

MANUAL DE AUDITORÍA DE LA INFORMACIÓN - RESOLUCIÓN 0247 Y 890 DE 2014 MEDICIÓN 1 DE ENERO DE 2020

TABLA DE CONTROL

	Nombre
ELABORÓ	Coordinación de Gestión Auditoría
APROBÓ Y RECOMENDÓ	Comité Técnico
APROBÓ	Dirección CAC - Junta directiva CAC

Versión No.	Fecha	Actualización
01	2019-12-11	Emisión Inicial
02	2020-02-14	Actualización – versión 01



AUDITORÍA DE LA INFORMACIÓN -RESOLUCIÓN 0247 de 2014 MANUAL DE AUDITORÍA

a) OBJETIVO

Realizar la verificación y validación de los datos reportados a la Cuenta de Alto Costo de las patologías objeto de reporte, para garantizar la calidad de la información que se requiere para el análisis y aplicación de los mecanismos de ajuste por riesgo y la evaluación y monitoreo del proceso de atención que gestionan los aseguradores en estas patologías.

b) ALCANCE DE LA AUDITORÍA

Garantizar la calidad de los datos verificando las variables sociodemográficas, clínicas y administrativas que se reportan en un momento determinado y las variables requeridas de forma complementaria a través de los registros clínicos y demás soportes que confirmen la prestación de los servicios relacionados con el proceso de atención en cada patología desde el diagnóstico hasta el tratamiento y seguimiento.

c) CONSIDERACIONES GENERALES

3.1 Marco normativo

Este proceso se soporta en lo contemplado en el artículo 9 de la Resolución 0247 de 2014:

Artículo 9. Validaciones y auditoría de la información, la información reportada por las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios -EAPB, pertenecientes a los regímenes contributivo, subsidiado, especial y de excepción, y las direcciones departamentales y distritales de salud en virtud de lo estipulado en la presente resolución, podrá ser objeto, entre otras de las siguientes validaciones:

- 1) Ser contrastada con la información que disponga el Ministerio de Salud y Protección Social para verificar la afiliación y derechos de cada uno de los pacientes.
- 2) Ser revisada por el Ministerio de Salud y Protección Social y por la Cuenta de Alto Costo, con el fin de detectar y corregir duplicidades e inconsistencias en la información.
- 3) Ser auditada por la Cuenta de Alto Costo, la cual puede contemplar muestras representativas, con el fin de garantizar la calidad, confiabilidad y veracidad de la información reportada.



3.2 Responsabilidad de las entidades

Cada entidad es responsable, en cabeza de su representante legal, según lo contemplado en el artículo 8 de la resolución 0247 de 2014, de la información que suministra. En el caso de requerir ajustes a la información presentada, la entidad debe solicitarlo a la Cuenta de Alto Costo mediante comunicado firmado por el representante legal de la entidad, donde explica la inconsistencia o error presentado y detalla el ajuste necesario. Ajustes que podrán ser solicitados dentro del plazo establecido para tal fin en el cronograma publicado por la Cuenta de Alto Costo, definido por el Comité Técnico y aprobado por la Junta Directiva. **Artículo 8.** *El representante legal de la respectiva Entidad Administradora de Planes de Beneficios - EAPB, perteneciente a los regímenes contributivo, subsidiado, especial y de excepción, y el representante legal de la dirección territorial de salud respectiva, certificará la veracidad de la información que reporta mediante una comunicación a la Cuenta de Alto Costo con el número de radicación generado por el aplicativo de recepción de la base de datos, posterior a su radicación por el aplicativo web de la Cuenta de Alto Costo.*

Las fechas de medición y de presentación de las bases de datos se encuentran publicadas en la Resolución 890 de 2014 y es responsabilidad de cada entidad conocerlas y cumplirlas, la Cuenta de Alto Costo solo recepciona las bases de datos que son cargadas por las EAPB por medio del aplicativo web de la CAC (www.cuentadealtocosto.org) dispuesto para tal fin, dentro de los plazos establecidos por la normatividad.

Con el fin de ordenar el proceso que va desde la presentación de los datos por las EAPB (fecha fijada por Resolución 890 de 2014) hasta la publicación de los cuadros de totales definitivos de la medición, la Cuenta de Alto Costo publica en la página Web antes del inicio de dicho proceso un **cronograma** en el que detalla los pasos o actividades, fechas límite y responsables. Es responsabilidad de las EAPB conocer y seguir dicho cronograma para hacer posible el mecanismo de administración conjunta y realizar las acciones que son de su competencia dentro de las fechas previstas.

Cada entidad posee un usuario y clave de acceso con el cual puede ingresar al aplicativo de cargue, ubicado en la página web de la CAC y subir o cargar la base de datos en las fechas establecidas en cada medición. Así mismo posee un micrositio exclusivo para su entidad en el cual la Cuenta de Alto Costo publica toda la información de interés de carácter privado, como el detalle de los errores que debe corregir durante el proceso de cargue de base de datos, los cruces realizados con la base oficial, las actas de auditoría, reportes de hallazgos de calidad o inconsistencias de diagnóstico o soporte identificados en el transcurso de la auditoría, comunicados y demás información relacionada.



Es responsabilidad de cada entidad ingresar a su micrositio, revisar y administrar la información ahí publicada para su conocimiento. Los anuncios de interés general para todas las entidades se publican en la página web y es responsabilidad de cada entidad revisar periódicamente los canales de comunicación establecidos.

En aras de garantizar la comunicación segura entre las EAPB y la CAC, el representante legal de cada entidad notificara a la CAC quienes son las personas responsables del proceso de cargue, auditoría (capacitaciones, foros, reuniones de apertura, seguimiento y cierre, respuesta hallazgos, objeciones de inconsistencias, totales de auditoría) y mecanismo de cálculo y distribución de recursos. Dichas personas deben estar autorizados en SISCAC y son los responsables del manejo de la información.

Previo al cargue de información cada entidad debe revisar en su base de datos los pacientes que tengan dos o más líneas para el reporte y garantizar que estén registrados correctamente, ya sea porque se trata de dos o más cánceres primarios, cambio de tipo o número de identificación o actualización del código de diagnóstico CIE-10. Para los casos con dos o más tipos de cáncer primario deben registrar el antecedente de otro primario en las variables 42, 43, y 44 y la novedad administrativa que corresponda conforme las indicaciones del instructivo de reporte.

A continuación, se describe el orden en que se deben aplicar las combinaciones para identificar posibles pacientes con dos o más líneas en la base de datos.

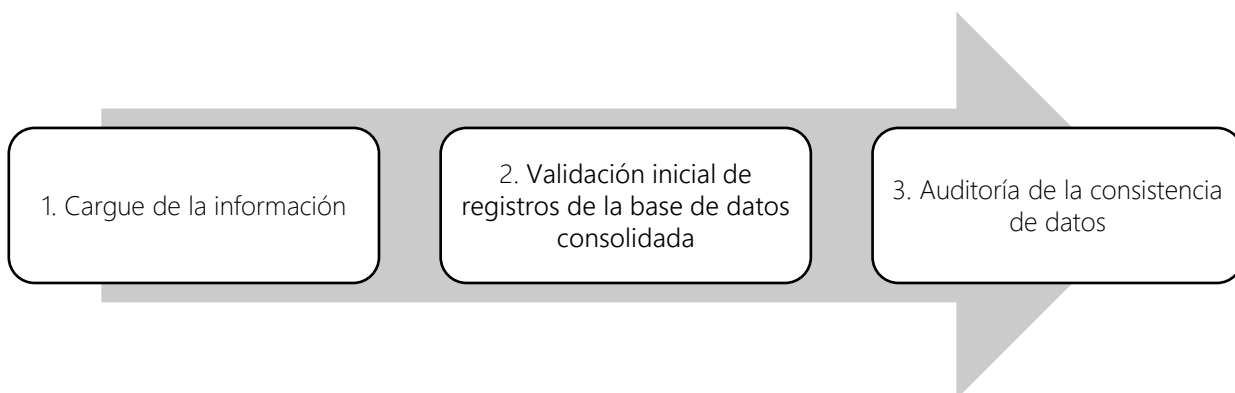
1. Iguales en variables (nombre1, apellido1, tipoID, numID)
2. Iguales en variables (nombre1, apellido1, numID)
3. Iguales en variables (apellido1, tipoID, numID)
4. Iguales en variables (nombre1, tipoID, numID)
5. Iguales en variables (tipoID, numID)
6. Iguales en variables (numID); analizar si se trata del mismo paciente, ya que puede ser igual número de diferente tipo de ID
7. Iguales en variables (nombre1, apellido1, Fecha de nacimiento)

Una vez realice el procesamiento de combinaciones verifique las novedades administrativas y los soportes clínicos según el caso.

d) DESARROLLO PROCESO DE LA INFORMACIÓN

El proceso de auditoría que realiza la Cuenta de Alto Costo (CAC) a la información reportada por las entidades, consta de 3 pasos sucesivos:





4.1 Cargue de la información

Con el fin de crear un proceso de acopio y transferencia de información sólido al interior de las entidades, y construir una fuente de información confiable para el país mediante el desarrollo de una curva de aprendizaje para todos los actores involucrados, acompañada de un proceso pedagógico planeado, se creó una malla de validación de datos que contempla, además de las validaciones de forma y estructura, cruces lógicos entre variables (demográficas y clínicas) para incrementar la coherencia de los datos reportados.

La malla de validación se creó con el fin de identificar los errores que puede presentar cada variable en el momento en que las entidades se encuentran realizando el reporte de la información, generando un primer análisis en el que se valida la calidad, consistencia y coherencia de los datos.

De acuerdo con lo establecido en el proceso de auditoría, para la medición de 1 de enero de 2020 la malla de validación realizará las siguientes validaciones:

- Validación de formato (errores tipo A)
- Validación entre variables consistencia y coherencia (errores tipo B)
- Validación de registros duplicados (errores tipo C)
- Validación de registros que no cumplen con la estructura (errores tipo D)
- Validación de requeridos (errores tipo E)

NOTA 1: se entiende como requeridos aquellos pacientes vivos y activos con diagnóstico confirmado de cáncer, que quedaron de forma definitiva en la base de datos después de auditoría para la entidad del periodo 2019, y que deben reportarse de forma obligatoria para el periodo 2020.



Adicional, los pacientes que tuvieron inconsistencia de diagnóstico o cáncer diferente al reportado en la medición 20190101, deben ser reportados con el diagnóstico correcto y los datos de todas las variables; serán nuevos para el reporte.

NOTA 2: La CAC publicará en el micrositio de cada una de las entidades, el listado de casos requeridos en la NOTA 1, con los que se realizará la validación para el reporte del 1 de enero de 2020.

Una vez cerrado el aplicativo de cargue en la fecha establecida en la resolución, la entidad deberá:

- a) Reportar el certificado de veracidad de la información el cual debe contener el número de radicación entregado por el sistema de información de la CAC, el número de registros radicado, la fecha de radicación y el tamaño del archivo cargado, de igual manera el certificado debe indicar que la información reportada por la entidad es **VERAZ**.

Para hacer el reporte del certificado de veracidad de la información la entidad debe ingresar a www.cuentadealtocosto.org al link “Plataforma SISCAC” y allí en el módulo de CANCER, ingresar al botón “Cargue de archivo plano”, una vez allí en la parte inferior de la pantalla en la sección “Mis Documentos” se encuentra la opción de cargue del certificado de veracidad, donde se deberá subir el documento escaneado, de igual manera deberá enviarlo por correo certificado ante la CAC.

- b) Cuando la entidad ha terminado el proceso de cargue de la información se notificará vía correo electrónico mediante alerta informativa la publicación de la base de datos radicada y el informe del total de casos radicados por cada una de las poblaciones reportadas, y la solicitud de diligenciamiento de la encuesta de calidad del cargue de la información.

4.2 Validación inicial de registros de la base de datos consolidada

Una vez terminado el proceso de cargue en la fecha establecida según Resolución 0247 de 2017, la CAC realiza las siguientes actividades:

- a) Remitir a la Superintendencia Nacional de Salud el listado de las entidades que no reportaron la información, incumpliendo la norma establecida.
- b) Remitir al Ministerio de Salud el listado de las entidades que reportaron no tener casos diagnosticados durante el periodo de reporte



- c) Consolidar la base de datos de todas las EAPB y se remitirla al Ministerio de Salud y Protección Social, para que sea cruzada con la base de datos oficial, lo anterior con el único fin de identificar el estado vital de las personas y su estado de afiliación a la fecha de corte (1 de enero 2019). El cruce con la BD de fuente oficial, se realizará con corte al 1 de enero de 2019.

En la tabla 1, se presentan las variables que envía la CAC para el cruce con la fuente oficial, y las variables que se reciben como resultado del cruce de las bases de datos.

Tabla 1. Información enviada y recibida para el cruce con la fuente oficial.

Datos enviados por la CAC para el cruce con la fuente oficial MSPS	Datos recibidos después del cruce con la fuente oficial MSPS
Tipo de identificación	Tipo de identificación
Número de identificación	Número de identificación
Código serial BDUa	Código serial BDUa
Primer Nombre	Primer Nombre
Segundo Nombre	Segundo Nombre
Primer Apellido	Primer Apellido
Segundo Apellido	Segundo Apellido
Fecha Nacimiento	Fecha Nacimiento (confirmación (Si – No))
	Estado del afiliado en BDUa
	Estado del documento (registraduría)
	EAPB en la cual está afiliado el usuario a la fecha de corte
	Estado vital (fallecido - vivo) a la fecha de corte
	Fecha de defunción



Una vez recibido el resultado del cruce con BDUA por parte de Minsalud, y a partir de esa información, la CAC actualiza la BD radicada.

Base de datos Cáncer			
Base de datos radicada	Cruce BDUA	Base antes de auditoría	Novedades y Estados
- Variables de resolución - Código BDUA - Fecha de Corte - Id_patología: Es el código que identifica los usuarios reportados como usuarios únicos en la BD	- Tipo_Entidad: en esta variable se identifica el tipo de entidad (DTS – EPS- BDEX - PVS) - Validación: resultado de la validación del cruce entre la fuente oficial y la variable Novedad administrativa reportada por la entidad - Estado_vital: estado vital reportado por el Ministerio de Salud - Estado_Afiliacion_BDUA: estado de afiliación reportado por el Ministerio de Salud - mismaentidad: se identifica si la entidad reportada por Minsalud es la misma entidad que reportó el registro - entidadBDUA: código de entidad en la que se encuentra reportado el registro ante Minsalud - fecha_defunción_msps: Fecha de defunción reportada por el Minsalud	- Para auditoría: en esta variable se identifican los casos que se van a auditar. - Medición: en esta variable se identifica la medición en la que se van a auditar los casos dentro del SIAME.	- Estado: se relaciona si el registro se encuentra activo (1) o inactivo en la BD (0) - des_estado: se describe la causa de la inactivación de los registros en la BD: - Solicitud EPS - Desafiliado - Duplicado - Inactivación error de reporte - Inactivación cruce BDUA - Eliminación cambio de identificación - No Cruza BDUA - Sin diagnóstico - Inconsistencia por diagnóstico o soportes auditoría.

Una vez se haya publicado y notificado el resultado del cruce con la BDUA las entidades tienen un (1) día hábil para presentar objeciones ante la CAC respecto del resultado del cruce de información – variable “validación”, la CAC consolidará esta información y le remitirá al Ministerio de Salud para que sea revisada nuevamente contra la BD de fuente oficial. De acuerdo con lo revisado por el Ministerio de Salud y Protección Social y su respuesta a las objeciones presentadas, la CAC notificará



mediante correo electrónico a las EAPB el resultado de las objeciones y ajustará la BD de ser necesario.

Una vez revisada la información la cuenta de alto costo de conformidad con el resultado del cruce, ajustará la variable 128 “Novedad administrativa” y dispondrá al proceso de auditoria la data ya ajustada, con la correspondiente calificación del dato teniendo en cuenta los siguientes criterios:

Registros identificados como FALLECIDOS:

- Si el caso fue reportado vivo y sin novedad de fallecimiento, se ajustará la variable 128 (novedad administrativa), la variable 132 (causa de muerte) y la variable 131 (fecha de muerte) con los datos aportados en la base oficial del fallecimiento.
- Si el paciente fue reportado por la entidad como fallecido se revisará la variable 131 (fecha de muerte). Se aplicará la calificación de DNC a esta variable cuando los datos no sean iguales a los reportados y se ajustará con los datos encontrados en la base oficial. Si la entidad tiene como soporte del fallecimiento el certificado de defunción del paciente o la historia clínica en la cual el médico ratifica el deceso, se dejará la fecha de defunción reportada por la entidad.
- Si el paciente fue reportado con novedad de desafiliación o abandono, se capturarán los datos del fallecimiento encontrados en la base oficial y se aplicará la calificación de DNC a las variables correspondientes.

Registros identificados como DESAFILIADOS a la entidad que los reportó:

- Si el paciente fue reportado sin novedad de desafiliación, se ajustará la variable 128 (novedad administrativa) con los datos de la desafiliación encontrados en la base oficial y se aplicará la calificación de DNC a las variables correspondientes.
- Si el paciente fue reportado fallecido, no se ajustará la variable 128 (novedad administrativa) debido a que prevalece el hecho de que la entidad lo haya reportado como fallecido.
- Si el paciente fue reportado con novedad de desafiliación, se aplicará la calificación de DC.



- Si el paciente fue reportado con novedad de abandono, se ajustará la variable 128 (novedad administrativa) con los datos de la desafiliación encontrados en la base oficial y se aplicará la calificación de DNC a la variable.

Registros identificados como ACTIVOS a la entidad que los reportó:

- Son los casos en los que el caso fue reportado por la misma entidad de acuerdo con el cruce del BDUA y la novedad de reporte coincide con el estado vital y el estado de afiliación reportado a la Cuenta de Alto Costo.
- d) Realizar la revisión de la información consolidada e iniciar el proceso de inactivación de registros de la siguiente forma:
- ✓ Inactivar los registros que en la variable novedad administrativa de la resolución (variable 128) se reportaron como “usuario para eliminar de la base de datos por corrección luego de auditoría interna de la entidad o de la CAC” - opción 6.
 - ✓ Inactivar los registros que en la variable novedad administrativa de la resolución (variable 128) se reportaron como “usuario con cambio de tipo o número de documento de identificación con respecto al reporte anterior (mismo usuario con nuevo ID)” – opción 8
 - ✓ Inactivar el registro reportado que se identifique como compartido entre entidades por tipo y número de identificación, que en la variable 128 (novedad administrativa) fue reportado por una de las entidades como desafiliado (opción 5) y por la otra u otras entidades con novedad administrativa diferente a desafiliación. En estos casos se inactivará el registro a la entidad que lo reportó desafiliado.
 - ✓ Inactivar los registros que la EAPB solicite mediante la aplicación del proceso de novedades generales, esta solicitud debe hacerla la EAPB ante la CAC mediante comunicado suscrito por el representante legal, dentro del plazo establecido para ello, en el cronograma de actividades publicado que se acompaña con el formato de registro para aplicación de novedades (Anexo 2 CAC-IEP2-A02) que se encuentra en el micrositio con los archivos operativos para el cargue de información.



- ✓ Inactivar los registros reportados por la entidad en los cuales al cruzarlos con la fuente oficial aparezcan calificados como “NO CRUZO”

NOTA 3: registro inactivo es aquel que no se tiene en cuenta para análisis de situación de la enfermedad ni para ejercicios de redistribución de recursos, ni para informes de totales, ni para el proceso de auditoría.

4.3 Auditoría de la consistencia de datos (verificación de la consistencia y coincidencia de los datos reportados con los originales en los registros clínicos)

La auditoría de la consistencia de datos verificará la información reportada con relación los soportes dispuestos en el repositorio de información para tal fin:

- ✓ En los casos en que el dato reportado coincide exactamente con el dato observado en los soportes, se marcará como **dato conforme (DC)**.
- ✓ En los casos en los que se detecte que el dato reportado no coincide con el observado los soportes, se marcará como **dato no conforme (DNC)** y se capturará el dato observado.
- ✓ En los casos que el dato reportado no cuente con soportes verificables por la auditoría, se marcará como **dato original no disponible (DOND)**.

5. CONSIDERACIONES PARA AUDITORÍA

La auditoría se realizará de manera virtual a cada entidad (no se realizará visita presencial a las entidades), según el cronograma que se establezca y se publique en la página web de la CAC. El proceso se realizará de la siguiente manera:

- a) La CAC publicara archivo de preguntas y respuestas para el reporte cáncer 2020-01-01 en los micrositos de la entidad por lo cual debe consultar previamente el archivo antes de enviar preguntas mediante correo electrónico, en aras de mantener la claridad y soporte en los conceptos emitidos por la CAC durante el proceso de reporte.
- b) La CAC validará que los pacientes con inconsistencia en el diagnóstico (sin diagnóstico de cáncer ó cáncer duplicado) en el periodo anterior sean reportados con la novedad respectiva en la



variable 128, opción 6 “usuario para eliminar de la base de datos por corrección luego de auditoría interna o de CAC”; en los casos con inconsistencia de cáncer diferente al reportado o inconsistencia de soportes la entidad debe asegurar el adecuado reporte del caso con los soportes que permitan validar la información en la auditoría.

- c) La Cuenta de Alto Costo, publicará la base de datos antes de auditoría y notificará mediante correo electrónico a cada una de las entidades el informe de totales antes de auditoría, lo anterior con el fin de que la Entidad apruebe esos totales y se pueda continuar con el proceso de auditoría de la consistencia de los datos. Es responsabilidad de las entidades revisar, verificar y aprobar el cuadro de totales antes de auditoría, en el tiempo establecido según el cronograma publicado.

Se recuerda a las entidades que las fechas establecidas para hacer la correspondiente aprobación del informe de totales antes de auditoría se encuentran en el cronograma de cargue publicado en el micrositio y que la entidad que NO apruebe la información dentro de los plazos establecidos incurrirá en silencio administrativo positivo, es decir que con su silencio aprueba la información relacionada en el correo electrónico.

Para realizar la aprobación del informe de totales antes de auditoría dentro del mismo correo electrónico se dispone un link que le permite a la entidad aprobar o no aprobar la información notificada, si la opción es aprobada, se continua con el proceso de auditoría, si la opción es no aprobada, se podrá en el mismo momento indicar las causas de la no aprobación para que la CAC entre a revisar las diferencias y se logre la aprobación correspondiente.

Una vez aprobado por parte de todas las entidades inclusive aquellas que guardaron silencio administrativo del informe de totales antes de auditoría, se establecerá el cronograma de auditoría por entidad y se enviará en el comunicado con las consideraciones de auditoría. Es responsabilidad de cada entidad confirmar el recibido y enviar los datos de contacto de las personas responsables de la auditoría.

- d) La CAC enviará por correo electrónico un comunicado oficial a cada una de las entidades, en el que informará el inicio del proceso de auditoría, el recurso de auditoría CAC designado a la entidad y el personal total dispuesto para desarrollarla, así como un estado actual de los soportes cargados en el repositorio oficial antes del inicio de auditoría, correspondientes a los pacientes con cáncer.



La entidad debe remitir a la CAC como respuesta a este comunicado un día posterior a la recepción del mismo, la confirmación de conocimiento de las fechas dispuestas para su auditoría, así como el nombre y datos de contacto de la(s) persona(s) responsable(s) de atender la auditoría, para coordinación de las sesiones virtuales a desarrollar.

- e) Para el cargue de soportes de auditoría, las entidades tendrán acceso al repositorio de la CAC, un (1) día después de la fecha de corte de cada patología y hasta dos (2) días hábiles (entiéndase de lunes a viernes) antes del inicio de la auditoría a nivel nacional de acuerdo con el cronograma general. Es importante aclarar que el tiempo para cargar los soportes de historia clínica es el mismo para todas las entidades sin importar su ubicación dentro del cronograma específico de auditoría.

Para facilitar el cargue de los soportes, la CAC informará y validará los usuarios y contraseñas por entidad con los permisos requeridos para el cargue de soportes en el repositorio oficial en los tiempos establecidos. **Recuerde que no se validarán soportes cargados de forma posterior a esta fecha ni fuera de este repositorio.**

Los soportes para auditoría son del orden confidencial por contener datos sensibles de los pacientes. Esta información se debe salvaguardar, por lo tanto, nunca se deben utilizar mecanismos como correo electrónico o CD por correo certificado que contengan historias clínicas de los pacientes. El único canal habilitado para disponer los soportes de auditoría es el repositorio oficial de información de la CAC.

- f) En caso que la entidad no cuente con los soportes de historia clínica cargados en el repositorio de la CAC en la fecha establecida según cronograma, el auditor dejará constancia de esto en el acta y especificará que el 100% de los registros se consideran no soportados. **La CAC no ampliará los plazos estipulados para el cargue de soportes en el repositorio oficial.**
- g) El tiempo de duración de la auditoría es calculado de acuerdo con el número de registros a auditar y la productividad del auditor; por esta razón en caso de ser necesario, la entidad deberá disponer de personal para la verificación de los casos reportados diariamente por la auditoría como casos con inconsistencias de diagnóstico o soporte, enviados a comité o con hallazgos de auditoría representados como DNC-DOND.



- h) La entidad conocerá previamente la fecha de inicio y terminación de la auditoría, así como la cantidad de auditores asignados a la entidad, de modo que pueda prepararse para participar de manera activa.
- i) Deberá participar en los foros virtuales que se realizarán de manera quincenal o con la frecuencia que se requiera según el caso, para verificar el avance y cumplimiento del proceso, así como para estar informado sobre las novedades que se presenten durante la auditoría.
- j) Las modificaciones en las fechas de cronograma o ajustes de bases de datos que se realicen durante el proceso, serán notificadas oportunamente de manera oficial por parte de la CAC, al correo notificado por cada entidad en respuesta a las consideraciones enviadas previo al inicio de la auditoría; por este motivo es importante que cada entidad informe a qué correos electrónicos se debe enviar la información.
- k) La CAC realizará una reunión virtual de apertura de la auditoría, con las personas asignadas por la entidad y con la presencia del representante legal de la entidad o la persona que este designe (a través de poder de representación que debe ser enviado a la CAC antes del inicio de la reunión de apertura); en ella se realizará el diligenciamiento del acta, se comunicará el alcance de la auditoría, las reglas contempladas para el desarrollo de la misma, el tiempo de duración del proceso de auditoría de casos y se solicitará a la entidad certificar el cargue de la totalidad de soportes para auditar. Teniendo en cuenta que el acta de auditoría es un documento jurídico, debe ser impresa, firmada, escaneada por la entidad, y remitida al correo electrónico del auditor CAC el mismo día de la generación.
- l) Las entidades en donde la auditoría dure más de una semana en ejecución, deberán participar en los foros de seguimiento virtual, con el fin de esclarecer temas puntuales de la auditoría. El objetivo es aclarar temas relacionados con los datos de no calidad e inconsistencias de diagnóstico o soporte generadas con el fin de tomar los correctivos necesarios frente a los mismos y al proceso.
- m) Los registros auditados con calificación del dato como no conforme (DNC) o dato original no disponible (DOND) y las inconsistencias de diagnóstico o soporte, se dispondrán en el aplicativo de hallazgos de auditoría a través de la plataforma SISCAC, para ser revisados y contestados diariamente por la entidad, aceptando o no el concepto de auditoría.



n) La respuesta de cada hallazgo e inconsistencia debe cumplir con los siguientes criterios:

Criterios a tener en cuenta para respuesta de hallazgos e inconsistencias

- ✓ ***inconsistencia por soporte:*** todas las objeciones por este motivo deben asegurar el cumplimiento de los contenidos mínimos de historia clínica contemplados en la Resolución 1995/99. No se aceptarán objeciones a inconsistencias de pacientes sin soportes o con soportes fuera del periodo de corte.
- ✓ ***inconsistencia por diagnóstico:*** todas las objeciones en el aplicativo de hallazgos deben indicar:
 - ✓ Asegurar el cumplimiento de los contenidos mínimos de historia clínica contemplados en la Resolución 1995/99
 - ✓ Nombre y página del soporte que contenga los criterios diagnósticos que confirmen la patología reportada.
 - ✓ La entidad debe ser lo más clara posible en la observación de no aceptación, para que el auditor de la CAC pueda verificar la información.
 - ✓ En los pacientes reportados por el ente territorial, indicar el nombre y página del soporte que confirme que el paciente recibe un medicamento NO PBS para el manejo de la patología reportada.

o) De acuerdo con la respuesta registrada por la entidad en el aplicativo de hallazgos, se decidirá si se levanta o se mantiene (el DNC, el DOND o la inconsistencia de diagnóstico o soporte).

p) Los registros sin respuesta se definen como aceptadas y el aplicativo las marca como silencio administrativo.

q) Los siguientes son criterios para marcación de casos con inconsistencias para la presente auditoría:

El total de los casos con inconsistencias serán relacionados por motivo (soportes o clínica) en cada una de las actas de auditoría.

No se aceptan objeciones a inconsistencias de diagnóstico y soportes en el proceso de aprobación de totales.



Inconsistencia por soportes

- ✓ **Sin soporte:** pacientes reportados por las entidades que no tienen ningún soporte en el repositorio oficial de la CAC. Estos pacientes se informarán al inicio de la auditoría.
- ✓ **Solo soportes administrativos:** pacientes reportados por las entidades que solo tienen soportes de estado de afiliación, facturas, fotocopia de la identificación y demás documentos diferentes de la historia clínica en el repositorio oficial de la CAC
- ✓ **Historia clínica no valida:** pacientes reportados por las entidades en los que el soporte cargado no contiene las características de historia clínica de acuerdo con la resolución 1995 de 1999 o tiene el reporte de patología, administración de terapias como único soporte. ***revisar las indicaciones de la página 43 soportes en el ítem 7.1 Soportes de auditoria.**
- ✓ **Historia clínica fuera del periodo:** pacientes reportados por las entidades en los que el único soporte clínicos cargado es posterior a la fecha de corte.

Inconsistencia clínica

- ✓ **Cáncer diferente al reportado:** Pacientes que fueron reportados por las entidades de salud con un diagnóstico de cáncer y durante el proceso de auditoría se evidencia que el diagnóstico descrito en los soportes clínicos corresponde a un cáncer diferente al reportado.

(Ejemplo: paciente reportado con cáncer de piel, pero al verificar soportes es un melanoma).

Los pacientes con cáncer confirmado que en el periodo 2018-01-01 y 2019-01-01 tuvieron novedad de cáncer diferente al reportado (diferente agrupador) deben ser reportados con el diagnóstico correcto y serán nuevos para el periodo de reporte 2020-01-01.

- ✓ **Sin tumor maligno:** Pacientes que fueron reportados por las entidades con diagnóstico de cáncer y que durante el proceso de auditoría se evidencia que **no tienen el diagnóstico** (no

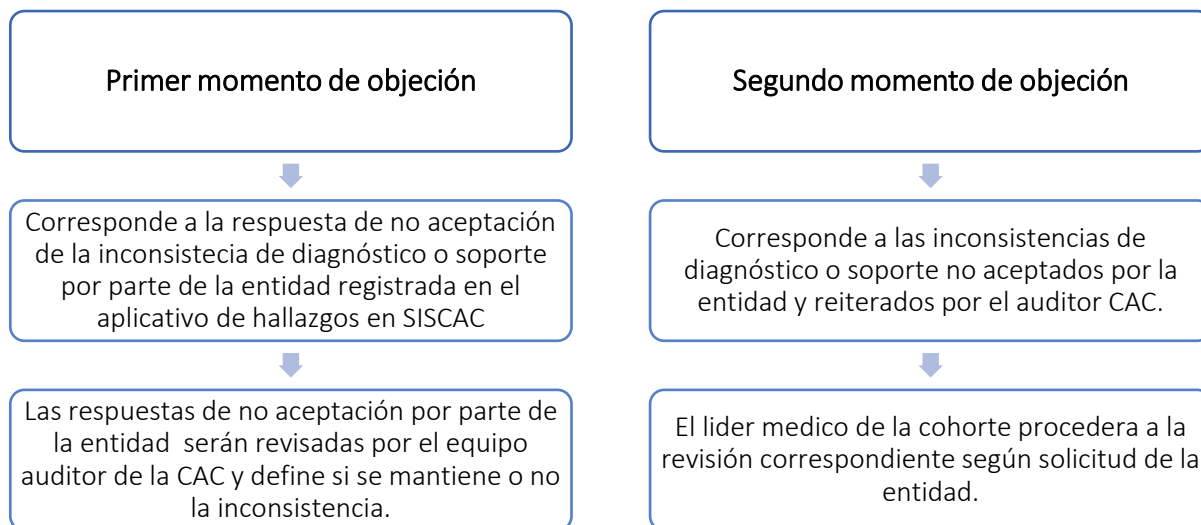


hay soportes que ratifiquen el estudio y confirmación del cáncer o se descartó la patología maligna).

- ✓ **Tumor en estudio o sospecha:** Pacientes que fueron reportados por las entidades con diagnóstico confirmado de cáncer y que durante el proceso de auditoría se evidencia que aun se encuentran en estudio de la malignidad y no ha sido descartada por patología.
- ✓ **Sin sustento de diagnóstico, pero está en tratamiento para el manejo de cáncer:** Pacientes que fueron reportados por las entidades con diagnóstico de cáncer y que durante el proceso de auditoría se evidencia que no tienen los soportes que ratifiquen el estudio y confirmación del cáncer y que recibe tratamiento oncológico actualmente.
- ✓ **Cáncer duplicado:** Pacientes que fueron reportados por las entidades de salud con diagnóstico confirmado de dos o más tipos de cáncer y durante el proceso de auditoría se evidencia que se trata del mismo cáncer reportado con diferente código CIE10, o que corresponde a una metástasis, pero es el mismo cáncer primario (se audita únicamente un registro).



r) Momentos de objeción para las inconsistencias de diagnóstico y soporte



Todo registro que el auditor defina enviar a comité administrativo o de expertos, será marcado como inconsistencia en el proceso de auditoría virtual para posterior revisión por los líderes y especialistas de la patología. Posterior a la discusión de casos, estos pacientes podrán ser ratificados como inconsistencias de diagnóstico o, por el contrario, ser revertidos.

Se espera que las entidades verifiquen los casos marcados con inconsistencias de diagnóstico y soportes durante el transcurso de la auditoría de manera diaria a través del aplicativo de hallazgos de auditoría. Por lo tanto, los casos que al cierre de la entidad se mantengan con inconsistencias de diagnóstico o soporte, deben quedar registrados en el acta de cierre que se firme por las partes. La CAC podrá ejercer el derecho a objetar durante todo el proceso de auditoría, comité de casos especiales y generación de la base de datos final, cuando se identifiquen hallazgos que se consideren relevantes en el análisis de la información reportada y auditada.

- s) Una vez finalizada la auditoría a todos los registros seleccionados, la CAC procederá a realizar una reunión virtual de cierre, que tendrá como soporte el “acta de cierre de auditoría” en la que se resumirán los aspectos relevantes de la auditoría (registros con inconsistencias, casos enviados a comité, principales hallazgos de calidad, novedades y observaciones, entre otros). La reunión de cierre deberá realizarse a más tardar, seis (6) días hábiles (de lunes a viernes) después de finalizar



la auditoría nacional del total de los casos, para garantizar que la entidad y el equipo auditor revisen y emitan respuesta a los hallazgos de no calidad. El acta será enviada por el auditor de la CAC, el mismo día de la reunión y debe ser firmada por las personas designadas por parte de la entidad y los auditores respectivos. Al igual que el acta de apertura debe ser impresa, firmada, escaneada y enviada por correo electrónico oficial de la entidad desde la entidad al auditor CAC.

- t) En relación con las observaciones, resultados, sugerencias y recomendaciones que se disponen en el acta de cierre de auditoría, la entidad tiene un (1) día hábil (de lunes a viernes) luego de la reunión virtual para presentar objeciones o solicitudes de modificación por parte del auditor CAC, siendo este mismo plazo, el tiempo destinado para entregar el acta de cierre firmada. De igual forma, la Cuenta de Alto Costo se reserva el derecho de objeción del acta de auditoría desde el cierre y hasta el establecimiento de las bases de datos finales.
- u) Comité administrativo y de expertos: posterior al cierre del proceso de auditoría en el 100% de las entidades, la CAC se reunirá con el equipo líder de la patología y evaluará los casos clínicos y administrativos escalados desde el momento de la auditoría (inconsistencias objetadas) definiendo cuales casos deben levantarse, cuales mantenerse y cuáles deben ser validados por el comité de expertos clínicos de la patología respectiva. Los expertos clínicos se reunirán en el comité de análisis de casos especiales para la revisión únicamente de aquellos casos que requieren una fundamentación, argumentación o sustento netamente clínico, los cuales, serán revisados en torno a los soportes cargados en el repositorio oficial de la CAC (solamente se presentarán los soportes utilizados en la auditoría).

El acta del comité administrativo y de expertos será dispuesta en el micrositio de cada entidad para conocer la decisión definitiva de los casos escalados.

- v) Informe de totales después de auditoría: posterior al comité administrativo y de expertos se aplicarán los ajustes definitivos a la base de datos general y se generará el informe de totales después de auditoría, este informe contiene la información de los casos que fueron auditados y los casos que fueron marcados como inconsistencia. La CAC notificará por correo electrónico a cada una de las entidades el “informe de totales después de auditoría” y publicará en el micrositio de cada entidad la base de datos después de auditoría. Para realizar la aprobación del informe de totales después de auditoría dentro del mismo correo electrónico se dispone un link que le permite a la entidad aprobar o no aprobar la información notificada, si la opción es aprobada, se continua con el proceso, si la opción es no aprobada, se podrá en el mismo momento indicar las causas de la no aprobación para que la CAC entre a revisar las diferencias y se logre la aprobación



correspondiente. Es responsabilidad de las entidades revisar, verificar y aprobar el informe de totales después de auditoría, en el tiempo establecido según el cronograma publicado. La entidad que NO apruebe la información dentro de los plazos establecidos, incurrirá en silencio administrativo positivo, es decir que con su silencio aprueba la información relacionada en el correo electrónico. Posterior a esto se cerrará el proceso, y se considerarán aceptados dichos totales por todas las entidades, incluyendo aquellas en silencio administrativo.

- w) Toda variable que tenga más del 5% de DNC o DOND, **no se tendrá** en cuenta para la medición de indicadores y el resultado de este indicador para la entidad será cero (0).
- x) Publicación de informes de calidad del reporte: al terminar el proceso general de auditoría, la CAC dispondrá en el micrositio de cada entidad el informe de calidad del reporte, en el que se indica por cada variable el número y porcentaje de datos conformes, datos no conformes y datos originales no disponibles, sobre la totalidad de los registros auditados para la entidad, hallazgos que serán parte de las publicaciones del año siguiente por la CAC. Acompañará a este reporte, un informe de auditoría que reúne los aspectos relevantes del proceso en cada entidad (desarrollados en las reuniones virtuales de apertura, cierre y foros virtuales), un análisis de la calificación de datos reportados para las variables estratégicas y trazadoras de la patología y las recomendaciones y sugerencias de mejoramiento dispuestas por el grupo de auditoría. Se informará a través de alerta al correo electrónico de la entidad el cumplimiento de este procedimiento, para el descargue y revisión del mismo.
- y) Las opciones de respuesta de comodín 1800-01-01 desconocido, 99 desconocido, 1845-01-01 no aplica, 98 no aplica, 2 no recibió la cirugía, 2 no recibió radioterapia, 55 entes y 1846-01-01 entes que fueron calificadas como dato conforme durante de la auditoría no se tendrán en cuenta para la calificación de calidad de la entidad.

6. REGLAS DE AUDITORÍA

Se considera registro nuevo aquel que nunca antes ha sido reportado en la base de datos nacional de cáncer ante la CAC, teniendo en cuenta la base de pacientes anteriores (registros reportados en años pasados).

6.1 Poblaciones a auditar



SC-CER654070



La auditoría revisará 100% de pacientes nuevos para la cohorte nacional con diagnósticos de Cáncer Priorizados (Cáncer de mama, cérvix, próstata, gástrico, colorrectal, linfoma Hodgkin, linfoma no Hodgkin y/o Leucemia Linfóide Aguda, Leucemia Mieloide Aguda, cáncer de pulmón y melanoma)

El 100% de pacientes con diagnósticos de Cáncer Priorizados Anteriores (ya existentes en la cohorte nacional). En este grupo, se podrá definir al inicio de la auditoría una muestra para auditar.

Una muestra de los pacientes con cánceres no priorizados

Si un paciente fue reportado con diferentes registros por padecer de dos o más tipos de cáncer, el paciente de manera integral será objeto de auditoría, por lo tanto, aun cuando no pertenezca a los agrupadores de cáncer priorizado o a los grupos de cáncer más representativos no priorizados, será incluido en la población a auditar.

6.2 Cohortes a auditar

Para la auditoría de la cohorte cáncer CAC, se definirán las siguientes poblaciones:

Nuevos	Anteriores
Registros de personas que nunca antes se han reportado ante la CAC por ninguna entidad, con el diagnóstico de Cáncer Priorizado.	Registros que han sido reportados ante la CAC con diagnóstico de cáncer, no necesariamente reportados por la misma entidad, ya que se valida contra las bases consolidadas de todas las entidades en los reportes previos (cohorte nacional de cáncer).



6.3 Variables de auditoría

Para este corte, 1 de enero de 2020, se ha definido que la auditoría verifique y valide la información de todas las variables de la resolución 0247 de 2014, excepto: VAR12=pertenencia étnica, 13=grupo poblacional, 15=número telefónico del paciente.

NOTAS:

- ✓ Es importante recordar que todas las variables son consideradas potenciales para el proceso de auditoría, por lo tanto, en revisiones de consistencia de la información, se pueden ver modificadas variables definidas como no auditables.
- ✓ Toda la información correspondiente a variables de nombres, apellidos, fecha de nacimiento y fecha de defunción será validada contra la base oficial remitida por el Ministerio de Salud y Protección Social. Estas variables recibirán la calificación como DC o DNC según el cruce realizado.

Las variables a auditar según las poblaciones definidas son:

En gris se presentan las variables que serán auditadas en el cruce con la fuente oficial de MSPS.

N°	Nombre del campo	# variable según resolución	Cáncer Priorizados Nuevos	Cáncer Priorizados Anteriores	Cáncer no Priorizados
1	Primer nombre del usuario	1	X	X	X
2	Segundo nombre del usuario	2	X	X	X
3	Primer apellido del usuario	3	X	X	X
4	Segundo apellido del usuario	4	X	X	X
5	Tipo de Identificación del usuario	5	X	X	X
6	Número de Identificación del usuario	6	X	X	X
7	Fecha de nacimiento	7	X	X	X
8	Sexo	8	X		X
9	Régimen de afiliación AL SGSSS	10			
10	Código de la EAPB o de la entidad territorial	11	X	X	X
11	Municipio de residencia	14	X		X



N°	Nombre del campo	# variable según resolución	Cáncer Priorizados Nuevos	Cáncer Priorizados Anteriores	Cáncer no Priorizados
12	Fecha de afiliación a la EAPB que reporta	16	X	X	X
	INFORMACION RELACIONADA A DIAGNÓSTICO, ESTADIFICACION Y OBJETIVO DEL TRATAMIENTO INICIAL				
13	Código CIE - 10 de la neoplasia (cáncer o tumor) maligna reportada (primario)	17	X	X	X
14	Fecha de diagnóstico del cáncer reportado	18	X		X
15	Fecha de la nota de remisión del médico o institución general hacia la institución o médico que hizo el diagnóstico	19	X		X
16	Fecha de ingreso a la institución que realizó el diagnóstico luego de la remisión o interconsulta	20	X		X
17	Tipo de estudio con el que se realizó el diagnóstico de cáncer	21	X		X
18	Motivo por el cual el usuario no tuvo diagnóstico por histopatología a la fecha de corte (aplica para registros con respuesta igual a 7 en la variable anterior)	22	X		X
19	Fecha de recolección de muestra para estudio histopatológico	23	X		X
20	Fecha de primero o único informe histopatológico válido de diagnóstico	24	X		X
21	Código válido de habilitación de la IPS donde	25	X		X



N°	Nombre del campo	# variable según resolución	Cáncer Priorizados Nuevos	Cáncer Priorizados Anteriores	Cáncer no Priorizados
	se realiza la confirmación diagnóstica				
22	Fecha de primera consulta con médico tratante de la enfermedad maligna	26	X		X
23	Histología del tumor en muestra de biopsia o quirúrgica	27	X		X
24	Grado de diferenciación del tumor sólido maligno según la biopsia o informe de primera cirugía	28	X		X
25	Si es tumor sólido, cuál fue la primera estadificación basada en TNM, FIGO, u otras compatibles con esta numeración según tumor	29	X		X
26	Fecha en que se realizó esta estadificación	30	X		X
27	Para cáncer de mama, ¿se le realizó a este usuario la prueba HER2 (llamado también receptor 2 del factor de crecimiento epidérmico humano, también llamado erb-B2) antes del inicio del tratamiento?	31	X		X
28	Para cáncer de mama, fecha de realización de la única o última prueba HER2	32	X	X	
29	Para cáncer de mama, resultado de la única o última prueba HER2	33	X	X	
30	Para cáncer colorrectal, estadificación de Dukes	34			
31	Fecha en que se realizó la estadificación de Dukes	35			
32	Estadificación clínica en linfoma no Hodgkin	36	X		X



N°	Nombre del campo	# variable según resolución	Cáncer Priorizados Nuevos	Cáncer Priorizados Anteriores	Cáncer no Priorizados
	Pediátrico (Murphy), linfoma NO Hodgkin Adulto y linfoma Hodgkin adulto/pediátrico (Ann Arbor),				
33	Para cáncer de próstata, valor de clasificación de la escala Gleason en el momento del diagnóstico	37	X		
34	Clasificación de riesgo leucemias o linfomas (para toda la población).	38	X		X
35	Fecha de clasificación de riesgo	39	X		X
36	Objetivo (o intención) del tratamiento médico inicial (al diagnóstico)	40	X		X
37	Objetivo de la intervención médica durante el periodo de reporte	41	X	X	X
	INFORMACIÓN ESPECÍFICA DE TERAPIA SISTÉMICA E INTRATECAL EN CORTE ACTUAL				
38	Tiene antecedente o padece de otro cáncer primario	42	X	X	X
39	Fecha de diagnóstico de otro cáncer primario	43	X	X	X
40	Tipo (CIE10) de ese cáncer antecedente o concurrente	44	X	X	X
41	¿Recibió el usuario quimioterapia u otra terapia sistémica (incluye quimioterapia, hormonoterapia, inmunoterapia) dentro del periodo de reporte actual?	45	X	X	X
42	¿Cuántas fases de quimioterapia recibió el	46	X	X	X



N°	Nombre del campo	# variable según resolución	Cáncer Priorizados Nuevos	Cáncer Priorizados Anteriores	Cáncer no Priorizados
	usuario en este periodo de reporte?				
43	¿El usuario recibió en este periodo la fase de quimioterapia denominada prefase o citorreducción inicial?	46.1	X	X	X
44	¿El usuario recibió en este periodo la fase de quimioterapia denominada inducción?	46.2	X	X	X
45	¿El usuario recibió en este periodo la fase de quimioterapia denominada intensificación?	46.3	X	X	X
46	¿El usuario recibió en este periodo la fase de quimioterapia denominada consolidación?	46.4	X	X	X
47	¿El usuario recibió en este periodo la fase de quimioterapia denominada reinducción?	46.5	X	X	X
48	¿El usuario recibió en este periodo la fase de quimioterapia denominada mantenimiento?	46.6	X	X	X
49	¿El usuario recibió en este periodo la fase de quimioterapia denominada mantenimiento largo o final?	46.7	X	X	X
50	¿El usuario recibió en este corte otra fase de quimioterapia diferente a las anteriores?	46.8	X	X	X
51	Numero de ciclos iniciados y administrados en el periodo de reporte	47	X	X	X



N°	Nombre del campo	# variable según resolución	Cáncer Priorizados Nuevos	Cáncer Priorizados Anteriores	Cáncer no Priorizados
52	Ubicación temporal del primer o único esquema en el periodo	48	X	X	X
53	Fecha de inicio del primer o único esquema de quimioterapia de este periodo	49	X	X	X
54	Numero de IPS que suministran el primer o único esquema del periodo	50	X	X	X
55	Código de la IPS1 que suministra el primer o único esquema de este periodo de reporte	51	X	X	X
56	Código de la IPS2 que suministra el primer o único esquema de este periodo de reporte	52	X	X	X
57	Cuantos medicamentos antineoplásicos propusieron como manejo en el primer único esquema del periodo	53	X	X	X
58	En este primer esquema recibió: Cada una de las variables desde la 53.1 hasta la 53.32	De 53.1 hasta 53.32	X	X	X
59	Medicamento Antineoplásico No incluido en el plan de beneficios o en el Plan de Beneficios, pero no enunciado en variables 53.1 a 53.32 - 1 administrado al usuario- primer o único esquema del periodo de reporte	54	X	X	X
60	Medicamento Antineoplásico No incluido en el plan de beneficios o en el Plan de Beneficios, pero no enunciado en variables	55	X	X	X



N°	Nombre del campo	# variable según resolución	Cáncer Priorizados Nuevos	Cáncer Priorizados Anteriores	Cáncer no Priorizados
	53.1 a 53.32 - 2 administrado al usuario- primer o único esquema del periodo de reporte:				
61	Medicamento Antineoplásico No incluido en el plan de beneficios o en el Plan de Beneficios, pero no enunciado en variables 53.1 a 53.32 - 3 administrado al usuario- primer o único esquema del periodo de reporte	56	X	X	X
62	Recibió quimioterapia intratecal en el primer o único esquema del periodo	57	X	X	X
63	Fecha de finalización del primer o único esquema del periodo Si es hormonoterapia terminada o esquema terminado en este periodo reporte la fecha de finalización del tratamiento actual	58	X	X	X
64	Características actuales del primer o único esquema del periodo	59	X	X	X
65	Motivo de la finalización de este primer o único esquema	60	X	X	X
66	Ubicación temporal del último esquema del periodo en relación al manejo oncológico	61	X		X
67	Fecha de inicio del último esquema de quimioterapia del periodo	62	X		X
68	Número de IPS que suministran el último esquema del periodo	63	X		X



N°	Nombre del campo	# variable según resolución	Cáncer Priorizados Nuevos	Cáncer Priorizados Anteriores	Cáncer no Priorizados
69	Código de la IPS1 que suministra el último esquema del periodo	64	X		X
70	Código de la IPS2 que suministra el último esquema del periodo	65	X		X
71	Cuántos medicamentos antineoplásicos, el (los) especialista(s) tratante(s) del cáncer propusieron como manejo en este último esquema del periodo	66	X		X
72	En este último esquema el usuario recibió Bleomicina (puede haber recibido más de un medicamento)	De 66.1 hasta 66.32	X		X
73	Medicamento Antineoplásico No incluido en el plan de beneficios o en el Plan de Beneficios, pero no enunciado en variables 66.1 a 66.32 -1 administrado al usuario-último esquema:	67	X		X
74	Medicamento Antineoplásico No incluido en el plan de beneficios o en el Plan de Beneficios, pero no enunciado en variables 66.1 a 66.32 -2 administrado al usuario-último esquema	68	X		X
75	Medicamento Antineoplásico No incluido en el plan de beneficios o en el Plan de Beneficios, pero no enunciado en variables 66.1 a 66.32 -3 administrado al usuario-último esquema	69	X		X



N°	Nombre del campo	# variable según resolución	Cáncer Priorizados Nuevos	Cáncer Priorizados Anteriores	Cáncer no Priorizados
76	¿Recibió quimioterapia intratecal en el último esquema del periodo?	70	X		X
77	Fecha de finalización del último esquema del periodo Si es hormonoterapia terminada o esquema terminado en este periodo reporte la fecha de finalización del tratamiento actual	71	X		X
78	Características actuales del último esquema del periodo	72	X		X
79	Motivo de la finalización (prematura) de este último esquema (Aplica si registró la opción 2 de la pregunta anterior) Selecciona un sólo número (lo que primero ocurrió)	73	X		X
	INFORMACIÓN ESPECÍFICA DE CIRUGÍA EN EL REPORTE ACTUAL				
80	¿Fue sometido el usuario a una o más cirugías curativas o paliativas como parte del manejo del cáncer durante este reporte?	74	X	X	X
81	Numero de cirugías a las que fue sometido el usuario durante el periodo de reporte actual	75	X	X	X
82	Fecha de realización de la primera cirugía en este reporte	76	X	X	X
83	Código de la IPS que realizó la primera cirugía del periodo	77	X	X	X
84	Código de la primera cirugía en este periodo de reporte:	78	X	X	X



N°	Nombre del campo	# variable según resolución	Cáncer Priorizados Nuevos	Cáncer Priorizados Anteriores	Cáncer no Priorizados
85	Ubicación temporal de esta primera cirugía	79	X	X	X
86	Fecha de realización la última cirugía o cirugía de reintervención en este periodo	80	X		X
87	Motivo de haber realizado la última intervención quirúrgica de este periodo	81	X		X
88	Código de la IPS que realiza la última cirugía en este periodo	82	X		X
89	Código de última cirugía en este periodo de reporte	83	X		X
90	Ubicación temporal de esta última cirugía en relación al manejo oncológico, en este periodo	84	X		X
91	Estado vital al finalizar la única o última cirugía de este periodo	85	X	X	X
	INFORMACIÓN ESPECÍFICA DE RADIOTERAPIA EN CORTE ACTUAL				
92	¿Recibió el usuario algún tipo de radioterapia en el periodo actual?	86	X	X	X
93	Numero de sesiones de radioterapia suministrados en el periodo actual	87	X	X	X
94	Fecha de inicio del primer o único esquema de radioterapia en el periodo actual	88	X	X	X
95	Ubicación temporal del primer o único esquema de radioterapia en el periodo actual	89	X	X	X



N°	Nombre del campo	# variable según resolución	Cáncer Priorizados Nuevos	Cáncer Priorizados Anteriores	Cáncer no Priorizados
96	Tipo de radioterapia aplicada en este primer o único esquema	90	X	X	X
97	Numero de IPS que suministran este primer o único esquema de radioterapia	91	X	X	X
98	Código de la IPS 1 que suministra la radioterapia de este primer o único esquema	92	X	X	X
99	Código de la IPS 2 que suministra la radioterapia de este primer o único esquema	93	X	X	X
100	Fecha de finalización de primer o único esquema de radioterapia	94	X	X	X
101	Características actuales de este primer o único esquema de radioterapia	95	X	X	X
102	Motivo de finalización de este primer o único esquema de radioterapia	96	X	X	X
103	Fecha de inicio del último esquema de radioterapia suministrado en el periodo actual	97	X		X
104	Ubicación temporal del último esquema de radioterapia suministrado en el periodo actual	98	X		X
105	Tipo de radioterapia aplicada en el último esquema de radioterapia suministrado en el periodo actual	99	X		X
106	Numero de IPS que suministran este último esquema de radioterapia	100	X		X



N°	Nombre del campo	# variable según resolución	Cáncer Priorizados Nuevos	Cáncer Priorizados Anteriores	Cáncer no Priorizados
107	Código de la IPS1 que suministra último esquema de radioterapia en el periodo actual	101	X		X
108	Código de la IPS2 que suministra último esquema de radioterapia en el periodo actual	102	X		X
109	Fecha de finalización del último esquema de radioterapia suministrado en el periodo actual	103	X		X
110	Características actuales de este último esquema de radioterapia suministrado en el periodo actual	104	X		X
111	Motivo de la finalización de este último esquema de radioterapia suministrado en el periodo actual (Aplica si registró la opción 2 de la pregunta anterior) Selecciona un sólo número (lo que primero ocurrió):	105	X		X
	INFORMACION ESPECIFICA DE TRASPLANTE DE CELULAS MADRE HEMATOPOYETICAS (INCLUYE MEDUAL OSEA) EN EL REPORTE ACTUAL				
112	¿Recibió el usuario trasplante de células progenitoras hematopoyética dentro del periodo actual?	106	X	X	X
113	Tipo de trasplante recibido	107	X	X	X
114	Ubicación temporal de este trasplante en relación al manejo oncológico	108	X	X	X
115	fecha de trasplante	109	X	X	X



N°	Nombre del campo	# variable según resolución	Cáncer Priorizados Nuevos	Cáncer Priorizados Anteriores	Cáncer no Priorizados
116	código de IPS que realizó el trasplante	110	X	X	X
	INFORMACIÓN ESPECÍFICA DE TRATAMIENTO COMPLEMENTARIO EN EL REPORTE ACTUAL				
117	¿El usuario recibió cirugía reconstructiva?	111	X		X
118	Fecha de la cirugía reconstructiva	112	X		X
119	Código de la IPS que realizó la cirugía reconstructiva	113	X		X
120	¿El usuario fue valorado en consulta o procedimiento de cuidado paliativo durante este periodo?	114 hasta 114.6	X		X
121	Fecha de primera consulta o procedimiento de cuidado paliativo en este periodo	115	X		X
122	Código de la IPS donde recibió la primera valoración de cuidado Paliativo	116	X		X
123	Ha sido valorado el usuario por el servicio de psiquiatría durante este periodo	117	X		X
124	Fecha de la primera consulta con el servicio de psiquiatría	118	X		X
125	Código de al IPS donde recibió la primera valoración de psiquiatría en este periodo	119	X		X
126	Fue valorado el usuario por profesional en nutrición durante este periodo.	120	X		X
127	Fecha de la consulta inicial con nutrición en este periodo	121	X		X



N°	Nombre del campo	# variable según resolución	Cáncer Priorizados Nuevos	Cáncer Priorizados Anteriores	Cáncer no Priorizados
128	Código de la IPS donde recibió la valoración por nutrición en este periodo	122	X		X
129	¿El usuario recibió soporte nutricional?	123	X		X
130	¿El usuario ha recibido terapias complementarias para su rehabilitación?	124	X		X
	SITUACIÓN ACTUAL DEL USUARIO (A LA FECHA DE CORTE)				
131	Tipo de tratamiento que está recibiendo el usuario a la fecha de corte (el día 01/01/2018):	125	X	X	X
132	Resultado final del manejo oncológico en este periodo	126	X	X	X
133	Estado vital al finalizar este periodo	127	X	X	X
134	Novedad Administrativa del usuario respecto al reporte anterior	128	X	X	X
135	Novedad clínica del usuario a la fecha de corte	129	X	X	X
136	Fecha de desafiliación de la EAPB	130	X	X	X
137	Fecha de muerte	131	X	X	X
138	Causa de muerte	132	X	X	X
139	Código único de identificación (BDUA-BDEX-PVS)	133	X	X	X
140	Fecha de corte	134	X	X	X
VARIABLES ADICIONALES (capturadas en el momento de la Auditoria)					
141	Se realizó prueba de receptores de progesterona y/o estrógeno (cáncer de mama): 0= No es cáncer de mama	ADICIONAL 1	X	X	



N°	Nombre del campo	# variable según resolución	Cáncer Priorizados Nuevos	Cáncer Priorizados Anteriores	Cáncer no Priorizados
	1= Si progesterona y estrógeno 2= Si progesterona, pero no para estrógeno 3= Si estrógeno, pero no para progesterona 4= No se realizó progesterona ni estrógeno				
142	Resultado de la prueba hormonal (estrógeno y progesterona): 0= No es cáncer de mama 1= Positivo+++, >1%, 1 razón, para progesterona y estrógeno 2=Positivo+++, >1%, 1 razón progesterona pero (-) para estrógeno 3=sin dato o no se realizó. 4=Positivo+++, >1%, 1 razón estrógeno pero (-) para progesterona 5=Negativo para progesterona y estrógeno.	ADICIONAL 2	X	X	
143	Se realizó prueba FISH ó CISH: 0= No es cáncer de mama 1= Sí 2= No	ADICIONAL 3	X	X	
144	Resultado prueba CISH: 0= No es cáncer de mama 1= Positivo 2= Negativo 3= Sin dato o No se realizó	ADICIONAL 4	X	X	
145	Numero de ganglios extraídos reportados en el informe histopatológicos (cáncer gástrico y colon -	ADICIONAL 5	X	X	



N°	Nombre del campo	# variable según resolución	Cáncer Priorizados Nuevos	Cáncer Priorizados Anteriores	Cáncer no Priorizados
	rectal): valor numérico de 0 – 97 98 = No tiene informe histopatológico 99 = No es cáncer gástrico y colon - rectal				
146	Numero de ganglios positivos (cáncer gástrico y colon - rectal) : valor numérico 0 -97 98 = No tiene informe histopatológico 99 = No es cáncer gástrico y colon - rectal	ADICIONAL 6	X	X	
147	La patología cumple con los criterios de calidad (solo para cáncer colon – recto): 0= No es cáncer de colon – recto 1= Sí 2= No 3= Sin evidencia de patología - No tiene informe histopatológico (Criterios de calidad: Número de ganglios examinados, Número de ganglios positivos, Estado de los márgenes (distal, radial), Tamaño del tumor, Grado histológico, Número de ganglios resecados)	ADICIONAL 7	X	X	
148	Se realizó PSA en el momento del diagnóstico: 0= No es cáncer de próstata 1= Sí 2= No	ADICIONAL 8	X	X	



N°	Nombre del campo	# variable según resolución	Cáncer Priorizados Nuevos	Cáncer Priorizados Anteriores	Cáncer no Priorizados
149	Cual fue el valor de la PSA al momento del diagnóstico: Valor numérico entero y con decimal hasta 5 dígitos incluyendo la coma 98= No es cáncer de próstata 99= No lo realizaron en paciente con cáncer de próstata.	ADICIONAL 9	X	X	
150	Se realizó PSA 3 a 12 meses posterior al tratamiento con intención curativa: 0= No es cáncer de próstata 1= Sí 2= No 3= no hay evidencia en historia clínica	ADICIONAL 10	X	X	
151	Cual fue el valor de la PSA posterior a los 3 a 12 meses de tratamiento con intención curativa: valor numérico de entero y con decimal hasta 5 dígitos incluyendo la coma 98= No es cáncer de próstata 99= No lo realizaron en paciente con cáncer de próstata. 3= no hay evidencia en historia clínica	ADICIONAL 11	X	X	
152	Técnica utilizada en radioterapia: 0= No recibió radioterapia 1=Convencional 2D 2=IMRT (radioterapia con intensidad moderada) 3=VMAT (modulada voluntariamente)	ADICIONAL 12	X	X	X



N°	Nombre del campo	# variable según resolución	Cáncer Priorizados Nuevos	Cáncer Priorizados Anteriores	Cáncer no Priorizados
	4=IGRT (radioterapia guiada por imagen) 5=Conformacional 3D 6=Radioterapia estereotaxica 7=Radiocirugia 8=Otra radioterapia interna o radiofármaco (ejemplo braquiterapia, yodoterapia) 9= radioterapia externa sin mención de la técnica en los soportes				
153	Dosis total de radiación externa indicada en los esquemas iniciados en este periodo: valor numérico de 1 – 10.000 cGy 0= No recibió radioterapia externa	ADICIONAL 13	X	X	X
154	Dosis de radiación externa suministrada en los esquemas iniciados en este periodo: valor numérico de 1 – 10.000 cGy 0= No recibió radioterapia externa	ADICIONAL 14	X	X	X
155	Número total de sesiones de radioterapia externa ordenadas en el periodo de reporte: 1 a 999 0= No recibió radioterapia externa	ADICIONAL 15	X	X	X
156	Para casos marcados con inconsistencia de diagnóstico “Por tener otro tipo de cáncer” diferente al reportado: Seleccionar del listado de CIE10 el cáncer que se encuentra soportado	ADICIONAL 16	X	X	X



N°	Nombre del campo	# variable según resolución	Cáncer Priorizados Nuevos	Cáncer Priorizados Anteriores	Cáncer no Priorizados
	en la historia clínica y que difiere al reportado				
157	El paciente presenta en el periodo actual metástasis del cáncer primario reportado en este registro: 1= Sí 2= No	ADICIONAL 17	X	X	X
158	Indicar los órganos en los que se presenta la metástasis: 0= No registra metástasis 1= Ganglios linfáticos regionales 2= Hígado 3= Pulmón 4= Peritoneo 5= Ganglios linfáticos distantes 6= Hueso 7= Suprarrenales 8= Pleura 9= Cerebro 10 = Otro 11 = 2 o más órganos	ADICIONAL 18	X	X	X
159	Fecha del primer abordaje de Nutrición y Psicología para definición de rehabilitación funcional (Post Tratamiento quirúrgico en cáncer Colorrectal): 1845-01-01 = No aplica no es colorrectal o es colorrectal sin tratamiento quirúrgico 1800-01-01 = No soportado el abordaje	ADICIONAL 19	X	X	X
160	Se realizó abordaje por grupo multidisciplinario para definición del	ADICIONAL 20	X	X	X



N°	Nombre del campo	# variable según resolución	Cáncer Priorizados Nuevos	Cáncer Priorizados Anteriores	Cáncer no Priorizados
	tratamiento inicial (Gástrico – Pulmón) 0= No es cáncer Gástrico – Pulmón 1= Sí, todo el grupo de profesionales 2=No soportado el abordaje multidisciplinario GASTRICO: Cirujanos digestivos, Oncólogos, Radioterapeutas, Gastroenterólogos, Patólogos, Radiólogos, Cuidados paliativos, Especialistas en nutrición PULMON: Cirugía de tórax, Oncología, Patología, Radioterapia oncológica (opcional)				
161	Fecha de Remisión para el trasplante de células progenitoras hematopoyética recibido en este periodo de reporte: 1845-01-01 = No aplica no es Hematolinfático o lo es, pero no tiene indicado trasplante 1800-01-01 = recibió trasplante, pero no está soportada la fecha de la remisión.	ADICIONAL 21	X	X	X
162	Fecha de Remisión para el trasplante de células progenitoras hematopoyética recibido en este periodo de reporte:	ADICIONAL 22	X	X	X



N°	Nombre del campo	# variable según resolución	Cáncer Priorizados Nuevos	Cáncer Priorizados Anteriores	Cáncer no Priorizados
	1845-01-01 = No aplica no es Hematolinfático o lo es, pero no tiene indicado trasplante 1800-01-01 = recibió trasplante, pero no está soportada la fecha de la remisión.				
163	Código de primera cirugía reconstructiva en este periodo de reporte: Registre el código de procedimiento CUPS (disponible en la página web CAC se recomienda utilizar el CUPS que tenga mayor relación con el manejo del cáncer o el que mayor complejidad represente dentro de la cirugía). 98= No Aplica	ADICIONAL 25	X	X	X

6.4 Variables adicionales

La Cuenta de Alto Costo recolectará información adicional (variables no establecidas por resolución) con el objetivo de complementar la información disponible y posibilitar la realización de otros análisis. Aunque las entidades no deben reportar estas variables, si deben disponer de los soportes en los cuales se pueda encontrar la información requerida.

Los soportes para la auditoría de variables adicionales, deben ser la historia clínica de todas las atenciones prestadas al paciente durante el periodo (12 meses).



7. SOPORTES DE AUDITORIA

7.1 Aspectos generales

Es responsabilidad de las entidades gestionar los soportes clínicos y administrativos para sustentar los datos reportados a la CAC.

ELEMENTOS MÍNIMOS DE CALIDAD QUE DEBEN TENER LOS SOPORTES CLÍNICOS	NO SERÁN VÁLIDOS
1.Formato no modificable: no se aceptarán archivos en Word, Excel, etc. 2.Letra legible 3.Fecha y hora de atención 4.Logo de la entidad o membrete del prestador habilitado para la atención 5.Nombre y registro del profesional de la salud 6.Contenidos mínimos de una historia clínica (anamnesis, diagnóstico, análisis, tratamiento o plan de manejo, etc.) en cumplimiento con lo definido en la Resolución 1995 de 1999 y demás normas complementarias. 7.Datos claros del paciente (nombres, apellidos, tipo y número de identificación). 8.Datos de las atenciones reportadas (esto incluye las atenciones de TODO el periodo).	•Soportes con fecha posterior al corte, aunque contengan información del periodo de reporte no serán válidos para la auditoría •Epicrisis, fórmulas de medicamentos, formato de administración de medicamentos, anexos, mipres, reporte de laboratorios, formatos de referencia como único soporte del paciente, ni reporte de histopatología como único soporte. •No serán válidos como soportes clínicos que permitan verificar el diagnóstico: 1.Autorizaciones 2.Facturas 3.Soporte de seguimiento telefónico

Soporte clínico: es la historia clínica (total o folio parcial) en la que conste que el paciente tiene el diagnóstico de cáncer objeto de reporte, junto con los datos de cada una de las variables a auditar. Los soportes cargados deben ser de atenciones relacionadas con la patología objeto de reporte.

Soporte de municipio de residencia: soporte del sistema de afiliaciones que permita validar el municipio de residencia reportado.

Soporte de fecha de afiliación: en los casos en los que el cruce con la fuente oficial de MSPS documente la afiliación del paciente a la entidad que realizó el reporte, se verificará la fecha de



afiliación. La entidad debe cargar el soporte de afiliación con el cual se realizará la auditoría de la variable 16 (Fecha de afiliación a la EAPB que reporta).

Soporte de la afiliación a los planes voluntarios de salud y los regímenes de excepción o especiales: se debe documentar la afiliación con el certificado de la entidad (PVS, excepción, especial) en el cual se documente que el paciente se encontraba activo a la fecha de corte (1-01-2020) y la fecha de afiliación a la entidad.

Soporte del fallecimiento del paciente: para documentar el fallecimiento del paciente se aceptan como soportes válidos: 1) la historia clínica del paciente donde se documente el fallecimiento por parte del médico tratante o 2) el certificado de defunción del paciente. *No es válido para documentar el fallecimiento del paciente, el pantallazo del aplicativo de afiliaciones de la entidad.*

7.2 Soportes válidos para cada variable

Los soportes para la auditoría de cáncer, deben ser las historias clínicas de todas las atenciones prestadas al paciente durante el periodo de reporte que sustenten el seguimiento y tratamiento para el cáncer y aquellas que sustenten el proceso de diagnóstico, aunque tengan fecha de atención previo al periodo de reporte.

Es necesario que la entidad cargue el reporte generado por la IPS que procesó la muestra de patología que confirma malignidad e incluya los procesamientos específicos como la inmunohistoquímica, la citometría de flujo u otras.

En los cánceres sólidos incluir en el cargue de soportes la inmunohistoquímica; en las leucemias incluir el reporte de la biopsia de médula ósea con la citometría de flujo y para los linfomas el reporte de la biopsia de ganglio o masa con la inmunohistoquímica.

Para los registros que tuvieron diagnóstico a partir del 1 de noviembre de 2019 y no han tenido valoración médica que interprete el reporte de la biopsia, deben aportar la historia clínica previa a la biopsia y el reporte de la biopsia que confirma el diagnóstico de malignidad.

Los pacientes que sean reportados con la novedad administrativa de abandono, deben aportar los soportes clínicos que sustentan el diagnóstico del cáncer y las variables de tratamiento deberán ser reportadas con la opción no aplica el tratamiento.



A continuación, se describe el listado de soportes que se debe adjuntar para garantizar el sustento de la información en la auditoría, todos deben estar acompañados de la historia clínica que soporte el diagnóstico, seguimiento y tratamiento, de lo contrario no serán válidos.

Numero de la variable	Descripción de la variable	Soportes
16	Fecha de afiliación a la EAPB que reporta	Soporte de fecha de afiliación a la entidad, el cual genera las entidades desde el área de operaciones.
17	Código CIE – 10 de la neoplasia (cáncer o tumor) maligna reportada (Primario)	Soporte clínico del especialista quien describe evolución, seguimiento o plan de manejo de la neoplasia. No serán válidos soportes de médicos generales o historias clínicas que mencionen el cáncer como antecedente.
18	Fecha de diagnóstico del cáncer reportado	Primer informe histopatológico con resultado de malignidad. La primera consulta del médico en la que se evidencia y/o se registra en historia clínica el reporte de malignidad, o diagnóstico clínico del cáncer (aun cuando no se cuente con patología). Puede suceder que el profesional tratante define que es una neoplasia, pero requiere exámenes de extensión para definir el plan de manejo, esta primera consulta donde se menciona la neoplasia es válida para la presente variable. Por otra parte, existen casos que en la primera consulta el profesional especialista registra el diagnóstico de neoplasia, estadifica un tumor sólido y define plan de manejo, entonces las variables 18, 26 y 30 tendrían la misma fecha.



19	Fecha de la nota de remisión o interconsulta del médico o institución general hacia la institución o médico que hizo el diagnóstico	Nota medica de remisión al especialista. En los programas de tamización la fecha del reporte de los hallazgos (mamografía, colonoscopia, citología cérvico vaginal) que sugieren malignidad puede ser registrada como la fecha de remisión para la presente variable. En los pacientes de plan complementario que tienen acceso directo al servicio de dermatología, la primera consulta con dicha especialidad es válida para remisión en los casos que se confirme lesión neoplásica en piel.
20	Fecha de ingreso a la institución que realizó el diagnóstico luego de la remisión o interconsulta	Soporte de la primera consulta médica que recibe el paciente en la IPS que realiza el análisis del informe de histopatología que describe neoplasia. En los pacientes con diagnóstico clínico, primera consulta médica que recibe el paciente en la IPS que realiza hallazgo clínico de lesión neoplásica. En los pacientes con diagnóstico por histopatología, el informe que contenga la fecha en que la muestra de patología ingresa al laboratorio que realiza el procesamiento.
21	Tipo de estudio con el que se realizó el diagnóstico de cáncer	Soporte de informe de histopatología que genera la IPS que proceso la muestra en la cual se menciona por primera vez el tumor maligno, neoplasia, adenocarcinoma o cáncer in situ que está reportando. También es importante que se adjunte el soporte del procesamiento de inmunohistoquímica en los tumores sólidos. En las leucemias incluir el reporte de la biopsia de medula ósea con la citometría de flujo.
22	Motivo por el cual el usuario no tuvo diagnóstico por histopatología	
24	Fecha de primero o único informe histopatológico válido de diagnóstico	
25	Código válido de habilitación de la IPS	



	donde se realiza la confirmación diagnóstica	En linfomas incluir el reporte de la biopsia de ganglio o masa con la inmunohistoquímica.
27	Histología del tumor en muestra de biopsia o quirúrgica	Informe de laboratorios e imágenes diagnósticas.
28	Grado de diferenciación del tumor sólido maligno según la biopsia o informe de primera cirugía	
23	Fecha de recolección de muestra para estudio histopatológico de diagnóstico	
		Nota del procedimiento mediante el cual se realizó la obtención del tejido para enviar a estudio anatomopatológico (Ej: Endoscopia digestiva, colonoscopia, descripción quirúrgica, etc)
		Reporte de patología que incluya la fecha de recolección de la muestra, no es válida la fecha de ingreso de la muestra para su procesamiento
26	Fecha de primera consulta con médico tratante de la enfermedad maligna	Soporte clínico del especialista o profesional tratante quien ordena el primer plan de manejo curativo o paliativo para el cáncer. También es válido soporte de junta médica donde se define el primer plan de manejo para el cáncer.
29	Si es tumor sólido, cuál fue la primera estadificación basada en TNM, FIGO, u otras compatibles con esta numeración según tumor	Soporte clínico del especialista o profesional tratante quien ordena el primer plan de manejo curativo o paliativo para el cáncer. Recuerde que la estadificación al momento del diagnóstico no cambia y es un análisis que realiza el profesional tratante.
30	Fecha en que se realizó esta estadificación	No está registrado en el informe de histopatología.
31 a la 33	Para cáncer de mama, ¿se le realizó a este usuario la prueba HER2 antes del inicio del tratamiento	Informe de inmunohistoquímica. Descripción en soportes clínicos del resultado del HER2 con la fecha de realización.
34 y 35	Para cáncer colorrectal, estadificación de Dukes	Nota del especialista donde define el primer tratamiento para cáncer colorrectal.



36	Estadificación clínica en linfoma no Hodgkin Pediátrico (Murphy), linfoma No Hodgkin Adulto y linfoma Hodgkin adulto/pediátrico (Ann Arbor o Lugano)	Soporte clínico del especialista en hematología o hemato/oncología donde define el primer tratamiento. Recuerde que la estadificación al momento del diagnóstico no cambia y es un análisis que realiza el profesional tratante. No está registrado en el informe de citometría de flujo ni inmunohistoquímica
37	Para cáncer de próstata, valor de clasificación de la escala Gleason en el momento del diagnóstico	Nota del especialista donde define el primer tratamiento para cáncer de próstata o reporte de patología.
38	Clasificación de riesgo leucemias o linfomas (para toda la población)	Soporte clínico del especialista en hematología o hemato/oncología donde define el primer tratamiento. Recuerde que la estadificación al momento del diagnóstico no cambia y es un análisis que realiza el profesional tratante. No está registrado en el informe de citometría de flujo ni inmunohistoquímica.
39	Fecha de clasificación de riesgo	
40	Objetivo (o intención) del tratamiento médico inicial (al diagnóstico)	Nota del especialista donde define el primer tratamiento.
41	intervención médica durante el periodo de reporte	Soportes clínicos que describen las intervenciones realizadas durante el periodo de reporte (2 enero de 2019 al 1 enero de 2020)
42 a la 44	Tiene antecedente o padece de otro cáncer primario	Nota del especialista donde se registre la adición de otro CIE-10 relacionado con otro tipo de cáncer.
45	¿Recibió el usuario otra terapia sistémica dentro del periodo de reporte actual?	Soportes clínicos donde se describe el ordenamiento del plan manejo de terapia sistémica. Soportes de administración de terapia sistémica acompañados de la historia clínica que sustente el ordenamiento de la misma.
46	Cuántas fases de quimioterapia recibió el usuario en este periodo	Notas del especialista para la prescripción de las terapias y las notas de sala de administración de quimioterapia durante el periodo (solo para códigos CIE10 de cáncer



	de reporte? (aplica solo para hematolinfáticos 46.1 a 46.8)	hematolinfáticos C835, C910, C920, C924 y C925). Para las variables: 46.1 (prefase), 46.2 (Inducción), 46.3 (Intensificación), 46.4 (Consolidación), 46.5(Reinducción), 46.6 (Mantenimiento), 46.7 (Mantenimiento largo o final), 46.8 (Otra fase)
47	Número de ciclos iniciados y administrados en el periodo de reporte, incluyendo el que aún recibe en la fecha de finalización del periodo (aplica para todos los cánceres)	Soportes de administración de terapia sistémica que describe medicamentos, fechas y ciclos. Soporte clínico donde describe el resumen de la administración de la terapia sistémica primer esquema con medicamentos, fechas y ciclos.
48	Ubicación temporal del primer o único esquema de quimioterapia o terapia sistémica en el periodo en relación al manejo oncológico	Soporte clínico del especialista que indica el primer esquema de terapia sistémica para el periodo de reporte.
49	Fecha de inicio del primer o único esquema de quimioterapia o terapia sistémica que recibió en este periodo. Reporte la fecha de inicio del tratamiento actual, <u>así haya sido iniciada previo al reporte actual</u>	Soportes de administración de terapia sistémica que describe medicamentos, fechas y ciclos. Soporte clínico donde describe el resumen de la administración de la terapia sistémica primer esquema con medicamentos, fechas y ciclos.
50	Número de IPS que suministran el primer o único esquema de quimioterapia o terapia sistémica de este periodo de reporte	
51	Código de la IPS1 que suministra el primer o	Soporte clínico donde describe la administración de la



	único esquema de quimioterapia o terapia sistémica de este periodo de reporte	terapia sistémica del primer esquema con nombre de la IPS que administra la terapia.
52	Código de la IPS2 que suministra el primer o único esquema de quimioterapia o terapia sistémica de este periodo de reporte	
53 - 53,1 a la 53,32	Cuantos medicamentos antineoplásicos, el (los) especialista(s) tratante(s) del cáncer propusieron como manejo en el primer o único esquema de este periodo de reporte (53.1 A 53.32 Medicamentos)	Soportes de administración de terapia sistémica que describe medicamentos, fechas y ciclos. Soporte clínico donde describe el resumen de la administración de la terapia sistémica primer esquema con medicamentos, fechas y ciclos. Notas de enfermería de la administración del medicamento.
54, 55 y 56	Medicamento Antineoplásico o terapia hormonal para el cáncer no enunciado en las variables 53.1 a 53.32	Para las hormonoterapias que son de manejo ambulatorio por el paciente, es válido el soporte de la orden médica y/o prescripción del profesional tratante
57	Recibió quimioterapia intratecal en el primer o único esquema de este periodo de reporte	Soporte de prescripción y/o administración de terapia intratecal durante el periodo de reporte. Soporte clínico donde describe el resumen de la administración de la terapia intratecal.
58	Fecha de finalización del primer o único esquema de este periodo de reporte	Soportes de administración de terapia sistémica que describe medicamentos, fechas y ciclos. Soporte clínico donde describe el resumen de la administración de la terapia sistémica primer esquema con medicamentos, fechas y ciclos.



61	Ubicación temporal del último esquema de quimioterapia o terapia sistémica de este periodo de reporte en relación al manejo oncológico	Soporte clínico del especialista que indica el ultimo esquema de terapia sistémica para el periodo de reporte.
62	Fecha de inicio del último esquema de quimioterapia o terapia sistémica de este periodo de reporte.	Soportes de administración del ultimo esquema de terapia sistémica que describe medicamentos, fechas y ciclos. Soporte clínico donde describe el resumen de la administración de la terapia sistémica primer esquema con medicamentos, fechas y ciclos.
63	Número de IPS que suministran el último esquema de este periodo de reporte	Soportes que describa los datos de la IPS donde se realiza la administración de terapia sistémica ultimo esquema.
64	Código de la IPS1 que suministra el último esquema en este periodo de reporte	Soporte clínico donde describe el resumen de la administración de la terapia sistémica del primer esquema con nombre de la IPS que administra la terapia.
65	Código de la IPS2 que suministra el último esquema en este periodo de reporte	
66	Cuantos medicamentos antineoplásicos, el (los) especialista(s) tratante(s) del cáncer propusieron como manejo en el último esquema de este periodo de reporte (66.1 A 66.32 Medicamentos)	Soportes de administración de terapia sistémica que describe medicamentos, fechas y ciclos. Soporte clínico donde describe el resumen de la administración del primer esquema de la terapia sistémica con medicamentos, fechas y ciclos. Notas de enfermería de la administración del medicamento.
67, 68 y 69	Medicamento Antineoplásico o terapia hormonal para el cáncer	



	no enunciado en las variables 66.1 a 66.32	Para las hormonoterapias que son de manejo ambulatorio por el paciente, es válido el soporte de la orden médica y/o prescripción del profesional tratante
70	Recibió quimioterapia intratecal en el último esquema de este periodo de reporte	Soporte de prescripción y/o administración de terapia intratecal durante el periodo de reporte.
71	Fecha de finalización del último esquema de quimioterapia o terapia sistémica este periodo de reporte	Soportes de administración de terapia sistémica que describe medicamentos, fechas y ciclos. Soporte clínico donde describe el resumen de la administración del primer esquema de la terapia sistémica con medicamentos, fechas y ciclos.
74 a la 79	Fue sometido el usuario a una o más cirugías curativas o paliativas como parte del manejo del cáncer durante este periodo de reporte	Soportes clínicos donde se prescribe del plan manejo de la primera o única cirugía curativa o paliativa para manejo del cáncer dentro del periodo de reporte. Soporte clínico de la descripción quirúrgica de la primera o única cirugía para el manejo de cáncer dentro del periodo de reporte con datos de IPS que realiza el procedimiento, nombre del procedimiento, código CUPS, fecha de realización e IPS. Nota de la descripción quirúrgica con los datos del nombre del procedimiento, código CUPS, fecha de realización e IPS. Tener en cuenta los procedimientos dispuestos en el archivo operativo de códigos CUPS, que hace referencia a las cirugías relacionadas con el manejo del cáncer. Por ejemplo, no reportar los cierres de ostomías como procedimientos para el manejo del cáncer.



80 a la 84	Fecha de realización de la última cirugía o cirugía de reintervención en este periodo de reporte	Descripción quirúrgica de la última cirugía dentro del periodo de reporte para el manejo de cáncer con datos de IPS que realiza el procedimiento, nombre del procedimiento, código CUPS y fecha de realización e IPS Nota de la descripción quirúrgica con los datos del nombre del procedimiento, código CUPS, fecha de realización e IPS
85	Estado vital al finalizar la única o última cirugía de este periodo de reporte	Atención del postoperatorio de las cirugías relacionadas con el manejo del cáncer que recibió el paciente durante el periodo de reporte. Descripción del acto quirúrgico.
86 a la 96	Recibió el usuario algún tipo de radioterapia en el periodo de reporte actual	Soportes clínicos donde se prescribe la radioterapia para manejo del cáncer dentro del periodo de reporte. Soporte clínico que describe la administración del primer esquema de la radioterapia dentro del periodo de reporte para el manejo de cáncer con datos de IPS que realiza el procedimiento, dosis, sesiones, técnica (CUPS) y fecha de realización. Nota de fin de la primera radioterapia y cuadro de tratamiento de radioterapia.
97 a la 104	Fecha de inicio del último esquema de cualquier tipo de radioterapia suministrado en el periodo de reporte actual	Soporte clínico que describe la administración del ultimo esquema de la radioterapia dentro del periodo de reporte para el manejo de cáncer con datos de IPS que realiza el procedimiento, dosis, sesiones, técnica (CUPS) y fecha de realización. Nota de fin de la última radioterapia y cuadro de tratamiento de radioterapia



106 a la 110	Recibió el usuario trasplante de células progenitoras hematopoyética dentro del periodo de reporte actual	Soportes clínicos donde se prescribe el trasplante de células progenitoras hematopoyéticas dentro del periodo de reporte. Descripción del procedimiento de trasplante de células progenitoras hematopoyéticas dentro del periodo de reporte para el manejo de cáncer con datos de IPS que realiza el procedimiento, dosis, sesiones, técnica (CUPS) y fecha de realización.
111	recibió cirugía reconstructiva en el periodo de reporte actual	Soportes clínicos que describen la cirugía reconstructiva para el manejo del cáncer dentro del periodo de reporte.
112	Fecha de la cirugía reconstructiva	Soporte clínico de la descripción quirúrgica de la cirugía reconstructiva para el manejo del cáncer dentro del periodo de reporte con datos de la IPS que realiza el procedimiento, nombre del procedimiento, código CUPS y fecha de realización
113	Código de la IPS que realizó cirugía reconstructiva	
114 a la 116	El usuario fue valorado en consulta o procedimiento de cuidado paliativo en el periodo de reporte actual. Incluye 114.1 a la 114.6	Soporte clínico de las atenciones brindadas por el médico o programa de cuidado paliativo dentro del periodo de reporte, que incluya la descripción de los datos de la IPS.
117 a la 119	Ha sido valorado el usuario por el servicio de psiquiatría en el periodo de reporte actual	Soporte clínico de las atenciones brindadas por el servicio de psiquiatría dentro del periodo de reporte, que incluya la descripción de los datos de la IPS.
118	Fecha de primera consulta con el servicio de psiquiatría (para todos los usuarios) en el periodo de reporte actual	
119	Código de la IPS donde recibió la primera valoración de psiquiatría en el periodo de reporte actual	



120	Fue valorado el usuario por profesional en nutrición en el periodo de reporte actual	Soporte clínico de las atenciones brindadas por el servicio de nutrición dentro del periodo de reporte, que incluya la descripción de los datos de la IPS.
121	Fecha de consulta inicial con nutrición en el periodo de reporte actual	
122	Código de la IPS donde recibió la valoración por nutrición, en el periodo de reporte actual	
123	El usuario recibió soporte nutricional	
124	El usuario ha recibido terapias complementarias para su rehabilitación	Soporte clínico de las atenciones brindadas por el servicio terapias complementarias dentro del periodo de reporte, que incluya la descripción de los datos de la IPS.
125	Tipo de tratamiento que está recibiendo el usuario a la fecha de corte (el día 01/01/2019)	Ultima atención del especialista tratante dentro del periodo de reporte en cual define el plan de manejo a seguir.
126	Resultado final del manejo oncológico en este periodo de reporte	
129	Novedad clínica del usuario a la fecha de corte	

7.3 Procedimiento para la disponibilidad de soportes de historia clínica

Cada entidad por cada usuario deberá tener UNA SOLA carpeta marcada así: TIPO Y NUMERO DE IDENTIFICACIÓN sin espacios (Ej: CC001). Al interior de esta carpeta se deberá organizar la información de la siguiente forma:

En todos los casos se debe presentar la información de forma tal que en el momento de la auditoría se pueda identificar fácilmente cada uno de los datos a auditar (es indispensable que los archivos cargados permitan el uso de la herramienta “Buscar” y/o tengan resaltados los datos reportados).



Se recuerda que los pacientes que no cuenten con soportes de al menos una atención relacionada con cáncer durante el último año, serán auditados como pacientes en abandono de la terapia; en las variables relacionadas con las atenciones del periodo actual la auditoría capturará la información correspondiente a no aplica.

Teniendo en cuenta que para disponer la información de soportes de auditoría las entidades deben crear carpetas que se identifiquen con el tipo y número de identificación del caso reportado, es necesario que la entidad tenga claro que la información que se dispone en esa carpeta es la información que la auditoría tendrá en cuenta para el proceso de auditoría.

Si dentro del proceso de disposición de soportes la entidad requiere cargar nuevos archivos dentro de la misma carpeta, debe asegurarse que estos tengan un nombre diferente a los archivos ya cargados, para que estos no sean reemplazados y sean adicionados. Es responsabilidad de la entidad verificar que la información de cada carpeta sea completa y adecuada, antes de que se venza el plazo para el reporte de soportes en el repositorio de la CAC.

De igual manera si se requiere el cargue de algún soporte masivo (afiliación, costos, etc.) la entidad debe crear una carpeta especial para realizar el cargue, anexo al presente manual se encuentra el listado de nombres de carpetas por cada una de las entidades.

Es responsabilidad de la entidad cargar adecuadamente los soportes en el repositorio de la CAC. No se podrá adjuntar información durante el proceso ni se podrá auditar sobre soportes diferentes a los cargados. **No se validarán soportes fuera del repositorio oficial.**

Para cargar la información al repositorio oficial de la CAC se debe revisar el manual de usuario que se encuentra publicado en la página web.

La entidad puede cargar todos los soportes del paciente en un solo **PDF** o cargarlos de forma separada según el contenido de cada uno de ellos, para lo cual, deben marcarse de modo que se indique la información que contienen. Por ello se sugiere la siguiente nomenclatura (figura 1):

1. Variables de diagnóstico (variables 17 - 41): aplica solo para registros NUEVOS, no es necesario adicionar este soporte para pacientes ANTERIORES. Sin embargo, en *todos* los casos debe contarse con al menos una historia clínica dentro del periodo relacionada con el cáncer donde se mencione el diagnóstico del paciente. Si el paciente se reportó en abandono o en alta voluntaria,



debe cargarse el soporte de la última atención que tuvo el paciente, soporte en el que debe estar mencionado el diagnóstico.

Tenga en cuenta que el diagnóstico reportado en 2020, será comparado con el diagnóstico definitivo de 2019. En aquellos en quienes esta información sea igual en ambos periodos, no será necesario adjuntar información sobre el diagnóstico del paciente, sin embargo, en aquellos en los que cambie el diagnóstico entre un año y otro, deben disponerse todos los soportes que documenten el *nuevo* diagnóstico del paciente.

Recuerde que es de suma importancia conocer el reporte de histopatología generado por la IPS que proceso la muestra de patología y realiza la confirmación diagnóstica. En caso de no tener el soporte de laboratorio, el informe de histopatología deberá estar consignada en la historia clínica escrita por el médico tratante.

Estos soportes deberán estar consolidados en 1 solo PDF con el nombre *Numidentificación_2DIAGNOSTICO_AAMMDD*

2. Variables de tratamiento actual (variables 45 - 124): aplica para NUEVOS Y ANTERIORES. Esta información debe obtenerse de la historia clínica del médico tratante de las atenciones que el paciente recibió dentro del periodo de reporte actual (20190102 al 20200101). Estos soportes deberán estar consolidados en 1 solo PDF con el nombre *Numidentificación_2TRATAMIENTOACTUAL_AAMMDD*

Deben disponerse los soportes de la administración de los medicamentos durante el periodo para todos los pacientes, ya que las variables 45 - 105 hacen referencia a los medicamentos *administrados*. Pueden utilizarse como soportes:

- Las notas de enfermería de la administración del medicamento
- El registro de administración del medicamento quimioterapias, radioterapias, entre otros.
- El registro de los stickers de los medicamentos administrados al paciente siempre y cuando se encuentren todos los datos del mismo y su firma.
- Para las hormonoterapias que son de manejo ambulatorio por el paciente, es válido el soporte de la orden médica y/o prescripción del profesional tratante.



Para la auditoría de la IPS donde se realiza el seguimiento actual del paciente a la fecha de corte, los soportes deben contar con el nombre del prestador de servicios de salud, el logo de la entidad, la dirección y número telefónico o dirección electrónica, el lugar y la fecha de atención, el nombre del paciente y el documento de identificación, el número de la historia clínica, y el nombre del profesional de la salud que atiente al paciente, así como su rol o especialidad clínica, el registro profesional y su firma.

Recuerde que, de forma general, los soportes de historia clínica deben contener como mínimo: primer nombre y primer apellido del paciente, Tipo y número de identificación y/o número de historia clínica, edad y sexo del paciente, servicio de ingreso, fecha de atención, motivo de consulta, enfermedad actual, revisión por sistemas relacionada con el motivo que originó la atención, antecedentes, examen físico, diagnóstico, plan de tratamiento, primer nombre y primer apellido, firma y número de registro del médico que diligencie el documento.

3. Variables adicionales: soportes de las variables adicionales deberán estar consolidados en 1 solo PDF o en una sola carpeta con el nombre numidentificación_10ADICIONALES_AAMMDD

En caso de tener el soporte de historia clínica en un solo archivo en el cual se encuentren todos los datos reportados del usuario se puede reportar con el nombre Numidentificación_1234567Consolidado_AAMMDD

NOTA 6: Todos los soportes clínicos deberán estar cargados en el repositorio de historias clínicas en la carpeta compartida por la CAC, con el código y nombre de la entidad. **No se validarán soportes cargados fuera de esta carpeta.**

Versión N°	Fecha	Observaciones de los ajustes realizados
01	2019-12-19	Cambios de fechas para el periodo de reporte 02/01/2019 a 01/01/2020. Cargue de soportes: Se incluye la descripción para hacer el reporte del certificado de veracidad de la información en SISCAC Cruces con fuentes oficiales: Se modifica el proceso del resultado BDUA Se incluyen como requeridos todos los pacientes glosados en el periodo anterior.



		Consideraciones generales: Se modifica la palabra EAPB por entidades. Se eliminan las reuniones de avance. Se incluyen los foros, notificación oficial de modificaciones en la auditoría, archivos de preguntas y respuestas. Glosas: Se eliminan las glosas administrativas, y se cambia la palabra glosa por inconsistencia. Momentos de objeción: se aclara primer y segundo momento de objeción Soportes: se incluye aclaración sobre soportes no válidos y garantizar la información de las variables para evitar calificación de DOND.
02	2020-02-14	Se incluye recomendación acerca de comunicación segura, a través de SISCAC Se incluyen recomendaciones para identificación y revisión de casos con 2 o más líneas de reporte. Se ajusta la numeración de los títulos Se hace claridad sobre el proceso de hallazgos Se incluyen tablas para aclaración de conceptos (criterios a tener en cuenta para respuesta de hallazgos e inconsistencias y descripción de inconsistencias) Se incluye figura descriptiva con los momentos de objeción.

