

## Aleatorización de historias clínicas para su respectiva auditoría, según Norma MSP 0000046

### Problemática:

El Sistema Nacional de Salud creó un tarifario único para que los diferentes prestadores privados puedan atender a los usuarios afiliados a la Seguridad Social y a los pacientes derivados por el Ministerio de Salud Pública. Para proceder con la autorización del pago de dichas prestaciones, la historia clínica con todo lo registrado en la atención debería ser auditado y validado antes de que se proceda con el pago de la prestación, en caso de encontrar algún error, se procede a glosar total o parcialmente el pago.

Dada la cantidad de prestaciones por auditar, el tiempo de pago de las prestaciones auditadas llegó a tomar más de un año, generando problemas financieros en algunos prestadores de salud.

Ante toda la problemática generada y dado que resultaba imposible e ineficiente realizar las auditorías a todas las distintas prestaciones realizadas, y con la finalidad de agilizar las auditorías y los pagos para los prestadores, se publica la norma **“Norma para aplicar métodos estadísticos en el control técnico médico de pertinencia médica en las instituciones de la red integral de salud, respecto de las prestaciones de salud otorgadas por los establecimientos de la salud públicos y privados” – resolución MSP 0000046**, que permite el uso de métodos estadísticos para clasificar y muestrear los trámites según el grupo a la que se asocian.

En base a la resolución **MSP 0000046**, se desarrolla una plantilla que en base a los listados recibidos se obtengan los grupos asociados, y una muestra aleatoria y representativa para ser auditada por el personal responsable. El muestreo se realiza a nivel de cada trámite

Se elabora una herramienta en Excel que implementa lo solicitado en la norma y consta de las siguientes hojas:

0.- Datos: Data de ejemplo para usar la plantilla.

1.- Base: Es la plantilla con los campos de la base “Datos” que se desea muestrear, contiene los siguientes campos: Prestador, Año atención, Mes atención, dependencia, tramite, cedula\_paciente, Nombre paciente, diagnostico, nombre diagnóstico, tipo atención, Valor solicitado y valor aprobado. Todos estos campos son los que utilizan para auditar. Se incluye un botón que limpia la base para dejarla en blanco antes de ingresar nuevos datos.

2.- ResumenTramiteExpedientes: Hoja con una tabla dinámica a partir de los datos de la hoja **“Base”** donde se mostrarán los códigos de trámites y la cantidad de pacientes en cada trámite, pueden escoger diferentes criterios en caso de que se desee filtrar antes de generar el resultado a muestrear.

3.- Plantilla: Hoja Base que como su nombre lo indica nos servirá de plantilla para generar los resultados para las hojas que se crean por cada trámite a muestrear. Clasifica cada registro en los estratos A y B definidos en la resolución. Incluye un resumen donde se indica el número del trámite, el % de glosa, Máximo USD, mínimo USD, rango, 80% del rango, Mínimo Fijo, Cantidad Estrato A, Tamaño de la Muestra, Cantidad Estrato B. y Además, incluye la selección aleatoria de los casos del Estrato A y Todos los casos de Estrato B que se deben auditar, según lo especificado en la Norma.

Ejemplo de agrupación de los registros:

DIAGNOSTICO	NOMBRE	TIPO_ATENCION	VALOR_SOLICITADO	VALOR_APROBADO	Estrato
C50	TUMOR MAL AMBULATORIO		978,21	975,55	Estrato A
C34	TUMOR MAL AMBULATORIO		5.071,85	5.067,31	Estrato B

4.- Parámetros estadísticos: Son los parámetros a especificar para calcular el tamaño muestral de cada trámite. Se especifica la proporción de la glosa, nivel de confianza, el valor-Z según el nivel de confianza y el error de diseño indicado en la Norma.

### Pasos para el uso de la plantilla:

#### 1.- Configuración de los parámetros estadísticos:

Identificar el % de la glosa del prestador al que se le va a aplicar al muestro de sus trámites e indicar el nivel de confianza 95% según la resolución y un error de diseño del 5%.

#### Parámetros de Configuración para Cálculo de Tamaño Muestral

Proporción	3%	equivale al % de glosas
Nivel de Confianza	95%	
Valor Z, según nivel de Confianza	1,96	
Error de Diseño	5%	

**Nota1:** Los valores de los parámetros utilizados para el **Nivel de Confianza** con su correspondiente **Valor Z** y el **Error de Diseño** corresponden a los indicados en la resolución del MSP 000046.

**Nota2:** En el caso de desconocer la proporción esperada de éxito ( % de glosa) se recomienda trabajar con 0,5 (50%) ya que ésta maximiza el tamaño de la muestra.

2.- Importar el archivo que se requiere obtener las muestras aleatorias, en caso de existir datos y querer borrarlos, se presiona el botón de Limpiar Base.

Limpiar Base

3.- Para el ejercicio se utilizan los datos registrados en la hoja “**Datos**”.

4.- En la pestaña “**ResumenTramitesExpedientes**”, dar clic en el botón Actualizar.

Actualizar Tabla

Se presentará la Tabla Dinámica con los trámites contenidos en la base:

### TABLA RESUMEN DE TRAMITES Y CANTIDADES DE EXPEDIENTES

Escoger criterios:

TIPO_ATENCION	AMBULATORIO	
AÑO_ATENCION	2018	
MES_ATENCION	4	
PRESTADOR	(Varios elementos)	

Trámites	Cuenta de Pacientes
674	214
675	195
676	195
670	173
443	171
679	68
671	59
677	48
673	29
668	17

5.- Dar clic en el botón “Generar Archivos”, este botón está asociado a una macro que itera por cada uno de los diferentes trámites que se encuentran en la tabla dinámica creando la plantilla correspondiente con la clasificación resultante por estratos A y B, con la cantidad de pacientes aleatorizados que se deben muestrear según el muestreo aleatorio utilizado.

Generar Archivos

### Resultado:

Se genera una hoja con el “Número de trámite” como nombre de la Hoja, y en cada hoja aparece el detalle de los registros de pacientes con el valor monetario solicitado y aprobado. Se incluye también un resumen con los estadísticos utilizados y el listado de pacientes de estrato A (los registros aleatorios de los pacientes que se van a auditar) y el listado de los pacientes del estrato B (en este caso se auditan todos, según la Norma).

Ejemplo del resultado obtenido de la ejecución de la macro, con datos ficticios:

A B C D E F G H I J K L M N O P Q R S T U V W X Y Z																									
Secuencia	PRESTR	ABO.AT ENCL	HES.AT ENCL	DEFEND ENCL	TRANS	CEDULA_PA CIENCL	NOMBRE_PAC ENTE	DIAGNOSTIC O	NOMBRE_DIA N	TIPO_ATENCIO N	VALOR_SO LICITA	VALOR_AP ROBA	Estrato	RESULTADOS ESTADISTICOS TRAMITES PARA AUDITAR											
5	1	Prueba_2	2010	4	TRAMITATO	174	9011 ABCD-10011	H849	LUMENADIPROEPI AMBULATORIO	9199	9197	Enmora		Ítem											
5	2	Prueba_2	2010	4	TRAMITATO	174	9013 ABCD-10121	H901	ACTIVIDAD REINTE AMBULATORIO	8191	8191	Enmora		2 Glosa											
5	3	Prueba_2	2010	4	TRAMITATO	174	9019 ABCD-10191	H219	INESTABILIDAD CR AMBULATORIO	4199	4199	Enmora		Máximo											
5	4	Prueba_2	2010	4	PROCTOLO	174	9017 ABCD-10171	H168	ECZEMATOSE ANA AMBULATORIO	2971	2971	Enmora		Mínimo											
5	5	Prueba_2	2010	4	PROCTOLO	174	9019 ABCD-10191	H14	HEMORRHOIDES AMBULATORIO	1419	1437	Enmora		Rango											
5	6	Prueba_2	2010	4	PROCTOLO	174	9017 ABCD-10171	H168	FEJURA FISTULA AMBULATORIO	1429	1429	Enmora		80%											
5	7	Prueba_2	2010	4	PROCTOLO	174	9019 ABCD-10191	H14	HEMORRHOIDES AMBULATORIO	1429	1437	Enmora		Mínimo Fijo											
5	8	Prueba_2	2010	4	PROCTOLO	174	9019 ABCD-10191	H14	HEMORRHOIDES AMBULATORIO	2149	2149	Enmora		Cantidad Estrato A											
5	9	Prueba_2	2010	4	PROCTOLO	174	9014 ABCD-10141	H391	FEJURA ANAL CRIS AMBULATORIO	2129	2149	Enmora		Tamaño de Muestra											
5	10	Prueba_2	2010	4	PROCTOLO	174	9013 ABCD-10131	H168	HEMORRHOIDES AMBULATORIO	1429	1437	Enmora		Cantidad Estrato B											
5	11	Prueba_2	2010	4	PROCTOLO	174	9013 ABCD-10131	H32	OTRAS COLITIS AMBULATORIO	2171	2149	Enmora		Selección Aleatoria Estrato A											
5	12	Prueba_2	2010	4	OTORRINOL	174	9017 ABCD-10171	H168	RINITE ALERGICA AMBULATORIO	1429	1437	Enmora		Estrato B											
5	13	Prueba_2	2010	4	OTORRINOL	174	9019 ABCD-10191	H168	ARTRITIS GONORR AMBULATORIO	1429	1437	Enmora		N° (Sec. Aleatoria) Identificación Nombre Monto											
5	14	Prueba_2	2010	4	OTORRINOL	174	9019 ABCD-10191	H168	RINITE ALERGICA AMBULATORIO	1429	1437	Enmora		1	10	9017 ABCD-10171	1514								
5	15	Prueba_2	2010	4	OTORRINOL	174	9019 ABCD-10191	H168	RINITE ALERGICA AMBULATORIO	1429	1437	Enmora		2	171	10131 ABCD-10131	1449								
5	16	Prueba_2	2010	4	OTORRINOL	174	9017 ABCD-10171	H168	OTITIS MEDIA CRON AMBULATORIO	1429	1437	Enmora		3	50	10173 ABCD-10173	2149								
5	17	Prueba_2	2010	4	OTORRINOL	174	9016 ABCD-10161	H168	SPRUEGUS AGUDA AMBULATORIO	9149	9149	Enmora		4	119	10413 ABCD-10413	3137								
5	18	Prueba_2	2010	4	OTORRINOL	174	9019 ABCD-10191	H168	SPRUEGUS AGUDA AMBULATORIO	1429	1437	Enmora		5	136	10398 ABCD-10398	2175								
5	19	Prueba_2	2010	4	OTORRINOL	174	9014 ABCD-10141	H168	SPRUEGUS AGUDA AMBULATORIO	1429	1437	Enmora		6	103	9259 ABCD-9259	729,42								
5	20	Prueba_2	2010	4	OTORRINOL	174	9013 ABCD-10131	H168	SPRUEGUS AGUDA AMBULATORIO	1429	1437	Enmora		7	82	9864 ABCD-9864	15,00								
5	21	Prueba_2	2010	4	OTORRINOL	174	9013 ABCD-10131	H168	SPRUEGUS AGUDA AMBULATORIO	1429	1437	Enmora		8	184	10283 ABCD-10283	17,55								
5	22	Prueba_2	2010	4	OTORRINOL	174	9013 ABCD-10131	H168	SPRUEGUS AGUDA AMBULATORIO	1429	1437	Enmora		9	195	10259 ABCD-10259	1.754,49								
5	23	Prueba_2	2010	4	OTORRINOL	174	9013 ABCD-10131	H168	SPRUEGUS AGUDA AMBULATORIO	1429	1437	Enmora		10	78	10588 ABCD-10588	204,48								
5	24	Prueba_2	2010	4	OTORRINOL	174	9019 ABCD-10191	H168	RINITE ALERGICA AMBULATORIO	1429	1437	Enmora		11	115	4896 ABCD-4896	14,25								
5	25	Prueba_2	2010	4	OTORRINOL	174	9019 ABCD-10191	H168	CELENEFIPROACTI AMBULATORIO	1429	1437	Enmora		12	96	10580 ABCD-10580	76,47								
5	26	Prueba_2	2010	4	OTORRINOL	174	9019 ABCD-10191	H168	RINITE ALERGICA AMBULATORIO	1429	1437	Enmora		13	177	10288 ABCD-10288	15,43								
5	27	Prueba_2	2010	4	OTORRINOL	174	9016 ABCD-10161	H168	DECATARONGOS TI AMBULATORIO	1429	1437	Enmora		14	73	10593 ABCD-10593	14,54								
5	28	Prueba_2	2010	4	OTORRINOL	174	9019 ABCD-10191	H168	RINITE ALERGICA AMBULATORIO	2129	2139	Enmora		15	65	10682 ABCD-10682	13,97								
5	29	Prueba_2	2010	4	ONCOLOGIA	174	9017 ABCD-10171	H168	TUMOR HALLADO D AMBULATORIO	1399	1323	Enmora		16	176	10289 ABCD-10289	13,50								
5	30	Prueba_2	2010	4	ONCOLOGIA	174	9017 ABCD-10171	H168	TUMOR HALLADO D AMBULATORIO	1399	1323	Enmora		17	76	10590 ABCD-10590	46,24								
5	31	Prueba_2	2010	4	ONCOLOGIA	174	9013 ABCD-10131	H168	TUMOR HALLADO D AMBULATORIO	9149	9149	Enmora		18	36	10769 ABCD-10769	64,68								
5	32	Prueba_2	2010	4	ONCOLOGIA	174	9013 ABCD-10131	H168	TUMOR HALLADO D AMBULATORIO	9149	9149	Enmora		19	88	9606 ABCD-9606	174,96								
5	33	Prueba_2	2010	4	ONCOLOGIA	174	9013 ABCD-10131	H168	TUMOR HALLADO D AMBULATORIO	9149	9149	Enmora		20	81	10586 ABCD-10586	20,10								
5	34	Prueba_2	2010	4	ONCOLOGIA	174	9013 ABCD-10131	H168	TUMOR HALLADO D AMBULATORIO	9149	9149	Enmora		21	51	9626 ABCD-9626	21,00								
5	35	Prueba_2	2010	4	ONCOLOGIA	174	9013 ABCD-10131	H168	TUMOR HALLADO D AMBULATORIO	9149	9149	Enmora		22	21	10802 ABCD-10802	17,98								
5	36	Prueba_2	2010	4	ONCOLOGIA	174	9013 ABCD-10131	H168	TUMOR HALLADO D AMBULATORIO	9149	9149	Enmora		23	131	10402 ABCD-10402	13,91								
5	37	Prueba_2	2010	4	ONCOLOGIA	174	9013 ABCD-10131	H168	TUMOR HALLADO D AMBULATORIO	9149	9149	Enmora		24	9	10854 ABCD-10854	23,23								
5	38	Prueba_2	2010	4	ONCOLOGIA	174	9013 ABCD-10131	H168	TUMOR HALLADO D AMBULATORIO	9149	9149	Enmora		25	189	10278 ABCD-10278	19,07								
5	39	Prueba_2	2010	4	ONCOLOGIA	174	9013 ABCD-10131	H168	TUMOR HALLADO D AMBULATORIO	9149	9149	Enmora		26	125	10407 ABCD-10407	32,90								
5	40	Prueba_2	2010	4	ONCOLOGIA	174	9013 ABCD-10131	H168	TUMOR HALLADO D AMBULATORIO	9149	9149	Enmora		27	27	10796 ABCD-10796	14,25								
5	41	Prueba_2	2010	4	ONCOLOGIA	174	9013 ABCD-10131	H168	TUMOR HALLADO D AMBULATORIO	9149	9149	Enmora		28	211	10193 ABCD-10193	14,25								
5	42	Prueba_2	2010	4	ONCOLOGIA	174	9013 ABCD-10131	H168	TUMOR HALLADO D AMBULATORIO	9149	9149	Enmora		29	137	10397 ABCD-10397	14,25								
5	43	Prueba_2	2010	4	ONCOLOGIA	174	9013 ABCD-10131	H168	TUMOR HALLADO D AMBULATORIO	9149	9149	Enmora		30	5	10858 ABCD-10858	14,65								
5	44	Prueba_2	2010	4	ONCOLOGIA	174	9013 ABCD-10131	H168	TUMOR HALLADO D AMBULATORIO	9149	9149	Enmora		31	101	10576 ABCD-10576	30,72								
5	45	Prueba_2	2010	4	ONCOLOGIA	174	9013 ABCD-10131	H168	TUMOR HALLADO D AMBULATORIO	9149	9149	Enmora		32	94	10582 ABCD-10582	83,00								
5	46	Prueba_2	2010	4	ONCOLOGIA	174	9013 ABCD-10131	H168	TUMOR HALLADO D AMBULATORIO	9149	9149	Enmora		33	91	9604 ABCD-9604	20,10								
5	47	Prueba_2	2010	4	ONCOLOGIA	174	9013 ABCD-10131	H168	TUMOR HALLADO D AMBULATORIO	9149	9149	Enmora		34	142	10392 ABCD-10392	14,25								
5	48	Prueba_2	2010	4	ONCOLOGIA	174	9013 ABCD-10131	H168	TUMOR HALLADO D AMBULATORIO	9149	9149	Enmora		35	77	10589 ABCD-10589	21,18								
5	49	Prueba_2	2010	4	ONCOLOGIA	174	9013 ABCD-10131	H168	TUMOR HALLADO D AMBULATORIO	9149	9149	Enmora		36	169	10333 ABCD-10333	35,08								
5	50	Prueba_2	2010	4	ONCOLOGIA	174	9013 ABCD-10131	H168	TUMOR HALLADO D AMBULATORIO	9149	9149	Enmora		37	24	10799 ABCD-10799	14,25								
5	51	Prueba_2	2010	4	ONCOLOGIA	174	9013 ABCD-10131	H168	TUMOR HALLADO D AMBULATORIO	9149	9149	Enmora		38	101	10585 ABCD-10585	14,25								
5	52	Prueba_2	2010	4	ONCOLOGIA	174	9013 ABCD-10131	H168	TUMOR HALLADO D AMBULATORIO	9149	9149	Enmora		39	101	10585 ABCD-10585	14,25								
5	53	Prueba_2	2010	4	ONCOLOGIA	174	9013 ABCD-10131	H168	TUMOR HALLADO D AMBULATORIO	9149	9149	Enmora		40	101	10585 ABCD-10585	14,25								
5	54	Prueba_2	2010	4	ONCOLOGIA	174	9013 ABCD-10131	H168	TUMOR HALLADO D AMBULATORIO	9149	9149	Enmora		41	101	10585 ABCD-10585	14,25								
5	55	Prueba_2	2010	4	ONCOLOGIA	174	9013 ABCD-10131	H168	TUMOR HALLADO D AMBULATORIO	9149	9149	Enmora		42	101	10585 ABCD-10585	14,25								
5	56	Prueba_2	2010	4	ONCOLOGIA	174	9013 ABCD-10131	H168	TUMOR HALLADO D AMBULATORIO	9149	9149	Enmora		43	101	10585 ABCD-10585	14,25								
5	57	Prueba_2	2010	4	ONCOLOGIA	174	9013 ABCD-10131	H168	TUMOR HALLADO D AMBULATORIO	9149	9149	Enmora		44	101	10585 ABCD-10585	14,25								
5	58	Prueba_2	2010	4	ONCOLOGIA	174	9013 ABCD-10131	H168	TUMOR HALLADO D AMBULATORIO	9149	9149	Enmora		45	101	10585 ABCD-10585	14,25								
5	59	Prueba_2	2010	4	ONCOLOGIA	174	9013 ABCD-10131	H168	TUMOR HALLADO D AMBULATORIO	9149	9149	Enmora		46	101	10585 ABCD-10585	14,25								
5	60	Prueba_2	2010	4	ONCOLOGIA	174	9013 ABCD-10131	H168	TUMOR HALLADO D AMBULATORIO	9149	9149	Enmora		47	101	10585 ABCD-10585	14,25								
5	61	Prueba_2	2010	4	ONCOLOGIA	174	9013 ABCD-10131	H168	TUMOR HALLADO D AMBULATORIO	9149	9149	Enmora		48	101	10585 ABCD-10585	14,25								
5	62	Prueba_2	2010	4	ONCOLOGIA	174	9013 ABCD-10131	H168	TUMOR HALLADO D AMBULATORIO	9149	9149	Enmora		49	101	10585 ABCD-10585	14,25								
5	63	Prueba_2	2010	4	ONCOLOGIA	174	9013 ABCD-10131	H168	TUMOR HALLADO D AMBULATORIO	9149	9149	Enmora		50	101	10585 ABCD-10585	14,25								
5	64	Prueba_2	2010	4	ONCOLOGIA	174	9013 ABCD-10131	H168	TUMOR HALLADO D AMBULATORIO	9149	9149	Enmora		51	101	10585 ABCD-10585	14,25								
5	65	Prueba_2	2010	4</																					

En la imagen se muestra la planilla con el detalle completo generado del trámite 674, los parámetros de configuración y los estadísticos: máximo, mínimo, rango, Cantidad correspondiente al estrato A, el tamaño muestral según fórmula estadística, y la Cantidad de estrato B. Y por último el listado de los estratos A y B.

Resumen de parámetros y estadísticos utilizados:

RESULTADOS ESTADISTICOS TRAMITES PARA AUDITAR	
Trámite	89719
% Glosa	3%
Máximo	120,31
Mínimo	13,50
Rango	106,81
80%	85,448
Mínimo Fijo	1
Cantidad Estrato A	13
Tamaño de Muestra	10
Cantidad Estrato B	2

Y el detalle de cada estrato:

Estrato A (muestra)

Selección Aleatoria Estrato A				
N°	Sec. Aleatoria	Identificación	Nombre	Monto
1	60	10687	ABCD-10687	1.581,43
2	171	10331	ABCD-10331	14,45
3	50	10731	ABCD-10731	21,00
4	119	10413	ABCD-10413	31,37
5	136	10398	ABCD-10398	21,75
6	103	9259	ABCD-9259	729,42
7	82	9864	ABCD-9864	15,00
8	184	10283	ABCD-10283	17,55
9	195	10259	ABCD-10259	1.754,49
10	78	10588	ABCD-10588	204,48
11	115	4896	ABCD-4896	14,25
12	96	10580	ABCD-10580	76,47
13	177	10288	ABCD-10288	15,43
14	73	10593	ABCD-10593	14,54

**Estrato B**

Estrato B:			
N°	Identificación	Nombre	Monto
1	9223	ABCD-9223	4.290,71

El impacto de la elaboración de esta herramienta y compartirla con los responsables del proceso fue el bajar los tiempos de auditoría de 360 días a 3-5 días y asegurar el pago del 90% de la facturación de manera mensual para el prestador del servicio.

## Anexos

Anexo Resolución 00000046



N° 00000046

### LA MINISTRA DE SALUD PÚBLICA

#### CONSIDERANDO:

Que, la salud es un derecho garantizado por el Estado a través del acceso permanente, oportuno y sin exclusión a programas, acciones y servicios de promoción y atención integral en salud, cuya prestación se rige por los principios de equidad, universalidad, solidaridad, interculturalidad, calidad, eficiencia, eficacia, precaución y bioética, con enfoque de género y generacional, conforme lo dispuesto en el artículo 32 de la Constitución de la República del Ecuador;

Que, la administración pública y sus servidores, únicamente pueden ejecutar las competencias y facultades previstas en la Constitución y la Ley, de acuerdo con lo previsto en el Art. 226 de la Constitución de la República;

Que, las intervenciones realizadas por los profesionales de la salud en las diversas unidades de la red pública integral de salud se realizan con apego a los respectivos protocolos institucionales gozan de las presunciones de legitimidad y ejecutoriedad de conformidad con el Art. 329 del Código Orgánico General de Procesos;

Que, la regulación sobre el control técnico médico de pertinencia médica es de competencia privativa de la autoridad sanitaria nacional en ejercicio de su rectoría establecida en el Art. 4 de la Ley Orgánica de Salud;

Que, el Ministerio de Salud, mediante Acuerdo Ministerial No. 00005309 de 28 de octubre de 2015, publicado en el Registro Oficial Suplemento No. 437 de 31 de diciembre de 2015, emite la *"Norma del Proceso de Relacionamiento para la Atención de Pacientes y Reconocimiento Económico por Prestación de Servicios de Salud entre Instituciones de la Red Pública Integral de Salud y de la Red Privada Complementaria"*; en la que se establece que la *"auditoría de pertinencia médica"*, como sinónimo de *"Control Técnico Médico"*, se realizará por *"muestreo"*;

Que, la utilización indiscriminada de las acepciones referidas en el considerando precedente, ha generado confusión al asumir que la auditoría de pertinencia médica puede asumirse como la que realiza el organismo superior de control en el ámbito del control gubernamental; por lo que en materia sanitaria se utilizará para sus fines específicos exclusivamente el *"Control Técnico Médico de Pertinencia Médica"*;

Que, el Ministerio de Salud Pública, el Ministerio del Interior, el Instituto de Seguridad Social de la Policía Nacional, el Ministerio de Defensa Nacional, el Instituto de Seguridad Social de las Fuerzas Armadas; y, el Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social, el 10 de abril de 2015, suscribieron el Convenio Marco Interinstitucional con el objeto de *"establecer las directrices y los mecanismos de articulación a las que deberán sujetarse las partes para la operación articulada de la RED PÚBLICA INTEGRAL DE SALUD"*, y se establece que los Acuerdos y Resoluciones que emita el Ministerio de Salud Pública, Autoridad Sanitaria Nacional y ente rector de en materia de salud, *"serán aplicables, vinculantes, obligatorios y de inmediato cumplimiento para los miembros de la Red Pública Integral de Salud, conforme lo establece la Constitución y la Ley"*.



Que, en el contexto referido es necesario emitir una regulación que permita realizar el control técnico médico de pertinencia médica mediante métodos estadísticos; y, de esta manera propender a una forma más adecuada y oportuna de acceso a la salud;

En ejercicio de las atribuciones que le confiere el artículo 154, numeral 1, de la Constitución de la República,

**ACUERDA:**

**Art. 1.-** Emitir la **"NORMA PARA APLICAR MÉTODOS ESTADÍSTICOS EN EL CONTROL TÉCNICO MÉDICO DE PERTINENCIA MÉDICA EN LAS INSTITUCIONES DE LA RED INTEGRAL DE SALUD, RESPECTO DE LAS PRESTACIONES DE SALUD OTORGADAS POR LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD PÚBLICOS Y PRIVADOS"**

**Art. 2.-** Es responsabilidad de las máximas autoridades de las Instituciones de la Red Pública Integral de Salud, en sus calidades de autorizadores de gasto y de los servidores autorizadores de pago, la aplicación de "métodos estadísticos en el control técnico médico de pertinencia médica", en el ámbito de sus respectivas competencias, sin perjuicio de la aplicación de las demás normas de control interno que en cada caso correspondan

**Art. 3.-** La presente Norma para la aplicación de "*métodos estadísticos en el control técnico médico de pertinencia médica*", rige para las prestaciones de salud otorgadas a partir de su expedición.

**Art. 4.-** La presente norma técnica deroga todas las demás disposiciones de similar jerarquía que se le opongan o no guarden con su texto la debida correspondencia y armonía, en particular las siguientes: 1) el numeral 16 de la Sección **"IV. Marco legal"**, e inciso penúltimo del numeral "2. Marco legal", que cita el oficio No. 17729CJ de 12 de junio de 2014 de la Contraloría General del Estado; y, 2) el párrafo tercero, el Art. 1 y el Art. 2 del numeral "8.2. Fase de revisión de control técnico médico, revisión de pertinencia técnica médica", del **"Instructivo para la aplicación de los lineamientos del proceso de auditoría de la calidad de la facturación de los servicios de salud"**, Anexo 6, previsto en el Acuerdo Ministerial No. 00005309, publicado en el Registro Oficial Suplemento 437 de 31 de diciembre de 2015.

**Art. 5.-** El presente acuerdo entrará en vigencia a partir de su suscripción, sin perjuicio de su publicación en la página web de la entidad y en el Registro Oficial.

Dado en el Distrito Metropolitano de Quito, a **03 JUN. 2016**



**Dra. Margarita Beatriz Guevara Alvarado**  
**MINISTRA DE SALUD PÚBLICA**

	Nombres y Apellidos	Área	Cargo	Sumilla
Revisado:	Dr. Juan Alvar	Dirección Nacional de Consultoría Legal	Director	
Elaborado:	Ing. Jorge Machado	Despacho	Asesor	
Elaborado:	Econ. María del Carmen Quevedo	Gerencia Institucional para la Eficiencia de la Red Pública Integral de Salud y la Red Privada Complementaria	Gerente	



**NORMA PARA APLICAR MÉTODOS ESTADÍSTICOS EN EL CONTROL  
TÉCNICO MÉDICO DE PERTINENCIA MÉDICA EN LAS INSTITUCIONES DE LA  
RED INTEGRAL DE SALUD, RESPECTO DE LAS PRESTACIONES DE SALUD  
OTORGADAS POR LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD PÚBLICOS Y  
PRIVADOS**



1. Alcance	1
2. Objetivos de aplicar el control técnico médico de pertinencia médica por muestreo	1
2.1. Objetivo general	
2.2. Objetivos específicos	
3. Criterios para aplicación de selección por muestreo del control técnico médico de pertinencia médica	1
a. Organización de expedientes	
b. Aplicación de método estadístico	
3.1. Metodología para redimensionamiento del tamaño de la población objetivo de análisis y procedimiento de extracción de muestra aleatoria	2
3.2. Cálculo del tamaño de muestra	3
4. Criterios para organizar los establecimientos de salud según nivel riesgo, dado por débito referencial.	4
Categoría 1 (Débito referencial menor o igual al 3%)	4
Categoría 2 (Débito referencial superior al 3% y menor o igual al 6%)	4
Categoría 3 (Débito referencial superior al 6% y menor o igual al 10%)	5
Categoría 4 (Débito referencial superior al 10% y menor o igual al 20%)	5
Categoría 5 (Prestadores con débito referencial inadecuada)	6
5. Criterios de excepción del control técnico médico de pertinencia médica, mediante la selección de muestras	6
6. Por extensión recibirán similar tratamiento al establecido en el ordinal precedente	7
7. Del registro de establecimientos de salud según su nivel riesgo, dado por débito referencial	7
8. Glosario	7
a. Control técnico médico de pertinencia médica	
b. Muestreo estadístico	
c. Débito referencial	







**NORMA PARA APLICAR MÉTODOS ESTADÍSTICOS EN EL CONTROL  
TÉCNICO MÉDICO DE PERTINENCIA MÉDICA EN LAS INSTITUCIONES DE  
LA RED INTEGRAL DE SALUD, RESPECTO DE LAS PRESTACIONES DE  
SALUD OTORGADAS POR LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD  
PÚBLICOS Y PRIVADOS**

**1. Alcance**

El presente documento tiene como finalidad, establecer los lineamientos para aplicar métodos estadísticos en el control técnico médico de pertinencia médica, en las instituciones de la Red Pública Integral de Salud, respecto de las prestaciones de salud otorgadas por los establecimientos de salud públicos o privados.

El control técnico médico de pertinencia médica, es un proceso técnico en el que el médico evalúa la razonabilidad y pertinencia de los procedimientos médicos aplicados al paciente, frente a los protocolos nacionales o, a falta de ellos, a la buena práctica de la medicina basada en evidencia, o a los protocolos institucionales. La pertinencia de los procedimientos odontológicos será realizada por un odontólogo. En ningún caso podrá ser realizada por un profesional distinto a los profesionales señalados.

**2. Objetivos de aplicar el control técnico médico de pertinencia médica por muestreo**

**2.1. Objetivo general**

Agilizar el proceso de control técnico médico de pertinencia médica, en base a métodos estadísticos, que permita una eficiente y eficaz revisión de expedientes, optimizando el tiempo y recursos dedicados para su ejecución.

**2.2. Objetivos específicos**

- a. Determinar o extraer una muestra estadísticamente representativa de un universo, que permita extrapolar sus propiedades con un grado de confiabilidad determinada y ajustada a criterios específicos, con el objeto de inferir conclusiones a todo el universo en función de los hallazgos de la misma.
- b. Disponer de una directriz técnica que permita implementar progresivamente un sistema de garantía de calidad de atención en salud.
3. Criterios para aplicación de selección por muestreo para el control técnico médico de pertinencia médica
- a. Organización de expedientes

Se iniciará el proceso con la revisión y conteo del número de expedientes a ser atendidos en un periodo de tiempo (se recomienda una programación efectiva

de atención mensual, debidamente planificada en revisión semanal). A continuación, se clasificarán los expedientes por tipo de prestador y dentro de este por tipo de servicio. Informáticamente se ordenan de manera descendente en función del valor monetario de cada expediente. Se totalizará el número de expedientes.

**b. Aplicación de método estadístico**

La aplicación del método estadístico se da con la finalidad de hacer inferencias confiables de la revisión de expedientes para el control técnico médico de pertinencia médica; es así que el método de selección de la muestra es, estratificado proporcional. La estratificación se realiza en función de la medida de desviación, que en este caso será el rango.

Se aplicará este procedimiento de manera particular, para cada uno de los segmentos que resultan de la desagregación por categoría de prestador y tipo de servicio (Hospitalización, ambulatorio, emergencia, diálisis, pre-hospitalario, etc.).

La selección aleatoria se hará sobre el total de la población objetivo corregida, y en base a la siguiente metodología:

**3.1. Metodología para redimensionamiento del tamaño de la población objetivo de análisis y procedimiento de extracción de muestra aleatoria**

Para el redimensionamiento de tamaño de la población total de expedientes que servirá para calcular el tamaño de la muestra; se aplica un proceso previo de estratificación proporcional, a partir de la información del grupo de expedientes totales, en base a estadígrafos como: expedientes con valores mínimo y máximo, rango (valor absoluto resultante de la diferencia entre el valor máximo y mínimo). Con estos estadígrafos se define la siguiente estratificación.

**Estrato A:** Está comprendido entre el expediente con menor valor hasta el expediente con valor igual o inmediatamente menor al 80% del rango.

**Estrato B:** Este estrato comprende todos los expedientes cuyo valor están por encima del 80% del rango.

Esta estratificación permite corregir la población objetivo a partir de la cual se extrae la muestra, esto se lo realiza eliminando los expedientes del Estrato B, dado principalmente como mecanismo de contingencia de riesgo por los expedientes de mayor costo.

Los expedientes del Estrato B pasan a una revisión obligatoria y formarán parte de los expedientes con criterios de excepción.



Una vez que se ha corregido la población objetivo se procede a determinar el tamaño de la muestra que servirá de fuente de análisis, para ello se aplica lo siguiente:

### 3.2. Cálculo del tamaño de muestra

Dado que las poblaciones pueden ser muy grandes o que los costes asociados dentro del proceso de tomas de muestras sean elevados o porque el requerimiento de optimizar el tiempo de análisis sea importante para el tratamiento de resultados asociados a estas, se establece un tamaño máximo de muestra dado por los recursos disponibles, y a par, dependiendo del plan de análisis de información se determina el tamaño mínimo de la muestra; en base a esto, se plasma la fórmula siguiente que permita al responsable del control técnico médico de pertinencia médica, calcular el tamaño de la muestra; así:

$$n = \frac{Z_{\alpha}^2 \cdot N \cdot p \cdot (1-p)}{e^2 \cdot (N-1) + Z_{\alpha}^2 \cdot p \cdot (1-p)}$$

Dónde:

$n$ : Tamaño de la muestra; es decir, número de expedientes a considerar en el análisis.

$Z_{\alpha}$ : Valor constante obtenido del nivel de confianza que se asigne ( $1-\alpha$ ); considerando que el nivel de confianza corresponde a la probabilidad de que los resultados de la investigación sean ciertos. Para realizar el control técnico médico de pertinencia médica, se recomienda manejar un nivel de confianza del 95%, correspondiente a un valor de  $Z_{\alpha}$  de 1,96. Se incluyen valores de la tabla de distribución estándar normal (0,1); así:

Nivel de confianza:	75%	80%	85%	90%	95%	97.50%	99%
Valores de $Z_{\alpha}$ :	1.15	1.28	1.44	1.65	1.96	2.24	2.58

$N$ : Tamaño de la población objetivo; es decir, número total de expedientes a ser considerados en el proceso.

$p$ : Proporción de expedientes que poseen en la población objeto la característica de análisis. Este dato con mucha frecuencia es desconocido, por lo que se supone para efectos de cálculo y maximización del tamaño de la muestra, un valor de  $p = 0,5$ .

$e^2$ : Error muestral deseado; es decir, el error correspondiente a la diferencia que puede existir entre el resultado que se obtendría de la muestra poblacional respecto de la totalidad de ella, se sugiere utilizar el valor del 5%.

Una vez que se ha definido el tamaño de la muestra, se realiza la extracción de expedientes que forman parte de la muestra con un proceso simple, de manera proporcional y debidamente diferenciados por el tipo de prestador y tipo de servicio. Los expedientes deben estar ordenados de manera descendente, en función del valor monetario de cada expediente.

#### 4. Criterios para organizar los establecimientos de salud según nivel riesgo, dado por débito referencial.

Se utilizará la información histórica del proceso del control técnico médico de pertinencia médica a los expedientes entregados por los diferentes establecimientos de salud; categorizándolos a partir del nivel de riesgo asociado al débito referencial (Anexo 1).

La información recopilada ha sido procesada y categorizada en cinco niveles, dado por el porcentaje de expedientes con débito referencial del control técnico médico de pertinencia médica que ha presentado un prestador de servicios de salud, específico en un periodo determinado, así:

El débito referencial de los expedientes de un prestador de servicios de salud se la define a partir de la revisión de los expedientes médicos y está dado como la relación entre el monto de débito originado en la falta de justificación del control técnico médico de pertinencia médica, frente al monto total de expedientes revisados en un periodo determinado; se lo expresa de manera porcentual; y, en base a su valor, se lo categoriza de la siguiente manera:

##### Categoría 1 (Débito referencial menor o igual al 3%)

Prestadores con un porcentaje de débito referencial menor o igual al 3%. Representan el grupo de menor riesgo, por tanto, efectuar el control técnico médico de pertinencia médica de los expedientes, con la aplicación de cualquier método estadístico, resulta más confiable. En esta categoría, el control técnico médico de pertinencia médica por muestreo de los expedientes por tipo de servicio, se aplica en: hospitalario, pre-hospitalario, ambulatorio, emergencias y diálisis.

Un prestador de servicios de salud se mantendrá en esta categoría, siempre que el valor promedio de su débito referencial sea menor al 3% durante los seis primeros meses de aplicado el muestreo. Posterior a los seis meses, se revisa su categorización con la media móvil semestral de débito referencial obtenido. El valor así obtenido, de débito referencial, le permite permanecer en la misma categoría o dará paso a la re-categorización del prestador en la categoría que le corresponda.

##### Categoría 2 (Débito referencial superior al 3% y menor o igual al 6%)

Prestadores con un porcentaje de débito referencial superior al 3% y menor o igual al 6%, representan un grupo de mayor riesgo en relación al anterior. En esta categoría la aplicación de cualquier método estadístico para efectuar el





control técnico médico de pertinencia médica de los expedientes, resulta menos confiable que en la categoría anterior. A su vez, la revisión de expedientes por tipo de servicio está abierta a los mismos servicios de la categoría anterior, exceptuando emergencias.

Un prestador de servicios de salud se mantendrá en esta categoría, siempre que el valor promedio de su débito referencial esté por encima del 3%; y, sea menor al 6% durante los seis primeros meses de aplicado el muestreo. Posterior a los seis meses, se revisa su categorización con la media móvil semestral de débito referencial obtenida. Dicho valor de débito referencial obliga al prestador a mejorar su porcentaje de objeción en al menos 2%, en un periodo de un año para reubicarlo a la categoría 1 o permanecer en esta misma categoría; en el caso de no existir mejora o de aumentar su débito referencial por encima del 6% será reubicado en la categoría 3.

### **Categoría 3 (Débito referencial superior al 6% y menor o igual al 10%)**

Prestadores con un porcentaje de débito referencial superior al 6% y menor o igual al 10%, representan un grupo de mayor riesgo con relación al anterior. En esta categoría la aplicación de cualquier método estadístico para efectuar el control técnico médico de pertinencia médica de los expedientes, resulta mucho menos confiable que en la categoría anterior. A su vez, la revisión de expedientes aplica a los mismos servicios de la categoría anterior, exceptuando pre-hospitalario.

Un prestador de servicios de salud se mantendrá en esta categoría, siempre que el valor promedio de su débito referencial esté por encima del 6%; y, sea menor al 10% durante los seis primeros meses de aplicado el muestreo. Posterior a los seis meses, se revisa su categorización con la media móvil semestral de débito referencial obtenida. Dicho valor de débito referencial obliga al prestador a mejorar su porcentaje de débito en al menos 2%, en un periodo de seis meses para reubicarlo a la categoría 2 o permanecer en esta misma categoría; en el caso de no existir mejora o de aumentar su débito referencial por encima del 10% será reubicado en la categoría 4.

### **Categoría 4 (Débito referencial superior al 10% y menor o igual al 20%)**

Prestadores con un porcentaje de débito referencial superior al 10% y menor o igual al 20%, constituyéndose en un grupo de mayor riesgo al anterior. En esta categoría no puede aplicarse ningún método estadístico para efectuar el control técnico médico de pertinencia médica de los expedientes, es decir, el control técnico médico de pertinencia médica de los expedientes se la realizará en el 100%.

Un prestador de servicios de salud se mantendrá en esta categoría, siempre que el valor promedio de su débito referencial esté por encima del 10%; y, sea menor al 20%, durante los seis primeros meses de aplicado el muestreo. Posterior a los seis meses, se revisa su categorización con la media móvil semestral de débito referencial obtenida. Dicho valor de débito referencial

obliga al prestador a mejorar su porcentaje de débito en al menos 5% en un periodo de seis meses para que pueda ser reubicado en categoría 3 o permanecer en esta misma. En el caso de no existir mejora alguna y peor aún aumentar su débito referencial por encima del 20% será reubicado en la categoría 5.

#### **Categoría 5 (Prestadores con débito referencial inadecuada)**

Estos establecimientos de salud provienen de la categoría 4; y por tanto, en el caso de no darse una mejora evidente en su porcentaje de débito referencial, se deberá informar a los equipos de gestión de pacientes para restringir la derivación de pacientes a los establecimientos con esta categorización, salvo en casos extraordinarios o de extrema urgencia y debidamente justificados.

En esta categoría no aplica ningún método estadístico, es decir el control técnico médico de pertinencia médica de los expedientes se la realizará en un 100%.


Para reactivar el proceso de derivación, la Coordinación Zonal respectiva organizará una evaluación en el sitio, donde verifique las mejoras implementadas por el establecimiento de salud y observe la corrección de los procesos que originaron su categorización. El prestador estará en un periodo de observación por 6 meses, durante los cuales se mantiene la revisión integral del 100% de todos los expedientes en todos los tipos de servicios que ofrece.

En caso de reincidir con porcentajes de débito elevados, los equipos de gestión de pacientes, no podrán derivar pacientes a los establecimientos que se encuentren en esta categoría.

#### **5. Criterios de excepción del control técnico médico de pertinencia médica, mediante la selección de muestras**

Existen condiciones en las que por la complejidad técnica o costo del procedimiento, el control técnico médico de pertinencia médica debe efectuarse en un 100% de expedientes, por lo que no se aplica la selección por muestreo, en los siguientes casos:

- a. Todo expediente de Terapia intensiva, sea esta de adultos, pediátrica o neonatal.
- b. Todo expediente de trasplante, independiente del tipo de trasplante que hubiese sido realizado.
- c. Cirugías cardiopulmonares, cardiorácicas, cardíacas, neurocirugías y neurológicas.
- d. Procedimientos, cirugías o tratamientos de nueva incorporación o de desarrollo tecnológico reciente en el país (Control de costos y

complicaciones), estos se los evalúa al 100% por los primeros 6 meses en el prestador específico. 

- e. Expedientes de atenciones hospitalarias que superen los 20 días de estancia.
- f. Expedientes del estrato B.
- 6. **Por extensión recibirán similar tratamiento al establecido en el ordinal precedente**


- a. El establecimiento de salud que inicie su relacionamiento con la Red Pública Integral de Salud tendrá un período de evaluación de un año, durante el cual se efectuará el control técnico médico de pertinencia médica sobre el 100% de los expedientes, luego de lo cual se procederá a su categoría de acuerdo a su promedio de débito referencial.
- b. Establecimientos de salud clasificados en las categorías 4 y 5.

7. **Del registro de establecimientos de salud según su nivel riesgo, dado por débito referencial**

Las unidades administrativas, responsables del control técnico médico de pertinencia médica, de las Instituciones de la Red Pública Integral de Salud, serán las encargadas y responsables de determinar el porcentaje de débito referencial para sus establecimientos de salud; y, de mantener dichos resultados en una lista oficial actualizada. La evaluación y re-categorización de prestadores, en cada categoría será permanente.

Las Instituciones de la Red Pública Integral de Salud semestralmente remitirán este registro al Ministerio de Salud Pública. La Dirección Nacional de Articulación de la Red Pública y Complementaria de Salud del Ministerio de Salud Pública, será responsable de llevar el registro nacional (matriz) de prestadores, con su respectivo porcentaje de débito referencial y categoría en cada una de las instituciones de la Red Pública Integral de Salud.

8. **Glosario**

- a. **Control técnico médico de pertinencia médica:** es un proceso técnico en el que el profesional médico evalúa la razonabilidad y pertinencia de los procedimientos médicos aplicados al paciente, frente a los protocolos nacionales o, a falta de ellos, a la buena práctica de la medicina basada en evidencia, o a los protocolos institucionales. La pertinencia de los procedimientos odontológicos será realizada por un odontólogo. En ningún caso podrá ser realizada por un profesional distinto a los profesionales señalados.
- b. **Muestreo estadístico:** es una herramienta de investigación científica que tiene como función el determinar qué parte específica de una población 



objeto de estudio debe ser examinada; con el fin último de que por su tamaño y características similares a la población de estudio, se pueda hacer inferencias o generalizar los resultados al resto de la población con un nivel de confianza específico.

- c. **Débito referencial:** es la relación entre el número de expedientes que no han justificado la pertinencia médica, frente al total de expedientes revisados en un período determinado.

	Nombres y Apellidos	Área	Cargo	Sumilla
Revisado:	Dr. Juan Alvar	Dirección Nacional de Consultoría Legal	Director	
Elaborado:	Ing. Jorge Machado	Despacho	Asesor	
Elaborado:	Econ. María del Carmen Quevedo	Gerencia Institucional para la Eficiencia de la Red Pública Integral de Salud y la Red Privada Complementaria	Gerente	



- ANEXO 1 -

**Análisis de la base de datos que permite definir los criterios para  
organizar los establecimientos de salud según nivel de riesgo en función  
del débito referencial  
Años de corte: 2014 y 2015**

**1. ANTECEDENTES**

De la reunión mantenida el día 19 de mayo del presente, respecto de la revisión de la *"Norma para aplicar métodos estadísticos en el control técnico médico de pertinencia médica en las instituciones de la Red Pública Integral de Salud, respecto de las prestaciones de salud otorgadas por los establecimientos de salud públicos y privados"*, se trató aspectos relativos a la forma de categorización de prestadores según el nivel débito referencial histórico. Durante la reunión, se consultó a la Directora de Articulación de la Red Pública y Complementaria de Salud si se había realizado una categorización de prestadores al interior del Ministerio de Salud; y, se indicó que a la presente no se dispone de dichos resultados.

Por lo anterior, se procedió a efectuar un análisis de la base de datos que contiene información de establecimientos de salud que consolida la Dirección Nacional de Articulación de la Red Pública y Complementaria de Salud. Como consecuencia de lo señalado en los párrafos anteriores, se presenta el siguiente Anexo que tiene como finalidad responder lo siguiente:

**2. OBJETIVOS DE LA REVISIÓN DE INFORMACIÓN**

**2.1. OBJETIVO GENERAL**

- Analizar la base de datos para organizar los establecimientos de salud según nivel de riesgo en función del débito referencial; y, a partir de esto, categorizar los prestadores de salud y definir las categorías a ser incorporados en la Norma para aplicar métodos estadísticos en el control técnico médico de pertinencia médica en las instituciones de la Red Pública Integral de Salud, respecto de las prestaciones de salud otorgadas por los establecimientos de salud públicos y privados, tomando como fuente de información la data de los años 2014 y 2015.

**2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Analizar la base de datos a fin de establecer las categorías para clasificar a los establecimientos de salud según nivel de riesgo en función del débito referencial.



- Categorizar los prestadores de salud y definir los criterios a ser incorporados en la *"Norma para aplicar métodos estadísticos en el control técnico médico de pertinencia médica en las instituciones de la Red Pública Integral de Salud, respecto de las prestaciones de salud otorgadas por los establecimientos de salud públicos y privados"*.

### 3. CONCLUSIONES

- La información revisada corresponde a los resultados finales del análisis de la base de datos que contiene la información histórica del débito referencial de los establecimientos de salud que consolida, a nivel nacional, la Dirección Nacional de Articulación de la Red Pública y Complementaria de Salud.
- La información del año 2014, contiene la data de 256 prestadores médicos provenientes de los tres subsistemas públicos (IESS, ISSFA, ISSPOL) y de la red privada complementaria, categorizada en "RPC" y "ACHPE", por un monto total auditado que asciende a US\$259.620.255,62 dólares americanos; un monto aprobado de US\$243.977.086,25 dólares americanos; y, un monto de débito de US\$15.643.169,43 dólares americanos; lo que arroja un indicador global de débito de 6.23% (Relación: Monto debitado / Monto auditado).
- La información del año 2015, contiene la data de 226 prestadores médicos provenientes de los tres subsistemas públicos (IESS, ISSFA, ISSPOL) y de la red privada complementaria, categorizada en "RPC" y "ACHPE", por un monto auditado que asciende a US\$ 224.087.033,20 dólares americanos; un monto aprobado de US\$ 210.131.658,41 dólares americanos; y, un monto de débito de US\$ 13.955.364,81 dólares americanos; lo que arroja un indicador global de débito de 6.03% (Relación: Monto debitado / Monto auditado).
- De la comparación en evolución de información anual del año 2014 al 2015, se tiene una disminución de las siguientes variables:
  - Número de prestados en 30, pasando de 256 a 226.
  - Monto auditado en US\$ -35.533.222,42 dólares americanos.
  - Monto aprobado en US\$ -\$ 33.845.427,83 dólares americanos.
  - Monto de débito en \$ -1.687.804,62 dólares americanos.
  - El indicador global de débito pasa de 6.23% en el 2014 a 6.03% en el 2015.
  - Se infiere que el indicador de débito está alrededor de 6.15% para los prestadores médicos provenientes de los tres subsistemas



públicos (IESS, ISSFA, ISSPOL) y de la red privada complementaria (RPC, ACHPE) en los dos años de análisis.

- Aproximadamente el 67% de estos prestadores estarían por debajo de un indicador de débito de 10%, principalmente porque corresponde a prestadores de salud con mayor monto auditado; y, su nivel de curva de aprendizaje en el proceso de control técnico médico de pertinencia médica es más especializado en el transcurso del tiempo y en el número de expedientes que generan para el efecto. Lo anterior, se detalla en los siguientes cuadros y gráficas:



- Alrededor del 67% de estos prestadores estarían por debajo de un indicador de débito de 10%.
- El promedio ponderado por monto auditado estaría alrededor de un 6.15% para los prestadores médicos provenientes de los tres subsistemas públicos (IESS, ISSFA, ISSPOL) y de la red privada complementaria (RPC, ACHPE).
- Alrededor del 20% de los prestadores médicos estarían por encima del 20% del valor del indicador de débito, indistintamente del año de análisis. Por tanto, este 20% de prestadores médicos, representarían un grupo de riesgo dentro del proceso de auditoría de control técnico médico de pertinencia médica en las instituciones de la Red Pública Integral de Salud.

	Nombres y Apellidos	Área	Cargo	Sumilla
Revisado:	Dr. Juan Álvarez	Dirección Nacional de Consultoría Legal	Director	
Revisado:	Econ. María del Carmen Quevedo	Gerencia Institucional para la Eficiencia de la Red Pública Integral de Salud y la Red Privada Complementaria	Gerente	
Elaborado:	Ing. Jorge Machado	Despacho	Asesor	