, luego de la respectiva acreditación, los contratos deberán sujetarse al régimen de retribución por honorarios, al tarifario y a los protocolos de diagnóstico y terapéutica, de conformidad con la reglamentación expedida por el Consejo Directivo del IESS.”

Artículo 121:

“ El contrato de compra de servicios con la respectiva unidad médica se sujetará a las tarifas vigentes en cada ejercicio económico, que incluirán los costos directos e indirectos de la prestación. Con cargo a los recursos del Fondo Presupuestario de Salud, la Administradora de este seguro contratará un reaseguro contra riesgos catastróficos para cubrir los excesos de gasto que se originen en contingencias extraordinarias.”

Artículo 124:

“ Las obligaciones de los prestadores y la penalización por su incumplimiento serán establecidas en el Reglamento General y se aplicarán en los contratos de servicios, de conformidad con dicho Reglamento.”

Artículo 123:

“ El Consejo Directivo del IESS aprobará el Tarifario del Seguro General de Salud Individual y Familiar para las atenciones médicas a los asegurados del IESS; reglamentará los límites mínimos y máximos de las prestaciones médico asistenciales y de los subsidios transitorios; los criterios y condiciones para la contratación de seguros colectivos en casos de enfermedades crónicas y riesgos catastróficos; las exclusiones del seguro de salud, los límites de cobertura del seguro de salud, en casos de servicio de diagnóstico auxiliar, suministro de fármacos y hospitalización, con el objeto de corregir abusos contra la eficiencia y la equidad de las prestaciones de salud.

Además, del análisis efectuado se determinó que en junio 17 del 2005, el Director del SGSIF remitió a los Subdirectores Provinciales del mismo seguro, el borrador del “Manual de Facturación de Prestaciones de Servicio de Salud en unidades médicas

del IESS y otros prestadores públicos y privados debidamente acreditados por el Seguro General de Salud Individual y Familiar del IESS” para el análisis y presentación de observaciones y recomendaciones. Este documento en el artículo 29, “De los procesos de control de la facturación”, señala que el responsable del área técnica médica **realice de rutina, entre otros, la revisión de las estancias prolongadas**, sin considerarse un límite de tiempo referencial para el tratamiento de cada patología, parámetro que deberá constar en los protocolos de diagnóstico y terapéutica del IESS. Sin embargo no mereció la atención de los convocados y el Director de Seguro General de Salud Individual y Familiar tampoco lo exigió.

Con oficio 51000000 ECSM. HTMC-166-2007 de 2007.10.26, solicitamos al Director del SGSIF, nos proporcione las normas de protocolo vigentes a la fecha del examen, quién en oficio 21100000-1159 de 2007.12.12, informó al Procurador General del IESS, que no tiene registro de protocolos médicos aprobados por el Consejo Directivo.

Así mismo en oficios 51000000 ECSM. HTMC- 167-2007 y 168-2007 de 2007.10.26, solicitamos a los Directores del SGSIF actuantes durante el período bajo examen, nos informen si durante sus gestiones contaron con los protocolos de diagnóstico y tratamiento elaborados por los especialistas médicos del IESS, tal como lo estipula el literal a) del artículo 104 de la Ley de Seguridad Social. Al respecto en oficio 111011231.PAT.150.07 de 2007.11.07, uno de los ex Directores del SGSIF, quién labora en el Servicio de Patología del Hospital Carlos Andrade Marín, informó que desgraciadamente el ambiente político que vivimos en el año 2005 y parte del 2006 con cambios permanentes en los Directores de unidades médicas, no nos permitió complementar todos los protocolos deseables, pero existen algunos con los cuales se trabajan en el Hospital Carlos Andrade Marín, además el contar con la colaboración de los médicos en todo el país es una tarea verdaderamente titánica. No hemos recibido contestación de la otra ex Directora.

La ausencia de reglamentación para la compra de servicios médicos a prestadores externos públicos y privados debidamente acreditados ante el IESS y el Seguro General de Salud Individual y Familiar, la falta de Normas de Protocolos que señalen el control de la asistencia médica, quirúrgica, farmacológica, hospitalización y de rehabilitación, se contraponen a lo dispuesto en los artículos 27 literal c) y f), 104 literal a), 107, 108, 110, 112 literal c), d) y e), 116, 117, 121, 123 y 124 de la Ley de Seguridad Social y numeral 2 del Artículo 30 del Reglamento Orgánico Funcional del IESS.

CONCLUSIÓN

El Consejo Directivo no pudo emitir la reglamentación para las compras de servicios médicos a prestadores públicos o privados, para que sean utilizados por la Dirección de la Administración del Seguro General de Salud Individual y Familiar y en las diversas unidades médicas asistenciales del IESS, debido a que la Dirección del Seguro de Salud Individual y Familiar no solicitó la aprobación del respectivo documento, además no se exigió respuestas de los requerimientos a los mandos subalternos.

RECOMENDACIÓN 1

CONSEJO DIRECTIVO

- 1.1** Emitirá, aprobará y dispondrá la aplicación de las Normas de Protocolos, que son reglas que deben de cumplir los servidores de la entidad que laboran en el área médica en los diferentes niveles de atención médica, sean Hospitales, Centro de Atención Ambulatoria, y Unidades de Atención Ambulatoria. Las normas de protocolos médicos se refieren al control de asistencia médica, quirúrgica, farmacéutica y de rehabilitación, de cada paciente, el establecimiento de los documentos de sustentación, la secuencia del proceso de atención de un paciente en relación a una enfermedad o estado de salud, el tiempo de permanencia de un afiliado internado en clínicas privadas, a fin de que no existan excesos que comprometan la situación financiera de la entidad.
- 1.2** Dispondrá a la Directora del Seguro de Salud Individual y Familiar del IESS, establecer índices de gestión, para evaluar los servicios médicos adquiridos a prestadores externos y la aplicación de las normas de protocolos médicos.
- 1.3** Reglamentará los límites mínimos y máximos de las prestaciones médico asistenciales y de los subsidios transitorios, los criterios y condiciones para la contratación de seguros colectivos en casos de enfermedades crónicas y riesgos catastróficos, las exclusiones del seguro de salud, los límites de cobertura del seguro de salud en casos de servicios de diagnóstico auxiliar, suministro de fármacos y hospitalización, con el objeto de corregir abusos contra la eficiencia y la equidad de las prestaciones de salud. Además, dispondrá al Administrador del Seguro de Salud Individual y Familiar del IESS, que en los contratos de compra de servicios con la respectiva unidad médica se sujete a las tarifas vigentes en cada ejercicio económico, que incluirán los costos directos e indirectos de la prestación.

1.4 En cada ejercicio económico, revisará las tarifas para la compra de servicios médicos a las unidades de salud y a los prestadores externos, así como dispondrá que consten en los contratos respectivos y, exista control, supervisión de los mismos, a fin de que se manejen con eficiencia los recursos financieros del IESS.

A LA DIRECTORA DEL SEGURO GENERAL DE SALUD INDIVIDUAL Y FAMILIAR DEL IESS

1.5 Remitirá para la aprobación del Consejo Directivo el Reglamento para la compra de servicios médicos a prestadores públicos y privados, la implementación de los procedimientos administrativos para la compra, supervisión y control de las adquisiciones de servicios de éste tipo, para que sea utilizado en las diversas unidades médicas asistenciales del IESS el cual deberá revisarse periódicamente a fin de que se mantenga actualizado.

1.6 Implantará un sistema de control permanente de supervisión médica a cada paciente y a los servicios médicos comprados, cuando el afiliado se encuentra internado en clínicas particulares.

ADQUIRIR SERVICIOS MÉDICOS MEDIANTE CONTRATOS Y CONTROLAR LA VIGENCIA DE ESTOS, DISMINUYEN LOS RIESGOS ADMINISTRATIVOS Y ECONÓMICOS.

De los diecisiete prestadores externos acreditados que otorgan servicios médicos a los afiliados, jubilados y beneficiarios del IESS, se constató que:

Siete prestadores externos suscribieron contratos en enero del 2004, estipulándose entre las cláusulas que:

- El precio y forma de pago es de conformidad al Tarifario Institucional, verificándose que los prestadores facturan de conformidad a lo convenido en dicho Tarifario.
- La vigencia acordada es de un año, pero al no existir inconformidad de las partes, se han renovado automáticamente y extendido los mismos por igual período, a la fecha de nuestra intervención (febrero de 2006), los contratos de prestación de servicios de salud se han extendido por dos años, sujetándose al tarifario correspondiente; ampliación que se dio, porque en la cláusula de "Vigencia" de los referidos contratos suscritos por el IESS con los prestadores externos, se indica "El

presente contrato tendrá una duración de un año, en caso de que ninguna de las partes, manifieste objeción alguna en la fecha de vencimiento de este contrato, el mismo se entenderá renovado automáticamente por igual período”, por lo tanto los contratos suscritos en enero del 2004, tuvieron vigente hasta enero del 2006, sin haberse suscrito nuevos contratos, tal como se demuestra en el siguiente cuadro:

No. de contrato	Fecha de Suscripción	Prestador	Fecha de renovación Automática	Fecha de vencimiento de contratos renovados
0903-0001	2004-01-09	Compañía Anónima Clínica Guayaquil Servicios Médicos S.A.	2005-01-09	2006-01-09
0903-0002	2004-01-09	Esculapio S.A.(Hospital Miguel H. Alcívar)	2005-01-09	2006-01-09
1703-0004	2004-01-19	Conjunto Clínica Nacional CONCLINA C. A.(Hospital Metropolitano)	2005-01-19	2006-01-19
0906-0003	2004-01-09	Centro de Diálisis Soldial	2005-01-09	2006-01-09
0906-0005	2004-01-09	Centro de Diálisis IEDYT	2005-01-09	2006-01-09
0906-0006	2004-01-09	Centro de Diálisis Sermens	2005-01-09	2006-01-09
0906-0007	2004-01-09	Centro de Diálisis Dr. Luís Serrano Figueroa	2005-01-09	2006-01-09

Tres prestadores externos como son: un profesional en medicina, SOLCA y la Unidad Oftalmológica Kennedy Norte (distinta a la clínica Kennedy) no han suscrito los contratos de prestación de servicios de salud con el Instituto.

Al respecto el Subdirector Provincial del SSIF en oficio 21300900.1743 de mayo 22 del 2006, informó que en el caso de SOLCA se rige con un acuerdo señalado en oficio 21100000.200 de 2004.03.26 suscrito por el Subdirector de Aseguramiento y Control de Prestaciones, en el que se indica: **“La Dirección del Seguro General del Seguro de Salud Familiar e Individual, ha aceptado este valor que incluye \$ 7.80 como tarifa por honorarios y la diferencia de \$ 26,10 deberá ser facturada aparte”**, no obstante no se formalizó el acuerdo con el convenio respectivo. Cabe indicar que el respectivo contrato de prestación de servicios de salud se suscribió el 2007.09.14, por el Director General del IESS y el Presidente de SOLCA. Referente al Profesional Médico, el mencionado Subdirector Provincial, indica que desde que asumió sus funciones no se ha solicitado los servicios del referido galeno y, que en esta fecha lo está invitando a participar y a gestionar los trámites para el referido servicio. Sobre el Centro Oftalmológico Kennedy Norte, solicitó al Director del SGSIF información si se suscribió el respectivo contrato de salud, ya que se encuentra acreditado, sin evidenciarse que se haya derivados pacientes.

Sobre la falta de renovación de los contratos, con oficios 51000000.ECSM. HTMC. 043-2006 y 123-2006 de 2006.03.22 y 2006.10.05, le comunicamos al Subdirector Provincial del SSIF y al ex Director del SGSIF en su orden, este último funcionario mediante oficio 111011231-PAT-015-07 de 2007.02.02 nos indicó que, a partir de diciembre del 2005 el Director General del IESS no delegó la firma ni la renovación de contratos al Director del SGSIF y todos los trámites se los realizó en dicha dependencia. Cabe destacar que le corresponde la compra de servicios a este último funcionario.

Con oficio 51000000 ECSM. HTMC-157-2007 de 2007.02.26, solicitamos al Director General del IESS emita su criterio, respecto a la respuesta del ex Director del SGSIF, expuesta en oficio 111011231-PAT-015-07 de 2007.02.02; recibiendo su contestación en oficio 12000000.0989 de 2007.03.20, donde se limita a remitirnos la nómina de las unidades médicas particulares con las que el IESS mantiene contrato de servicios médicos, prorrogados a la fecha, sin concretarse a lo requerido.

Los contratos de prestación de servicios de salud del año 2004, fueron suscritos por la Directora de la Administradora del Seguro General de Salud Individual y Familiar, con poder especial conferido por el Director General del IESS, ya que de acuerdo al Artículo 110 "Asignación de Funciones" de la Ley de Seguridad Social, los procesos de compra de servicios estarán a cargo de la Dirección de la Administradora del Seguro General de Salud Individual y Familiar.

El artículo 116 "Libertad de Elección de Prestadores" de la Ley de Seguridad Social ordena:

"...Los profesionales de la salud en libre ejercicio, interesados en prestar sus servicios bajo la modalidad de libre elección del afiliado, deberán someterse a las reglas de selección por merecimientos y oposición. Los establecimientos o entidades asistenciales de salud igualmente interesados, se someterán al concurso de selección por merecimientos. En ambos casos, luego de la respectiva acreditación, los contratados deberán sujetarse al régimen de retribución por honorarios, al tarifario y a los protocolos de diagnóstico y terapéutica, de conformidad con la reglamentación expedida por el Consejo Directivo del IESS...".

La falta de contratos para la prestación del servicio de salud, también ha incidido para que no se cumpla con los siguientes artículos de la Ley del Seguro Social.

Artículo 108

“ El Seguro General de Salud Individual y Familiar, dividirá administrativamente los procesos de aseguramiento, compra de servicios médicos asistenciales y entrega de prestaciones de salud a los afiliados.”

“ La compra de servicios médico asistenciales comprende la acreditación de los prestadores, **la contratación de los proveedores**, la vigilancia del cumplimiento de los contratos, así como el control de la calidad de la prestación y la satisfacción del usuario, en términos de eficiencia, oportunidad y equidad.”

Artículo 111

“...La Dirección del Seguro General de Salud Individual y Familiar, es el órgano ejecutivo encargado del aseguramiento colectivo de los afiliados y jubilados contra las contingencias amparadas en esta Ley. Comprará servicios de salud a las unidades médicas del IESS y otros prestadores, públicos o privados, debidamente acreditados, mediante **convenios o contratos**, cuyo precio será pagado con cargo al Fondo Presupuestario de Salud, de conformidad con el Reglamento General de esta Ley..”.

Artículo 114

“...Son prestadores de los servicios de salud a los asegurados, las unidades médicas del IESS, las entidades médico-asistenciales, públicas y privadas, y los profesionales de la salud en libre ejercicio, acreditados y contratados por la Dirección del Seguro General de Salud Individual y Familiar, de conformidad con la presente Ley..”.

Por lo expuesto, las entidades asistenciales de salud que no mantienen contrato con el Instituto y han otorgado el servicio a los afiliados del IESS, no se han sometido al concurso de selección por merecimiento para la prestación del servicio, inobservándose lo dispuesto en el Artículo 116 de la Ley de Seguridad Social .

La falta de gestión de la Dirección General, al no permitir mediante disposición oportuna delegar atribuciones y agilizar los procesos, ocasionaron que los prestadores externos brinden atención médica a los afiliados del IESS, posterior a la fecha de vencimiento (un año) y en plazo prorrogado de los contratos de prestación de servicios de salud, quedando desprotegidas las atenciones de circunstancias imprevistas durante el servicio; evidenciándose además que, durante el período de renovación, no se revisaron las condiciones contractuales, inobservando la NCI. 110-08 “Actitud hacia el Control Interno”.

La falta de acreditación y calificación de los proveedores externos, la falta de suscripción de contratos o convenios, en donde se fijen los precios y las obligaciones contractuales de las dos partes, impiden el control previo y concurrente de la relación contractual y la verificación y cumplimiento de los servicios proporcionados por los proveedores.

CONCLUSIÓN

Se está realizando la compra de servicios médicos a prestadores externos o proveedores de servicios de salud, sin estar calificados y otorgando prestación médica particular a los afiliados, sin que exista relación contractual, previa la suscripción de contratos o convenios y además, con contratos o convenios de plazo prorrogado, impidiéndose un suficiente y eficiente control interno previo y concurrente.

RECOMENDACIÓN 2

AL DIRECTOR GENERAL DEL IESS

- 2.1** Dispondrá a la Directora del Seguro General de Salud Individual y Familiar que por delegación, suscriba contratos, amparados bajo este seguro, realizar las gestiones necesarias y suficientes para que los prestadores externos calificados que otorgan servicios de salud en esta jurisdicción, suscriban los respectivos contratos, de conformidad a la reglamentación interna del IESS, a fin de contar con el respaldo adecuado que determine los deberes y responsabilidades de las partes.
- 2.2** Dispondrá al Directora del Seguro General de Salud Individual y Familiar que por delegación, suscriba contratos, amparados bajo este seguro, que antes de suscribir el contrato de compra de servicios, se analice la calidad del servicio a adquirirse, el precio y las necesidades de contratación con prestadores externos, a fin de que el afiliado reciba un buen servicio, y de que el IESS cancele el precio justo, competitivo en el mercado y especialmente se contrate siempre y cuando el IESS no preste el mismo servicio o no tenga capacidad para efectuarlo.
- 2.3** Dispondrá a la Directora del Seguro General de Salud Individual y Familiar efectuar una evaluación de las condiciones contractuales antes del vencimiento del plazo del contrato y de que se prorrogue en el tiempo, para determinar el cumplimiento de las cláusulas contractuales, su vencimiento o terminación del mismo, o la prorroga o emisión de un nuevo contrato, con las modificaciones si las hubiere.

ATENCIONES MÉDICAS PARTICULARES, DEBEN OTORGARSE ACORDE CON LA NORMATIVA VIGENTE Y CLAUSULAS CONTRACTUALES.

Los afiliados con cédulas de ciudadanía 0901904920, 0900398124 y 0903936508 por su estado de salud acudieron directamente a casas de salud particulares, sin la presentación de la orden de atención correspondiente que emite el IESS.

Por estos casos, el Médico Especialista Técnico de la Auditoria Interna, mediante oficio Dr. FRC.51000000-52-2006 de 2006.10.03, presentó su informe técnico médico, indicando que se basa en la documentación proporcionada de hechos pasados y no sobre la auscultación directa de los pacientes.

La jubilada de la cedula de ciudadanía 0901904920, ingresó a la Clínica Guayaquil el 2004.07.25, permaneciendo internada durante 27 días, es decir hasta el 2004.08.20, fecha en que fallece; entidad médica privada, que se encuentra acreditada y contratada por el IESS. Mediante comunicación de 2004.07.27 la Médico a Domicilio del ex Dispensario 31 del IESS, presentó su informe técnico médico de la visita realizada en esa fecha a la mencionada paciente internada en dicha clínica, indicando que ingresó con insuficiencia renal crónica, perforación diverticular, más laparotomía exploratoria, más sepsis, además que se encontraba en el área de terapia intensiva, y que por su estado de salud crítico era imposible su traslado; por lo que en 2004.07.30 mediante oficio 21300900-1586 en la SPSSIP, se emite la orden de atención médica a la Clínica Guayaquil, por la afiliada en referencia.

Al respecto el Médico Especialista Técnico de la Auditoria Interna en su aludido informe señala que, la paciente ingresó a la clínica con el diagnóstico de “Abdomen Agudo por enfermedad diverticular perforada”, el mismo día de su ingreso es sometida a laparotomía exploratoria, realizándole hemicolectomía izquierda más colostomía, el diagnóstico de inicio es emergente, más aún si se toman en cuenta los antecedentes patológicos de la enferma.

Por lo expuesto, el estado de salud de la paciente fue cerciorado por el IESS a través de la Médico a Domicilio del entonces Dispensario 31, quién le efectuó la visita después de 2 días de su ingreso a la referida casa de salud, calificándolo como emergente; calificativo que también lo expuso en su informe técnico el Médico Especialista Técnico de la Auditoria Interna.

El jubilado de la cedula de ciudadanía 0900398124 ingresó a la Clínica Alcívar el 2005.03.28, permaneciendo internado durante 34 días, es decir hasta el 2005.05.01 fecha en que fallece; entidad médica privada, que se encuentra acreditada y contratada por el IESS.

En el expediente de pago de esta prestación, consta que el afiliado ingresó en condiciones crítica, con el diagnóstico de "Pancreatitis Aguda Grave", encontrándose en la unidad de cuidados intensivos de la mencionada clínica particular. En comunicación de 2005.03.30 un familiar del paciente informó al Subdirector Provincial del SSIF sobre el referido ingreso, presentando entre otro copia de la hoja de EVOLUCION/PRESCRIPCION de dicha clínica, referente a la atención médica otorgada al aludido paciente el 2005.03.29, documento en la que el Jefe de Cuidados Intensivos del HTMC, establece que el paciente "No puede pasar, condiciones Críticas" de la Clínica Alcívar al HTMC; evaluación que fue requerida por el Director del mismo hospital del IESS, es decir el estado de salud del paciente fue calificado como crítico por un médico del IESS. En la mencionada comunicación, el familiar del paciente también solicitó que el Instituto asuma los costos de la atención médica; de tal forma en 2005.03.30 mediante oficio 21300900-935 en la SPSSIF, se emite la correspondiente orden de atención médica a la Clínica Alcívar.

Al respecto el Médico Especialista Técnico de la Auditoria Interna en su aludido informe señala que, por el estado de salud del paciente, calificado como de "Condición Crítica" necesitaba asistencia médica inmediata.

La afiliada de la cedula de ciudadanía 0903936508, ingresó en la Clínica Alcívar desde el 2004.11.22, hasta el 2005.11.09, es decir 352 días. Mediante comunicación del 2004.11.25, la hermana de la paciente informó al Director del HTMC, que el día 22 del mismo mes y año como consecuencia del estado de shock en que se encontraba la enferma, y debido a la urgencia del caso, tuvo que internarla de manera urgente al área de Terapia Intensiva de la mencionada Clínica, por lo que el 2004.11.26 mediante oficio 21300900-3157 en la SPSSIF, se emitió la respectiva orden de atención médica para la Clínica Alcívar.

El Médico Internista de la referida clínica, en 2004.11.24 certifica que la paciente se encuentra ingresada en la Unidad de Cuidados Intensivos, con un cuadro de shock séptico severo, Así mismo en 2005.04.28, la Médico a Domicilio del ex Dispensario

Norte del IESS visitó en la clínica a la referida paciente, informando que no responde a interrogatorio, que recibe alimentación mediante gastrostomía realizada en marzo del 2005. El referido diagnóstico que al decir del Médico Especialista Técnico de la Auditoria Interna en su mencionado informe, se trató de una emergencia y de tratamiento prioritario.

Por lo expuesto, el diagnóstico que presentó la paciente fue calificado como emergente tanto por el médico particular que inicialmente la atendió, como el médico Internista de la Clínica Alcívar, luego fue cerciorado por el IESS a través de la Médico a Domicilio del entonces Dispensario Norte, en sus visitas efectuadas en las clínicas, calificativo que también lo expuso en su informe técnico el Médico Especialista Técnico de la Auditoria Interna.

Todos los casos comentados, fueron facturados de conformidad al tarifario institucional, existiendo otros rubros que no constan en el mismo, como el consumo de oxígeno, uso del monitor, etc. Tarifario que de acuerdo a los contratos de prestación de servicios de salud, debe ser remitido en medios magnéticos por la Aseguradora a los Prestadores.

Cédula de Ciudadanía	Fecha de ingreso a clínica particular	Calificación de Diagnóstico	Notificación al IESS por parte de la clínica	Envío del IESS de los documentos probatorios
0901904920	2004.07.25	Abdomen agudo, por enfermedad diverticular perforada	2004.07.27	2004.07.30
0900398124	2005.03.28	Pancreatitis Aguda grave	2005.03.30	2005.03.30
0903936508	2004.11.22	Estado de shock	2004.11.25	2004.11.26

El numeral 6.01 de la cláusula sexta "Obligaciones del Prestador" de cada Contrato de Prestación de Servicios de Salud establece que: "Previo a otorgar la atención, el prestador se obliga a requerir de la aseguradora la orden de atención correspondiente...". Asimismo el numeral 4.04 de la cláusula cuarta "Objeto del contrato" de los mismos contratos señala que: "la Aseguradora no tendrá obligación alguna sobre los servicios médicos que otorgan los prestadores a personas que no sean sus afiliados y, si posteriormente demostraren tal calidad, reconocerá los valores por los servicios otorgados de acuerdo al tarifario"; enunciado que se contrapone a lo convenido en el citado numeral 6.01, sobre la obligación de solicitar el prestador la orden de atención correspondiente para atender a los afiliados

Al respecto, los ex Directores del SGSIF, en oficios 111011231-PAT-013-07 y s/n. de 2007.01.26 y 2007.02.16 en su orden, en su parte pertinente indicaron: “En ocasiones y por emergencia, el paciente puede no haber presentado los documentos habilitantes, especialmente cuando no es posible confirmar el derecho, esto podría suceder en emergencias, en las noche o en los feriados y únicamente esta en relación con el envío del paciente a prestadores contratados, por lo tanto la Aseguradora reconocerá el pago cuando se verifique el derecho” así mismo “En caso de la emergencia puede recibir la atención y regularizarse en el siguiente día hábil posterior a la presentación recibida, esta condición tiene el espíritu de proteger al afiliado que no tiene recursos para pagar por la prestación y luego solicitar el reembolso conforme a la compensación de gastos médicos” ambos enunciados, de que las emergencias deben ser enviados por el IESS o, de regularizarse la atención al siguiente día y solicitar el reembolso, no se estipulan en la referida cláusula y en ninguna otra, existiendo un vacío de control en dichos contratos.

A nuestro requerimiento, en diciembre 14 del 2006 y en enero 4 del 2007, las clínicas Kennedy Alborada y la Guayaquil en su orden, remitieron documentación que sustenta la atención brindada a los referidos pacientes, indicando que están en la obligación de atender las emergencias de acuerdo al Código de Salud. Al respecto verificamos que en dicho instrumento legal no existe tal disposición, pero sí la considera el artículo 43 de la Constitución Política de la República del Ecuador, además de que la emergencia médica, es una situación que pone en riesgo la vida del paciente, sin respetar hora ni lugar y requiere atención médica especializada e inmediata.

Por lo expuesto, algunos ingresos de pacientes a clínicas particulares se realizaron sin solicitar la orden de atención al IESS, los que fueron emitidos posteriormente al comprobar la afiliación de los beneficiarios, lo que conllevó a que el IESS no establezca inicialmente la condición real de salud de los afiliados y si procedían o no la emisión de las Órdenes de Atención.

Además, no se establecieron en los contratos otros parámetros o cláusulas de control, en razón de que no están claras las cláusulas cuarta, numeral 4.04 y sexta, numeral 6.01 mencionadas anteriormente, tales como:

- La obligación de que las clínicas particulares informen de manera inmediata esto es, al día siguiente laborable el ingreso de un afiliado por emergencia, para que el IESS, califique dicha emergencia y autorice el tiempo que corresponda.
- El establecimiento de forma clara, cuando se calificaba el ingreso del paciente por emergencia o por transferencia.
- La supervisión y evaluación periódica del estado de salud de la afiliada (o), a fin de extender o disminuir el tiempo de permanencia autorizado, así como verificar la calidad del servicio y los montos de gastos que ocurran en el transcurso de su permanencia, y especificar quien era el área o funcionario de efectuar este control.

Por lo tanto, el Director del Seguro General de Salud Individual y Familiar y Subdirector Provincial del SSIF, de conformidad con el artículo 110 y 113 de la Ley de Seguridad Social, inobservaron la NCI 110-10 "Control Interno Concurrente", al no implantar medidas de control, para las compras de servicios a prestadores externos, inobservaron el artículo 77 literal a) de la Ley Orgánica de la Contraloría General del Estado, al no asegurar la implantación, funcionamiento y actualización del sistema de control interno y de los sistemas de administración financiera, planificación, organización. Además, incumplió el numeral 2 del artículo 30 del Reglamento Orgánico Funcional del IESS.

CONCLUSIÓN

La inconsistencia y falta de claridad en las cláusulas contractuales de los contratos por compras de servicios médicos, así como la no inclusión de otras cláusulas de control, ha conllevado a que los prestadores externos hayan realizado varias atenciones médicas, sin requerir previamente la Orden de Atención Médica emitida por el HTMC y autorizada por el Subdirector Provincial del SSIF.

RECOMENDACIÓN 3

AL DIRECTOR GENERAL DEL IESS

3.1 Dispondrá al Procurador del IESS, ordene al profesional encargado de redactar los nuevos contratos de prestación de servicio de salud que, previo a la elaboración, se analicen y resuelvan las inconsistencias de las actuales cláusulas contractuales, e incluya otras cláusulas de control, como:

- La obligación de que las clínicas particulares informen de manera inmediata esto es, al día siguiente laborable el ingreso de un afiliado por emergencia, para que el IESS, califique dicha emergencia y autorice el tiempo de permanencia estimado que corresponda, a través de la ORDEN DE ATENCION MEDICA.
- Establecerá de forma clara y al día siguiente de su ingreso a la clínica particular, la calificación del ingreso del paciente por EMERGENCIA O POR TRANSFERENCIA.
- La supervisión, evaluación y reporte diario del estado de salud de la afiliada (o), a fin de extender o disminuir el tiempo de permanencia autorizado inicialmente, si ya pasó la emergencia o mejoró en su salud, trasladar al paciente a las unidades médicas del IESS o darle de alta; verificar la calidad del servicio prestado, y los montos de gastos que ocurra en el transcurso de su permanencia, y especificar el área que efectuará este control.
- Establecerá una cláusula de sanción o multa, en caso de no cumplir con las cláusulas del contrato por parte del prestador médico.
- Y las demás que establezca el reglamento que para el efecto se emitirá y las que el Director del Seguro General de Salud Individual y Familiar considere incluir para mejorar el control de las compras de servicios médicos para el IESS.

3.2 Dispondrá además, al Procurador del IESS, se efectúe un adendum a cada contrato de compra de servicios médicos a prestadores externos que se encuentren en vigencia, con todas las observaciones mencionadas en el párrafo anterior, a fin de que las compras de servicios médicos a clínicas particulares, estén controladas de forma eficiente.

A LA DIRECTORA DEL SEGURO GENERAL DE SALUD INDIVIDUAL Y FAMILIAR Y AL SUBDIRECTOR PROVINCIAL DEL SEGURO DE SALUD INDIVIDUAL Y FAMILIAR.

3.3 Comunicará a cada uno de los prestadores externos mediante circular, que cumplan con lo establecido en el contrato, numeral 6.01 de la cláusula sexta “Obligaciones del Prestador” que “Previo a otorgar la atención, el prestador se obliga a requerir de la aseguradora la orden de atención correspondiente”.

FALTA DE REGLAMENTACIÓN PARA EL CONTROL DEL SERVICIO DE DIALISIS COMPRADO A PRESTADORES EXTERNOS Y ÓRDENES DE TRANSFERENCIA SIN LEGALIZAR.

Se observó que las Órdenes de Transferencia de pacientes para tratamiento de hemodiálisis en centros privados, son emitidas de manera independiente tanto por el Jefe del Servicio de Nefrología, como por la Coordinadora de la Unidad de Diálisis del HTMC, órdenes autorizadas por el Subdirector Provincial del SSIF, sin que exista en primer lugar el control de disponibilidad interna del servicio en el Centro de Diálisis del HTMC, por parte del departamento de Nefrología que emite “Ordenes de Transferencia”.

Este procedimiento se adoptó para todos los prestadores privados del servicios médicos de diálisis, de acuerdo a lo dispuesto en el punto dos de los Manuales Operativos de Tratamiento de Hemodiálisis, suscritos entre la Dirección del Seguro General de Salud Individual y Familiar del IESS y los centros de diálisis particulares Farmadial y Pasal Sur en 2004.08.25 y 2004.12.01 respectivamente. El IESS no ha emitido un Reglamento para el Control del Servicio de Hemodiálisis que ordene la compra del servicio, la atención al paciente y controle a los centros de diálisis particulares que tienen suscritos contratos con el IESS.

Lo comentado se origina, a más de la disposición del citado manual, en lo dispuesto en los artículos 15 y 17 del Reglamento General de las Unidades Médicas del IESS, donde el Centro de Diálisis forma parte de la Gerencia de Auxiliares de Diagnóstico y Tratamiento, por ser unidad de tratamiento, mientras que el Servicio de Nefrología consta dentro de la Subgerencia Clínica, dependiente de la Gerencia de Hospitalización y Ambulatorio; por lo tanto, estructuralmente, estas dos áreas dependen de distintas gerencias médicas, aunque en la práctica su relación es directa, ya que el Servicio de Nefrología deriva pacientes para el tratamiento de hemodiálisis al Centro de Diálisis del hospital.

Las mencionadas órdenes de transferencia no contienen la firma del Director del HTMC, igual que el resto de solicitudes de transferencias emitidas por los distintos servicios médicos; procedimiento que no se encuentra establecido dentro del referido Manual Operativo de Tratamiento de Hemodiálisis suscrito con los centros de diálisis Farmadial y Pasal Sur, lo que garantizaría que la máxima autoridad hospitalaria

conozca la cantidad de órdenes de transferencia que emiten cada uno de los servicios médicos del HTMC.

La emisión de órdenes de transferencias por dos departamentos independientes para un mismo tratamiento en unidades médicas particulares, ha incidido a que no se revise la disponibilidad de atención interna, puesto que el Servicio de Nefrología antes de emitir las órdenes de atención de hemodiálisis en centros privados, no se informa en primera instancia si la puede brindar el Centro de Diálisis del HTMC, evitando así que los equipos de diálisis de esta unidad médica se sub utilicen.

Sobre lo comentado mantuvimos entrevista con la Directora del HTMC, quién nos hizo llegar el oficio 12202-1101-0415 de 2006.03.14, en el que expresó que la Coordinadora de la Unidad de Diálisis del HTMC es la responsable de las transferencias a centros de diálisis particulares, ya que conoce de la capacidad operativa de atención interna.

Lo expuesto, revela que no existe un control apropiado sobre el uso de las órdenes de transferencia para los centros de diálisis particulares, al no verificar los funcionarios del Servicio de Nefrología la disponibilidad del Centro de Diálisis del HTMC, antes de proceder a emitir la orden de transferencia a los pacientes, lo que impediría que no atienda en su total capacidad el centro de diálisis del HTMC y se sub utilicen sus recursos, lo que conllevaría además de que se egresen valores por contratar servicios particulares, que bien se podría atender internamente en el HTMC, precautelando así los recursos institucionales, contraviniendo así lo dispuesto en el numeral 2 del Artículo 30 del Reglamento Orgánico Funcional del IESS. Situación que se origina por la falta de un reglamento que controle a los centros de diálisis particulares y la falta de control de las órdenes de transferencias emitidas en dos distintos servicios médicos del nosocomio, sin conocimiento de la Dirección de esa casa de salud.

NCI 110-10 "Control Interno Concurrente" indica". Los niveles de jefatura y otros cargos que tengan bajo su mando a un grupo de servidores, establecerán y aplicarán mecanismos y procedimientos de supervisión permanente durante la ejecución de las operaciones, con el objeto de asegurar: numeral 4.- El aprovechamiento eficiente de los recursos humanos, materiales, tecnológicos y financieros.

Por lo expuesto, el Director del Seguro General de Salud Individual y Familiar, además inobservó lo dispuesto en la NCI 110-10, al no implantar mecanismos y procedimientos de supervisión, referente a la emisión de órdenes de transferencias para la atención médica en centros de diálisis privados.

CONCLUSIÓN

La falta de reglamentación y procedimientos de registro y control, autorización y la emisión de órdenes de transferencia para hemodiálisis por dos departamentos independientes que proporcionan el mismo tratamiento, conllevan a que se deriven pacientes a los prestadores particulares sin ningún control y sin constatar previamente la disponibilidad de atención interna en el Centro de Diálisis del Hospital Dr. Teodoro Maldonado Carbo.

RECOMENDACIÓN 4

A LA DIRECTORA DEL SEGURO GENERAL DE SALUD INDIVIDUAL Y FAMILIAR DEL IESS

4.1 Efectuará las acciones necesarias para que se elabore y se apruebe un Reglamento para el Control del Servicio de Hemodiálisis, que establezca los parámetros para la compra del servicio, la atención al paciente, controle la calidad de los centros de diálisis particulares y se establezca un registro. Además debe incluirse como paso previo a las transferencias de pacientes desde el Hospital Dr. Teodoro Maldonado Carbo a los Centros de Hemodiálisis privados debidamente acreditados, que sólo el Centro de Diálisis del referido hospital emita la "Orden de Transferencia" siempre y cuando no exista capacidad operativa de atención interna que deberá soportarse con un informe del Jefe del Centro de Diálisis del Hospital Dr. Teodoro Maldonado Carbo, como paso previo para derivarlo al paciente afiliado a los centros particulares.

4.2 Una vez aprobado por el Consejo Directivo el Reglamento para el Control del Servicio de Hemodiálisis, pondrá en conocimiento de todos los funcionarios del IESS, para su cumplimiento y posterior evaluación. Además, dispondrá que este reglamento se considere para la elaboración de los nuevos contratos para la adquisición de este servicio a los particulares.

AL DIRECTOR DEL HOSPITAL DR. TEODORO MALDONADO CARBO

4.3 Dispondrá a los Jefes de los distintos servicios médicos del nosocomio que solicitan las transferencias de pacientes a clínicas particulares y centros de hemodiálisis, elaborar semanalmente un reporte de las solicitudes emitidas y atendidas, el cual deberá remitirse a la Dirección del hospital Dr. Teodoro Maldonado Carbo, con el propósito de conocer y controlar las cantidades que demandan cada uno de ellos, vigilar si se está cumpliendo con las disposiciones y primeramente verificar la disponibilidad interna en el centro de diálisis del Hospital Dr. Teodoro Maldonado Carbo y tomar las acciones correctivas del caso, para que el hospital fortalezca su prestación de salud.

4.4 Dispondrá que solamente la Coordinadora de la Unidad de Diálisis del hospital Dr. Teodoro Maldonado Carbo, cuando no exista la disponibilidad de atención interna en dicho nosocomio, solicite previo su conocimiento las correspondientes órdenes de transferencia al Subdirector Provincial del Seguro de Salud Individual y Familiar para la compra del servicio médico particular. Evaluará los reportes mensuales de compras de estos servicios e informará al Subdirector Provincial del Seguro de Salud Individual y Familiar. Este procedimiento debe mantenerse hasta que el Reglamento para el Control del Servicio de Hemodiálisis lo apruebe el Consejo Directivo.

COMPRA DE SERVICIOS MEDICOS A PRESTADORES EXTERNOS DEBEN CUMPLIR DISPOSICIONES LEGALES

Examinado el caso de la afiliada con cédula de ciudadanía 0903936508, quien estuvo internada en varias clínicas privadas por 409 días durante el alcance de nuestro examen, con un costo total para el IESS de US \$ 277.717,07, así: 57 días ingresada en el Hospital Clínica Kennedy Alborada, por el período entre junio 16 y agosto 11 del 2004, por un valor de US \$ 36.108,98 y, 352 días en la Clínica Alcívar, por el período desde noviembre 22 del 2004 a noviembre 9 del 2005, presentándose 11 facturas, por un costo de US \$ 241.608,09 (**anexo 3**).

El Hospital Clínica Kennedy Alborada, ubicada en la Cdla. Alborada, calles Crotos s/n. y av. Rodolfo Baquerizo Nazur cuya razón social es SERVICIOS HOSPITALARIOS S.A. ALBOTEOTON, RUC 0991475214001, según informe del Subdirector Provincial

del SSIF en oficio 21300900.3174 de 2006.09.27 no ha sido acreditado ni ha suscrito el respectivo contrato para otorgar prestaciones médicas al Instituto. Cabe indicar que en el 2005.01.03, se suscribió un nuevo contrato de prestación de servicios médicos con la Clínica Kennedy, ubicada en la Cdra. Nueva Kennedy, calles av. Periodista y 2do. Callejón 11 A, cuya razón es INMOBILIARIA TEOTON S. A. RUC. 0990277583001.

Referente al ingreso al Hospital Clínica Kennedy Alborada, en informe de 2004.07.30 del médico particular que atendió a la paciente remitido al Dispensario Norte, indica: “Que el 16 de junio del presente año atendí de emergencia en mi consultorio a la paciente por presentar cuadro de ABDOMEN AGUDO de etiología a investigar, por lo cual se ordenó ingreso al hospital Clínica Kennedy Alborada, para realizar los estudios pertinentes, los cuales revelaron ENFERMEDAD DIVERTICULAR PERFORADA Y COMPLICADA, por lo que se inicia su preparación pre quirúrgica”, realizada el 21 de junio de 2004. Como se observa la paciente fue atendida por un médico particular, ordenando de manera urgente el mencionado profesional el ingreso a la mencionada clínica privada para realizar los estudios pertinentes, los mismos que duraron cinco días previa su intervención quirúrgica.

El indicado ingreso hospitalario, fue comunicado al Instituto por el Médico del Dispensario Anexo del INNFA el 2004.06.22, es decir al día siguiente de la intervención quirúrgica; admisión que consta en la hoja de “Datos de Ingreso del Paciente” y en la correspondiente factura comercial de la mencionada clínica.

Según hoja de interconsulta elaborada en julio 29 de 2004 por la Médico a Domicilio del CAA 212 antes Dispensario Norte del IESS, esto es a los 43 días desde la fecha de ingreso, indicó que la referida paciente ingresó con diagnóstico de abdomen agudo por enfermedad diverticular perforada, diagnóstico que según informe del Médico Especialista Técnico de la Auditoría Interna del IESS, en oficio DR. FRC. 51000000-52-2006 de 2006.10.03, es emergente y de tratamiento inmediato, de acuerdo a la historia clínica analizada, indicando además que la manera como se manejó esta urgencia, fue potestad del médico actuante en solucionar el problema por el que atravesó la paciente en el momento de la consulta. Así mismo si el profesional consideró la intervención quirúrgica para corregir esta situación y que previo a ella la paciente fue sometida a investigación, fue criterio técnico del médico tratante.

En la referida hoja de interconsulta de la Médico a Domicilio del CAA 212, que se adjunta entre los soportes del pago, se evidencia que la evaluación médica se realizó durante la visita efectuada a la paciente internada en el Hospital Clínica Kennedy Alborada, después de 38 días de la intervención quirúrgica, ya que se señala que fue operada en junio 21 de 2004, no se indica dónde se realizó el acto quirúrgico, ni desde cuándo estuvo hospitalizada; es decir dicho documento no contiene toda la información necesaria que justifique su atención y estadía, sin embargo en esa misma fecha (julio 29 de 2004) y en la referida hoja de interconsulta, solicitó al área de Cirugía del HTMC la hospitalización y tratamiento post quirúrgico de la afiliada con cédula de ciudadanía 0903936508; disposición que no se cumplió pues no ingreso a hospitalización del HTMC; más bien al día siguiente de elaborada la nombrada hoja de interconsulta, esto es el 2004.07.30, el Subdirector Provincial del SSIF, mediante oficio 21300900-1584 emitió la Orden de Atención Médica a la Clínica Kennedy, sin especificar si se trataba de la unidad médica ubicada en la Cdla. Nueva Kennedy, o Alborada; Orden con la que se solicitó atender desde su ingreso a la aludida paciente, por lo que continuó ingresada en dicha clínica particular. Cabe indicar que estas órdenes de atención médica son oficios elaborados en la SPSSIF, cuando no existen las Órdenes de Transferencia que son emitidas por los médicos tratantes del IESS.

El ex Subdirector Provincial del SSIF, en oficio 24265-235 de 2006.11.27, indicó “El 29 de julio del 2004, la paciente en referencia asilada en la Clínica Kennedy, se encontraba en Cuidados Intensivos asistida por un respirador volumétrico y en esas condiciones, con el diagnóstico médico de extrema gravedad era imposible que la paciente concurreniera al Área de Cirugía del Hospital del IESS para resolver la Interconsulta que solicitaba la medico a domicilio del Dispensario Norte”. Sin embargo lo antes expuesto se contrapone con lo que consta en la historia clínica, y en los informes tanto del profesional tratante de la clínica particular, como de la médico a domicilio del IESS, de que la paciente con cédula de ciudadanía 0903936508 en esa fecha se encontraba en habitación y no en el área de cuidados intensivos, lo que coincide también con lo detallado en la factura comercial 0075455 emitida por el Hospital Clínica Kennedy Alborada, el 20 de octubre de 2004.

Referente a esta situación, el Médico Especialista Técnico de la Auditoria Interna del IESS, en su oficio DR. FRC. 51000000-52-2006 de 2006.10.03, expresa que de acuerdo a la historia clínica remitida por la mencionada casa asistencial, la condición de salud que presentó la paciente el día 29 de julio era de cuidado. Además a nuestro requerimiento el referido Médico Especialista Técnico, en oficio Dr. FRC.51000000-52-

2008 de 2008.07.28, indicó que: Una vez estabilizado todo paciente puede ser trasladado de un lugar a otro, siempre que las condiciones lo permitan y el profesional tratante así lo determine; bajo este principio la aludida paciente, que ingresó a la Clínica Kennedy Alborada con diagnóstico de “Abdomen Agudo por Enfermedad Diverticular Perforada”, una vez que estabilizaron sus signos vitales desequilibrados por el cuadro patológico que los comprometían, podía ser trasladada en cualquier momento.

En oficio S.O.F.H. 242687223 de 13 de noviembre de 2006, el ex Subdirector Provincial del SSIF, entre otro punto señaló: Con respecto al caso de la afiliada en referencia, cuyo cuadro clínico crítico no permitió la elaboración previa de la Orden de Transferencia, toda vez que conocí de ello cuando la paciente ya había sido atendida, por lo que dispuse su atención en la Clínica Kennedy, con la cuál la institución si tenía convenio vigente y por cuanto ya se había concedido la atención emergente; así también indicó textualmente: “En mi experiencia de Médico, las emergencias NO SON PREVISIBLES, por lo que difícilmente el paciente podría obtener previamente la ORDEN DE ATENCIÓN MEDICA por lo que cabría en estos casos de URGENCIAS, que la Clínica prestadora de servicio, comunique inmediatamente al IESS la atención que esta brindando a una afiliada y proceda al envío de la paciente al Hospital, tan pronto las circunstancias lo permitan”

Por este servicio el prestador emitió las facturas 75454 y 75455 de 20 de octubre de 2004, por el valor de USD 18.914,76 y 17.194,22, correspondiente a los primeros 30 días y posteriores 27 días de permanencia en el Hospital Clínica Kennedy Alborada de la afiliada mencionada, remitidas conjuntamente con la documentación de soporte, la misma que fue revisada en el área de Facturación de la SPSSIF, sin constatarse ningún informe técnico médico del Supervisor.

Las referidas facturas fueron canceladas mediante boletín de egreso 0209986 de 2004.12.03, por USD 35.747,89, autorizadas por el Jefe del Departamento Financiero del HTMC, sin existir un contrato previamente suscrito con la mencionada clínica privada; pago realizado en base al pedido de atención médica solicitado por el Subdirector Provincial del SSIF, según lo expuesto por las servidoras responsables de las áreas de Facturación como de Contabilidad de la SPSSIF y, por el Jefe del Departamento Financiero del HTMC, en oficios N° 21300900-UF-477-06 de 2006.10.03; A.V..2006-081 de 2006.10.05; y 12202-2204-1041 de 2006.11.27 en su orden.

En comunicación de noviembre 25 del 2004, dirigida al Director del HTMC por la hermana de la antes referida paciente, se describe que “El día lunes 22 de noviembre del presente año me comuniqué telefónicamente con usted, para manifestarle que mi hermana debía ser internada con urgencia a una casa de salud toda vez que, como consecuencia del estado de shock en el que se encontraba sufría una baja total de presión y pulso, producto del momento séptico severo que atravesaba. Debido a la urgencia del caso y a la no factibilidad de ser trasladada al Hospital del IESS, tuve su autorización para llevarla a la Terapia Intensiva de la Clínica Alcívar (Esculapio S.A), donde se encuentra asilada”.

En el referido documento consta certificación impuesta por el Jefe de la Unidad de Cuidado Intensivo del HTMC, donde textualmente informa “No tenemos respirador disponible al momento Nov. 22-2004”. La referida comunicación fue puesta a conocimiento del Subdirector del SSIF por parte del Director del HTMC, mediante oficio 12202-1101-2430 de 2004.11.25, indicando: “Acompaño a la presente, petición formulada por la hermana de la mencionada paciente, quién debió ser internada con urgencia en Terapia Intensiva de la Clínica Alcívar. Consta al pie del oficio en referencia, la certificación de Terapia Intensiva que indica que no tiene facilidad de atender en noviembre 22, en virtud de no disponer de respirador para la mencionada paciente. Agradeceré a usted, se sirva autorizar la atención de la aludida afiliada, en el mencionado Centro de Salud, que consta calificado como Acreditador de Prestación de Salud”. Por tal razón mediante oficio 21300900.3157 de 2004.11.26, el Subdirector Provincial del SSIF, emite la correspondiente Orden de Atención Médica a la Clínica Alcívar, solicitando atender por cuenta del IESS desde la fecha de su ingreso a la paciente en mención, quién requiere de Atención Urgente en Terapia Intensiva.

A nuestro pedido, en oficio Lab. Clínico – 307 de 2008-07-29 el ex Director del HTMC, informó: que el hospital no tiene en su distributivo de personal ningún Médico a Domicilio. Además indicó que personalmente el Jefe de Cuidados Intensivo del HTMC, le informó haber visitado a la paciente y en función de ello, extendió la certificación de la imposibilidad de recibir a la paciente en la Unidad de Cuidados Intensivos; y que la correcta atención de la emergencia preservó la vida de la paciente, razón de ser de la prestación de salud en la que se encuentra por ley comprometido el IESS.

Referente a la certificación de la no disponibilidad de respiradores en la comunicación de la hermana de la paciente, mediante oficio 24671-165 de 2007.11.12 a nuestro requerimiento, el Jefe de la Unidad de Cuidados Intensivos del HTMC, informó

textualmente: “Si bien es cierto que el oficio suscrito por la hermana de la referida paciente, tiene fecha 25 de noviembre de 2004, la sumilla del Sr. Director del HTMC de ese entonces, hace relación a la conversación que mantuvimos el 22 de noviembre de 2004, donde manifesté que no podía recibir a la citada paciente, por no disponer de respirador volumétrico para darle asistencia mecánica ventilatoria y es por eso que pongo la fecha 22 de noviembre de 2004. Tal es así, que me refiero a la fecha que el Sr. Director solicitó se reciba a la paciente”.

Además, en la misma comunicación indicó que, en esa fecha contábamos con dos respiradores volumétricos, que estaban en uso con los pacientes de las historias clínicas N° 499951 y 022745, remitiendo copia de los partes diarios de atención en dicha área durante noviembre de 2004, los mismos que fueron analizados comprobándose el uso de los dos equipos médicos en mención; señaló también que el contar el área con solamente dos unidades de ventilación en funcionamiento, fue comunicado a la Gerente de Medicina Crítica y trasladado al Director del HTMC.

Constatamos comunicación del Subdirector Provincial del SSIF a la Clínica Alcívar, solicitando información sobre el estado de salud de la paciente, emitiendo en distintas fechas el Médico Internista de la mencionada casa de salud ocho certificados referentes al cuadro clínico de la aludida paciente.

A nuestro requerimiento, en oficio s/n de 2008-07-31, el ex Subdirector Provincial del SSIF referente al ingreso de la paciente a la clínica Alcívar informó: que el Médico Supervisor de esta Subdirección, realizaba visitas periódicas y además evaluaba los informes que mensualmente remitían los prestadoras para fines de cancelación de las facturas; que solicitó por escrito informe del estado de salud de la paciente para tener una certificación actualizada en ese momento, pero siempre se contó con la opinión del Médico Supervisor, quién revisaba el documento legal base que es la “Historia Clínica”.

Según comunicación de 2006.09.29 de la Médico a Domicilio del CAA 212, señaló que: en abril 28 de 2005 realizó la visita a la paciente en la Clínica Alcívar, solicitada por la Médico del Dispensario del INNFA mediante oficio 206566153 de febrero 17 de 2005 dirigido a la Directora del CAA 212; sin detallarse quién y cuando le comunicaron del particular, ni el porqué no acudió de manera inmediata; comprobando su estado de salud, el mismo que se revela en el informe médico de mayo 23 del 2005, en el que entre otros aspecto se señala “Actualmente continúa atención en la habitación”, sin que se evidencie que la profesional médico haya realizado gestión alguna para

trasladar a la paciente al HTMC, puesto que se encontraba en habitación. Así mismo en diciembre 19 del 2005 la visitó en su domicilio, emitiendo el correspondiente informe, donde se detalla por fecha el diagnóstico inicial, su tratamiento y evolución médica.

Evidenciamos un marcado retraso en la visita a la prenombrada paciente por parte de la Médico a Domicilio del CAA 212, quién al respecto en oficio s/n de 2008-08-04, informó que las razones por las cuales no acudió de manera inmediata a visitar a la paciente a la Clínica Alcívar, fueron porque en febrero del 2005 hizo uso del goce de sus vacaciones, desde marzo 1 a abril 21 de 2005 no hubo atención por paro médico impuesto por la Federación Médica Ecuatoriana y que, acudió en abril 28 de 2005 a visitar a la paciente de acuerdo a la programación de mi calendario de actividades realizada por Trabajo Social quién coordinó tal evento, indicando además que en esa misma fecha se le notificó dicha visita y que conoció de la petición de la Médico del Dispensario del INNFA de febrero 17 de 2005.

Además informó que cada una de las atenciones que se brindan a los pacientes, quedan registradas en la historia clínica con la respectiva fecha del día en que se realizan las consultas, donde se describen los datos del cuadro clínico, diagnóstico, evolución y tratamiento del paciente, historia clínica que debe ser entregada al finalizar la jornada de consulta para su correspondiente archivo en estadística. En los casos en que se debe presentar un informe, estos son elaborados en forma manuscrita por los médicos tratantes y remitidos para su transcripción a la Secretaria de la Unidad Médica con la historia clínica, devolviendo al Médico para su revisión y aprobación, una vez suscrito son remitidos a la Secretaria para la firma del Director para luego ser entregado al interesado, por lo que la demora en presentar el informe médico en referencia se debió a la serie de trámites que se sigue para su emisión y entrega.

El Médico Especialista Técnico de la Auditoria Interna del IESS, en su oficio DR. FRC. 51000000-52-2006 de 2006.10.03, expresó que de acuerdo a la historia clínica analizada, la paciente ingresó a la clínica Alcívar en "Estado de Shock", por lo que se trató de una emergencia y de tratamiento prioritario e inmediato, lo cual hacía necesario su manejo continuo en área medica especializada por las complicaciones que se presentaron durante su hospitalización y, que los diferentes certificados médicos remitidos al Instituto por la clínica Alcívar, dieron a conocer los diagnósticos y el estado de salud que atravesó la mencionada paciente durante su estadía, sin especificar en ellos el alta médica correspondiente y, mientras no se lo otorgue, es

responsabilidad técnica médica del profesional tratante la permanencia del paciente, bajo la supervisión del IESS.

A nuestro requerimiento, el Médico Especialista Técnico de la Auditoría Interna en su oficio Dr. FRC.51000000-52-2008 de 2008-07-28, informó que los documentos proporcionados por la casa de salud no son pruebas suficientes para determinar con exactitud la fecha en la que se podría haber trasladado a la paciente, además que no ha visto a la paciente para confirmar su estado de salud, y que el informe de supervisión por parte del IESS se lo realizó cinco meses después a su ingreso, siendo limitantes para poder emitir un criterio técnico médico más detallado, referente hasta cuando la paciente debió recibir atenciones por emergencia en la clínica particular.

En agosto 15 del 2006 el Subdirector Provincial del SSIF, a nuestro petitorio de 2006.08.07, nos informó que mediante oficios 21300900.2340 de 2005.08.01 y 21300900.3263 de 2005.10.18, se solicitó al Director del HTMC la disponibilidad de cama en terapia intensiva para el traslado de la referida paciente desde la Clínica Alcívar, informando mediante sumilla al primer oficio que no hay cama. Así mismo en oficio 12202-1221-206 de 2005.08.18, la Gerente de Medicina Crítica del HTMC informó a la entonces Subdirectora Provincial del SSIF, que según informe del Jefe de la Unidad de Cuidados Intensivos, se dispone de respirador volumétrico pero no existe disponibilidad de cama para recibir a la citada paciente desde la Clínica Alcívar. Además no constatamos entre los documentos de soporte de cada pago otra comunicación sobre el referido traslado, ni los informes de la supervisión médica.

Por lo expuesto, se ha incumplido las siguientes disposiciones legales:

LEY DE SEGURIDAD SOCIAL

- Artículo 108.- “Del aseguramiento y la entrega de prestaciones de salud”, en el tercer párrafo: La compra de servicios médico asistenciales comprende la acreditación de los prestadores, la contratación de los proveedores, la vigilancia del cumplimiento de los contratos, así como el control de la calidad de la prestación y la satisfacción del usuario, en términos de eficiencia, oportunidad y equidad.
- Artículo 111.- “Administración del Seguro General de Salud”, en el primer inciso dispone: La Dirección del Seguro General de Salud Individual y Familiar, es el órgano ejecutivo encargado del aseguramiento colectivo de los afiliados y jubilados contra las contingencias amparadas en esta Ley. Comprará servicios de salud a las

unidades médicas del IESS y otros prestadores, públicos o privados debidamente acreditados mediante convenios o contratos, cuyo precio será pagado con cargo al Fondo Presupuestario de Salud, de conformidad con el Reglamento General de esta Ley.

NCI 110-10 "Control Interno Concurrente" indica". Los niveles de jefatura y otros cargos que tengan bajo su mando a un grupo de servidores, establecerán y aplicarán mecanismos y procedimientos de supervisión permanente durante la ejecución de las operaciones, con el objeto de asegurar: numeral 6.- La adopción oportuna de las medidas correctivas necesarias.

Lo expuesto evidencia que el entonces Subdirector Provincial del SSIF, inaplicó lo dispuesto en los artículos 108 y 111 de la Ley de Seguridad Social, al solicitar atención médica a una casa de salud particular que no es acreditada ni ha suscrito el respectivo contrato con el Instituto; así mismo el Jefe del Departamento Financiero del HTMC quien autorizó el respectivo pago inobservó la NCI 110-10 "Control Interno Concurrente", al no aplicar procedimientos de supervisión permanente que permitiera detectar que la mencionada casa de salud no está acreditada ni contratada por el IESS para otorgar servicios médicos a sus afiliados.

HECHO SUBSECUENTE

En febrero 22 del 2006, la Directora del HTMC comunicó al Subdirector Provincial del SSIF que la referida afiliada ingresó nuevamente a la Clínica Alcívar el 7 de enero del 2006, presentando severas secuelas orgánico funcionales y con un cuadro de neumonía por bronco aspiración, de acuerdo al informe del Subgerente de Clínica de ese nosocomio, sin especificar si dicha secuela es producto de su patología anterior. La afiliada permaneció ingresada hasta el 11 del mismo mes y año, solicitando se legalice dicha atención particular que ascendió a US \$ 2.239,11, según factura 41036 de 2006.06.16.

CONCLUSIONES

A US \$ 277.717,07, es el total facturado por las dos unidades médicas particulares, correspondiendo al Hospital Clínica Kennedy Alborada US \$ 36.108,98 y a la Clínica Alcívar US \$ 241.608,09, por servicios médicos utilizados por la afiliada con la cédula de ciudadanía 0903936508, evidenciándose lo siguiente:

- El Subdirector Provincial del SSIF, autorizó el ingreso de la referida paciente al Hospital Clínica Kennedy Alborada, entidad particular que no ha sido acreditada, ni ha suscrito el respectivo contrato de prestación de servicio de salud con el Instituto, mediante la emisión de la Orden de Atención Médica dirigida a la Clínica Kennedy, sin percatarse de que la mencionada unidad médica tiene razón social distinta.
- El Jefe del Departamento Financiero del HTMC, autorizó el respectivo pago al Hospital Clínica Kennedy Alborada, sin que esté acreditada en el IESS como proveedor externo de salud y sin que se haya suscrito contrato, único documento que exige a las partes a cumplir sus obligaciones.
- Las servidoras responsables de las áreas de Facturación y de Contabilidad de la SPSSIF, inmersas en los procesos de revisión y legalización de la referida transacción de pago, nos informaron que dieron trámite en base a la autorización del Subdirector Provincial del Seguro de Salud Individual y Familiar y del Jefe del Departamento Financiero del HTMC.
- Escaso control o supervisión por parte del IESS, al afiliado hospitalizado y a los servicios médicos recibidos, sobre los procedimientos médicos adoptados en la atención suficiente y eficiente tanto de los suministros médicos, medicamentos, tiempo de hospitalización y costos.
- Al no realizarse una evaluación médica a la paciente en mención por un profesional del IESS, antes de la valoración e intervención quirúrgica particular, no permitió comprobar el diagnóstico inicialmente establecido.

RECOMENDACIÓN 5

A LA DIRECTORA DEL SEGURO GENERAL DE SALUD INDIVIDUAL Y FAMILIAR DEL IESS.

5.1 Dispondrá mediante circular a los Subdirectores Provinciales del Seguro de Salud Individual y Familiar, que:

- Al transferir a los pacientes que no pueden ser atendidos en los hospitales, centros y unidades de atención ambulatoria del IESS y, que requieren atención médica urgente o de especialidad, se los realice únicamente a los prestadores de salud acreditados y contratados por la institución.

- En los casos de pacientes que concurrieren directamente a las clínicas privadas para atención de su salud, el IESS reconocerá solamente la prestación médica otorgada como compensación de gastos por atención médica, cuando se cumplieren los requisitos previstos para esta finalidad en el Reglamento para atención médica en unidades de salud ajenas al IESS vigente.

AL SUBDIRECTOR PROVINCIAL DEL SEGURO DE SALUD INDIVIDUAL Y FAMILIAR IESS GUAYAS

5.2 Dispondrá a los Directores de los Hospitales y Centros de Atención Ambulatoria, así como a los Directores Técnicos de las Unidades de Atención Ambulatoria del IESS de la jurisdicción a su cargo, ordenar a los galenos que cumplen las funciones de Médicos a Domicilio que, en los casos de los pacientes del instituto hospitalizados en clínicas privadas, los visiten en sitio en la misma fecha en que conocen el caso, describiendo con letra legible la mayor información de los hechos acontecidos en el respectivo reporte, con el propósito de dejar plena constancia de las situaciones dadas, para los usuarios de los controles permanente y posterior. Asentarán en las historias clínicas institucional y privada, todos los datos referidos al caso, con señalamiento de la fecha de su visita, interrogación médica (anamnesis), examen físico, nota de ingreso, órdenes médicas, notas de evolución, nota de enfermería, hojas de control, exámenes complementarios, protocolos operatorios si fuera el caso, prescripción y registrarán su nombre, firma y código respectivo. Igualmente, deberá tramitar sus informes de transferencias de pacientes al Hospital Dr. Teodoro Maldonado Carbo en forma interna, ante la instancia correspondiente.

TRANSFERENCIA DE PACIENTES A PRESTADORES EXTERNOS CONTRATADOS, ASEGURA LA ATENCION POR LA CALIFICACION ACREDITADA

Se constató que el Hospital Clínica Kennedy Alborada, entidad privada de salud que no se encuentra calificada ni contratada por el IESS para otorgar servicios médicos a los afiliados del Instituto, a más de la atención brindada a la afiliada con cédula de ciudadanía 0903936508, otorgó atención médica al afiliado con cédula de ciudadanía 0920808680, quién ingresó a la mencionada casa de salud en la madrugada del 30 de octubre de 2004 con el diagnóstico “Herida toracoabdominal por arma de fuego”,

permaneciendo internado durante 7 días, es decir hasta noviembre 5 de 2004, de acuerdo a la hoja de “Datos de Ingreso del Paciente” y a la correspondiente factura comercial de la mencionada clínica, que evidencian su ingreso.

En el expediente de pago encontramos la orden de atención médica de noviembre 4 de 2004, emitida en oficio 21300900-2923 suscrita por el entonces Subdirector Provincial del SSIF y dirigida a la Clínica Kennedy Alborada, solicitando atender por cuenta del IESS al mencionado paciente desde su ingreso a ese centro médico particular, sin evidenciarse en base a que documento se emitió la referida orden de atención médica, tampoco encontramos ningún informe médico de algún galeno del IESS, que lo haya visitado en la mencionada clínica, para certificar el diagnóstico.

Con respecto al diagnóstico “Herida toracoabdominal por arma de fuego”, con que ingresó el paciente al Hospital Clínica Kennedy Alborada, el Médico Especialista Técnico de la Auditoría Interna, en su oficio Dr. FRC. 51000000-35-2008 de 2008-08-04, indicó que el paciente ingresó con trauma penetrante de tórax y abdomen producido por arma de fuego, siendo sometido a cirugía exploratoria de abdomen; por lo que el ingreso de este paciente a la clínica particular se debió al quebranto de su salud de manera súbita producida por el traumatismo del tórax y abdomen.

Por el mencionado servicio médico, la referida clínica privada, emitió la factura N° 77388 de noviembre 18 de 2004 por US \$ 3.258,55, pagada con boletín de egreso 210140 de diciembre 17 de 2004, cancelación autorizada por el Jefe del Departamento Financiero del HTMC.

Cabe indicar que el valor cancelado, es inferior al monto máximo (US \$ 4.000,00) establecido como el límite de reembolso de gastos por atenciones médicas en casos de emergencias graves, en unidades ajenas al IESS, dispuesto en la primera disposición general del tarifario Institucional, expedida en la vigente Resolución C.D. 018 de agosto 26 de 2003.

Durante el período auditado, la mencionada clínica que no mantuvo contrato con el IESS atendió a dos pacientes, quienes ingresaron directamente a dicha unidad médica privada, sin la presentación previa de la autorización de atención por parte del Instituto, lo que evidencia falta de mecanismos de control por parte de la SPSSIF de las clínicas privadas que venden servicios de salud al IESS, consecuentemente la no aplicación de lo dispuesto en los artículos 108 y 111 de la Ley de Seguridad Social y en la NCI 110-10 “Control Interno Concurrente” antes referidas.

CONCLUSIÓN

Se canceló a Servicios Hospitalarios S.A. ALBOTEOTON la atención médica otorgada por el Hospital Clínica Kennedy Alborada, unidad médica que no está acreditada ni mantiene contrato con el Instituto, para otorgar esa prestación a los afiliados del IESS.

RECOMENDACIÓN 6

A LA DIRECTORA DEL SEGURO GENERAL DE SALUD INDIVIDUAL Y FAMILIAR DEL IESS.

Dispondrá a los Subdirectores Provinciales, Jefes Departamentales, o Responsables de Grupos de Trabajo del Seguro de Salud Individual y Familiar, que en casos de clínicas particulares que no se encuentran acreditadas ni contratadas por el Instituto, para la prestación del servicio de salud y que hayan otorgado atención médica calificada como emergentes a los afiliados del IESS, las canalicen en lo posible como compensación de gastos por atención médica, informando documentadamente dicha atención al IESS, dentro de las 24 horas del ingreso emergente del paciente, a fin de que un galeno del instituto, certifique el estado de salud del afiliado internado, con el propósito de que si las circunstancias lo ameritan trasladarlo a las unidades médicas del IESS para continuar su tratamiento, precautelando así los intereses institucionales.

FACTURAS DE ATENCIONES MÉDICAS EMITIDAS ACORDE A LOS CONTRATOS Y REVISADAS POR PERSONAL TECNICO, PROPORCIONAN CONFIABILIDAD EN EL PAGO.

Las facturas presentadas al cobro por los prestadores externos por concepto de servicios médicos brindados a los afiliados, jubilados y beneficiarios del IESS, son revisadas previo al pago en el área de Facturación de la SPSSIF por personal administrativo pero no por un técnico médico, limitándose a comparar sólo los rubros que constan en el tarifario institucional vigente.

De la revisión de varias facturas, se estableció que los servicios médicos prestados, fueron facturados conforme a lo establecido en el Tarifario institucional vigente, a excepción de varios rubros como el uso del monitor, consumo de oxígeno, etc. que no se encuentra detallado en dicho Tarifario. Así mismo se observó que las facturas

comerciales, no incluyen todos los requisitos establecidos en la cláusula sexta “Obligaciones del Prestador” de los respectivos contratos de prestación de servicios de salud, como:

- No detallaron la edad y sexo del paciente, tipo de beneficiario, diagnóstico de ingreso y tratamientos médicos realizados.
- La fecha de su presentación, es superior a las 48 horas del egreso o alta del paciente.

Además, observamos que los códigos de cada rubro descritos en las facturas, difieren a los del Tarifario institucional, acción que no se establece dentro del contrato de prestación de servicios de salud.

Así mismo constatamos que las clínicas privadas remiten al área de facturación de la SPSSIF la documentación de respaldo de las facturas comerciales, además copias de las historias clínicas, donde se registran las actividades y procedimientos médicos realizados a los pacientes, de conformidad a la información requerida en el formulario 13, de la Resolución C. D. 20, de 2003.09.30.

Al respecto el ex Subdirector Provincial del Seguro de Salud Individual y Familiar, en oficio s/n de julio 31 de 2008, nos informó que el Médico Supervisor de esa dependencia revisaba las historias clínicas que remitían los prestadores externos adjunto a las facturas, para evaluar el tratamiento médico otorgado a los pacientes, como para justificar la facturación por parte de los proveedores de salud.

A fin de garantizar la calidad de la atención médica que recibe el afiliado del IESS, tanto en las unidades de salud institucionales como en los servicios contratados con proveedores externos, el Consejo Directivo mediante Resolución N° C. D. 020 de 2003.09.30, aprobó las “Normas técnicas y criterios para la calificación del nivel de complejidad en las unidades médicas del IESS y acreditación de las unidades médicas del IESS y demás prestadores de salud”; normativa que se considera como base legal dentro de los contratos de prestación de servicios de salud suscritos con los prestadores externos, detallándose en el punto 2.03 de la segunda cláusula “Antecedentes” de los mencionados instrumentos legales.

Cabe indicar que para calificar a los prestadores externos, estos deben cumplir ciertos requisitos, que se señalan en los respectivos formularios utilizados para el efecto, los mismos que contienen códigos, que son distintos a los códigos establecidos en el Tarifario institucional por cada servicio.

El no cumplimiento de los requisitos establecidos en los contratos de prestación de servicios de salud, es una de las causales para la culminación de los mismos, de acuerdo al literal b. de la cláusula “Terminación del contrato”, que dispone: Son causas de terminación del presente contrato:

b.- Incumplimiento de las obligaciones contractuales

Estas novedades comunicamos a la servidora responsable del área de Facturación de la SPSSIF, que de acuerdo al listado de cargas de trabajo le corresponde ejecutarla, quien en mayo 4 del 2006 en su oficio 21300900-UF-223 indicó que:

- La edad, sexo, tipo de afiliación, etc., se describen en otros documentos anexos a las facturas.
- Los prestadores externos incumplen con el tiempo de presentación de las facturas.
- Los códigos son internos de cada prestador.

La presentación posterior de las facturas, también fue observada al Subdirector Provincial del SSIF, por la Subdirectora de Servicios Internos del IESS Guayas, según oficio 13200900-0857 de 2006.06.15. No existe constancia de que la servidora responsable del área de Facturación de la SPSSIF haya comunicado a su jefe inmediato sobre el incumplimiento de las unidades médicas particulares para que se tomen los correctivos necesarios.

La carencia de personal médico en chequeo de estas facturas, afecta su adecuada revisión, por cuanto los servidores que los ejecutan desconocen si tales insumos, fármacos, implementos o equipos, son los necesarios o sus cuantías son las que se consumen en cada una de las patologías tratadas, además porque los mismos no se detallan ni valoran en el Tarifario institucional, por lo que el sistema implantado no se ajusta a la NCI. 110-09 “Control Interno Previo”.

La inclusión de códigos propios de cada prestador en sus facturas impide a los servidores a cargo del proceso de control, comparar de manera ágil los precios de

cada rubro con los del Tarifario Institucional. Por la presentación de las facturas posterior a las 48 horas del egreso hospitalario, los prestadores externos incumplieron el numeral seis de la aludida cláusula sexta de los respectivos convenios y, la funcionaria responsable del área de Facturación de la SPSSIF encargada de la verificación de las facturas, no consideró lo dispuesto en el numeral 14 del artículo 34 del Reglamento Orgánico Funcional, al no observar y comunicar sobre la entrega de las facturas por parte de los prestadores externos fuera del tiempo establecido en los contratos de prestación de servicios de salud previamente suscritos.

CONCLUSIÓN

Las facturas por conceptos de servicios médicos particulares no cumplen con los requisitos de forma establecidos en los contratos; además, estas facturas comerciales previo al pago, no son evaluadas por un profesional médico, que defina técnicamente si los rubros a pagar guardan relación con las patologías tratadas, restándole confiabilidad al proceso.

RECOMENDACIÓN 7

AL SUBDIRECTOR PROVINCIAL DEL SEGURO DE SALUD INDIVIDUAL Y FAMILIAR IESS GUAYAS

7.1 Es urgente que se designe “Médicos Fiscalizadores” para los contratos con los prestadores médicos particulares, que verifiquen desde que ingresa el paciente hasta que sale de la clínica particular, paso por paso lo que el afiliado paciente recibe de la clínica y debe emitir un informe, el cual servirá además para justificar su permanencia, para soportar las facturas presentadas por los prestadores médicos. Esto no implica que posteriormente el tratamiento, servicio dispensado, o el informe que el Médico Fiscalizador presentare, fuera sujeto de revisión. De igual manera, él calificará conjuntamente con el médico de la clínica privada la emergencia, o la necesidad de su permanencia debidamente justificada, y coordinará con el Hospital Dr. Teodoro Maldonado Carbo para su traslado al mencionado Hospital del IESS de ser necesario. Este procedimiento debe incluirse en el Reglamento o Manual a emitirse y en los contratos con prestadores externos nuevos y en caso de los contratos ya suscritos con el IESS, debe realizarse un adendum al respecto.

7.2 Solicitará a los prestadores externos que, en el contenido de sus facturas comerciales, describan todos los datos correspondientes a los pacientes atendidos, así como entregar las mismas durante las 48 horas posteriores al alta o egreso hospitalario, tal como se establecen en los contratos de prestación de servicios de salud suscritos. Además, indicar en sus facturas, los códigos de cada rubro conforme al tarifario Institucional, a fin de no incurrir en el literal b. de la cláusula “Terminación del Contrato” de los referidos instrumentos legales

COMPONENTES DE LA ATENCIÓN MÉDICA NO DETALLADOS EN EL TARIFARIO INSTITUCIONAL, DIFICULTA EL CONTROL DE PAGOS.

En las facturas canceladas a los prestadores externos por la compra de los servicios médicos, constan rubros que no están desglosados en el tarifario institucional vigente, tales como el uso del monitor, consumo de oxígeno, medicinas, etc., como en el caso de la factura 0047429 del 18 de septiembre del 2004 de la Clínica Guayaquil, por tratamiento de insuficiencia renal crónica, perforación diverticular, más laparotomía exploratoria a una jubilada, cuyo costo ascendió a US \$ 15.335,86, de los cuales el 73,20%, es decir US \$ 11.226,50 corresponden a rubros no estipulados en el tarifario.

En mayo 4 del 2006 la responsable del área de Facturación de la SPSSIF indicó que dichos rubros corresponden a fármacos, insumos y derecho de usos considerados en cada atención médica, y que no los detalla ni valora ningún documento interno legalizado, pero acorde al Art. 15 de la Resolución CD. 018 de agosto 26 del 2003 de la Comisión Interventora, donde se aprobó el “Tarifario del Seguro General de Salud Individual y Familiar para las atenciones médicas a los asegurados del IESS”, éstos se deben desglosar en las facturas.

Expresó, además, que la cancelación de los medicamentos se realiza conforme a los precios establecidos por el Ministerio de Industrias Comercio e Integración y los insumos a valor de mercado, como lo dispuso el entonces Subgerente Financiero del HTMC, en oficio 12202-2204-339 de 2001.03.30. Respecto al costo de los distintos conceptos que se consideran como derecho de uso en cada atención médica, son cancelados de acuerdo a lo facturado por las clínicas, considerados dentro de la oferta y la demanda.

El Médico Especialista Técnico de la Auditoría Interna, en su informe de junio 14 del 2006 indicó que, revisados los expedientes clínicos de la muestra, se comprobó que los ítems detallados en las facturas de los prestadores externos, concuerdan con el tratamiento médico conferido.

La mayoría de los contratos de prestación de servicios de salud son abiertos y no establecen un valor definitivo de cada atención, estipulándose que los precios por prestación serán los establecidos en el Tarifario vigente del SGSIF, donde se indica que las facturas deben desglosar la atención brindada a cada paciente, observándose si son ambulatorio, cirugía ambulatoria y hospitalización.

Las novedades anotadas se deben a que las prestaciones médicas determinadas en el Tarifario institucional no consideran los costos de los instrumentos e implementos a ser usados en cada atención, los mismos que se detallan en las facturas comerciales acorde a lo dispuesto en el artículo 15 del referido instrumento legal, cuya valoración se la realiza sin un referente aprobado por la máxima autoridad, lo que no sucede cuando las prestaciones se contratan por paquetes.

El no determinar ni valorar en el Tarifario institucional la totalidad de los componentes de la atención médica brindada, impide que se reflejen los costos reales que se cancelan a las clínicas particulares por cada atención médica brindada; además dificulta el control interno y externo al no existir marco normativo que lo especifique, ya que constituye un referente, por tanto el sistema implantado no considera lo enunciado en la NCI No. 110-03 "Contenido, flujo y calidad de la información".

CONCLUSIÓN

El tarifario institucional vigente, no contempla los conceptos considerados dentro de los rubros de medicinas, insumos médicos y derecho de uso, utilizados en cada prestación médica que facturan los prestadores externos.

RECOMENDACIÓN 8

A LA DIRECTORA DEL SEGURO GENERAL DE SALUD INDIVIDUAL Y FAMILIAR DEL IESS

Dispondrá a los miembros de la Comisión Técnica de Médicos Especialistas, realizar un estudio de factibilidad con el propósito de que, a más de los tratamientos de diálisis, se contraten por paquetes las demás prestaciones médicas, tal como se estipulan en el tarifario, a fin de que al efectuar el control previo al desembolso, no se tenga inconvenientes durante la revisión de los valores y rubros que detallan las facturas por cada prestación médica realizada, evitando con esto también la demora en la cancelación de las facturas y mayores impactos en el presupuesto institucional.

OPORTUNA ELABORACIÓN Y ENTREGA DE DOCUMENTOS POR OBLIGACIONES TRIBUTARIAS, CUMPLE CON LAS DISPOSICIONES VIGENTES.

En el 27% de los casos analizados, los comprobantes de retención en la fuente del Impuesto a la Renta por pagos de servicios médicos particulares, fueron elaborados y entregados después de los cinco días hábiles de receptada la respectiva factura comercial, por parte de la responsable de Contabilidad de la SPSIF, quién suscribe la conformidad de los boletines de egresos. No se conoce que el Servicio de Rentas Internas haya observado esta novedad.

La Ley de Régimen Tributario Interno, en su artículo 49, 50 de la actual Codificación, establece que “Los agentes de retención, están obligados a entregar el respectivo comprobante de retención, dentro del término no mayor de cinco días de recibido el comprobante de venta, a las personas a quienes deben efectuar la retención....”

Al respecto en junio 14 del 2006, la servidora responsable del área de Contabilidad de la SPSIF indicó que el hecho se produjo por cuanto anteriormente se consideraba el referido plazo después de revisar las facturas y no desde su recepción.

La funcionaria responsable de Contabilidad de la SPSIF incumplió el artículo 49 “Obligaciones de los agentes de retención” de la Ley de Régimen Tributario Interno, 50 de la actual codificación, exponiendo al instituto al riesgo de sanciones.

CONCLUSIÓN

Los comprobantes de retención en la fuente del Impuesto a la Renta, se elaboraron y entregaron fuera del plazo establecido en la Ley de Régimen Tributario Interno.

RECOMENDACIÓN 9

AL SUBDIRECTOR PROVINCIAL DEL SEGURO DE SALUD INDIVIDUAL Y FAMILIAR IESS GUAYAS

Dispondrá al servidor responsable de elaborar y entregar los respectivos comprobantes de retención en la fuente del Impuesto a la Renta a los prestadores externos, realice dichas actividades dentro de los cinco días hábiles de receptadas las facturas comerciales; así mismo ordenará a la funcionaria responsable de Contabilidad de esa dependencia, supervise que estas labores se ejecuten dentro del tiempo establecido, con el propósito de cumplir las disposiciones legales y reglamentarias.

NUMERACIÓN CONSECUTIVA DE COMPROBANTES DE EGRESOS POSIBILITA UN ADECUADO CONTROL INTERNO

Los comprobantes de egresos para pago a prestadores externos por la compra de servicios médicos son procesados en el área de Facturación de la SPSIF y no en Contabilidad.

En la muestra analizada se observó que los elaborados a partir de junio del 2005, no tienen orden secuencial en su numeración cronológica, tal es así que en febrero se emitieron con la serie 201.000; en marzo, 202.000, en abril, 203.000 y en mayo, 204.000, mientras que en junio se volvió a la serie 201.000 y de octubre a diciembre a la 202.000.

Al respecto, la servidora responsable de Contabilidad de la SPSIF indicó que los boletines de pago se obtienen del proceso automatizado, es decir, su numeración se genera automáticamente a través del computador, y que no se había percatado de tal inconsistencia, aduciendo también que se puede generar esta novedad cuando al momento de su legalización son observados estos documentos, conservando su numeración y variando su fecha.

El funcionamiento independiente del área de Facturación, afecta el control del orden cronológico en la numeración de los comprobantes de egresos para los pagos a los prestadores externos, dificultando la verificación adecuada de estas operaciones por parte de los usuarios del control concurrente y posterior.

La ausencia de supervisión en la elaboración de estos documentos por parte de la servidora responsable de Contabilidad de la SPSIF ha incidido para que se los emitan sin mantener un orden consecutivo cronológico en su numeración, incumpliendo la NCI. 210.07 "Formularios y Documentos".

CONCLUSIÓN

La numeración de los comprobantes de egresos elaborados en el área de Facturación de la SPSIF para pago a prestadores externos, no mantiene orden consecutivo, de acuerdo a su fecha de elaboración, y no están sujetos al control contable.

RECOMENDACIÓN 10

AL SUBDIRECTOR PROVINCIAL DEL SEGURO DE SALUD INDIVIDUAL Y FAMILIAR IESS GUAYAS.

10.1 Dispondrá al servidor del área de informática del HTMC, responsable del proceso automatizado de los comprobantes de egresos para la Subdirección Provincial del Seguro de Salud Individual y Familiar, realizar los correctivos necesarios para que la numeración cronológica de dichos documentos mantenga un orden correlativo con relación a la fecha de emisión, evitando así de que se altere la secuencia.

10.2 Dispondrá a la servidora responsable de Contabilidad de dicha Subdirección, mantener el debido control en la elaboración de los comprobantes de egresos, especialmente en la numeración secuencial, con el propósito de ser utilizados en orden correlativo y cronológico y, se posibilite un adecuado control interno y posterior.

INFORME TÉCNICO MÉDICO, DOCUMENTO DE SOPORTE QUE RESPALDA LOS PAGOS DE LAS ATENCIONES OTORGADAS.

Entre la documentación adjunta a los boletines de pagos a los prestadores externos por la compra de los servicios de salud, no constan los informes técnicos del Médico de la SPSFI, con funciones de Supervisor del IESS, especialmente en aquellas atenciones otorgadas como complementarias o adicionales a las patologías derivadas. En entrevista sostenida con el profesional que realizaba dichas supervisiones no informó que, acorde a lo dispuesto por el entonces Subdirector Provincial del SSIF, laboró en esa dependencia hasta octubre 31 del 2005 por disposición de la Dirección General, e indicó que las comunicaciones enviadas por las clínicas particulares sobre novedades en las prestaciones otorgadas, le fueron sumilladas por cada Subdirector Provincial del SSIF para su atención, señalando que emitió sus informes técnicos, entregándonos varias fotocopias y desconoce por qué no se los ha adjuntado a la documentación que soporta cada pago.

Al respecto, mediante oficio s/n de 2008.07.31 el ex Subdirector Provincial del Seguro de Salud Individual y Familiar, nos indicó: “El Médico Supervisor revisaba el documento legal base que es la Historia Clínica, según el Reglamento a la Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud, artículos 77,78 y 79, para establecer el estado del paciente y las acciones médicas quirúrgicas realizadas tanto para evaluar el tratamiento como para justificar la facturación por parte de los prestadores externos”.

El Médico Especialista Técnico de la Auditoría Interna, en su informe de junio 14 del 2006 señaló que, del análisis realizado a una muestra de los pagos por los servicios médicos particulares, las atenciones complementarias son concomitantes con la enfermedad inicial con la que fue derivado el paciente y que los ítems detallados en las facturas concuerdan con los tratamientos médicos conferidos.

En mayo 22 del 2006 el Subdirector Provincial del SSIF nos remitió copias de varios informes de supervisión suscritos por el profesional que realizaba dichas funciones; además, informó que al no contar en la actualidad esta dependencia con un Médico Supervisor, él mismo realiza las inspecciones a las instalaciones de los prestadores externos, anexando un cuadro sobre las fechas de visita a cada clínica particular.

Al no adjuntar los informes de supervisiones a los boletines de pago, no hay constancia de que previo al desembolso, se hubieran realizado acciones de control técnico médico sobre las prestaciones adicionales y, se hubiese conocido la calidad de

la atención brindada a los pacientes del IESS, proceso que no se ajusta a lo dispuesto en el inciso segundo de la NCI. 210-04 "Documentación de respaldo y su archivo".

CONCLUSIÓN

En los boletines de egreso por pagos a prestadores externos, no se anexan los informes de supervisión de las atenciones médicas agregadas a las patologías iniciales derivadas.

RECOMENDACIÓN 11

AL SUBDIRECTOR PROVINCIAL DEL SEGURO DE SALUD INDIVIDUAL Y FAMILIAR IESS GUAYAS

11.1 Gestionará ante el Director del Seguro General de Salud Individual y Familiar para que se cuente nuevamente con el aporte técnico de un Supervisor Médico quien, entre otras funciones, realizará la supervisión de los tratamientos otorgados por los prestadores externos, especialmente los adicionales o complementarios al diagnóstico con que inicialmente fueron derivados los pacientes. El profesional emitirá el respectivo informe técnico, que se adjuntará a cada expediente de pago, sin perjuicio de la copia que permanecerá en archivos numérico y cronológico.

11.2 Ordenará a las funcionarias responsables de las áreas de Facturación y Contabilidad de dicha Subdirección que los egresos, por concepto de atenciones médicas adicionales otorgadas por los prestadores externos, deberán contener entre los documentos de soporte el respectivo informe técnico médico que avalice esas prestaciones.

DOCUMENTACIÓN DE LA ATENCIÓN MÉDICA PRIVADA, ARCHIVADA EN HISTORIAS CLÍNICAS DEL HTMC, GARANTIZA CONTINUIDAD DEL TRATAMIENTO

En las historias clínicas seleccionadas que se mantienen en archivo de Admisión y Estadística del HTMC, se observó la falta de la certificación de la vigencia de derecho al régimen del Seguro General Obligatorio y, la epicrisis o evolución de la enfermedad y tratamientos impartidos en centros médicos privados.

La carencia de estos documentos se debe a que no se les requiere copias a los pacientes previo a su atención, como tampoco a los prestadores de salud contratados lo que corresponde. En mayo 18 del 2006, el Subgerente de Ambulatorio informó a la Directora del HTMC que existen dificultades en la emisión de certificados de vigencias de derecho, sin conocerse aún la acción ejecutada por la Dirección del hospital. Certificaciones que no son verificadas en el área de Facturación de la SPSSIF, durante el proceso de revisión de la documentación de soporte, por carecer de un sistema informático para tales fines, contrario a lo dispuesto en el numeral 11 del artículo 34 del Reglamento Orgánico Funcional del IESS.

No dejar constancia en cada expediente clínico del HTMC de los mencionados documentos, impide conocer si los pacientes realizaron las diligencias previas a la atención médica particular y, si el resultado fue de conocimiento del médico tratante del IESS que lo requirió, conforme lo dispone la NCI 210.04 "Documentación de respaldo y su archivo".

ACCIÓN TOMADA POR LA ENTIDAD

El Subdirector Provincial del SSIF, en mayo 5 del 2006, informó a la Directora del HTMC que se están realizando recordatorios a los centros de salud contratados para que remitan las epicrisis e informes médicos, para atender el requerimiento de abril 27 del 2006 del Subgerente de Ambulatorio del HTMC.

CONCLUSIÓN

Las historias clínicas del HTMC no incluyen documentación sobre vigencia de derecho, y evoluciones del tratamiento médico en clínicas particulares, lo que dificulta la continuidad del tratamiento médico del paciente, así como la gestión de control concurrente y posterior.

RECOMENDACIÓN 12

AL SUBDIRECTOR PROVINCIAL DEL SEGURO DE SALUD INDIVIDUAL Y FAMILIAR IESS GUAYAS

12.1 Solicitará a los prestadores externos que, previo al pago de facturas deberán remitir a los servicios médicos del Hospital Dr. Teodoro Maldonado Carbo que solicitaron las órdenes de transferencia, copias de las epicrisis de los tratamientos médicos otorgados, y una vez que el servicio médico recepte estos documentos los archive en las respectivas historias clínicas de cada paciente,

con el propósito de que los galenos tratantes conozcan y confieran los tratamientos médicos respectivos.

12.2 Solicitará a la Directora del Hospital Dr. Teodoro Maldonado Carbo, disponer al Coordinador (e) de Informática de dicho nosocomio, la implementación en el área de Facturación de esta Subdirección del sistema informático para consultar durante la revisión de la documentación de soporte previo al pago las certificaciones de las vigencias de derechos, emitidas en Admisión y Estadística de la referida casa de salud.

AL DIRECTOR DEL HOSPITAL DR. TEODORO MALDONADO CARBO

12.3 Solicitará al Jefe del Departamento de Ambulatorio de dicho nosocomio, disponer a la servidora encargada de la Calificación de Derecho que, cuando los pacientes soliciten las respectivas certificaciones presentando el aviso de enfermedad, y una vez verificado dicho derecho, proceda a estampar la aludida certificación en el mencionado documento, obteniendo fotocopias de las mismas ya que el sistema no registra esta acción manual, archivándolas en cada historia clínica que mantiene el área de Admisión y Estadística, como constancia para las actividades del control posterior.

12.4 Gestionará ante los funcionarios del IESS, responsables del sistema informático de Historia Laboral instaurado en dicho nosocomio, la solución de los inconvenientes presentados en dicho sistema, expuestos por el Jefe del Departamento de Ambulatorio en oficio 12202.2212.129 de mayo 18 del 2006.

ENCUESTAS DE SATISFACCIÓN DEBIDAMENTE ELABORADAS, DEFINEN CALIDAD DE ATENCIÓN.

Constatamos que las encuestas de satisfacción, por las atenciones médicas particulares, son remitidas por varios prestadores externos a la Subdirección Provincial del Seguro de Salud Individual y Familiar, archivándose de manera independiente del resto de documentos de soporte de cada atención; además, dichos informes se encuentran en las mismas condiciones que fueron recibidos, es decir varios de ellos aún permanecen en los sobres cerrados en que se enviaron.

Al respecto los Subdirectores Provinciales del SSIF actuantes en el período de análisis, indicaron que realizaron al muestreo evaluaciones de la satisfacción de los

usuarios en términos de eficiencia, oportunidad y equidad, sin dejar constancia de dichos actos, por cuanto no constataron resultados negativos en las encuestas seleccionadas, ya que las mismas son formuladas por los propios prestadores externos cuyos resultados le son favorables.

Existen dos formularios de estas encuestas, diseñados por la Dirección del Seguro General de Salud Individual y Familiar: uno para tratamiento de diálisis peritoneal y hemodiálisis, el otro para las distintas atenciones médicas. Los documentos utilizados por los centros de diálisis contienen su membrete y otros carecen de esta identidad como Sur Pasal y Dr. Luís Serrano, además algunos de estos reportes no contienen el nombre del paciente, su firma, y la fecha del tratamiento, a fin de identificar al afiliado encuestado, cabe indicar que los centros de diálisis IEDYT, Farmadial y Soldial utilizan el formulario de otras atenciones médicas. También hay que señalar que varias encuestas remitidas por los otros prestadores externos no contienen toda la información requerida, como el domicilio del paciente y fecha de atención; novedades que no han recibido la atención de la SPSSIF.

No todos los prestadores externos remiten los aludidos reportes, tales como las clínicas Panamericana y Kennedy o Inmobiliaria TEOTON S.A. (distinta a Kennedy Alborada), incumpliendo el numeral 5 de la cláusula sexta "Obligaciones del Prestador" del contrato de prestación de servicio de salud; tampoco se evidenció que la SPSSIF haya realizado acción alguna requiriendo dichas encuestas, lo que demuestra el poco interés sobre estos resultados.

A falta de las evaluaciones sobre el grado de satisfacción de los usuarios por las atenciones médicas particulares recibidas, no se realizó ningún tipo de control o gestión administrativa para conocer el grado de satisfacción de los pacientes por el tratamiento médico particular recibido y la calidad de éste, en términos de eficiencia, oportunidad y equidad. De las encuestas presentadas, al ser formuladas por los propios prestadores externos los resultados no guardan independencia. Lo comentado se contrapone a lo enunciado en la NCI 110-10 "Control Interno Concurrente".

CONCLUSIÓN

No existen evidencias de las evaluaciones realizadas por los Subdirectores Provinciales del SSIF, a los resultados de las encuestas de satisfacción por las atenciones médicas particulares.

RECOMENDACIÓN 13

A LA DIRECTORA DEL SEGURO GENERAL DE SALUD INDIVIDUAL Y FAMILIAR DEL IESS

13.1 Dispondrá al Subdirector Provincial del Seguro de Salud Individual y Familiar del IESS Guayas, analizar e informar mensualmente por medio de indicadores, los resultados de los informes de satisfacción de los pacientes, comprobando la eficiencia, oportunidad y equidad de las atenciones médicas particulares recibidas, con el propósito de conocer realmente el grado de complacencia de los usuarios y tomar acciones correctivas si el caso lo amerita.

AL SUBDIRECTOR PROVINCIAL DEL SEGURO DE SALUD INDIVIDUAL Y FAMILIAR IESS GUAYAS

13.2 Solicitará a la Dirección del Hospital Dr. Teodoro Maldonado Carbo, el concurso de una Trabajadora Social para que concurra de manera selectiva a las instalaciones de los prestadores externos, a fin de obtener al muestreo los informes de los propios pacientes sobre su grado de complacencia por los servicios médicos que reciben, elaborando el informe correspondiente.

13.3 Dispondrá al profesional médico que se designe como Supervisor de la Subdirección a su cargo, visitar de manera frecuente las instalaciones de los prestadores externos, con el propósito de conocer el estado y evolución del paciente, además comprobar que las instalaciones y equipos médicos de estas casas de salud son los determinados dentro de la calificación como prestadores, presentado su correspondiente informe de evaluación técnico médico, sugiriendo acciones correctivas si el caso lo amerita.

13.4 Solicitará a todos los prestadores externos remitir oportunamente las encuestas de satisfacción formuladas a los afiliados, jubilados y beneficiarios del Instituto, de conformidad con el numeral 5 de la cláusula sexta "Obligaciones del Prestador" de los contratos de prestación de servicios de salud; documentos que deberán contener los datos de identificación de dicha unidad médica, así como los de los propios pacientes, incluida la firma de cada persona atendida y copia de su cédula de ciudadanía, como constancia de que la información contenida en las encuestas, son el reflejo de su complacencia por la atención médica recibida,

además deberá incluir la fecha del tratamiento, con el propósito de que al evaluar la atención otorgada, se cuente con todos los datos necesarios.

ADQUISICIÓN, RENOVACIÓN Y MANTENIMIENTO DE EQUIPOS MÉDICOS, RESTRINGEN LAS COMPRAS DE SERVICIOS MÉDICOS PARTICULARES.

Los jefes de los servicios médicos del HTMC, que emiten las órdenes de transferencias, indicaron en oficios 24612-0177 de 2006.03.14; 24615-130 de 2006.03.17; CV-133 de 2006.03.29; 24618-076-06 de 2006.03.17; 24639-051 de 2006.03.23; 24632-075 de 2006.02.24; y 242687-093 de 2006.04.04, que generalmente solicitan la atención particular por la falta de equipos médicos, especialmente de imagenología, que son indispensables para otorgar el servicio requerido, debido a que esta casa de salud no cuenta con los mismos, o los que poseen no están operativos por daños, falta de mantenimiento o son obsoletos y no existen en el mercado los insumos para su funcionamiento, ya que algunos datan desde la inauguración del nosocomio, en octubre de 1970, sin ser renovados. En el caso del jefe de cardiología del HTMC indicó que solicita cirugía cardiaca particular, por no contar esta casa de salud con el servicio de cirugía cardiovascular.

En las referidas comunicaciones se señaló que las novedades anotadas sobre los equipos médicos, han sido oportunamente puestas a conocimiento de la Dirección del Hospital, que ha gestionado las reparaciones o adquisiciones de varios equipos médicos, a fin de otorgar o restablecer el servicio dentro del hospital.

En lo que respecta a la compra de tratamiento integral de diálisis, existen siete unidades médicas particulares que brindan atención a 377 afiliados del IESS, cuyo costo mensual por paquete y por cada paciente es de US. \$ 1.100,00 y US. \$ 1.300,00 por diálisis peritoneal y hemodiálisis, en su orden. La unidad de diálisis del HTMC cuenta con 20 máquinas para tratamiento de hemodiálisis, cuya capacidad operativa promedio es de 120 pacientes por mes, es decir internamente sólo se atiende al 24% de los pacientes.

La limitada adquisición, renovación y mantenimiento de los equipos médicos del HTMC para otorgar atención médica interna de diagnóstico y tratamiento, no ha

permitido prestar internamente todas las atenciones de salud en los términos del artículo 103 de la Ley de Seguridad Social, lo que ha incidido en el incremento del 40,82 % de la compra de servicios médicos particulares entre los años 2004 y 2005; que se demuestran tanto en los presupuestos operacionales como en los valores erogados de un año a otro, detallados en este informe en cuadro de monto de recursos examinados. Asimismo, la cantidad de pacientes que se transfieren a clínicas particulares para recibir atención médica, por las cuales el IESS desembolsa grandes sumas de dinero, hace predecir que podría generalizarse a futuro mayor derivación de pacientes a esos centros de salud, poniendo en riesgo el presupuesto institucional que tiene límites constitucionales y legales en cuanto a la asignación de recursos para este seguro, según los artículos 54 y 59 de la Ley de Seguridad Social y la Constitución Política de la República del Ecuador en su orden..

CONCLUSIÓN

La adquisición, renovación y mantenimiento de los equipos médicos del HTMC dentro del período de análisis, no han sido los suficientes para otorgar todos los servicios médicos dentro del referido nosocomio, prefiriéndose contratar con prestadores externos.

RECOMENDACIÓN 14

AL SUBDIRECTOR PROVINCIAL DEL SEGURO DE SALUD INDIVIDUAL Y FAMILIAR IESS GUAYAS

14.1 Dispondrá al Director del Hospital Dr. Teodoro Maldonado Carbo realizar estudio de factibilidad para incrementar la atención de la unidad de diálisis de dicho nosocomio, con el propósito de reducir las compras del servicio de diálisis particular.

14.2 Dispondrá al Director del Hospital Dr. Teodoro Maldonado Carbo, definir las necesidades de reparación o sustitución de equipos médicos indispensables para otorgar el servicio de manera interna, de acuerdo a la capacidad operativa de atención del nosocomio, con el propósito de reducir el gasto por las compras de servicios médicos a prestadores externos. Contando con esa información, tomará los correctivos necesarios e iniciará los trámites pertinentes para que

ubicados los recursos económicos según los presupuestos referenciales, se obtenga la autorización del Consejo Directivo y se aplique el proceso de adquisición que corresponde según la normativa vigente.