

INFORME DE AUDITORÍA OC-25-34

18 de octubre de 2024



Administración de Seguros de Salud
de Puerto Rico
(Unidad 2129- Auditoría 15670)

Período auditado: 1 de julio de 2019 al 31 de diciembre de 2023

Autorizado por la Oficina del Contralor Electoral OCE-SA-2024-04179

Salud
y Bienestar Social



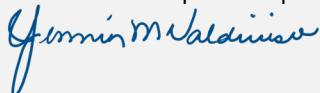
ÁREA DE FISCALIZACIÓN

Contenido

OPINIÓN	2
OBJETIVOS	2
HALLAZGO	3
PAGOS INDEBIDOS POR MÁS DE \$700,000 A LAS ASEGURADORAS POR BENEFICIARIOS FALLECIDOS Y PRIMAS DUPLICADAS	3
COMENTARIO ESPECIAL	7
TARDANZAS DE LAS ASEGURADORAS EN EL PAGO A LOS PROVEEDORES DE SERVICIOS DE SALUD	7
RECOMENDACIONES	8
INFORMACIÓN SOBRE LA UNIDAD AUDITADA	9
COMUNICACIÓN CON LA GERENCIA	9
CONTROL INTERNO	10
ALCANCE Y METODOLOGÍA	10
ANEJO 1 - FUNCIONARIOS PRINCIPALES DE LA JUNTA DE DIRECTORES DURANTE EL PERÍODO AUDITADO	12
ANEJO 2 - FUNCIONARIOS PRINCIPALES DE LA ENTIDAD DURANTE EL PERÍODO AUDITADO	13
FUENTES LEGALES	15

A los funcionarios y a los empleados de la ASES, les exhortamos a velar por el cumplimiento de la ley y la reglamentación aplicables, y a promover el uso efectivo, económico, eficiente y ético de los recursos del Gobierno en beneficio de nuestro Pueblo. Les agradecemos la cooperación que nos prestaron durante nuestra auditoría.

Aprobado por:



Oficina del Contralor de Puerto Rico

Hicimos una auditoría de cumplimiento de la Administración de Seguros de Salud de Puerto Rico (ASES) a base de los objetivos de auditoría establecidos; y de la facultad que se nos confiere en el Artículo III, Sección 22 de la Constitución del Estado Libre Asociado de Puerto Rico, y en la *Ley Núm. 9 del 24 de julio de 1952*, según enmendada; y en cumplimiento de nuestro *Plan Anual de Auditorías*.

Este es el primer informe y contiene un hallazgo y un comentario especial del resultado del examen que realizamos de los objetivos de auditoría. El mismo está disponible en nuestra página en Internet: www.ocpr.gov.pr.

Opinión

Adversa

Las pruebas efectuadas y la evidencia en nuestro poder revelaron que las operaciones de la ASES, en lo que concierne al pago de las primas a las aseguradoras, no se realizaron en todos los aspectos significativos, de acuerdo con la ley y la reglamentación aplicables, según se comenta en el **Hallazgo**.

Objetivos

General

Determinar si las operaciones fiscales de la ASES se efectuaron de acuerdo con la ley y la reglamentación aplicables.

Específicos

1 - Evaluar los pagos de primas a las aseguradoras para determinar lo siguiente:	No	Hallazgo
a. ¿Se realizaron conforme a la Ley 72-1993, los procesos <i>PSI029J</i> y <i>PASES-AF 2018-01</i> y lo pactado en los contratos?	No	Hallazgo
b. ¿Se ajustó la población de beneficiarios elegibles al Plan de Salud del Gobierno (Plan de Salud) para descontar del pago los beneficiarios fallecidos y los duplicados?	Sí	No se comentan hallazgos
2 - ¿La ASES tenía la facultad legal para efectuar el proceso de solicitud de propuestas para seleccionar los servicios de manejador de beneficios de farmacia?	Sí	No se comentan hallazgos
3 - ¿Los procesos de solicitud de propuestas para seleccionar al manejador de beneficios de farmacia y a las aseguradoras que ofrecen los seguros de salud del Plan de Salud, se realizaron de acuerdo con la Ley 72-1993; el Reglamento 9068 de 2019; las órdenes administrativas 18-03-15-Enmendada, y 21-0701; y los requerimientos	Sí	No se comentan hallazgos

establecidos en los pliegos de la solicitud de propuesta?		
4 - ¿La ASES implementó controles internos para asegurarse de que el manejador de beneficios de farmacia no incurra en prácticas engañosas?	Sí	No se comentan hallazgos
5 - ¿Las aseguradoras pagaron a los proveedores que prestaron servicios de salud a los beneficiarios del Plan de acuerdo con los términos establecidos en los contratos?	No	Comentario especial 1

Hallazgo

Pagos indebidos por más de \$700,000 a las aseguradoras por beneficiarios fallecidos y primas duplicadas

La ASES asegura, mediante el Plan de Salud, a los pacientes médico-indigentes. El Programa Medicaid del Departamento de Salud (Programa Medicaid)¹ califica a los individuos que son elegibles para ingresar al Plan. Los pagos de primas a las aseguradoras se realizan de acuerdo con la cantidad de beneficiarios elegibles.

Para que provean las cubiertas a los beneficiarios, la ASES contrata a las aseguradoras y efectúa mensualmente el pago de las primas. Las aseguradoras pagan a los proveedores las tarifas por los servicios de los beneficiarios de acuerdo con los contratos establecidos.

La Junta de directores de la ASES tiene el poder de establecer una estructura administrativa y financiera que le permita manejar sus fondos y recaudos, administrar el efectivo y realizar los desembolsos. Además, los funcionarios que tienen la responsabilidad de dirigir entidades corporativas son responsables de la legalidad, exactitud, propiedad y corrección de todos los gastos que se remitan para pago, y deben establecer los controles adecuados que impidan o dificulten la comisión de errores e irregularidades y, de estas ocurrir, que le permitan detectarlas a tiempo.

Una especialista en monitoreo y calidad de datos en sistemas de información (especialista)² de la Oficina de Sistemas de Información es la encargada de preparar mensualmente la *Certificación de Pago de Prima (Certificación)*. En esta debe establecer el importe a pagar a cada aseguradora, basado en la cantidad de beneficiarios elegibles y en la prima acordada en los contratos.

Para determinar el importe en la *Certificación*, la especialista debe identificar aquellos ciudadanos fallecidos que estén activos en el Programa Medicaid, para ajustar la cantidad de beneficiarios y el importe a pagar a cada aseguradora. Esta utiliza una base de datos de los beneficiarios elegibles provista por el

Criterio

Secciones 1 y 2 del Artículo VI de la *Ley 72-1993 [Apartados a. y b.]*

Criterios

Sección 2(g) del Artículo IV de la *Ley 72-1993; artículos 4(g) y 9(g) de la Ley Núm. 230 y procesos PSI029J y PASES-AF 2018-01 [Apartados a. y b.]*

¹ Este se refiere a la Oficina de Asistencia Médica, según establecido en la *Ley*. En entrevista con la directora del Programa de Medicaid nos indicó que el nombre correcto del programa es Programa Medicaid.

² El nombre del puesto cambió a partir del 2 de septiembre de 2020. Anterior a esta fecha el nombre del puesto era analista programador en sistemas de información.

Programa Medicaid y otra base de datos del Registro de Defunciones provista por el Registro General Demográfico de Puerto Rico (Registro Demográfico), para identificar participantes fallecidos. Mediante procesos electrónicos, debe comparar las dos bases de datos provistas, para identificar aquellos ciudadanos fallecidos que están activos en la base de datos del Programa Medicaid.

La especialista es supervisada por la oficial principal de informática interina, quien responde a la subdirectora ejecutiva de la ASES.

Al 31 de diciembre de 2023, había 1,374,871 ciudadanos asegurados en el Plan de Salud. Del 1 de julio de 2019 al 31 de diciembre de 2023 la ASES desembolsó \$16,896,344,705 para el pago de primas a las aseguradoras.

Realizamos un examen de los pagos de primas efectuados a las aseguradoras para los meses de agosto, octubre y diciembre de 2022, para determinar si la ASES pagó primas por beneficiarios fallecidos.

Para poder realizar los trabajos, nuestros auditores obtuvieron la base de datos del Registro de Defunciones y la base de datos de los beneficiarios del Plan de Salud³, y mediante métodos electrónicos identificaron coincidencias en el seguro social, nombre, letra inicial del segundo nombre, apellidos y fecha de nacimiento. También realizamos pruebas para detectar beneficiarios a los cuales se les pagaron dos primas en el mes.

El examen realizado reveló lo siguiente:

Efecto

La ASES efectuó pagos indebidos por \$707,588⁴ los cuales pudieron utilizarse para atender otros servicios de salud que presta a la ciudadanía. **[Apartados a. y b.]**

- a. La ASES efectuó 21,496 pagos por \$707,588 a las aseguradoras por beneficiarios fallecidos.

De diciembre de 2023 a mayo de 2024, la ASES recobró \$13,630 de las aseguradoras por estas primas a beneficiarios fallecidos. Los pagos se recobran mediante ajustes en las facturas. Al 21 de agosto de 2024⁵ quedaban \$693,958 pendientes de recobro.

Causa: La especialista solamente comparaba tres campos entre la base de datos del Programa Medicaid y la del Registro Demográfico, lo que limita la identificación de participantes fallecidos. La oficial principal de informática no ha implementado un proceso que utilice más información del Registro Demográfico, para detectar los beneficiarios fallecidos y así poder descontarlos del pago a las aseguradoras.

- b. La ASES realizó pagos duplicados por \$13,528 a las aseguradoras, en agosto y diciembre de 2022, para 25 beneficiarios, de los cuales la oficial principal no pudo identificar cuál era el correcto. Estos fluctuaron entre \$75 y \$2,383. Situaciones similares se comentaron en el *Informe de Auditoría DA-16-20* del 22 de febrero de 2016.

Causa: La especialista no realiza validaciones para detectar pagos duplicados.

³ Provistas por la oficial principal de informática interina de la ASES.

⁴ No incluye los pagos duplicados, ante la falta de certeza provista por la oficial principal de informática.

⁵ Según certificación emitida por Oficial Principal de Informática de la ASES.

Comentarios de la gerencia

[...] En primer lugar, es fundamental aclarar el proceso que seguimos para identificar y recobrar primas pagadas a los beneficiarios fallecidos. Diariamente, el Registro Demográfico actualiza el archivo que contiene los datos de personas fallecidas del día en la plataforma *State and Territorial Exchange of Vital Events System (STEVE)*. Mensualmente, tras los procesos de fin de mes, la Oficina de sistemas de Información de la ASES descarga todos los datos correspondientes al mes desde la plataforma del Registro Demográfico. [...]

Cuando se identifica que un beneficiario ha fallecido tanto en los archivos de Registro Demográfico como en los archivos de PRMP^[6], se asocia esta información con las primas pagadas correspondientes a dicho beneficiario. Subsiguientemente, se generan transacciones de ajuste para recuperar las primas correspondientes hasta la fecha de fallecimiento. [...]

[...] durante la verificación de listado de los pagos de primas en agosto, octubre y diciembre de 2022, es importante destacar que, de los 21,496 beneficiarios fallecidos identificados por la Oficina del Contralor, sólo 14,449 son beneficiarios únicos, por lo que algunos de estos se repiten en los meses verificados. Esta precisión es esencial para evaluar adecuadamente la magnitud de la situación, ya que no se trata de nuevos casos adicionales en los meses posteriores a la verificación. [sic] **[Apartado a.]**

En nuestro proceso de gestión de beneficiarios, se utiliza el *Master Patient Index for Medicaid (MPI)* como clave distintiva para cada beneficiario en particular. Dicho identificador es originado por la Oficina de Medicaid, según lo establece el código de regulaciones federales para el programa. Por lo tanto, es importante destacar que los duplicados de beneficiarios con dos MPIs son originados por las oficinas de PRMP. La detección y notificación de estos casos recae en PRMP, quienes realizan una verificación exhaustiva de la utilización del seguro médico mediante reclamaciones, por ende, esta situación debe ser examinada con la Oficina de Medicaid quien puede proveer más información sobre como este error se genera impactando los procesos de pago de prima de la ASES. Es importante destacar siendo este el caso, y por requerimiento federal la

⁶ Puerto Rico Medicaid Program.

ASES no está autorizada a modificar las transacciones recibidas de PRMP.

Por tanto, la Oficial Principal de Informática Interina no pudo determinar cuál de los pagos no correspondía efectuarse, ya que la detección de beneficiarios con más de un MPI y la toma de decisión sobre cuál eliminar se basan en la verificación realizada por PRMP, centrada en períodos de elegibilidad aplicados y la propia cancelación por parte de PRMP.

La ASES proactivamente continúa proveyendo seguimiento a PRMP para recibir actualización ágil del trámite de estos casos y así mantener un pago preciso según las transacciones sometidas correctamente por la PRMP. [sic]

[Apartado b.]

—*directora ejecutiva*

Fui secretario de salud del 2 de enero de 207 al 13 de marzo 2020. Durante ese periodo se implementó el Medicaid Management Information System (MMIS) y el Medicaid Fraud Control Unit (MFCU). Gracias a esto se consiguió el aumento del FMAP⁷ de 55% al 76% para el pago de medicaid. El MMIS fue el que reveló esta irregularidad respecto a los fallecidos y gracias a eso tenemos conocimiento de esta situación estoy complacido de haber contribuido a estos hallazgos. [sic] **[Hallazgo]**

—*exsecretario Rodríguez Mercado*

He revisado minuciosamente el informe preliminar remitido a mi atención. Concurro con la forma y fondo de estos y no tengo comentarios o enmiendas sugeridas al informe.

[Hallazgo]

—*exdirector ejecutivo Rodríguez Galva*

Recomendaciones 1 y de la 3 a la 6

⁷ Federal Medical Assistance Percentage, y se refiere a la aportación federal para el pago de la prima por beneficiario elegible.

Comentario especial⁸

Tardanzas de las aseguradoras en el pago a los proveedores de servicios de salud

Las aseguradoras contratadas por la ASES para ofrecer planes a los beneficiarios del Plan de Salud deben procesar oportunamente las reclamaciones que le remiten los proveedores para facturar los servicios que prestaron a los beneficiarios.

No pueden retener arbitrariamente los pagos adeudados a los proveedores por reclamaciones limpias y que estén listas para su desembolso.

Las reclamaciones limpias son aquellas recibidas por la aseguradora para su adjudicación, la cual puede ser procesada sin la necesidad de obtener información adicional de parte del proveedor de los servicios de salud o de cualquier otra tercera parte.

Las aseguradoras deben pagar el 95 % de todas las reclamaciones limpias no más tarde de 30 días consecutivos contados a partir de la fecha en que se recibe la reclamación del proveedor. El 100 % de las reclamaciones limpias deben pagarse no más tarde de 50 días consecutivos contados a partir de la fecha de su recibo.

Del 1 de abril al 30 de junio de 2023, los beneficiarios del Plan de Salud recibieron servicios que generaron 10,374,188 reclamaciones limpias por \$2,018,845,271.

Nuestros auditores realizaron un examen del tiempo que tardaron las aseguradoras en pagar las reclamaciones limpias a los proveedores de servicios de salud y determinaron que las aseguradoras pagaron 14,727 reclamaciones limpias por \$4,913,649 con tardanzas que fluctuaron entre 51 y 139 días.

Para conocer las razones de dicha tardanza, ampliamos nuestra muestra y seleccionamos 15 reclamaciones recibidas por las aseguradoras del 10 de abril al 16 de junio de 2023 por \$311,723 las cuales fueron pagadas entre 56 y 125 días después de recibidas.

Representantes de las aseguradoras contratadas proveyeron a nuestros auditores las razones de las tardanzas en el pago de las reclamaciones a los proveedores de servicios de salud. Entre estas se encuentran:

- No contaban con empleados suficientes para el procesamiento de las reclamaciones.
- Los sistemas electrónicos de información experimentaron fallas al registrar las reclamaciones.
- En mayo de 2022, hubo cambios en las tarifas que se pagan a los proveedores que requirieron que se alterara la configuración en los sistemas de información. Esto provocó que se detuviera temporalmente el procesamiento de reclamaciones.

Criterios

Artículos 16.6.1 y 16.6.2.2 de los contratos otorgados

Criterio

Artículo 16.6.2.1 de los contratos efectuados

Efectos

Ocasiona que, debido a tardanzas en los pagos a los proveedores de servicios de salud, estos no acepten la tarjeta del Plan de Salud. Lo que implica que el ciudadano tenga que pagar los servicios en su totalidad o tenga que conseguir otro proveedor de servicios que le acepte el plan para poder obtener los servicios médicos requeridos. Esto afecta los servicios y propicia una crisis de salud.

⁸ En esta sección se comentan situaciones que no necesariamente implican violaciones de leyes y de reglamentos, pero que son significativas para las operaciones de la entidad auditada. También se incluyen situaciones que no están directamente relacionadas con las operaciones de la entidad, las cuales pueden constituir violaciones de leyes o de reglamentos, que afectan al erario.

Comentarios de la gerencia

[...] El volumen en la muestra no representa una actividad significativa en violación al estándar en contrato, no obstante reconocemos la importancia de la observación. [sic]

La ASES cuenta con los procesos de monitoreo y herramientas para evaluar el cumplimiento de la aseguradora según el requisito federal y el artículo 16 del contrato del Plan Vital. La ASES actualmente ejecuta este monitoreo y los procesos de acción correctiva y/o sanciones intermedias conforme al 42 CFR 438.700. [sic]

Recomendaciones 2, 3 y 7

—directora ejecutiva

Recomendaciones

Al secretario de Salud y presidente de la Junta de Directores de la ASES

1. Revisar y aprobar el procedimiento interno que se menciona en la **Recomendación 4**, para que se identifiquen los participantes fallecidos y los pagos duplicados, y se pueda ajustar a tiempo el pago de las primas. **[Hallazgo]**
2. Evaluar y determinar si procede la imposición de multas a las aseguradoras por el pago de reclamaciones tardías a los proveedores de salud. **[Comentario especial]**
3. Impartir instrucciones a la directora ejecutiva de la ASES para que cumpla con las **recomendaciones de la 4 a la 7**.

A la directora ejecutiva

4. Preparar y remitir a la Junta de directores, el procedimiento interno que detecte todos los participantes fallecidos y los pagos duplicados, de manera que puedan ajustar a tiempo el pago de las primas. **[Apartados a. y b.]**
5. Ejercer una supervisión eficaz sobre la oficial principal de informática para que:
 - a. Establezca un nuevo proceso interno y cumpla con este, para que se puedan detectar a tiempo situaciones irregulares, y se eviten pagos indebidos o duplicados. **[Apartados a. y b.]**
 - b. Valide si hay pagos por fallecidos y duplicados en los meses que no fueron elegidos por los auditores en su muestra, realice los ajustes correspondientes e informe a la directora de Finanzas y Presupuesto. **[Apartados a. y b.]**
 - c. Verifique y determine, con la directora del Programa Medicaid, el importe que no correspondía pagar a los beneficiarios que se efectuaron pagos duplicados e informe a la directora de Finanzas y Presupuesto para el trámite correspondiente. **[Apartado b.]**
6. Imparta instrucciones a la directora de Finanzas y Presupuesto para que recobre:
 - a. Los \$693,958 pagados a las aseguradoras por primas de beneficiarios fallecidos. **[Apartado a.]**
 - b. El importe que no correspondía pagar por los beneficiarios a los que se les efectuó dos pagos de prima. **[Apartado b.]**
 - c. Los pagos de prima por beneficiarios fallecidos y duplicados que detecten en la verificación que realice la oficial principal de informática sobre los meses que no fueron elegidos en la muestra de los auditores. **[Apartados a. y b.]**

7. Requerir al oficial principal de cumplimiento que vele por que las aseguradoras cumplan con los términos del contrato y paguen las reclamaciones limpias a los proveedores de servicios de salud en el término establecido.
- [Comentario especial]**

Información sobre la unidad auditada

La ASES se creó mediante la *Ley 72-1993, Ley de la Administración de Seguros de Salud de Puerto Rico*, según enmendada, como una corporación pública. Además, tiene la responsabilidad de implementar, administrar y negociar, mediante contratos con aseguradores u organizaciones de servicios de salud, un sistema de seguros de salud que brinde a todos los ciudadanos acceso a cuidados médico-hospitalarios de calidad, independientemente de la condición económica y capacidad de pago de quien los requiera. Esta tiene existencia perpetua con personalidad jurídica independiente y separada de cualquier otra entidad del Gobierno de Puerto Rico y está regida por la Junta de Directores (Junta).

La Junta está compuesta por 11 miembros: 6 *ex officio* y 5 nombrados por el gobernador con el consejo y consentimiento del Senado. El término del nombramiento es de 6 años. El presidente de la Junta es nombrado por el gobernador y los miembros de la Junta escogen a 1 vicepresidente y 1 secretario.

Los miembros *ex officio* son los secretarios de Hacienda y de Salud, el administrador de la Administración de Servicios de Salud Mental y Contra la Adicción (ASSMCA), el director de la Oficina de Gerencia y Presupuesto (OGP), el director ejecutivo de la Autoridad de Asesoría Financiera y Agencia Fiscal de Puerto Rico (AAFAF)⁹ y el Comisionado de Seguros. Los otros miembros son: un profesional competente en la industria de seguros; dos proveedores competentes dentro de la Reforma de Salud, de los cuales uno debe ser médico primario; un representante de los beneficiarios del seguro médico-hospitalario y un representante del interés público.

Los miembros de la Junta nombran al director ejecutivo de la ASES, quien es el responsable del funcionamiento de la agencia y ocupará el cargo a voluntad de la Junta.

La ASES se compone de las oficinas Ejecutiva, Cumplimiento, Finanzas y Presupuesto, Recursos Humanos y Administración y de Sistemas de Información; y de las áreas de Asuntos Legales, Operaciones Clínicas, Procedimientos Adjudicativos y de Servicio al Cliente.

Del 1 de julio de 20019 al 31 de diciembre de 2023, la ASES contó con asignaciones por \$19,623,463,087¹⁰ y realizó desembolsos por \$17,022,081,889, para un saldo de \$2,601,381,198.

Los **anejos 1 y 2** contienen una relación de los miembros de la Junta y de los funcionarios principales de la ASES que actuaron en el período auditado.

La ASES cuenta con una página en Internet, a la cual se puede acceder mediante la siguiente dirección: www.asespr.org. Esta página provee información acerca de los servicios que presta dicha entidad.

Comunicación con la gerencia

Las situaciones determinadas durante la auditoría fueron remitidas a la Sra. Roxanna K. Rosario Serrano, directora ejecutiva, mediante carta del 12 de febrero de 2024. Esta remitió sus comentarios en carta del 22 de febrero de 2024, los cuales se consideraron al redactar el borrador de este *Informe*.

El 17 de julio de 2024 remitimos lo siguiente:

- el borrador de este *Informe* para comentarios del Hon. Carlos R. Mellado López, secretario de Salud y presidente de la Junta de Directores; y de la directora ejecutiva;
- el borrador del **Hallazgo** para comentarios de los Dres. Lorenzo González Feliciano y Rafael Rodríguez Mercado, exsecretarios de Salud; la Sra. Edna Marín Ramos y el Lcdo. Jorge Galva Rodríguez, exdirectores ejecutivos; y la Sra. Yolanda García Lugo, exdirectora ejecutiva interina.

⁹ Sustituye al presidente del Banco Gubernamental de Fomento (BGF) tras el cierre de dicho banco.

¹⁰ Incluye el presupuesto hasta el 30 de junio de 2024.

- otras situaciones para comentarios de la Sra. Wanda del C. Llovet Díaz, directora ejecutiva del Registro Demográfico.

Mediante correos electrónicos del 18 de julio, y del 10 y 19 de agosto de 2024, recibimos los comentarios del exsecretario Rodríguez Mercado; del exdirector ejecutivo Galva Rodríguez; y de la directora ejecutiva, respectivamente. Sus comentarios se consideraron en la redacción final de este *Informe* y algunos de estos se incluyeron en el **Hallazgo** y el **Comentario especial**.

El 23 de julio de 2024, la directora ejecutiva del Registro Demográfico remitió sus comentarios con relación a un comentario especial. Luego de evaluar los comentarios y la evidencia, determinamos no incluir dicho comentario como parte de este *Informe*.

El 31 de julio de 2024 la exdirectora ejecutiva interina García Lugo remitió sus comentarios e indicó:

[...] *“Para los periodos considerados no puedo emitir comentarios ya que, con efectividad al 22 de marzo de 2021, cesé en las funciones de Sub-Directora Ejecutiva de la Administración de Seguros de Salud de Puerto Rico.”* [sic]

El secretario Mellado López, el exsecretario González Feliciano y la exdirectora ejecutiva Marín Ramos no contestaron.

Control interno

La gerencia de la ASES es responsable de establecer y mantener una estructura del control interno efectiva para proveer una seguridad razonable en el logro de lo siguiente:

- la eficiencia y eficacia de las operaciones;
- la confiabilidad de la información financiera;
- el cumplimiento de las leyes y la reglamentación aplicables.

Nuestro trabajo incluyó la comprensión y evaluación de los controles significativos para los objetivos de esta auditoría. Utilizamos dicha evaluación como base para establecer los procedimientos de auditoría apropiados a las circunstancias, pero no con el propósito de expresar una opinión sobre la efectividad de la estructura del control interno de la ASES.

En el **Hallazgo** se comentan deficiencias de controles internos significativas, dentro del contexto de los objetivos

de nuestra auditoría, identificadas a base del trabajo realizado.

Las deficiencias comentadas no contienen necesariamente todos los aspectos de control interno que pudieran ser situaciones objeto de hallazgo. Esto, debido a que dichas deficiencias fueron identificadas como resultado de la evaluación de las operaciones, los procesos, las actividades y los sistemas relacionados con los objetivos de la auditoría.

Alcance y metodología

La auditoría cubrió del 1 de julio de 2019 al 31 de diciembre de 2023. El examen lo efectuamos de acuerdo con las normas de auditoría gubernamental generalmente aceptadas contenidas en el *Government Auditing Standards*, emitido por la Oficina de Rendición de Cuentas del Gobierno de Estados Unidos (GAO por sus siglas en inglés), en lo que concierne a auditorías de desempeño. Estas normas requieren que planifiquemos y realicemos auditorías para obtener evidencia suficiente y apropiada que proporcione una base razonable para nuestra opinión y hallazgos relacionados con los objetivos de la auditoría. En consecuencia, realizamos las pruebas que consideramos necesarias, a base de muestras y de acuerdo con las circunstancias, según nuestros objetivos de auditoría. Realizamos pruebas tales como entrevistas a funcionarios y empleados; exámenes y análisis de informes y de documentos generados por la unidad auditada; pruebas y análisis de información financiera y de procedimientos de controles internos, y de otros procesos e información pertinente.

Para las áreas que no estaban consideradas en la reglamentación mencionada en nuestros objetivos, utilizamos como mejor práctica lo establecido en la *Ley Núm. 230*. Aunque la ASES está exenta de cumplir con esta, entendemos que esta contiene los controles adecuados para las situaciones presentadas.

Consideramos que la evidencia obtenida proporciona una base razonable para nuestra opinión y hallazgos.

Además, evaluamos la confiabilidad de los datos de los archivos generados por la ASES, que contienen los pagos de primas efectuados a las aseguradoras en el período auditado; de los archivos provistos por la ASES que contienen las reclamaciones recibidas por las aseguradoras de parte de los proveedores de salud por los servicios que estos brindaron a los beneficiarios del Plan de Salud; y de los datos del archivo de defunciones del

Sistema VITA que administra el Registro Demográfico. Como parte de dichas evaluaciones, entrevistamos a los funcionarios con conocimiento del sistema y de los datos; realizamos pruebas electrónicas para detectar errores evidentes de precisión e integridad; y revisamos la documentación e información existente sobre los datos y el sistema que los produjo. En consecuencia, determinamos que los datos de los archivos provistos eran suficientemente confiables a los fines de este Informe.

Anejo 1 - Funcionarios principales de la Junta de Directores durante el período auditado

NOMBRE	PUESTO	PERÍODO	
		DESDE	HASTA
Hon. Carlos R. Mellado López	presidente	3 ene. 21	31 dic. 23
Dr. Lorenzo González Feliciano	"	1 abr. 20	31 dic. 20
Dra. Concepción Quiñones de Longo	presidenta	1 mar. 20	30 mar. 20
Dr. Rafael Rodríguez Mercado	presidente	1 jul. 19	28 feb. 20
Lcdo. Norberto J. Negrón Díaz	vicepresidente	23 ago. 23	31 dic. 23
Sr. Marcos A. Vidal Gámbaro	vicepresidente ¹¹	1 jul. 19	30 jun. 23
Dra. Sara López Martín	secretaria	17 dic. 21	31 dic. 23
Lcdo. Mariano Mier Romeu	secretario ¹²	18 feb. 21	24 nov. 21
Dr. Víctor Simons Félix	"	1 jul. 19	15 feb. 21

¹¹ Estuvo vacante del 1 de julio al 22 de agosto de 2023.¹² Estuvo vacante del 25 de noviembre al 16 de diciembre de 2021.

Anejo 2 – Funcionarios principales de la entidad durante el período auditado

NOMBRE	PUESTO	PERÍODO	
		DESDE	HASTA
Sra. Roxanna K. Rosario Serrano	directora ejecutiva interina	22 ago. 23	31 dic. 23
Sra. Edna Marín Ramos	directora ejecutiva ¹³	16 may. 22	15 ago. 23
Sra. Roxanna K. Rosario Serrano	directora ejecutiva interina	1 may. 22	15 may. 22
Lcdo. Jorge Galva Rodríguez	director ejecutivo	17 dic. 19	30 abr. 22
Sra. Yolanda García Lugo	directora ejecutiva interina	1 jul. 19	16 dic. 19
Sra. Roxanna K. Rosario Serrano	subdirectora	16 ago. 21	31 dic. 23
Sra. Yolanda García Lugo	” ¹⁴	1 jul. 19	22 mar. 21
Lcda. Raquel Vera López	directora de Asuntos Legales interina	1 jul. 22	31 dic. 23
Lcda. Edanid Torres Cotto	directora de Asuntos Legales ¹⁵	3 may. 20	30 jun. 22
Lcda. Marla Hadad Orta	directora de Asuntos Legales	1 jul. 19	1 may. 20
Sra. Winda Lorenzo González	oficial principal de informática interina	4 nov. 22	31 dic. 23
Sr. Rafael Vázquez Paniagua	oficial principal de informática	16 dic. 19	3 nov. 22
Sr. Ramiro Rodríguez Rolón	oficial principal de informática interino	1 jul. 19	15 dic. 19
Sra. Lymarie Colón Rodríguez	directora de Finanzas y Presupuesto ¹⁶	18 dic. 23	31 dic. 23
Lcdo. Samuel Nales Pérez	director de Finanzas y Administración ¹⁷	20 abr. 23	7 ago. 23
Sra. Olga Carrasquillo González	directora de Finanzas y Administración interina	1 jul. 22	19 abr. 23
Sr. Carlos Negrón Pabón	director de Finanzas y Administración	22 feb. 21	30 jun. 22

¹³ Estuvo vacante del 16 al 21 de agosto de 2023.¹⁴ Estuvo vacante del 23 de marzo al 15 de agosto de 2021.¹⁵ Ocupó el puesto interinamente del 3 de mayo de 2020 al 31 de marzo de 2021 y también del 16 de diciembre de 2019 al 13 de abril de 2020 para sustituir a la directora en propiedad quien disfrutaba de una licencia.¹⁶ El título del puesto cambió efectivo el 16 de octubre de 2023.¹⁷ Estuvo vacante del 8 de agosto al 17 de diciembre de 2023.

NOMBRE	PUESTO	PERÍODO	
		DESDE	HASTA
Sra. Carmen L. Rodríguez Santiago	directora de Finanzas y Administración	1 jul. 19	21 feb. 21

Fuentes legales

Leyes

Ley Núm. 24 de 1931. *Ley del Registro General Demográfico de Puerto Rico*. 22 de abril de 1931.

Ley 72-1993. *Ley de la Administración de Seguros de Salud de Puerto Rico*. 7 de septiembre de 1993.

Ley Núm. 230 de 1974. *Ley de Contabilidad del Gobierno de Puerto Rico. (Ley de Contabilidad de 1974)*. 23 de julio de 1974.

Reglamentación

Reglamento 9068 de 2019. [Administración de Seguros de Salud de Puerto Rico]. *Reglamento General de la Administración de Seguros de Salud de Puerto Rico*. 15 de febrero de 2019.

PSI029J, *Premium Payment Certification Process – System ASSIST*. [Administración de Seguros de Salud de Puerto Rico]. 5 de julio de 2017.

PASES-AF 2018-01, *Proceso de Pre Intervención, Primas y Facturación de Aseguradoras*. [Administración de Seguros de Salud de Puerto Rico]. 16 de marzo de 2018.

Orden Administrativa 18-03-15-Enmendada, *Procedimiento Para el Análisis y la Adjudicación de Propuestas Para el Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico y Otros Procesos de Solicitud de Propuestas*. [Administración de Seguros de Salud de Puerto Rico]. 2 de enero de 2019.

Orden Administrativa 21-0701, *Procedimiento Para el Análisis y la Adjudicación de Propuestas Para el Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico y Otros Procesos de Contratación Competitivos*. [Administración de Seguros de Salud de Puerto Rico]. 9 de julio de 2021.

Cartas circulares

Carta Circular 140-16. [Oficina de Gerencia y Presupuesto]. *Normas Generales sobre la Implementación de Sistemas, Compra de Equipos y Programas y Uso de la Tecnología de Información para los Organismos Gubernamentales*, que incluye la *Política ATI-011, Mejores Prácticas de Infraestructura Tecnológica*. 7 de noviembre de 2016.

Carta Circular 2023-004. [Puerto Rico Innovation and Technology Service]. *Normas Generales que Deben Seguir las Agencias al Establecer sus Controles y Procedimientos, de Manera que se Atiendan Adecuadamente los Recursos, las Adquisiciones e Implementación de Soluciones o Tecnología Nueva, así como el Uso y Manejo de los Sistemas de Información y el Manejo de Cambios en los Proyectos de Tecnología*, que incluye la *Política TI-PRITS -005, Política Sobre las Mejores Prácticas de Infraestructura Tecnológica*. 30 de junio de 2023.



MISIÓN

Fiscalizar las transacciones de la propiedad y de los fondos públicos, con independencia y objetividad, para determinar si se han realizado de acuerdo con la ley, y atender otros asuntos encomendados.

Promover el uso efectivo, económico, eficiente y ético de los recursos del Gobierno en beneficio de nuestro Pueblo.



PRINCIPIOS PARA LOGRAR UNA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA DE EXCELENCIA

Dichos principios se incluyen en la Carta Circular OC-18-19 del 27 de abril de 2018 y este folleto.



QUERELLAS

Apóyenos en la fiscalización de la propiedad y de los fondos públicos.

 1-877-771-3133 | (787) 754-3030, ext. 2803 o 2805

 querellas@ocpr.gov.pr

Las querellas sobre el mal uso de la propiedad y de los fondos públicos pueden presentarse, de manera confidencial, personalmente, por correo o teléfono o mediante correo electrónico. Puede obtener más información en la página de Internet de la Oficina, sección Queréllese.

INFORMACIÓN DE CONTACTO

 105 Avenida Ponce de León Hato Rey, Puerto Rico

 PO Box 366069 San Juan, Puerto Rico 00936-6069

 (787) 754-3030  (787) 751-6768

 www.ocpr.gov.pr  ocpr@ocpr.gov.pr

SÍGANOS

Le invitamos a mantenerse informado a través de nuestra página de Internet y las redes sociales.