

**MANUAL PARA LA EVALUACIÓN DE LA PERTINENCIA MÉDICA POR LAS
ATENCIÓNES MÉDICAS BRINDADAS POR LOS PRESTADORES DE SALUD DEL
IESS.**

OBJETIVOS:

Objetivo General:

Establecer un instrumento técnico, que permita estandarizar la metodología de la revisión sistemática de la pertinencia médica por los servicios de salud prestados a los afiliados y beneficiarios.

Objetivos específicos:

- a) Determinar el proceso técnico para evaluar la pertinencia medica
- b) Establecer criterios de auditoría médica, de los expedientes médicos presentados por los prestadores de salud para el reconocimiento económico

ALCANCE DEL PROCESO:

Es de aplicación obligatoria en todas las Subdirecciones y Jefaturas Provinciales de Prestaciones del Seguro de Salud Individual y Familiar y las empresas contratadas para la realización de auditoría médica.

ATRIBUCIONES DEL MEDICO AUDITOR:

- Tener libre acceso a las áreas médicas objeto de auditoría.
- Tener libre acceso a la historia clínica de los pacientes del IESS para realizar examen de los mismos.
- Verificar los procesos internos de la institución prestadora de servicios de salud (internos y externos) para la producción de los servicios y de las cuentas facturadas.

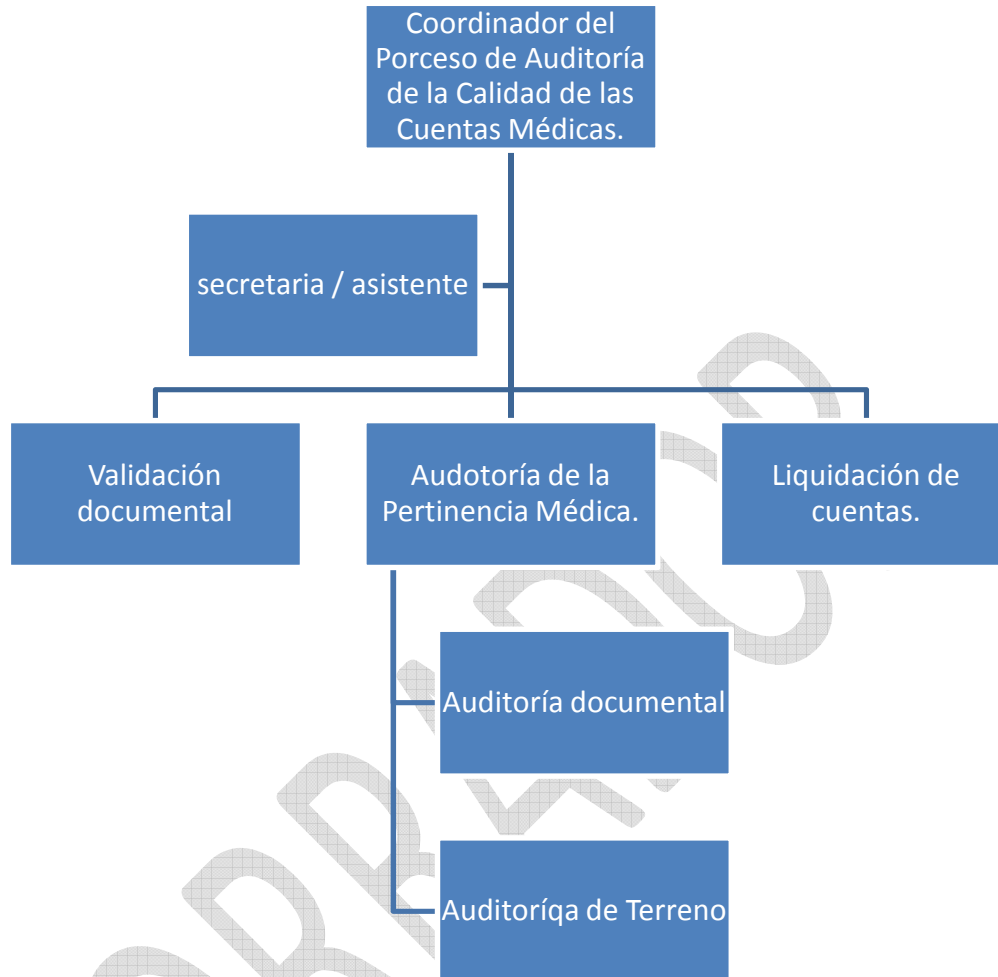
HERRAMIENTAS DEL MEDICO AUDITOR:

- La Constitución de la República, Leyes y normativas vigentes.

- Contratos de prestación de servicios.
- Las Resoluciones del IESS.
- Acuerdos interinstitucionales
- Decretos
- Manual tarifario
- Protocolos y Guías Clínicas del IESS o de la Red Pública Integral de Salud, a falta de las anteriores, Guías y Protocolos Clínicos internacionales que tengan fundamento en Medicina Basada en la evidencia.
- Bibliografía científica médica.
- Cuadro Nacional de Medicamentos Básicos.

ESTRUCTURA DEL PROCESO DE PERTINENCIA MÉDICA:

BORRADOR



PERFIL DEL COORDINADOR.

El coordinador del proceso de pertinencia médica será un médico con formación en Auditoría Médica, Salud Pública o Administración de Servicios de Salud, con experiencia en Auditoría Médica. (Registrado en la SENESCYT).

FUNCIONES DEL COORDINADOR.

- El coordinador será responsable del buen funcionamiento del proceso de Auditoría de la Calidad de las Cuentas Médicas, desde el subproceso de auditoría documental hasta la liquidación de las cuentas médicas. El

proceso de Auditoría de Calidad de las Cuentas Médicas incluye los prestadores internos y externos.

- Realizar el control de Calidad de las auditorías del equipo auditor de forma aleatoria.
- Realizar el control de desempeño y de los indicadores del proceso
- Ser el nexo de comunicación entre los prestadores de servicios de salud, el equipo auditor y la Subdirección y/o Jefatura de Prestaciones.
- Comunicar a los prestadores los casos objetados para la presentación de los justificativos correspondientes.
- Será apoyo al equipo del proceso para la resolución de las inquietudes que se presenten.
- Levantar la estadística del proceso y realizar el análisis del desempeño del mismo.
- Establecer el cronograma de trabajo de los médicos auditores documentales y de terreno. Cada año se realizará la rotación de los auditores para realizar auditoría documental de los diferentes prestadores.
- Revisar los protocolos de atención propuestos por los prestadores de servicios para considerar su autorización para el pago.
- Revisar las solicitudes de homologación de procedimientos que no existan en el tarifario para la autorización de pago o para realizar informe a la Subdirección de Regulación del Seguro de Salud.
- Realizar el control del pago a los prestadores.

PERFIL DEL AUDITOR DE PERTINENCIA MÉDICA.

El Auditor Médico de Cuentas, debe ser profesional en salud: médico, enfermera, odontólogo con formación en Auditoría Médica, o experiencia verificable en Auditoría Médica.

Para la auditoría de terreno será un médico con formación en Auditoría Médica o experiencia verificable en auditoría de terreno.

FUNCIONES DEL AUDITOR DE PERTINENCIA MÉDICA DOCUMENTAL

- Realizar la auditoría de la pertinencia médica de las cuentas presentadas por la atención brindada a los asegurados y beneficiarios.
- Utilizar los formatos para la presentación de documentos a los prestadores.

- Comunicar las objeciones e inconvenientes encontrados en los expedientes o trámites al Coordinador para la resolución con los prestadores.
- Realizar la evaluación de las apelaciones presentadas a las objeciones levantadas. Esta revisión deberá ser realizada por el mismo auditor que levantó la objeción.

FUNCIONES DEL MEDICO DE AUDITORIA DE TERRENO.

- Los médicos auditores de terreno no serán los mismos que realicen la auditoría documental. Para este efecto deberá existir un equipo específico que cumpla con éstas funciones.
- Realizará la auditoría de terreno según cronograma establecido por la coordinación.
- Realizará la auditoría de terreno de los casos de reclamos de los pacientes y de los casos que establezca la coordinación o la autoridad.
- Presentar los informes de auditoría de terreno a la coordinación.

CONDICIONES DE ETICA DEL AUDITOR

El Auditor de la pertinencia médica es ante todo un profesional de salud, y por lo tanto, en todos sus actos debe observar los derechos de los pacientes y al código de ética profesional e Institucional.

Su actuar se basa en Principios Éticos de Auditoría Médica: Integridad, Objetividad, Independencia, Responsabilidad, Confidencialidad, Competencia profesional, Conducta Ética, Respeto a las Instituciones y Áreas Auditadas. El análisis del médico auditor tiene también fundamento en la búsqueda de la beneficencia, la justicia y la no maleficencia de los actos médicos.

INTEGRALIDAD: En su ejercicio profesional debe actuar íntegramente con rectitud, honestidad y sinceridad.

OBJETIVIDAD: Debe ser imparcial en sus actuaciones y analizar sin prejuicios los diferentes aspectos objeto de su trabajo.

INDEPENDENCIA: Debe tener y desarrollar independencia mental y de criterio con respecto a cualquier circunstancia.

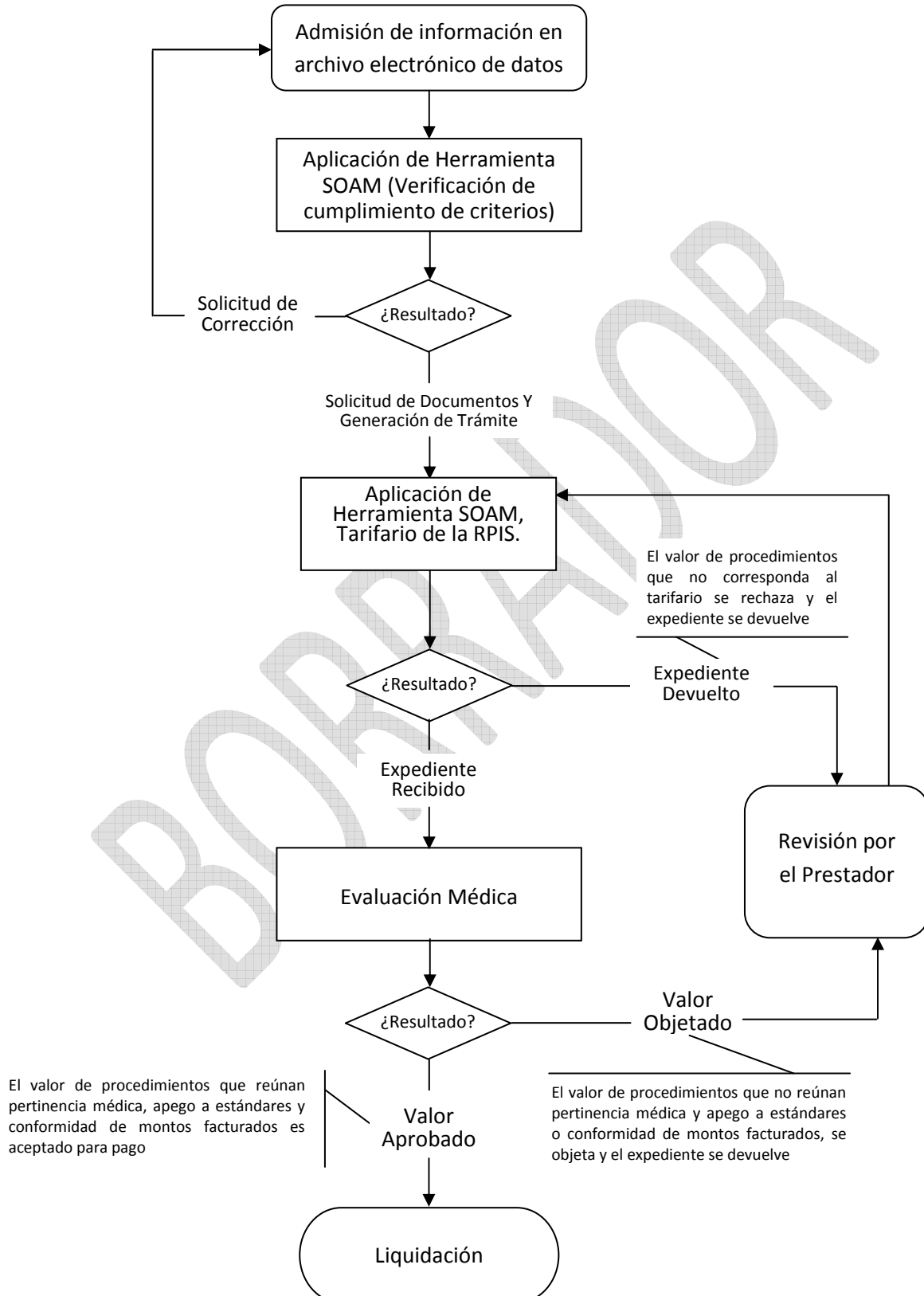
RESPONSABILIDAD: En todas las actuaciones del auditor, lo que permite que su quehacer sea confiable.

CONFIDENCIALIDAD: Requiere de un compromiso de lealtad con las fuentes de información, por lo cual es necesaria la reserva profesional.

COMPETENCIA PROFESIONAL: Debe comprometerse a realizar trabajos que estén en el campo de su capacidad e idoneidad. Deberá recurrir a otros profesionales en aquellos campos que no sean de su competencia o experiencia.

Además de los principios el auditor debe observar las siguientes condiciones de ética:

- Los profesionales cumplirán sus funciones en apego estricto a lo establecido en la ley y la norma vigente.
- Los profesionales en ejercicio de sus funciones en calidad de auditores no podrán prestar sus servicios en instituciones prestadoras de salud en calidad de médicos asistenciales, por el riesgo de generar conflictos de interés.
- No podrán prestar sus servicios en calidad de médicos auditores de las instituciones prestadoras de servicios por el riesgo de generar conflictos de interés.
- Por ninguna razón los auditores establecerán nexos con las instituciones externas prestadoras de servicios de salud.
- Por ninguna razón recibirán influencia, beneficios económicos o en especies de parte de los prestadores externos.
- Por ninguna razón influenciará para que se privilegie la gestión de trámites específicos, salvo los trámites requeridos por disposición de una autoridad superior.
- Para el cumplimiento del literal anterior, las disposiciones de la autoridad deberán realizarse por escrito.
- Disposiciones de la autoridad que no se apeguen a la ley o a la normativa vigente, deberán tener el respaldo escrito y firmado por la autoridad que hace la disposición.

Diagrama de Flujo del Proceso de Evaluación de la Pertinencia Médica.


CRITERIOS PARA LA AUDITORIA DE LA PERTINENCIA MÉDICA:**CUENTAS MÉDICAS QUE DEBEN SER EVALUADAS POR LA AUDITORÍA DE
FACTURACION:**

Debido a la gran cantidad de trámites para realizar la auditoría médica es necesario establecer criterios para seleccionar los casos a ser auditados y con ello cumplir con el pago oportuno por los servicios prestados por las unidades de salud.

Los criterios de selección de cuentas por auditar son los siguientes:

El 100% de las cuentas presentadas a las empresas contratadas para auditoría médica.

Para los equipos de auditoría de las Subdirecciones y Jefaturas de Prestaciones:

Pre Facturas de alto costo:

Consulta externa: facturas mayores a 50 USD.

Hospitalización: facturas mayores a 1000 USD.

Hospital del día: facturas mayores 400 USD.

Emergencia: facturas mayores a 100 USD.

Estancias prolongadas según la siguiente tabla:

DIAS DE HOSPITALIZACION		
CIRUGIAS	ESTANDAR	CODIGO TARIFARIO
Apendicectomía abierta	2	44950
Apendicectomía laparoscópica	1	44970
Hernioplastia Inguinal unilateral convencional	1	49505
Hernioplastia umbilical unilateral convencional	1	49585
Hernioplastia Inguinal unilateral laparoscópica	1	49650
Hernioplastia umbilical unilateral laparoscópica	1	49652

Cierre de colostomía	2	44620
Parto normal	1	59409
Cesárea	2	59515
Colecistectomía convencional	2	47562
Colecistectomía laparoscópica	1	47600
Hemorroidectomía	2	46945
Histerectomía Abdominal	2	58150
Histerectomía Vaginal	2	58262
Fistulectomía	1	46258
Esfinterectomía	3	46080
Litotripsia Extracorpórea	1	50590
Prolapso vesical	3	51840
Septumplastia	1	30520
Tonsilectomía	1	42826
Prostatectomía convencional	4	55821
Prostatectomía RTU	2	52601
Prótesis de rodilla	5	27447

Actividades quirúrgicas de alta complejidad técnica:

1. Intervencionismo dirigido por imágenes
2. Hematooncología
3. Transplantología
4. Cirugía vascular (aneurisma)
5. Cirugía cardiorácica
6. Genética
7. Hemodinamia
8. Neurocirugía
9. Grandes quemaduras
10. Oftalmología de alta complejidad
11. Radioterapia
12. Punciones dirigidas por TAC
13. Punciones dirigidas por Ecografía
14. Estudios electrofisiológicos e intervención
15. Prácticas de alta complejidad ambulatorias

Utilización repetitiva de pruebas, medicamentos e insumos.

Utilización de Insumos de alto costo, que deben presentar facturas de respaldo. Marcapasos, prótesis, órtesis, stent, balón de contrapulsación, catéter de hemodiálisis, catéter central de tiempo prolongado para quimioterapia).

Reingresos, reintervenciones y complicaciones.

Multiplicidad de intervenciones a un mismo usuario. (Consultas de primera vez)

Usuarios víctimas de eventos catastróficos o accidentes de tránsito.

Cuentas objetadas (glosadas).

Muestreo de facturas de relativo bajo valor.

Otras, a juicio de las Subdirecciones de Prestaciones de Salud.

RAZONES DE OBJECION:

Las objeciones son observaciones que se realizan ante una prestación dada, que se realizan una vez que se ha revisado la facturación y los documentos de soporte y no se encuentra concordancia con las condiciones de contrato, no se ajusta al tarifario institucional o no es pertinente desde el punto de vista clínico o administrativo. Generan glosas parciales o totales y pueden ser de carácter transitorio o definitivo.

TIPOS DE OBJECIONES:

Las objeciones son de índole de pertinencia médica, técnica y administrativa.

OBJECIONES DE PERTINENCIA MÉDICA:

Son aquellas producidas por inconsistencias con la racionalidad técnica científica, con la oportunidad de la atención, la cantidad y la calidad de los procedimientos realizados.

OBJECIONES DE PERTINENCIA TECNICA:

Tienen que ver con las inconsistencias dadas por incompatibilidad con los protocolos y manuales autorizados, errores de codificación, aplicación inadecuada de las normas del tarifario, facturación de insumos o prestaciones incluidas en servicios institucionales, así como también, con calidad de los documentos de soporte presentados.

OBJECIONES DE PERTINENCIA ADMINISTRATIVA:

Están relacionadas con el incumplimiento de procesos administrativos necesarios para la cobertura de las prestaciones tales como las autorizaciones, transferencias, falta de documentos de soporte.

El plazo para la presentación de las justificaciones a las objeciones es de 15 días laborables, y se presentarán por una sola ocasión.

RAZONES DE OBJECION DE PERTINENCIA MÉDICA:

DE LOS MEDICAMENTOS

- Fármacos que no se encuentra en el Cuadro Básico Nacional de Medicamentos, novena edición.
- Medicamentos que no se describen en la Resolución C. D. 319, y dichos fármacos serán aprobados únicamente para los Hospitales de Nivel III.
- Uso de medicamentos no concordante con cuadro clínico y/o diagnóstico del paciente.
- Medicamentos fuera del cuadro básico nacional que no han sido sustentados o justificados bajo protocolos farmacoterapéuticos y clínicos nacionales o internacionales ante la Subdirección o Jefatura de prestaciones de Salud correspondiente.¹
- Que no correspondan a la especialidad del prescriptor o al nivel de complejidad de la unidad médica.

1. CODIFICACION DE LAS OBJECIONES:

INSTITUTO ECUATORIANO DE SEGURIDAD SOCIAL			
DIRECCION DEL SEGURO GENERAL DE SALUD INDIVIDUAL Y FAMILIAR			
TABLA GENERAL DE OBJECIONES A LA FACTURACION			
GRUPO DE OBJECIONES	SUBGRUPO	CODIGO	DESCRIPCION
1.-PERTINENCIA ADMINISTRATIVA	1.1.- Incumplimiento de condiciones	1.1.1	Atención de emergencia sin código de validación
		1.1.2	Atención de transferencia sin

¹ Tarifario de Prestaciones para el Sistema Nacional de Salud. 2012.

	contractuales		código de autorización
		1.1.3	Orden o autorización a nombre de otro prestador
		1.1.4	Orden o autorización con tachones o enmendaduras.
		1.1.5	Entrega extemporánea de la cuenta (para los casos de emergencia, de acuerdo a la Resolución 317)
		1.1.6	Cuenta de atención (diferente a emergencia) presentada por entidad no contratada.
		1.1.7	La entidad no está contratada o habilitada para la prestación del servicio facturado.
	1.2.- Falta de documentos de soporte	1.2.1	Falta soporte del documento de identidad
		1.2.2	No adjunta epicrisis, resumen de atención o historia clínica
		1.2.3	No adjunta transferencia de la unidad médica del IESS.
		1.2.4	Información contradictoria en los documentos aportados.
		1.2.5	No adjunta protocolo operatorio
2.- PERTINENCIA MEDICA	2.1.- Proceso asistencial.	2.1.1	Falta de oportunidad en la realización del procedimiento.
		2.1.2	Falta de oportunidad en la realización de la interconsulta.
		2.1.3	Atención inicial de emergencia no justificada y/ no es pertinente.
		2.1.4	Estancia en UCI no justificada y/o

			no pertinente.
		2.1.5	Estancia en piso no justificada y/o no pertinente.
		2.1.6	De acuerdo a los soportes clínicos anexos, la estancia del paciente es prolongada y no se justifica en relación al diagnóstico del paciente.
		2.1.7	De acuerdo a los soportes clínicos anexos, no se justifica la estancia del paciente.
	2.2.- Pertinencia de los servicios.	2.2.1	Procedimiento no justificado y/o no pertinente.
		2.2.2	Medicamentos y/o suministros no justificado y/o no pertinente.
		2.2.3	Examen de laboratorio no justificado y/o no pertinente.
		2.2.4	Examen de imagen no justificado y/o no pertinente.
		2.2.5	Utilización repetitiva de exámenes de laboratorio, medicamentos, imágenes e insumos.
		2.2.6	Terapias respiratorias, terapia física o rehabilitación no justificada y/o no pertinente.
		2.2.7	Atención médica no justificada y/o no pertinente
3.- PERTINENCIA TECNICA	3.1.- Deficiencia o inconsistencia de los documentos	3.1.1	Epicrisis, Formulario 008, Protocolo operatorio, registro de anestesia, historia clínica o registro de atención es incompleto.
		3.1.2	Epicrisis, Formulario 008, Protocolo

	de soporte.		operatorio, registro de anestesia, historia clínica o registro de atención es ilegible.
		3.1.3	Epicrisis, Formulario 008, Protocolo operatorio, registro de anestesia, historia clínica o registro de atención presenta enmendaduras.
		3.1.4	Epicrisis, Formulario 008, Protocolo operatorio, registro de anestesia, historia clínica o registro de atención no corresponde al evento facturado.
		3.1.5	Epicrisis, Formulario 008, Protocolo operatorio, registro de anestesia, historia clínica o registro de atención presenta inconsistencias y no permite establecer las prestaciones facturadas.
		3.1.6	Fecha de la Epicrisis, Formulario 008, Protocolo operatorio, registro de anestesia, historia clínica o registro de atención no corresponde a la fecha de la atención en la factura.
		3.1.7	Presenta inconsistencias con el diagnóstico según edad o género del paciente.
		3.1.8	Procedimientos o registro de atención que no cuenten con la firma de responsabilidad del profesional.
		3.1.9	Procedimientos realizados por profesionales cuyo título no se encuentre registrado en la SENESCYT.

3.2.- Falta de soportes de las prestaciones brindadas.	3.2.1	Evoluciones médicas incompletas, no justifican la estancia del paciente.
	3.2.2	Procedimiento o actividad no soportada en la Epicrisis, Formulario 008, Protocolo operatorio, registro de anestesia, historia clínica o registro de atención.
	3.2.3	Procedimiento o actividad no incluida en la orden del médico tratante.
	3.2.4	Atenciones médicas no soportadas en la Epicrisis, Formulario 008, Protocolo operatorio, registro de anestesia, historia clínica o registro de atención.
	3.2.5	Terapias respiratorias, terapia física o rehabilitación no soportadas en los documentos anexos.
	3.2.6	Medicamentos o insumos no soportados en la Epicrisis, Formulario 008, Protocolo operatorio, registro de anestesia, historia clínica o registro de atención.
	3.2.7	De acuerdo a los documentos de soporte, la cantidad de medicamentos y/o insumos facturados no guardan consistencia con el diagnóstico del paciente y los días de estancia.
	3.2.8	De acuerdo a los documentos de soporte, la dieta no guarda consistencia con el diagnóstico y

			días de estancia del paciente
		3.2.9	De acuerdo a los documentos de soporte, los honorarios médicos facturados no guardan consistencia con el diagnóstico del paciente y los días de estancia.
		3.2.10	Administración de hemoderivados no soportada en la historia clínica y/o no guarda relación con diagnóstico.
		3.2.11	No se adjunta soportes de administración de oxígeno y/o no consta en la prescripción médica.
		3.2.12	De acuerdo a los soportes clínicos presentados, hay incongruencia entre los días de estancia soportados y los días facturados.
		3.2.13	En los soportes anexos no consta la factura de los insumos cobrados mayores a \$100.
		3.2.14	En el uso de insumos identificables descartables individualizados, no existe la constancia y reconocimiento dado por el paciente de la utilización de dichos insumos.
		3.2.15	Doble facturación de insumos, medicamentos y/o servicios.
	3.3.- Errores en la aplicación del tarifario y la normativa vigente.	3.3.1	Procedimiento mal codificado.
		3.3.2	Procedimiento sin código de tarifario.
		3.3.3	El servicio facturado incluye los honorarios médicos.

		3.3.4	Código no existente en el tarifario.
		3.3.5	Actividad o procedimiento incluido en la estancia en UCI. La atención es integral.
		3.3.6	Actividad, procedimiento o insumos facturados incluidos en el cuidado diario del paciente.
		3.3.7	De acuerdo a los documentos aportados, la estancia en emergencia fue menor a 6 horas, no procede cobro por hospitalización.
		3.3.8	Tarifa de estancia hospitalaria no corresponde al nivel de atención de la entidad.
		3.3.9	No se adjunta el Informe del imagenólogo. Se descuenta el 25%.
		3.3.10	Procedimiento facturado es inherente al procedimiento quirúrgico.
		3.3.11	Procedimiento quirúrgico mal codificado.
		3.3.12	No procede el cobro adicional por uso de equipos, accesorios o implementos propios de la sala de cirugía.
		3.3.13	No procede el cobro adicional por uso de equipos, accesorios o implementos propios de la estancia del paciente.
		3.3.14	Procedimientos quirúrgicos o uso de equipos que no consten en el protocolo operatorio y registro de

			anestesia.
		3.3.15	Medicamentos no incluidos en el Cuadro Nacional de Medicamentos Básicos, y/o en la Resolución 319.
		3.3.16	No procede el pago de sala especial para el procedimiento facturado.
		3.3.17	Material fungible incluido en los derechos de sala de cirugía.
		3.3.18	Procedimiento quirúrgico facturado no amerita la participación de cirujano y ayudante extras.
		3.3.19	No existe justificación para el uso de sala individual.
		3.3.20	De acuerdo a los documentos de soporte, los honorarios médicos están mal codificados.
	3.4.- Errores en el cobro de transporte.	3.4.1	De acuerdo a los soportes presentados, no existe justificativo que avale el transporte en ambulancia del paciente. Acuerdo ministerial 2599:
		3.4.2	No anexan formato de movilización del paciente.
		3.4.3	De acuerdo a los soportes anexos, el cobro de transporte no guarda coherencia con el área geográfica de recorrido y el nivel de complejidad.
	3.5.- Conjuntos integrales de atención	3.5.1	Servicio por paquetes, facturado por actividad.
		3.5.2	Actividad, insumos o medicamento individualizado que ya conste en el

			conjunto integral de atención.
4.- AUDITORIA DE CUENTAS.	4.1.- Condiciones de la factura.	4.1.1	Factura incompleta, no cumple condiciones legales expedidas por el SRI.
		4.1.2	La factura no relaciona cada uno de los servicios prestados, insumos o medicamentos con el valor respectivos.
		4.1.3	No presenta factura original.
		4.1.4	Valor en números y letras de la factura no son correspondientes.
		4.1.5	Incongruencia entre los datos de la factura, la orden de servicios y los documentos de soporte.
		4.1.6	El documento no presenta el detalle completo de lo facturado.
		4.1.7	Error en la totalización de la factura.
		4.1.8	No presenta codificación de los servicios prestados, de acuerdo a la norma vigente.
	4.2.- Error en la aplicación de las tarifas.	4.2.1	El código del servicio facturado está mal aplicado o no corresponde a los establecidos en el tarifario de prestaciones del SNS.

SISTEMA DE INFORMACION:

Siendo la auditoría de facturación un proceso sistemático, requiere de monitoreo y evaluación permanente que permita analizar las condiciones del proceso, los cuellos de botella y los resultados de la aplicación a fin de tomar decisiones en bien de la institución.

Para fines de evaluación se propone los siguientes indicadores:

INDICADORES DE PROCESOS

Número de solicitudes de pago recibidos por mes.

Número de solicitudes de pago resueltas por mes.

Número de expedientes auditados por médico auditor. (Por tipo de atención)

Porcentaje de objeciones realizadas.

Porcentaje de objeciones resueltas.

INDICADORES DE CALIDAD:

Tiempo de duración del trámite de pago a los proveedores (desde que se recibe la

Porcentaje de expedientes con control de calidad de auditoría médica que no coinciden con la evaluación del médico auditor.

INDICADORES DE RESULTADO:

Monto total pagado por el IESS a prestadores internos y externos.

Porcentaje de pago a prestadores internos y externos.

Gasto del proceso de auditoría médica

Porcentaje de gasto de auditoría en relación al gasto a prestadores.

Porcentaje de objeciones no resueltas por el prestador.

INDICADOR	FORMULA	FRECUENCIA	RESPONSABLE
Número de solicitudes de pago recibidos por mes		Mensual	Coordinador de Pertinencia Documental
Número de solicitudes de pago resueltas por mes.		Mensual	Coordinador de Pertinencia Médica
Número de expedientes auditados por médico auditor. (por tipo de atención)		Mensual	Coordinador de Pertinencia Médica
Porcentaje de objeciones realizadas.	Numero de Atenciones objetadas/ numero de atenciones auditadas X 100	Mensual	Coordinador de Pertinencia Médica
Porcentaje de objeciones resueltas	Total de objeciones resueltas / Total de objeciones levantadas X 100	Trimestral	Coordinador de Pertinencia Médica
Tiempo de duración del trámite de pago a los proveedores	Fecha de recepción de trámite hasta la fecha de pago del mismo.	Mensual	Coordinador de Contabilidad
Porcentaje de expedientes con control de calidad de auditoría médica que no coinciden con la evaluación del médico auditor	Total de expedientes que no coinciden con evaluación del médico auditor / total de expedientes auditados y revisados con control de calidad X 100	Mensual	Coordinador de Pertinencia Médica
Monto total pagado por el IESS a prestadores internos y externos	Facturación de prestadores externos + Facturación de prestadores internos	Trimestral	Subdirector de prestaciones de salud Individual y Familiar
Gasto del proceso de auditoría médica	Gasto total del proceso de auditoria	Anual	Subdirector de prestaciones de salud Individual y Familiar
Porcentaje de gasto de auditoría en relación al gasto a prestadores.	Gasto total del proceso de auditoría / total de pago a los prestadores	Anual	Subdirector de prestaciones de salud Individual y Familiar
Porcentaje de objeciones no resueltas por el prestador	Total de objeciones levantadas / Total de objeciones no resueltas X 100	Mensual	Coordinador de Pertinencia Médica

DISPOSICIONES GENERALES

PRIMERA.- Las Subdirecciones de Prestaciones del Seguro de Salud Individual y Familiar o Jefaturas Provinciales del Seguro de Salud Individual y Familiar serán los responsables de socializar y aplicar la presente normativa en el plazo de 30 días a partir de su fecha de expedición.

SEGUNDA.- Se realizará trimestralmente reuniones técnicas con los coordinadores del proceso de Auditoria de la Calidad de las Cuentas Médicas de las Subdirecciones de Prestaciones del Seguro de Salud Individual y Familiar o Jefaturas Provinciales del Seguro de Salud Individual y Familiar para revisar y actualizar la presente normativa.

ELABORADO POR:	Dra. Sandra Salazar Subdirección de Regulación. Dra. Carla Clerque Subdirección del Prestaciones – Azuay. Dra. María Antonieta Barrera Subdirección de Prestaciones Guayas. Dr. Carlos Cárdenas. Subdirección de Prestaciones Pichincha	Fecha:
REVISADO POR	Dra. Susana Dueñas Subdirectora de Regulación SGSIF	Fecha:
APROBADO POR	Econ. Olga Núñez Directora (E) SGSIF	Fecha: