

MANUAL DE AUDITORÍA DE LA INFORMACIÓN RES 2463/2014
MEDICIÓN 30 DE JUNIO DE 2020
CAC-IEP2-M03 EPS

TABLA DE CONTROL

	Nombre
ELABORÓ	Coordinación de Gestión Auditoría
APROBÓ Y RECOMENDÓ	Comité Técnico
APROBÓ	Dirección ejecutiva CAC

Versión No.	Fecha	Actualización
V1	18-02-2020	Emisión Inicial
V2	17-03-2020	Actualización
V3	14-05-2020	Actualización
V4	24-06-2020	Actualización



AUDITORÍA DE LA INFORMACIÓN - RESOLUCIÓN 2463/2014 MANUAL DE AUDITORÍA

1. OBJETIVO

Realizar la verificación y validación de los datos reportados a la Cuenta de Alto Costo de las patologías objeto, 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.

2. 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 adicional 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 el cual incluye desde su diagnóstico hasta su tratamiento y seguimiento.

3. CONSIDERACIONES GENERALES

- **Marco normativo**

Este proceso se soporta en lo contemplado en el artículo 5 de la Resolución 4700/2008 "**Validaciones y auditoría de la información**", las modificaciones realizadas por la resolución 2463 del 2014 con el cual se modifican el artículo 2 "**Reporte de información, estructura y fecha**", y el artículo 3 "**Responsabilidad de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud**". La información reportada por las EAPB o ente territorial en virtud de la presente resolución, podrá ser objeto, entre otras, de las siguientes validaciones:

- a) La información de pacientes se podrá contrastar con la información que disponga el Ministerio de la Protección Social para verificar la afiliación y derechos de cada uno de los pacientes.
- b) Los costos asociados al paciente en cada una de las patologías y alternativas terapéuticas a que se refiere el artículo 9° de la Resolución 3215 de 2007 se podrán comparar contra los costos reportados en los registros de prestación de servicios enviados al Ministerio de la Protección Social para llevar a cabo el estudio de suficiencia de la UPC.
- c) La información reportada podrá ser objeto de revisión por parte del Ministerio de la Protección Social y por el organismo de administración de la Cuenta de Alto Costo, con el fin de detectar y corregir duplicados e inconsistencias en la información.
- d) La información reportada podrá ser objeto de auditoría por parte de la Cuenta de Alto Costo, la cual contempla muestras representativas de cada una de las EAPB o ente territorial, con el fin de garantizar la calidad, confiabilidad y veracidad de la



información que reporta cada una.

- e) En cumplimiento del Decreto 2699 de 2007, las bases de datos que se conformen con la información reportada en virtud de la presente resolución serán de público conocimiento y de fácil acceso para toda la población, por lo que tanto los resultados de los análisis como las bases de datos para la operación de la Cuenta de Alto Costo, con todos los registros reportados por las EAPB o ente territorial serán publicados en la página web de la Cuenta de Alto Costo y en la página web del Ministerio de la Protección Social a través del SISPRO, garantizando siempre los derechos al Hábeas Data de los pacientes, a través de codificaciones que oculten la identidad de los mismos.
- f) La CAC publica en la página web antes de auditoría (después del proceso rutinario con RUAF, DANE y BDUA, aclaración de coincidentes, compartidos y aplicación de novedades) el cuadro de totales antes de auditoría (es responsabilidad de las entidades revisarlo y verificar sus casos), se espera entonces que todas lo aprueben a través de la página web en el micrositio correspondiente con visto bueno de sus casos. Una vez vence el plazo luego de la publicación (un (1) día hábil posterior a la publicación) para aclaración de datos y consultas respecto a los totales antes de auditoría publicados, se consideran aceptados dichos totales por todas las Entidades, incluyendo aquellas que incurrieron en silencio administrativo.
- g) La CAC informa por correo electrónico a las Entidades mediante comunicado, que inicia el proceso de auditoría informando el cronograma definido para su entidad.
- h) 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 en el país, de acuerdo con el cronograma general, para cargar los soportes de historia clínica (HC) del 100% de los casos reportados en TRR (todos los casos vivos, fallecidos y desafiliados únicos de la base de datos) y se deberá disponer los soportes de conformidad con el procedimiento que se establece en el presente manual. La CAC informará a la entidad la muestra que será auditada con el fin de que pueda cargar los soportes correspondientes, durante un periodo definido de cinco (5) días hábiles a partir de la notificación de la misma. Para esto la CAC comparte una carpeta con el código y nombre de la entidad, en la cual se deben cargar los soportes, no se validarán soportes cargados fuera de esta carpeta.

- **Responsabilidad de las entidades**

Cada entidad es responsable, en cabeza de su representante legal, según lo contemplado en el artículo 6 de la Resolución 4700/2008, de la información que suministra, de su calidad y oportunidad. En el caso de requerir ajustes a la información correspondiente a nombres de los usuarios, tipo y número de identificación, 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 dentro del cronograma general publicado por la Cuenta de Alto Costo, definido por el comité técnico y aprobado por la junta directiva.

Artículo 6°. Responsabilidad de los representantes legales. La oportunidad y calidad de la información que se remita en aplicación de la presente resolución, se entenderá presentada en los términos previstos en el artículo 3° del Decreto 2699 de 2007, o la norma que lo modifique, adicione o sustituya". Las fechas de mediciones y de presentación de las bases de datos se encuentran publicadas en la resolución 2463 de 2014 y es responsabilidad de cada entidad conocerlas y cumplirlas, la Cuenta de Alto Costo solo recibe las bases de datos que son cargadas por las EAPB o ente territorial 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 o ente territorial (fecha fijada por resolución) hasta la publicación de resultados de la aplicación del ejercicio de redistribución de recursos (fecha fijada por resolución), la Cuenta de Alto Costo publica en la página Web antes del inicio de dicho proceso un cronograma general para cada enfermedad en el que detalla los pasos o actividades, fechas límite y responsables. Es responsabilidad de las EAPB o ente territorial 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 EAPB o ente territorial posee un usuario y código de acceso con el cual puede ingresar al aplicativo de la página web y subir o cargar la base de datos con la información de sus pacientes en las fechas establecidas en cada medición. El aplicativo estará abierto desde el 01 de julio de 2020 hasta el 30 de agosto de 2020. Para poder reportar la entidad debe tener habilitado en SISCAC, dentro de la enfermedad, el módulo de "Cargue de archivo plano". Recuerde que las modificaciones y ajustes sobre los perfiles y roles de usuarios operativos del sistema, deben ser solicitadas a través del correo electrónico del usuario de notificaciones informado a la Cuenta de Alto Costo.

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 registros duplicados, coincidentes y compartidos para aclaración, las actas e información de auditoría, los comunicados y los estados de cuenta del ejercicio de distribución de recursos.

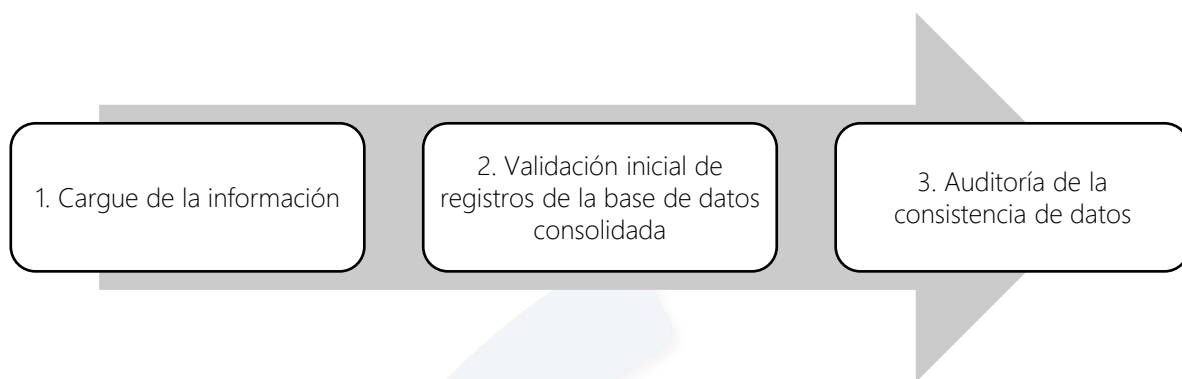
Es responsabilidad de cada entidad ingresar a su micrositio, revisar y administrar la información ahí publicada para su interés. Los anuncios de interés general para todas las EAPB o ente territorial, se remiten mediante alertas informativas, notificaciones por correo electrónico y se publican en la cartelera de la página web y la información general está a su



disposición siendo responsabilidad de cada entidad revisar periódicamente estos canales de comunicación.

- **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:



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 calidad, consistencia y coherencia de los datos.

De acuerdo con lo establecido en el proceso de auditoría, para la medición de 30 de junio de 2020 la malla de validación realizará las siguientes validaciones:

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



NOTA 1: se entiende como requeridos aquellos registros que fueron reportados como vivos y activos en el periodo anterior con diagnóstico confirmado de ERC, HTA y/o DM.

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 30 de junio de 2020.

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

- a) Reportar un certificado de veracidad de la información y otro certificado de veracidad de los costos (2 certificados) los cuales deben contener el número de radicación entregado por el sistema de información de la CAC, este número se debe registrar en los dos certificados; el número de registros radicados, en el caso del certificado de costos debe quedar registrado el número de registros radicados relacionados con los costos; la fecha de radicación, esta fecha debe quedar registrada en los dos certificados y el tamaño de los archivos cargados, en el caso del certificado de costos debe quedar registrado el tamaño de los archivos cargados relacionados con costos, de igual manera los certificados deben indicar que la información reportada por la entidad es **VERAZ y estar firmados por el representante legal**. En el certificado de veracidad de la información, se debe detallar el número de pacientes reportados por novedad, así:

Novedad	No. Registros
1 = Persona que falleció (esta novedad también aplica a los casos de personas que iniciaron TRR crónica dentro del periodo de reporte pero que a la fecha de corte están fallecidas)	
2 = Persona que ingresó a la EPS y traía el diagnóstico de ERC o HTA o DM	
3 = Persona antigua en la EPS y se le realizó nuevo diagnóstico de ERC o HTA o DM.	
4 = Persona antigua en la EPS con diagnóstico antiguo de ERC o HTA o DM que ingresa a la BD para reporte de la CAC	
5 = Persona que firmó alta voluntaria del tratamiento prescrito	
6 = Persona que se desafilió (esta novedad también aplica a los casos de personas que iniciaron TRR crónica dentro del periodo de reporte pero que a la fecha de corte están desafiliadas)	
7 = Persona que abandona la terapia y no es posible de ubicar	
8 = Persona que se elimina de la BD por corrección de la EPS (auditoría interna o auditoría de la CAC porque el caso reportado no tiene diagnóstico de ERC, HTA ni DM)	
9 = Persona que regresa a terapia	
10 = El usuario que cambio de tipo y/o número de identificación respecto al reporte anterior	
11 = Persona con aseguramiento que recibió servicios no incluidos en el plan de beneficios por parte de ente territorial	



12 = Población migrante de la república de Venezuela	
98 = No hay novedad respecto al reporte anterior	

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 ERC, 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, de igual manera deberá enviarlo por correo certificado ante la CAC.

Para hacer el reporte del certificado de veracidad de costos la entidad debe ingresar a www.cuentadealtocosto.org al link "Plataforma SISCAC" y allí en el módulo de ERC, ingresar al botón "Cargue de soportes" y disponerlo escaneado dentro de la carpeta AF de la entidad.

b) Si se reportaron casos con la novedad "usuario para eliminar de la base de datos por corrección luego de auditoría interna o de la CAC", se deben incluir dos certificados:

- i) Certificado de la EAPB responsable, en donde se listen los usuarios a eliminar, explicando de forma detallada el motivo para cada uno de los casos, el cual debe ser cargado a la carpeta AF.
- ii) Certificado de la IPS que descartó el diagnóstico o la historia clínica en la cual se pueda verificar, cómo se llegó a descartar el diagnóstico.

c) Cuando la entidad ha terminado el proceso de cargue de la información se notificará vía correo electrónico mediante alerta informativa el informe del total de casos radicados por cada una de las poblaciones reportadas, igualmente deberá diligenciar la encuesta de calidad del cargue de la información.

2. Validación inicial de registros de la base de datos consolidada

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

- 1) Remitir a la Superintendencia Nacional de Salud el listado de las entidades que no reportaron la información, incumpliendo la norma establecida.



2) Remitir al Ministerio de Salud el listado de las entidades que reportaron no tener casos diagnosticados durante el periodo de reporte

3) 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 (30 de junio 2020). El cruce con la BD de fuente oficial, se realizará con corte al 30 de junio de 2020.

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 BDU A	Código serial BDU A
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 BDU A
	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 BDU A por parte de Minsalud, y a partir de esa información, la CAC actualiza la BD radicada.



Base De Datos ERC			
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 con la fuente oficial • Estado_vital: estado vital reportado por el Ministerio de Salud • Estado_Afiliacion_BDUA: estado de afiliación reportado por el Ministerio de Salud • Misma_entidad: 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 SIAMED.	• Estado: se relaciona si el registro se encuentra activo o inactivo en la BD • Des_estado: se describe la causa de la inactivación de los registros en la BD: - Solicitud EPS - Desafiliado - Duplicado - Eliminación error de reporte - Eliminación cambio de identificación - No Cruza BDUA - Sin DX - Glosados auditoría



Las EAPB una vez se haya publicado y notificado el resultado del cruce con la BDUA 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 las BD de ser necesario.

Dentro del proceso de auditoría respecto con el cruce de información con la fuente oficial, la auditoría verificará la calificación remitida por el Ministerio de Salud y que se encuentra en la variable “validación” vs. la variable 79 (novedad administrativa) y se tendrán en cuenta los siguientes criterios:

3.1.) Registros identificados como FALLECIDOS:

- Si el caso fue reportado vivo y sin novedad de fallecimiento, se ajustará la variable 79 (novedad administrativa), la variable 80 (causa de muerte) y la variable 80.1 (fecha de muerte) con los datos aportados en la base oficial del fallecimiento.
- Si el paciente fue reportado fallecido se revisará la variable 80.1 (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.

3.2.) Registros identificados como DESAFILIADOS a la entidad que los reportó:

- Si el paciente fue reportado sin novedad de desafiliación, se ajustará la variable 79 (novedad administrativa) con los datos de la desafiliación encontrados en la base oficial y se aplicará la calificación de DNC a las variables.



- Si el paciente fue reportado fallecido, no se ajustará la variable 79 (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 79(novedad administrativa) con los datos de la desafiliación encontrados en la base oficial y se aplicará la calificación de DNC a la variable.

3.3.) 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 ante la Cuenta de Alto Costo.

4. Realizar la revisión de la información consolidada e inicia el proceso de inactivación de registros de la siguiente forma:

- Inactivar los registros que en la variable novedad administrativa de la resolución (variable 79) 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 8.
- Inactivar los registros que en la variable novedad administrativa de la resolución (variable 79) 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 10
- Inactivar el registro reportado que se identifique como compartido entre entidades por tipo y número de identificación, que en la variable 79 (novedad administrativa) fue reportado por una de las entidades como desafiado (opción 6) y por la otra u otras entidades con novedad administrativa diferente a desafiación. En estos casos se inactivará el registro a la entidad que lo reportó desafiado.



- 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.

NOTA: 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.

5. Los registros que no crucen con la base de datos oficial, se analizarán teniendo en cuenta:

- Los casos reportados en alguna TRR, serán auditados en las variables clínicas. En los pacientes reportados por un PVS o un régimen de excepción la afiliación será auditada con base en los soportes presentados por la entidad.
- A todos los casos reportados con diagnóstico de HTA, DM y ERC sin TRR se les aplicará la calificación del cruce con BDUA. Una muestra representativa de personas reportadas que será establecida a partir del total de los registros reportados con estos diagnósticos, será auditada en las variables clínicas. En los pacientes reportados por un PVS o un régimen de excepción la afiliación será auditada con base en los soportes presentados por la entidad.

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)**.
- ✓ **Nota:** En las variables en las que existen comodines que permiten a la entidad reportar datos no gestionados, tendrán calificación de dato conforme, pero en el informe de calidad serán excluidas de los datos de calidad.



- ✓ 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)**.

3.1. Consideraciones generales

La auditoría se realizará de manera virtual a cada entidad, según el cronograma que se establezca y se publique en la página web de la CAC. El proceso se realizará de la siguiente manera:

1. La CAC validará que los pacientes glosados en el periodo anterior sean reportados con la novedad respectiva (variable 79, opción 8 "usuario para eliminar de la base de datos por corrección luego de auditoría interna o de CAC"); en los casos en los que la entidad haya realizado la gestión respectiva para asegurar el adecuado reporte (confirmación de diagnóstico, soportes completos, entre otros) se deberá asegurar contar con los soportes adecuados que permitan validar la información en la auditoría.
2. La Cuenta de Alto Costo, publicará la BD antes de auditoría y notificará mediante correo electrónico a cada una de las entidades el cuadro de totales antes de auditoría, lo anterior con el fin de que la EAPB 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.
3. Se recuerda a las EAPB que las fechas establecidas para hacer la correspondiente aprobación del cuadro de totales antes de auditoría se encuentran en el cronograma de carga 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 cuadro 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.

4. 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, la disponibilidad del cronograma por entidad en la página web, 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 ERC- hipertensión- Diabetes.

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.

5. 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.

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.**

6. 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 inconsistentes, enviados a comité o con hallazgos de auditoría representados como DNC-DOND.

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. Diariamente deberá realizar la revisión de hallazgos de calidad y de inconsistencias clínicas o de soporte identificadas en auditoría. También deberá participar en los foros o reuniones 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.

7. 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. El poder debe disponerse en SISCAC dos días antes del inicio de la auditoría país. En caso de no contar con el poder, no se realizará la reunión de apertura y no es posible iniciar la auditoría hasta el envío del mismo, los casos que no se auditen espera del poder quedarán marcados como inconsistencia. NOTA: en el caso de que el representante legal si asista, debe estar presente durante toda la reunión.

Si alguna entidad presenta situaciones de fuerza mayor para cumplir con la reunión de apertura, debe notificar mediante oficio, dos días antes de la fecha establecida para la misma. Los casos programados para auditar, serán reprogramados de acuerdo con la disponibilidad del equipo de la CAC y si no se puede auditar serán marcados como inconsistencia. Se desarrollará la reunión virtual de apertura de auditoría con la presentación de los participantes (no se permite contacto por teléfono y WhatsApp). En caso de no lograr el contacto con la entidad para el inicio de la reunión, se notificará a través de comunicado la no realización de la auditoría.

En esta reunión 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.

8. Las entidades deberán participar en las reuniones de seguimiento virtual que se realizarán de manera quincenal en las entidades que tengan auditorías de más de 8 días, con el fin de esclarecer temas puntuales de la auditoría. El objetivo es aclarar temas relacionados con los datos de no calidad y con las inconsistencias clínicas o de soporte identificadas con el fin de tomar los correctivos necesarios frente a los mismos y al proceso.



NOTA: Los foros de seguimiento de auditoría solamente se harán en los casos definidos por la coordinación de auditoría.

9. Diariamente se dispondrán en el aplicativo de hallazgos de auditoría a través del Portal de Servicios CAC (Seguimiento Auditoría), los registros auditados con datos no conformes (DNC), datos originales no disponibles (DOND), y las inconsistencias clínicas o de soporte identificadas, con el fin de que la entidad dé respuesta en el tiempo establecido, y acepte o no el concepto de auditoría. En este proceso de reclamación, la entidad debe indicar en qué soporte del repositorio (y dentro de él, en que página), se encuentra el dato para modificar el concepto de la auditoría. La entidad debe ser lo más clara posible, para que el auditor pueda verificar la información.

Con el concepto de reclamación que la entidad registre en el aplicativo, se decidirá si se levanta o se mantiene (el DNC, el DOND o las inconsistencias clínicas o de soporte). El día de la reunión de cierre de auditoría ya se tendrán concertadas la totalidad de inconsistencias aceptadas y objetadas para que queden dispuestas en el acta final.

10. Una vez finalizada la auditoría de todos los registros seleccionados, la CAC procederá a realizar una encuesta de satisfacción del proceso de auditoría la cual deberá ser respondida por las entidades antes de la reunión de cierre.
11. 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 clínicas 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 presentan los soportes utilizados en la auditoría). Adicionalmente, el Comité de Expertos analizará todos los casos de inconsistencias, por las causales clínicas: 1. Pacientes en diálisis con Función Renal Residual mayor o igual a 8 ml/min/1.73m², independiente del tiempo que lleve el paciente en diálisis, sin justificación en la historia clínica. 2. Pacientes nuevos en el reporte que iniciaron la diálisis con TFG ≥ 15 ml/min/1.73m² sin justificación en la historia clínica.

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

Nota: todo registro que el auditor defina enviar a comité administrativo o de expertos, deberá ser marcado como inconsistencia clínica 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 inconsistencia clínica o, por el contrario, ser revertidos.

12. Cuadro 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 cuadro de totales después de auditoría. La CAC notificará por correo electrónico a cada una de las entidades el "cuadro 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 cuadro 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 cuadro de totales después de auditoría, en el tiempo establecido según el cronograma publicado. La entidad que NO apruebe la información dentro de los plazos establecido, 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

13. Un (1) día hábil (entiéndase de lunes a viernes) después de terminado el proceso de aprobación de totales, la CAC procederá a realizar una reunión virtual de cierre, que tendrá como soporte el "acta de cierre de auditoría" en la que resumirán los aspectos relevantes de la auditoría (registros de inconsistencias clínicas o de soporte, casos enviados a comité, principales hallazgos de calidad, novedades y observaciones, entre otros). El acta será enviada por el auditor, 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 desde la entidad al auditor CAC, el día siguiente de la reunión.

14. 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 luego de la reunión virtual para presentar solicitudes de modificación por parte del auditor CAC, siendo este mismo plazo, el tiempo destinado para entregar el acta de cierre firmada.

15. Toda variable que tenga más del 5% de DNC o DOND, no será tomada en cuenta para la medición de indicadores y el resultado de este indicador para la entidad será cero (0).



16. Publicaciones de actas finales de auditoría: la CAC solicita que las actas de apertura y cierre de auditoría sean impresas, firmadas y escaneadas en la entidad y deben ser remitidas por correo electrónico al auditor CAC en la misma fecha del desarrollo de las reuniones virtuales que cumplen este fin para dar continuidad al proceso.
17. 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 conforme 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, **seguimiento y cierre**), un análisis de la calificación de datos reportados para las variables estratégicas y trazadoras de la patología, de igual manera las variables en las cuales existen opciones de respuesta (comodines) para datos no gestionados por la entidad 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.

3.2. Reglas de auditoría

- **Poblaciones a auditar**

La auditoría revisará el 100% de las personas reportadas en terapia de reemplazo renal (TRR) que incluye:

- Hemodiálisis
- Diálisis peritoneal
- Terapia médica no dialítica, para ERC estadio 5 (también llamada tratamiento médico de nefroprotección – TMND).
- Trasplante renal

Adicionalmente, la auditoría revisará una muestra representativa de personas reportadas con diagnóstico de hipertensión arterial (HTA) y/o diabetes mellitus (DM) sin terapia de reemplazo renal que será establecida a partir del total de los registros reportados con estos diagnósticos.

- **Cohortes a auditar**

Para la auditoría de la población, se definirán las siguientes cohortes:





✓ Variables de auditoría

Para este corte, 30 de junio de 2020, se ha definido que la auditoría verifique y valide la información de las variables de la resolución 2463 de 2014 descritas en la tabla adjunta.

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 y el reporte de la entidad.

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 MSP

No	Nombre Variable	No Variable	TRR (HD - DP)	TRR (Trasplante funcional)	Antecedente de trasplante	TRR (TMND)	HTA - DM - ERC Estudiados	HTA - DM - Captación	ENTE TERRITORIAL
									NO POS
1	Primer nombre	VAR01	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
2	Segundo nombre	VAR02	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
3	Primer apellido	VAR03	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
4	Segundo apellido	VAR04	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI





5	Tipo identificación	VAR05	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
6	Número de identificación	VAR06	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
7	Fecha nacimiento	VAR07	SI	SI	SI	SI	SI	NO	SI
8	Sexo	VAR08	SI	SI	SI	SI	SI	NO	SI
9	Régimen de afiliación al SGSSS	VAR09	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
10	Código de la EAPB/Ente territorial	VAR10	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
11	Código de pertenencia étnica	VAR11	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
12	Grupo poblacional	VAR12	SI	SI	SI	SI	SI	NO	SI
13	Municipio de residencia	VAR13	SI	SI	SI	SI	SI	NO	SI
14	Número telefónico del paciente	VAR14	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
15	Fecha de afiliación a la EAPB/Ente territorial que registra	VAR15	SI	SI	SI	SI	SI	NO	SI
16	Código IPS que hace seguimiento	VAR16	SI	SI	SI	SI	SI	NO	NO
17	Fecha ingreso programa atención renal dentro de la EPS/EOC que reporta	VAR17	NO	NO	NO	NO	SI	NO	NO
18	Usuario tiene diagnóstico confirmado de HTA	VAR18	SI	SI	SI	SI	SI	SI	NO
19	Fecha de diagnóstico de la HTA	VAR19	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
20	Costo de la HTA durante el periodo	VAR19.1	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
21	Usuario tiene diagnóstico confirmado de DM	VAR20	SI	SI	SI	SI	SI	SI	NO
22	Fecha de diagnóstico de la DM	VAR21	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
23	Costo de la DM durante el periodo	VAR21.1	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO





24	Etiología de la ERC	VAR22	SI	SI	SI	SI	SI	NO	NO
25	Peso (kg)	VAR23	SI	SI	SI	SI	SI	NO	NO
26	Talla (cm)	VAR24	SI	SI	SI	SI	SI	NO	NO
27	Tensión arterial sistólica (mm de Hg)	VAR25	SI	SI	SI	SI	SI	NO	NO
28	Tensión arterial diastólica (mm de Hg)	VAR26	SI	SI	SI	SI	SI	NO	NO
29	Creatinina en Suero (mg/dl)	VAR27	NO	SI	SI	SI	SI	NO	NO
30	Fecha de última Creatinina	VAR27.1	NO	SI	SI	SI	SI	NO	NO
31	Hemoglobina Glicosilada (%)	VAR28	SI	SI	SI	SI	SI	NO	NO
32	Fecha última Hemoglobina Glicosilada	VAR28.1	SI	SI	SI	SI	SI	NO	NO
33	Albuminuria (mg/24 horas)	VAR29	NO	NO	NO	NO	SI	NO	NO
34	Fecha última Albuminuria	VAR29.1	NO	NO	NO	NO	SI	NO	NO
35	Relación Albuminuria/Creatinuria (mg/g)	VAR30	NO	NO	NO	NO	SI	NO	NO
36	Fecha última Albuminuria/Creatinuria	VAR30.1	NO	NO	NO	NO	SI	NO	NO
37	Colesterol total (mg/dl)	VAR31	SI	SI	SI	SI	SI	NO	NO
38	Fecha último colesterol total	VAR31.1	SI	SI	SI	SI	SI	NO	NO
39	Colesterol HDL (mg/dl)	VAR32	SI	SI	SI	SI	SI	NO	NO
40	Fecha último colesterol HDL	VAR32.1	SI	SI	SI	SI	SI	NO	NO
41	Colesterol LDL (mg/dl)	VAR33	SI	SI	SI	SI	SI	NO	NO
42	Fecha último colesterol LDL	VAR33.1	SI	SI	SI	SI	SI	NO	NO
43	Paratohormona PTH (pg/mL)	VAR34	SI	SI	SI	SI	SI	NO	NO
44	Fecha última PTH	VAR34.1	SI	SI	SI	SI	SI	NO	NO
45	Tasa de filtración glomerular estimada (TFGe) o FRR estimada mediante el cálculo del Kru	VAR35	SI	SI	SI	SI	SI	NO	NO
46	Usuario recibe IECA	VAR36	SI	SI	SI	SI	SI	NO	NO
47	Usuario recibe ARA II	VAR37	SI	SI	SI	SI	SI	NO	NO





48	Usuario tiene diagnóstico de ERC en cualquier estadio	VAR38	SI	SI	SI	SI	SI	NO	SI
49	Estadio de la ERC	VAR39	SI	SI	SI	SI	SI	NO	SI
50	Fecha de diagnóstico de ERC estadio 5	VAR40	SI	SI	SI	SI	NO	NO	NO
51	Persona se encuentra en programa de atención de ERC (reno protección, nefro protección, protección renal, pre diálisis)	VAR41	NO	NO	NO	NO	SI	NO	NO
52	TFG a la fecha en que el usuario inicio la primera TRR	VAR42	SI	SI	SI	SI	NO	NO	NO
53	Modo de inicio de la primera TRR	VAR43	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
54	Fecha en que se inició la TRR que recibe el usuario en el momento de la fecha de corte	VAR44	SI	SI	SI	SI	NO	NO	NO
55	Fecha Ingreso Unidad Renal Actual que presta servicio en la fecha de corte, en cualquier modalidad de terapia dialítica (Unidad Actual)	VAR45	SI	NO	SI	NO	NO	NO	NO
56	Hemodiálisis (HD) a la fecha de corte	VAR46	SI	NO	SI	NO	NO	NO	NO
57	Dosis de diálisis (Kt/V) single pool	VAR47	SI	NO	SI	NO	NO	NO	NO
58	Costo de la hemodiálisis (HD) durante el periodo de reporte	VAR48	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
59	Diálisis peritoneal (DP) a la fecha de corte	VAR49	SI	NO	SI	NO	NO	NO	NO
60	Dosis de diálisis (Kt/V) dpd. KTV/dpd	VAR50	SI	NO	SI	NO	NO	NO	NO
61	Número de horas de hemodiálisis	VAR51	SI	NO	SI	NO	NO	NO	NO
62	Peritonitis infecciosa	VAR52	SI	NO	SI	NO	NO	NO	NO





63	Costo de la diálisis peritoneal (DP) durante el periodo de reporte	VAR53	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
64	Vacuna Hepatitis B	VAR54	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
65	Ha presentado infección por Hepatitis B, registre fecha de diagnóstico	VAR55	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
66	Ha presentado infección por Hepatitis C, registre fecha de diagnóstico	VAR56	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
67	Terapia médica no dialítica para ERC 5 (TMND)	VAR57	NO	NO	SI	SI	NO	NO	NO
68	Costo del TMND durante el periodo de reporte	VAR58	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
69	Hemoglobina (gr/dl)	VAR59	SI	SI	SI	SI	NO	NO	NO
70	Albumina sérica (gr/dl)	VAR60	SI	SI	SI	SI	NO	NO	NO
71	Fósforo sérico (mg/dl)	VAR61	SI	SI	SI	SI	NO	NO	NO
72	Valoración clínica inicial por nefrología a personas con ERC5 en diálisis o TMND en relación con la posibilidad de trasplante renal	VAR62	SI	NO	SI	SI	NO	NO	NO
73	¿Se reporto cáncer activo en los últimos 12 meses como contraindicación para el trasplante renal, en la valoración de nefrología	VAR62.1	SI	NO	SI	SI	NO	NO	NO
74	¿Se reportó infección crónica o activa no tratada los últimos tres meses antes de la fecha de corte como contraindicación para trasplante renal en valoración de nefrología?	VAR62.2	SI	NO	SI	SI	NO	NO	NO





75	¿Se reportó que el paciente ha manifestado su deseo de no trasplantarse, como contraindicación para el trasplante, en la valoración por nefrología?	VAR62.3	SI	NO	SI	SI	NO	NO	NO
76	¿Se reportó que el paciente tiene una esperanza de vida menor o igual a 6 meses, como contraindicación para el trasplante, en la valoración por nefrología?	VAR62.4	SI	NO	SI	SI	NO	NO	NO
77	¿Se reportó que el paciente presenta limitaciones potenciales para el autocuidado y adherencia al tratamiento post trasplante, como contraindicación para el trasplante renal, en la valoración por nefrología?:	VAR62.5	SI	NO	SI	SI	NO	NO	NO
78	¿Se reportó enfermedad cardíaca, cerebrovascular o vascular periférica como contraindicación para trasplante renal, en valoración nefrología?	VAR62.6	SI	NO	SI	SI	NO	NO	NO
79	¿Se reportó infección por VIH como contraindicación para trasplante renal en valoración de nefrología?	VAR62.7	SI	NO	SI	SI	NO	NO	NO





80	¿Se reportó infección por VHC como contraindicación para el trasplante renal en valoración nefrología?	VAR62.8	SI	NO	SI	SI	NO	NO	NO
81	¿Se reportó que el paciente presenta enfermedad inmunológica activa los últimos tres meses antes de la fecha de corte, como contraindicación para el trasplante, en la valoración por nefrología?	VAR62.9	SI	NO	SI	SI	NO	NO	NO
82	¿Se reportó que el paciente presenta enfermedad pulmonar crónica, como contraindicación para el trasplante, en la valoración por nefrología?	VAR62.10	SI	NO	SI	SI	NO	NO	NO
83	¿Se reportó que el paciente presenta otras enfermedades crónicas, como contraindicación para trasplante, en la valoración por nefrología?	VAR62.11	SI	NO	SI	SI	NO	NO	NO
84	Fecha de ingreso a lista de espera para trasplante	VAR63	SI	NO	SI	SI	NO	NO	NO
85	Registre código de la IPS donde está en lista de espera	VAR63.1	SI	NO	SI	SI	NO	NO	NO
86	Usuario ha recibido trasplante renal	VAR64	SI	SI	SI	SI	NO	NO	SI





87	Código de la EPS/EOC que realizó el último trasplante	VAR65	NO	SI	SI	NO	NO	NO	NO
88	Código de la IPS o grupo de trasplante que realizó el último trasplante	VAR66	NO	SI	SI	NO	NO	NO	NO
89	Tipo de donante del último trasplante	VAR67	NO	SI	SI	NO	NO	NO	NO
90	Costo del último trasplante realizado durante el periodo de reporte	VAR68	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
91	¿El paciente ha presentado alguna complicación relacionada con el trasplante renal?	VAR69	NO	SI	SI	NO	NO	NO	NO
92	Fecha de dx si ha presentado infección por Citomegalovirus	VAR69.1	NO	SI	SI	NO	NO	NO	NO
93	Fecha de dx si ha presentado infección por hongos	VAR69.2	NO	SI	SI	NO	NO	NO	NO
94	Fecha de dx si ha presentado infección por tuberculosis	VAR69.3	NO	SI	SI	NO	NO	NO	NO
95	Fecha de dx si ha presentado alguna complicación vascular	VAR69.4	NO	SI	SI	NO	NO	NO	NO
96	Fecha de dx si ha presentado alguna complicación urológica	VAR69.5	NO	SI	SI	NO	NO	NO	NO
97	Fecha de dx si ha presentado alguna complicación herida quirúrgica	VAR69.6	NO	SI	SI	NO	NO	NO	NO





98	Fecha del diagnóstico de cualquier tipo de cáncer posterior al trasplante	VAR69.7	NO	SI	SI	NO	NO	NO	NO
99	¿Cuántos medicamentos inmunosupresores se formularon para el manejo del trasplante en el período de reporte?	VAR70	NO	SI	NO	NO	NO	NO	NO
100	¿En el periodo de reporte el paciente ha recibido Metilprednisolona para el manejo del trasplante renal?	VAR70.1	NO	SI	NO	NO	NO	NO	NO
101	¿En el periodo de reporte el paciente ha recibido Azatioprina para el manejo del trasplante renal?	VAR70.2	NO	SI	NO	NO	NO	NO	NO
102	¿En el periodo de reporte el paciente ha recibido Ciclosporina para el manejo del trasplante renal?	VAR70.3	NO	SI	NO	NO	NO	NO	NO
103	¿En el periodo de reporte el paciente ha recibido Micofenolato para el manejo del trasplante renal?	VAR70.4	NO	SI	NO	NO	NO	NO	NO
104	¿En el periodo de reporte el paciente ha recibido Tacrolimus para el manejo del trasplante renal?	VAR70.5	NO	SI	NO	NO	NO	NO	NO





105	¿En el periodo de reporte el paciente ha recibido Prednisona para el manejo del trasplante renal?	VAR70.6	NO	SI	NO	NO	NO	NO	NO
106	En el período de reporte el paciente ha recibido para el trasplante renal medicamento inmunosupresor no incluidos en las VAR 70.1-70.6, ni incluidos en el plan de beneficios (Medicamento 1)?	VAR70.7	NO	SI	NO	NO	NO	NO	SI
107	En el período de reporte el paciente ha recibido para el trasplante renal medicamento inmunosupresor no incluidos en las VAR 70.1-70.6, ni incluidos en el plan de beneficios (Medicamento 2)?	VAR70.8	NO	SI	NO	NO	NO	NO	SI
108	En el período de reporte el paciente ha recibido para el trasplante renal medicamento inmunosupresor no incluidos en las VAR 70.1-70.6, ni incluidos en el plan de beneficios (Medicamento 3)?	VAR70.9	NO	SI	NO	NO	NO	NO	SI





109	¿Cuántos episodios de rechazo agudo en los primeros 12 meses posteriores al trasplante, ha presentado el paciente con trasplante renal?	VAR71	NO	SI	SI	NO	NO	NO	NO
110	Fecha del primer rechazo agudo del injerto diagnosticado en los primeros 12 meses posteriores al trasplante renal	VAR72	NO	SI	SI	NO	NO	NO	NO
111	Fecha de retorno a diálisis por pérdida definitiva del trasplante renal	VAR73	NO	NO	SI	NO	NO	NO	NO
112	Número de trasplantes renales que ha recibido el paciente	VAR74	NO	SI	SI	NO	NO	NO	NO
113	Costo de la terapia postrasplante renal	VAR75	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
114	Tiempo de prestación de servicios	VAR76	NO	NO	NO	NO	NO	NO	SI
115	Costo total	VAR77	NO	NO	NO	NO	NO	NO	SI
116	Código de la EPS de origen	VAR78	NO	NO	NO	NO	NO	NO	SI
117	Novedad con respecto al reporte anterior	VAR79	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
118	Causa de Muerte	VAR80	SI	SI	SI	SI	SI	NO	SI
119	Fecha de muerte	VAR80.1	SI	SI	SI	SI	SI	NO	SI
120	Código único de identificación (BDUA, BDEX, PVS)	VAR81	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
121	Fecha de corte del reporte	VAR82	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO



- Variables adicionales:

201. Fecha en la cual se colocó el catéter actual de hemodiálisis (aplica solo para hemodiálisis por catéter):

205. Tratamiento con estatina durante el periodo de reporte

207. Fecha de inicio de la primera TRR

208. ¿Cuál fue la TRR con la que inició el paciente?

211. ¿Cuáles TRR ha recibido la persona durante el período de reporte además de la TRR reportada?

212. ¿Se realizó parcial de orina (citoquímico de orina o uroanálisis, no aplica para para pacientes en TRR)?

213. Con respecto a la TFG reportada en la variable 35 especifique si: Registre la opción que corresponda según lo evidenciado en durante la auditoría respecto a la TFG reportada por la entidad y la TFG registrada en la historia clínica

214. Volumen urinario en el último mes del periodo de corte (aplica para pacientes en HD y DP):

222. Número de seguimientos relacionados con la patología objeto de reporte (ERC, DM o HTA) realizados durante el periodo.

223. Fecha de la última vez en que se le prestó atención al paciente (en relación a la patología objeto de reporte).

224. Condiciones comórbidas

225. Triglicéridos TGC:

226. Fecha de últimos Triglicéridos.

227. Número de sesiones de hemodiálisis por semana

228. Fecha de la última valoración clínica por nefrología dentro del periodo de reporte de en relación con la posibilidad de trasplante renal.

229. Proteinuria (Rel. Proteinuria/ Creatinuria o Proteinuria 24h)



230. Valor de proteinuria en 24h

231. Vía de realización de la hemodiafiltración por línea de alto volumen o de la diálisis expandida

✓ Soportes de auditoría

Es responsabilidad de las entidades probar con los documentos soporte, todos los datos que reportó. Los soportes no pueden tener fecha posterior al corte, aunque contengan información del periodo de reporte, de lo contrario no serán válidos para la auditoría.

Soporte clínico: son las historias clínicas en las que consta que el paciente tiene el diagnóstico de hipertensión, diabetes y ERC objeto de reporte, así como los seguimientos realizados durante el periodo 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. Si los laboratorios reportados no están analizados en la historia clínica, la entidad debe adjuntar el soporte de los paraclínicos.

Para todos los casos en pacientes fallecidos o desafiados, la fecha de corte es cuando se presenta la novedad, por lo tanto, las historias clínicas deben corresponder a todas las atenciones prestadas en los doce meses previos a la novedad. Para los casos de alta voluntaria se debe adjuntar el soporte de desistimiento firmado por el usuario y de la misma manera, anexar los soportes de los 12 meses previo a la novedad.

✓ **Soportes clínicos de pacientes reportados sin TRR (muestra)**

- Los soportes para la auditoría de pacientes con hipertensión arterial, diabetes mellitus, deben ser la historia clínica de todas las atenciones prestadas al paciente durante el periodo relacionadas con el **diagnóstico, tratamiento y seguimiento (01 de julio de 2019 al 30 de junio de 2020)**. No serán válidas las historias en las que se mencione el antecedente de HTA o DM o que se encuentre la prescripción de alguno de los medicamentos que se utilizan para estas enfermedades.

✓ **Soportes clínicos de pacientes reportados en diálisis peritoneal, hemodiálisis**

- Los soportes para la auditoría de pacientes en diálisis y hemodiálisis deben ser: una historia clínica mensual del nefrólogo tratante, **de todos los meses** correspondientes al periodo de reporte (01 de julio de 2019 al 30 de junio de 2020) e **incluir dentro de ellos la última historia clínica de junio** de 2020. En caso de que los pacientes en diálisis hayan tenido hospitalizaciones durante el periodo, se deben cargar los soportes de estas atenciones.

✓ **Soportes clínicos de pacientes reportados en TMND**



- Los soportes para la auditoria de pacientes en TMND deben ser: una historia clínica mensual del nefrólogo tratante, **de todos los meses** correspondientes al periodo de reporte (01 de julio de 2019 al 30 de junio de 2020), e incluir dentro de ellos la última **historia clínica de junio** de 2020. En caso que el nefrólogo tratante defina un intervalo de seguimiento mayor a un mes, esto debe estar justificado en la historia clínica, y se validará que los soportes cargados correspondan al intervalo descrito por el nefrólogo. En ningún caso este lapso de tiempo puede ser superior a 3 meses.

✓ **Soportes clínicos de pacientes reportados en trasplante funcional**

- Los soportes para la auditoría de pacientes con trasplante funcional deben ser la historia clínica **de todas las atenciones** prestadas al paciente durante el periodo (01 de julio de 2019 al 30 de junio de 2020), que correspondan a la periodicidad de seguimiento registrado por el nefrólogo tratante en la historia clínica.

En el caso en el que la periodicidad del seguimiento no esté descrita en la historia clínica se validará la siguiente periodicidad en el seguimiento mínimo:

- Durante el primer mes del trasplante debe tener seguimiento semanal
- Después del primer mes y hasta los 6 meses debe tener seguimiento mensual
- Después de los 6 meses y hasta el primer año debe tener seguimiento cada 2 meses
- Después del 1 año el seguimiento debe ser cada 3 meses

Nota: los seguimientos de los pacientes trasplantados deben ser realizados por un nefrólogo.

✓ **Soportes clínicos de pacientes reportados por un ente territorial**

- Historia clínica donde se evidencie que el paciente fue trasplantado y que recibe manejo inmunosupresor para manejo del trasplante renal.

Estos documentos deben cumplir con los siguientes criterios mínimos:

ELEMENTOS MÍNIMOS DE CALIDAD QUE DEBEN TENER LOS SOPORTES CLÍNICOS:

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, profesión 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).

NO SERÁN VÁLIDOS:



- Epicrisis, fórmulas de medicamentos, reporte de laboratorios o formatos de referencia como único soporte del diagnóstico del paciente.

-No serán válidos como soportes clínicos que permitan verificar el diagnóstico:

1. Autorizaciones
2. Facturas
3. Soporte de seguimiento telefónico

Soporte del programa de nefroprotección: Se debe cargar el documento que describa el programa de nefroprotección de la entidad, en carpeta AF de cada entidad.

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

- ✓ Formato no modificable: no se aceptarán archivos en Word, Excel, etc.
- ✓ Letra legible
- ✓ Logo de la entidad o membrete del prestador habilitado para la atención
- ✓ Datos claros del paciente (nombres, apellidos, tipo y número de identificación).

Soporte de la 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 15 (fecha de afiliación a la EAPB).

Soporte de la afiliación a los planes voluntarios de salud y los regímenes de excepción:

Se debe documentar la afiliación con los siguientes documentos:

- ✓ El certificado de la entidad (PVS o excepción) en el cual se documente que el paciente se encontraba activo a la fecha de corte (30-06-2020) y la fecha de afiliación a la misma.

Soporte del fallecimiento del paciente:

Para documentar el fallecimiento del paciente se aceptan como soportes válidos:

- ✓ Historia clínica del paciente donde se documente el fallecimiento.
- ✓ Certificado de defunción del paciente.

No es válido para documentar el fallecimiento del paciente, el pantallazo del aplicativo de afiliaciones de la entidad.



- **Procedimiento para la disponibilidad de soportes de historia clínica**

Cada entidad por cada usuario deberá tener una sola carpeta marcada así: tipo y número 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).

Nota: 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.

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.

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

Los pacientes que no cuenten con soportes de al menos una valoración médica relacionada con los diagnósticos objeto de reporte (hipertensión arterial, diabetes mellitus y enfermedad renal) durante el último año, serán considerados como pacientes en abandono de la terapia.

Para los pacientes en abandono se debe cargar la última historia clínica; la información a reportar debe diligenciarse con los comodines respectivos (de abandono) y en caso de que en alguna variable no exista comodín, se debe reportar el dato registrado en la última historia de atención relacionada con la enfermedad de reporte.

- ✓ **Inconsistencias:**

Los siguientes son criterios de inconsistencias clínicas o de soporte, para la presente auditoría:



Inconsistencia por soporte:

- 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.

Soporte no válido: pacientes que solo cuentan con soportes administrativos, las historias adjuntas no son válidas, o lo adjunto es posterior la fecha de corte del reporte.

- En los pacientes reportados sin TRR (muestra), se considera inconsistencia por soporte la siguiente:
 - Pacientes reportados por las entidades con diagnóstico confirmado de hipertensión arterial, diabetes mellitus y que durante el proceso de auditoría no se evidencie en los soportes cargados el diagnóstico de HTA o DM.
- Pacientes en diálisis peritoneal o hemodiálisis, se consideran inconsistencias por soporte las siguientes:
 - Pacientes que a la fecha de corte y con los soportes cargados no se puede evidenciar que reciben la terapia de manera continua, durante todos los meses del período de reporte que el usuario estuvo activo con la entidad.
 - Paciente que iniciaron diálisis durante el período de reporte, con menos de 90 días en TRR (los 90 días pueden ser soportados con la continuidad en varios tipos de TRR).
 - Pacientes sin ningún tipo de TRR a la fecha de corte (30-06-2020).
- Pacientes en terapia médica no dialítica, se consideran inconsistencias por soportes las siguientes:
 - Pacientes que a la fecha de corte y con los soportes cargados no se puede evidenciar que se encuentren en estadio 5 y que reciben la terapia en todos los meses del periodo de reporte o con la periodicidad descrita por el nefrólogo tratante en la historia clínica.
 - Paciente que iniciaron TMND durante el período de reporte, con menos de 90 días en TRR (los 90 días pueden ser soportados con la continuidad en varios tipos de TRR).
 - Pacientes sin ningún tipo de TRR a la fecha de corte (30-06-2020).
- Pacientes en trasplante funcional, se consideran inconsistencias por soporte las siguientes:
 - Paciente que con los soportes cargados no se pueda evidenciar el seguimiento registrado por el nefrólogo tratante de manera continua, durante todos los meses del período de reporte que el usuario estuvo activo con la entidad.
 - Paciente que en los soportes cargados no tiene registro de la periodicidad de seguimiento y no cumple con la siguiente periodicidad (mínima):
 - Durante el primer mes del trasplante debe tener seguimiento semanal



- Después del primer mes y hasta los 6 meses debe tener seguimiento mensual
- Después de los 6 meses y hasta el primer año debe tener seguimiento cada 2 meses.
- Después del 1 año el seguimiento debe ser cada 3 meses.
- En los pacientes reportados por el ente territorial con trasplante funcional, consideran inconsistencias por soporte las siguientes:
 - Paciente que con los soportes cargados no se pueda evidenciar, que fue trasplantado y recibe terapia inmunosupresora para el manejo del trasplante renal.

Inconsistencia clínica:

- En los pacientes reportados con ERC en TRR:

- Pacientes en diálisis peritoneal o hemodiálisis, se consideran inconsistencias clínicas las siguientes:
 - Pacientes en diálisis, con Función Renal Residual (FRR) mayor o igual a 8 ml/min/1.73m², independiente del tiempo que lleve el paciente en diálisis, sin justificación clínica de permanencia en la terapia registrada en los soportes
 - Pacientes en diálisis con diuresis mayor o igual a 250 ml/día, que no cuentan con los datos completos para el cálculo del Kru, sin justificación clínica de permanencia en la terapia registrada en los soportes.
 - Pacientes que iniciaron la diálisis durante el periodo de reporte con TFG ≥ 15 ml/min/1.73m², sin justificación clínica de inicio de la terapia registrada en los soportes.

✓ **Momentos de objeción a las inconsistencias:**

1. **Primer momento de objeción:** la entidad debe objetar las inconsistencias clínicas o de soporte mediante el aplicativo de hallazgos, las cuales serán revisadas por el equipo auditor únicamente si cumple con los siguientes criterios:
- ✓ Inconsistencias clínicas: en todas las objeciones en el aplicativo de hallazgos deben especificar:
- a) Para los pacientes con ERC sin TRR, indicar nombre y página de los soportes que evidencien el algoritmo diagnóstico de la ERC y en los casos en los que aplique el seguimiento realizado al paciente.
 - b) En los pacientes en HD o DP, indicar nombre y página del soporte donde se evidencie la justificación clínica del inicio de la diálisis con una TFG ≥ 15 ml/min/1.73m², en los casos en los que haya lugar.



- c) En los pacientes en HD o DP, con Kru > o igual a 8, indicar nombre y página del soporte donde se evidencie la justificación clínica de la permanencia en la terapia.
 - d) Pacientes en diálisis con diuresis mayor o igual a 250 ml/día, que no cuentan con los datos completos para el cálculo del Kru, indicar nombre y página del soporte donde se evidencie la justificación clínica de la permanencia en la terapia.
- ✓ Inconsistencias por soporte: todas las objeciones por este motivo deben asegurar el cumplimiento de los contenidos mínimos de historia clínica contemplados en la Res. 1995/99. No se aceptarán objeciones a inconsistencias de pacientes sin soportes o con soportes fuera del periodo de corte.
- a) Para los pacientes con HTA y/o DM, indicar nombre y la página del soporte que evidencie el diagnóstico reportado.
 - b) En los pacientes con alguna TRR, indicar nombre y página de los soportes que evidencien la continuidad del paciente en la TRR reportada durante el periodo de reporte, así como, nombre y página de los soportes que confirmen que a la fecha de corte (junio de 2020) el paciente se encontraba recibiendo esta terapia.
 - c) En los pacientes reportados por el ente territorial, indicar el nombre y página del soporte que confirme que el paciente recibe un inmunosupresor NO PBS para el manejo del trasplante renal.
2. **Segundo momento de objeción:** los líderes de la patología verificarán los casos con inconsistencias no aceptados por la entidad y reiterados por el auditor que revisó el caso, siempre y cuando cumplan los criterios de objeción descritos anteriormente. Estos casos deben ser notificados por la entidad mediante correo electrónico a los líderes de la patología. El líder define si la inconsistencia se mantiene, se levanta o va a comité y notifica la decisión a la entidad mediante correo electrónico.

Nota: Las objeciones a las inconsistencias presentadas en el segundo momento de objeciones, serán recibidas mediante correo electrónico únicamente.

Las inconsistencias que se objetan durante el segundo momento de objeción en las cuales se evidencie que por el aplicativo de hallazgos y durante el primer momento de objeción fueron aceptadas o dejadas en silencio administrativo, no serán revisadas en el segundo momento de objeción.

La entidad debe tener en cuenta que solo existen dos momentos de objeción y la respuesta dada en el segundo momento de objeción es la definitiva.

Se espera que las entidades verifiquen los casos inconsistentes 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 la inconsistencia, deben quedar



registrados en el acta de cierre que se firme por las partes. La CAC podrá ejercer el derecho a cambiar los datos reportados, 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.

Anexo. 1. Estudio y seguimiento de la enfermedad renal

- En los pacientes con ERC no conocida previamente (nuevos):
 1. Para confirmar el diagnóstico de ERC, se debe soportar en las historias clínicas del período la realización del algoritmo diagnóstico del **Anexo 2**.
- En los pacientes con ERC conocida previamente (anteriores):
 1. Se deben cargar los soportes con los que se realizó el estudio de ERC (es decir, cuando se confirmó el diagnóstico de ERC) según el algoritmo diagnóstico del Anexo 2, como es anterior, estos soportes pueden corresponder a periodos previos (es decir, fuera del período de reporte). Estos soportes, se deben marcar de la siguiente manera: Algoritmo_diagnóstico_ERC_año. Si el soporte no se encuentra en el repositorio o no se puede identificar de esta manera, el caso se auditará como nuevo en ERC y se validará el algoritmo diagnóstico con los soportes del período actual.
 2. Seguimiento de los pacientes con ERC: una vez confirmado el diagnóstico; la frecuencia de las atenciones y la monitorización de la creatinina para el cálculo de TFGe debe realizarse de acuerdo a lo contemplado en la Guía de Práctica Clínica para el Diagnóstico y Seguimiento de la ERC. Página 50.

Los soportes que se deben cargar son los correspondientes a todas las atenciones clínicas (historias clínicas, ayudas diagnósticas) realizadas al paciente durante el período de reporte, que permitan confirmar la realización del seguimiento de acuerdo a la guía de práctica clínica antes referenciada.

 - En pacientes sin ERC y pacientes con ERC estadios 1 y 2 debe registrarse el valor de la última creatinina en suero tomada dentro del periodo (1 de julio 2019 a 30 junio de 2020)
 - En pacientes con ERC estadio 3 debe registrarse el valor de la última creatinina en suero tomada dentro del último semestre del periodo (enero a junio de 2020).
 - En pacientes con ERC estadio 4 o 5 debe registrarse el valor de la última creatinina en suero tomada dentro del último trimestre del periodo del reporte (abril a junio de 2020).



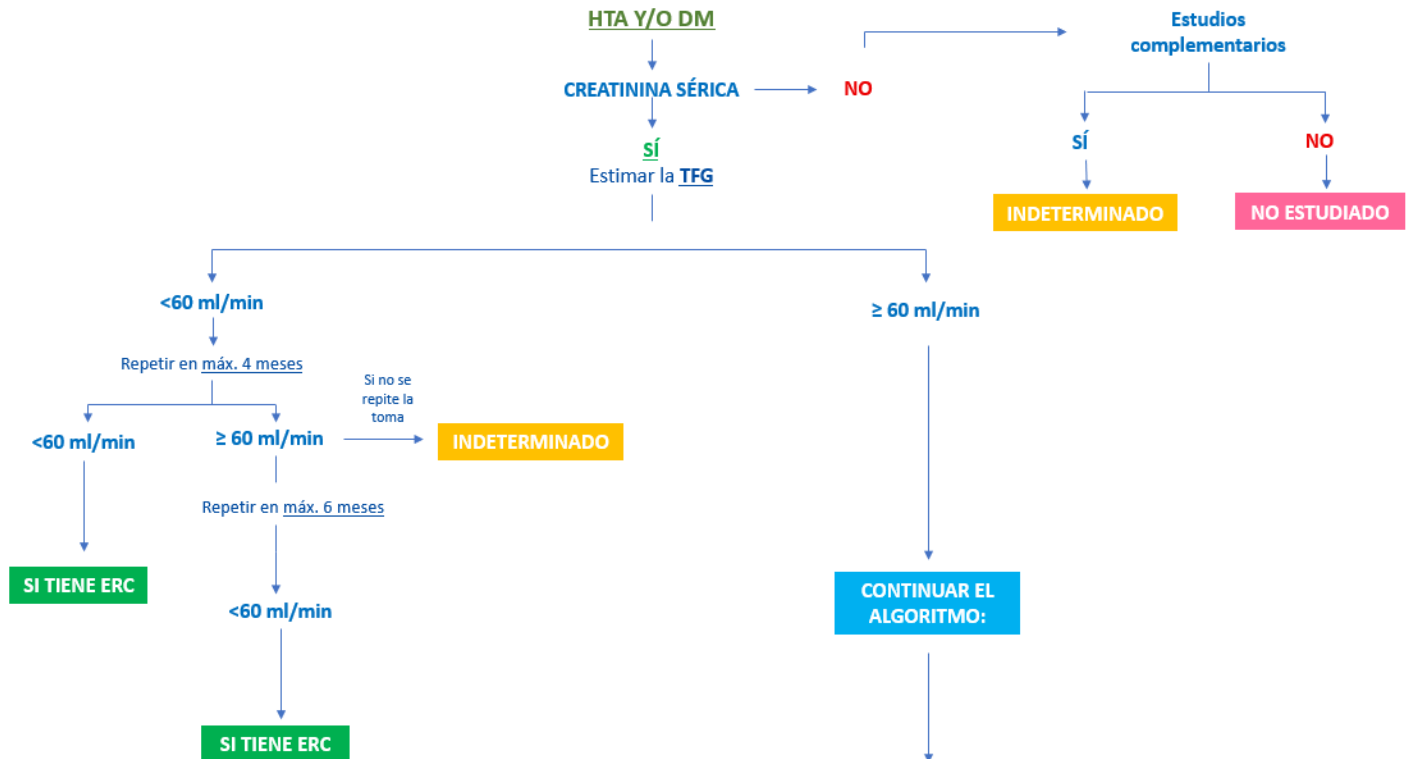
Guía para la frecuencia de monitorización (número de veces por año) por tasa de filtración glomerular (TFG) y categoría de Albuminuria				Categorías de albuminuria persistente		
				Descripción y rango		
				A1	A2	A3
				Normal a incremento	Incremento moderado	Incremento severo
				< 30 mg/g < 3 mg/mmol	30-300 mg/g 3-30 mg/mmo	> 300 mg/g > 30 mg/mmol
Categorías TFG (ml/min/1.73 m ²) Descripción y rango	G1	Normal o alto	≥90	1 si es ERC	1	2
	G2	Disminución leve	60-89	1 si es ERC	1	2
	G3a	Disminución de leve a	45-59	1	2	3
	G3b	Disminución de moderada a severa	30-44	2	3	3
	G4	Disminución severa	15-29	3	3	4+
	G5	Falla renal	<15	4+	4+	4+

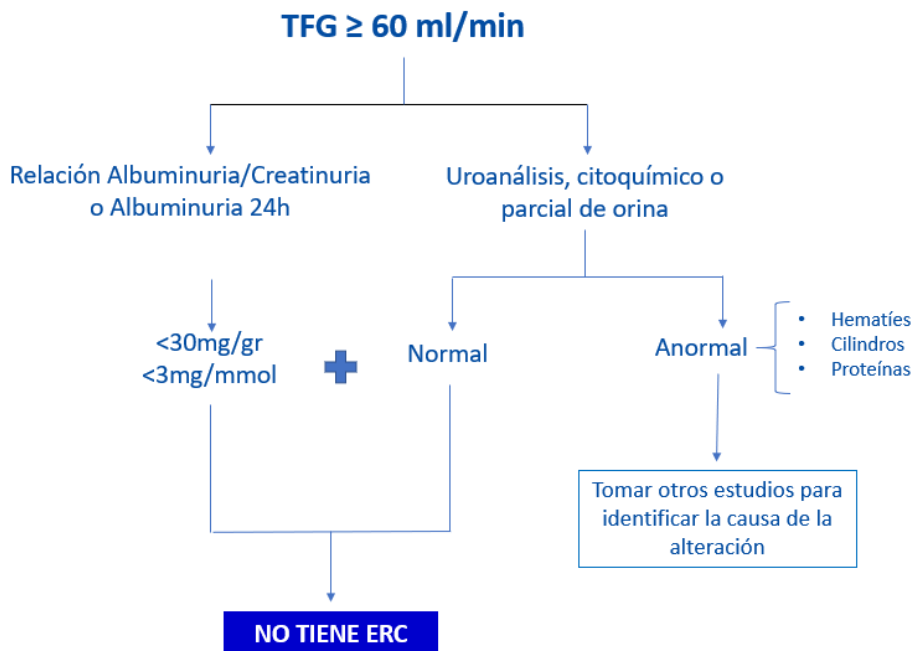
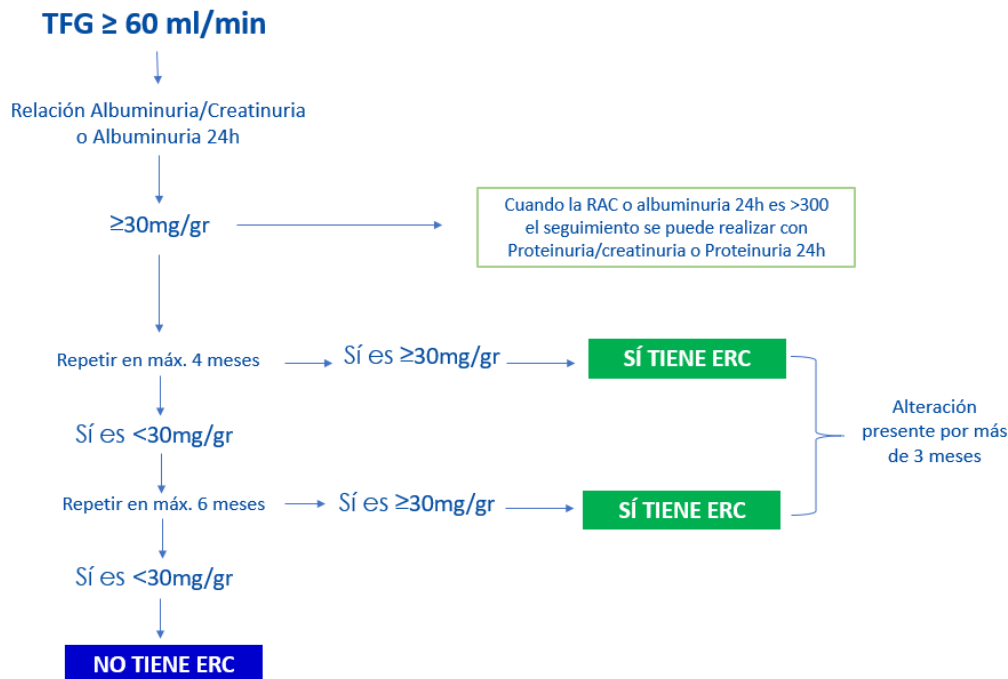
Cuadro sobre tasa de filtración glomerular (TFG) y albuminuria para reflejar el riesgo de progresión por intensidad del color (verde, amarillo, naranja, rojo, rojo profundo). Los números en las celdas son una guía con respecto a la frecuencia de la monitorización (número de veces al año).

Fuente: Guía de práctica clínica para el diagnóstico y tratamiento de la Enfermedad Renal Crónica. 2016



Anexo 2. Algoritmo diagnóstico de ERC





Consideraciones sobre el algoritmo:

- Para el cálculo de la TFG, no deben haber transcurrido más de 90 días entre el peso y la creatinina.
- El periodo de tiempo entre la 1° y 2° toma del laboratorio clínico alterado para el estudio de la ERC, no debe superar los 4 meses.
- El periodo de tiempo entre la 2° y 3° toma del laboratorio clínico alterado para el estudio de la ERC, no debe superar los 6 meses.

Otras consideraciones:

- De acuerdo con los lineamientos establecidos por el ministerio de Salud y Protección Social por la emergencia sanitaria del COVID 19, la CAC tendrá en cuenta los tipos de atenciones definidos por cada asegurador que se encuentran contemplados en la resolución 521 del 2020. Estas atenciones deben estar soportadas con historias clínicas que cumplan con los requisitos de calidad descritos en la resolución 1995 del 1999.



Versión	Fecha	Observaciones
V1	18-02-2020	- Se actualizan las fechas de acuerdo al periodo de reporte (01 de julio de 2019 al 30 de junio de 2020). -Se cambia la palabra glosa por la palabra inconsistencia. - Se elimina el motivo de glosa por situación administrativa. - Se cambia el nombre de glosa por diagnóstico por inconsistencia clínica. - Se cambia el nombre de glosa por soporte por inconsistencia por soporte. - Se hace aclaración de los comodines con información no gestionada. - Se realizan las aclaraciones del segundo momento de objeción. - Se incluye en el cuadro de las variables a auditar la medición de captación. - Se realizan las aclaraciones de los soportes de auditoría. - Se crea el anexo 1 del estudio y seguimiento de la ERC. - Se crea el anexo 2 algoritmo diagnóstico.
V2	17-03-2020	- Se realiza ajuste de las variables adicionales.
V3	14-05-2020	- Se ajusta información relacionada con el poder del representante legal en las reuniones de apertura. - Se hacen aclaraciones de las condiciones para la realización de la reunión de apertura. - Se hacen aclaraciones de las reuniones de seguimiento de auditoría - Se incluye la encuesta de satisfacción de auditoría dentro de las consideraciones - Se ajusta en las consideraciones la reunión de cierre de auditoría la cual se realizará posterior a la aprobación de totales. - Se agrega el certificado de veracidad de costos.
V4	24-06-2020	Se hace ajuste de los certificados de veracidad de la información y de veracidad de costos Se hace aclaración relacionada con la emergencia sanitaria actual del COVID 19.



