

Registro Oficial No. 787 , 30 de Junio 2016

Normativa: Vigente

Última Reforma: Acuerdo 0045-2017 (Registro Oficial 994, 28-IV-2017)

ACUERDO No. 00000046

(EMÍTESE 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”)

LA MINISTRA DE SALUD PÚBLICA

Considerando: (Reformado por el Art. 1 del Acdo. 0045-2017, R.O. 994, 28-IV-2017).-

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 Relacionamento 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 “auditoria de pertinencia médica”, como sinónimo de “Control Técnico Médico”, se realizará por “muestreo”;

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 de junio de 2016.

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
2. Objetivos de aplicar el control técnico médico de pertinencia médica por muestreo
 - 2.1. Objetivo general
 - 2.2. Objetivos específicos
3. Criterios para aplicación de selección por muestreo del control técnico médico de pertinencia médica
 - 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
 - 3.2. Cálculo del tamaño de muestra
4. Criterios para organizar los establecimientos de salud según nivel riesgo, dado por débito referencial.

Categoría 1 (Débito referencia menor o igual al 3%)
Categoría 2 (Débito referencia superior al 3% y menor o igual al 6%)
Categoría 3 (Débito referencial superior al 6% y menor o igual al 10%)
Categoría 4 (Débito referencial superior al 10% y menor o igual al 20%)
Categoría 5 (Prestadores con débito referencial inadecuada)
5. Criterios de excepción del control técnico médico de pertinencia médica, mediante la selección de muestras
6. Por extensión recibirán similar tratamiento al establecido en el ordinal precedente
7. Del registro de establecimientos de salud según su nivel riesgo, dado por débito referencial
8. Glosario
 - 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 la aplicación de selección por muestreo para el control técnico médico de pertinencia médica.- (Reformado por el Art. 2 del Acdo. 0045-2017, R.O. 994, 28-IV-2017).-

a. Organización de expedientes

Se iniciará el proceso con la revisión y conteo del número de expedientes a ser atendidos en un período 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.- (Reformado por el Art. 3 del Acdo. 0045-2017, R.O. 994, 28-IV-2017).-

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 con base en 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:

1. Está comprendido entre el expediente con menor valor, hasta el expediente con valor igual o inmediatamente menor al 80% del rango para el caso de prestadores externos al subsistema que realiza el proceso de Auditoría de la Calidad de la Facturación de los Servicios de Salud.

2. Está comprendido entre el expediente con menor valor, hasta el expediente con valor igual o inmediatamente menor al 90% del rango y podrá aplicarse para el caso de prestadores que pertenezcan al propio subsistema de la Institución que realiza el proceso de Auditoría de la Calidad de la Facturación de los Servicios de Salud.

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_α: Valor constante obtenido del nivel de confianza que se asigne (**1-α**); 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_α** 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 Za:	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**.

e2: 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 período 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 período 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 período 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 período 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, cardiacas, 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.

- 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

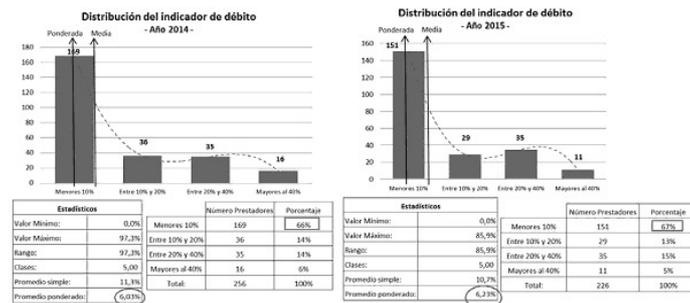
- Analizar la base de datos para organizar los establecimientos de salud según nivel de riesgo en función del débito referencial; y, a partir de esto, categorizar los prestadores de salud y definir las categorías a ser incorporados en la Norma para aplicar métodos estadísticos en el control técnico médico 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.

FUENTES DE LA PRESENTE EDICIÓN DEL ACUERDO QUE EMITE 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”

- 1.- Acuerdo 00000046 (Registro Oficial 787, 30-VI-2016).
- 2.- Acuerdo 0045-2017 (Registro Oficial 994, 28-IV-2017).