

## La responsabilidad administrativa de errores del personal de auditoría de cuentas médicas en Ecuador y las repercusiones con el Sistema Nacional de Salud

*The administrative responsibility for errors by medical account auditing personnel in Ecuador and the repercussions for the National Health System*

Juan Pablo Carabajo Dutan, Juan Carlos Pérez Ycaza

### Resumen

El presente artículo realiza una revisión de uno de los procesos administrativos más invisibles para la población del Ecuador y para el sector de la salud, que es la auditoría de recuperación de costos de las atenciones médicas, que se da luego de las atenciones de salud mediante cobertura de seguros públicos, ya sea en unidades de salud públicas o privadas bajo cobertura pública. Para ahondar en el proceso descrito es necesario conocer el sistema de salud ecuatoriano, realizar comparativas con otros países y analizar las leyes, normativas y reglamentos establecidos para el pago económico y que permiten la continua gestión entre lo público y lo privado en el sector de la salud, se analiza además los resultados de una conducta omisiva del personal que realiza la auditoría de cuentas médicas y que puede provocar problemas enormes tanto al sector público como financiador y al privado como prestador de salud, que al final lo que deriva en una responsabilidad administrativa.

Palabras clave: Sistema de Salud; Responsabilidad Administrativa; Auditoría; Costos; Cumplimiento Normativo.

---

### Juan Pablo Carabajo Dutan

Universidad Católica de Cuenca | Cuenca | Ecuador | [juan.carabajo.22@est.ucacue.edu.ec](mailto:juan.carabajo.22@est.ucacue.edu.ec)  
<https://orcid.org/0009-0002-9339-2674>

### Juan Carlos Pérez Ycaza

Universidad Católica de Cuenca | Cuenca | Ecuador | [juan.perezy@ucacue.edu.ec](mailto:juan.perezy@ucacue.edu.ec)  
<https://orcid.org/0000-0003-1569-1898>

## Abstract

This article reviews one of the most invisible administrative processes for the population of Ecuador and for the health sector, which is the cost-recovery audit of medical care, which takes place after health care through public insurance coverage, whether in public or private health units under public coverage. In order to delve deeper into the process described above, it is necessary to understand the Ecuadorian health system, make comparisons with other countries and analyze the laws, norms and regulations established for economic payment and that allow for continuous management between the public and private sectors in the health sector, as well as analyzing the results of the omissive conduct of the personnel who carry out the audit of medical accounts, which can cause enormous problems for both the public sector as financier and the private sector as health provider, which in the end leads to administrative responsibility.

Keywords: Health System; Administrative Accountability; Audit; Costs; Regulatory Compliance.

## Introducción

En el sector salud a nivel mundial si bien la parte tangible en todo lado corresponde a la relación médico- paciente o al nexo enfermedad-tratamiento, también importante es la parte económica, la cual garantiza el acceso a los servicios, tomando en consideración el aumento de costos en salud, los conceptos de costo beneficio, economía de la salud, cobertura de salud, han venido tomando fuerza y en si no podría hablarse de atención sin mencionar un costo.

Un punto a mencionar es que los avances exponenciales de la medicina no han parado, la tecnología utilizada sigue actualizándose constantemente, ha aparecido el uso de seguros contra demandas y la centralización de recursos en las grandes metrópolis genera el alza de valores de todo el ámbito en salud y que en la gran mayoría de veces la población general no tiene acceso, sobre todo en las áreas rurales, por lo que se hace necesario contar con la garantía y protección del estado, instituciones que den seguridad social o el aseguramiento privado, esto deriva a muchos más procesos del ámbito administrativo médico y podríamos decirlo que uno de los más importantes se encuentran los procesos de recuperación económica que se implementa en todos los países del mundo.

Entonces, como se menciona en el acápite anterior la realidad de la salud en el Ecuador y de nuestro sistema de salud es que existe una desigualdad en el acceso, ya que las unidades públicas son insuficientes en número para cubrir con el volumen de necesidades o no existen, además son carentes de los recursos que el sistema privado puede brindar (Lucio, 2011) por lo que el estado garantiza la atención en los prestadores de salud privados a través de procesos de gestión que cumplen o deben cumplir leyes, normativas y regulaciones, con ello se genera una cobertura universal y un proceso de auditoría de cuentas medicas para el pago o la devolución correspondiente de los valores que generan estas atenciones (Ministerio de Salud Pública, 2023).

Si bien a nivel institucional la carencia de fondos económicos de cada subsistema, ha sido un problema para el pago a tiempo de estas atenciones (El Universo, 2024), la repercusiones de

la calidad de auditoría realizada por los procesos de revisión técnica también han provocado problemas continuamente con los prestadores de Salud, entre los cuales se dan criterios no unificados en la revisión de cuentas médicas, la falta de revisión de las justificación o la experticia en procesos técnicos médicos más complejos y que sobrepasan la experticia y conocimientos del personal (Martinez, 2022).

El proceso de auditoría por parte de los financiadores públicos debe garantizar una recuperación efectiva hacia los prestadores de salud privados y públicos que cubren atenciones a la población, esta devolución económica además está respaldada con leyes y normativas que permiten el desarrollo de las actividades que realiza el personal administrativo que revisan y analizan los respaldos técnicos enviados para la aprobación y posterior pago.

Sin embargo por errores de la auditoría de cuentas existe una pérdida económica importante para las unidades de salud privada, que incluso en ocasiones se han visto en la necesidad de establecer reclamos administrativos a las entidades financiadoras, obligando a las entidades sobre todo privadas a disminuir el servicio, y en continuas ocasiones la suspensión temporal o definitiva de las prestaciones médicas, existen casos que la deuda en si ha provocado la quiebra de unidades de salud, por lo que el riesgo beneficio de ser prestador de instituciones públicas aumenta considerablemente sobre todo si la implementación de herramientas tecnológicas (Sutton, 2020), compra de equipos y contratación de personal para la atención no es retribuida con el pago correspondiente.

Por lo mencionado el objetivo del artículo se centra en conocer varios procesos instaurados en el sistema de salud y además la responsabilidad administrativa de los servidores públicos que intervienen en el proceso de Auditoría de Cuentas médicas, así como los conceptos básicos y garantías legales para la gestión profesional de los servidores de este proceso.

## **Metodología**

La metodología del presente es un artículo de revisión, sobre el proceso de auditoría de cuentas medicas fue cualitativo, descriptivo-interpretativo, como el nombre lo indica recopila, analiza, sintetiza información relacionada al proceso de auditoría y las consecuencias administrativas de errores u omisiones normativas (Arias, 1999).

Para el estudio se realizó una revisión documental basada en leyes, normas, datos y publicaciones en fuentes oficiales estatales o de organismos internacionales y el análisis de manera cualitativa de la información existente con el fin de compartir nuevos conceptos o ahondar en los ya descritos (Dulzaides & Molina, 2004). Esta información permitió desarrollar los conceptos y determinar los objetivos del estudio.

## Resultados

### *Desarrollo del análisis de la investigación*

#### *Gastos médicos y cobertura de salud*

En todo el mundo los costos de salud han venido en aumento tanto así que por ejemplo en el año 2020 el gasto mundial en salud alcanzó aproximadamente 8,3 billones de dólares estadounidenses (USD), lo que representó alrededor del 10% del Producto Interno Bruto (PIB) mundial (Organización Mundial de la Salud, 2020), el acceso se vuelve cada vez más complejo por lo que la opción de cobertura de salud por parte de aseguradoras toma fuerza, en Europa, Asia y Estados Unidos priman los seguros privados y en algunos países en desarrollo como el nuestro los principales aseguradores son públicos quienes se encargan de garantizar los servicios a toda la población.

En el Ecuador según el Instituto de estadísticas (INEC) dentro de los reportes generados en el resultado de las Cuentas Satélite de Salud (CSS) correspondientes al periodo 2007-2022 hubo un gasto de 2470 millones de dólares y que el 61.4% corresponde al sector público es decir una cobertura de salud dada por el estado y el 38.6 % al gasto privado (Revista Gestion, 2023).

Sin embargo, con todo este gasto según la Revista Primicias y el análisis realizado no se ha podido dar cumplimiento con las metas establecidas desde la creación de nuestra constitución en el año 2008 que correspondían al incremento del 5% anual del Producto interno bruto hasta llegar al 4% propuesto, así la última información del año 2023 refiere que se ha asignado 3.639 millones correspondiente al 3.1% del PIB corroborando que aún nos falta para llegar al presupuesto ideal (Revista Primicias, 2023).

#### *Seguro Universal*

La OMS conceptúa al Acceso universal de salud como esa utopía de gestión donde cada ciudadano sea atendido con garantías de calidad, efectividad y equidad y que esta atención no afecte a su patrimonio económico, además recomienda que la mayor opción que tienen todos los sistemas de salud es apostarle a la prevención y la atención en el primer nivel de atención, pues disminuye los costos de atención, disminuye las hospitalizaciones y los eventos catastróficos (Organización Mundial de la Salud, 2023).

Sánchez Torres da su punto de vista en relación al obtener atención medica de manera oportuna pero que las barreras para acceder a una atención universal se ven afectadas por varios factores siendo el más importante que es la accesibilidad geográfica en un país grande como México

(Sanchez-Torres, 2017), lo mismo ocurre en el Ecuador las zonas rurales el acceso y la calidad de los servicios tanto del estado como privados son deficientes, agrupándose la mayoría de recursos de salud en las ciudades más grandes además considerar otros factores importantes de nuestro país como es su economía con la falta de presupuesto, la demora en la entrega de recursos, el control eficiente de recursos.

Otro factor clave es la responsabilidad política en el Ecuador en el que debe garantizarse.

una “voluntad” política sostenida a largo plazo, que con los cambios de gobierno o de autoridades no se deseche los avances y se mantenga el beneficio, se mantenga la lucha contra la corrupción y se corrija la inequidad de recursos financieros (Organización Mundial de la Salud, 2023).

Se da a conocer los respaldos legales que tiene el Sistema Nacional de Salud del Ecuador y que el Ministerio de Salud Pública tiene la obligación de ejecutarlos mismo que dan las premisas del principio de atención universal y de cobertura en todo el territorio Nacional tanto a residentes como extranjeros:

Así el Artículo 32 de nuestra constitución refiere “En el que refiere a que el Estado garantizará el acceso a la salud además refiere que “La prestación de los servicios de salud se regirá por los principios de equidad, **universalidad**, solidaridad, interculturalidad, calidad, eficiencia, eficacia, precaución y bioética, con enfoque de género y generacional”

Los artículos 358 y 360 además refieren una garantía integral en el desarrollo de la población por parte del sistema nacional de salud, aquí ya nombra a la Red Integral de Salud (RPIS) y sus integrantes públicos y privados necesarios para garantizar el acceso en caso de no tener capacidad resolutive.

El artículo 362 en cambio es más específico indicando ya que todos los servicios publico serán universales y gratuitos, y que el estado responsable garantizara en todos los niveles de atención (Asamblea Nacional Constituyente, 2008).

Como se observa tanto nuestra Constitución así como la Ley Orgánica de salud y las normativas específicas de atención en salud siempre mencionan la universalidad de la atención, teniendo como objetivo como ya se menciona varias veces la excelencia en el servicio además de la premisa de la gratuidad, la generación de derechos de la población, además de potenciar el capital humano y su educación que se considera como el principal sustento que la salud debe tener, y que de ahí se derivan otras como el acceso a tecnología y aumento de los ingresos (Sanchez-Torres, 2017).

### Comparativa de sistemas de salud

La cobertura de gastos médicos alrededor del mundo dependerá del tipo de sistema de salud que ese país posea, como conocemos existe países con distintos tipos de cobertura países desarrollados como Canadá que si tiene una cobertura universal sin embargo enfrentan una problemática como lo es la larga espera de atención, personal médico insuficiente, difícil acceso a indígenas y ciudadanos que viven en lugares remotos, sin embargo si bien la cobertura es para el 99% de la población, la cobertura dependerá en gran medida del tipo de contrato que genere la aseguradora privada o los programas de protección (Solorzano, 1997), el otro extremo de la moneda es por ejemplo el de Estados Unidos de Norteamérica en el cual predomina la cobertura privada, no universal con una desigualdad enorme en su acceso (Telesford et al., 2024).

Aquí el estado ayuda únicamente a los menos favorecidos con seguros de cobertura social, a resaltar de este tipo de cobertura es que al ser la empresa privada los que respaldan la salud se crea una libre competencia lo que sumerge a estas en una competencia continua de garantizar las mejores coberturas y tecnología, garantizando así el avance de la medicina a pasos agigantados sin embargo los costos a su vez aumentan exponencialmente.

El sistema de salud de Colombia si bien es el más cercano al país, nos lleva décadas en relación al desarrollo del ecuatoriano, este si bien tiene cobertura universal se trata de una cobertura contributiva y subsidiaria pero con una fragmentación del sistema de salud establecida en su ley 100 (1993), y el nuestro que al final tiene cobertura universal pero que está financiado por el gasto público y es de responsabilidad del estado en su mayoría lo cual da una calidad variable en la atención y una desigualdad entre zonas rurales y urbanas (Congreso de la República de Colombia, 1993).

Tabla 1. Comparativa de los modelos de sistema de cobertura de salud.

Aspecto	Estados Unidos	Colombia	Ecuador
Modelo de Sistema	Privado (Medicare y Medicaid)	Mixto	Público predominante con seguro social (IESS) y red pública (MSP)
Cobertura	No universal, no hay libre acceso	Universal: casi 95% de cobertura (contributiva y subsidiada)	Universal, pero desigual entre áreas urbanas y rurales y con déficit de calidad
Financiación	Seguros privados, impuestos (Medicare, Medicaid)	Contribuciones públicas y privadas por parte de la población	Aseguramiento obligatorio y gasto público (impuestos)
Acceso y Calidad	Desigual, alto costo para no asegurados	Amplio acceso, pero desigual en calidad entre público y privado	Acceso universal, pero calidad variable entre regiones y
Gasto en Salud	17% del PIB	7-8% del PIB	4-5% del PIB

Aspecto	Estados Unidos	Colombia	Ecuador
Desafíos	Costos altos, desigualdad en acceso y calidad	Fragmentación del sistema, desigualdad regional	Desigualdad entre zonas urbanas y rurales, sobrecarga en hospitales públicos

Fuentes: Kaiser Family Foundation (KFF) y Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS) 2024; OMS (2024).

Con lo indicado y descrito por Peters con relación al acceso de la población de países en desarrollo la desigualdad es uno de los puntos que más atacan las reformas de los sistemas de salud, también la geografía para los accesos, sin embargo, también hay que considerar la parte económica y las conductas políticas que son las que proyectan el crecimiento de calidad en este tipo de servicios (David Peters, 2008).

#### *Antecedentes del Sistema de salud ecuatoriano*

El sistema de salud ecuatoriano en su historia siempre estuvo fragmentado con una cobertura deficiente aquí cada institución en la cual una población estaba catalogaba manejaba según sus propias reglas, el MSP, el IESS, organizaciones sin fines de lucro y empresas privadas, lo que dejaba aquellos a gran parte de la población desprotegida y al estar divididos no se coordinaba gestiones lo que ocasionaba perjuicios y trabajo innecesario.

Otro punto era los escasos de profesionales y a su vez las características de la remuneración que prácticamente no representaba ni justificaba el trabajo de estos profesionales, la infraestructura también era deficiente y la accesibilidad sobre todo en zonas rurales era nula (Torres & Lopez, 2018).

Desde el año 2005 en el Ecuador se impulsó en un inicio el programa de Aseguramiento Universal en Salud (PROAUS) que promovió un aseguramiento en salud a través de mecanismos de compra de servicios, cuyo objetivo comprendía prestaciones integrales con calidad, eficiencia y equidad, bajo una concepción de protección social y una lógica de aseguramiento público, priorizando a la población que vive en condiciones de extrema pobreza (Ministerio de Salud Pública, 2012).

En 2007 con un nuevo gobierno se propuso transformar el sistema de salud para lograr un acceso universal; propuesta que inicio una gratuidad progresiva además la declaración de emergencia del sistema de salud que permitió mejorar la infraestructura e incrementar el equipamiento, medicinas y recursos humanos en salud (Organización Panamericana de la Salud, 2008).

En abril del 2008, como menciona Chang, el Ministerio de salud Pública presentó la propuesta de trabajar en conjunto con el Consejo Nacional de Salud (CONASA), secretaria nacional

de Planificación (SENPLADES), IESS, FFAA y Policía Nacional, Ministerio Coordinador de Desarrollo Social (MCDS) y el apoyo técnico de la OPS/OMS, UNFPA y UNICEF para retomar la rectoría de la salud en el Ecuador y establecer políticas claras y de estricto cumplimiento (2017).

Esta propuesta se basó en 7 ejes en función del Sistema Nacional de Salud:

1. Fortalecimiento de la autoridad sanitaria nacional,
2. Administración y Gestión del SNS,
3. Modelo de Atención integral y red de servicios públicos de salud,
4. Financiamiento del SNS.
5. Control y Monitoreo del SNS.
6. Sistemas de Gestión de Información en Salud
7. Participación ciudadana y control social.

Con la aprobación de la nueva constitución del año 2008, y en armonía con el modelo de gestión, se dio la reforma del Estado en salud y las competencias del Ministerio de Salud Pública fueron mucho más marcadas, a quién le correspondió la formulación de la política pública de salud, regulación, planificación y control, ejerciendo de esta manera la rectoría sobre todo el sistema Nacional de Salud (Asamblea Nacional Constituyente, 2008).

Así nace la consolidación de la “Red Pública Integral de Salud (RPIS)” en el cual se unen todos los subsistemas de salud pública como financiadores tanto como prestadores de atención en salud:

El Ministerio de Salud Pública con su sistema híbrido en los ámbitos administrativos como rector de la salud ecuatoriana quien maneja la ejecución y el control de normas y leyes y también de atención en salud con todas las unidades públicas de primer, segundo y tercer de atención.

El Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS) enfocado en la población trabajadora y sus dependientes, garantista de derechos el cual obliga a los trabajadores y a empleadores a aportar un porcentaje de su remuneración para cubrir múltiples derechos como el de la salud cubriendo la atención médica integral, servicios de emergencia, programas preventivos, medicamentos y servicios de maternidad, por otra parte relacionados con el bienestar general está la de pensiones jubilares, montepío e invalidez, así como subsidios y fondos de cesantía, actualmente el porcentaje que corresponde de aportación corresponde al 20,60%, dividiendo esto con el 9,45% al trabajador y el 11,15% al patrono o empleador.

El Instituto de Seguridad de las Fuerzas Armadas relacionado a los servidores militares y sus familiares, el Instituto de Seguridad Social de la Policía (ISSPOL) de igual manera brinda cobertura a los policías y sus dependientes.

Otro subsistema que únicamente cumple las funciones de financiador es el Sistema Para el pago de Accidentes de Tránsito (SPPAT), adscrito al Ministerio de Obras Públicas que garantiza la cobertura por siniestro o accidentes de tránsito y que recibe financiamiento directo de pago de impuesto al momento de la matriculación vehicular.

Por último, el sistema de salud Privado del Ecuador que se le nombra Red Privada Complementaria (RPC) que es la parte de centro médicos, clínicas y hospitales privados que mediante permiso dado por el MSP prestan los servicios y con los convenios pertinentes pueden recibir pacientes de los diferentes subsistemas públicos.

### *Relacionamiento Interinstitucional*

En nuestra constitución en el artículo 370 articula al ministerio de salud Pública ya con las otras instituciones públicas de seguridad social, el Instituto ecuatoriano de Seguridad Social con sus dos subdivisiones tanto el Seguro General que corresponde a los trabajadores, como al Seguro Social campesino que es un seguro solidario, el Instituto de seguridad Social de las Fuerzas Armadas, el Instituto de Seguridad Social de la Policía (Asamblea Nacional Constituyente, 2008).

Bajo el convenio Marco interinstitucional No 17 del 10 abril de 2015 en relación a la integración de la Red Pública Integral de Salud, en su cláusula cuarta, numeral 1, señala: “El Ministerio de Salud Pública, Autoridad Sanitaria Nacional, es el ente rector en materia de salud, por lo que los Acuerdos Ministeriales y resoluciones que de este emanen, serán aplicables, vinculantes, obligatorios y de inmediato cumplimiento para los MIEMBROS DE LA RED PÚBLICA INTEGRAL DE SALUD, conforme establece la Constitución y la Ley” (Ministerio de Salud Pública, 2012), lo que demarca que todas las instituciones gubernamentales que se relacionen con el sector salud se acogen a las normas y leyes establecidas.

Aquí se crea el proceso de relacionamiento interinstitucional amparado desde hace alrededor de 13 años bajo una normativa que garantiza el proceso de atención, como es el Manual de referencia, contra referencia, referencia inversa y derivación de la Red Pública Integral de salud (Ministerio de Salud Pública, 2013), mismo que es de aplicabilidad obligatoria para toda la red Integral de salud.

Describiendo el procesos para la atención ambulatoria de pacientes no emergente, la población inicia su atención en el primer nivel de salud siendo este correspondiente al 80% del total de las atenciones de todos los niveles de salud y que son de fácil resolución, solo el 10% de estas

atenciones requerirá un nivel superior de atención, se garantiza su cobertura integral en todas las unidades de los subsistemas, su control periódico y medicinas en caso de enfermedades crónicas y se lleva un control permanente con seguimiento.

Dentro de los servicios de primer Nivel de atención, el Ministerio de salud Pública es el subsistema que más cobertura posee, seguido del seguro campesino, el IESS por su parte a optado por la contratación de centros privados de primer nivel para suplir el déficit de centros que posee a nivel nacional.

Los pacientes que en caso de requerir un nivel superior de salud por alguna complicación o porque su cuadro excede la capacidad resolutoria del centro, se realiza la referencia hacia una institución pública de mayor complejidad, ya sea de segundo nivel como hospitales generales donde se resuelve una complejidad intermedia o instituciones de tercer nivel como hospitales de especialidades o centros especializados que prestan atenciones de muy alta complejidad generando así micro o macro redes de salud pues una vez activa la solicitud de referencia sea cual sea el subsistema al que pertenece el paciente puede ser enviado según el requerimiento y en caso de no tener resolutoria en la parte pública, se activa la Red Privada Complementaria (RPC) realizando la derivación correspondiente para el tratamiento de manera gratuita bajo cobertura publica a través de la emisión de un documento que respalde esa prestación que se denomina el código de validación únicamente necesario para la RPC (Ministerio de Salud Pública, 2023).

Se da cumplimiento a la pirámide atención en salud así mismo en caso de ya no requerir una atención especializada y tener a la necesidad de mantener el seguimiento médico se puede regresar o contra referir al paciente a su nivel inicial.

Figura 1. Operativo del sistema de referencia, contrareferencia, referencia, inversa, derivación y transferencia



Fuente: elaboración propia

Nota. Norma del subsistema de referencia, derivación contra referencia, referencia inversa y transferencia del sistema nacional de salud-2013

Con las atenciones de emergencia se garantiza más aun la accesibilidad de atención pues se determina que esta atención es prioritaria podrá ser atendido en la institución más cercana pública o privada y realizar la notificación correspondiente al subsistema que corresponde para la cobertura y recuperación de valores.

Así el relacionamiento interinstitucional se ha venido realizando de acuerdo con los manuales de referencia contrareferencia y referencia inversa, su cumplimiento dentro de la parte pública debe ser acatado de manera obligatorio, y de igual manera la red Privada Complementaria (Ministerio de Salud Pública, 2013).

#### *Auditoria de la Calidad de la facturación de los Servicios de Salud (ACFSS)*

Para llegar hasta el proceso de Auditoria de la calidad de los Servicios de Salud o Auditoria de Cuentas médicas, se debe generar un proceso de referencia de un subsistema a otro que pueda dar el apoyo correspondiente, de este punto hasta la devolución de los valores le corresponde a la unidad médica que brinda el servicio garantizar un proceso de calidad de la historia clínica con toda la información en concordancia con las normas para su correcto procesado.

Corresponde además la recopilación de toda la información complementaria que justique los honorarios de procedimientos clínicos y quirúrgicos, servicios institucionales como salas, habitaciones, quirófanos, exámenes radiológicos y de laboratorio, y también los medicamentos e insumos entregados desde el ingreso hasta el alta de esa prestación de salud (Ministerio de Salud Pública, 2014).

Con los respaldos ordenados de acuerdo con las normativas que regulan la presentación de justificaciones, se realiza las planillas detalladas de estos para ser enviados a cada uno de los subsistemas que corresponde cada atención.

Una vez enviado el trámite como se denomina a la suma de pacientes atendidos dentro de un periodo mensual de gestión inicia el proceso de Auditoría de cuentas medicas consta de tres procesos internos:

**a) La Recepción y revisión documental.** - En el cual se receptan tramites de todos los pacientes atendidos en un periodo mensual y se revisa que la documentación habilitante según la normativa vigente a la fecha de atención medica se encuentra correcta emitiendo un informe correspondiente a este proceso.

**b) El proceso de Control Técnico Medico.** -Donde personal médico evalúa la pertinencia médica de la información que adjunta el prestador de salud para justificar los procedimientos y el valor solicitado a devolución, aquí se revisa mediante el uso de guías clínicas y protocolos establecidos para la atención médica los respaldos enviados.

**c) Proceso de Control de Tarifas y Liquidación.** - Realiza la revisión contable determinando los costos planillados de acuerdo con las herramientas de control emitidas por la Autoridad Sanitaria nacional.

Emitido por el MSP las herramientas necesarias para garantizar un pago adecuado las mismas que son:

1. “Reglamento De Relacionamiento Para La Prestación De Servicios De Salud Entre Instituciones De La Red Pública Integral De Salud- Rpis, De La Red Privada Complementaria – Rpc Y El Servicio Público Para Pago De Accidentes De Tránsito–Sppat; Y, Su Reconocimiento Económico”, actualmente vigente el AM 000140-2023.

2. El Tarifario De Prestaciones Para El Sistema Nacional De Salud emitido en 2014 que describe todos los procedimientos médicos, uso de instalaciones, exámenes de diagnóstico complementario y equipos específicos útil para el planillaje de los valores a requerir según el nivel de prestación dada.

3. Cuadro Nacional de Fijación de precios de medicamentos de Consumo Humano, que regula el precio techo para solicitar. (CNFP)

4. Cuadro Nacional de Medicamentos Básicos (CNMB) que garantiza el uso adecuado y regulado de los medicamentos.

Y acuerdos ministeriales específicos relacionados a este proceso administrativo realizado por cada institución financiadora.

A partir de la finalización del proceso de auditoria se pasa al último proceso definido en el AM 00140-2023 donde las unidades financieras de cada subsistema solicitan la facturación de los valores aprobados y proceden al pago correspondiente.

### *Revisión de Objeciones*

El proceso antes descrito de auditoria permite resarcir los errores cometidos en el proceso inicial y los prestadores de salud podrán en una sola ocasión ingresar las justificaciones correspondientes de las observaciones realizadas por la auditoria inicial, este proceso tiene 45 días a partir del ingreso para nuevamente terminar la auditoria.

Este proceso garantiza que las solicitudes de pago dadas por los prestadores de salud sean adecuadas evitando la sobrefacturación en precio y cantidad, de acuerdo con la veracidad de la documentación medica presentada.

### *Responsabilidad administrativa en servidores públicos.*

Como lo expresa Hassan y Ali en su artículo “**Promover la confianza pública en las organizaciones públicas**” la responsabilidad de cada uno de los servidores del estado se basa en primer lugar en principios éticos, luego en la garantía del cumplimiento legal de sus actividades y el respaldo de un buen trabajo así, la confianza poblacional en el sector público crece y dinamiza los ámbitos relacionados a este (Hassan & Ali, 2007).

En el Ecuador, la responsabilidad administrativa de los servidores públicos está claramente regulada para responder por sus actos u omisiones en diversas normativas, desde la Constitución que establece un antecedente para que actúen con honestidad y eficiencia como el Art. 226 que refiere:

Las instituciones del Estado, sus organismos, dependencias, las servidoras o servidores públicos y las personas que actúen en virtud de una potestad estatal ejercerán solamente las competencias y facultades que les sean atribuidas en la Constitución y la ley. Tendrán el deber de coordinar acciones para el cumplimiento de sus fines y hacer efectivo el goce y ejercicio de los derechos reconocidos en la Constitución (2008).

Relacionado al incumplimiento de lo antes descrito la constitución también menciona en el Artículo 233 que aquellos que incumplan sus responsabilidades estar sujetos a la ley y “...serán responsable administrativa, civil y penalmente por el manejo y administración de fondos, bienes o recursos públicos.” definiendo que la responsabilidad administrativa o la civil o la penal dependiendo del caso es independiente (2008).

**La Ley Orgánica de Servicio Público (LOSEP)**, en su artículo 22 donde se establece los deberes de un servidor en sus literales a, b y e se expresa el cumplimiento obligatorio de sus funciones garantizando el cumplimiento de sus funciones y cuidando los bienes del estado a fin de evitar un perjuicio económico (Asamblea Nacional, 2010).

**La Ley de la Contraloría General del estado**, esta entidad cumple las funciones del control de la gestión pública además de establecer los procesos para la fiscalización de la responsabilidad administrativa de los servidores públicos, el su artículo 5 indica claramente que los servidores o funcionarios públicos en relación con sus atribuciones tendrán que ser responsables y rendir cuentas en caso de haber generado un perjuicio al estado.

**El Código Orgánico Administrativo (COA)** en su artículo 21 emite un criterio de la forma en la que los servidores públicos deben actuar indicando que estos deben estar dentro de un principio de ética, buena fe y responsabilidad, el artículo 23 como principio de racionalidad en la que establece que los servidores públicos deberán motivar las decisiones que generan en el ámbito de su actividad.

El artículo 40 abstención de conducta abusivas del derecho en el cual los servidores deben evitar las mismas que provoquen un daño a terceros o al interés general (Asamblea Nacional, 2017).

El Código Orgánico Integral Penal (COIP), en algunas ocasiones se pueden establecer como delitos el ejercicio inadecuado de la función pública por lo que el COIP también regula la responsabilidad Penal de los funcionarios Públicos en su Artículo 282.- Incumplimiento de decisiones legítimas de autoridad competente, tomando en consideración que se incumpla las órdenes expresas en la ley, normativas y que en virtud de esta retrase los procesos (Nacional, 2017).

### Discusión

Con el análisis de la información obtenida, nos encontramos con la limitación técnica de estudios que, si bien pueden garantizar un sustento conceptual sólido, en el país existe poca información relevante de casos relacionado al proceso de auditoría de cuentas medicas como tal, si bien el Ministerio d salud Publica se encarga de emitir la normas para el efecto y las capacitaciones respectivas sigue siendo un servicio fragmentado dependiendo del subsistema de salud que lo realice y las consideraciones que las autoridades y los servidores del proceso lo establezcan.

Los costos en salud en relación con los análisis encontrados van en aumento lo que limita la gestión pública pues los presupuestos de salud sobre todo en Latinoamérica son reducidos y los servicios sociales no generan el financiamiento suficiente para garantizar accesibilidad adecuada, un claro ejemplo es el tiempo que los afiliados al IESS deben esperar para ser atendidos (El universo, 2024).

De acuerdo con lo encontrado con relación a la cobertura social por parte de las instituciones públicas, los estudios muestran que cada dólar invertido en salud pública genera beneficios económicos entre 2 y 4 veces superiores a su costo, gracias a la reducción de enfermedades y sus impactos económicos, siempre y cuando el sistema mantenga una perspectiva política de buena calidad de atención y una sostenibilidad financiera (Mcintyre, 2017).

Al momento el Ecuador tiene un déficit fiscal importante (más de 3800 millones de dólares) por lo que no puede cubrir el gasto público en su totalidad (Banco central del Ecuador, 2024), retrasando los pagos correspondientes sobre todo a aquellos que financian las atenciones a grupos vulnerables como insuficientes renales, pacientes con diagnóstico de Cáncer y otras atenciones de salud.

Sin embargo, como hemos visto en los procesos descritos para la auditoría de cuentas médicas, no afectaría los procesos de auditoria correctos pues el tiempo de las gestiones de los servido-

res públicos están normados y la parte económica correspondería a los ordenadores de gasto de cada institución pública y al sistema financiero.

En una reacción en cadena; las consecuencias de no pago hacia los prestadores de salud sobre todo privados disminuyen la posibilidad de aplicabilidad efectiva del proceso de referencia de pacientes, disminuyen el número de unidades de salud a la que pueda ser enviado un enfermo y a su vez estos pacientes nuevamente van a las unidades publicas mismas que no abastecen pues existe un déficit de profesionales que según la Gaceta de Indicadores del MSP bordea los 19.700 en todos los niveles de salud (Ministerio de Salud Pública, 2024).

Con el retraso de pago de valores por atenciones se suman los errores del proceso de auditoría los cuales pueden puntualizarse como:

1. Error en la revisión de la documentación habilitante para la correcta auditoria de los respaldos.
2. Atribución de funciones diferentes a los expresados en la norma específica de auditoría.
3. Falta de conocimiento normativo en el caso del personal contable y falta de conocimiento técnico en el caso de los médicos que revisan los respaldos enviados, es común las objeciones de procedimientos médicos sobre todo de alta complejidad. Al momento todas las instituciones financiadoras colocan a médicos generales a la revisión de los respaldos, quienes no garantizan el conocimiento técnico, pese a estar expreso en manuales expedidos por las mismas instituciones que deberían ser médicos auditores de pertinencia médica, no existe esa preparación académica en el país (Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social, 2014).
4. La jurisprudencia en relación con los deberes y derechos de los servidores públicos como la misma constitución, el código orgánico administrativo, la LOSEP, hasta llegar al Código Orgánico Integral penal determina que existe suficiente respaldo para que se pueda generar un proceso de responsabilidad administrativa a los profesionales que comentan errores en el proceso de auditoría de facturación de cuentas médicas sin embargo hasta el momento no se ha encontrado un antecedente jurídico realizado.
5. No existe una herramienta legal específica que garantice la experticia en el campo de la auditoría de cuentas médicas, pues si el personal consideran no tener la suficiente información que respalde el pago, no lo hacen, y en ocasiones únicamente es falta de conocimiento de la parte técnica desarrollada por el médico especialista, es decir cómo puede un personal no capacitado por ejemplo que procedimientos de alta complejidad realizar al pertinencia y aplicabilidad de códigos de técnicas descritas en un protocolo.

La relación de no pago con los prestadores externos ya sea por falta de fondos o por una mala auditoria que causa un perjuicio económico ocasiona la disminución de aceptación de los pacientes derivados o cierre de los servicios médicos bajo convenio, lo que ocasiona que los pacientes no tengan donde ir y sobre sature el servicio público (Primicias, 2024).

Así descrito se establece que los errores de la auditoria contribuyen al déficit de atenciones, al colapso del sector público, a la desatención por falta de profesionales y a las complicaciones generales de la salud.

Por último, no hay antecedentes de la aplicación de un control más estricto de las autoridades jerárquicas para determinarse si existe perjuicio al estado en caso de un pago hacia un prestador que no cumpla con las condiciones normadas para la presentación y justificación de respaldos de atenciones médicas, garantizando así el uso adecuado de los recursos públicos como refiere la ley de la Contraloría General del Estado.

La descripción y análisis realizado en este trabajo de todas los procesos y los respaldos normados una herramienta de ayuda para que los proveedores de salud conozcan más a fondo una garantía o respaldo legal que puedan aplicar, y exigir un proceso de calidad que cubra lo justo con relación a la inversión que realizan, además podría servir para el análisis por parte del mismo proceso de Auditoria para garantizar la calidad del proceso.

## Conclusiones

El sistema de salud ecuatoriano bien aplicado y con los recursos necesarios garantizaría la calidad del acceso a la salud, sin embargo, es útil el análisis de este estudio pues demuestra que no estamos en la capacidad de dar una atención universal pues no existe un financiamiento que cubra de manera general a toda la población.

Los procesos de referencia, contra referencia inversa y derivación sufren la consecuencia tanto de la falta de presupuesto para pago a los prestadores de salud como de los errores el proceso de auditoria en los diferentes subsistemas, lo que provoca la demora en la atención en salud, el colapso de las unidades por el volumen de atenciones solicitadas y una población sin confianza en el sistema público de salud.

El proceso de auditoría de la facturación de los servicios de salud de las distintas instituciones financiadoras ya sea MSP, IESS, ISSFA O ISSPOL genera un relacionamiento negativo con los prestadores de salud, no garantiza una calidad efectiva al no contar con el personal capacitado y ocasiona errores por omisión o desconocimiento técnico el perjuicio económico a los prestadores de salud.

Los prestadores de salud públicos y privados deben tener claro las implicaciones legales que ya existen y que obligan al servidor público a actuar de manera ética y técnica y que por lo tanto también deberán realizar un trabajo adecuado de planillaje con los respaldos correspondientes, con esto se generan herramientas de cambio para mejorar los procesos.

La responsabilidad administrativa sustentada en todas las leyes descritas en el trabajo realizado al momento no ha sido aplicada pues el proceso de auditoría no ha sido considerado con la importancia que merece, tomando en consideración que su accionar tiene relación directa con todo el Sistema Nacional de Salud.

## Referencias

- Arias, F. (1999). (PDF) *El Proyecto de Investigación: Guía para su Elaboración*. ResearchGate.
- Banco Central del Ecuador. (2024, 05 de febrero). El adecuado funcionamiento de la dolarización requiere de un urgente ordenamiento integral de las finanzas públicas. <https://lc.cx/sVydNj>
- Código Orgánico Administrativo, COA. (2017). Asamblea Nacional del Ecuador. Registro Oficial Segundo Suplemento N° 31.
- Código Orgánico Integral Penal, COIP. (2014). Asamblea Nacional. Registro Oficial Suplemento N° 180.
- Constitución De La República Del Ecuador. (2008). Asamblea Nacional del Ecuador. Registro Oficial N° 449.
- Chang, C. (2017). Evolución del sistema de salud de Ecuador: Buenas prácticas y desafíos en su construcción en la última década 2005-2014. *Anales de la Facultad de Medicina*, 78(4), 452-460. <https://doi.org/10.15381/anales.v78i4.14270>
- Diario Expreso (2024, 18 de septiembre). Nueva protesta por falta de pago a los prestadores externos. <https://lc.cx/TnyFiy>
- Dulzaides, M., & Molina, A. (2004). Análisis documental y de información: dos componentes de un mismo proceso. *ACIMED*, 12(2), 1.
- El Universo. (2024, 13 de abril). Espera de meses o falta de citas con especialistas, problemas que reportan pacientes del hospital Los Ceibos del IESS. <https://lc.cx/wOM6XT>
- El Universo. (2024, 07 de noviembre). Al menos 10 prestadores externos han tenido que cerrar operaciones a la espera de haberes pendientes del IESS. <https://lc.cx/fQGy8b>
- Hassan, D. & Ali, R. (2007). Promoting Public Trust in Public Organizations: Explaining the Role of Public Accountability. *Public Organization review*, 7, 331–344.
- Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social. (2014). *Manual de auditoría de facturación de cuentas médicas*.
- Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social. (2014). *Manual para la evaluación de la pertinencia médica por las atenciones brindadas por los prestadores de salud del IESS*.
- Ley 100. (1993, 23 de diciembre). Congreso de la república de Colombia. Diario Oficial N° 41.148. <https://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=5248>

- Ley de seguridad social. (2001, 30 de noviembre). Asamblea Nacional del Ecuador. Registro Oficial Suplemento N° 465. <https://lc.cx/x0lCfz>
- Ley Orgánica De Salud. (2006, 22 de diciembre). Congreso Nacional del Ecuador. Registro Oficial Suplemento N° 423. [https://lc.cx/rlfTX\\_](https://lc.cx/rlfTX_)
- Ley Orgánica De Servicio Público, LOSEP. (2010, 06 de octubre). Asamblea Nacional del Ecuador. Registro Oficial Suplemento N° 294. <https://lc.cx/VqOtBE>
- Lucio, R., Villacrés, N., & Henríquez, R. (2011). Sistema de salud de Ecuador. *Salud Pública de México*, 53(2), 177-187.
- Mcintyre, D., Meheus, F., & Røttingen, J. A. (2017). What level of domestic government health expenditure should we aspire to for universal health coverage? *Health economics, policy, and law*, 12(2), 125–137. <https://doi.org/10.1017/S1744133116000414>
- Médica, E. (2022, 17 de agosto). ¿Cuáles son los desafíos de la Auditoría Médica en Ecuador? Edición médica. <https://lc.cx/08sSG3>
- Ministerio de Salud Pública. (2018). *Norma para la selección y adquisición de servicios de salud de la red pública integral de salud (rpis) y de la red privada complementaria (RPC)*.
- Ministerio de Salud Pública. (2012). *Convenio Marco Interinstitucional Red Publica Integral De Salud*.
- Ministerio de Salud Pública. (2013). *Subsistema de referencia, derivación, contrarreferencia, referencia inversa y transferencia del Sistema Nacional de Salud. Norma Técnica*.
- Ministerio de Salud Publica. (2014). *Tarifario de prestaciones para el sistema nacional de salud*.
- Ministerio de Salud Pública. (2024). *Gaceta de indicadores*.
- Organización Mundial de la Salud. (2023, 05 de octubre). Cobertura sanitaria universal (CSU). <https://lc.cx/65pBOV>
- Organización Mundial de la Salud. (2020). *World health statistics 2020: monitoring health for the SDGs, sustainable development goals*.
- Organización Panamericana de la Salud. (2008). *Perfil de los Sistemas de Salud Ecuador*.
- Peters, D. H., Garg, A., Bloom, G., Walker, D. G., Brieger, W. R., & Rahman, M. H. (2008). Poverty and access to health care in developing countries. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1136, 161–171. <https://doi.org/10.1196/annals.1425.011>
- Primicias. (2024, 30 de mayo). IESS debe USD 1.340 millones a prestadores externos de salud, que temen ir a la quiebra. [https://lc.cx/M\\_SxA2](https://lc.cx/M_SxA2)
- Revista Gestión. (2023, 07 de diciembre). El ecuatoriano aún sigue gastando mucho de su bolsillo en salud. <https://lc.cx/HVKdtf>
- Revista Primicias. (2023, 12 de septiembre). Salud y educación: Estado nunca ha cumplido la meta de la Constitución. <https://lc.cx/Y5dr4t>
- Sanchez, D. B. (2017). *Cuentas médicas y conciliaciones*. Areandina.
- Sanchez-Torres, A. (2017). Accesibilidad a los servicios de salud: debate teórico sobre determinantes e implicaciones en la política pública de salud. *Revista del Instituto Mexicano de Seguridad Social*, 55(1), 82-89.
- Solorzano, F. (1997). Sistema de Salud de Canadá y su financiamiento. *Rev Panam Salud Publica/Pan Am J Public Health.*, 1(3).

- Sutton, R. T., Pincock, D., & Baumgart, D. C. (2020). An overview of clinical decision support systems: benefits, risks, and strategies for success. *Digit. Med*, 3. <https://doi.org/10.1038/s41746-020-0221-y>
- Telesford, I. (2024). Beyond Cost, What Barriers to Health Care do Consumers Face? KFF. <https://lc.cx/m37M2P>
- Torres, I., & Lopez, D. (2018). Institutional challenges to achieving health equity in Ecuador. *THE LANCET*. <https://lc.cx/T8vfz1>

## **Autores**

**Juan Pablo Carabajo Dutan.** Doctor en Medicina, con altos conocimientos en Gerencia de Instituciones públicas y privadas de salud con más de 15 años de trayecto relacionada al proceso de Auditoría de Cuentas Médicas

**Juan Carlos Pérez Ycaza.** Abogado de los tribunales y juzgados de la república, doctor en medicina y cirugía, magister en administración de negocios, máster universitario en neurociencias y biología del comportamiento, especialista en gerencia de servicios de salud, magister en gerencia hospitalaria, magister en derecho procesal y litigación oral, magister en derecho mención en gestión pública.

## **Declaración**

Conflicto de interés

No tenemos ningún conflicto de interés que declarar.

Financiamiento

Sin ayuda financiera de partes externas a este artículo.

Nota

El artículo es original y no ha sido publicado previamente.