



CORTE DE CUENTAS DE LA REPÚBLICA



DIRECCION DE AUDITORÍA CUATRO

INFORME DE EXAMEN ESPECIAL AL INSTITUTO SALVADOREÑO DEL SEGURO SOCIAL POR PRESUNTAS IRREGULARIDADES COMETIDAS POR EL DIRECTOR GENERAL EN LA CONTRATACIÓN Y PAGO DE SERVICIOS MÉDICOS DE CIRUGÍAS OFTALMOLÓGICAS Y EVALUACIÓN DEL CUMPLIMIENTO DE CONDICIONES DE INFRAESTRUCTURA FÍSICA Y DE SERVICIOS MÉDICOS Y DE APOYO POR TRASLADO DE EQUIPO DE CIRUGÍAS OFTALMOLÓGICAS DEL HOSPITAL GENERAL HACIA EL HOSPITAL POLICLÍNICO ZACAMIL, DEL 1 DE NOVIEMBRE DE 2015 AL 30 DE ABRIL DE 2016.

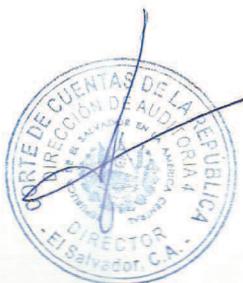
SAN SALVADOR, JULIO DE 2017.



Teléfonos PBX: (503) 2592-8000, Código Postal 01-107
<http://www.cortedecuentas.gob.sv>, 1a. Av. Norte y 13a. C. Pte. San Salvador El Salvador, C.A.

INDICE

CONTENIDO	PÁGINA
1. Objetivos del Examen Especial.....	1
a. Objetivo General	1
b. Objetivos Específicos	1
2. Alcance del Examen	2
3. Resumen de los procedimientos aplicados	2
4. Resultados de la Auditoría de Examen Especial.....	3
5. Conclusión de la Auditoría de Examen Especial	71
6. Análisis de informe de auditoría interna y externa.....	73
7. Seguimiento a Recomendaciones de Auditorías Anteriores.....	73



Doctor
Ricardo Cea Rouanet
Director del Instituto Salvadoreño del Seguro Social (ISSS),
Presente.

De conformidad con lo dispuesto en el Art. 195, ordinal 4º de la Constitución de la República, y las atribuciones y funciones que establece el Artículo 5 numerales 1, 4, 5, 7 y 16, Arts. 30 y 31 de la Ley de la Corte de Cuentas de la República, hemos realizado Examen Especial al Instituto Salvadoreño del Seguro Social por Presuntas Irregularidades cometidas por el Director General en la Contratación y Pago de Servicios Médicos de Cirugías Oftalmológicas y Evaluación del Cumplimiento de Condiciones de Infraestructura Física y de Servicios Médicos y de Apoyo por Traslado de Equipo de Cirugías Oftalmológicas del Hospital General hacia el Hospital Policlínico Zacamil, del 1 de Noviembre de 2015 al 30 de Abril de 2016.

1. Objetivos del Examen Especial

a. Objetivo General

Emitir un Informe que contenga los resultados del Examen Especial por presuntas irregularidades cometidas por el Director General en la contratación y pago de servicios médicos de cirugías oftalmológicas y evaluación del cumplimiento de condiciones de infraestructura física y de servicios médicos y de apoyo por traslado de equipo de cirugías oftalmológicas del Hospital General hacia el Hospital Policlínico Zacamil, del 1 de noviembre de 2015 al 30 de abril de 2016.

b. Objetivos Específicos

- a) Examinar los expedientes de los procesos de contratación por libre gestión de los servicios médicos de cirugías oftalmológicas efectuados por la Dirección del ISSS, durante el período comprendido del 01 de noviembre de 2015 al 30 de abril de 2016, así como de la Contratación Directa de Servicios de Vitrectomías para pacientes del Consultorio de Especialidades, verificamos que para su contratación se haya respetado los procedimientos establecidos en la LACAP.
- b) Verificar que las adjudicaciones efectuadas por las Comisiones Evaluadoras de Ofertas hayan cumplido con los requerimientos legales establecidos en las contrataciones de servicios de Cirugía de Cataratas y Vitrectomías.
- c) Verificar que el traslado del equipo Médico se llevó a cabo de conformidad a lo establecido en la normativa de activo Fijo del Instituto.

- d) Comprobar que las decisiones tomadas por el señor Director del Instituto contribuyeron a reducir la mora que el ISSS registrada al mes de noviembre de 2015, en relación con procesos de cirugía oftalmológicas pendientes de realizar.

2. Alcance del Examen

El Examen Especial incluyó la verificación de la adecuada gestión del Director General en la contratación y pago de servicios médicos de cirugías oftalmológicas y evaluación del cumplimiento de condiciones de Infraestructura física y de servicios médicos y de apoyo por el traslado de equipo de cirugías oftalmológicas del Hospital General hacia el Hospital Policlínico Zacamil del Instituto Salvadoreño del Seguro Social, ISSS, durante el período comprendido del 01 de noviembre de 2015 al 30 abril de 2016.

3. Resumen de los procedimientos aplicados

Entre los procedimientos ejecutados para el desarrollo del examen especial, se enuncian los siguientes:

- a) Analizamos la legalidad y justificación del proceso de contratación por Libre Gestión de 54 cirugías de cataratas autorizadas por la Dirección General del ISSS para ser efectuadas a pacientes del Consultorio de Especialidades en las instalaciones del Policlínico Zacamil, durante los meses de enero, febrero y marzo de 2016.
- b) Analizamos el cumplimiento de la cantidad y calidad de los servicios de 54 cirugías de cataratas adquiridas por la modalidad de Libre Gestión, durante los meses de enero, febrero y marzo de 2016.
- c) Analizamos la legalidad y justificación del Proceso de Contratación Directa No. G-008/2016 de Servicios Oftalmológicos de Vitrectomías para pacientes del Consultorio de Especialidades, efectuada durante el mes de febrero de 2016.
- d) Comprobamos si se respetaron los procedimientos administrativos establecidos para el traslado hacia el Policlínico Zacamil del equipo e instrumental quirúrgico del servicio de cirugías oftalmológicas que se utilizaban en el Consultorio de Especialidades.
- e) Comprobamos si la Dirección del ISSS, además de la adquisición de servicios de cirugía oftalmológicas por las modalidades establecidas en la LACAP, ha utilizado otras modalidades como la contratación de servicios profesionales a través de la División de Recursos Humanos y si lo ha hecho con personal que

presta sus servicios a otras unidades médicas del ISSS, si esto se encuentra justificado.

- f) Efectuamos evaluaciones técnicas en la infraestructura, equipo e instrumental quirúrgico y niveles del ambiente del Quirófano de Oftalmología del Hospital Policlínico Zacamil, a efecto de comprobar que cumple con requerimientos establecidos en la Norma de Cirugía Oftalmológica Ambulatoria del ISSS, puesta en vigencia a partir del mes de julio de 2015.

4. Resultados de la Auditoría de Examen Especial

Como producto de la aplicación de nuestros procedimientos de auditoría, obtuvimos los siguientes resultados:

1. NORMA DE CIRUGIA OFTALMOLOGIA AMBULATORIA ISSS, JULIO 2015, FUE EMITIDA INCUMPLIENDO EL PROCESO ESTABLECIDO.

Comprobamos que la Norma de Cirugía Oftalmológica Ambulatoria del ISSS, con vigencia a partir del mes de julio de 2015, fue emitida incumpliendo los procesos establecidos en el Manual de Normas y Procedimientos de Normalización y Estandarización, tales como los siguientes:

- 1-) Se autorizó el documento con el aval de la Dirección General, sin dejar constancia de haberse validado por un equipo de expertos en el área debidamente comisionados para ese fin y por el personal operativo relacionado con el tema.
- 2-) No se ha documentado los pasos desarrollados para elaborar la normativa por los servidores que integraron el equipo responsable de llevar a cabo dicho proceso.
- 3-) No se demostró que la normativa aludida se divulgó al personal directa e indirectamente relacionado con la dependencia involucrada, así como del personal de médicos especialistas de oftalmología, que serían los responsables de su aplicación.

El Manual de Normas y Procedimientos de Normalización y Estandarización, emitido por el Instituto del Salvadoreño del Seguro Social (ISSS) vigente desde el año 2004 y modificado en febrero del año 2009, establece lo siguiente:

2.1 “Elaboración o Modificación de Documentos Técnicos Normativos”

2.1.1 Normas del Procedimiento

1. El Jefe de la División Técnica Normativa al recibir una solicitud para elaboración o modificación de un documento técnico normativo, determinará la conveniencia de lo solicitado y marginará al Jefe del Departamento de Normalización y Estandarización para su análisis.

2. El Jefe del Departamento de Normalización y Estandarización deberá analizar todas las solicitudes recibidas para su asignación al Colaborador Técnico idóneo.

2.1.2 Descripción del procedimiento

Jefe del Departamento de Normalización y Estandarización

10. Define el equipo de expertos para la elaboración del documento técnico normativo.
11. Solicita al Jefe de la División la designación oficial de los integrantes del equipo de expertos.
12. Recibe el nombre del personal autorizado que conformará el equipo de expertos y los entrega al Colaborador Técnico.
13. Integra el equipo de expertos.

Colaborador Técnico y Equipo de Expertos

16. Realizan investigación bibliográfica y consultan con expertos de las áreas, directa e indirectamente relacionados con lo normado.
17. Elaboran la versión preliminar del documento técnico con la información recopilada y lo revisan con el Jefe del Departamento de Normalización y Estandarización.

2.2 “Validación y Elaboración final de Documentos Técnicos Normativos”

2.2.1 Normas del procedimiento

1. Todo documento técnico normativo nuevo o modificado de uno existente, deberá ser validado por expertos del área y personal relacionado a lo normado distinto al que lo elaboró: a fin de comprobar su funcionalidad y hacerle los ajustes pertinentes.
2. El Colaborador Técnico se coordinará con el Departamento de Docencia y Educación continua para el desarrollo de la validación (logística, fotocopias y otros).
3. Posterior a la validación, el Técnico responsable procederá a la elaboración final del documento técnico normativo para revisión del Jefe del Departamento de Normalización y Estandarización y Jefe de la División Técnica Normativa; así como la oficialización por el Subdirector de Salud.
4. Al obtener la oficialización del documento técnico normativo el Colaborador Técnico responsable procederá a realizar la coordinación para la reproducción del mismo.

2.3 “Divulgación de Documentos Técnicos Normativos”

2.3.1 Normas del procedimiento

1. La divulgación del documento Técnico Normativo oficializado, se dará a conocer al personal directa e indirectamente relacionado con la dependencia involucrada en el proceso normado por medio de documentos impresos y/o electrónicos teniendo la misma validez en ambos casos.
2. De ser necesaria la divulgación presencial según la complejidad del documento, se coordinará con responsables del Departamento de Docencia y Educación Continua la logística, fotocopias y otros aspectos necesarios para el desarrollo del evento.
3. Una vez divulgado el documento Técnico Normativo oficializado, el Colaborador Técnico responsable deberá presentar un Informe del evento realizado al Jefe del Departamento de Normalización y Estandarización.

La deficiencia se debe a que:

- a) La Jefa del Departamento de Planificación y Regulación Técnica en Salud (hasta agosto de 2015) que posterior a una reestructuración de la Subdirección de Salud, pasó a denominarse Jefa de la Sección de la Regulación Técnica en Salud (a partir de septiembre de 2015), el Jefe del Departamento de Planificación Estratégica en Salud y el Jefe de la División de Políticas y Estrategias de Salud, no completaron de manera general el proceso de elaboración de la Norma según lo describe el Manual de Normas y Procedimientos de Normalización y Estandarización vigente desde el mes de febrero de 2009
- b) El Jefe del Departamento de Gestión de Proyectos de la Salud con autorización del Director General giró instrucciones a la Jefa del entonces Departamento de Planificación y Regulación Técnica en Salud por medio de Memorándum sin No. de fecha 12 de junio de 2015 para que procediera a la elaboración de la nueva Norma de Cirugía Ambulatoria, enfatizando que ésta debería estar lista a finales del mes de junio para entrar en vigencia a partir del mes de julio de 2015.
- c) El señor Director General del ISSS validó por sí solo la nueva Norma de Cirugía Ambulatoria julio de 2015, sin existir evidencia del nombramiento de los funcionarios o servidores que conformaron el equipo que participó en el proceso de elaboración y revisión, así como también la nómina del personal que participó en su proceso de validación, tal y como lo establece las Normas y Procedimientos de Estandarización y Normalización.

Lo anterior, ocasionó desobediencia del personal de médicos especialistas de oftalmología del Consultorio de Especialidades mostrando su inconformidad al no tomarlos en consideración en el procedimiento utilizado para la elaboración de la normativa ni mucho menos para su validación, con la consecuente generación de un conflicto que perjudica la prestación normal del servicio que se debe brindar a los derechohabientes que demandan los servicios de dicha especialidad.

Comentarios de la Administración

El Apoderado General del señor Director del ISSS nos remite nota sin referencia de fecha 19 de agosto de 2016 en la cual manifiesta lo siguiente: "...HALLAZGO 1 NORMA DE CIRUGÍA OFTALMOLOGÍA AMBULATORIA ISSS, JULIO 2015, FUE EMITIDA INCUMPLIENDO EL PROCESO ESTABLECIDO.

Respecto a este hallazgo, en primer lugar es necesario hacer la siguiente aclaración:

Es de tomar en cuenta que al desarrollar el presente Hallazgo el Equipo Auditor hace referencia a que la normativa incumplida se denomina "MANUAL DE NORMAS Y PROCEDIMIENTOS DE NORMALIZACIÓN Y ESTANDARIZACION DE DOCUMENTOS TÉCNICOS EN SALUD, emitido por el Instituto del Salvadoreño del Seguro Social (ISSS)" detallando los procedimientos 2.1 y 2.2, enmarcados en dicho Manual.

No obstante, al revisar nuestra normativa institucional, el único documento vigente que se refiere a la elaboración o actualización de normas se denomina "MANUAL DE NORMAS Y PROCEDIMIENTOS DE NORMALIZACIÓN Y ESTANDARIZACION" que fue emitido en el año 2009, el cual contiene un procedimiento diferente a lo estipulado en este hallazgo, lo cual implica que el criterio utilizado en el presente hallazgo se basa en una normativa que no forma parte de la normativa institucional en la que se rige el ISSS.

Por lo tanto el incumplimiento que se me atribuye como funcionario se vuelve inexistente, ya que no se puede incumplir una norma que no ha sido creada o se encuentre en vigencia dentro del marco regulatorio de funcionamiento del Instituto, y es por dicha razón que el hallazgo debe ser descartado. No obstante, si ese Equipo Auditor considera que dicho argumento no es suficiente, por el principio de la eventualidad de pretensiones, comparezco a presentar comentarios respecto a los tres incumplimientos señalados, considerando que la norma supuestamente incumplida es el "MANUAL DE NORMAS Y PROCEDIMIENTOS DE NORMALIZACIÓN Y ESTANDARIZACION" (2009):

1) Se autorizó el documento con el aval de lo Dirección General, sin dejar constancia de haberse validado por un equipo de expertos debidamente comisionados para ese fin por el personal operativo en ese tema.

Respuesta:

1. En el MANUAL DE NORMAS Y PROCEDIMIENTOS DE NORMALIZACIÓN Y ESTANDARIZACION (2009), ESTABLECE EN LA PAG. 7. 1.2 NORMAS GENERALES.

Numeral 2, que para la creación o modificación de un Documento Técnico Normativo, la solicitud puede provenir de la Dirección General, por lo tanto el inicio del trámite de

actualización de la NORMA DE CIRUGIA OFTALMOLOGIA AMBULATORIA ISSS, JULIO 2015, ha cumplido con este apartado (Anexo 1 se adjunta nota de solicitud de fecha 12 de junio/2015,).

Lo anterior tiene su asidero legal en el Art. 18 de la Ley del ISSS que dice: Corresponde al Director General " *ch; Formular recomendaciones esenciales sobre normas y procedimientos a seguir en la organización y desarrollo del trabajo*". Artículo que da toda la potestad a la Dirección General para solicitar modificaciones a normativas.

Y en la CLÁUSULA 5 DE CONTRATO COLECTIVO que dice que son Facultades del Instituto: "*(...) manejar en forma exclusiva la administración de los centros de trabajo y de todas las instalaciones del mismo, así como la dirección de las labores de las y los trabajadores. Dicho reconocimiento incluye el derecho de planificar, dirigir, coordinar y controlar la operación y uso de todo equipo cualquiera, que sea su clase.*"

2. Un punto a tomar en cuenta es que la NORMA DE CIRUGIA OFTALMOLOGIA AMBULATORIA ISSS, JULIO 2015, es la actualización basada en el documento denominado "PROCESO DE TRASLADO DE SALA DE OPERACIONES ELECTIVA DE OFTALMOLOGIA, DE HOSPITAL GENERAL A POLICLINICO ZACAMIL JUNIO DE 2015" elaborado por el Dr. Stanley Pineda, Jefe del Servicio de Oftalmología, dando cumplimiento a instrucción de Dirección General, a través del Departamento de Gestión de Proyectos y el Servicio de Oftalmología del Consultorio de Especialidades, con el objetivo de desarrollar un modelo de atención innovador como respuesta para lograr optimizar los recursos y mejorar la articulación en la red de los Centros de Atención que cuentan con atención oftalmológica, modernizando y desconcentrando los procedimientos quirúrgicos de esta subespecialidad médica.

3. La Administración del Instituto con el fin de dar una respuesta oportuna a los pacientes del Servicio de Oftalmología en cuanto a los problemas de largas listas de espera; es que a finales del año 2014, se le encomienda a la Jefatura de Oftalmología del Consultorio de Especialidades, elaborara un proyecto con el fin de mejorar la calidad de atención en oftalmología que incluyera la modernización del servicio y la disminución de complicaciones asociadas a la atención hospitalaria (Infecciones Nosocomiales); enmarcado como parte del Plan Quinquenal de Trabajo del Instituto 2014-2019.

De esa manera se crea el Proyecto de mejoramiento del Servicio de Oftalmología que tenía como premisa fundamental la descentralización de los servicios quirúrgicos del Hospital General hacia otro Centro de Atención,

Lo anterior teniendo como base el modelo organizativo de CIRUGÍA MAYOR AMBULATORIA (CMA) el cual es un modelo de asistencia quirúrgica multidisciplinar que permite tratar pacientes de una manera efectiva, segura y eficiente, disminuyendo las infecciones adquiridas intrahospitalariamente, evitando prolongadas estancias tanto pre como postoperatorias, con el fin de mejorar la satisfacción de los pacientes y

disminuir los costos de los servicios de salud, sin descuidar la calidad de los servicios médicos brindados, lo cual es respaldado por el Ministerio de Salud como ente rector en materia de salud del país en sus Lineamientos de Cirugía Mayor Ambulatoria.

Por tanto, como primer paso y sobre la base de consideraciones médicas y técnicas se procedió a desarrollar el Plan de Acción para el traslado de los quirófanos de la especialidad al Hospital Policlínico Zacamil, con el fin de desconcentrar el área de Cirugías Oftalmológicas del Hospital General donde se realizaban las operaciones de dicho servicio, lo cual permitió trasladar el instrumental y equipos quirúrgicos existentes en el Hospital General hacia el Centro de Atención Policlínico Zacamil permitiendo que el resto del proceso en cuanto a la evaluación inicial de la enfermedad, la preparación pre quirúrgica y el control post quirúrgico se siguiera realizando en el Consultorio de Especialidades como continua hasta la fecha.

En ese sentido, se dotó al Hospital Policlínico Zacamil de la infraestructura de quirófanos necesaria que cumpliera con los requerimientos técnicos y estándares internacionales para poder realizar cirugías mayores y menores de Oftalmología y de Cirugía General enfocados en los beneficios de la cirugía ambulatoria, así como el equipo e instrumental necesario para proceder a realizar dichas cirugías, lo cual fue constatado y avalado por el Consejo Superior de Salud Pública, así también, en dicho Plan se garantizó que el proceso de traslado no afectara al personal médico ya que todo el proceso de consulta para los médicos especialistas en Oftalmología no ha sufrido ningún cambio y solo asistirían al Hospital Policlínico Zacamil el día en que se hubiera programado las cirugías oftalmológicas según coordinación de la jefatura de oftalmología.

Sin embargo, dicho esfuerzo se vio empañado por los obstáculos incomprensibles de algunos de los médicos del equipo de oftalmología dentro del cual se encuentra el Jefe del servicio, quienes bajo equivocados e infundados criterios técnicos; han señalado que el Hospital Policlínico Zacamil no cumple con las condiciones técnicas necesarias para hacer las cirugías de oftalmología, y con dicha excusa no se han presentado a realizar las cirugías que ellos mismos habían programado en sus consultas, incumpliendo con las labores por las cuales fueron contratados, pero lo cual ha implicado hacer esfuerzos con el personal disponible con el único fin de dar cumplimiento a la obligación que constitucionalmente tiene el ISSS: "asegurar la prestación de los servicios de salud a la población asegurada y beneficiada".

Lo anterior, se vuelve más incomprensible teniendo en cuenta que el jefe del servicio de Oftalmología, [REDACTED] participó en la elaboración del Proyecto de Mejora del Servicio y en el Plan de Traslado de Quirófanos, pudiendo constatar ese Equipo Auditor que fue él quien creó el documento al que denominó "Proceso de Traslado de Sala de Operaciones Electiva de Oftalmología, de Hospital General a Policlínico Zacamil, Junio

2015”, y el cual fue remitido por correo electrónico [REDACTED] al Jefe de proyectos, [REDACTED] para lo cual se anexa dicho documento.(anexo 2).

En el referido documento el [REDACTED] solicita el equipo e insumos a necesitar de acuerdo a las nuevas patologías a intervenir quirúrgicamente en el hospital Policlínico Zacamil y precisamente este documento fue considerado de base en la actualización de la Normativa de Cirugía Oftalmológica Ambulatoria 2015. En ese sentido el aporte técnico de los especialistas del área, **SI** fue considerado en la actualización de la Norma.

Por otra parte y como puede verse en el correo (Se adjunta correo de fecha 22 de enero/2015, anexo 3) el [REDACTED] conocía la necesidad de ejecutar el proyecto de traslado de las cirugías para dar respuesta a los pacientes. Por lo cual, en junio de 2015, envía el proceso de traslado de Sala de Operaciones de oftalmología del Hospital General hacia el Hospital Policlínico Zacamil, quedando implícitas las modificaciones y ajustes pertinentes para:

- Modificación del portafolio de servicios, ya que presenta necesidad de compra de equipos e insumos para la realización de las cirugías.
- Traslado de personal
- Flujo de atención del paciente

En ese sentido ese señalamiento debe de ser descartado, ya que el aval de dicho procedimiento se hizo en debida forma.

2) No se ha documentado los pasos desarrollados para elaborar la normativa por los servidores que integraron el equipo responsable de llevar a cabo dicho proceso.

Respuesta:

Se cuenta con un expediente que incluye la evidencia de los diferentes pasos seguidos desde la solicitud de la modificación hasta la elaboración de la normativa. Este expediente está a disposición de ustedes para su verificación.

- El proceso normativo inició a partir de la solicitud del Jefe de Departamento de Gestión de Proyectos de Salud, quien por instrucción del Director General, solicita en nota con fecha 12 de junio de 2015, la elaboración de la Normativa que regule el proyecto “PLAN DE TRASLADO DE QUIROFANOS DE OFTALMOLOGIA DE HOSPITAL GENERAL HACIA EL HOSPITAL POLICLINICO ZACAMIL”, con indicación que la normativa solicitada dejaba sin efecto la “NORMA PARA CIRUGÍA OFTALMOLOGICA AMBULATORIA EN UNIDADES MEDICAS DE SEGUNDO NIVEL DE ATENCION”.
- La actitud no colaborativa por parte del personal médico de Oftalmología impidió realizar el proceso normado, ya que injustificada y públicamente habían manifestado que no iban a realizar cirugías en el Policlínico Zacamil. Por lo que, la administración

del ISSS, en aras de implementar dicho proyecto el cual sería de beneficio inmediato para la población usuaria procedió a validar la Normativa, a través de la Subdirección del ISSS, como ente rector de los procesos y políticas de salud del instituto; lo cual fue autorizado y avalado por las autoridades competentes.

- El Director General del ISSS, como máxima autoridad y en su calidad de especialista en Oftalmología, autorizó y avaló la normativa en referencia respaldado en la cláusula 5 del Contrato Colectivo de Trabajo

3) No se demostró que la normativa aludida se divulgó al personal directa e indirectamente relacionado con la dependencia involucrada, así como de personal de médicos especialistas de oftalmología, que serían los responsables de su aplicación.

Respuesta:

En vista de lo anteriormente expuesto, de la situación irregular de atención que fue de conocimiento público (prensa escrita, radio y televisión) y la actitud mostrada por la mayoría de oftalmólogos del Consultorio de Especialidades, quienes en un franco abandono de sus pacientes se negaron a realizar cirugías oftalmológicas en el Policlínico Zacamil, poniendo en riesgo la salud de nuestros pacientes, violando su derecho a acceso oportuno a la salud al hacer prevalecer su interés particular sobre el de ellos. (Anexo 4 nota de Enfermería con fecha 18 de noviembre/2015). Siendo esta actitud, la que imposibilitó que se realizara la divulgación correspondiente de la norma, a pesar de que los flujogramas que contenían y describían todo el proceso de atención contemplado en la actualización de la norma le fue remitido al jefe del Servicio, para que en cumplimiento de sus funciones establecidas en el Manual de Funciones de Puestos, realizará la divulgación con el personal médico de oftalmología. Por tanto sino se realizó la divulgación respectiva, está claro que el jefe del servicio incumplió esta indicación. (Anexo 5 nota de envío del proceso 27 oct. 2015). No obstante, la Administración realizó convocatorias para hacerles de conocimiento la ejecución del proyecto, capacitación para uso de equipo y la actualización de la normativa. Es importante, tener en cuenta que fueron ellos los que no se hicieron presentes a las convocatorias (se anexan documentos que evidencian las convocatorias efectuadas anexo 6), y a la única convocatoria que se hicieron presentes fue junto con miembros de sindicato de médicos, no permitiendo que se llevara a cabo esta divulgación.

Por otro lado, la administración realizó divulgación de la normativa en mención al resto del personal involucrado pertenecientes a las áreas de apoyo tal como se puede evidenciar en la ayuda memoria de fecha (28 de octubre/2015 anexo 7).

Ante la posición tomada por el equipo de oftalmólogos que programaban cirugías y no las realizaban; ya organizadas y funcionando las salas de operaciones del Policlínico Zacamil destinadas para tal fin, la administración superior se vio obligada a dar una respuesta ante la falta de oportunidad para la realización de cirugías oftalmológicas ya que la prestación de un servicio de salud no puede interrumpirse.

Por lo antes expuesto, se confirma que la administración brindó los espacios para la correspondiente divulgación de la normativa, por lo que el señalamiento debe ser descartado.

El Apoderado General del señor Director del ISSS nos remite nota sin referencia de fecha 13 de diciembre de 2016 en la cual manifiesta lo siguiente: "...**Condición 1: NORMA DE CIRUGÍA OFTALMOLOGÍA AMBULATORIA ISSS, JULIO 2015, FUE EMITIDA INCUMPLIENDO EL PROCESO ESTABLECIDO.**

COMENTARIOS A LAS VALORACIONES DE LOS AUDITORES:

(I) En cuanto al numeral 1) de la condición del hallazgo se debe tomar en cuenta que ese Equipo Auditor no plasma ninguna valoración sobre los argumentos planteados, sino que solo se limitó a señalar que esa Auditoría que no tuvo conocimiento del correo electrónico remitido por el [REDACTED] Jefe Servicio de Oftalmología del Consultorio de Especialidades al [REDACTED] Jefe del Departamento de Gestión de Proyectos de Salud hasta esta etapa, y como en el expediente solicitado a la Jefa de la Sección de Regulación Técnica en Salud no constaba, no pudo comprobarse hasta este momento por lo que reitera la deficiencia sin fundamentar o motivar su decisión.

De lo anterior, se puede suponer (*yo que no se establece claramente en el comentario*) que ese Equipo Auditor le resta "*credibilidad*" a dicho elemento probatorio, por haber sido presentado hasta esta etapa, pero lo anterior es inconcebible e incongruente con los principios que rigen la auditoría, ya que no se puede desacreditar un elemento que comprueba la participación del Jefe Servicio de Oftalmología del Consultorio de Especialidades en el *Proceso de Traslado de Sala de Operaciones Electiva de Oftalmología, de Hospital General a Policlínico Zacamil*, por las razones establecidos en los comentarios de los auditores, es más, lo anterior robustece nuestro argumento de que si se tomó en cuenta la parte técnica al momento de elaboración de la norma.

Lo que impresiona del comentario de los auditores es que pretendan establecer que la documentación de descargo presentada por la Administración no fue evaluada ni analizada, por no haber sido proporcionada en el primer requerimiento pese a que nos encontramos en la etapa de desvanecimiento de deficiencia y observaciones; como lo señalan los siguientes artículos de las Normas de Auditoría Gubernamental que establecen el deber de tomar en cuenta estos elementos en esta etapa:

El Art. 449 dice: "*Las deficiencias u observaciones determinadas por el equipo de auditores, deben ser comunicadas oportunamente a los funcionarios o empleados presuntamente relacionados, con el objeto de que presenten sus comentarios, así como la respectiva evidencia que los respaldan.*"

El Art. 450 dice: "*El equipo de auditores debe analizar los comentarios y documentación presentada por la administración, para determinar lo siguiente: 1) Si las deficiencias han sido superadas;*

2) Si las deficiencias constituyen asuntos menores, éstas deben ser comunicadas al titular de la entidad, en carta a la gerencia;

3) Si las deficiencias constituyen hallazgos éstos deben incluirse en el Borrador de Informe de Auditoría, los cuales deber ser desarrollados con todos sus atributos."

En ese sentido considero que los auditores están obligados a analizar los comentarios y documentación presentada por la Administración para determinar si con esta información la deficiencia se supera, lo cual en este caso es totalmente pertinente, ya que dentro del plazo establecido se presentó evidencia mediante la cual se demostraba el acompañamiento que dio el Jefe Servicio de Oftalmología del Consultorio de Especialidades y con lo cual se comprobaba que el aporte técnico de los especialistas del área sí fue considerado en la actualización de la NORMA DE CIRUGÍA AMBULATORIA DEL ISSS, julio de 2015.

Otro punto con el que pretende desacreditar esa Auditoría el correo [REDACTED] es porque se tenía como origen el correo de la secretaria del servicio y no de la cuenta institucional del referido profesional, pero dicha valoración es en extremo superficial, pues si revisamos dicho documento se puede constatar que en el mismo correo consta que fue enviado con copia a la cuenta de la Jefatura referida. No quisiéramos creer que el equipo auditor pretende cerrar los ojos ante lo evidente y actuar alejado a la imparcialidad a la que por ley están obligados.

Además, ella como secretaria del servicio respondió a una directriz dada por su Jefatura inmediata y lo cual se encuentra dentro de sus funciones como en la descripción de su puesto de trabajo donde se establece que es: *"Recibir, redactar, enviar y archivar correspondencia llevando el control de entradas y salidas de la misma; contestar y hacer llamadas telefónicas; fotocopiar documentación requerida; elaborar propuestas de nombramiento, licencias, reportes (requisiciones, planillas, control de asistencia de personal, de consumo de artículos, viáticos, etc.); así como, atender y colaborar en otras actividades asignadas por la jefatura"*, por lo tanto el análisis de esa Auditoría es incomprensible.

En cuanto al correo electrónico de fecha 22/01/2015 mediante el cual se demuestra que el Jefe del Servicio de Oftalmología del Consultorio de Especialidades conocía la necesidad de ejecutar el proyecto de traslado de las cirugías para dar respuesta a los pacientes, no se puede desacreditar o dejar de valorar solo porque se tiene conocimiento hasta esta instancia, teniendo en cuenta que es evidencia que se está presentando en el plazo otorgado y pertinente por ley para subsanar los hallazgos señalados por esa Auditoría.

Tal parece que existe una decisión final preconcebida por parte de esa Auditoría y que independientemente de las pruebas que se presenten ello no les hará cambiar de parecer. Y es que, el hecho de no tomar en cuenta prueba de descargo por el simple hecho de no estar agregada a un expediente y porque no fue presentada en el momento procesal anterior, no es un fundamento válido para desdeñar su valor probatorio -pertinencia e idoneidad- en la comprobación de los hechos que pretenden sustentar. Consecuentemente, considero que tal interpretación arbitraria de parte de

esa Auditoría vulneraría los derechos constitucionales de defensa y debido proceso de mi apoderado y dicha situación podría ser analizada en sede constitucional.

(II) Respecto al numeral 2) de la condición, se infiere -ya que no se establece de manera clara que ese Equipo Auditor no da por superado el hallazgo, ya que en su momento fue solicitado a la Jefe de la Sección de Regulación Técnica en Salud el expediente de la NORMA DE CIRUGÍA AMBULATORIA DEL ISSS, julio de 2015, el cual debía encontrarse debidamente ordenado por lo tanto es improcedente hacer su verificación en este momento.

Al respecto consideramos que se ha demostrado que sí se contaba con documentación que permitía evidenciar los diferentes pasos seguidos desde la solicitud de la modificación hasta la elaboración de la normativa, y donde se le comprobaba a esa Auditoría que era un instrumento que tenía un respaldo legal y técnico. El tema de orden de un expediente, no puede ser impedimento para que la documentación con la que se cuenta sobre dicho hallazgo pueda ser desvanecida, ya que los Arts. 449 y 450 de la Normas de Auditoría Gubernamental establecen que es este el momento procesal oportuno para que los auditores analicen los comentarios y documentación presentada por la Administración para determinar si con esta información la deficiencia se supera, lo cual en este caso no ha sucedido ya que se han enfocado en establecer que no existía un orden sin justificar técnicamente porque la documentación presentada no es válida.

Nuevamente, al igual que en el punto anterior, cabe destacar el criterio arbitrario utilizado por esa Auditoría para descalificar las pruebas de descargo que han sido presentadas en un momento que la ley establece como oportuno para ello, aduciendo cuestiones de orden de un expediente como argumento suficiente para no valorarla; argumento que además no está relacionado con la idoneidad y pertinencia de la prueba presentada para demostrar los hechos que mi apoderado pretende establecer. Lo que parece es que se quiere dejar fuera prueba que efectivamente desvanece los hallazgos, favoreciendo la postura de aquellos que presentaron la denuncia que dio origen al presente examen especial. Sobre este punto, recalco lo dicho sobre el anterior, se trata de una clara violación de los derechos constitucionales de defensa y debido proceso de mi apoderado, competencia de la Sala de lo Constitucional de la Corte Suprema de Justicia, por provocar una situación de indefensión.

(III) En cuanto al numeral 3) de la condición, queremos hacer un señalamiento respecto a la manifiesta deficiencia en la redacción de los comentarios de los auditores, ya que hacen comentarios sin ninguna claridad de la imputación, contraviniendo el principio de culpabilidad que establece que los individuos solo pueden ser sancionados por hechos constitutivos de infracción administrativa que resulten responsables de las mismas, por tanto, la existencia de un nexo de culpabilidad constituye un requisito *sine qua non* para la configuración de la conducta sancionable. Es decir que, debe existir un ligamen del autor con su hecho y las consecuencias de este; ligamen que doctrinariamente recibe el nombre de "imputación objetiva", que se refiere a algo más que a la simple relación

causal y que tiene su sede en el injusto típico; y, un nexo de culpabilidad al que se llama "imputación subjetiva del injusto típico objetivo a la voluntad del autor", lo que permite sostener que no puede haber sanción sin la existencia de tales imputaciones (*Sentencia de la Sala Contencioso Administrativo del proceso Ref. 36-G-95.*).

Por lo tanto, al no tener certeza de los señalamientos de ese Equipo de Auditoría, se ha cometido una clara violación a los principios y limitaciones aplicables a la potestad sancionatoria, señaladas en el Art. 12 de la Constitución de la República, que tiene como resultado que no se le pueda atribuir ninguna responsabilidad a los involucrados. De quedar así lo planteado por los auditores, se generarían una situación de indefensión para mi apoderado, puesto que se le estaría imputando una conducta sancionable sin establecer su culpabilidad y consecuentemente se vulneran sus derechos constitucionales de defensa y debido proceso.

Lo anterior se afirma porque de los comentarios hechos a la nota del 18 de noviembre de 2015 suscrita por la Jefa de Enfermería del 5o nivel, se entiende que pretenden desacreditarla (*ya que el señalamiento no es claro*) aun y cuando se ha demostrado que los procesos administrativos referentes a la programación quirúrgica se realizaban con normalidad pero era la parte médica la que no colaboraba con la prestación de sus servicios quirúrgicos, ni apoyo administrativo a la Dirección local, evidenciándose en nota firmada por Oftalmólogos de fecha 20 de julio de 2015 al expresar su "*decisión de no acatar los traslados impuestos de forma arbitraria*"; manifestando, además, su negativa a asistir a capacitaciones y reuniones de carácter administrativo relacionadas al traslado de los quirófanos, en otras notas dirigidas a la Directora del Consultorio de Especialidades. **(ANEXOS ADJUNTADOS [REDACTED] EN [REDACTED] CONTESTACIÓN AL BORRADOR DE INFORME).**

Se solicita a esa Honorable Dirección que se proceda a realizar un análisis técnico imparcial de los argumentos y documentos probatorios que fueron remitidos en un primer momento, ya que los mismos certifican que la administración sí realizó las gestiones que se encontraban a su alcance para cumplir con lo señalado en la norma, abriendo los espacios necesarios para la validación de la normativa de cirugía ambulatoria oftalmológica pero que fue la negativa de colaboración de parte de los Oftalmólogos la que impidió que se realizara en las condiciones descritas en el manual de procedimientos.

Cabe señalar que la Jefa de la Sección de Regulación Técnica en Salud y Directora del Consultorio de Especialidades en sus declaraciones en los procesos de destitución del Contrato Colectivo de Trabajo -a la que hacen referencia los comentarios de los auditores (*y los cuales extrañamente son relacionados en esta etapa*)- establecen que la etapa de divulgación y socialización de la norma es la que quedó pendiente, como parte de la validación de la norma, pero sus declaraciones fueron enfáticas en manifestar que eso devino del hecho que los médicos oftalmólogos son lo que no acudían a las convocatorias.

Es por eso que debe tomarse en cuenta que existe responsabilidad por parte de los Oftalmólogos en no acatar dichas convocatorias realizadas por la administración y que al final fue lo que no permitió concluir el proceso con normalidad ya que ANTE UNA POSICIÓN DE RESISTENCIA de parte de los médicos oftalmólogos, le correspondía a mi representado –como autoridad- solucionarlo y continuar con un programa en beneficio de la población derechohabiente. Este es un elemento importante que no ha sido tomado en cuenta con objetividad por el Equipo Auditor y por eso dicho hallazgo debe ser desvanecido.

Al respecto la Sala de lo Contencioso Administrativo en el proceso Ref. 351-2011 ha establecido sobre el tema de la responsabilidad lo siguiente: (la) *"(...) responsabilidad debe apreciarse a partir de ciertos aspectos fácticos, como son: la extralimitación o cumplimiento irregular de las atribuciones, negligencia inexcusable, ausencia de potestad legal, malicia, previsibilidad del daño, anormalidad del perjuicio, o cualquier otro. Ello significa que el concepto de responsabilidad personal del funcionario no puede formarse sobre la base unilateral de la relación causa - efecto, pues ello conduciría a decisiones absurdas e injustas, como sería el caso de obligar a responder por daños y perjuicios al funcionario que procede con sujeción a una ley y en cumplimiento a sus disposiciones. Por consiguiente, el examen de la responsabilidad directa del funcionario debe realizarse teniendo en cuenta los aspectos de hecho ya relacionados, pero deberá procederse con más rigor cuando se trate de situaciones comunes o resueltas con anterioridad, (...). Con fundamento en las anteriores consideraciones, la calidad subsidiaria de la responsabilidad estatal surge no sólo ante la ausencia o insuficiencia de bienes del funcionario, sino también cuando a éste no es dable imputársele culpa alguna. La responsabilidad del Estado, contraria a la del funcionario, deviene en objetiva, pues aquel no posee una voluntad única, consciente y libre, por lo que no puede actuar dolosa o culpablemente"*.

En ese sentido no se puede atribuir alguna responsabilidad a mi representado ya que se ha demostrado que el proceso de validación fue anormal por la desobediencia del personal de oftalmología que no acato la directrices dadas por la administración, en ese sentido la culpabilidad de los hechos recaen en ese staff de médicos y no en la administración, pero lo grave es que ese Equipo Auditor al momento de señalar dicho hallazgo justifica esa desobediencia porque supuestamente no se siguió el procedimiento normal de validación de la norma. Esa Auditoría no quiere darse cuenta que lo que fue la desobediencia del personal lo que provocó no poder finalizar con normalidad el procedimiento de validación de la norma y no a la inversa; no por falta de pruebas, que han sido presentadas oportunamente en los momentos procedimentales que establece la ley, sino simplemente porque al parecer quiere favorecer arbitrariamente a la contraparte en este asunto -el personal de oftalmología representado por el SIMETRISSS que presentó la denuncia-. Y aunado a ello, ese Equipo Auditor no ha ponderado que la decisión de la Administración en la validación de la norma también obedece a la obligación de la Institución de brindar servicios de

salud de calidad y de garantizar a todos los derechohabientes su derecho constitucional a la salud que como derecho fundamental su violación sería en extremo grave. Y es que esta decisión está sustentada también en el juramento hipocrático que hacen todos los médicos y en los principios que rigen el ejercicio de la medicina que exige a todos los profesionales de esta rama procurar todo lo que esté a su alcance para dar asistencia a quienes lo soliciten, primando la vida de los pacientes. Razones por las cuales debe ser desvanecido dicho hallazgo.

El Jefe del Departamento de Gestión de Proyectos de Salud, nos remite nota de fecha 01 de septiembre de 2016, en la cual manifiesta lo siguiente: "...El Departamento Gestión de Proyectos de Salud, inserta a la División Evaluación de la Calidad de Salud, cuyo objetivo primordial asignado es "Planificar y controlar la ejecución de los proyectos del área de salud, estableciendo cronogramas de seguimiento según niveles de complejidad y prioridad, a través de hojas de ruta que delimiten los procesos en el tiempo asignado a cada tarea dentro del proyecto a fin de verificar el cumplimiento de los tiempos establecidos y las prioridades institucionales", estableciéndole funciones tales como:

1. Participar en la formulación de proyectos institucionales de salud, con el objetivo de verificar su seguimiento en la ejecución y alcance.
2. Utilizar instrumentos de control y seguimiento de las actividades de los proyectos para el cumplimiento de los cronogramas y metas, en coordinación con otras dependencias.
3. Identificar los incumplimientos en la ejecución de los proyectos de salud, para proponer acciones de solución o realizar ajustes en las fases afectadas, en coordinación con las áreas involucradas.
4. Evaluar el avance del cumplimiento de metas definidas en el Plan Anual de Trabajo, así como lo correspondiente a las actividades de los proyectos de salud formulados para cumplir con los objetivos institucionales.
5. Brindar asesoría técnica a las áreas de salud en los procesos de Formulación y Evaluación de Planes Institucionales para el corto, mediano y largo plazo.
6. Retroalimentar a la alta dirección y a los responsables de la gestión institucional, sobre los resultados en el cumplimiento de las metas y avance de los proyectos de salud para la toma de decisiones y superar las causas que han limitado los resultados esperados.

Lo cual está regulado en el MANUAL DE ORGANIZACIÓN DE LA SUBDIRECCIÓN DE SALUD, SEPTIEMBRE 2015.

Por lo que en ningún momento dentro de las funciones asignadas a ese Departamento estaba la creación de normativa, en ese sentido solicito que la presunta deficiencia citada sea descartada ya que no tiene relación con el cargo que ocupaba en esa época, por no estar dentro del rol y funciones asignadas al puesto de trabajo que desempeñaba, solicitándoles la modificación de tal observación y desligarme de toda responsabilidad como funcionario público.

El Jefe del Departamento de Gestión de Proyectos de Salud, nos remite nota de fecha 07 de diciembre de 2016, en la cual manifiesta lo siguiente: "...**Condición 1: NORMA DE CIRUGÍA OFTALMOLOGÍA AMBULATORIA ISSS, JULIO 2015, FUE EMITIDA INCUMPLIENDO EL PROCESO ESTABLECIDO.**

RESPUESTA A LAS VALORACIONES DE LOS AUDITORES:

(I) En cuanto al numeral 1) de la condición del hallazgo, manifiesta esa Auditoría que no tuvo conocimiento del correo electrónico remitido por el [REDACTED] Jefe servicio de Oftalmología del Consultorio de Especialidades al [REDACTED] Jefe del Departamento de Gestión de Proyectos de Salud hasta etapa, y como en el expediente solicitado a la Jefa de la Sección de Regulación Técnica en Salud no constaba no pudo comprobarse hasta este momento.

De lo anterior, se puede suponer (*ya que no se establece claramente en el comentario*) que ese Equipo Auditor le resta "*credibilidad*" a dicho elemento probatorio, por haber sido presentado hasta etapa de la auditoria, pero lo anterior es inconcebible ya que no se puede desacreditar un elemento que comprueba la participación del Jefe servicio de Oftalmología del Consultorio de Especialidades en el *Proceso de Traslado de Sala de Operaciones Electiva de Oftalmología, de Hospital General a Policlínico Zacamil*, por las razones establecidos en los comentarios de los auditores.

Y más si se toma en cuenta, que la documentación de descargo presentada por la Administración no fue evaluada ni considerada por el equipo auditor, por no haber sido proporcionada según ellos en un "primer requerimiento"; sin embargo, los siguientes artículos de las Normas de Auditoría Gubernamental establecen el deber tenerse en cuenta esos elementos en esta etapa:

El Art. 449 dice: "*Las deficiencias u observaciones determinadas por el equipo de auditores, deben ser comunicadas oportunamente a los funcionarios o empleados presuntamente relacionados, con el objeto de que presenten sus comentarios, así como la respectiva evidencia que los respaldan.*"

El Art. 450 dice: "*El equipo de auditores debe analizar los comentarios y documentación presentada por la administración, para determinar lo siguiente:*

- 1) *Si las deficiencias han sido superadas;*
- 2) *Si las deficiencias constituyen asuntos menores, éstas deben ser comunicadas al titular de la entidad, en carta a la gerencia;*
- 3) *Si las deficiencias constituyen hallazgos éstos deben incluirse en el Borrador de Informe de Auditoria, los cuales deber ser desarrollados con todos sus atributos."*

En ese sentido los auditores están obligados a analizar los comentarios y documentación presentada por la Administración para determinar si con esta información la deficiencia se supera, lo cual en este caso si era pertinente, ya que

dentro del plazo establecido se presentó evidencia mediante la cual se demostraba el acompañamiento que dio el Jefe servicio de Oftalmología del Consultorio de Especialidades y con lo cual se comprobaba que el aporte técnico de los especialistas del área, si fue considerado en la actualización de la NORMA DE CIRUGÍA AMBULATORIA DEL ISSS, julio de 2015.

Otro punto con el que pretende desacreditar esa Auditoría el correo [REDACTED] es porque se tenía como origen el correo de la secretaria del servicio y no de la cuenta institucional del referido profesional, pero dicha valoración es muy superficial si revisamos dicho documento se puede constatar que en dicho correo consta que fue enviado con copia a la cuenta de la Jefatura.

Además, ella como secretaria del servicio respondió a una directriz dada por su Jefatura inmediata y lo cual se encuentra dentro de sus funciones como en la descripción de su puesto de trabajo donde se establece que es: *"Recibir, redactar, enviar y archivar correspondencia llevando el control de entradas y salidas de la misma; contestar y hacer llamadas telefónicas; fotocopiar documentación requerida; elaborar propuestas de nombramiento, licencias, reportes (requisiciones, planillas, control de asistencia de personal, de consumo de artículos, viáticos, etc.); así como, atender y colaborar en otras actividades asignadas por la jefatura"*, por lo tanto el análisis de esa Auditoría es incomprensible.

Inclusive lo anterior, puede constatarse con documentación al presente escrito (ANEXO), como en correo de 19 de febrero de 2015 remitido [REDACTED] a la Directora del Consultorio de Especialidades, donde menciona que se encuentra en coordinación con [REDACTED] quien es Jefe de Cirugía para detallar aspectos técnicos relacionados con el traslado de quirófanos.

En cuanto al correo electrónico de fecha 22/01/2015 mediante el cual se demuestra que el Jefe del Servicio de Oftalmología del Consultorio de Especialidades conocía la necesidad de ejecutar el proyecto de traslado de las cirugías para dar respuesta los pacientes, no se puede desacreditar o dejar de valorar solo porque se tiene conocimiento hasta esta instancia, teniendo en cuenta que es evidencia que se está presentando en el plazo otorgado y pertinente por ley para subsanar los hallazgos señalados por esa Auditoría. Se adjunta además, correo de fecha 02 de julio de 2015 (ANEXO 2) donde el Jefe de Oftalmología remite [REDACTED] el documento técnico para el traslado del quirófano, en ese sentido se reconfirma que dicha Jefatura tenía pleno conocimiento e involucramiento en dicho Proyecto.

Se cuenta con nota del 20 de julio de 2015 firmada por el staff de Oftalmología del Consultorio de especialidades, donde hacen referencia a reunión del 30 de enero de 2015 donde expresaban su negativa a trasladarse a operar al Hospital P. Zacamil evidenciando conocimiento del proyecto.

(II) Respecto al numeral 2) de la condición se infiere que ese Equipo Auditor no da por superado el hallazgo ya que en su momento fue solicitado a la Jefe de la Sección de Regulación Técnica en Salud el expediente de la NORMA DE CIRUGÍA AMBULATORIA DEL ISSS, julio de 2015, el cual debía encontrarse debidamente ordenado por lo tanto es improcedente hacer su verificación en este momento.

Al respecto consideramos que se ha demostrado que si se contaba con documentación que permitía evidenciar los diferentes pasos seguidos desde la solicitud de la modificación hasta la elaboración de la normativa, y donde se le comprobaba a esa Auditoria que era un instrumento que tenía un respaldo legal y técnico.

Por lo tanto, es pertinente traer a colación nuevamente los Arts. 449 Y 450 de la Normas de Auditoría Gubernamental que establecen que en este momento oportuno es cuando los auditores están obligados a analizar los comentarios y documentación presentada por la Administración para determinar si con esta información la deficiencia se supera, lo cual en este caso no ha sucedido ya que se han enfocado en establecer que no existía un orden sin justificar técnicamente porque la documentación presentada no es válida o respaldaba la norma.

(III) En cuanto al numeral 3) de la condición, queremos hacer un señalamiento respecto a los comentarios brindados por esa Auditoria, ya que hace comentarios sin ninguna claridad de la imputación a los señalados, contraviniendo el principio de culpabilidad que establece que los individuos solo pueden ser sancionados por hechos constitutivos de infracción administrativa que resulten responsables de las mismas, por tanto, la existencia de un nexo de culpabilidad constituye un requisito *sine qua non* para la configuración de la conducta sancionable. Es decir, que debe existir un ligamen del autor con su hecho y las consecuencias de éste; ligamen que doctrinariamente recibe el nombre de "imputación objetiva", que se refiere a algo más que a la simple relación causal y que tiene su sede en el injusto típico; y, un nexo de culpabilidad al que se llama "imputación subjetiva del injusto típico objetivo a la voluntad del autor", lo que permite sostener que no puede haber sanción sin la existencia de tales imputaciones (Sentencia de la Sala Contencioso Administrativo del proceso Ref. 36-G-95.).

En cuanto a la nota del 18 de noviembre de 2015 suscrita por la Jefa de Enfermería del 5° nivel, se certifica que los procesos administrativos referentes a la programación quirúrgica se realizaban con normalidad pero era la parte médica la que no colaboraba con la prestación de sus servicios quirúrgicos ni apoyo administrativo a la Dirección local, evidenciándose en nota firmada por Oftalmólogos de fecha 20 de julio de 2015 expresando su "decisión de no acatar los traslados impuestos de forma arbitraria"; expresando además en otras notas dirigidas a la Directora del Consultorio de Especialidades, donde manifestaron su negativa a asistir a capacitaciones y reuniones de carácter administrativo relacionadas al traslado de los quirófanos.

Los documentos probatorios que ya han sido enviados en el informe previo, certifican que la administración realizó los procesos a su alcance, abriendo los espacios necesarios para la validación de la normativa de cirugía ambulatoria oftalmológica pero debido a la negativa de colaboración de parte de los Oftalmólogos, no se realizó en las condiciones descritas en el manual de procedimientos. Se debe tomar en cuenta que existe responsabilidad por parte de los Oftalmólogos en no acatar las convocatorias realizadas por la administración y que al final fue lo que no permitió concluir el proceso con normalidad, este es un elemento importante que no ha sido tomado en cuenta con objetividad.

Por lo tanto, al no tener certeza de los señalamientos de ese Equipo de Auditoría, se ha cometido una clara violación a los principios y limitaciones aplicables a la potestad sancionatoria, señaladas en el Art. 12 de la Constitución de la República, que tiene como resultado que no se le pueda atribuir ninguna responsabilidad a los involucrados.

Lo anterior se confirma con lo señalado en el numeral 4 donde se establece que la Jefatura del Departamento de Proyectos ya se encontraba desempeñando sus funciones para el mes de abril de 2015, se anexa nombramiento de Recursos Humanos donde se asigna al cargo desde el 30 de agosto de 2015. Por lo tanto no es cierta la aseveración expresada que el cargo se encontraba en desempeño para el mes de abril de 2015, incurriendo en un error por suposición de parte de esa Auditoría sin un probatorio del hecho que se imputa”.

La Jefa del Departamento de Planificación y Regulación Técnica en Salud(hasta agosto de 2015) y que con la reestructuración organizativa de la Subdirección de salud a partir del mes de septiembre de 2015 pasó a denominarse Sección de Regulación Técnica en Salud como dependencia del Departamento de Planificación Estratégica de Salud nos remite nota de fecha 22 de agosto de 2016, en la cual manifiesta lo siguiente: “...HALLAZGO 1 NORMA DE CIRUGÍA OFTALMOLOGÍA AMBULATORIA ISSS, JULIO 2015, FUE EMITIDA INCUMPLIENDO EL PROCESO ESTABLECIDO.

Respecto a este hallazgo, en primer lugar es necesario hacer la siguiente aclaración: Es de tomar en cuenta que al desarrollar el presente Hallazgo el Equipo Auditor hace referencia a que la normativa incumplida se denomina “MANUAL DE NORMAS Y PROCEDIMIENTOS DE NORMALIZACIÓN Y ESTANDARIZACIÓN DE DOCUMENTOS TÉCNICOS EN SALUD, emitido por el Instituto del Salvadoreño del Seguro Social (ISSS) detallando los procedimientos 2.1 y 2.2, enmarcados en dicho Manual.

No obstante, al revisar nuestra normativa institucional, el único documento vigente que se refiere a la elaboración o actualización de normas se denomina “MANUAL DE NORMAS Y PROCEDIMIENTOS DE NORMALIZACIÓN Y ESTANDARIZACIÓN” que fue emitido en el año 2009, el cual contiene un procedimiento diferente a lo estipulado

en este hallazgo, lo cual implica que el criterio utilizado en el presente hallazgo se basa en una normativa que no forma parte de la normativa institucional en la que se rige el ISSS.

Por lo tanto el incumplimiento que se me atribuye como funcionario se vuelve inexistente, ya que no se puede incumplir una norma que no ha sido creada o se encuentre en vigencia dentro del marco regulatorio de funcionamiento del Instituto, y es por dicha razón que el hallazgo debe ser descartado.

No obstante, si ese Equipo Auditor considera que dicho argumento no es suficiente, por el principio de la eventualidad de pretensiones, comparezco a presentar comentarios respecto a los tres incumplimientos señalados, considerando que la norma supuestamente incumplida es el "MANUAL DE NORMAS Y PROCEDIMIENTOS DE NORMALIZACIÓN Y ESTANDARIZACIÓN" (2009):

1) Se autorizó el documento con el aval de la Dirección General, sin dejar constancia de haberse validado por un equipo de expertos debidamente comisionados para ese fin por el personal operativo en ese tema.

Respuesta:

1. En el MANUAL DE NORMAS Y PROCEDIMIENTOS DE NORMALIZACIÓN Y ESTANDARIZACIÓN (2009), ESTABLECE EN LA PAG. 7. 1.2 NORMAS GENERALES **Numeral 2**, que para la creación o modificación de un Documento Técnico Normativo, la solicitud puede provenir de la Dirección General, por lo tanto el inicio del trámite de actualización de la NORMA DE CIRUGIA OFTALMOLOGIA AMBULATORIA ISSS, JULIO 2015, ha cumplido con este apartado (Anexo 1 se adjunta nota de solicitud de fecha 12 de junio/2015.). Lo anterior tiene su asidero legal en el Art. 8 de la Ley del ISSS que dice: Corresponde al Director General *"ch) Formular recomendaciones esenciales sobre normas y procedimientos a seguir en la organización y desarrollo del trabajo"*. Artículo que da toda la potestad a la Dirección General para solicitar modificaciones a normativas.

Y, en la CLÁUSULA 5 DE CONTRATO COLECTIVO que dice que son Facultades del Instituto: *"(...) manejen forma exclusiva la administración de los centros de trabajo y de todas las instalaciones del mismo, así como la dirección de las labores de las y los trabajadores. Dicho reconocimiento incluye el derecho de planificar, dirigir, coordinar y controlar la operación y uso de todo equipo cualquiera, que sea su clase."*

2. Un punto a tomar en cuenta es que la NORMA DE CIRUGIA OFTALMOLOGIA AMBULATORIA ISSS, JULIO 2015, es la actualización basada en el documento denominado "PROCESO DE TRASLADO DE SALA DE OPERACIONES ELECTIVA DE OFTALMOLOGIA, DE HOSPITAL GENERAL A POLICLINICO ZACAMIL JUNIO DE 2015" elaborado por el Dr. Stanley Pineda, Jefe del Servicio de Oftalmología, dando cumplimiento a instrucción de Dirección General, a través del Departamento de Gestión de Proyectos y el Servicio de Oftalmología del Consultorio de Especialidades, con el objetivo de desarrollar un modelo de atención innovador como respuesta para lograr

optimizar los recursos y mejorar la articulación en la red de los Centros de Atención que cuentan con atención oftalmológica, modernizando y desconcentrando los procedimientos quirúrgicos de esta subespecialidad médica.

3. La Administración del Instituto con el fin de dar una respuesta oportuna a los pacientes del Servicio de Oftalmología en cuanto a los problemas de largas listas de espera; es que a finales del año 2014, se le encomienda a la Jefatura de Oftalmología del Consultorio de Especialidades, elaborara un proyecto con el fin de mejorar la calidad de atención en oftalmología que incluyera la modernización del servicio y la disminución de complicaciones asociadas a la atención hospitalaria (Infecciones Nosocomiales), enmarcado como parte del Plan Quinquenal de Trabajo del Instituto 2014-2019.

De esa manera, se crea el Proyecto de mejoramiento del Servicio de Oftalmología que tenía como premisa fundamental la descentralización de los servicios quirúrgicos del Hospital General hacia otro Centro de Atención; lo anterior teniendo como base el modelo organizativo de CIRUGÍA MAYOR AMBULATORIA (CMA), el cual es un modelo de asistencia quirúrgica multidisciplinar que permite tratar pacientes de una manera efectiva, segura y eficiente, disminuyendo las infecciones adquiridas intrahospitalariamente, evitando prolongadas estancias tanto pre como postoperatorias, con el fin de mejorar la satisfacción de los pacientes y disminuir los costos de los servicios de salud, sin descuidar la calidad de los servicios médicos brindados, lo cual es respaldado por el Ministerio de Salud como ente rector en materia de salud del país en sus Lineamientos de Cirugía Mayor Ambulatoria.

Por tanto, como primer paso y sobre la base de consideraciones médicas y técnicas se procedió a desarrollar el Plan de Acción para el traslado de los quirófanos de la especialidad al Hospital Policlínico Zacamil, con el fin de desconcentrar el área de Cirugías Oftalmológicas del Hospital General donde se realizaban las operaciones de dicho servicio, lo cual permitió trasladar el instrumental y equipos quirúrgicos existentes en el Hospital General hacia el Centro de Atención Policlínico Zacamil permitiendo que el resto del proceso en cuanto a la evaluación inicial de la enfermedad, la preparación pre quirúrgica y el control post quirúrgico se siguiera realizando en el Consultorio de Especialidades como continua hasta la fecha.

En ese sentido, se dotó al Hospital Policlínico Zacamil de la infraestructura de quirófanos necesaria que cumpliera con los requerimientos técnicos y estándares internacionales para poder realizar cirugías mayores y menores de Oftalmología y de Cirugía General enfocados en los beneficios de la cirugía ambulatoria, así como el equipo e instrumental necesario para proceder a realizar dichas cirugías, lo cual fue constatado y avalado por el Consejo Superior de Salud Pública, así también, en dicho Plan se garantizó que el proceso de traslado no afectara al personal médico ya que todo el proceso de consulta para los médicos especialistas en Oftalmología no ha sufrido ningún cambio y solo asistirían al Hospital Policlínico Zacamil el día en que se

hubiera programado las cirugías oftalmológicas según coordinación de la jefatura de oftalmología.

Sin embargo, dicho esfuerzo se vio empañado por los obstáculos incomprensibles de algunos de los médicos del equipo de oftalmología dentro del cual se encuentra el Jefe del servicio, quienes bajo equivocados e infundados criterios técnicos han señalado que el Hospital Policlínico Zacamil no cumple con las condiciones técnicas necesarias para hacer las cirugías de oftalmología, y con dicha excusa no se han presentado a realizar las cirugías que ellos mismos habían programado en sus consultas, incumpliendo con las labores para las cuales fueron contratados, pero lo cual ha implicado hacer esfuerzos con el personal disponible con el único fin de dar cumplimiento a la obligación que constitucionalmente tiene el ISSS: “asegurar la prestación de los servicios de salud a la población asegurada y beneficiada”.

Lo anterior, se vuelve más incomprensible teniendo en cuenta que el Jefe del Servicio de Oftalmología, [REDACTED] participó en la elaboración del Proyecto de Mejora del Servicio y en el Plan de Traslado de Quirófanos, pudiendo constatar ese Equipo Auditor que fue él quien creó el documento al que denominó “Proceso de Traslado de Sala de Operaciones Electiva de Oftalmología, de Hospital General a Policlínico Zacamil, Junio 2015”, y el cual fue remitido por correo electrónico [REDACTED] al Jefe de Proyectos, Dr. Rudy Bonilla, para lo cual se anexa dicho documento (anexo 2).

En el referido documento [REDACTED] solicita el equipo e insumos a necesitar de acuerdo a las nuevas patologías a intervenir quirúrgicamente en el hospital Policlínico Zacamil y precisamente este documento fue considerado de base en la actualización de la Normativa de Cirugía Oftalmológica Ambulatoria 2015. En ese sentido, el aporte técnico de los especialistas del área **SI** fue considerado en la actualización de la Norma. Por otra parte y como puede verse en el correo (Se adjunta correo de fecha 22 de enero/2015, anexo 3) el [REDACTED] conocía la necesidad de ejecutar el proyecto de traslado de las cirugías para dar respuesta a los pacientes.

Por lo cual, en junio de 2015, envía el proceso de traslado de Sala de Operaciones de Oftalmología del Hospital General hacia el Hospital Policlínico Zacamil, quedando implícitas las modificaciones y ajustes pertinentes para:

- Modificación del portafolio de servicios, ya que presenta necesidad de compra de equipos e insumos para la realización de las cirugías.
- Traslado de personal
- Flujo de atención del paciente

En ese sentido ese señalamiento debe de ser descartado, ya que el aval de dicho procedimiento se hizo en debida forma.

2) No se ha documentado los pasos desarrollados para elaborar la normativa por los servidores que integraron el equipo responsable de llevar a cabo dicho proceso.

Respuesta:

Se cuenta con un expediente que incluye la evidencia de los diferentes pasos seguidos desde la solicitud de la modificación hasta la elaboración de la normativa. Este expediente está a disposición de ustedes para su verificación.

- El proceso normativo inició a partir de la solicitud del Jefe de Departamento de Gestión de Proyectos de Salud, quien por instrucción del Director General, solicita en nota con fecha 12 de junio de 2015, la elaboración de la Normativa que regule el proyecto “PLAN DE TRASLADO DE QUIROFANOS DE OFTALMOLOGIA DE HOSPITAL GENERAL HACIA EL HOSPITAL POLICLINICO ZACAMIL”, con indicación que la normativa solicitada dejaba sin efecto la “NORMA PARA CIRUGÍA OFTALMOLOGICA AMBULATORIA EN UNIDADES MEDICAS DE SEGUNDO NIVEL DE ATENCION”.
- La actitud no colaborativa por parte del personal médico de Oftalmología impidió realizar el proceso normado, ya que injustificada y públicamente habían manifestado que no iban a realizar cirugías en el Policlínico Zacamil. Por lo que, la administración del ISSS, en aras de implementar dicho proyecto, el cual sería de beneficio inmediato para la población usuaria procedió a validar la Normativa, a través de la Subdirección del ISSS, como ente rector de los procesos y políticas de salud del instituto; lo cual fue autorizado y avalado por las autoridades competentes.
- El Director General del ISSS, como máxima autoridad y en su calidad de especialista en Oftalmología, autorizó y avaló la normativa en referencia respaldado en la cláusula 5 del Contrato Colectivo de Trabajo.

3) No se demostró que la normativa aludida se divulgó al personal directa e indirectamente relacionado con la dependencia involucrada, así como de personal de médicos especialistas de oftalmología, que serían los responsables de su aplicación.

Respuesta:

En vista de lo anteriormente expuesto, de la situación irregular de atención que fue de conocimiento público (prensa escrita, radio y televisión) y la actitud mostrada por la mayoría de oftalmólogos del Consultorio de Especialidades, quienes en un franco abandono de sus pacientes se negaron a realizar cirugías oftalmológicas en el Policlínico Zacamil, poniendo en riesgo la salud de nuestros pacientes, violando su derecho a acceso oportuno a la salud al hacer prevalecer su interés particular sobre el de ellos. (Anexo 4 nota de Enfermería con fecha 18 de noviembre/2015). Siendo esta actitud, la que imposibilitó que se realizara la divulgación correspondiente de la norma; a pesar de que los flujogramas que contenían y describían todo el proceso de atención contemplado en la actualización de la norma, le fue remitido al jefe del Servicio para que en cumplimiento de sus funciones establecidas en el Manual de Funciones de Puestos, realizará la divulgación con el personal médico de oftalmología. Por tanto, sino

se realizó la divulgación respectiva, está claro que el jefe del servicio incumplió esta indicación. (Anexo 5 nota de envío del proceso 27 oct. 2015).

No obstante, la Administración realizó convocatorias para hacerles de conocimiento la ejecución del proyecto, capacitación para uso de equipo y la actualización de la normativa. Es importante, tener en cuenta que fueron ellos los que no se hicieron presentes a las convocatorias (se anexan documentos que evidencian las convocatorias efectuadas anexo 6), y a la única convocatoria que se hicieron presentes fue junto con miembros de Sindicato de Médicos, no permitiendo que se llevara a cabo esta divulgación.

Por otro lado, la administración realizó divulgación de la normativa en mención al resto del personal involucrado pertenecientes a las áreas de apoyo tal como se puede evidenciar en la ayuda memoria de fecha (28 de octubre/2015 anexo 7).

Ante la posición tomada por el equipo de oftalmólogos, que programaban cirugías y no las realizaban ya organizadas y funcionando las salas de operaciones del Policlínico Zacamil destinadas para tal fin; la administración superior se vio obligada a dar una respuesta ante la falta de oportunidad para la realización de cirugías oftalmológicas ya que la prestación de un servicio de salud no puede interrumpirse. Por lo antes expuesto, se confirma que la administración brindó los espacios para la correspondiente divulgación de la normativa, por lo que el señalamiento debe ser descartado. Siendo importante señalar que quienes no cumplieron con el debido proceso y sus responsabilidades, fueron los médicos oftalmólogos”.

La Jefa del Departamento de Planificación y Regulación Técnica en Salud (hasta agosto de 2015) y que con la reestructuración organizativa de la Subdirección de salud a partir del mes de septiembre de 2015 pasó a denominarse Sección de Regulación Técnica en Salud como dependencia del Departamento de Planificación Estratégica de Salud nos remite nota de fecha 14 de diciembre de 2016, en la cual manifiesta lo siguiente: “.,**COMENTARIOS A LAS VALORACIONES DE LOS AUDITORES:**

(En cuanto al numeral 1) de la condición del hallazgo, es de tomar en cuenta que ese Equipo Auditor, no plasma ninguna valoración sobre los argumentos planteados, sino que solo se limitó a señalar que esa Auditoría que no tuvo conocimiento del correo electrónico remitido por el [REDACTED] Jefe servicio de Oftalmología del Consultorio de Especialidades al [REDACTED] Jefe del Departamento de Gestión de Proyectos de Salud hasta esta etapa, y como en el expediente solicitado a la Jefa de la Sección de Regulación Técnica en Salud no constaba no pudo comprobarse hasta este momento.

De lo anterior, se puede suponer (*ya que no se establece claramente en el comentario*) que ese Equipo Auditor le resta “credibilidad” a dicho elemento probatorio, por haber sido presentado hasta etapa de la auditoría, pero lo anterior es inconcebible ya que no

se puede desacreditar un elemento que comprueba la participación del Jefe servicio de Oftalmología del Consultorio de Especialidades en el *Proceso de Traslado de Sala de Operaciones Electiva de Oftalmología, de Hospital General a Policlínico Zacamil*, por las razones establecidos en los comentarios de los auditores, es más lo anterior robustece nuestro argumento de que si se tomó en cuenta la parte técnica al momento de elaboración de la norma.

Lo que impresiona del comentario de los auditores, es que pretendan establecer que la documentación de descargo presentada por la Administración no fue evaluada ni analizada, por no haber sido proporcionada en el primer requerimiento pese a que nos encontramos en la etapa de desvanecimiento de deficiencia y observaciones; como lo señalan los siguientes artículos de las Normas de Auditoría Gubernamental que establecen el deber de tomar en cuenta estos elementos en esta etapa:

El Art. 449 dice: *"Las deficiencias u observaciones determinadas por el equipo de auditores, deben ser comunicadas oportunamente a los funcionarios o empleados presuntamente relacionados, con el objeto de que presenten sus comentarios, así como la respectiva evidencia que los respaldan."*

El Art. 450 dice: *"El equipo de auditores debe analizar los comentarios y documentación presentada por la administración, para determinar lo siguiente: 1) Si las deficiencias han sido superadas;*

2) Si las deficiencias constituyen asuntos menores, éstas deben ser comunicadas al titular de la entidad, en carta a la gerencia;

3) Si las deficiencias constituyen hallazgos éstos deben incluirse en el Borrador de Informe de Auditoría, los cuales deben ser desarrollados con todos sus atributos."

En ese sentido considero que los auditores están obligados a analizar los comentarios y documentación presentada por la Administración para determinar si con esta información la deficiencia se supera, lo cual en este caso si era pertinente, ya que dentro del plazo establecido se presentó evidencia mediante la cual se demostraba el acompañamiento que dio el Jefe servicio de Oftalmología del Consultorio de Especialidades y con lo cual se comprobaba que el aporte técnico de los especialistas del área, si fue considerado en la actualización de la NORMA DE CIRUGÍA AMBULATORIA DEL ISSS, julio de 2015.

Otro punto con el que pretende desacreditar esa Auditoría el correo [REDACTED] es porque se tenía como origen el correo de la secretaria del servicio y no de la cuenta institucional del referido profesional, pero dicha valoración es muy superficial si revisamos dicho documento se puede constatar que en dicho correo consta que fue enviado con copia a la cuenta de la Jefatura.

Además, ella como secretaria del servicio respondió a una directriz dada por su Jefatura inmediata y lo cual se encuentra dentro de sus funciones como en la descripción de su puesto de trabajo donde se establece que es: *"Recibir, redactar, enviar y archivar*

correspondencia llevando el control de entradas y salidas de la misma; contestar y hacer llamadas telefónicas; fotocopiar documentación requerida; elaborar propuestas de nombramiento, licencias, reportes (requisiciones, planillas, control de asistencia de personal, de consumo de artículos, viáticos, etc.); así como, atender y colaborar en otras actividades asignadas por la jefatura",

(SE ANEXA PERFIL DE SECRETARIA) por lo tanto el análisis de esa Auditoria es incomprensible.

En cuanto al correo electrónico de fecha 22/01/2015 mediante el cual se demuestra que el Jefe del Servicio de Oftalmología del Consultorio de Especialidades conocía la necesidad de ejecutar el proyecto de traslado de las cirugías para dar respuesta los pacientes, no se puede desacreditar o dejar de valorar solo porque se tiene conocimiento hasta esta instancia, teniendo en cuenta que es evidencia que se está presentando en el plazo otorgado y pertinente por ley para subsanar los hallazgos señalados por esa Auditoria.

(II) Respecto al numeral 2) de la condición, se infiere ya que no se establece de manera clara que ese Equipo Auditor no da por superado el hallazgo ya que en su momento fue solicitado a la Jefe de la Sección de Regulación Técnica en Salud el expediente de la NORMA DE CIRUGÍA AMBULATORIA DEL ISSS, julio de 2015, el cual debía encontrarse debidamente ordenado por lo tanto es improcedente hacer su verificación en este momento.

Al respecto consideramos que se ha demostrado que si se contaba con documentación que permitía evidenciar los diferentes pasos seguidos desde la solicitud de la modificación hasta la elaboración de la normativa, y donde se le comprobaba a esa Auditoria que era un instrumento que tenía un respaldo legal y técnico.

El tema de orden de un expediente, no puede ser impedimento para que la documentación con la que se cuenta sobre dicho hallazgo pueda ser desvanecida, ya que los Arts. 449 y 450 de las Normas de Auditoría Gubernamental establecen que es este el momento procesal oportuno para que los auditores analicen los comentarios y documentación presentada por la Administración para determinar si con esta información la deficiencia se supera, lo cual en este caso no ha sucedido ya que se han enfocado en establecer que no existía un orden sin justificar técnicamente porque la documentación presentada no es válida.

(III) En cuanto al numeral 3) de la condición, queremos hacer un señalamiento respecto a la manifiesta deficiencia en cuanto a la redacción de los comentarios de los auditores, ya que hace comentarios sin ninguna claridad de la imputación, contraviniendo el principio de culpabilidad que establece que los individuos solo pueden ser sancionados por hechos constitutivos de infracción administrativa que resulten responsables de las mismas, por tanto, la existencia de un nexo de culpabilidad constituye un requisito *sine qua non* para la configuración de la conducta sancionable. Es decir, que debe existir un ligamen del autor con su hecho y las consecuencias de éste; ligamen que

doctrinariamente recibe el nombre de "imputación objetiva", que se refiere a algo más que a la simple relación causal y que tiene su sede en el injusto típico; y, un nexo de culpabilidad al que se llama "imputación subjetiva del injusto típico objetivo a la voluntad del autor", lo que permite sostener que no puede haber sanción sin la existencia de tales imputaciones (*Sentencia de lo Sala Contencioso Administrativo del proceso Ref. 36-G-95.*).

Por lo tanto, al no tener certeza de los señalamientos de ese Equipo de Auditoria, se ha cometido una clara violación a los principios y limitaciones aplicables a la potestad sancionatoria, señaladas en el Art. 12 de la Constitución de la República, que tiene como resultado que no se le pueda atribuir ninguna responsabilidad a los involucrados. Lo anterior se afirma porque de los comentarios hechos a la nota del 18 de noviembre de 2015 suscrita por la Jefa de Enfermería del 5o nivel se entiende que pretenden desacreditarla (*ya que el señalamiento no es claro*) aun y cuando se ha demostrado que los procesos administrativos referentes a la programación quirúrgica se realizaban con normalidad pero era la parte médica la que no colaboraba con la prestación de sus servicios quirúrgicos ni apoyo administrativo a la Dirección local, evidenciándose en nota firmada por Oftalmólogos de fecha 20 de julio de 2015 expresando su "*decisión de no acatar los traslados impuestos de forma arbitraria*" expresando además en otras notas dirigidas a la Directora del Consultorio de Especialidades, donde manifestaron su negativa a asistir a capacitaciones y reuniones de carácter administrativo relacionadas al traslado de los quirófanos. **(ANEXOS ADJUNTADOS [REDACTED] EN [REDACTED] CONTESTACIÓN AL BORRADOR DE INFORME).**

Se solicita a esa Honorable Dirección que se proceda a realizar un análisis técnico imparcial de los argumentos y documentos probatorios que fueron remitidos en un primer momento, ya los mismos certifican que la administración si realizó las gestiones que se encontraban a su alcance para cumplir con lo señalado en la norma, abriendo los espacios necesarios para la validación de la normativa de cirugía ambulatoria oftalmológica pero fue la negativa de colaboración de parte de los Oftalmólogos, por la que no se realizó en las condiciones descritas en el manual de procedimientos.

Es de señalar que la Jefa de la Sección de Regulación Técnica en Salud y Directora del Consultorio de Especialidades en sus declaraciones en los procesos de destitución del Contrato Colectivo de Trabajo a la que hacen referencia los comentarios de los auditores (*y lo cuales extrañamente son relacionados en esta etapa*), establecen que la etapa de divulgación y socialización de la norma es la que quedo pendiente, lo anterior como parte de la validación de la norma, pero fueron enfáticas en manifestar que eso devino del hecho que los médicos oftalmólogos son los que no acudían a las convocatorias.

Es por eso que debe tomarse en cuenta que existe responsabilidad por parte de los Oftalmólogos en no acatar dichas convocatorias realizadas por la administración y que al final fue lo que no permitió concluir el proceso con normalidad ya que ANTE UNA

POSICIÓN DE RESISTENCIA de parte de los médicos oftalmólogos mi representado lo que le correspondía como autoridad era solucionarlo y continuar con un programa en beneficio de la población derechohabiente, este es un elemento importante que no ha sido tomado en cuenta con objetividad por el Equipo Auditor y por eso dicho hallazgo debe ser desvanecido.

Al respecto la Sala de lo Contencioso Administrativo en el proceso Ref. 351-2011 ha establecido sobre el tema de la responsabilidad lo siguiente: (la) "*(...) responsabilidad debe apreciarse a partir de ciertos aspectos fácticos, como son: la extralimitación o cumplimiento irregular de las atribuciones, negligencia inexcusable, ausencia de potestad legal, malicia, previsibilidad del daño, anormalidad del perjuicio, o cualquier otro. Ello significa que el concepto de responsabilidad personal del funcionario no puede formarse sobre la base unilateral de la relación causa - efecto, pues ello conduciría a decisiones absurdas e injustas, como sería el caso de obligar a responder por daños y perjuicios al funcionario que procede con sujeción a una ley y en cumplimiento a sus disposiciones. Por consiguiente, el examen de la responsabilidad directa del funcionario debe realizarse teniendo en cuenta los aspectos de hecho ya relacionados, pero deberá procederse con más rigor cuando se trate de situaciones comunes o resueltas con anterioridad, (...). Con fundamento en las anteriores consideraciones, la calidad subsidiaria de la responsabilidad estatal surge no sólo ante la ausencia o insuficiencia de bienes del funcionario, sino también cuando a éste no es dable imputársele culpa alguna. La responsabilidad del Estado, contraria a la del funcionario, deviene en objetiva, pues aquel no posee una voluntad única, consciente y libre, por lo que no puede actuar dolosa o culpablemente*".

En ese sentido no se puede atribuir alguna responsabilidad a mi representado ya que se ha demostrado que el proceso de validación fue anormal por la desobediencia del personal de oftalmología quien no acató la directrices dadas por la administración, en ese sentido la culpabilidad de los hechos recaen en ese staff de médicos y no en la administración, pero lo grave es que ese Equipo Auditor al momento de señalar dicho hallazgo justifica esa desobediencia porque supuestamente no se siguió el procedimiento normal de validación de la norma, pero no toma en cuenta el beneficio que se está brindando a la población derechohabiente y esa excepcionalidad implementada en este caso tuvo una justificante valida por la cual debe ser desvanecido dicho hallazgo.

CONCLUSIÓN.

Es por todo lo anterior que solicito que el hallazgo 1 encontrado por su autoridad en el **"EXAMEN ESPECIAL AL INSTITUTO SALVADOREÑO DEL SEGURO SOCIAL, POR PRESUNTAS IRREGULARIDADES COMETIDAS POR EL DIRECTOR GENERAL EN LA CONTRATACION Y PAGOS Y DE SERVICIOS MÉDICOS DE CIRUGÍAS OFTALMOLOGICAS Y EVALUACION DEL CUMPLIMIENTO DE CONDICIONES DE INFRAESTRUCTURA FISICA Y DE SERVICIOS MÉDICOS Y DE APOYO POR**

TRASLADO DE EQUIPO DE CIRUGÍAS OFTALMOLÓGICAS DEL HOSPITAL GENERAL AL HOSPITAL POLICLINICO ZACAMIL, PERIODO DEL 1 DE NOVIEMBRE DE 2015 AL 30 DE ABRIL DEL 2016", sean desvanecidos para mi persona en vista que con lo expuesto y la documentación que anexo se ha probado que no se ha cometido ninguna ilegalidad o incumplimiento de norma legal alguna".

El Jefe del Departamento de Planificación Estratégica en Salud del ISSS nos remite nota sin referencia de fecha 22 de agosto de 2016, en la cual manifiesta lo siguiente: "...HALLAZGO 1 NORMA DE CIRUGÍA OFTALMOLOGÍA AMBULATORIA ISSS, JULIO 2015, FUE EMITIDA INCUMPLIENDO EL PROCESO ESTABLECIDO.

Respecto a este hallazgo, en primer lugar es necesario hacer la siguiente aclaración:

Es de tomar en cuenta que al desarrollar el presente Hallazgo el Equipo Auditor hace referencia a que la normativa incumplida se denomina "MANUAL DE NORMAS Y PROCEDIMIENTOS DE NORMALIZACIÓN Y ESTANDARIZACION DE DOCUMENTOS TÉCNICOS EN SALUD, emitido por el Instituto del Salvadoreño del Seguro Social (ISSS)" detallando los procedimientos 2.1 y 2.2, enmarcados en dicho Manual.

No obstante, al revisar nuestra normativa institucional, el único documento vigente que se refiere a la elaboración o actualización de normas se denomina "MANUAL DE NORMAS Y PROCEDIMIENTOS DE NORMALIZACIÓN Y ESTANDARIZACION" que fue emitido en el año 2009, el cual contiene un procedimiento diferente a lo estipulado en este hallazgo, lo cual implica que el criterio utilizado en el presente hallazgo se basa en una normativa que no forma parte de la normativa institucional en la que se rige el ISSS.

Por lo tanto el incumplimiento que se me atribuye como funcionario se vuelve inexistente, ya que no se puede incumplir una norma que no ha sido creada o se encuentre en vigencia dentro del marco regulatorio de funcionamiento del Instituto, y es por dicha razón que el hallazgo debe ser descartado.

No obstante, si ese Equipo Auditor considera que dicho argumento no es suficiente, por el principio de la eventualidad de pretensiones, comparezco a presentar comentarios respecto a los tres incumplimientos señalados, considerando que la norma supuestamente incumplida es el "MANUAL DE NORMAS Y PROCEDIMIENTOS DE NORMALIZACIÓN Y ESTANDARIZACION" (2009):

1) Se autorizó el documento con el aval de la Dirección General, sin dejar constancia de haberse validado por un equipo de expertos debidamente comisionados para ese fin por el personal operativo en ese tema.

Respuesta:

1. En el MANUAL DE NORMAS Y PROCEDIMIENTOS DE NORMALIZACIÓN Y ESTANDARIZACIÓN (2009), ESTABLECE EN LA PAG. 7. 1.2 NORMAS GENERALES. **Numeral 2**, que para la creación o modificación de un Documento Técnico Normativo, la solicitud puede provenir de la Dirección General, por lo tanto el inicio del trámite de actualización de la NORMA DE CIRUGIA OFTALMOLOGIA AMBULATORIA ISSS, JULIO 2015, ha cumplido con este apartado (Anexo 1 se adjunta nota de solicitud de fecha 12 de junio/2015.).

Lo anterior tiene su asidero legal en el Art. 18 de la Ley del ISSS que dice. Corresponde al Director General *“ch) Formular recomendaciones esenciales sobre normas y procedimientos a seguir en lo organización y desarrollo del trabajo”*. Artículo que da toda la potestad a la Dirección General para solicitar modificaciones a normativas.

Y, en la CLÁUSULA 5 DE CONTRATO COLECTIVO que dice que son Facultades del Instituto: *“(...) manejar en forma exclusiva la administración de los centros de trabajo y de todas las instalaciones del mismo, así como la dirección de las labores de las y los trabajadores. Dicho reconocimiento incluye el derecho de planificar, dirigir, coordinar y controlar la operación y uso de todo equipo cualquiera, que sea su clase.”*

2. Un punto a tomar en cuenta es que la NORMA DE CIRUGIA OFTALMOLOGIA AMBULATORIA ISSS, JULIO 2015, es la actualización basada en el documento denominado "PROCESO DE TRASLADO DE SALA DE OPERACIONES ELECTIVA DE OFTALMOLOGIA, DE HOSPITAL GENERAL A POLICLINICO ZACAMIL JUNIO DE 2015" elaborado por el [REDACTED] Jefe del Servicio de Oftalmología, dando cumplimiento a instrucción de Dirección General, a través del Departamento de Gestión de Proyectos y el Servicio de Oftalmología del Consultorio de Especialidades, con el objetivo de desarrollar un modelo de atención innovador como respuesta para lograr optimizar los recursos y mejorar la articulación en la red de los Centros de Atención que cuentan con atención oftalmológica, modernizando y desconcentrando los procedimientos quirúrgicos de esta subespecialidad médica.

3. La Administración del Instituto con el fin de dar una respuesta oportuna a los pacientes del Servicio de Oftalmología en cuanto a los problemas de largas listas de espera; es que a finales del año 2014, se le encomienda a la Jefatura de Oftalmología del Consultorio de Especialidades, elaborara un proyecto con el fin de mejorar la calidad de atención en oftalmología que incluyera la modernización del servicio y la disminución de complicaciones asociadas a la atención hospitalaria (Infecciones Nosocomiales), enmarcado como parte del Plan Quinquenal de Trabajo del Instituto 2014-2019.

De esa manera, se crea el Proyecto de mejoramiento del Servicio de Oftalmología que tenía como premisa fundamental la descentralización de los servicios quirúrgicos del Hospital General hacia otro Centro de Atención; lo anterior teniendo como base el modelo organizativo de CIRUGÍA MAYOR AMBULATORIA (CMA), el cual es un modelo

de asistencia quirúrgica multidisciplinaria que permite tratar pacientes de una manera efectiva, segura y eficiente, disminuyendo las infecciones adquiridas intrahospitalariamente, evitando prolongadas estancias tanto pre como postoperatorias, con el fin de mejorar la satisfacción de los pacientes y disminuir los costos de los servicios de salud, sin descuidar la calidad de los servicios médicos brindados, lo cual es respaldado por el Ministerio de Salud como ente rector en materia de salud del país en sus Lineamientos de Cirugía Mayor Ambulatoria.

Por tanto, como primer paso y sobre la base de consideraciones médicas y técnicas se procedió a desarrollar el Plan de Acción para el traslado de los quirófanos de la especialidad al Hospital Policlínico Zacamil, con el fin de desconcentrar el área de Cirugías Oftalmológicas del Hospital General donde se realizaban las operaciones de dicho servicio, lo cual permitió trasladar el instrumental y equipos quirúrgicos existentes en el Hospital General hacia el Centro de Atención Policlínico Zacamil permitiendo que el resto del proceso en cuanto a la evaluación inicial de la enfermedad, la preparación pre quirúrgica y el control post quirúrgico se siguiera realizando en el Consultorio de Especialidades como continua hasta la fecha.

En ese sentido, se dotó al Hospital Policlínico Zacamil de la infraestructura de quirófanos necesaria que cumpliera con los requerimientos técnicos y estándares internacionales para poder realizar cirugías mayores y menores de Oftalmología y de Cirugía General enfocados en los beneficios de la cirugía ambulatoria, así como el equipo e instrumental necesario para proceder a realizar dichas cirugías, lo cual fue constatado y avalado por el Consejo Superior de Salud Pública, así también, en dicho Plan se garantizó que el proceso de traslado no afectara al personal médico ya que todo el proceso de consulta para los médicos especialistas en Oftalmología no ha sufrido ningún cambio y solo asistirían al Hospital Policlínico Zacamil el día en que se hubiera programado las cirugías oftalmológicas según coordinación de la jefatura de oftalmología.

Sin embargo, dicho esfuerzo se vio empañado por los obstáculos incomprensibles de algunos de los médicos del equipo de oftalmología dentro del cual se encuentra el Jefe del servicio, quienes bajo equivocados e infundados criterios técnicos han señalado que el Hospital Policlínico Zacamil no cumple con las condiciones técnicas necesarias para hacer las cirugías de oftalmología, y con dicha excusa no se han presentado a realizar las cirugías que ellos mismos habían programado en sus consultas, incumpliendo con las labores para las cuales fueron contratados, pero lo cual ha implicado hacer esfuerzos con el personal disponible con el único fin de dar cumplimiento a la obligación que constitucionalmente tiene el ISSS: “asegurar la prestación de los servicios de salud a la población asegurada y beneficiada”.

Lo anterior, se vuelve más incomprensible teniendo en cuenta que el Jefe del Servicio de Oftalmología, [REDACTED] participó en la elaboración del Proyecto de Mejora del Servicio y en el Plan de Traslado de Quirófanos, pudiendo constatar ese Equipo

Auditor que fue él quien creo el documento al que denominó “Proceso de Traslado de Sala de Operaciones Electiva de Oftalmología, de Hospital General a Policlínico Zacamil, Junio 2015”, y el cual fue remitido por correo electrónico [REDACTED] al Jefe de Proyectos [REDACTED] para lo cual se anexa dicho documento.(anexo 2).

En el referido documento [REDACTED] solicita el equipo e insumos a necesitar de acuerdo a las nuevas patologías a intervenir quirúrgicamente en el hospital Policlínico Zacamil y precisamente este documento fue considerado de base en la actualización de la Normativa de Cirugía Oftalmológica Ambulatoria 2015. En ese sentido, el aporte técnico de los especialistas del área **SI** fue considerado en la actualización de la Norma. Por otra parte y como puede verse en el correo (Se adjunta correo de fecha 22 de enero/2015, anexo 3) [REDACTED] conocía la necesidad de ejecutar el proyecto de traslado de las cirugías para dar respuesta a los pacientes.

Por lo cual, en junio de 2015, envía el proceso de traslado de Sala de Operaciones de Oftalmología del Hospital General hacia el Hospital Policlínico Zacamil, quedando implícitas las modificaciones y ajustes pertinentes para:

- Modificación del portafolio de servicios, ya que presenta necesidad de compra de equipos e insumos para la realización de las cirugías.
- Traslado de personal
- Flujo de atención del paciente

En ese sentido ese señalamiento debe de ser descartado, ya que el aval de dicho procedimiento se hizo en debida forma.

2) No se ha documentado los pasos desarrollados para elaborar la normativa por los servidores que integraron el equipo responsable de llevar a cabo dicho proceso.

Respuesta:

Se cuenta con un expediente que incluye la evidencia de los diferentes pasos seguidos desde la solicitud de la modificación hasta la elaboración de la normativa. Este expediente está a disposición de ustedes para su verificación.

- El proceso normativo inició a partir de la solicitud del Jefe de Departamento de Gestión de Proyectos de Salud, quien por instrucción del Director General, solicita en nota con fecha 12 de junio de 2015, la elaboración de la Normativa que regule el proyecto “PLAN DE TRASLADO DE QUIROFANOS DE OFTALMOLOGIA DE HOSPITAL GENERAL HACIA EL HOSPITAL POLICLINICO ZACAMIL”, con indicación que la normativa solicitada dejaba sin efecto la “NORMA PARA CIRUGÍA OFTALMOLOGICA AMBULATORIA EN UNIDADES MEDICAS DE SEGUNDO NIVEL DE ATENCION”.

- La actitud no colaborativa por parte del personal médico de Oftalmología impidió realizar el proceso normado, ya que injustificada y públicamente habían manifestado que no iban a realizar cirugías en el Policlínico Zacamil. Por lo que, la administración del ISSS, en aras de implementar dicho proyecto, el cual sería de beneficio inmediato para la población usuaria procedió a validar la Normativa, a través de la Subdirección del

ISSS, como ente rector de los procesos y políticas de salud del instituto; lo cual fue autorizado y avalado por las autoridades competentes.

- El Director General del ISSS, como máxima autoridad y en su calidad de especialista en Oftalmología, autorizó y avaló la normativa en referencia respaldado en la cláusula 5 del Contrato Colectivo de Trabajo.

3} No se demostró que la normativa aludida se divulgó al personal directa e indirectamente relacionado con la dependencia involucrada, así como de personal de médicos especialistas de oftalmología, que serían los responsables de su aplicación.

Respuesta:

En vista de lo anteriormente expuesto, de la situación irregular de atención que fue de conocimiento público (prensa escrita, radio y televisión) y la actitud mostrada por la mayoría de oftalmólogos del Consultorio de Especialidades, quienes en un franco abandono de sus pacientes se negaron a realizar cirugías oftalmológicas en el Policlínico Zacamil, poniendo en riesgo la salud de nuestros pacientes, violando su derecho a acceso oportuno a la salud al hacer prevalecer su interés particular sobre el de ellos. (Anexo 4 nota de Enfermería con fecha 18 de noviembre/2015). Siendo esta actitud, la que imposibilitó que se realizara la divulgación correspondiente de la norma; a pesar de que los flujogramas que contenían y describían todo el proceso de atención contemplado en la actualización de la norma, le fue remitido al jefe del Servicio para que en cumplimiento de sus funciones establecidas en el Manual de Funciones de Puestos, realizará la divulgación con el personal médico de oftalmología. Por tanto, sino se realizó la divulgación respectiva, está claro que el jefe del servicio incumplió esta indicación. (Anexo 5 nota de envío del proceso 27 oct. 2015). No obstante, la Administración realizó convocatorias para hacerles de conocimiento la ejecución del proyecto, capacitación para uso de equipo y la actualización de la normativa. Es importante, tener en cuenta que fueron ellos los que no se hicieron presentes a las convocatorias (se anexan documentos que evidencian las convocatorias efectuadas anexo 6), y a la única convocatoria que se hicieron presentes fue junto con miembros de Sindicato de Médicos, no permitiendo que se llevara a cabo esta divulgación.

Por otro lado, la administración realizó divulgación de la normativa en mención al resto del personal involucrado pertenecientes a las áreas de apoyo tal como se puede evidenciar en la ayuda memoria de fecha (28 de octubre/2015 anexo 7).

Ante la posición tomada por el equipo de oftalmólogos, que programaban cirugías y no las realizaban ya organizadas y funcionando las salas de operaciones del Policlínico Zacamil destinadas para tal fin; la administración superior se vio obligada a dar una respuesta ante la falta de oportunidad para la realización de cirugías oftalmológicas ya que la prestación de un servicio de salud no puede interrumpirse.

Por lo antes expuesto, se confirma que la administración brindó los espacios para la correspondiente divulgación de la normativa, por lo que el señalamiento debe ser

descartado. Siendo importante señalar que quienes no cumplieron con el debido proceso y sus responsabilidades, fueron los médicos oftalmólogos”.

El Jefe del Departamento de Planificación Estratégica en Salud del ISSS nos remite nota sin referencia de fecha 14 de diciembre de 2016, en la cual manifiesta lo siguiente: “...**COMENTARIOS A LAS VALORACIONES DE LOS AUDITORES:**

(I) En cuanto al numeral 1) de la condición del hallazgo, es de tomar en cuenta que ese Equipo Auditor, no plasma ninguna valoración sobre los argumentos planteados, sino que solo se limita a señalar que esa Auditoría que no tuvo conocimiento del correo electrónico remitido por el [REDACTED] Jefe servicio de Oftalmología del Consultorio de Especialidades al [REDACTED] como Jefe del Departamento de Gestión de Proyectos de Salud hasta esta etapa, y como en el expediente solicitado a la Jefa de la Sección de Regulación Técnica en Salud no constaba no pudo comprobarse hasta este momento.

De lo anterior, se puede suponer (*ya que no se establece claramente en el comentario*) que ese Equipo Auditor le resta “credibilidad” a dicho elemento probatorio, por haber sido presentado hasta etapa de la auditoria, pero lo anterior es inconcebible ya que no se puede desacreditar un elemento que comprueba la participación del Jefe servicio de Oftalmología del Consultorio de Especialidades en el *Proceso de Traslado de Sala de Operaciones Electiva de Oftalmología, de Hospital General a Policlínico Zacamil*, por las razones establecidos en los comentarios de los auditores, es más lo anterior robustece nuestro argumento de que si se tomó en cuenta la parte técnica al momento de elaboración de la norma.

Lo que impresiona del comentario de los auditores, es que pretendan establecer que la documentación de descargo presentada por la Administración no fue evaluada ni analizada, por no haber sido proporcionada en el primer requerimiento pese a que nos encontramos en la etapa de desvanecimiento de deficiencia y observaciones; como lo señalan los siguientes artículos de las Normas de Auditoría Gubernamental que establecen el deber de tomar en cuenta estos elementos en esta etapa:

El Art. 449 dice: *“Las deficiencias u observaciones determinadas por el equipo de auditores, deben ser comunicadas oportunamente a los funcionarios o empleados presuntamente relacionados, con el objeto de que presenten sus comentarios, así como la respectiva evidencia que los respaldan.”*

El Art. 450 dice: *“El equipo de auditores debe analizar los comentarios y documentación presentada por la administración, para determinar lo siguiente:*

- 1) Si las deficiencias han sido superadas;*
- 2) Si las deficiencias constituyen asuntos menores, éstas deben ser comunicadas al titular de a entidad, en carta a la gerencia;*
- 3) Si las deficiencias constituyen hallazgos éstos deben incluirse en el Borrador de informe de Auditoria, los cuales deber ser desarrollados con todos sus atributos.”*

En ese sentido considero que los auditores están obligados a analizar los comentarios y documentación presentada por la Administración para determinar si con esta información la deficiencia se supera, lo cual en este caso si era pertinente, ya que dentro del plazo establecido se presentó evidencia mediante la cual se demostraba el acompañamiento que dio el Jefe servicio de Oftalmología del Consultorio de Especialidades y con lo cual se comprobaba que el aporte técnico de los especialistas del área, si fue considerado en la actualización de la NORMA DE CIRUGÍA AMBULATORIA DEL ISSS, julio de 2015.

Otro punto con el que pretende desacreditar esa Auditoria el correo [REDACTED] es porque se tenía como origen el correo de la secretaria del servicio y no de la cuenta institucional del referido profesional, pero dicha valoración es muy superficial si revisamos dicho documento se puede constatar que en dicho correo consta que fue enviado con copia a la cuenta de la Jefatura.

Además, ella como secretaria del servicio respondió a una directriz dada por su Jefatura inmediata y lo cual se encuentra dentro de sus funciones como en la descripción de su puesto de trabajo donde se establece que es: *"Recibir, redactar, enviar y archivar correspondencia llevando el control de entradas y salidas de la misma; contestar y hacer llamadas telefónicas; fotocopiar documentación requerida; elaborar propuestas de nombramiento, licencias, reportes (requisiciones, planillas, control de asistencia de personal, de consumo de artículos, viáticos, etc.); así como, atender y colaborar en otras actividades asignadas por la jefatura.*

(SE ANEXA PERFIL DE SECRETARIA) por lo tanto el análisis de esa Auditoria es incomprensible.

En cuanto al correo electrónico de fecha 22/01/2015 mediante el cual se demuestra que el Jefe del Servicio de Oftalmología del Consultorio de Especialidades conocía la necesidad de ejecutar el proyecto de traslado de las cirugías para dar respuesta los pacientes, no se puede desacreditar o dejar de valorar solo porque se tiene conocimiento hasta esta instancia, teniendo en cuenta que es evidencia que se está presentando en el plazo otorgado y pertinente por ley para subsanar los hallazgos señalados por esa Auditoria.

(II) Respecto al numeral 2) de la condición, se infiere ya que no se establece de manera clara que ese Equipo Auditor no da por superado el hallazgo ya que en su momento fue solicitado a la Jefe de la Sección de Regulación Técnica en Salud el expediente de la NORMA DE CIRUGÍA AMBULATORIA DEL ISSS, julio de 2015, el cual debía encontrarse debidamente ordenado por lo tanto es improcedente hacer su verificación en este momento.

Al respecto consideramos que se ha demostrado que si se contaba con documentación que permitía evidenciar los diferentes pasos seguidos desde la solicitud de la modificación hasta la elaboración de la normativa, y donde se le comprobaba a esa Auditoria que era un instrumento que tenía un respaldo legal y técnico.

El tema de orden de un expediente, no puede ser impedimento para que la documentación con la que se cuente sobre dicho hallazgo pueda ser desvanecida, ya que los Arts. 449 y 450 de la Normas de Auditoría Gubernamental establecen que es este el momento procesal oportuno para que los auditores analicen los comentarios y documentación presentada por la Administración para determinar si con esta información la deficiencia se supera, lo cual en este caso no ha sucedido ya que se han enfocado en establecer que no existía un orden sin justificar técnicamente porque la documentación presentada no es válida.

(III) En cuanto al numeral 3) de la condición, queremos hacer un señalamiento respecto a la manifiesta deficiencia en cuanto a la redacción de los comentarios de los auditores, ya que hace comentarios sin ninguna claridad de la imputación, contraviniendo el principio de culpabilidad que establece que los individuos solo pueden ser sancionados por hechos constitutivos de infracción administrativa que resulten responsables de las mismas, por tanto, la existencia de un nexo de culpabilidad constituye un requisito *sine qua non* para la configuración de la conducta sancionable. Es decir, que debe existir un ligamen del autor con su hecho y las consecuencias de éste; ligamen que doctrinariamente recibe el nombre de "imputación objetiva", que se refiere a algo más que a la simple relación causal y que tiene su sede en el injusto típico; y, un nexo de culpabilidad al que se llama "imputación subjetiva del injusto típico objetivo a la voluntad del autor", lo que permite sostener que no puede haber sanción sin la existencia de tales imputaciones (*Sentencio de lo Sala Contencioso Administrativo del proceso Ref. 36-G-95.*)

Por lo tanto, al no tener certeza de los señalamientos de ese Equipo de Auditoria, se ha cometido una clara violación a los principios y limitaciones aplicables a la potestad sancionatoria, señaladas en el Art. 12 de la Constitución de la República, que tiene como resultado que no se le pueda atribuir ninguna responsabilidad a los involucrados. Lo anterior se afirma porque de los comentarios hechos a la nota del 18 de noviembre de 2015 suscrita por la Jefa de Enfermería del 5o nivel se entiende que pretenden desacreditarla (*ya que el señalamiento no es claro*) aun y cuando se ha demostrado que los procesos administrativos referentes a la programación quirúrgica se realizaban con normalidad pero era la parte médica la que no colaboraba con la prestación de sus servicios quirúrgicos ni apoyo administrativo a la Dirección local, evidenciándose en nota firmada por Oftalmólogos de fecha 20 de julio de 2015 expresando su "*decisión de no acatar los traslados impuestos de forma arbitraria*"; expresando además en otras notas dirigidas a la Directora del Consultorio de Especialidades, donde manifestaron su negativa a asistir a capacitaciones y reuniones de carácter administrativo relacionadas al traslado de los quirófanos. **(ANEXOS ADJUNTADOS [REDACTED] EN [REDACTED] CONTESTACIÓN AL BORRADOR DE INFORME).**

Se solicita a esa Honorable Dirección que se proceda a realizar un análisis técnico imparcial de los argumentos y documentos probatorios que fueron remitidos en un

primer momento, ya los mismos certifican que la administración si realizó las gestiones que se encontraban a su alcance para cumplir con lo señalado en la norma, abriendo los espacios necesarios para la validación de la normativa de cirugía ambulatoria oftalmológica pero fue la negativa de colaboración de parte de los Oftalmólogos, por la que no se realizó en las condiciones descritas en el manual de procedimientos.

Es de señalar que la Jefa de la Sección de Regulación Técnica en Salud y Directora del Consultorio de Especialidades en sus declaraciones en los procesos de destitución del Contrato Colectivo de Trabajo a la que hacen referencia los comentarios de los auditores (*y lo cuales extrañamente son relacionados en esta etapa*), establecen que la etapa de divulgación y socialización de la norma es la que quedo pendiente, lo anterior como parte de la validación de la norma, pero fueron enfáticas en manifestar que eso devino del hecho que los médicos oftalmólogos son lo que no acudían a las convocatorias.

Es por eso que debe tomarse en cuenta que existe responsabilidad por parte de los Oftalmólogos en no acatar dichas convocatorias realizadas por la administración y que al final fue lo que no permitió concluir el proceso con normalidad ya que ANTE UNA POSICIÓN DE RESISTENCIA de parte de los médicos oftalmólogos mi representado lo que le correspondía como autoridad era solucionarlo y continuar con un programa en beneficio de la población derechohabiente, este es un elemento importante que no ha sido tomado en cuenta con objetividad por el Equipo Auditor y por eso dicho hallazgo debe ser desvanecido.

Al respecto la Sala de lo Contencioso Administrativo en el proceso Reí. 351-2011 ha establecido sobre el tema de la responsabilidad lo siguiente: (la) "*(...) responsabilidad debe apreciarse a partir de ciertos aspectos fácticos, como son: la extralimitación o cumplimiento irregular de las atribuciones, negligencia inexcusable, ausencia de potestad legal, malicia, previsibilidad del daño, anormalidad del perjuicio, o cualquier otro. Ello significa que el concepto de responsabilidad personal del funcionario no puede formarse sobre la base unilateral de la relación causa - efecto, pues ello conduciría a decisiones absurdas e injustas, como sería el caso de obligar a responder por daños y perjuicios al funcionario que procede con sujeción a una ley y en cumplimiento a sus disposiciones. Por consiguiente, el examen de la responsabilidad directa del funcionario debe realizarse teniendo en cuenta los aspectos de hecho ya relacionados, pero deberá procederse con más rigor cuando se trate de situaciones comunes o resueltas con anterioridad, (...). Con fundamento en las anteriores consideraciones, la calidad subsidiaria de la responsabilidad estatal surge no sólo ante la ausencia o insuficiencia de bienes del funcionario, sino también cuando a éste no es dable imputársele culpa alguna. La responsabilidad del Estado, contraria a la del funcionario, deviene en objetiva, pues aquel no posee una voluntad única, consciente y libre, por lo que no puede actuar dolosa o culpablemente*".

En ese sentido no se puede atribuir alguna responsabilidad a mi representado ya que se ha demostrado que el proceso de validación fue anormal por la desobediencia del personal de oftalmología quien no acato la directrices dadas por la administración, en

ese sentido la culpabilidad de los hechos recaen en ese staff de médicos y no en la administración, pero lo grave es que ese Equipo Auditor al momento de señalar dicho hallazgo justifica esa desobediencia porque supuestamente no se siguió el procedimiento normal de validación de la norma, pero no toma en cuenta el beneficio que se está brindando a la población derechohabiente y esa excepcionalidad implementada en este caso tuvo una justificante válida por la cual debe ser desvanecido dicho hallazgo”.

El ex Jefe de la División de Políticas y Estrategias de Salud y a partir del mes de junio de 2016, Subdirector de Salud, nos remite nota sin referencia de fecha 22 de agosto de 2016, en la cual manifiesta: “...HALLAZGO 1 NORMA DE CIRUGÍA OFTALMOLOGÍA AMBULATORIA ISSS, JULIO 2015, FUE EMITIDA INCUMPLIENDO EL PROCESO ESTABLECIDO.

Respecto a este hallazgo, en primer lugar es necesario hacer la siguiente aclaración:

Es de tomar en cuenta que al desarrollar el presente Hallazgo el Equipo Auditor hace referencia a que la normativa incumplida se denomina “MANUAL DE NORMAS Y PROCEDIMIENTOS DE NORMALIZACIÓN Y ESTANDARIZACIÓN DE DOCUMENTOS TÉCNICOS EN SALUD, emitido por el Instituto del Salvadoreño del Seguro Social (ISSS)” detallando los procedimientos 2.1 y 2.2, enmarcados en dicho Manual.

No obstante, al revisar nuestra normativa institucional, el único documento vigente que se refiere a la elaboración o actualización de normas se denomina "MANUAL DE NORMAS Y PROCEDIMIENTOS DE NORMALIZACIÓN Y ESTANDARIZACIÓN" que fue emitido en el año 2009, el cual contiene un procedimiento diferente a lo estipulado en este hallazgo, lo cual implica que el criterio utilizado en el presente hallazgo se basa en una normativa que no forma parte de la normativa institucional en la que se rige el ISSS.

Por lo tanto el incumplimiento que se me atribuye como funcionario se vuelve inexistente, ya que no se puede incumplir una norma que no ha sido creada o se encuentre en vigencia dentro del marco regulatorio de funcionamiento del Instituto, y es por dicha razón que el hallazgo debe ser descartado.

No obstante, si ese Equipo Auditor considera que dicho argumento no es suficiente, por el principio de la eventualidad de pretensiones, comparezco a presentar comentarios respecto a los tres incumplimientos señalados, considerando que la norma supuestamente incumplida es el “MANUAL DE NORMAS Y PROCEDIMIENTOS DE NORMALIZACIÓN Y ESTANDARIZACIÓN" (2009):

1) Se autorizó el documento con el aval de la Dirección General, sin dejar constancia de haberse validado por un equipo de expertos debidamente comisionados para ese fin por el personal operativo en ese tema.

Respuesta:

1. En el MANUAL DE NORMAS Y PROCEDIMIENTOS DE NORMALIZACIÓN Y ESTANDARIZACIÓN (2009), ESTABLECE EN LA PAG. 7. 1.2 NORMAS GENERALES Numeral 2, que para la creación o modificación de un Documento Técnico Normativo, la solicitud puede provenir de la Dirección General, por lo tanto el inicio del trámite de actualización de la NORMA DE CIRUGIA OFTALMOLOGIA AMBULATORIA ISSS, JULIO 2015, ha cumplido con este apartado (Anexo 1 se adjunta nota de solicitud de fecha 12 de junio/2015,).

Lo anterior tiene su asidero legal en el Art. 18 de la Ley del ISSS que dice:

Corresponde al Director General "*ch) Formular recomendaciones esenciales sobre normas y procedimientos a seguir en la organización y desarrollo del trabajo*". Artículo que da toda la potestad a la Dirección General para solicitar modificaciones a normativas.

Facultades del Instituto: "(...) manejar en forma exclusiva la administración de los centros de trabajo y de todas las instalaciones del mismo, así como la dirección de las labores de las y los trabajadores. Dicho reconocimiento incluye el derecho de planificar, dirigir, coordinar y controlar la operación y uso de todo equipo cualquiera, que sea su clase."

2. Un punto a tomar en cuenta es que la NORMA DE CIRUGIA OFTALMOLOGIA AMBULATORIA ISSS, JULIO 2015, es la actualización basada en el documento denominado "PROCESO DE TRASLADO DE SALA DE OPERACIONES ELECTIVA DE OFTALMOLOGIA, DE HOSPITAL GENERAL A POLICLINICO ZACAMIL JUNIO DE 2015" elaborado por el [REDACTED] Jefe del Servicio de Oftalmología, dando cumplimiento a instrucción de Dirección General, a través del Departamento de Gestión de Proyectos y el Servicio de Oftalmología del Consultorio de Especialidades, con el objetivo de desarrollar un modelo de atención innovador como respuesta para lograr optimizar los recursos y mejorar la articulación en la red de los Centros de Atención que cuentan con atención oftalmológica, modernizando y desconcentrando los procedimientos quirúrgicos de esta subespecialidad médica.

3. La Administración del Instituto con el fin de dar una respuesta oportuna a los pacientes del Servicio de Oftalmología en cuanto a los problemas de largas listas de espera: es que a finales del año 2014, se le encomienda a la Jefatura de Oftalmología del Consultorio de Especialidades, elaborara un proyecto con el fin de mejorar la calidad de atención en oftalmología que incluyera la modernización del servicio y la disminución de complicaciones asociadas a la atención hospitalaria (Infecciones

Nosocomiales), enmarcado como parte del Plan Quinquenal de Trabajo del Instituto 2014-2019.

De esa manera, se crea el Proyecto de mejoramiento del Servicio de Oftalmología que tenía como premisa fundamental la descentralización de los servicios quirúrgicos del Hospital General hacia otro Centro de Atención; lo anterior teniendo como base el modelo organizativo de CIRUGÍA MAYOR AMBULATORIA (CMA), el cual es un modelo de asistencia quirúrgica multidisciplinar que permite tratar pacientes de una manera efectiva, segura y eficiente, disminuyendo las infecciones adquiridas intrahospitalariamente, evitando prolongadas estancias tanto pre como postoperatorias, con el fin de mejorar la satisfacción de los pacientes y disminuir los costos de los servicios de salud, sin descuidar la calidad de los servicios médicos brindados, lo cual es respaldado por el Ministerio de Salud como ente rector en materia de salud del país en sus Lineamientos de Cirugía Mayor Ambulatoria.

Por tanto, como primer paso y sobre la base de consideraciones médicas y técnicas se procedió a desarrollar el Plan de Acción para el traslado de los quirófanos de la especialidad al Hospital Policlínico Zacamil, con el fin de desconcentrar el área de Cirugías Oftalmológicas del Hospital General donde se realizaban las operaciones de dicho servicio, lo cual permitió trasladar el instrumental y equipos quirúrgicos existentes en el Hospital General hacia el Centro de Atención Policlínico Zacamil permitiendo que el resto del proceso en cuanto a la evaluación inicial de la enfermedad, la preparación pre quirúrgica y el control post quirúrgico se siguiera realizando en el Consultorio de Especialidades como continua hasta la fecha.

En ese sentido, se dotó al Hospital Policlínico Zacamil de la infraestructura de quirófanos necesaria que cumpliera con los requerimientos técnicos y estándares internacionales para poder realizar cirugías mayores y menores de Oftalmología y de Cirugía General enfocados en los beneficios de la cirugía ambulatoria, así como el equipo e instrumental necesario para proceder a realizar dichas cirugías, lo cual fue constatado y avalado por el Consejo Superior de Salud Pública, así también, en dicho Plan se garantizó que el proceso de traslado no afectara al personal médico ya que todo el proceso de consulta para los médicos especialistas en Oftalmología no ha sufrido ningún cambio y solo asistirían al Hospital Policlínico Zacamil el día en que se hubiera programado las cirugías oftalmológicas según coordinación de la jefatura de oftalmología.

Sin embargo, dicho esfuerzo se vio empañado por los obstáculos incomprensibles de algunos de los médicos del equipo de oftalmología dentro del cual se encuentra el Jefe del servicio, quienes bajo equivocados e infundados criterios técnicos han señalado que el Hospital Policlínico Zacamil no cumple con las condiciones técnicas necesarias para hacer las cirugías de oftalmología, y con dicha excusa no se han presentado a realizar las cirugías que ellos mismos habían programado en sus consultas, incumpliendo con las labores para las cuales fueron contratados, pero lo cual ha implicado hacer

esfuerzos con el personal disponible con el único fin de dar cumplimiento a la obligación que constitucionalmente tiene el ISSS: “asegurar la prestación de los servicios de salud a la población asegurada y beneficiada.

Lo anterior, se vuelve más incomprensible teniendo en cuenta que el Jefe del Servicio de Oftalmología, [REDACTED] participó en la elaboración del Proyecto de Mejora del Servicio y en el Plan de Traslado de Quirófanos, pudiendo constatar ese Equipo Auditor que fue él quien creó el documento al que denominó “Proceso de Traslado de Sala de Operaciones Electiva de Oftalmología, de Hospital General a Policlínico Zacamil, Junio 2015”, y el cual fue remitido por correo electrónico [REDACTED] al Jefe de Proyectos, [REDACTED] para lo cual se anexa dicho documento.(**anexo 2**).

En el referido documento [REDACTED] solicita el equipo e insumos a necesitar de acuerdo a las nuevas patologías a intervenir quirúrgicamente en el hospital Policlínico Zacamil y precisamente este documento fue considerado de base en la actualización de la Normativa de Cirugía Oftalmológica Ambulatoria 2015. En ese sentido, el aporte técnico de los especialistas del área **SI** fue considerado en la actualización de la Norma. Por otra parte y como puede verse en el correo (Se adjunta correo de fecha 22 de enero/2015, anexo 3) [REDACTED] conocía la necesidad de ejecutar el proyecto de traslado de las cirugías para dar respuesta a los pacientes. Por lo cual, en junio de 2015, envía el proceso de traslado de Sala de Operaciones de Oftalmología del Hospital General hacia el Hospital Policlínico Zacamil, quedando implícitas las modificaciones y ajustes pertinentes para:

- Modificación del portafolio de servicios, ya que presenta necesidad de compra de equipos e insumos para la realización de las cirugías.
- Traslado de personal
- Flujo de atención del paciente

En ese sentido ese señalamiento debe de ser descartado, ya que el aval de dicho procedimiento se hizo en debida forma.

2) No se ha documentado los pasos desarrollados para elaborar la normativa por los servidores que integraron el equipo responsable de llevar a cabo dicho proceso.

Respuesta:

Se cuenta con un expediente que incluye la evidencia de los diferentes pasos seguidos desde la solicitud de la modificación hasta la elaboración de la normativa. Este expediente está a disposición de ustedes para su verificación.

- El proceso normativo inició a partir de la solicitud del Jefe de Departamento de Gestión de Proyectos de Salud, quien por instrucción del Director General, solicita en nota con fecha 12 de junio de 2015, la elaboración de la Normativa que regule el proyecto "PLAN DE TRASLADO DE QUIROFANOS DE OFTALMOLOGIA DE HOSPITAL GENERAL HACIA EL HOSPITAL POLICLINICO ZACAMIL", con indicación que la normativa solicitada dejaba sin efecto la “NORMA PARA CIRUGÍA

OFTALMOLOGICA AMBULATORIA EN UNIDADES MEDICAS DE SEGUNDO NIVEL DE ATENCION”.

- La actitud no colaborativa por parte del personal médico de Oftalmología impidió realizar el proceso normado, ya que injustificada y públicamente habían manifestado que no iban a realizar cirugías en el Policlínico Zacamil. Por lo que, la administración del ISSS, en aras de implementar dicho proyecto, el cual sería de beneficio inmediato para la población usuaria procedió a validar la Normativa, a través de la Subdirección del ISSS, como ente rector de los procesos y políticas de salud del instituto; lo cual fue autorizado y avalado por las autoridades competentes.
- El Director General del ISSS, como máxima autoridad y en su calidad de especialista en Oftalmología, autorizó y avaló la normativa en referencia respaldado en la cláusula 5 del Contrato Colectivo de Trabajo.

3) No se demostró que la normativa aludida se divulgó al personal directa e indirectamente relacionado con la dependencia involucrada, así como de personal de médicos especialistas de oftalmología, que serían los responsables de su aplicación.

Respuesta:

En vista de lo anteriormente expuesto, de la situación irregular de atención que fue de conocimiento público (prensa escrita, radio y televisión) y la actitud mostrada por la mayoría de oftalmólogos del Consultorio de Especialidades, quienes en un franco abandono de sus pacientes se negaron a realizar cirugías oftalmológicas en el Policlínico Zacamil, poniendo en riesgo la salud de nuestros pacientes, violando su derecho a acceso oportuno a la salud al hacer prevalecer su interés particular sobre el de ellos. (Anexo 4 nota de Enfermería con fecha 18 de noviembre/2015). Siendo esta actitud, la que imposibilitó que se realizara la divulgación correspondiente de la norma; a pesar de que los flujogramas que contenían y describían todo el proceso de atención contemplado en la actualización de la norma, le fue remitido al jefe del Servicio para que en cumplimiento de sus funciones establecidas en el Manual de Funciones de Puestos, realizará la divulgación con el personal médico de oftalmología. Por tanto, sino se realizó la divulgación respectiva, está claro que el jefe del servicio incumplió esta indicación. (Anexo 5 nota de envío del proceso 27 oct. 2015). No obstante, la Administración realizó convocatorias para hacerles de conocimiento la ejecución del proyecto, capacitación para uso de equipo y la actualización de la normativa. Es importante, tener en cuenta que fueron ellos los que no se hicieron presentes a las convocatorias (se anexan documentos que evidencian las convocatorias efectuadas anexo 6), y a la única convocatoria que se hicieron presentes fue junto con miembros de Sindicato de Médicos, no permitiendo que se llevara a cabo esta divulgación. Por otro lado, la administración realizó divulgación de la normativa en mención al resto del personal involucrado pertenecientes a las áreas de apoyo tal como se puede evidenciar en la ayuda memoria de fecha (28 de octubre/2015 anexo 7).

Ante la posición tomada por el equipo de oftalmólogos, que programaban cirugías y no las realizaban ya organizadas y funcionando las salas de operaciones del Policlínico Zacamil destinadas para tal fin; la administración superior se vio obligada a dar una

respuesta ante la falta de oportunidad para la realización de cirugías oftalmológicas ya que la prestación de un servicio de salud no puede interrumpirse.

Por lo antes expuesto, se confirma que la administración brindó los espacios para la correspondiente divulgación de la normativa, por lo que el señalamiento debe ser descartado. Siendo importante señalar que quienes no cumplieron con el debido proceso y sus responsabilidades, fueron los médicos oftalmólogos”.

El ex Jefe de la División de Políticas y Estrategias de Salud y a partir del mes de junio de 2016, Subdirector de Salud, nos remite nota con referencia SDS-122016-278 de fecha 14 de diciembre de 2016, en la cual manifiesta: “...**COMENTARIOS A LAS VALORACIONES DE LOS AUDITORES:**

(I) En cuanto al numeral 1) de la condición del hallazgo, es de tomar en cuenta que ese Equipo Auditor, no plasma ninguna valoración sobre los argumentos planteados, sino que solo se limitó a señalar que esa Auditoría que no tuvo conocimiento del correo electrónico remitido por el [REDACTED] Jefe servicio de Oftalmología del Consultorio de Especialidades al [REDACTED] Jefe del Departamento de Gestión de Proyectos de Salud hasta esta etapa, y como en el expediente solicitado a la Jefa de la Sección de Regulación Técnica en Salud no constaba no pudo comprobarse hasta este momento.

De lo anterior, se puede suponer (*ya que no se establece claramente en el comentario*) que ese Equipo Auditor le resta “credibilidad” a dicho elemento probatorio, por haber sido presentado hasta etapa de la auditoría, pero lo anterior es inconcebible ya que no se puede desacreditar un elemento que comprueba la participación del Jefe servicio de Oftalmología del Consultorio de Especialidades en el *Proceso de Traslado de Sala de Operaciones Electiva de Oftalmología, de Hospital General a Policlínico Zacamil*, por las razones establecidos en los comentarios de los auditores, es más lo anterior robustece nuestro argumento de que si se tomó en cuenta la parte técnica al momento de elaboración de la norma.

Lo que impresiona del comentario de los auditores, es que pretendan establecer que la documentación de descargo presentada por la Administración no fue evaluada ni analizada, por no haber sido proporcionada en el primer requerimiento pese a que nos encontramos en la etapa de desvanecimiento de deficiencia y observaciones; como lo señalan los siguientes artículos de las **Normas de Auditoría Gubernamental que establecen el deber de tomar en cuenta estos elementos en esta etapa:**

El Art. 449 dice: *“Las deficiencias u observaciones determinadas por el equipo de auditores, deben ser comunicadas oportunamente a los funcionarios o empleados presuntamente relacionados, con el objeto de que presenten sus comentarios, así como la respectiva evidencia que los respaldan.”*

El Art. 450 dice: *“El equipo de auditores debe analizar los comentarios y documentación presentada por la administración, para determinar lo siguiente:*

- 1) Si las deficiencias han sido superadas;
- 2) Si las deficiencias constituyen asuntos menores, éstas deben ser comunicadas al titular de la entidad, en carta a la gerencia;
- 3) Si las deficiencias constituyen hallazgos éstos deben incluirse en el Borrador de Informe de Auditoría, los cuales deben ser desarrollados con todos sus atributos."

En ese sentido considero que los auditores están obligados a analizar los comentarios y documentación presentada por la Administración para determinar si con esta información la deficiencia se supera, lo cual en este caso si era pertinente, ya que dentro del plazo establecido se presentó evidencia mediante la cual se demostraba el acompañamiento que dio el Jefe servicio de Oftalmología del Consultorio de Especialidades y con lo cual se comprobaba que el aporte técnico de los especialistas del área, si fue considerado en la actualización de la NORMA DE CIRUGÍA AMBULATORIA DEL ISSS, julio de 2015.

Otro punto con el que pretende desacreditar esa Auditoría el correo [REDACTED] es porque se tenía como origen el correo de la secretaria del servicio y no de la cuenta institucional del referido profesional, pero dicha valoración es muy superficial si revisamos dicho documento se puede constatar que en dicho correo consta que fue enviado con copia a la cuenta de la Jefatura.

Además, ella como secretaria del servicio respondió a una directriz dada por su Jefatura inmediata y lo cual se encuentra dentro de sus funciones como en la descripción de su puesto de trabajo donde se establece que es: *"Recibir, redactar, enviar y archivar correspondencia llevando el control de entradas y salidas de la misma; contestar y hacer llamadas telefónicas; fotocopiar documentación requerida; elaborar propuestas de nombramiento, licencias, reportes (requisiciones, planillas, control de asistencia de personal, de consumo de artículos, viáticos, etc.); así como, atender y colaborar en otras actividades asignadas por la jefatura", (SE ANEXA PERFIL DE SECRETARIA)* por lo tanto el análisis de esa Auditoría es incomprensible.

En cuanto al correo electrónico de fecha 22/01/2015 mediante el cual se demuestra que el Jefe del Servicio de Oftalmología del Consultorio de Especialidades conocía la necesidad de ejecutar el proyecto de traslado de las cirugías para dar respuesta los pacientes, no se puede desacreditar o dejar de valorar solo porque se tiene conocimiento hasta esta instancia, teniendo en cuenta que es evidencia que se está presentando en el plazo otorgado y pertinente por ley para subsanar los hallazgos señalados por esa Auditoría.

(II) Respecto al numeral 2) de la condición, se infiere ya que no se establece de manera clara que ese Equipo Auditor no da por superado el hallazgo ya que en su momento fue solicitado a la Jefe de la Sección de Regulación Técnica en Salud el expediente de la NORMA DE CIRUGIA AMBULATORIA DEL ISSS, julio de 2015, el cual debía encontrarse debidamente ordenado por lo tanto es improcedente hacer su verificación en este momento.

Al respecto consideramos que se ha demostrado que si se contaba con documentación que permitía evidenciar los diferentes pasos seguidos desde la solicitud de la

modificación hasta la elaboración de la normativa, y donde se le comprobaba a esa Auditoria que era un instrumento que tenía un respaldo legal y técnico.

El tema de orden de un expediente, no puede ser impedimento para que la documentación con la que se cuente sobre dicho hallazgo pueda ser desvanecida, ya que los Arts. 449 y 450 de la Normas de Auditoría Gubernamental establecen que es este el momento procesal oportuno para que los auditores analicen los comentarios y documentación presentada por la Administración para determinar si con esta información la deficiencia se supera, lo cual en este caso no ha sucedido ya que se han enfocado en establecer que no existía un orden sin justificar técnicamente porque la documentación presentada no es válida.

(III) En cuanto al numeral 3) de la condición, queremos hacer un señalamiento respecto a la manifiesta deficiencia en cuanto a la redacción de los comentarios de los auditores, ya que hace comentarios sin ninguna claridad de la imputación, contraviniendo el principio de culpabilidad que establece que los individuos solo pueden ser sancionados por hechos constitutivos de infracción administrativa que resulten responsables de las mismas, por tanto, la existencia de un nexo de culpabilidad constituye un requisito *sine qua non* para la configuración de la conducta sancionable. Es decir, que debe existir un ligamen del autor con su hecho y las consecuencias de éste; ligamen que doctrinariamente recibe el nombre de "imputación objetiva", que se refiere a algo más que a la simple relación causal y que tiene su sede en el injusto típico; y, un nexo de culpabilidad al que se llama "imputación subjetiva del injusto típico objetivo a la voluntad del autor", lo que permite sostener que no puede haber sanción sin la existencia de tales imputaciones (*Sentencia de la Sala Contencioso Administrativo del proceso Ref. 36-G-95.*).

Por lo tanto, al no tener certeza de los señalamientos de ese Equipo de Auditoria, se ha cometido una clara violación a los principios y limitaciones aplicables a la potestad sancionatoria, señaladas en el Art. 12 de la Constitución de la República, que tiene como resultado que no se le pueda atribuir ninguna responsabilidad a los involucrados.

Lo anterior se afirma porque de los comentarios hechos a la nota del 18 de noviembre de 2015 suscrita por la Jefa de Enfermería del 5o nivel se entiende que pretenden desacreditarla (*ya que el señalamiento no es claro*) aun y cuando se ha demostrado que los procesos administrativos referentes a la programación quirúrgica se realizaban con normalidad pero era la parte médica la que no colaboraba con la prestación de sus servicios quirúrgicos ni apoyo administrativo a la Dirección local, evidenciándose en nota firmada por Oftalmólogos de fecha 20 de julio de 2015 expresando su "*decisión de no acatar los traslados impuestos de forma arbitraria*"; expresando además en otras notas dirigidas a la Directora del Consultorio de Especialidades, donde manifestaron su negativa a asistir a capacitaciones y reuniones de carácter administrativo relacionadas al traslado de los quirófanos. **(ANEXOS ADJUNTADOS [REDACTED] EN [REDACTED] CONTESTACIÓN AL BORRADOR DE INFORME).**

Se solicita a esa Honorable Dirección que se proceda a realizar un análisis técnico imparcial de los argumentos y documentos probatorios que fueron remitidos en un primer momento, ya los mismos certifican que la administración si realizó las gestiones que se encontraban a su alcance para cumplir con lo señalado en la norma, abriendo los espacios necesarios para la validación de la normativa de cirugía ambulatoria oftalmológica pero fue la negativa de colaboración de parte de los Oftalmólogos, por la que no se realizó en las condiciones descritas en el manual de procedimientos.

Es de señalar que la Jefa de la Sección de Regulación Técnica en Salud y Directora del Consultorio de Especialidades en sus declaraciones en los procesos de destitución del Contrato Colectivo de Trabajo a la que hacen referencia los comentarios de los auditores (*y lo cuales extrañamente son relacionados en esta etapa*), establecen que la etapa de divulgación y socialización de la norma es la que quedo pendiente, lo anterior como parte de la validación de la norma, pero fueron enfáticas en manifestar que eso devino del hecho que los médicos oftalmólogos son lo que no acudían a las convocatorias.

Es por eso que debe tomarse en cuenta que existe responsabilidad por parte de los Oftalmólogos en no acatar dichas convocatorias realizadas por la administración y que al final fue lo que no permitió concluir el proceso con normalidad ya que ANTE UNA POSICIÓN DE RESISTENCIA de parte de los médicos oftalmólogos mi representado lo que le correspondía como autoridad era solucionarlo y continuar con un programa en beneficio de la población derechohabiente, este es un elemento importante que no ha sido tomado en cuenta con objetividad por el Equipo Auditor y por eso dicho hallazgo debe ser desvanecido.

Al respecto la Sala de lo Contencioso Administrativo en el proceso Ref. 351-2011 ha establecido sobre el tema de la responsabilidad lo siguiente: (la) *"(...) responsabilidad debe apreciarse a partir de ciertos aspectos fácticos, como son: la extralimitación o cumplimiento irregular de las atribuciones, negligencia inexcusable, ausencia de potestad legal, malicia, previsibilidad del daño, anormalidad del perjuicio, o cualquier otro. Ello significa que el concepto de responsabilidad personal del funcionario no puede formarse sobre la base unilateral de la relación causa - efecto, pues ello conduciría a decisiones absurdas e injustas, como sería el caso de obligar a responder por daños y perjuicios al funcionario que procede con sujeción a una ley y en cumplimiento a sus disposiciones.*

Por consiguiente, el examen de la responsabilidad directa del funcionario debe realizarse teniendo en cuenta los aspectos de hecho ya relacionados, pero deberá procederse con más rigor cuando se trate de situaciones comunes o resueltas con anterioridad, (...). Con fundamento en las anteriores consideraciones, la calidad subsidiaria de la responsabilidad estatal surge no sólo ante la ausencia o insuficiencia

de bienes del funcionario, sino también cuando a éste no es dable imputársele culpa alguna. La responsabilidad del Estado, contraria a la del funcionario, deviene en objetiva, pues aquel no posee una voluntad única, consciente y libre, por lo que no puede actuar dolosa o culpablemente".

En ese sentido no se puede atribuir alguna responsabilidad a mi representado ya que se ha demostrado que el proceso de validación fue anormal por la desobediencia del personal de oftalmología quien no acató la directrices dadas por la administración, en ese sentido la culpabilidad de los hechos recaen en ese staff de médicos y no en la administración, pero lo grave es que ese Equipo Auditor al momento de señalar dicho hallazgo justifica esa desobediencia porque supuestamente no se siguió el procedimiento normal de validación de la norma, pero no toma en cuenta el beneficio que se está brindando a la población derechohabiente y esa excepcionalidad implementada en este caso tuvo una justificante valida por la cual debe ser desvanecido dicho hallazgo".

Comentario de los Auditores

De los comentarios y evidencias presentados por la administración, procedemos a efectuar nuestras valoraciones las cuales detallamos a continuación:

La deficiencia señalada en las tres condiciones planteadas en nuestro hallazgo se mantienen, en razón de que en el expediente proporcionado por la Jefa de la Sección de Regulación Técnica en Salud no incluye documentación que demuestre que la administración nombró o comisionó a un equipo de experto en la materia para validar la Norma como lo establece el Manual de Normas y Procedimientos de Normalización y Estandarización, en sus comentarios la administración alega aspectos que no son suficientes para el desvanecimiento de lo señalado, por tanto lo observado en este literal se mantiene.

Por otra parte, el Manual de Normas y Procedimientos de Normalización y Estandarización, no establece que el Jefe del Servicio de Oftalmología del Consultorio de Especialidades del Hospital General del ISSS sea el que solicite los insumos y participe en el proceso de elaboración de la nueva NORMA DE CIRUGÍA AMBULATORIA, el referido Manual mandata el nombramiento de un equipo de expertos quienes serían los encargados de validar el contenido de la norma; Sin embargo, al respecto no presentó evidencias la administración al contrario los comentarios confirman que, Director General del ISSS, fue quien valido el documento por ser especialista en oftalmología.

La expresión contenida en los comentarios del apoderado legal del Director General del ISSS de que "la administración del ISSS, en aras de implementar dicho proyecto, el cual sería de beneficio inmediato para la población usuaria, procedió a validar la

Normativa, a través de la Subdirección del ISSS, como ente rector de los procesos y políticas de salud del instituto; lo cual fue autorizado y avalado por las autoridades competentes.

- El Director General del ISSS, como máxima autoridad y en su calidad de especialista en Oftalmología, autorizó y avaló la normativa en referencia respaldado en la cláusula 5 del Contrato Colectivo de Trabajo”, lo comentado ratifica que no se cumplió con el debido proceso.

Asimismo, la administración no demuestra haber realizado un proceso de divulgación de la normativa, revisamos el contenido de los anexos 3, 5 y 7 presentados como parte de la documentación de descargo, pero no encontramos elementos que indiquen tal divulgación, ya que en los anexos 5 y 7 se refiere a notas en las cuales se informa sobre el traslado del servicio del Hospital General al Policlínico Zacamil; mientras que, el anexo 3 contiene un correo electrónico de convocatoria a una reunión de trabajo sin especificar los temas a tratar.

En cuanto al comentario que hace la administración, que textualmente dice: “debe tomarse en cuenta que existe responsabilidad por parte de los Oftalmólogos en no acatar dichas convocatorias realizadas por la administración y que al final fue lo que no permitió concluir el proceso con normalidad”, se confirma que no se dio cumplimiento al proceso establecido en el Manual de Normas y Procedimientos de Normalización y Estandarización.

En cuanto al fragmento extraído del Proceso Ref. 351-2011 de la Sala de lo Contencioso Administrativo que textualmente dice: “obligar a responder por daños y perjuicios al funcionario que procede con sujeción a una ley y en cumplimiento a sus disposiciones”, es de tener en cuenta que así lo manda la Constitución de la República en su Art. 86, pues el principio de Legalidad para el funcionario público es contrario al ciudadano común, para el caso del funcionario puede y debe efectuar lo que expresamente le ordena la Ley y para el ciudadano común, el principio de legalidad le permite hacer todo aquello que la Ley no prohíbe.

Por otra parte, la Ley de la Corte de Cuentas de la República en su Art. 54 establece la responsabilidad administrativa por la inobservancia a las disposiciones legales y el Art. 321 del Código Penal establece el ilícito por incumplimiento de deberes, por lo que no es procedente lo argumentado por el apoderado del ISSS respecto al principio de culpabilidad a que alude en sus comentarios.

Por otra parte, la no validación y divulgación de la nueva NORMA DE CIRUGÍA AMBULATORIA DEL ISSS; julio de 2015, se confirma que no se llevó a cabo entre el personal médico de especialistas de oftalmología del Consultorio de Especialidades, según consta en declaraciones juradas otorgadas tanto por la Jefa de la Sección de Regulación Técnica en Salud y los técnicos de dicha dependencia como por la

Directora actual del Consultorio de Especialidades ofrecidas ante la Unidad Jurídica del ISSS, durante el mes de junio de 2016.

En conclusión, no se demostró que la normativa aludida se divulgó al personal directa e indirectamente relacionado con la dependencia involucrada, así como del personal de médicos especialistas de oftalmología, que serían los responsables de su aplicación. Asimismo, la observación no se limita únicamente a esa divulgación sino también a que falto el aval de los expertos, otro paso importante en su emisión. Por lo que la observación se mantiene.

2. PROFESIONAL PRESTÓ SERVICIOS MEDICOS EN PROYECTO DE CONTINGENCIA DE OFTALMOLOGÍA SIN ESTAR AUTORIZADA MEDIANTE ACUERDO Y CONTRATO.

Comprobamos que:

- a) En Acuerdo de Dirección General No. 2016-05-0216 de fecha 23/05/2016, la [REDACTED] Médico Especialista, no se encuentra incluida entre el personal de profesionales autorizados para realizar “Procedimientos Médicos, Quirúrgicos y Terapéuticos a contratar por Unidades Valorativas durante el período comprendido del 01 de marzo al 31 de diciembre de 2016 en el Policlínico Zacamil, en el marco del proyecto denominado “Contingencia de Servicios de Ampliación de Horarios de Cirugías Oftalmológicas Específicamente Cirugías de Cataratas ya sea por Extra Capsulares o por Técnica de FACO”.
- b) No existe contrato de servicios profesionales suscrito por funcionarios del Instituto con dicha profesional para la prestación de los mismos durante el período que comprende el citado Proyecto.

No obstante, lo anterior, la Médico Especialista en mención, según mapa quirúrgico y detalle de cirugías realizadas elaborado por Jefatura de Sala de Operaciones y Directora del Policlínico Zacamil ha prestado servicios a la Institución bajo el referido proyecto, durante los meses de marzo y abril del 2016.

La Ley del Instituto Salvadoreño del Seguro Social, en:

El Capítulo II: **ORGANISMO**, en el Art. 18.- **CORRESPONDE AL DIRECTOR GENERAL**, en los literales “b”, “e”, “g” y “l”, que textualmente establecen:

- b) Cumplir y hacer cumplir esta ley, los reglamentos y los acuerdos del Consejo Directivo;
- e) Dirigir, orientar y coordinar las labores del personal y vigilar su eficiencia;

- g) Nombrar, promover, dar licencia, permutar y corregir disciplinariamente al personal del Instituto;
- l) Las demás atribuciones que le confieran las leyes, los reglamentos y las instituciones del Consejo Directivo.

Las Normas Técnicas de Control Interno Especificas del ISSS, en:

La publicación del Diario Oficial, Tomo N° 379 de fecha 12/05/2008, número 86, en el Decreto #9, Capítulo III: **ACTIVIDADES DE CONTROL, Definiciones de Políticas y Procedimientos de Autorización y Aprobación**, en el **Art. 52.-** que textualmente establece:

“La autorización y aprobación de las operaciones y procedimientos, ejecutados en las diferentes dependencias del ISSS, se regirán por la Estructura Organizativa Legal Vigente y el Manual de Organización respectivo; que define claramente la autoridad y responsabilidad de los funcionarios encargados de autorizar y aprobar las operaciones; asimismo, se deberá respetar y acatar separación de funciones, de manera que exista evidencia de independencia en la autorización, ejecución, registro, custodia y control de documentos.”

La Norma para la Compra de Servicios Médicos Profesionales, del Instituto Salvadoreño del Seguro Social, octubre 2012, en:

El numeral 4.1. DISPOSICIONES GENERALES, PARA LA ADMINISTRACION DE LA COMPRAS DE SERVICIOS, número 6.- textualmente expresa: “La compra de los servicios médico asistenciales y de procedimientos médico-quirúrgicos, diagnósticos y terapéuticos serán determinados en tiempo y lugar por las autoridades locales de cada centro de atención, sustentando dicha actividad a través de acuerdos de Dirección General y los contratos firmados por las partes involucradas”.

Y en el número 9.- que textualmente expresa: “Todo lo relacionado con el pago de la compra de servicios médicos profesionales en los centros de atención del ISSS deberá ejecutarse de acuerdo a lo estipulado en los manuales de normas y procedimientos vigentes de Recursos Humanos”.

En las Disposiciones Específicas, MÉDICOS CONTRATADOS PARA PROCEDIMIENTOS MÉDICOS -QUIRÚRGICOS DIAGNÓSTICOS Y TERAPÉUTICOS, en el numeral 2.- y que textualmente dice: “El Portafolio de Servicios autorizados para cada especialidad es a nivel nacional, pero en aquellos centros que cuentan con el recurso de especialistas contratados en la modalidad de compra de servicios profesionales de cada una de las especialidades descritas en esta normativa, no se justifica la contratación para realizar procedimientos, excepto en los casos de alta complejidad que sean establecidos previamente por la Subdirección de Salud”.

Y el numeral 3, establece que: “El Director del centro de atención de acuerdo al portafolio de servicios, deberá determinar cuáles son las especialidades que requiere para la realización de procedimientos médico-quirúrgicos y diagnósticos. Este proceso deberá tener el debido respaldo a través de un acuerdo de Dirección General el cual tendrá vigencia según conveniencias institucionales”.

El Manual de Normas y Procedimientos de Remuneraciones, del Instituto Salvadoreño del Seguro Social; marzo 2014.

El Capítulo II: Contenido del Manual de Normas y Procedimientos, en el numeral 3.5 TRAMITE DE PAGO POR COMPRAS DE SERVICIOS MEDICOS PROFESIONALES, en el Sub-numeral 3.5.1. NORMAS DEL PROCEDIMIENTO, en el Ítem 1.-; textualmente establece: “Para iniciar a prestar servicios médicos profesionales, el médico debe haber firmado contrato, en el Departamento Jurídico de Procuración”.

La deficiencia fue ocasionada por el Director General, Jefe de Departamento de Gestión de Proyectos de Salud y el Subdirector de Salud del Instituto Salvadoreño del Seguro Social, al permitir que la Médico Especialista señalada, prestara sus servicios profesionales en el Proyecto denominado “Contingencia de Servicios de Ampliación de Horarios de Cirugías Oftalmológicas Específicamente Cirugías de Cataratas ya sea por Extra Capsulares o por Técnica de FACO”, cuando no contaba con la autorización correspondiente.

Permitir que profesionales de salud realicen procedimientos sin la debida autorización no favorece a la buena gestión del Recurso Humano y puede generar inconformidades o demandas de otros(as) especialistas en la materia y demás personal indirectamente involucrado.

Comentarios de la Administración

El señor Director General del ISSS nos remite nota sin referencia de fecha 19 de agosto de 2016, en la cual manifiesta lo siguiente: “...Al respecto es necesario tener en cuenta los antecedentes sobre dicho Proyecto de Contingencia: La administración del Instituto desde el año 2014, interesado en establecer un ordenamiento en la categorización de los procedimientos quirúrgicos de Cirugía General y especializada en cada hospital de la red del ISSS, ha realizado esfuerzos para disminuir la problemática de alta demanda de pacientes en todos los servicios de cirugía, entre las que se encuentra Oftalmología, generada(la problemática) por la insuficiencia en la capacidad instalada.

Por lo que con el fin de dar una respuesta oportuna a los pacientes, ya que dichos problemas han causado largas lista de espera, es que a finales del año 2014 se le encomienda a la Jefatura de Oftalmología del Consultorio de Especialidades, a partir

del Programa de oportunidad quirúrgica, impulsado por el Bloque Quirúrgico Nacional compuesto por todos los Jefes de Cirugía del país. Es así, que junto con el área de Planificación de Proyectos se procedió a elaborar un proyecto de mejora del servicio con el fin de contar con una asistencia más cualitativa que incluyera la modernización del servicio de Oftalmología y la disminución de complicaciones, enmarcado como parte del Plan Quinquenal de Trabajo del Instituto.

De esa manera a mediados del año 2015, se crea el **Plan de mejoramiento del servicio de oftalmología** que tenía como premisa fundamental la descentralización de los servicios quirúrgicos del Hospital General (que posee una sobrecarga de los quirófanos por la alta demanda de diferentes tipos de procedimientos quirúrgicos) hacia otro Centro de Atención, lo anterior teniendo como base el modelo organizativo de CIRUGÍA MAYOR AMBULATORIA (CMA) el cual es un modelo de asistencia quirúrgica multidisciplinar que permite tratar pacientes de una manera efectiva, segura y eficiente, disminuyendo las infecciones adquiridas intrahospitalariamente, evitando prolongadas estancias tanto pre como postoperatorias, con el fin de mejorar la satisfacción de los pacientes y disminuir los costos de los servicios de salud, sin descuidar la calidad de los servicios médicos brindados. Por lo tanto dicho programa es un modelo de atención innovador implementado como respuesta a las largas listas de espera en el servicio de Oftalmología, que permite optimizar los recursos y mejorar la articulación de la red de centros de atención que cuentan con atención oftalmológica, ya que los programas de cirugía ambulatoria en oftalmología pueden llegar a realizar el 95% de todas las intervenciones quirúrgicas en oftalmología, y llegar a hospitalizar menos del 5% de casos (que son los casos que de acuerdo con criterios médicos realmente ameritan una hospitalización). La práctica médica del Instituto así como las experiencias internacionales, indican que las complicaciones mayores en este tipo de cirugías no son frecuentes y la mortalidad es extremadamente baja, así también lo ha señalado el Ministerio de Salud (ente rector en materia de salud del país) en sus Lineamientos de Cirugía Mayor Ambulatoria.

Por tanto, como primer paso y sobre la base de consideraciones médicas y técnicas tal como se han descrito anteriormente, se procedió a desarrollar el Plan de Acción para el traslado de los quirófanos de la especialidad al Hospital Policlínico Zacamil con el fin de desconcentrar el área de Cirugías Oftalmológicas del Hospital General donde se realizaban las operaciones de dicho servicio, lo cual permitió trasladar el instrumental y equipos quirúrgicos existentes en el Hospital General hacia el Centro de Atención Policlínico Zacamil permitiendo que el resto del proceso en cuanto a la evaluación inicial de la enfermedad, la preparación pre quirúrgica y el control post quirúrgico se siguiera realizando en el Consultorio de Especialidades como continua hasta la fecha.

En ese sentido, se dotó al Hospital Policlínico Zacamil de la infraestructura de quirófanos necesaria que cumpliera con los requerimientos técnicos y estándares internacionales para poder realizar cirugías mayores y menores de Oftalmología y de Cirugía General enfocados en los beneficios de la cirugía ambulatoria, así como el equipo e instrumental necesario para proceder a realizar dichas cirugías, lo cual fue

constatado y avalado por el Consejo Superior de Salud Pública, así también, en dicho Plan se garantizó que el proceso de traslado tampoco afectará al personal médico ya que todo el proceso de consulta para los médicos especialistas en Oftalmología no ha sufrido ningún cambio y solo asistirían al Hospital Policlínico Zacamil el día en que se hubiera programado procedimientos quirúrgicos de acuerdo a la programación que se coordine con la jefatura clínica de la especialidad.

No obstante, dichos programas y proyectos no fueron acuerpados por el personal médico de oftalmología de Consultorio de Especialidades sobre la base de intereses personales, por lo que el ISSS con el fin de dar una respuesta oportuna a los pacientes se vio en la imperiosa y urgente necesidad de llevar a cabo un "Proyecto de Contingencia", que permitiera brindar los servicios a los pacientes oftalmológicos en razón de la problemática generada desde el mes de noviembre del año recién pasado por dichos oftalmólogos quienes se negaron a prestar los servicios y realizar los procedimientos programados; problemática que ha causado -hasta la fecha- la no prestación del servicio de forma oportuna, generando largas listas de espera, que en esencia constituye un claro incumplimiento y falta de acceso al servicio de salud en esa especialidad.

Ante tal emergente y delicada situación, se creó este año el "Proyecto de Contingencia de Servicios de Ampliación de Horarios de Cirugías Oftalmológicas Específicamente Cirugías de Cataratas ya sea por Extra Capsulares o por Técnica FACO"; con el único fin de dar cumplimiento a la obligación que constitucionalmente tiene de asegurar la prestación de los servicios de salud a la población asegurada y beneficiada; proyecto que -a este día- permite que los pacientes oftalmológicos del ISSS tengan acceso al tratamiento médico necesario y, en especial, a los servicios de cirugía oftalmológica en un Centro de Atención que cuenta con las condiciones técnicas necesarias para atender las patologías de catarata, glaucoma y retina, sin que ello acarree un menoscabo en la atención de salud de los pacientes de otros rubros del ISSS.

Por lo tanto la ejecución y desarrollo de dicho Proyecto, obedece a la negativa de la mayoría del personal médico de la Especialidad de Oftalmología destacado en el Consultorio de Especialidades del ISSS, de prestar los servicios y realizar los procedimientos que ya estaban programados; por lo que ante tal negativa, se realizaron las consultas pertinentes con algunos Especialistas en Oftalmología resultando que la disponibilidad de Médicos Especialistas en Oftalmología que se encontraban en posibilidad y disposición de prestar sus servicios bajo este Proyecto de Contingencia de Ampliación de Horarios era reducida en comparación con la demanda de los servicios no brindados; razón por la cual el ISSS se vio en la necesidad y urgencia de brindar de inmediato la prestación de los servicios a los pacientes oftalmológicos bajo el precitado Plan de Contingencia, a efecto de minimizar cualquier daño ulterior en la salud de los derechohabientes; teniendo la aceptación y disposición de cierto número de Médicos Oftalmólogos de prestar los servicios de inmediato, lo que originó que éstos ejecutaran los procedimientos desde marzo 2016 operatorios sin ningún tipo de dilación en lo concerniente a la tramitología administrativa para la formalización de su contratación,

pues asumieron la responsabilidad de cumplir y sacar adelante el proyecto con el denominado "Mapa Quirúrgico" en beneficio de los pacientes, lo que en ningún momento genera que el suscrito haya incumplido ni inobservado las atribuciones, facultades, funciones y/o deberes que el cargo me demanda.

b) En relación a la deficiencia que se señala en la parte final de este apartado donde específicamente se menciona: "No obstante lo anterior, la Médico especialista en mención, según mapa quirúrgico y detalle de cirugías realizadas elaborado por Jefatura de Sala de Operaciones y Directora del Policlínico Zacamil ha prestado servicios a la Institución bajo el referido proyecto, durante los meses de marzo y abril del 2016", debo explicar y aclarar lo siguiente:

En cuanto a los procedimientos quirúrgicos realizados por dicha profesional en el Hospital Policlínico Zacamil durante los meses de marzo y abril de 2016, y los cuales se ven reflejados en el mapa quirúrgico como servicios brindados dentro del "Proyecto de Contingencia de Servicios de Ampliación de Horarios de Cirugías Oftalmológicas Específicamente Cirugías de Cataratas ya sea por Extra Capsulares o por Técnica FACO", como ya se explicó anteriormente se dieron dentro de una situación excepcional de requisición de servicios los cuales sirven para atender una necesidad y urgencia institucional ocasionada por médicos irresponsables que ponían en riesgo la vida de los pacientes, por lo tanto médicos oftalmólogos comprometidos en sacar adelante dicho Proyecto como la Dra. [REDACTED] iniciaron y prestaron servicios de manera inmediata y sin la formalización respectiva de su contratación, pues asumieron la responsabilidad de solventar ese problema prestando el servicio de procedimientos quirúrgicos.

Garantizada la prestación del servicio a los derechohabientes ante el caos generado por los médicos especialistas que se habían negado a cumplir con sus obligaciones, simultáneamente el Centro de Atención realiza el trámite de formalización solicitando a la Dirección General emitir el "primer" Acuerdo No. 2016-05-0216 de fecha 23 de mayo 2016 donde se incluye a 5 de los médicos oftalmólogos que se comprometieron a apoyar el Proyecto de Contingencia, ello no quiere decir que la Dra. [REDACTED] haya estado excluida de formar parte de ese Proyecto ya que brindó los servicios en los meses de marzo y abril de 2016, sino que fue en la solicitud de fecha 13 de junio de 2016 suscrita por la Directora del Hospital Policlínico Zacamil, que se emite el Acuerdo de Dirección General N° 2016-07-0283 donde se incluye a la referida Médico Especialista, junto con otros 2 especialistas igualmente contratados.

El anterior Acuerdo es el que ampara los procedimientos realizados desde el uno de marzo al treinta y uno de diciembre de dos mil dieciséis, y el cual sirvió de base para elaborar el contrato, por lo que, desde todo punto de vista legal al amparo de los bien entendidos intereses del ISSS, y en particular de nuestros derechohabientes, los servicios prestados por la Doctora [REDACTED] están

debidamente amparados y sustentados contractualmente y los cuales fueron brindados en un servicio excepcional y urgente ocasionado por trabajadores irresponsables.

En este punto es oportuno señalar, que dentro de las atribuciones conferidas en la Ley del Seguro Social, como usted bien lo ha indicado está la de ejercer la representación legal del Instituto, por ende, comparezco para obligarme en tal calidad en los documentos contractuales como es el caso; al mismo tiempo ejecuto actos administrativos, los que se reflejan en los Acuerdos de Dirección General; sin embargo, como lo anote anteriormente la propuesta de la contratación depende de las autoridades de los centros de atención, quienes evalúan para la necesidad de los servicios la urgencia, pertinencia y procedencia de la contratación de servicios médicos, por lo tanto no se pudiera atribuir ninguna responsabilidad por la ejecución de la funciones de la Dra. [REDACTED] en el Hospital Policlínico Zacamil.

En ese sentido ninguna de las normativas señaladas como incumplidas, se ha irrespetado ya que la prestación de servicios brindados por la Dra. [REDACTED] si cuenta con el amparo correspondiente en vista de la situación excepcional en la que se dio en dicho Proyecto de Contingencia”.

El señor Director General del ISSS nos remite nota sin referencia de fecha 13 de diciembre de 2016, en la cual manifiesta lo siguiente: “...**COMENTARIOS A LAS VALORACIONES DE LOS AUDITORES:**

Lo planteado por el Equipo Auditor es que ha existido un mal manejo administrativo del proyecto, lo cual provocó una demora de casi tres meses para la formalización de la contratación de los servicios profesionales con los médicos especialistas, señalando que lo anterior incumplió el debido proceso por lo que la deficiencia se mantiene por la prestación de los servicios sin contar con el contrato respectivo.

Considero que lo grave de los comentarios de los auditores es que la formalización administrativa de un contrato está por encima del planteamiento del *"Proyecto de Contingencia de Servicios de Ampliación de Horarios de Cirugías Oftalmológicas Específicamente Cirugías de Cataratas ya sea por Extra Capsulares o por Técnica FACO"*, que implicaba atender **UNA EMERGENCIA EN EL INSTITUTO**, al buscar brindar los servicios a los pacientes oftalmológicos en forma oportuna en vista que desde el mes de noviembre del 2015, los médicos oftalmólogos se habían negado a prestar los servicios y realizar los procedimientos programados lo cual generaba largas listas de espera, que en esencia constituía un claro incumplimiento y falta de acceso al servicio de salud en esa especialidad, a lo cual debía de dársele una solución inmediata. Es decir la salud de los derechohabientes del ISSS y la consecuente obligación del ISSS de brindar ese servicio se encuentran, para esa Auditoría, categóricamente debajo de la formalización de un documento contractual, y adicionalmente no toma en cuenta que a quien se está contratando es una empleada del Instituto.

No valora que, ante una emergente y delicada situación se crea el referido proyecto, el cual permitió que los pacientes oftalmológicos del ISSS tuvieran acceso al tratamiento médico necesario y, en especial, a los servicios de cirugía oftalmológica en un Centro de Atención que cuenta con las condiciones técnicas necesarias para atender las patologías de catarata, glaucoma y retina, sin que ello acarree un menoscabo en la atención de salud de los pacientes de otros rubros del ISSS.

Ante la negativa de parte del staff de oftalmólogos, se realizaron las consultas pertinentes con algunos Especialistas en Oftalmología, siendo uno de ellos la Dra. [REDACTED] quien MANIFESTÓ SU DISPONIBILIDAD DE PRESTAR SUS SERVICIOS BAJO ESTE PROYECTO DE CONTINGENCIA DE AMPLIACIÓN DE HORARIOS, es decir con la voluntad y disponibilidad de dichos profesionales es que se inicia este proyecto, a efecto de minimizar cualquier daño ulterior en la salud de los derechohabientes. La ACEPTACIÓN DE DICHOS MÉDICOS OFTALMÓLOGOS de prestar sus servicios de inmediato originó que estos ejecutaran los procedimientos desde marzo 2016 operatorios sin ningún tipo de dilación en lo concerniente a la tramitación administrativa para la formalización de su contratación, pues asumieron la responsabilidad de cumplir y sacar adelante el proyecto con el denominado "Mapa Quirúrgico" en beneficio de los pacientes, lo que en ningún momento genera que mi representado haya incumplido ni inobservado las atribuciones, facultades, funciones y/o deberes que el cargo le demanda.

Sí es cierto que la Dra. [REDACTED] durante los meses de marzo y abril de 2016 prestó sus servicios en el Hospital Policlínico Zacamil, los cuales se ven reflejados en el mapa quirúrgico como servicios brindados bajo el Proyecto de Contingencia, pero esto tiene que ser entendido dentro de una situación excepcional de requisición de servicios que sirven para atender una necesidad y urgencia institucional ocasionada por médicos irresponsables que ponían en riesgo la vida de los pacientes. Por lo tanto médicos oftalmólogos comprometidos en sacar adelante dicho Proyecto, iniciaron y prestaron servicios de manera inmediata y sin la formalización respectiva de su contratación, pues asumieron la responsabilidad de solventar ese problema prestando el servicio de procedimientos quirúrgicos y de la falta de atención a los derechohabientes como parte de la obligación ética que deviene del juramento hipocrático que realizan.

Siendo que, ante el caos generado por los médicos especialistas que se habían negado a cumplir con sus obligaciones, se logró garantizar la prestación del servicio a los derechohabientes con la implementación de este proyecto de contingencia; el Centro de Atención realiza el trámite de formalización solicitando a la Dirección General emitir el "primer" Acuerdo No. 2016-05-0216 de fecha 23 de mayo 2016 donde se incluye a 5 de los médicos oftalmólogos que se comprometieron a apoyar el Proyecto de Contingencia. Ello no quiere decir que la Dra. [REDACTED] haya estado excluida de

formar parte de ese Proyecto ya que brindó los servicios en los meses de marzo y abril de 2016, sino que fue en la solicitud de fecha 13 de junio de 2016 suscrita por la Directora del Hospital Policlínico Zacamil, que se emite el Acuerdo de Dirección General N° 2016-07-0283 donde se incluye a la referida Médico Especialista, junto con otros 2 especialistas igualmente contratados.

El anterior Acuerdo es el que ampara los procedimientos realizados desde el uno de marzo al treinta y uno de diciembre de dos mil dieciséis, y el cual sirvió de base para elaborar el contrato, por lo que, desde todo punto de vista legal al amparo del interés primordial del ISSS que es el derechohabiente, los servicios prestados por la Doctora [REDACTED] están debidamente amparados y sustentados contractualmente, considerando que ellos fueron brindados en un servicio excepcional y urgente ocasionado por trabajadores irresponsables.

Con lo anterior, se avoca a realizar un análisis jurídico más integral por parte de esa Dirección de Auditoría ya que no puede hacerse una conclusión tan simplista de la relación de los hechos, más si se toma en cuenta que lo que se priorizó es la atención en salud de los derechohabientes, lo cual es parte de su derecho a la salud, lo cual implica que el Estado adopte "(...) **medidas para su conservación, puesto que la salud requiere tanto de una protección estatal activa -que es obligación de los centros hospitalarios del Estado- como pasiva contra los riesgos exteriores que puedan ponerla en peligro, de ahí que se deba implementar medidas que, desde el punto de vista positivo, tiendan a la prevención de cualquier situación que la lesione o bien restablezcan dicha condición y, desde el punto de vista negativo, eviten la comisión de cualquier acto que provoque su menoscabo; la asistencia médica, en cuanto debe garantizarse a toda persona la posibilidad de disponer y acceder al sistema o red de servicios de salud; y la vigilancia de los servicios de salud, lo cual implica la creación de las instituciones y los mecanismos que vigilen y controlen la seguridad e higiene de las actividades profesionales vinculadas a la salud.**" (Amparo 674-2006 de 17 de diciembre de 2007).

También el amparo Ref. 32-2012 donde ese Honorable Tribunal Constitucional señala que las características que debe reunir como mínimo la salud se encuentra la *accesibilidad, la cual hace referencia a la asequibilidad, es decir, la posibilidad real de las personas para tener acceso a los centros de asistencia médica y a la prestación de los servicios, siendo en la Observación general n° 14 del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de Naciones Unidas, se señaló que la salud es accesible en la medida que la persona pueda: (i) tener acceso físico, social y económico a servicios adecuados de prevención, atención y rehabilitación de la salud; (ii) disponer de los establecimientos, recursos y personal capacitado para la práctica de exámenes que coadyuven al diagnóstico de sus padecimientos; y (iii) contar con los medicamentos, terapias o métodos que se consideren necesarios y adecuados, desde el punto de vista científico y médico, para el restablecimiento de la salud o, por lo menos, en los casos en que se desconoce la existencia de una cura, disminuyan el*

sufrimiento o las consecuencias de la enfermedad, con el objeto de brindarles una mejor calidad de vida.

En ese sentido ninguna de las normativas señaladas como incumplidas, se ha irrespetado ya que la prestación de servicios brindados por la Dra. [REDACTED] si cuenta con el amparo correspondiente en vista de la situación excepcional en la que se dio dicho Proyecto de Contingencia.

Además debe tenerse en cuenta que la propuesta de la contratación pende de las autoridades de los centros de atención, quienes evalúan para la necesidad de los servicios la urgencia, pertinencia y procedencia de la contratación de servicios médicos, por lo tanto no se pudiera atribuir ninguna responsabilidad por la ejecución de trabajo de la Dra. [REDACTED] en el Hospital Policlínico Zacamil si la documentación fue remitida posteriormente por el Centro de Atención”.

El Jefe del Departamento de Gestión de Proyectos de Salud, nos remite nota sin número de referencia de fecha 1 de septiembre de 2016, en la cual manifiesta lo siguiente: “...Dicho Equipo Auditor manifiesta que: a) Según Acuerdo de Dirección General No. 2016-05-0216 de fecha 23/05/2016, la Dra. [REDACTED]

[REDACTED] Médico Especialista, no se encuentra incluida entre el personal de profesionales autorizado para realizar Procedimientos Médicos, Quirúrgicos y Terapéuticos a contratar por Unidades Valorativas durante el periodo comprendido del 01/03 al 31/12/2016 en el Policlínico Zacamil, en el marco del proyecto denominado "Contingencia de Servidos de Ampliación de Horarios de Cirugías Oftalmológicas Específicamente Cirugías de Cataratas ya sea por Extra Capsulares o por Técnica de FACO".

b) No existe contrato de servicios profesionales suscrito por el instituto con dicha profesional para la prestación de los mismos durante el período que comprende el citado Proyecto.

No obstante lo anterior, la Médico Especialista en mención, según mapa quirúrgico y detalle de cirugías realizadas elaborado por Jefatura de Sala de Operaciones y Directora del Policlínico Zacamil ha prestado servicios a la Institución bajo el referido proyecto, durante los meses de marzo y abril del 2016.

Considerando dicho Equipo Auditor, como normativas incumplidas la Ley del Instituto Salvadoreño del Seguro Social, Normas Técnicas de Control Interno Específicas del ISSS, Norma para la Compra de Servicios Médicos Profesionales del Instituto Salvadoreño del Seguro Social de octubre 2012 y el Manual de Normas y Procedimientos de Remuneraciones del Instituto Salvadoreño del Seguro Social de marzo 2014.

El Departamento Gestión de Proyectos de Salud, inserta a la División Evaluación de la Calidad de Salud, cuyo objetivo primordial asignado es 'Planificar y controlar la ejecución de los proyectos del área de salud, estableciendo cronogramas de seguimiento según niveles de complejidad y prioridad, a través de hojas de ruta que

delimiten los procesos en el tiempo asignado a cada tarea dentro del proyecto a fin de verificar el cumplimiento de los tiempos establecidos y las prioridades institucionales", estableciéndole funciones tales como:

1. Participar en la formulación de proyectos institucionales de salud, con el objetivo de verificar su seguimiento en la ejecución y alcance.
2. Utilizar instrumentos de control y seguimiento de las actividades de los proyectos para el cumplimiento de los cronogramas y metas, en coordinación con otras dependencias.
3. Identificar los incumplimientos en la ejecución de los proyectos de salud, para proponer acciones de solución o realizar ajustes en las fases afectadas, en coordinación con las áreas involucradas. b) No existe contrato de servicios profesionales suscrito por el instituto con dicha profesional para la prestación de los mismos durante el período que comprende el citado Proyecto.

No obstante lo anterior, la Médico Especialista en mención, según mapa quirúrgico y detalle de cirugías realizadas elaborado por Jefatura de Sala de Operaciones y Directora del Policlínico Zacamil ha prestado servicios a la Institución bajo el referido proyecto, durante los meses de marzo y abril del 2016.

Considerando dicho Equipo Auditor, como normativas incumplidas la Ley del Instituto Salvadoreño del Seguro Social, Normas Técnicas de Control Interno Especificas del ISSS, Norma para la Compra de Servicios Médicos Profesionales del Instituto Salvadoreño del Seguro Social de octubre 2012 y el Manual de Normas y Procedimientos de Remuneraciones del Instituto Salvadoreño del Seguro Social de marzo 2014.

El Departamento Gestión de Proyectos de Salud, inserta a la División Evaluación de la Calidad de Salud, cuyo objetivo primordial asignado es 'Planificar y controlar la ejecución de los proyectos del área de salud, estableciendo cronogramas de seguimiento según niveles de complejidad y prioridad, a través de hojas de ruta que delimiten los procesos en el tiempo asignado a cada tarea dentro del proyecto a fin de verificar el cumplimiento de los tiempos establecidos y las prioridades institucionales", estableciéndole funciones tales como:

1. Participar en la formulación de proyectos institucionales de salud, con el objetivo de verificar su seguimiento en la ejecución y alcance.
2. Utilizar instrumentos de control y seguimiento de las actividades de los proyectos para el cumplimiento de los cronogramas y metas, en coordinación con otras dependencias.
3. Identificar los incumplimientos en la ejecución de los proyectos de salud, para proponer acciones de solución o realizar ajustes en las fases afectadas, en coordinación con las áreas involucradas.
4. Evaluar el avance del cumplimiento de metas definidas en el Plan Anual de Trabajo, así como lo correspondiente a las actividades de los proyectos de salud formulados para cumplir con los objetivos institucionales.

5. Brindar asesoría técnica a las áreas de salud en los procesos de Formulación y Evaluación de Planes Institucionales para el corto, mediano y largo plazo.

6. Retroalimentar a la alta dirección y a los responsables de la gestión institucional, sobre los resultados en el cumplimiento de las metas y avance de los proyectos de salud para la toma de decisiones y superar las causas que han limitado los resultados esperados.

Lo cual está regulado en el MANUAL DE ORGANIZACIÓN DE LA SUBDIRECCIÓN DE SALUD, SEPTIEMBRE 2015.

Por lo que en ningún momento dentro de las funciones asignadas a ese Departamento estaba los procesos de contratación y pago de servicios médicos de cirugías oftalmológicas, en ese sentido solicito que la presunta deficiencia citada sea descartada ya que no tiene relación con el cargo que ocupaba en esa época, por no estar dentro del rol y funciones asignadas al puesto de trabajo que desempeñaba, solicitándoles la modificación de tal observación y desligarme de toda responsabilidad como funcionario público”.

El Jefe del Departamento de Gestión de Proyectos de Salud nos remite nota de fecha 7 de diciembre de 2016, en la cual manifiesta lo siguiente: **RESPUESTA A LAS VALORACIONES DE LOS AUDITORES:**

Se cuestiona el manejo administrativo del proyecto en el sentido que se provocó una demora de casi 3 meses para la formalización de la contratación de los servicios profesionales de los médicos especialistas, asimismo se dice que no se comprende la razón de no incluir a la Dra. [REDACTED] desde el inicio del proyecto.

Al respecto, desde el punto de vista de la formulación de los contratos de servicios profesionales a la que se hace referencia; en fecha 18 de agosto de 2014, la asistente de la Subdirección de Salud envió los lineamientos para la modificación de proceso de compra de servicios médico profesionales estipulando que “será total responsabilidad del Centro de Atención enviar la documentación en los términos establecidos y sin errores”.

Estos lineamientos en vigencia a partir de las contrataciones correspondientes al 2015, instruye en el apartado 3: "Ninguna dependencia de la Subdirección de Salud, ni administrativa tendrá funciones de revisar que los procedimientos seguidos a nivel local, estén de acuerdo a lo establecido en la Norma de Compra de Servicios Médicos Profesionales, por lo tanto será responsabilidad de cada Director cualquier implicación legal por errores cometidos a nivel local, así como también el retraso de la emisión de la documentación, si remiten con inconsistencias la información". Estos lineamientos fueron dados a conocer a todos los directores del ISSS vía correo electrónico en la fecha mencionada.

En el mismo ámbito, enmarcados en el proyecto de Oftalmología, como Jefatura del Departamento de Gestión de Proyectos de Salud, en fecha 22 de febrero de 2016, previo al inicio de estos servicios, se enviaron nuevamente estos instructivos a la

Dirección y a la Jefatura de Sala de Operaciones del Hospital Policlínico Zacamil para que se hiciera la respectiva formulación de los contratos por lo cual no se fundamenta concluir que la Dirección del Hospital P. Zacamil no tuvo el apoyo para generar los contratos en forma oportuna por parte de la Jefatura de Gestión de Proyectos de Salud”.

El Subdirector de Salud que se desempeñó en el período que comprende el Examen Especial, no presentó comentarios específicos relacionados con este hallazgo contenido en nota de convocatoria a lectura de Borrador de Informe REF. DA4-1036-04/2016 de fecha 28 de noviembre de 2016, entregada en esa misma fecha.

Comentario de los Auditores

Luego de analizar los comentarios vertidos por la administración del ISSS posterior a la lectura del Borrador de Informe, ratificamos nuestros argumentos, en el sentido de que cuestionamos el manejo administrativo del proyecto, lo cual provocó una demora de casi tres meses para la formalización de la contratación de los servicios profesionales con los médicos especialistas, asimismo no comprendemos la razón de no incluir a la [REDACTED] Médico Especialista desde el inicio del proyecto, cuando según datos proporcionados fue una de las profesionales que inició con las actividades del mismo.

Además, no son aceptables los argumentos de la administración al justificar que por una necesidad de urgencia institucional derivada de la oposición de ciertos médicos, la profesional cuestionada prestó sus servicios sin contar con un contrato que garantice el cumplimiento de obligaciones y derechos de las partes en beneficio de los derechohabientes, ya que todo funcionario público está obligado a cumplir el marco legal aplicable y eso implica de sobremanera el respeto al debido proceso.

Por otra parte, la administración confirma que mediante solicitud de la Directora del Hospital Policlínico Zacamil, con fecha 13 de junio de 2016 se emitió el Acuerdo de Dirección General No. 2016-07-0283 en el que sí se encuentra contenida la referida especialista; lo cual indica que efectivamente esa profesional durante los meses de marzo y abril prestó sus servicios sin la autorización debida.

Respecto al comentario de la administración, quien enfatiza que la formalización administrativa de un contrato está por encima del planteamiento del Proyecto de Contingencia... que implicaba atender una emergencia en el Instituto al buscar brindar los servicios a los pacientes oftalmológicos en forma oportuna...”, le manifestamos que una de las funciones encomendada a los auditores, es la verificación del debido proceso en la contratación de servicios, para garantizar que estos cumplan con los

términos de calidad y otros aspectos requeridos; la falta de un documento contractual limita exigir el cumplimiento de responsabilidades y obligaciones de quienes incumplan.

3. INCOMPATIBILIDAD DE CONTRATACION POR VINCULO FAMILIAR.

Comprobamos que durante el periodo examinado la [REDACTED] Medico Oftalmólogo del Consultorio de Especialidades del ISSS, fue beneficiada con el otorgamiento de contrataciones en la Modalidad de Compras de Servicios Médicos Profesionales en el Hospital General y en otros hospitales, las cuales fueron autorizadas por el actual Director General a pesar de existir un vínculo familiar en primer grado de afinidad con la mencionada doctora.

Las contrataciones aludidas durante el periodo examinado, se detallan a continuación:

N°	TIPO DE NOMBRAMIENTO	PERIODO DE NOMBRAMIENTO	COMPLEJIDA AUTORIZADA	N° ACUERDO O RESOLUCION	PAGOS EN UNIDADES VALORATIVAS
1	COMPRA DE SERVICIOS MEDICOS PROFESIONALES	01/01 AL 31/12/2015	BAJA: 1 Y 2 U.V. MODERA: 4 Y 7 U.V. ALTA: 10 U.V.	ACUERDO DIRECCION GENERAL N° 2014-09-0453	\$ 16.95 POR UNIDADES VALORATIVAS Y SEGÚN LA COMPLEJIDAD QUE REALICE
2	COMPRA DE SERVICIOS MEDICOS PROFESIONALES	01/01 AL 30/04/2016	BAJA: 1 Y 2 U.V. MODERA: 4 Y 7 U.V. ALTA: 10 U.V.	ACUERDO DIRECCION GENERAL N° 2015-10-0335	\$ 16.95 POR UNIDADES VALORATIVAS Y SEGÚN LA COMPLEJIDAD QUE REALICE
3	COMPRA DE SERVICIOS MEDICOS PROFESIONALES	01/05 AL 31/12/2016	BAJA: 1 Y 2 U.V. MODERA: 4 Y 7 U.V. ALTA: 10 U.V.	ACUERDO DIRECCION GENERAL N° 2016-05-0229	\$ 16.95 POR UNIDADES VALORATIVAS Y SEGÚN LA COMPLEJIDAD QUE REALICE

La Ley de Ética Gubernamental, febrero 2012:

En el Capítulo I: DISPOSICIONES GENERALES Y DEFINICIONES, en el Ámbito de aplicación, Art. 2.- que textualmente establece: “Esta Ley se aplica a todos los servidores públicos, permanentes o temporales, remunerados o ad-honorem, que ejerzan su cargo por elección, nombramiento o contrato, que presten servicio en la administración pública, dentro o fuera del territorio nacional...”

Y en las Definiciones, que textualmente establece el Art. 3.- “Para los efectos de esta ley se entiende por: específicamente en el literal “j”: Conflicto de intereses. Son aquellas situaciones en que el interés personal del servidor público o sus parientes dentro del cuarto grado de consanguinidad y segundo de afinidad, entran en pugna con el interés público”.

En el Capítulo II: NORMAS ÉTICAS; en los Deberes Éticos, que textualmente establece el Art. 5.- “Toda persona sujeta a esta Ley debe cumplir los siguientes deberes éticos: específicamente en el literal “c”: Excusarse de intervenir o participar en asuntos en los cuales él, su cónyuge, conviviente, parientes dentro del cuarto grado de consanguinidad o segundo de afinidad o socio, tengan algún conflicto de interés”.

Y en las Prohibiciones éticas, que textualmente establece el Art. 6.- “Son prohibiciones éticas para las personas sujetas a esta Ley: específicamente el Literal “h”: Nombrar, contratar, promover o ascender en la entidad pública que preside o donde ejerce autoridad, a su cónyuge, conviviente, parientes dentro del cuarto grado de consanguinidad o segundo de afinidad o socio, excepto los casos permitidos por la ley”.

Las Disposiciones Generales del Presupuesto:

En el Capítulo III: RELACIONADOS CON EL PERSONAL, en la Incompatibilidad originada por el parentesco, en el Art. 93.- que textualmente establece: “Queda terminantemente prohibido que sea nombrada para llenar una plaza de Ley de Salarios o de planillas en una oficina, dependencia o Ramo, una persona que sea cónyuge o pariente dentro del cuarto grado de consanguinidad o segundo de afinidad de alguno de los jefes de la misma oficina, dependencia o Ramo, salvo que dicha persona ya se encuentre prestando servicios en la misma oficina, dependencia o Ramo, y en consecuencia el nuevo nombramiento sólo constituya traslado o ascenso dentro del orden regular del movimiento del personal...”

Y en la Incompatibilidad originadas por el parentesco con motivo de licencias a empleados, en el Art. 94.- que textualmente dice: “Queda terminantemente prohibido nombrar en sustitución de funcionarios o empleados a quienes se concede licencia con o sin goce de sueldo, al cónyuge y a sus parientes dentro del cuarto grado de consanguinidad o segundo de afinidad”.

La deficiencia fue ocasionada por el Director General de la Institución, al suscribir acuerdos de nombramiento y contratos de compra de servicios con la médico especialista, con quien mantiene parentesco dentro del primer grado de afinidad.

Contratar parientes dentro del primer grado de afinidad no favorece la transparencia en la gestión del recurso humano de la institución.

Comentarios de la Administración

El señor Director General del ISSS nos remite nota sin referencia de fecha 19 de agosto de 2016, en la cual manifiesta lo siguiente: “...Sobre esta deficiencia, presento las explicaciones pertinentes y los documentos que se relacionan a continuación para que sea modificado y eliminado dicho señalamiento:

Respecto de los interinatos y la plaza permanente de la doctora [REDACTED].

(i) El 27 de febrero de 2012, el Consejo Directivo del ISSS, mediante Acuerdo #2012-0250.FEB., contenido en Acta 3450, autorizó la contratación de forma interina de la doctora [REDACTED] oftalmóloga, por incapacidad del doctor [REDACTED] del período del 24 de enero de 2012 al 30 de marzo de 2012, por Ley de Salarios, con salario mensual de US\$1094.48.

(ii) El 16 de abril de 2012, mediante propuestas de nombramiento, la Jefatura del Servicio de Oftalmología y la Directora Médica del Consultorio de Especialidades, promueven la contratación de forma interina de la doctora [REDACTED] oftalmóloga, por licencia de la doctora [REDACTED] del período del 17 de abril del 2012 al 30 de mayo de 2012, por Ley de Salarios, con salario mensual de US\$291.86, para el caso de 2 horas plaza, y US\$510.76, para el caso de 3.5 horas plaza.

(iii) El 11 de Junio de 2012, el Consejo Directivo del ISSS, mediante Acuerdo #2012-0697.JUN., contenido en Acta 3464, aprobó la contratación de forma interina de la doctora [REDACTED] oftalmóloga, por renuncia de la doctora [REDACTED] del período del 12 de junio de 2012 al 9 de Septiembre de 2012, por Ley de Salarios, con salario mensual de US\$802.62.

(iv) El 24 de Septiembre de 2012, el Consejo Directivo del ISSS, mediante Acuerdo #2012-1251.SEP., contenido en Acta 3481, aprobó a partir del 10 de Septiembre de 2012, el nombramiento de forma permanente de la doctora [REDACTED] oftalmóloga, por renuncia de la doctora [REDACTED] por Ley de Salarios, con salario mensual de US\$802.62.

(v) El 16 de mayo de 2014, a solicitud de la Directora del Consultorio de Especialidades, el Director General del ISSS, [REDACTED] autorizó otorgarle dos horas médicos a la doctora [REDACTED] para totalizar con 7.5 horas contratadas.

De los Acuerdos antes relacionados (#2012-0250.FEB., #2012-0697.JUN. y #2012-1251.SEP.), se desprende que el Consejo Directivo, fue quien decidió y autorizó la contratación de la doctora [REDACTED] como trabajadora interina y permanente del Instituto Salvadoreño del Seguro Social.

Asimismo, mediante las propuestas de nombramiento presentadas, se colige que los responsables de la propuesta de contratación de la doctora [REDACTED] en el período comprendido entre el 17 de abril y el 17 de mayo de 2012 (ii), fueron las jefaturas del Servicio de Oftalmología y la Dirección del Consultorio de Especialidades y para la ampliación de dos horas fue el Director General del ISSS, [REDACTED] quien las autorizó. Lo anterior demuestra que jamás participé en el proceso de contratación -interina o permanente- de la doctora [REDACTED] en el Instituto Salvadoreño del Seguro Social, y por ende resulta inaplicable en mi contra lo dispuesto en el Art. 5 letra "c)" de la Ley de Ética Gubernamental, que manda a que las personas sujetas a dicha Ley, se excusen de intervenir o participar en asuntos en los cuales mi persona, mi cónyuge, conviviente, parientes dentro del cuatro grado de

consanguinidad o segundo de afinidad o socio, tengan algún conflicto de interés, lo cual también supone que no he incurrido en ningún incumplimiento relacionado con el Art. 3 de dicha Ley, que se refiere a los conflictos de intereses.

Lo mismo ocurre en relación al Art. 6 de la Ley de Ética Gubernamental que se incluye en la deficiencia arriba señalada, ya que en ningún momento promoví o decidí sobre la contratación de la doctora [REDACTED] en el ISSS, por lo que en consecuencia este servidor tampoco ha trasgredido la prohibición señalada en el Art. 6 de la Ley de Ética Gubernamental.

Basta revisar el contenido de los Acuerdos y propuestas presentados y arriba señalados, en los cuales claramente se lee que el poder decisorio en TODAS las contrataciones de la doctora [REDACTED] recayó en el Consejo Directivo del ISSS por ser el órgano superior a quien la Ley del Seguro Social ha otorgado expresamente la facultad de autorizar la contratación del personal técnico a propuesta del Director General; en las jefaturas del Servicio de Oftalmología y la Dirección del Consultorio de Especialidades para el caso del período comprendido entre el 17 de abril y el 17 de mayo de 2012 (ii) y para la ampliación de dos horas fue el Director General del ISSS, [REDACTED] quien las autorizó Sumado a lo anterior, es preciso acotar que en el año 2012, el cargo de Director General del ISSS recayó [REDACTED] desempeñándome en mi caso como Subdirector General del ISSS, cargo en el que únicamente se ejecutan las atribuciones del Director General cuando éste falta.

En conclusión y con la contundencia y claridad de las pruebas presentadas se demuestra que no he tenido ninguna participación o injerencia en las contrataciones de la doctora [REDACTED] ni fue de mi competencia decidir sobre su contratación como trabajadora del ISSS, por lo que se me debe liberar de los incumplimientos a los Artículos 5 literal "c)" y 6 literal "h)", respectivamente, de la Ley de Ética Gubernamental, en relación a los deberes éticos y prohibiciones éticas, respectivamente.

Respecto de la contratación de la doctora [REDACTED] en la Modalidad de Compras de Servicios Médicos Profesionales en el Hospital General y en otros hospitales.

En cuanto a un supuesto beneficio de dicha profesional por haber sido contratada bajo la modalidad de compra de servicios médicos, en la especialidad de Oftalmología, es de aclarar que lo anterior no es cierto ya que dicha forma de contratación se encuentra respaldada en el Acuerdo de Dirección General 2014-09-0453, de fecha 26 de septiembre de 2014, por el plazo comprendido del 1 de enero al 31 de diciembre de 2015; contratación prorrogada hasta el 30 de abril del 2016, conforme al Acuerdo de Dirección General 2015-10-0335, de fecha 1 de octubre de 2015, rezando en el respectivo contrato en concordancia con los citados Acuerdos, que la doctora [REDACTED] prestaría sus servicios médicos en el Hospital General o en cualquier Hospital

del área metropolitana del Instituto Salvadoreño del Seguro Social, como lo es el Hospital Policlínico Zacamil.

Posterior al vencimiento del contrato prorrogado (30 de abril de 2016), se contrató nuevamente a la doctora [REDACTED] bajo la misma modalidad y especialidad, mediante Acuerdo de Dirección General 2016-05-0229, de fecha 30 de mayo de 2016, para el período comprendido del 1 de mayo al 31 de diciembre de 2016; permaneciendo la condición que los servicios profesionales durante el plazo, serían prestados en el Hospital General o en cualquier Hospital del área metropolitana del Instituto Salvadoreño del Seguro Social.

Al analizar ambas contrataciones, es fácil advertir que éstas han sido ejecutadas considerando como marco regulatorio la Norma para la Compra de Servicios Médicos Profesionales.

Dicha Norma señala que la compra de los servicios médico asistenciales y de procedimientos médico-quirúrgicos, diagnósticos y terapéuticos serán determinados en tiempo y lugar por las autoridades locales de cada centro de atención, sustentando dicha actividad a través de acuerdos de Dirección General y los contratos firmados por las partes involucradas.

En otras palabras, la gestión y decisión de realizar la compra de servicios médico profesionales corresponde a las autoridades locales de cada centro de atención, a partir de la necesidad de compra de servicios médico asistenciales y de procedimientos médico-quirúrgicos, diagnósticos y terapéuticos, determinando además, el tiempo y lugar en que deberán ser prestados los servicios que se contraten.

En mi caso, no he fungido como Director Local en ningún centro de atención del ISSS, por lo tanto, no ha estado a mi cargo la contratación de ningún profesional bajo la modalidad de Compras de Servicios Médicos Profesionales en el Hospital General y en otros hospitales del Instituto Salvadoreño del Seguro Social.

Simplemente mi participación se limita, tal como lo describe dicha Norma, a la suscripción de acuerdos y contratos que respaldan la prestación de los servicios que voluntariamente han sido contratados por las partes contratantes, para el caso, los diferentes directores locales y los profesionales que han sido contratados por los primeros.

Es decir, que para tales contrataciones solamente comparezco en mi calidad de representante legal del ISSS en los respectivos documentos contractuales que amparan la contratación de los médicos bajo la modalidad de compra de servicios médico asistenciales y de procedimientos médico-quirúrgicos, diagnósticos y terapéuticos que aparecen en dicha Norma; sin embargo, como lo anote anteriormente la contratación depende exclusivamente de las autoridades de los centros de atención, quienes evalúan para la necesidad de los servicios la urgencia, pertinencia y procedencia de la contratación de servicios médicos.

Así las cosas, resulta nuevamente en base a las pruebas y argumentos presentados, que no existe de mi parte ningún incumplimiento a lo dispuesto en el Art. 3 de la Ley de

Ética Gubernamental, puesto que no ha habido ningún conflicto de interés suscitado a raíz de la contratación de la doctora [REDACTED] contratada bajo la modalidad de compra de servicios médicos, en la especialidad de Oftalmología, toda vez que como dije anteriormente, los responsables de gestionar su contratación bajo dicha modalidad han sido los directores locales, tal como lo indica la Norma para la Compra de Servicios Médicos Profesionales.

En ese sentido, no ha sido mi persona en el carácter de Director General del ISSS, quien justificó, gestionó y decidió sobre la contratación de la doctora [REDACTED] [REDACTED] bajo la modalidad de compra de servicios médicos en el ISSS, por lo tanto, se me debe liberar también de los incumplimientos a los que se refieren los Artículos 5 literal "c)" y 6 literal "h)" de la Ley de Ética Gubernamental, en relación a los deberes éticos y prohibiciones éticas, respectivamente.

En relación al presunto incumplimiento del CAPITULO III, RELACIONADOS CON EL PERSONAL en los artículos 93 y 94 de las Disposiciones Generales de Presupuestos, que se refieren a la incompatibilidad originada por el parentesco y la incompatibilidad originadas por el parentesco con motivo de licencias a empleados, respectivamente, y siguiendo el orden con el que he ido realizando puntualmente las explicaciones pertinentes, para que sea modificado y eliminado el señalamiento realizado en el número 2 del anexo comunicado que contiene los resultados preliminares, le expongo lo siguiente:

a. Respecto al Art. 93 de las Disposiciones Generales de Presupuestos:

Como se indicó en los apartados precedentes, para esta normativa -presuntamente incumplida ratifico todas y cada una de dichas explicaciones, así como la evidencia documental que se adjunta, puesto que no he incurrido en la prohibición señalada en el Art. 93 de las Disposiciones Generales de Presupuestos, sostengo lo anterior, en virtud, que tal como su equipo de delegados podrá confirmar, la contratación de la Dra. [REDACTED] [REDACTED] en forma interina, como su nombramiento en propiedad, y la compra de servicios médicos profesionales en los períodos señalados, no han sido gestionadas por este servidor, ni se ha nombrado a la referida profesional en la misma oficina o centro de costos en los que he estado destacado durante mi desempeño en el Instituto.

La disposición -presuntamente incumplida- denominada "Incompatibilidad originada por el parentesco" específicamente señala: "Art. 93.- Queda terminantemente prohibido que sea nombrada para llenar una plaza de Ley de Salarios o de planillas en una oficina, dependencia o Ramo, una persona que sea cónyuge o pariente dentro del cuarto grado de consanguinidad o segundo de afinidad de alguno de los jefes de la misma oficina, dependencia o Ramo, salvo que dicha persona ya se encuentre prestando servicios en la misma oficina, dependencia o Ramo, y en consecuencia el nuevo nombramiento sólo constituya traslado o ascenso dentro del orden regular del movimiento del personal...".

En ese contexto, vale recordar, que mi nombramiento como Director General del ISSS, fue a partir del mes de junio del año dos mil catorce, tal como se puede corroborar en el Acuerdo Ejecutivo número 68 de fecha 11 de junio de 2014, mediante el cual el señor

Presidente Constitucional de la República, SALVADOR SÁNCHEZ CEREN, me nombró a partir de esa misma fecha, como Director General del Instituto Salvadoreño del Seguro Social.

En tal sentido, las contrataciones en forma interina de la Dra. [REDACTED] conforme a las propuestas de nombramiento y las justificaciones de las mismas no fueron gestionadas y/o autorizadas por mi persona -presupuesto que requiere la disposición legal transcrita para incurrir o ser responsable de esa prohibición- sino que se realizaron a solicitud del Jefe de Servicio respectivo, según las necesidades institucionales de ese momento, y culminaron con la aprobación de la contratación por las autoridades correspondientes, es decir, Consejo Directivo del ISSS y Director General, según el caso, quienes fungían y ejercían dichos cargos en los períodos señalados.

Además, la contratación en permanencia de la referida profesional, que también fue realizada en el año 2012, fue aprobada por la máxima autoridad del ISSS, es decir, por el Consejo Directivo, lo que se puede corroborar por medio del Acuerdo emitido por dicha autoridad en fecha 24 de septiembre de 2012, con #2012-1251.SEP.

Por otro lado, en lo que respecta a la contratación en la modalidad de "Compra de Servicios Médicos Profesionales", tal como lo he venido señalando, las contrataciones de la Dra. [REDACTED] se han realizado en total cumplimiento a lo establecido en el NORMA PARA LA COMPRA DE SERVICIOS MÉDICOS PROFESIONALES (Octubre 2012), normativa que legitima la emisión de los Acuerdos DG Nos. 2014-09-0453, 2015-10-0335 y 2016-05-0229, los cuales fueron autorizados y se suscribieron los respectivos contratos de prestación de servicios profesionales, tomando en cuenta que fue determinado en tiempo y lugar por las autoridades locales de cada centro de atención, quienes son los facultados legalmente para tramitar dichas contrataciones.

Tomando en cuenta las explicaciones antes realizadas, que guardan estrecha relación con las planteadas en los apartados que preceden, así como la documentación relacionada que se adjunta al presente, soy de la plena convicción que no he incurrido en el presunto incumplimiento al Art. 93 de las Disposiciones Generales de Presupuestos.

b. En lo relativo al Art. 94 de las Disposiciones Generales de Presupuestos:

Como he venido sosteniendo, y estrechamente vinculado a las explicaciones realizadas en los apartados precedentes, no he incurrido en la prohibición señalada en el Art. 94 de las Disposiciones Generales de Presupuestos, que textualmente establece: "Art. 94.- Queda terminantemente prohibido nombrar en sustitución de funcionarios o empleados a quienes se concede licencia con o sin goce de sueldo, al cónyuge y a sus parientes dentro del cuarto grado de consanguinidad o segundo de afinidad."

Sostengo lo anterior, en virtud que tal como lo he señalado y siguiendo la suerte de las explicaciones realizadas para el Art. 93 de las Disposiciones Generales de Presupuestos, los nombramientos -a plazo- para realizar interinatos, así como el

nombramiento en permanencia, y la compra de servicios médicos profesionales a favor de la Dra. [REDACTED] no han sido gestionados ni aprobados por esta autoridad”.

El señor Director General del ISSS nos remita nota sin referencia de fecha 13 de diciembre de 2016, en la cual manifiesta lo siguiente: “...**COMENTARIOS A LAS VALORACIONES DE LOS AUDITORES:**

En este apartado considero que no se ha hecho una correcta valoración de los argumentos y documentación que se adjuntó con el fin de desvanecer dicho hallazgo, irrespetando el Art. 450 de la Normas de Auditoría Gubernamental que dice: *"El equipo de auditores debe analizar los comentarios y documentación presentada por la administración:*

1) Si las deficiencias han sido superadas;
2) Si las deficiencias constituyen asuntos menores, éstas deben ser comunicadas al titular de la entidad, en carta a la gerencia; 3) *Si las deficiencias constituyen hallazgos éstos deben incluirse en el Borrador de Informe de Auditoría, los cuales deber ser desarrollados con todos sus atributos."*

Lo anterior porque se sigue atribuyendo responsabilidad pese a que se le ha explicado ampliamente y justificado con la documentación respectiva que el nombramiento del señor Director General del ISSS, fue a partir del mes de junio del año 2014, tal como se puede corroborar en el Acuerdo Ejecutivo número 68 de fecha 11 de junio de 2014, mediante el cual el señor Presidente Constitucional de la República, SALVADOR SÁNCHEZ CEREN, nombró a mi apoderado a partir de esa misma fecha, como Director General del Instituto Salvadoreño del Seguro Social.

En tal sentido, las contrataciones en forma interina de la Dra. [REDACTED] conforme a las propuestas de nombramiento y las justificaciones de las mismas no fueron gestionadas y/o autorizadas por mi apoderado -presupuesto que requiere la disposición legal transcrita para incurrir o ser responsable de esa prohibición- sino que se realizaron a solicitud del Jefe de Servicio respectivo, según las necesidades institucionales de ese momento, y culminaron con la aprobación de la contratación por las autoridades correspondientes, es decir, Consejo Directivo del ISSS y Director General, según el caso, quienes fungían y ejercían dichos cargos en los períodos señalados.

Además, la contratación en permanencia de la referida profesional, que también fue realizada en el año 2012, fue aprobada por la máxima autoridad del ISSS, es decir, por el Consejo Directivo, lo que se puede corroborar por medio del Acuerdo emitido por dicha autoridad en fecha 24 de septiembre de 2012, con #2012-1251.SEP.

Por otro lado, en lo que respecta a la contratación en la modalidad de *"Compra de Servicios Médicos Profesionales"*, tal como lo he venido señalando, las contrataciones de la Dra. [REDACTED] se han realizado en total cumplimiento a lo establecido en el NORMA PARA LA COMPRA DE SERVICIOS MÉDICOS

PROFESIONALES (Octubre 2012), normativa que legitima la emisión de los Acuerdos DG Nos. 2014-09-0453, 2015-10-0335 y 2016-05-0229, los cuales fueron autorizados y se suscribieron los respectivos contratos de prestación de servicios profesionales, pero el haberla suscrito no implica que mi representado tomo la decisión de contratarla sino que lo anterior fue determinado en tiempo y lugar por las autoridades locales de cada centro de atención, quienes son los facultados legalmente para tramitar dichas contrataciones.

Es decir ampliamente se le explicó a esa Auditoría, que en los casos de la Dra. [REDACTED] [REDACTED] los procesos de contratación derivaron de necesidades de los Centros de Atención quienes eran los que requerían sus servicios y quienes tramitaban ante las autoridades correspondientes, no teniendo mi representado ninguna injerencia en las contrataciones, ni fue de su competencia decidir sobre su contratación como trabajadora del ISSS ya que no ha ejercido el cargo de donde surge el requerimiento de contratación, por lo que se debe liberar de los incumplimientos señalados por esa Auditoría a la Ley de Ética Gubernamental y las Disposiciones Generales de Presupuestos, ya que en ningún momento utilizó su cargo para favorecer a esa persona".

Comentario de los Auditores

En relación a los comentarios de la administración se confirma que la médico especialista [REDACTED] ingresó a la institución mediante acuerdo del Consejo Directivo del ISSS No. 2012-0250.FEB de fecha 27 de febrero de 2012, desde entonces ya mantenía vínculo familiar con el actual Director General del Instituto Salvadoreño del Seguro Social, según consta en la Declaración Jurada sobre Familias que en un principio no estaba incorporada en el expediente de personal que obra en el archivo de la Unidad de Recursos Humanos del Instituto.

No obstante, la existencia de ese vínculo familiar, la referida médica especialista fue contratada por el Titular de la institución bajo la modalidad de servicios profesionales durante el periodo examinado, justificando que fue una decisión tomada por la autoridad local, lo cual no se muestra con documentación suficiente y pertinente; en tal sentido, la observación se mantiene.

5. Conclusión de la Auditoría de Examen Especial

De los resultados del Examen Especial al Instituto Salvadoreño del Seguro Social por Presuntas Irregularidades Cometidas por el Director General en la Contratación y Pago de Servicios Médicos de Cirugías Oftalmológicas y Evaluación del Cumplimiento de Condiciones de Infraestructura Física y de Servicios Médicos y de Apoyo por Traslado de Equipo de Cirugías Oftalmológicas del Hospital General hacia el Hospital Policlínico

Zacamil, del 1 de Noviembre de 2015 al 30 de Abril de 2016, en lo que respecta a los hechos denunciados, concluimos lo siguiente:

- 1) No encontramos ningún incumplimiento a los procedimientos establecidos en la Ley de Adquisiciones y Contrataciones de la Administración Pública (LACAP), en relación a los procesos de contratación por libre gestión de los servicios médicos de cirugías oftalmológicas efectuados por la Dirección del ISSS, durante el período comprendido del 01 de noviembre de 2015 al 30 de abril de 2016, y de la Contratación Directa de Servicios de Vitrectomías para pacientes del Consultorio de Especialidades.
- b) En cuanto al traslado del servicio y equipo médico de cirugías oftalmológicas del Hospital General al Policlínico Zacamil, concluimos que dicho traslado fue procedente, en razón de que “existe base legal suficiente y clara para la toma de decisiones como lo son: la clasificación y modificación de las unidades hospitalarias, o ampliación en los servicios de las mismas. Por supuesto el traslado de quirófanos del Servicio de Oftalmología del Hospital General al Hospital Policlínico Zacamil, del Instituto Salvadoreño del Seguro Social, obedeció a decisiones administrativas que fueron amparadas a la luz de sus facultades legales, análisis de requerimientos técnicos pertinentes y documentadas mediante el correspondiente acuerdo o acuerdos (Art. 14 y 18 de la Ley del Instituto Salvadoreño del Seguro Social)”.

No obstante lo anterior, es de mencionar que esa decisión tomada por el señor Director General del ISSS, fue acompañada de un incumplimiento al procedimiento establecido para la elaboración o modificación de la Norma de Cirugía Oftalmológica Ambulatoria del ISSS, vigente a partir del mes de julio de 2015, ya que no se documentó en sus diferentes fases el proceso de elaboración, validación y divulgación entre el personal de la dependencia y personal médico especialista directamente relacionado, siguiendo el debido proceso establecido en el Manual de Normas y Procedimientos de Estandarización y Normalización de Documentos, establecido por la misma administración del ISSS.

Asimismo, se constató la existencia de Acta No. 3648 de fecha tres de noviembre de 2015 aprobada en Sesión de Consejo Directivo del Instituto Salvadoreño del Seguro Social (ISSS), la que en su texto contiene el numeral 2.3, comunicado de la Dirección General del ISSS, relacionado al traslado de la parte quirúrgica de oftalmología en el hospital Zacamil, donde se hace constar que el señor Subdirector General del ISSS, informó al Consejo Directivo sobre el traslado de la parte quirúrgica de oftalmología en el Hospital Zacamil, el comunicado al que hace referencia es de fecha 29 de octubre de 2015.

- 3) Se confirma el vínculo familiar entre la Dra. [REDACTED] y el Director General del Instituto Salvadoreño del Seguro Social, con el nombramiento en plazas interina y permanente; y el otorgamiento de contrataciones en la Modalidad de compras de servicios médicos profesionales.

6. Análisis de informe de auditoría interna y externa

En cuanto a los informes de auditoría interna, se nos informó que no han realizado exámenes especiales relacionados con los casos investigados.

De igual manera, la administración no contrató servicios de auditoría externa para el caso en particular.

7. Seguimiento a Recomendaciones de Auditorías Anteriores

Por tratarse de una denuncia, en los archivos de la Dirección de Auditoría Cuatro no tienen informes de auditoría, que contengan recomendaciones vinculadas a los hechos denunciados; en consecuencia no se generó ningún seguimiento.

Este informe se refiere únicamente al Examen Especial por presuntas irregularidades cometidas por el Director General en la contratación y pago de servicios médicos de cirugías oftalmológicas y evaluación del cumplimiento de condiciones de infraestructura física y de servicios médicos y de apoyo por traslado de equipo de cirugías oftalmológicas del Hospital General hacia el Hospital Policlínico Zacamil, del 1 de noviembre de 2015 al 30 de abril de 2016, se ha elaborado para informar a los funcionarios y servidores actuantes, su uso es exclusivo de la Corte de Cuentas de la Republica.

San Salvador, 27 de julio del 2017.

DIOS UNIÓN LIBERTAD

Dirección de Auditoría Cuatro



Nota: " Esta es una versión pública a la cual se le ha suprimido la información confidencial o declarada reservada de conformidad con la Ley de Acceso a la Información Pública"