

**El Cobro de los Servicios de Salud y la Afectación
en la Facturación del HOSPIESAJ SA, 2023**

**The Collection of Health Services and Its
Impact on the Billing of HOSPIESAJ SA, 2023**

Luis Eduardo González-Muñoz¹
Universidad Técnica de Manabí
lgonzalez2598@utm.edu.ec

Nancy Paola Carreño-Arteaga²
Universidad Técnica de Manabí
nancy.carreno@utm.edu.ec

doi.org/10.33386/593dp.2025.5.3573

V10-N5 (sep-oct) 2025, pp 834-846 | Recibido: 03 de octubre del 2025 - Aceptado: 14 de octubre del 2025 (2 ronda rev.)

¹ Empleado privado, asistente contable, Ing CPA contabilidad y auditoria.

² Ingeniera en Banca y Negocios por la Universidad Particular San Gregorio de Portoviejo. Diplomado Superior en Tributación y Magíster en Auditoría Integral por la Universidad Técnica Particular de Loja. Estudiante de Doctorado en Administración de Empresas en la UIIX.

Descargar para Mendeley y Zotero

RESUMEN

El presente estudio tuvo como objetivo analizar el control de la facturación y su incidencia en el cobro de los servicios de salud del HOSPIESAJ S.A. durante el año 2023, identificando los principales factores que influyen en los procesos de validación y pago, así como la normativa legal que los regula.

La investigación se desarrolló bajo un enfoque mixto, de nivel descriptivo y diseño no experimental, tomando como unidad de análisis el departamento de convenios, responsable de gestionar dichos procesos. La muestra estuvo conformada por seis procesos de facturación correspondientes a servicios prestados a la Red Pública Integral de Salud (RPIS). Para la recolección de información se aplicó una entrevista semiestructurada, dirigida a la jefa del departamento de convenios y directora médica administrativa complementada con un análisis de datos estadísticos.

El resultado evidencia la existencia de archivos planos sin auditar y deficiencias en la gestión administrativa, lo que afecta la oportunidad del cobro de los servicios de salud. Se identificó además la necesidad de fortalecer la normativa interna y los procedimientos de validación documental.

En conclusión, se recomienda la elaboración de un normativo institucional que permita informar de manera oportuna a todas las áreas involucradas sobre los cambios en la normativa, formularios y políticas de la RPIS, con el fin de implementar de inmediato los ajustes requeridos y asegurar la recuperación eficiente de los valores facturados.

Palabras clave: servicios de salud; facturación; RPIS; archivos planos; departamento de convenios.

ABSTRACT

The objective of this study was to analyze the control of billing and its incidence in the collection of health services of HOSPIESAJ S.A. during the year 2023, identifying the main factors that influence the validation and payment processes, as well as the legal regulations that regulate them. The research was developed under a mixed approach, descriptive level, and non-experimental design, taking as the unit of analysis the conventions department, responsible for managing these processes. The sample consisted of six billing processes corresponding to services provided to the Comprehensive Public Health Network (RPIS). A semi-structured interview was applied to the head of the agreements department and administrative medical director, complemented by an analysis of statistical data. The result shows the existence of flat unaudited files and deficiencies in administrative management, which affects the timeliness of payment for health services. The need to strengthen internal regulations and document validation procedures was also identified. In conclusion, it is recommended that an institutional regulation be developed that allows all the areas involved to be informed in a timely manner about the changes in the regulations, forms and policies of the RPIS, in order to immediately implement the required adjustments and ensure the efficient recovery of the invoiced values.

Keywords: health services; billing; RPIS; flat files; convention department.

Introducción

El proceso de facturación por la prestación de servicios de salud dentro del convenio con la Red Pública Integral de Salud (RPIS) constituye hoy uno de los mayores desafíos administrativos y financieros para los prestadores privados en Ecuador. Su complejidad se origina en la multiplicidad de procedimientos, auditorías y normativas que rigen la relación entre el sector público y la red complementaria. En este contexto, las constantes objeciones, devoluciones y retrasos en los pagos por parte de las entidades contratantes no solo evidencian fallas estructurales del sistema, sino que además comprometen la sostenibilidad de los hospitales y clínicas que dependen de estos recursos para mantener su operatividad (Jijón, 2022; Cedeño et al., 2024).

La gestión de la facturación hospitalaria trasciende el ámbito contable o administrativo: constituye un eje estratégico en la gobernanza de los servicios de salud, al garantizar la trazabilidad y transparencia de los recursos públicos destinados a la atención médica (OMS, 2023). Cuando los procesos de auditoría y pago presentan inconsistencias o dilaciones prolongadas, se produce un desbalance financiero que repercute directamente en la calidad del servicio, la estabilidad laboral del personal sanitario y la continuidad de los tratamientos. En Ecuador, los hospitales privados integrados a la RPIS enfrentan este panorama con creciente preocupación, en un entorno caracterizado por débil articulación interinstitucional y un marco regulatorio en constante revisión (Villacrés & Mena, 2017).

El Ministerio de Salud Pública del Ecuador (MSP), junto con el Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS) y otras entidades públicas, suscribió el *Convenio Marco de la RPIS* en 2012, con el propósito de consolidar un modelo de atención integral que articulara los subsistemas de salud pública y privada bajo un mismo principio de cobertura universal. No obstante, la falta de sincronización normativa y los vacíos de control técnico han generado un incremento progresivo de

expedientes sin auditar. Para octubre de 2022, el IESS acumulaba más de 5,1 millones de trámites médicos pendientes de revisión, de los cuales más del 85 % correspondían al período 2018–2022, evidenciando un cuello de botella institucional que afecta de forma directa el flujo económico de los prestadores (Jijón, 2022).

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2023) y el Banco Mundial (2020) subrayan que el acceso equitativo a servicios de salud de calidad es un componente esencial del desarrollo humano sostenible. En consecuencia, las deficiencias administrativas, tecnológicas o financieras dentro de los sistemas de facturación y auditoría comprometen la garantía efectiva de este derecho fundamental. En el caso ecuatoriano, el reto no radica únicamente en mejorar la atención médica, sino en consolidar mecanismos administrativos que aseguren el reembolso oportuno a los prestadores privados que actúan como parte del sistema público.

Dentro de este contexto, el Hospital Privado HOSPIESAJ S.A., miembro activo de la red complementaria desde la firma del *Convenio N.º DPH-014-2021*, ha enfrentado objeciones reiteradas en la aprobación de sus archivos planos de facturación, lo que ha dificultado el cobro efectivo de los servicios prestados. Esta situación ha generado un impacto directo sobre la liquidez de la institución, afectando su capacidad de pago a proveedores, el cumplimiento de obligaciones laborales y la inversión en equipamiento médico. De acuerdo con Simancas et al. (2020), la exactitud documental y la conformidad con la normativa técnica vigente son requisitos esenciales para que la facturación sea validada por las entidades auditoras. Cualquier inconsistencia, por mínima que sea, puede derivar en la devolución parcial o total de los montos presentados, provocando un perjuicio económico significativo.

El acceso a los servicios de salud, en tanto derecho constitucional, requiere no solo de políticas sanitarias sólidas, sino también de sistemas de financiamiento eficientes, transparentes y sostenibles (OMS, 2023). En este sentido, la presente investigación se enmarca en un enfoque analítico que busca examinar

de manera integral el control de la facturación y su incidencia en los procesos de cobro de servicios médicos en el HOSPIESAJ S.A. durante el año 2023. Se pretende identificar los factores administrativos, técnicos y normativos que influyen en la validación o rechazo de los expedientes, así como evaluar la magnitud económica de las objeciones y devoluciones.

Las interrogantes que orientan el estudio son las siguientes:

¿Qué mecanismos de control aplica el HOSPIESAJ S.A. en la facturación y cobro de los servicios de salud dentro de la RPIS?

¿Qué normativa legal y técnica regula los procesos de validación, auditoría y pago?

¿Cuáles son los principales factores que generan objeciones o devoluciones en los expedientes facturados?

¿Cuál es la cuantía y el impacto económico de las observaciones registradas durante el año 2023?

A partir de estas preguntas, se formula un objetivo general orientado a analizar la incidencia del control de la facturación en el cobro de los servicios de salud del HOSPIESAJ S.A., considerando la relación entre gestión administrativa, normativa legal y resultados económicos.

La relevancia de esta investigación radica en su aporte al debate sobre la eficiencia del sistema de relacionamiento público-privado en el sector sanitario ecuatoriano. Además, busca generar evidencia empírica que sirva de base para proponer estrategias de mejora en los procesos de facturación, auditoría y sostenibilidad financiera, con miras a fortalecer la transparencia y la eficiencia en el uso de los recursos destinados a la atención en salud.

Marco Teórico

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2023) sostiene que la mejora en la prestación de servicios sanitarios exige un

enfoque integral y deliberado en torno a la calidad de la atención, entendida como la provisión de servicios efectivos, seguros, equitativos y centrados en las personas. De igual forma, el Banco Mundial (2020) enfatiza que la sostenibilidad de los sistemas de salud depende de la eficiencia administrativa, la transparencia financiera y la equidad en la asignación de recursos. Ambos organismos coinciden en que los sistemas de salud deben evolucionar hacia modelos integrados, intersectoriales y digitalizados que fortalezcan la rendición de cuentas y la trazabilidad de la gestión pública.

En el caso ecuatoriano, el sistema nacional de salud se caracteriza por una estructura de financiamiento segmentada, en la cual confluyen diversas fuentes y mecanismos de gestión que generan diferencias en coberturas, prestaciones y niveles de atención (Villacrés & Mena, 2017). Este escenario, compartido por varios países latinoamericanos, ha sido identificado por la Organización Panamericana de la Salud (OPS, 2021) como una de las principales limitaciones para alcanzar la cobertura universal. Las inequidades en la distribución del gasto, la duplicidad de funciones y la escasa articulación entre el Ministerio de Salud Pública (MSP), el Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS) y la red complementaria privada continúan obstaculizando una gestión sanitaria eficiente y sostenible.

La Constitución de la República del Ecuador, en su artículo 370, establece que el IESS —entidad autónoma regulada por ley— es responsable de la prestación de las contingencias del seguro universal obligatorio. En este marco, el Reglamento de Aseguramiento, Recaudación y Gestión de Cartera del IESS (2016) delimita las competencias financieras y administrativas relacionadas con la prestación de servicios y los procesos de cobro. Por otra parte, el Servicio de Rentas Internas (SRI, 2022), en concordancia con la *Ley Orgánica para el Desarrollo Económico y la Sostenibilidad Fiscal*, exige que todo profesional o entidad con Registro Único de Contribuyentes (RUC) activo y dedicada a la prestación de servicios de salud emita facturas electrónicas respaldadas por una firma digital

certificada, utilizando software autorizado. Este procedimiento se enmarca en las disposiciones del artículo 56, numeral 2 de la Ley de Régimen Tributario Interno (2004), que determina una tarifa del 0 % de IVA para los servicios médicos, farmacéuticos y de medicina prepagada.

Asimismo, el Reglamento para la Atención Integral en Red de los Asegurados (2010) establece que los prestadores de salud —profesionales o instituciones acreditadas— deben estar debidamente calificados por el Seguro General de Salud Individual y Familiar, y operar en zonas geográficas autorizadas. Estos se clasifican en prestadores ambulatorios (unidades de atención primaria) y prestadores hospitalarios (niveles I, II y III), tanto del sector público como privado. Este último agrupa entidades con y sin fines de lucro, organizaciones no gubernamentales (ONG) y asociaciones de medicina prepagada, representando aproximadamente el 15 % de los establecimientos de salud del país (Cedeño, Ayoví-Bernal & Bernal-Álava, 2024). La participación privada ha sido esencial para ampliar la cobertura, especialmente en zonas urbanas con alta demanda, aunque esta externalización de servicios debía ser una medida temporal hasta equilibrar la oferta estatal (Campana & Victoria, 2023).

El Reglamento de Relacionamiento para la Prestación de Servicios de Salud (MSP-IESS, 2023) constituye el marco operativo que regula los vínculos contractuales entre los prestadores y la RPIS. Dicho reglamento detalla los procedimientos de facturación, auditoría y liquidación económica de los servicios. Según la Resolución No. C.D. 535 y la Resolución No. IESS-DG-2024-0006-R (2024), la Subdirección Nacional Financiera del Seguro de Salud tiene la atribución de realizar auditorías de pertinencia médica y financiera tanto a establecimientos propios del IESS como a los prestadores externos, emitiendo informes de liquidación que autorizan el pago.

El Acuerdo Ministerial 0091-2017 y el Reglamento de Relacionamiento MSP-IESS (2017) incorporan un componente técnico clave: la auditoría de calidad de facturación,

cuyo instrumento principal es el archivo plano, que representa el trámite consolidado de los expedientes médicos por tipo de servicio en un período mensual. Cada prestador debe remitir dicho archivo junto con los documentos habilitantes contenidos en el *Anexo 6*, los cuales varían según el tipo de atención prestada (hospitalización, emergencia, diálisis, entre otros). El artículo 36 de la sección 4 del reglamento dispone que el pago se efectuará únicamente contra la presentación de la factura de los valores aprobados tras el proceso de auditoría, especificando que los valores objetados no eximen del pago de los montos validados. La factura debe cumplir con las disposiciones tributarias del SRI y presentarse de forma global mensual por servicio (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2017).

Los archivos planos presentados a la empresa auditora pueden clasificarse en tres estados de validación, conforme al Reglamento de 2023 y al Acuerdo Ministerial 00005309 (MSP, 2015):

Estado aprobado: se otorga cuando el archivo plano y sus respaldos cumplen con todos los requisitos técnicos, documentales, médicos y tarifarios sin objeciones. Se emite el informe de liquidación y se procede al pago. Las observaciones menores no afectan la aprobación.

Estado objetado (parcial o total): ocurre cuando existen inconsistencias en uno o varios expedientes. La objeción parcial afecta únicamente a los ítems observados, mientras que la total implica la suspensión del pago completo hasta la subsanación. El prestador dispone de 45 días hábiles para presentar justificaciones y documentos adicionales, con un único ciclo de corrección permitido.

Estado devuelto o rechazado: se produce cuando se detectan fallas graves como archivos mal estructurados, ausencia de documentos obligatorios o formatos incorrectos, lo cual impide el avance del trámite. En estos casos, el expediente debe ser presentado nuevamente desde cero.

Estos procedimientos buscan asegurar la integridad financiera del sistema y la correcta utilización de los recursos públicos. Sin embargo, diversos estudios han identificado que las altas tasas de devolución y objeción, sumadas a los retrasos en la auditoría y al uso limitado de herramientas digitales, generan un impacto negativo en la sostenibilidad económica de los prestadores (Santamaría-Romero & Suárez-Romero, 2021; OMS, 2023; Victoria & Campaña, 2023). De ahí la importancia de fortalecer los procesos de control interno, auditoría electrónica y trazabilidad documental, promoviendo la interoperabilidad de datos entre el MSP, el IESS y las entidades privadas.

En este sentido, la literatura reciente subraya la necesidad de avanzar hacia una gobernanza sanitaria digital, en la cual la automatización de la facturación, el uso de inteligencia artificial para detectar errores y la implementación de plataformas interoperables reduzcan los tiempos de respuesta y las incidencias técnicas (World Health Organization, 2023; Organización Panamericana de la Salud, 2022). Esto permitiría mejorar la eficiencia en los pagos, la transparencia en los procesos y la confianza entre los actores del sistema de salud.

Método

La presente investigación se desarrolló bajo un enfoque mixto, integrando componentes cuantitativos y cualitativos que permitieron analizar el proceso de facturación y su incidencia en el cobro de los servicios de salud del HOSPIESAJ S.A. durante el año 2023. El diseño adoptado fue no experimental, de tipo transversal y nivel descriptivo, en tanto se orientó a caracterizar un fenómeno en su contexto natural sin manipular variables (Hernández-Sampieri, Mendoza & Baptista, 2021).

Este enfoque mixto resultó pertinente, ya que permitió cuantificar los niveles de afectación económica derivados de los procesos de validación y auditoría, y, al mismo tiempo, recoger percepciones cualitativas de los actores clave involucrados en la gestión administrativa y médica. La combinación de ambos enfoques

favoreció una comprensión holística de las dinámicas institucionales, fortaleciendo la validez de las conclusiones (Creswell & Plano Clark, 2022).

Población y muestra

La población de estudio estuvo constituida por los procesos de facturación registrados por el HOSPIESAJ S.A. durante el período enero–octubre de 2023, correspondientes a los servicios prestados a la Red Pública Integral de Salud (RPIS).

Desde el enfoque cuantitativo, se trabajó con una muestra censal, ya que se incluyó la totalidad de los archivos planos presentados, aprobados, objetados y devueltos por la RPIS durante el periodo analizado. De esta manera, el estudio abarcó el 100 % de la información disponible, garantizando exhaustividad y representatividad en los resultados (Hair et al., 2021).

Desde el enfoque cualitativo, se aplicó una muestra intencional compuesta por dos informantes clave: la jefa del Departamento de Convenios y la directora médica administrativa del HOSPIESAJ S.A. La selección de estos participantes respondió a criterios de experiencia, responsabilidad funcional y conocimiento técnico de los procesos de auditoría y facturación.

Técnicas e instrumentos

Para el componente cuantitativo, se elaboró una matriz de análisis documental que permitió recopilar, depurar y clasificar la información financiera proveniente de los archivos planos. Posteriormente, se procesaron los datos mediante estadística descriptiva, utilizando medidas de frecuencia, porcentajes y montos económicos para determinar el impacto financiero del proceso de facturación (Field, 2020).

Complementariamente, desde el componente cualitativo, se diseñó una entrevista semiestructurada validada por juicio de expertos, compuesta por diez preguntas abiertas y cerradas, orientadas a explorar la percepción

de las autoridades respecto de las causas de las objeciones, las deficiencias operativas y las estrategias de mejora. La entrevista se aplicó de forma presencial, garantizando consentimiento informado y confidencialidad, en cumplimiento de los principios éticos de la investigación social (Resnik, 2021).

Validez y confiabilidad

Con el propósito de fortalecer la consistencia interna y la credibilidad de los resultados, se utilizó la triangulación metodológica, entendida como la integración de diferentes métodos para el estudio de un mismo fenómeno (Valencia, 2000; Denzin, 2017). Esta estrategia permitió contrastar los hallazgos cuantitativos —provenientes de los registros de facturación— con las evidencias cualitativas —obtenidas mediante entrevistas—, aportando robustez interpretativa y mayor rigor científico.

Procedimiento

Durante el período enero–octubre de 2023, el HOSPIESAJ S.A. presentó ante la RPIS los archivos planos correspondientes a las atenciones médicas realizadas. Cada expediente fue revisado por la empresa auditora, generando tres posibles estados: aprobado, objetado o devuelto. Posteriormente, se procedió al análisis comparativo de los valores monetarios presentados y aprobados, con el fin de estimar la magnitud de las pérdidas económicas y los factores asociados a la devolución o rechazo de expedientes.

Los resultados obtenidos evidenciaron diferencias sustanciales entre los valores facturados y los reconocidos por la RPIS, mostrando que un alto porcentaje de los archivos fueron objetados o devueltos por causas administrativas y técnicas. Entre las principales causas se identificaron: errores en la estructura de los archivos planos, inconsistencias documentales, uso incorrecto de códigos de referencia, y discrepancias en la interpretación de la normativa de auditoría médica (Ministerio de Salud Pública, 2017; Reglamento MSP-IESS, 2023).

En la Tabla 1 se detallan los montos, en dólares estadounidenses, de los archivos planos presentados por el HOSPIESAJ S.A. a la RPIS, desglosados por tipo de servicio y estado del trámite.

Tabla 1

Detalle de valores de archivos planos presentados de servicios prestados a la RPIS versus archivos planos aprobados, objetados y devueltos, 2023 (en dólares).

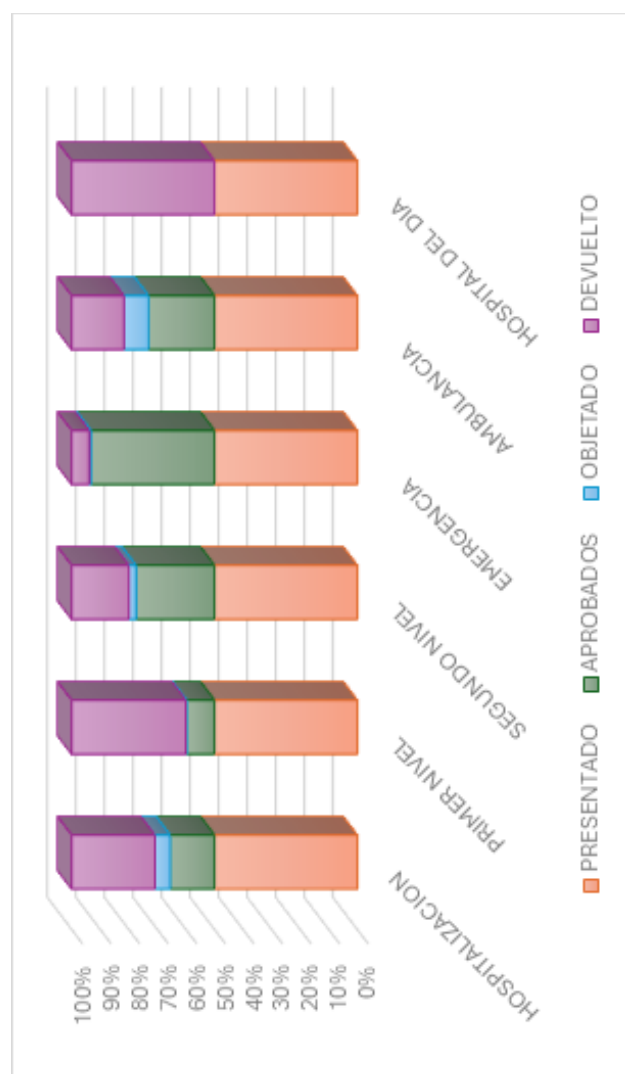
SERVICIOS PRESTADOS RPIS	PRESENTADO	APROBADOS	%	OBJETADO	%	DEVUELTO	%
HOSPITALIZACION	1.002.417,81	310.476,47	31,59	107.839,06	63,18	584.102,28	38,13
PRIMER NIVEL	438.456,05	84.680,71	8,62	2.886,01	1,69	350.889,33	22,91
SEGUNDO NIVEL	1.030.423,48	565.442,61	57,53	52.272,09	30,63	412.708,78	26,94
EMERGENCIA	2.150,80	1.857,76	0,19	28,57	0,02	264,47	0,02
AMBULANCIA	44.327,25	20.460,43	2,08	7.650,59	4,48	16.216,23	1,06
HOSPITAL DEL DIA	167.667,44	-	-	-	-	167.667,44	10,95
SUMAN	2.685.442,83	982.917,98	100,00	170.676,32	100,00	1.531.848,53	100,00
EN PORCENTAJE	100	36,60		6,36		57,04	

Nota: Departamento de convenios HOSPIESAJ SA, 2023.

La Figura 1 ilustra la distribución porcentual de los estados de los archivos planos, evidenciando que más de la mitad de los expedientes fueron devueltos o rechazados, lo que refleja un problema estructural en el proceso de validación documental.

Figura 1

Detalle en porcentajes de los archivos planos presentados, objetados, y devueltos según el tipo de servicio prestado a la RPIS, 2023.



En la Figura 1 se presenta los valores en porcentaje correspondiente a los archivos planos de atenciones a pacientes de gestionados por el HOSPIESAJ S.A. durante el periodo enero octubre de 2023.

Del total de archivos presentados, que ascienden a \$2'685.442,83 se aprobó únicamente

el 36,60% (\$982.917,98), mientras que 6,36% (\$170.676,32) fue objetado y el 57,04% (1'531.848,53) resulto devuelto.

La alta cantidad de archivos rechazados se debe a múltiples causas, entre ellas: fallos en la integración de archivos planos, verificación insuficiente de los documentos requeridos al momento de la recepción, utilización errónea de los códigos de referencia desde la coordinación con el seguro de salud, y discrepancias en la interpretación y aplicación de la normativa actual en el ámbito de la evaluación médica.

Es importante señalar que, aproximadamente el 50% de los archivos planos de 2023 no fueron validados, debido a modificaciones introducidas en los procesos de auditoría y la implementación de un sistema informático que estableció un control más estricto y automatizado de la documentación, generando así la necesidad de ajustes en las estructuras de los archivos para su validación.

Análisis complementario

En la Tabla 2 se presenta la relación entre los valores presentados y los efectivamente facturados durante el año 2023.

Tabla 2

Archivos planos presentados y facturados según el tipo de servicio prestado a la RPIS, 2023 (en dólares).

SERVICIOS PRESTADOS RPIS	PRESENTADO	FACTURADO
HOSPITALIZACIÓN	1.002.417,81	416.721,35
PRIMER NIVEL	438.456,05	84.680,71
SEGUNDO NIVEL	1.030.423,48	605.541,87
EMERGENCIA	2.150,80	1.857,76
AMBULANCIA	44.327,25	20.460,43
HOSPITAL DEL DÍA	167.667,44	-
SUMAN	2.685.442,83	1.129.262,12

Nota: Departamento de convenios y contabilidad HOSPIESAJ SA, 2023.

$$\% \text{ FACTURADO} = \frac{\text{FACTURADO} \times 100}{\text{PRESENTADO}} = \frac{1.129.262,12 \times 100}{2.685.442,83} = 42,5\%$$

El porcentaje total facturado fue del 42,5 % del monto presentado, lo que evidencia una

pérdida de 57,5 % por objeciones, devoluciones o rechazos administrativos. Este hallazgo coincide con estudios previos que reportan una tendencia creciente de devoluciones en los sistemas de salud públicos latinoamericanos debido a deficiencias técnicas en la facturación digital (Santamaría-Romero & Suárez-Romero, 2021; Victoria & Campaña, 2023).

Síntesis metodológica

El uso combinado de análisis documental, entrevistas y triangulación fortaleció la fiabilidad de los resultados, permitiendo establecer la magnitud del problema de facturación y sus implicaciones financieras.

En términos de rigurosidad metodológica, este estudio cumplió con los criterios de validez interna, confiabilidad y objetividad recomendados por la literatura científica para investigaciones de gestión sanitaria (Saunders, Lewis & Thornhill, 2019; OMS, 2023).

Discusión

Los resultados obtenidos en el presente estudio revelan deficiencias estructurales y operativas en los procesos de validación, auditoría y facturación de los archivos planos hospitalarios correspondientes al ejercicio fiscal 2023. Dichas limitaciones, observadas de manera reiterada en los informes del área de convenios del HOSPIESAJ S.A., ponen en evidencia una brecha crítica entre la generación del registro clínico-financiero y su validación efectiva por parte de la Red Pública Integral de Salud (RPIS).

Hasta mayo de 2023, una proporción considerable de la información generada por la institución no había sido cargada en el sistema ni remitida a la entidad auditora, situación que retrasó el ciclo de revisión y liquidación hasta el año siguiente. Este comportamiento contrasta con la dinámica observada en años anteriores, en los cuales más del 98 % de los valores auditados eran validados y facturados en un lapso inferior a doce meses, con apenas un 1 % de inconsistencias atribuibles a errores documentales o técnicos.

El retraso en la validación y facturación de los servicios prestados entre junio y octubre de 2023 implica un riesgo financiero significativo, ya que el monto acumulado pendiente asciende a USD 1.733.563,05, lo que representa una disminución sustancial de los ingresos proyectados y afecta la liquidez institucional. Este fenómeno coincide con hallazgos de Romero y García (2023) y Villacrés y Mena (2017), quienes destacan que la dependencia del flujo de pagos públicos genera vulnerabilidades financieras para los prestadores privados adscritos a la RPIS, especialmente en contextos de alta burocratización y debilidad administrativa.

Según el testimonio de los responsables del área de convenios, la no validación de aproximadamente el 50 % de los servicios facturados se asocia directamente con modificaciones en los protocolos de auditoría implementados por la RPIS en 2023, las cuales incluyeron la contratación de una nueva empresa auditora y la aplicación de un sistema informático con controles más estrictos y algoritmos automatizados de verificación documental. Esta transición, aunque orientada a mejorar la trazabilidad y transparencia, generó un periodo de adaptación operativa que impactó negativamente en la gestión administrativa del hospital, acostumbrado a un esquema de revisión menos riguroso.

Esta problemática guarda correspondencia con lo señalado por la Organización Panamericana de la Salud (OPS, 2021) y la OMS (2023), quienes advierten que la digitalización acelerada de los sistemas de auditoría sanitaria, sin una adecuada capacitación y adaptación tecnológica de los actores involucrados, tiende a generar cuellos de botella en la gestión de datos y demoras en la trazabilidad financiera.

De forma complementaria, se constató negligencia institucional y falta de sincronización interinstitucional entre las instancias de control del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS) y el Ministerio de Salud Pública (MSP). Estas inconsistencias fueron detectadas en tres niveles: administrativo, médico y financiero,

ocasionando objeciones recurrentes y retrasos en los desembolsos a los prestadores privados. En este sentido, Santamaría-Romero y Suárez-Romero (2021) sostienen que uno de los problemas estructurales del sistema público ecuatoriano radica en su limitada capacidad para cubrir la demanda nacional de atención, lo que deriva en ineficiencia, falta de control de calidad y saturación de los mecanismos de auditoría.

Una de las principales amenazas para la sostenibilidad económica del sistema es el déficit presupuestario del gobierno central, que impide cumplir con los compromisos financieros adquiridos con la RPIS. Este fenómeno ha sido ampliamente documentado en la literatura sobre gobernanza sanitaria en América Latina (World Bank, 2020; OPS, 2022; Paredes et al., 2023). La falta de continuidad política, la inestabilidad presupuestaria y la fragmentación institucional han debilitado la rectoría y la gobernanza del sistema de salud ecuatoriano.

Como consecuencia, los prestadores externos, incluidos los hospitales privados, enfrentan retrasos crónicos en la recepción de pagos. La Asociación Nacional de Clínicas y Hospitales del Ecuador (ANCHHE) ha denunciado que el MSP mantiene atrasos de más de seis meses en la cancelación de servicios, situación confirmada por declaraciones de su directora ejecutiva en entrevistas con medios nacionales (Jijón, 2018; Coello, 2022). Este escenario compromete la eficiencia, la transparencia y la sostenibilidad del modelo público-privado de atención en salud.

Actualmente, la revisión y validación de los archivos planos está siendo gestionada por una empresa auditora externa, la cual ha exigido a las instituciones prestadoras ajustes en los documentos, formatos y formularios correspondientes al año 2023 como condición previa para la revisión. Aunque esta medida busca uniformar criterios técnicos y garantizar la integridad de la información, también introduce riesgos operativos como la duplicidad de tareas, la sobrecarga administrativa y nuevos retrasos en la recuperación de los fondos.

La literatura reciente coincide en que la rigidez de los procesos burocráticos y la ausencia de interoperabilidad digital entre las entidades públicas y los prestadores privados son factores determinantes en la baja eficiencia de los sistemas de auditoría sanitaria (Delgado & Barrios, 2023; Victoria & Campaña, 2023). En este contexto, se hace evidente la necesidad de reformar los mecanismos de control y rendición de cuentas, incorporando herramientas de inteligencia artificial, automatización y gestión documental digital, que permitan optimizar los tiempos de respuesta y reducir los márgenes de error humano (OPS, 2023; World Health Organization, 2023).

En síntesis, los hallazgos de esta investigación confirman que la eficiencia del sistema de facturación y auditoría hospitalaria ecuatoriana depende de la interacción equilibrada entre capacidad técnica, adaptación normativa, estabilidad financiera y transformación digital. Mientras estas dimensiones no se articulen de forma coherente, persistirá la vulnerabilidad institucional y el riesgo de insostenibilidad para los prestadores adscritos a la RPIS.

Resultados

El análisis de los datos cuantitativos y cualitativos obtenidos permitió identificar una afectación económica relevante derivada de deficiencias estructurales y administrativas en los procesos de facturación hospitalaria del HOSPIESAJ S.A. durante el año 2023. Los resultados evidencian que las inconsistencias en la presentación y validación de archivos planos, junto con los cambios normativos introducidos en los procedimientos de auditoría de la Red Pública Integral de Salud (RPIS), han generado una pérdida de ingresos considerable y retrasos sostenidos en la facturación efectiva.

A partir de la triangulación metodológica entre los enfoques cuantitativo y cualitativo, se determinó que la magnitud de la afectación económica ascendió a USD 1.733.563,05, correspondiente a servicios médicos prestados entre junio y octubre de 2023 que, al cierre del periodo analizado, no habían sido enviados,

validados ni facturados. Este monto representa un impacto directo sobre la sostenibilidad financiera institucional, al reducir el flujo de caja proyectado y limitar la capacidad operativa de la entidad.

Los resultados también ponen de manifiesto la existencia de causas internas y externas que explican las objeciones y devoluciones detectadas. Entre las causas internas destacan:

la falta de un protocolo formalizado para la gestión documental y auditoría previa a la remisión de archivos,

la ausencia de mecanismos sistematizados de control y seguimiento, y

la deficiente coordinación interdepartamental entre las áreas de convenios, contabilidad y facturación.

Encuanto a las causas externas, los cambios implementados por la RPIS en los sistemas de auditoría digital —incluyendo la participación de una nueva empresa auditora y la automatización de los procesos de verificación— provocaron retrasos y desajustes en la compatibilidad técnica de los archivos planos (OPS, 2023; WHO, 2023). Estos resultados concuerdan con los estudios de Paredes et al. (2023) y Delgado y Barrios (2023), quienes subrayan que la transición hacia modelos electrónicos de fiscalización, sin una fase de adaptación operativa y tecnológica, genera interrupciones significativas en la gestión administrativa y contable de los prestadores de salud.

Ante esta situación, se propone como acción correctiva la implementación de un Plan Integral de Mejora de la Gestión de Facturación (PIMGF), diseñado a partir del análisis de los hallazgos del estudio. Este plan debe contemplar los siguientes componentes:

Entrega oportuna y digitalizada de los archivos planos dentro de los plazos reglamentarios, con mecanismos automatizados de validación interna.

Elaboración de un reglamento institucional para la gestión administrativa de convenios con la RPIS, alineado con las disposiciones del Ministerio de Salud Pública (MSP) y las resoluciones del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS).

Definición de procedimientos estandarizados, que incluyan responsabilidades jerárquicas, indicadores de desempeño y seguimiento, asignación de recursos humanos, materiales y financieros, así como la evaluación periódica del impacto sobre los ingresos hospitalarios.

Este plan se fundamenta en los principios de gestión de calidad total y en la necesidad de instaurar mecanismos de trazabilidad y control interno basados en la mejora continua (Deming, 2021; ISO 9001:2020). La incorporación de estas acciones permitirá reducir los errores recurrentes en la facturación, optimizar los tiempos de validación y fortalecer la sostenibilidad financiera de la institución.

La verificación integral de los procesos de auditoría y facturación, apoyada en herramientas digitales y análisis predictivo, permitirá avanzar hacia una administración hospitalaria más eficiente y transparente. Este alineamiento es coherente con los objetivos estratégicos del Estado ecuatoriano en materia de fortalecimiento del sistema nacional de salud y responde a las demandas ciudadanas de servicios médicos accesibles, oportunos y de calidad (OMS, 2023; OPS, 2022).

Conclusiones

Los hallazgos de la investigación permiten concluir que el proceso de facturación hospitalaria del HOSPIESAJ S.A. presenta deficiencias significativas que afectan directamente su sostenibilidad económica y su capacidad de respuesta operativa dentro del marco del convenio con la Red Pública Integral de Salud (RPIS). Del total facturado en 2023, equivalente a USD 2.685.442,83, solo el 42,5 % fue efectivamente validado y cobrado, reflejando

una brecha de gestión que impacta de manera sustancial en los ingresos institucionales.

Las principales causas de objeción y devolución se relacionan con errores en la estructuración de los archivos planos, la insuficiente verificación de los respaldos documentales, los cambios en la normativa técnica de auditoría médica y la falta de una cultura organizacional orientada al control de calidad administrativa. Estas deficiencias, sumadas a la rigidez burocrática de la RPIS, han derivado en pérdidas financieras sostenidas y retrasos crónicos en los pagos, fenómeno ampliamente reportado en el ámbito de la gestión sanitaria latinoamericana (Romero & García, 2023; Victoria & Campaña, 2023).

Se recomienda fortalecer la articulación interinstitucional entre el hospital y la RPIS mediante mecanismos de interoperabilidad digital y la adopción de sistemas de gestión basados en inteligencia artificial para la validación automatizada de la facturación. Asimismo, se propone implementar programas de capacitación continua para el personal administrativo y técnico, orientados al manejo de la normativa actualizada, al control documental y a la optimización de los procedimientos de auditoría.

La investigación también evidencia la necesidad de consolidar un modelo de gobernanza hospitalaria sustentable, apoyado en la planificación estratégica, la transparencia financiera y el compromiso ético de los actores involucrados. Solo bajo estas condiciones será posible reducir las brechas en la gestión de facturación y avanzar hacia un sistema sanitario equitativo, sostenible y eficiente.

Finalmente, se reconoce como limitación del estudio su alcance temporal —restringido al año 2023— y geográfico —centrado en el cantón Riobamba—, por lo que se sugiere realizar evaluaciones piloto del protocolo de mejora en distintos establecimientos de salud del país. Futuros estudios podrían cuantificar la incidencia de fallas técnicas, el porcentaje de objeciones recurrentes y los efectos económicos

de la implementación de auditorías digitales automatizadas, contribuyendo a consolidar evidencia empírica para la formulación de políticas públicas en el sector salud.

Referencias Bibliográficas

- Banco Mundial. (2020). *Informe sobre desarrollo mundial 2020: El comercio al servicio del desarrollo en la era de las cadenas globales de valor*. Banco Mundial.
- Cedeño, K. I., Ayoví-Bernal, M. I., & Bernal-Álava, Á. (2024). La red pública integral y los factores determinantes de la salud. *Ciencias de la Educación*, 85(1), 1050–1062.
- Coello, C. (2022). El déficit de pagos del MSP afecta a hospitales privados del Ecuador. *El Comercio*.
- Creswell, J. W., & Plano Clark, V. L. (2022). *Designing and conducting mixed methods research* (4th ed.). SAGE Publications.
- Delgado, R., & Barrios, J. (2023). Gestión administrativa y procesos de auditoría digital en redes de salud latinoamericanas. *Revista Panamericana de Gestión Pública*, 9(2), 45–67.
- Deming, W. E. (2021). *Out of the crisis: Quality, productivity, and competitive position*. MIT Press.
- Denzin, N. K. (2017). *The research act: A theoretical introduction to sociological methods*. Routledge.
- Field, A. (2020). *Discovering statistics using IBM SPSS Statistics* (6th ed.). SAGE Publications.
- Hair, J. F., Black, W. C., Babin, B. J., & Anderson, R. E. (2021). *Multivariate data analysis* (8th ed.). Pearson.
- Hernández-Sampieri, R., Mendoza, C., & Baptista, P. (2021). *Metodología de la investigación: Las rutas cuantitativa, cualitativa y mixta* (7.ª ed.). McGraw-Hill.
- Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social. (2016). *Reglamento de aseguramiento, recaudación y gestión de cartera*. IESS.

- Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social. (2024). *Resolución No. IESS-DG-2024-0006-R*. IESS.
- Jijón, C. (2018). Entrevista a la directora ejecutiva de la Asociación Nacional de Clínicas y Hospitales del Ecuador (ANCHHE). *Primicias*.
- Jijón, J. (2022). Más de 5 millones de trámites médicos sin auditar en el IESS. *Primicias*.
- Ley de Régimen Tributario Interno, art. 56(2). (2004). República del Ecuador.
- Ministerio de Salud Pública del Ecuador. (2015). *Acuerdo Ministerial No. 00005309*. MSP.
- Ministerio de Salud Pública del Ecuador. (2017). *Acuerdo Ministerial No. 0091-2017: Reglamento de relacionamiento MSP/IESS para la prestación de servicios de salud*. MSP.
- Ministerio de Salud Pública del Ecuador & Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social. (2023). *Reglamento de relacionamiento para la prestación de servicios de salud (MSP-IESS)*. MSP-IESS.
- Organización Mundial de la Salud. (2023). *Global report on health systems performance and financing*. OMS.
- Organización Panamericana de la Salud. (2021). *Sistemas de salud en transición: Desafíos para la cobertura universal en América Latina*. OPS.
- Organización Panamericana de la Salud. (2022). *La gobernanza sanitaria en contextos de restricción fiscal*. OPS.
- Organización Panamericana de la Salud. (2023). *Hacia una salud digital interoperable en América Latina*. OPS.
- Paredes, J., Álvarez, M., & Herrera, D. (2023). Reformas sanitarias y sostenibilidad financiera en Ecuador. *Salud Pública y Desarrollo*, 18(2), 95–110. <https://doi.org/10.24142/spd.v18i2.2145>
- Resnik, D. B. (2021). *Ethics of research with human subjects: Protecting people, advancing science, promoting trust*. Springer.
- Romero, L., & García, F. (2023). Análisis del financiamiento del sistema público de salud ecuatoriano: Retos y perspectivas. *Revista de Economía y Sociedad*, 10(3), 55–74.
- Santamaría-Romero, Y., & Suárez-Romero, C. (2021). Análisis del sistema de salud pública en el Ecuador. *Revista de Finanzas*, 1(1), 17–27.
- Servicio de Rentas Internas. (2022). *Resoluciones sobre facturación electrónica y uso de firma digital para servicios de salud*. SRI.
- Simancas, V., Pérez, L., & Rojas, M. (2020). Calidad del proceso de facturación hospitalaria y su relación con la sostenibilidad financiera. *Revista de Gestión Sanitaria*, 12(3), 201–214.
- Saunders, M., Lewis, P., & Thornhill, A. (2019). *Research methods for business students* (8th ed.). Pearson.
- Villacrés, N., & Mena, R. (2017). Fragmentación del sistema de salud ecuatoriano y su impacto en la cobertura universal. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 41, e90.
- Victoria, M., & Campaña, C. (2023). Externalización de servicios del IESS: Efectos en la sostenibilidad y acceso. *Revista CienciAmérica*, 4(2), 45–58.
- World Health Organization. (2023). *Global report on health systems performance and financing*. WHO.
- World Bank. (2020). *World Development Report 2020: Trading for development in the age of global value chains*. World Bank.