

**Auditoría a los costos de la no calidad en el reporte de la cuenta de alto
costo en la Unidad Renal Dially-ser
Medellín, Colombia. 2015**

**Nora Cecilia Escobar Álvarez
Diana Marcela Zapata Garcés**

**Trabajo de investigación
Para optar el título de:
Especialistas en Auditoría en Salud**

**Asesor
Elkin Fernando Ramírez Rave
Profesor Facultad Nacional de Salud Pública**

**Universidad de Antioquia
Facultad Nacional de Salud Pública
Héctor Abad Gómez
Medellín
2016**

Tabla de contenido

Tabla de Contenido	2
Lista de Tablas	5
Lista de Figuras	6
Lista de Anexos	7
Glosario de términos y siglas	8
Resumen y Palabras Claves	12
1. Introducción	14
2. Antecedentes	15
3. Planteamiento del problema	18
4. Justificación	20
5. Objetivos	
5.1 Objetivo general	21
5.2 Objetivos específicos	21

6. Marcos	22
6.1. Político	22
6.2. Marco legal y normativo	23
6.3. Marco conceptual	24
6.4. Marco contextual	40
6.5. Programático	42
7. Metodología	
7.1. Diseño del estudio	45
7.2. Población y muestra	45
7.3. Fuentes, técnicas e instrumentos	45
7.4. Procedimientos de recolección de datos	46
7.5. Procesamiento, análisis y socialización	47
7.6. Consideraciones éticas	47

8. Aspectos administrativos	
8.1. Factibilidad y viabilidad	49
9. Resultados	
9.1. Requerimientos de información de Cuenta de Alto Costo según el Ministerio de Protección Social	50
9.2. Establecer los protocolos de atención de la Enfermedad Renal Crónica usada o aplicada por la Unidad Renal Dialy-Ser	51
9.3. Caracterización de la población	60
9.4. Procedimiento para la captura, evaluación y mejoramiento del Reporte de la cuenta de alto costo en la Unidad Renal de Dialy-ser	72
9.5. Recomendaciones a Dialy-Ser para el mejoramiento continuo de la calidad del reporte de la cuenta de Alto Costo	73
10. Conclusiones	75
Bibliografía	76

Lista de Tablas

Tabla 1.	Clasificación de la Insuficiencia Renal Crónica, Según la severidad	31
Tabla 2.	Comparativos según manuales tarifarios	55
Tabla 3.	Análisis Financiero de Dialy-Ser según la cuenta de Alto Costo	56
Tabla 4.	Costos de la NO calidad en el reporte de la cuenta de Alto Costo	58
Tabla 5.	Distribución del sexo en los pacientes	61
Tabla 6.	Pertenencia étnica de los pacientes	61
Tabla 7.	Seguridad Social de los pacientes	62
Tabla 8.	Distribución de pacientes por régimen Subsidiado	63
Tabla 9.	Distribución de pacientes por régimen Contributivo	64
Tabla 10.	Distribución por lugar de residencia de los pacientes	65
Tabla 11.	Distribución de pacientes con Antecedentes de Hipertensión Arterial - HTA y/o Diabetes Mellitus	66
Tabla 12.	Etiología de la Enfermedad Renal Crónica	67
Tabla 13.	Inicio de Terapia de Reemplazo Renal	67
Tabla 14.	Tipo de Hemodiálisis	68
Tabla 15.	Kt/V para HD	69
Tabla 16.	Tipo de Diálisis Peritoneal	70
Tabla 17.	Kt/V para Diálisis Peritoneal	70
Tabla 18.	Número de episodios de infección peritoneal	71

Lista de Figuras

Figura 1.	Distribución del sexo en los pacientes	61
Figura 2.	Pertenencia étnica de los pacientes	62
Figura 3.	Seguridad Social de los pacientes	62
Figura 4.	Distribución de pacientes por régimen Subsidiado	63
Figura 5.	Distribución de pacientes por régimen Contributivo	64
Figura 6.	Distribución por lugar de residencia de los pacientes	65
Figura 7.	Distribución de pacientes con Antecedentes de Hipertensión Arterial - HTA y/o Diabetes Mellitus	66
Figura 8.	Etiología de la Enfermedad Renal Crónica	67
Figura 9.	Inicio de Terapia de Reemplazo Renal	68
Figura 10.	Tipo de Hemodiálisis	68
Figura 11.	Kt/V para HD	69
Figura 12.	Tipo de Diálisis Peritoneal	70
Figura 13.	Kt/V para Diálisis Peritoneal	71
Figura 14.	Número de episodios de infección peritoneal	71

Lista de Anexos

Anexo 1.	Anexo técnico Resolución 2463 de 2014	79
Anexo 2.	Formato de Parametrización de convenios	114

Glosario de Términos y Siglas

Alto Costo: La proporción de pacientes con el mayor consumo per cápita.

Anasarca: Acumulación masiva o generalizada de líquido en todo el cuerpo.

Astenia: debilidad, fatiga.

Artralgias: Dolor en las articulaciones

Auditoría: Proceso Sistemático por medio del cual se lleva a cabo verificación de actividades previamente definidas y estandarizadas, mediante la utilización de técnicas especializadas ajustadas a normas generalmente aceptadas

Cefalea: dolor de cabeza.

Convección: Paso de solutos a través de una membrana semipermeable de un gradiente concentración de mayor concentración de solutos, hacia el que tiene menor.

Costo: Valor monetario de los consumos de los factores, que supone el ejercicio de una actividad económica destinada a la producción de un bien o servicio.

Costo de no Calidad: Se define como aquel gasto que se producen por ineficiencia o incumplimientos en los servicios o productos ofrecidos.

Depuración de creatinina: Es una prueba que mide como se está desechando los

desechos de los alimentos por parte del riñón.

Dializador: Es el encargado de realizar la limpieza de la sangre, en forma exógena, compuesto por una membrana semipermeable.

Difusión: Paso de solutos a través de una membrana semipermeable de un ente de mayor concentración de solutos, hacia el que tiene menor concentración.

Disnea: dificultad para respirar.

Entidades Obligadas a Compensar: Son aquellas empresas que reciben descuentos por los descuentos en salud y pensión que se realiza a los empleados y los empleadores.

Entidades Promotoras de Salud: Son las empresas que organizan y garantizan, la prestación de los servicios de salud.

Estadios de la enfermedad renal: Es la clasificación de la enfermedad renal crónica, mediante la medición de su función, con el fin de facilitar el diagnóstico y manejo de la enfermedad.

Filtración Glomerular: es el volumen de líquido y desechos de los alimentos que se limpian por el riñón en un tiempo determinado

Glomerulonefritis: inflamación de las estructuras del riñón llamadas glomérulos.

Nefropatía Diabética: Daño de la unidad estructural del riñón (nefrona), a causa de la diabetes mellitus.

Glosa: Objeciones a las cuentas de cobro presentadas por las instituciones prestadoras de servicios de salud, originadas en las inconsistencias detectadas en la revisión de facturas y sus respectivos soportes.

Halitosis: mal aliento.

Hiperfósfatemia: aumento de fósforo circulante en sangre.

Hiperlipidemia: Niveles elevados de grasa en el torrente circulatorio.

Hiperparatiroidismo: Aumento de la liberación de la hormona paratiroidea, encargada de controlar el calcio y fosforo en sangre, a nivel del torrente circulatorio.

Hipocalcemia: disminución de calcio circulante en sangre.

Hipodinamia: Disminución de la fuerza motora de los órganos con capacidad contráctil.

Hiporexia: Poco apetito.

Hipoxemia: Disminución de la presión de oxígeno circulante en el torrente sanguíneo.

Instituciones Prestadoras de Salud: Son las clínicas, hospitales. Laboratorios, y de más que prestan el servicio de salud.

Membrana Semipermeable: Membrana que permite el paso de pequeños solutos a través de ella.

Nefroesclerosis hipertensiva: Persistente elevación de la presión arterial dentro del riñón que daña sus estructuras.

Neuropatía: Enfermedad del sistema nervioso.

Ortopnea: Dificultad para respirar en posición acostado.

Ostoedistrofia Renal: alteraciones óseas que se evidencia cuando la enfermedad renal está avanzada.

Parestesias: Sensación de cosquilleo en la piel, adormecimiento de una parte del cuerpo.

Per Cápita: significa por cada cabeza

Poliuria: Excreción abundante de orina.

Solutos: sustancia que es disuelta en otra.

Trasporte Osmótico: Paso de agua y solutos de un medio de menor concentrado a uno mayor concentrado.

Unidad Renal: Sitio donde se realiza el tratamiento integral a los pacientes que sufre de enfermedad renal crónica

Resumen

La cuenta de alto costo creada mediante el Decreto 2699 de 2007 y la Resolución 4700 de 2008 que obliga a las entidades promotoras de salud EPS de ambos regímenes y demás entidades obligadas a compensar a asociarse para abordar el alto costo y opera como un fondo auto gestionado que contribuya a estabilizar el sistema de salud; todo esto mediante la revisión y propuestas de mecanismos de ajuste por riesgo, aplicar mecanismos financieros de redistribución del riesgo, diseño de procesos estables para censar los pacientes con patologías de alto costo, construir y ajustar sistemas de información confiables y únicas de patologías de alto costo. De acuerdo a estos planteamientos, se ha venido trabajando continuamente en la caracterización de la población con enfermedad renal crónica debido al aumento de la prevalencia en esta patología, que aporte información epidemiológicamente confiable y que permita una minimización de la distribución inequitativa del costo de la atención y así lograr promover y premiar un enfoque preventivo. Para lograr tener una información confiable y oportuna, anualmente las instituciones prestadoras de salud IPS deben presentar ante las EPS un reporte con una serie de variables de la totalidad de la población atendida, que permitan analizar, revisar y verificar la calidad de la atención. De acuerdo a estos resultados, el Ministerio de Protección Social, impulsa una estrategia de pago por resultados.

Basados en los criterios de auditoria, se realizó un análisis de la base de datos presentada por la unidad renal de Dially- Ser 2015, se evaluó el grado de cumplimiento de los reportes y la utilización adecuada de los recursos; posteriormente se presentaran en el presente informe las recomendaciones que permitan a la empresa realizar un adecuado reporte y evitar costos que se presentan por la no calidad de éste.

Palabras claves: Cuenta de Alto Costo, Enfermedad Renal Crónica, Auditoría.

Abstract

The high-cost account created by Decree 2699 of 2007 and the 4700 resolution of 2008 which obliges both regimes EPS health promoting entities and other entities obliged to compensate partner to deal with the high cost and operates as a fund managed auto that will help stabilize the health system; all of this through the review and proposals for risk adjustment mechanisms, implement financial mechanisms of redistribution of risk, process design stable to register patients with pathologies of high cost, build and fit unique and reliable information of diseases of high-cost systems. According to these approaches, it is has been working continuously in the characterization of the population with chronic kidney disease due to increased prevalence in this disease, that contribution epidemiologically reliable information and allowing a minimization of the inequitable distribution of the cost of care and thus achieve promote and reward a proactive approach. To achieve a reliable and timely information, annually IPS health service institutions should be before the EPS file a report with a number of variables of the totality of the population served, allowing to analyze, review and verify the quality of care. According to these results, the Ministry of Social protection, promotes a strategy of payment by results.

Based on the criteria of the audit, an analysis of the database presented by the renal unit of Dialy-Ser 2015, assessed the degree of compliance reports and the proper use of resources; later recommendations that enable the company to make a proper report and avoid costs arising for the quality of this will be presented in the present report.

Key words: High Cost Account, Chronic Renal Disease, Audit.

1. Introducción

La historia de la Enfermedad Renal Crónica como patología de alto costo en Colombia viene de tiempos atrás por lo que se constituyó en objeto de estudio y preocupación por su alto impacto económico, su mal pronóstico clínico, mortalidad y discapacidad. Muchas intervenciones realizadas mostraron no ser costo efectivas, además que el manejo de estas estaban agrupadas en unas pocas instituciones, siendo altamente costoso y en una población reducida; esta situación amenazaba la estabilidad financiera del sistema de salud y es por esta razón que surgió la idea de crear un fondo auto gestionado por las entidades prestadoras de salud. De acuerdo al decreto 2699 de 2007 que obliga a las entidades prestadoras de servicios de salud de ambos regímenes y a las Entidades Obligadas a Compensar (EOC) a asociarse para asumir el Alto Costo, cada Institución Prestadora de Salud (IPS) debe elaborar un reporte tendiente a identificar la población perteneciente a este grupo, realizar acciones que permitan disminuir la tendencia de nuevos casos de alto costo y procurar la calidad técnico-científica en el manejo de los casos existentes.

En la unidad renal de Dialy- ser el reporte de estas variables implica tener un proceso organizado, que permita garantizar la veracidad de la información suministrada y así poder lograr que las entidades promotoras de salud que le asigna la población, obtengan los recursos girados por la buena gestión y manejo de ésta. Todo este proceso trae consigo unos costos que se ven afectados por la no calidad en la recopilación y generación de información que se van a traducir en glosas, no giro de los recursos destinados para esta actividad y generando poco valor para la organización. Por lo cual es importante realizar una auditoría clínica y administrativa a este proceso en forma permanente, con el fin de fortalecer y mejorar la calidad del reporte, permitiendo obtener resultados que reorienten las acciones con base en debilidades identificadas.

2. Antecedentes

La Cuenta de Alto Costo (CAC), es un organismo técnico no gubernamental del Sistema General de Seguridad Social en Salud de Colombia creado mediante la Resolución 4700 de 2008 y el decreto 2699 de 2007 que obliga a las EPS de ambos regímenes y demás EOC (Entidades Obligadas a Compensar) a asociarse para abordar el Alto Costo y opera como un Fondo auto gestionado que contribuye a estabilizar el sistema de salud, garantizando la operación real de la solidaridad y desestimulando la selección y discriminación de la población mediante un ajuste de riesgo de la prima básica en función de los casos de alto costo. Constituye un "Frente Común" para el abordaje del Alto Costo como fenómeno de gran impacto en el país, mediante articulación de Sociedades Científicas, Instituciones Prestadoras, Asociaciones de pacientes y Aseguradoras, que promueve la gestión de riesgos en EPS e IPS mediante pedagogía, difusión de experiencias exitosas, instrumentación y creación de referentes técnicos, para disminuir la tendencia de nuevos casos de alto costo y procurar la calidad técnico-científica en el manejo de los casos existentes con el fin de disminuir los eventos evitables derivados.(1)

De acuerdo al Artículo 6 del Decreto 3511 de 2009, sobre la administración y financiación de la Cuenta de Alto Costo, las Entidades Promotoras de Salud del Régimen Contributivo -EPS y del Régimen Subsidiado -EPS-S y las Entidades Obligadas a Compensar -EOC, a través del organismo de administración conjunta que ellas conformen, fijarán anualmente el monto total de los recursos para el funcionamiento de la Cuenta de Alto Costo, con los cuales se financiará la operación, administración y auditoría que conjuntamente definan las mencionadas entidades. Para efectos presupuestales y de giro, este monto en ningún caso superará el dos por ciento (2%) de la totalidad de los recursos que sean girados a la Cuenta de Alto Costo y se distribuirán de acuerdo a como lo defina el organismo de administración conjunta de la Cuenta de Alto Costo.(1)

Las Funciones de la cuenta de alto costo son: (2)

- Revisar y proponer mecanismos de ajuste por riesgo que técnicamente sean válidos y aplicables en el sistema de salud, compensando la concentración de riesgos que presentan algunas de ellas basado en mediciones epidemiológicas, objetivas y técnicamente adecuadas que evidencien y reconozcan los ahorros alcanzados por Gestión de riesgos.
- Aplicar el mecanismo financiero de redistribución de riesgo, establecido por los Ministerios de Salud y Hacienda para procurar equilibrio entre las EAPB que operan en el Sistema.
- Diseñar procesos estables y técnicamente seguros para censar los pacientes con patologías de Alto Costo.
- Construir y ajustar un sistema de información confiable y única de patologías de alto costo, con flujo de información desde IPS, para el uso de todos los actores.
- Elaborar estructuras de reporte de información, unificadas, basadas en evidencia y consensados con todos los actores.
- Construir indicadores estandarizados y concertados con los actores del sistema que evalúen la gestión de riesgo
- Evaluar las EPS e IPS con los criterios de medición estandarizados y concertado
- Elaborar anualmente el ranking para EPS e IPS según resultados en salud

- Aportar conocimiento técnico en la elaboración de guías de práctica clínica (GPC) con enfoque de riesgo.
- Aportar evidencia al Ministerio de Salud mediante experiencias y revisión de la literatura, referente a la selección de patologías de alto costo, según criterios técnicos, evitando de esta manera la inclusión de patologías de alto costo de forma dinámica.
- Contribuir en entregar mayor protección de salud a la población afiliada en general, y en particular, a los grupos de riesgo que, hasta ahora, han sido discriminados o seleccionados.

3. Planteamiento del problema

La Cuenta de alto Costo como organismo técnico del Sistema General de Seguridad Social en Salud, ha venido trabajando en forma continua en la caracterización de la Enfermedad Renal Crónica (ERC) en el país, para aportar información epidemiológica confiable que permita aplicar mecanismos de ajuste por riesgo, minimizar la distribución inequitativa de los costos de atención, promover y premiar el enfoque preventivo y de gestión de riesgo al igual que evaluar por resultados en salud a los asegurados y prestadores. En sus inicios el reporte sólo se enfocaba en aspectos exclusivamente clínicos de la terapia dialítica, donde los resultados obtenidos sólo permitía impactar en la población que ya tenía la enfermedad buscando rehabilitación y el mejoramiento de la calidad de vida, a medida que se realizaron diferentes análisis y se evaluaron los resultados se encontró que era igual de importante tener en cuenta la gestión del riesgo de la población tendiente a sufrir enfermedad renal crónica por sus patologías precursoras como la hipertensión arterial y la diabetes mellitus, es por eso que en el año 2014 se realiza un ajuste a las variables que se debe reportar.

Para esta caracterización la Unidad Renal debe realizar un reporte anual de sus pacientes en el periodo comprendido de julio 1 de 2014 a junio 30 de 2015, teniendo en cuenta el reporte de unas variables clínicas, sociodemográficas, indicadores de gestión del riesgo tales como: prevalencia de Hipertensión Arterial, Diabetes Mellitus, proporción de pacientes estudiados y mortalidad.

Toda esta información debe diligenciarse adecuadamente al ingreso del paciente en la historia clínica, pero la ausencia de un proceso bien establecido para la recopilación de la información, hace que sea necesario realizar acciones que permitan cumplir con los objetivos trazados, esto implica tiempo de un equipo interdisciplinario especializado, retardo en el momento de consolidar la información,

mala calidad e incumplimientos, es por esto que se debe identificar y cuantificar los costos de esta no calidad y realizar un plan de mejora evidenciado mediante el proceso de auditoría que garantice la gestión del riesgo en salud y evite pérdidas para la empresa.

En el año 2015 se reportaron a la cuenta de alto costo 3.385.457 personas con hipertensión arterial, diabetes mellitus y/o enfermedad renal crónica en Colombia. El 60.8% de la población reportada tiene 60 o más años, siendo aproximadamente el 62% mujeres, El 4.3% está identificada como población negra, mulata o afrocolombiana y 94.7% sin ninguna pertenencia étnica, el 64 % se encuentra afiliada al sistema general de seguridad social en salud a través del régimen contributivo.

El factor más frecuente en la población colombiana es la hipertensión arterial con un 72.4%, seguido por la presencia de hipertensión arterial asociada a la diabetes mellitus con un 20.1% y el 15.6% de los pacientes reportados vivos que tiene ERC se encuentra en estadios 3,4 o 5, el 47% no ha sido estudiada para ERC y se encuentran en estadios 1 o 2 y el 28.9% tiene el diagnóstico confirmado, estando el 3.2% de esta población en terapia de reemplazo renal. Teniendo en cuenta estos datos tenemos una prevalencia de la hipertensión arterial de 22.8%, la diabetes mellitus tiene una prevalencia de 3.5%, se ve con preocupación el aumento de la prevalencia de la hipertensión arterial y la diabetes mellitus a nivel país, también se nota un aumento de la prevalencia de la enfermedad renal, en el 2015 la prevalencia aumentó y se identificaron en Colombia 979.409 personas con ERC, con una prevalencia de 2 personas por cada 100.00 habitantes, siendo más frecuente en el sexo femenino que masculino. Estos aumentos de la prevalencia de la enfermedad se atribuyen a la presencia de factores de riesgo como la hipertensión, la diabetes mellitus, obesidad, hábitos alimenticios, políticas de salud pública, factores genéticos.

4. Justificación

Debido al aumento de la prevalencia de la enfermedad renal, el deterioro del estado de salud de los pacientes y cuidadores primarios, el cambio en el entorno individual y familiar por los costos económicos, se hace necesario realizar una auditoría que permita conocer la calidad percibida en la atención y su impacto en la salud, la correlación de esta calidad de atención con los resultados clínicos evidenciados en: disminución de infecciones, complicaciones y hospitalizaciones, exámenes de laboratorio dentro de las metas establecidas que permitan elaborar e implementar acciones de mejora que garantice disminuir el efecto sobre la salud de la población y atenuar las consecuencias derivadas de las mismas, resumido esto en una atención costo- efectiva.

5. Objetivos

5.1 Objetivo general

Realizar auditoría a la cuenta de alto costo de la Unidad Renal de Dially-ser 2015, con el fin de evitar re-procesos en el reporte de ésta.

5.2 Objetivos específicos

- Identificar los requerimientos de información del Ministerio de Protección Social para el reporte de la cuenta de alto costo de la Enfermedad Renal Crónica.
- Establecer los protocolos de atención de la Enfermedad Renal Crónica usados o aplicados por la Unidad Renal Dially-Ser
- Describir las características demográficas, económicas y clínicas de los pacientes atendidos en la Unidad Renal de Dially-ser en el 2015.
- Recomendar la auditoría interna para el mejoramiento continuo de la calidad del reporte de la cuenta de alto costo.

6. Marcos

6.1 Marco Político

En la ley 100 de 1993 (3) y en su reforma parcial, la ley 1122 de 2007 (4) el gobierno colombiano definió una lista explícita de eventos de alto costo en la que se incluían patologías, prestaciones o tratamientos específicos y ámbitos de prestación. En Colombia el abordaje de las patologías de alto costo ha evolucionado y va más allá de la protección financiera de los ciudadanos, la cual se ha buscado por medio de la cobertura universal (mayor del 95%), logrando niveles de pagos de bolsillo por debajo del 5%. La identificación de patologías de alto costo se orienta también a lograr la gestión del riesgo por medio de guías de práctica clínica, modelos de atención, normas técnicas, entre otros. Para neutralizar el efecto de la selección de riesgos entre aseguradoras y desincentivar la selección o discriminación de los pacientes con patologías de alto costo se incorporó al sistema un ajuste de riesgo el cual actualmente se hace ex post, con base en un mecanismo de redistribución de recursos entre todas las aseguradoras de salud, las cuales hacen parte manera obligatoria de un fondo de compensación denominado Cuenta de Alto Costo - CAC complementando el ajuste de riesgo ex ante, el cual no incluye los diagnósticos dentro de su estimación.

De acuerdo al decreto 2699 de 2007 que creó la Cuenta de Alto Costo, le corresponde al Ministerio de la Protección Social determinar las enfermedades ruinosas y catastróficas (alto costo) (5) y en la resolución 3974 de 2009 se considera conveniente atender criterios de selección y priorización tales como: Su importancia relativa en la carga de enfermedad del país, el carácter permanente o crónico de la enfermedad, la disponibilidad o el actual desarrollo de guías de atención integral, las posibilidades de prevención de la enfermedad, el costo de la enfermedad para el Sistema General de Seguridad Social en Salud (6). La Resolución 2565 de 2007 (7) y la resolución 3974 de 2009 (8) establecen con fines de ajuste por la Cuenta de

Alto Costo, una lista de patologías consideradas de alto costo a saber: Enfermedad Renal Crónica; Cáncer de cérvix; Cáncer de mama; Cáncer de estómago; Cáncer de colon y recto; Cáncer de próstata; Leucemia linfocítica aguda; Leucemia mieloide aguda; Linfoma Hodgkin; Linfoma no Hodgkin; Epilepsia; Artritis reumatoide; VIH/SIDA.

6.2 Marco Normativo

La Ley 100 de 1993 creó el Sistema de Seguridad Social Integral y proporcionó mediante su estructura el funcionamiento de la salud en Colombia (3).

A través de los acuerdos 217 de 2001 (10) y 227 de 2002 (11), el entonces Ministerio de Salud recopiló información de los eventos de alto costo –entre ellos la diálisis peritoneal y la hemodiálisis renal– que atendían las empresas promotoras de salud, las entidades obligadas a compensar, y las administradoras de régimen subsidiado, para estimar el grado de concentración de estas patologías y la participación de las empresas en su atención, y definir el valor de la unidad de pago por capitación que se debía distribuir en función de la desviación.

Decreto 2699 de 2007 Decreta la creación de la cuenta de alto costo por el ministerio de la protección social, como será la administración de esta cuenta (5).

En el 2007, aparece la Ley 1122 la cual tiene como objeto realizar ajustes al sistema general de seguridad social en salud, teniendo como prioridad el mejoramiento en la prestación de los servicios a los usuarios y donde define que toda EPS debe asegurar a sus beneficiarios la atención de Alto Costo (4).

Resolución 2565 de 2007 por la cual se adoptan unas determinaciones en relación con la cuenta de alto costo (7).

Resolución 4003 de 2008 por medio de la cual se adopta el anexo técnico para el manejo integral de los pacientes afiliados al régimen subsidiado, en el esquema de subsidio pleno, de 45 años o más con hipertensión arterial y/o diabetes mellitus tipo II (11).

La resolución 3974 de 2009 regula algunas medidas en relación con enfermedades de alto costo, monto de la provisión, información y mecanismo de pago (6).

Resolución 3394 de 2014 por la cual se define el monto a pagar a las entidades promotoras de salud de los regímenes contributivo y subsidiado y entidades obligadas a compensar para ajustar la desviación de siniestralidad en la enfermedad renal crónica (12).

Para la realización del reporte de la Cuenta de Alto Costo en el año 2008, se creó la resolución 4700; la cual posteriormente fue modificada por medio de la resolución 2463 de 2014 “Por la cual se definen la periodicidad, la forma y el contenido de la información que deben reportar las Entidades Promotoras de Salud y las demás Entidades Obligadas a Compensar para la operación de la Cuenta de Alto Costo” (13). En dicha resolución se define la estructura del reporte de la información, estructura y fechas en las cuales se debe reportar al Ministerio de Protección Social y el anexo técnico que contiene la información completa que se debe reportar.

6.3 Marco Conceptual

Sistema General de Seguridad Social Integral.

El Sistema General de Seguridad Social Integral fue definido en la ley 100 de 1993 en el artículo 1 como: “El sistema de seguridad social integral tiene por objeto garantizar los derechos irrenunciables de la persona y la comunidad para obtener

la calidad de vida acorde con la dignidad humana, mediante la protección de las contingencias que la afecten. El sistema comprende las obligaciones del Estado y la sociedad, las instituciones y los recursos destinados a garantizar la cobertura de las prestaciones de carácter económico, de salud y servicios complementarios, materia de esta ley, u otras que se incorporen normativamente en el futuro.”(3).

Entidades Promotoras de Salud (EPS)

Dentro del dicho Sistema de aseguramiento la ley igualmente define diferentes actores que permitan garantizar la prestación de los servicios de salud. Fue por esto que creó las Entidades Promotoras de Salud (EPS) y las define en la ley 100, en su artículo 177 como: “Las Entidades Promotoras de Salud son las entidades responsables de la afiliación y el registro de los afiliados y del recaudo de sus cotizaciones, por delegación del Fondo de Solidaridad y Garantía. Su función básica es organizar y garantizar, directa o indirectamente, la prestación del Plan de Salud Obligatorio (POS) a los afiliados y girar, dentro de los términos previstos en la presente Ley, la diferencia entre los ingresos por cotizaciones de sus afiliados y el valor de las correspondientes Unidades de Pago por Capitación al Fondo de Solidaridad y Garantía, de que trata el Título III de la Ley 100/93.”(3)

Régimen contributivo y subsidiado

La ley 100 de 1993 en su artículo 157 define los participantes del Sistema General de Seguridad Social en Salud como todo colombiano que en condición de afiliado pueda acceder a los servicios de salud, para ello define:

Existirán dos tipos de afiliados al sistema general de seguridad social en salud:

Los afiliados al sistema mediante el régimen contributivo son las personas vinculadas a través de contrato de trabajo, los servidores públicos, los pensionados

y jubilados y los trabajadores independientes con capacidad de pago. Estas personas deberán afiliarse al sistema mediante las normas del régimen contributivo de que trata el capítulo I del título III de la presente ley.

Los afiliados al sistema mediante el régimen subsidiado de que trata el artículo 211 de la presente ley son las personas sin capacidad de pago para cubrir el monto total de la cotización. Será subsidiada en el sistema general de seguridad social en salud la población más pobre y vulnerable del país en las áreas rural y urbana (3)

Plan Obligatorio de Salud

Ley 100 de 1993 Artículo 162: “El sistema general de seguridad social de salud crea las condiciones de acceso a un plan obligatorio de salud para todos habitantes del territorio nacional antes del año 2001. Este plan permitirá la protección integral de las familias a la maternidad y enfermedad general, en las fases de promoción y fomento de la salud y la prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación para todas las patologías, según la intensidad de uso y los niveles de atención y complejidad que se definan” (3)

Es de aclarar que según la Resolución 5521 de 2013 el Ministerio de Salud y Protección social define, aclara y actualiza integralmente el Plan Obligatorio de Salud (POS)

El mercado Colombiano y tratamiento de la Insuficiencia Renal Crónica

En nuestro país, las primeras hemodiálisis se hicieron a finales de los años sesenta, con equipo fabricado por los médicos en los hospitales San Juan de Dios de Bogotá, San Vicente de Paúl en Medellín y luego en el Hospital Militar Central de Bogotá. Después se crearon unidades de nefrología en otras ciudades y su número se

incrementó (D'Achiardi, 2004), con el empleo de tecnología importada, sobre todo de empresas farmacéuticas estadounidenses.

En este mercado intervienen actualmente varios agentes: el asegurador, el paciente, el prestador del servicio y el proveedor de equipos e insumos. El asegurador (la EPS) afilia al paciente y le garantiza la prestación del servicio, para la cual contrata firmas prestadoras (clínicas u hospitales) suficientemente dotadas para realizar el tratamiento en condiciones mínimas de calidad. El paciente, como su nombre lo indica, espera ser atendido y que se le proporcione tratamiento cuando padece la enfermedad, no tiene la misma información que el médico y delega en éste su poder de decisión. El prestador es una clínica u hospital (IPS) que tiene los equipos, propios o alquilados, para realizar el tratamiento. El proveedor vende o alquila al prestador los equipos e insumos necesarios.

Las firmas que hacen diálisis y hemodiálisis tienen unidades renales para atender a los pacientes; su número es significativo en las grandes ciudades y, de manera sorprendente, aunque sólo para tratamientos de insuficiencia renal, también en las ciudades pequeñas de todos los departamentos, lo que sugiere una sobreoferta y una deficiente asignación de recursos.

Implicaciones de la concentración de la enfermedad renal en el territorio Colombiano.

La Resolución 5261 de 1994 y el Acuerdo 72 de 1997 incluyen la diálisis y la hemodiálisis como tratamientos de alto costo, es decir, tratamientos que presentan un bajo costo-efectividad en la modificación del diagnóstico, una alta complejidad técnica en el manejo, baja ocurrencia y alto costo. La prestación de estos servicios demanda alta inversión en tecnología, y la baja frecuencia lleva a que la concepción del mercado competitivo, como asignador de recursos, sea poco razonable en términos de eficiencia, pues da lugar a monopolios “naturales” en este tipo de

servicios, lo que justifica ciertas formas de regulación de precios. En estas circunstancias se producen economías de escala que, junto con el argumento de la masa crítica en relación con la dimensión que debe tener un servicio de salud, influyen en la planeación de la oferta hospitalaria, privada y pública, con una tendencia inevitable hacia estructuras de mercado imperfectas (Cullis, 1984).

La existencia de oligopolios reduce el bienestar social porque, en esta situación, la diferencia entre el ingreso total y el costo total tiende a ser el máximo posible dado el nivel de producción. Lo que se refuerza en el ámbito de la salud por el carácter inelástico de la demanda de servicios de alta complejidad con respecto al precio, que se incrementa sin una justificación de costos.

Puesto que el tratamiento de diálisis y hemodiálisis puede costar alrededor de \$3.000.000 mensuales, el trasplante renal es una alternativa costo-efectiva, pues el costo en el año del trasplante es cercano a los \$30.000.000, y en los años posteriores es inferior al de la diálisis. En comparación con la diálisis, el trasplante da a los pacientes una mayor calidad y esperanza de vida.

En el sistema de aseguramiento existe un buen pagador, la firma de aseguramiento (EPS o ARS), que debe cubrir el costo del tratamiento de sus afiliados siempre que éstos hayan cancelado las cotizaciones (lo que puede crear problemas de selección adversa en el régimen contributivo); si el afiliado incumple y la vida del paciente está en riesgo se puede acudir a la tutela, en cuyo caso el Estado cubre parte de la obligación. Es decir, el sistema de aseguramiento protege a los individuos y, a la vez, garantiza que siempre haya un pagador, lo que incentiva la inducción a la demanda. El estudio del Ministerio de Protección Social (2003) sobre recobros por tutelas de medicamentos y procedimientos no incluidos en el plan obligatorio de salud muestra que el 60% corresponde a cinco grupos patológicos: la insuficiencia renal crónica ocupa el cuarto puesto después del cáncer, la esclerosis y el SIDA.

El sistema incentiva entonces a los proveedores para que induzcan la demanda, pues garantiza que las empresas aseguradoras o el Estado paguen los tratamientos. Esta garantía puede tener efectos positivos en términos de cobertura pero también ocasiona problemas de equilibrio financiero (se requieren 150 pacientes sanos que no demanden el servicio para cubrir el costo del tratamiento mensual de un paciente), pues aumenta la cobertura de los pacientes enfermos sin la contrapartida de afiliación de pacientes sanos, que compense el costo del tratamiento de los primeros y disperse el riesgo.

El sistema incentiva entonces a los proveedores para que induzcan la demanda, pues garantiza que las empresas aseguradoras o el Estado paguen los tratamientos. Esta garantía puede tener efectos positivos en términos de cobertura pero también ocasiona problemas de equilibrio financiero (se requieren 150 pacientes sanos que no demanden el servicio para cubrir el costo del tratamiento mensual de un paciente), pues aumenta la cobertura de los pacientes enfermos sin la contrapartida de afiliación de pacientes sanos, que compense el costo del tratamiento de los primeros y disperse el riesgo.

A su vez, en presencia de estas circunstancias se crean incentivos para el surgimiento de nuevos prestadores. A diferencia de otras mercancías y tal como se señaló anteriormente, los servicios médicos presentan inducción a la demanda según la cual una mayor oferta de servicios conduce a un aumento del consumo y no a una disminución en los precios. De manera que se puede esperar que la creciente oferta de unidades renales en el país no baje el precio del tratamiento sino que estimule el consumo de tratamiento a través de la búsqueda de enfermos renales. Ante un precio que no baja y un consumo creciente, la creación de nuevas unidades renales aparecerá para los inversionistas como una atractiva oportunidad de negocio, generándose así un círculo vicioso que contribuye a asignar de manera ineficiente los recursos (14).

Generalidades de la Enfermedad Renal Crónica

El riñón es un órgano con funciones excretoras y endocrinas, y que contribuye en forma notoria a la regulación del volumen corporal, la presión sanguínea y el equilibrio electrolítico, y, considerando, además, que el 20% del gasto cardiaco va a este órgano, cuyo peso es apenas el 0.4% del peso corporal total.

La Insuficiencia Renal Crónica (IRC), se define como la pérdida progresiva, generalmente irreversible, de la tasa de filtración glomerular que se traduce en un conjunto de síntomas y signos denominado uremia y que en su estadio terminal es incompatible con la vida.

Anteriormente la glomerulonefritis era considerada la causa más frecuente de Insuficiencia Renal, sin embargo, la nefropatía diabética ha llegado a ocupar el primer lugar, sobre todo en los países desarrollados seguido por la nefroesclerosis hipertensiva y en tercer lugar se coloca la glomerulonefritis. Hay razones que explican estos cambios, así la diabetes mellitus se ha convertido en una enfermedad pandémica que continúa en fase de crecimiento. Por otro lado los constantes adelantos en el manejo adecuado de la glomerulonefritis están impidiendo que la enfermedad se haga crónica y por lo tanto su importancia en la génesis de la insuficiencia renal ha ido disminuyendo.

Desde el punto de vista práctico resulta útil clasificar la IRC según el grado de severidad, En los pacientes diabéticos se considera IRC en estado terminal cuando la creatinina sérica es igual o mayor que 8 mg/dL, o la depuración de creatinina es menor de 15 mL/min.

Tabla 1: Clasificación de la Insuficiencia Renal Crónica, según la severidad

Grado de Severidad	Creatinina sérica (mg/dL)	RFG (Depurac. creatinina) (mL/min)
Leve	1,5-3,0	30-70
Moderada	3,0-8,0	15-30
Severa	8,0-10,0	10-15
Terminal	>10,0	<10

Es lógico por lo tanto que la IRC tenga notables implicaciones en toda la economía y sus manifestaciones puedan ser muy variadas, desde ser asintomática en 25% de los casos, hasta manifestarse con todo el cortejo sintomático del síndrome urémico. La IRC leve es usualmente asintomática, aun con niveles de creatinina de 2 mg /dL, que indicarían una pérdida del 50% de la masa renal funcionante. En la IRC moderada lo más característico es la presencia de anemia leve, que se manifiesta con hipodinamia; con frecuencia se presentan parestesias y calambres en los miembros inferiores y a veces cefalea, por la presencia de hipertensión arterial (HTA). También es frecuente la poliuria, por alteraciones en la capacidad de concentración y dilución. A partir de alteraciones en la rata de filtración glomerular (RFG), tan tempranas como 70 mL/min puede presentarse un cambio en el metabolismo de los iones divalentes, que conduce a hipocalcemia, hiperfosfatemia e hiperparatiroidismo, los cuales, dependiendo de la severidad de la IRC y los suplementos ofrecidos al paciente, pueden conducir a una osteodistrofia renal (producto Calcio x Fósforo > 70). En la IRC severa hay marcada fatigabilidad, náuseas, palidez, halitosis urémica, astenia y alteraciones del sueño. Es característico el color “terroso” de la piel. La IRC terminal usualmente, aunque no

siempre, se manifiesta por el síndrome urémico, consistente en náuseas, vómito, malestar marcado, astenia, hiporexia, palidez, halitosis y, a veces, acumulación de líquidos en el tercer espacio.

Dependiendo de la enfermedad causal y de los órganos extra renales comprometidos, la IRC puede acompañarse de alteraciones de la visión (diabetes), disnea, ortópnea y anasarca (falla cardíaca congestiva), artralgias y artritis (LES, artritis reumatoidea), manifestaciones neurológicas (cálculo y memoria alterados, síndrome de las “piernas inquietas”) y disminución de la fertilidad y la libido, entre otras.

Diagnostico

Todas las enfermedades que afectan los riñones, bien sea primaria o secundariamente, pueden potencialmente llevar al estado de I.R.C., siendo variable el tiempo en el cual ésta se desarrolla. La expresión clínica de disfunción renal es limitada. Y por tanto puede pasar inadvertida. En los casos de IRC secundaria los síntomas y signos van a corresponder a los de la enfermedad etiológica y pueden predominar sobre el síndrome urémico; cuando este sobreviene usualmente corresponden a disfunciones de otros órganos y sistemas y pueden aparecer como no relacionadas con enfermedades renales. Ejemplos de dichas situaciones son: palidez progresiva inexplicada, disminución de la capacidad de trabajo, cefalea, náuseas o vómito, neuropatía, etcétera (15).

Como en todas las situaciones médicas, la adecuada historia clínica es la base fundamental para el inicio del estudio de un paciente con insuficiencia renal crónica.

Tratamiento

Una vez se haga el diagnóstico de insuficiencia renal crónica, se deben establecer

medidas para tratar de disminuir la velocidad de la progresión de la misma, las cuales están unidas a su causa, por tanto variarán de un paciente a otro. Sin embargo, hay algunas que pueden considerarse de una manera general para todos los pacientes. Estas son:

- Control estricto de la hipertensión arterial
- Restricción proteica.
- Disminuir el desarrollo de la osteodistrofia renal
- Atenuar el estado anémico
- Control de la hiperlipidemia.
- Prevenir y corregir los trastornos hidroelectrolíticos.
- Evitar medicamentos u otras sustancias nefrotóxicos.

Podríamos dividir en dos etapas el manejo de los enfermos con insuficiencia renal crónica. La primera fase correspondería al manejo entre el inicio de la enfermedad y la fase terminal. El manejo en esta fase tiene por objeto disminuir la velocidad de progresión hacia el estadio terminal y así retardar la necesidad de terapia de reemplazo renal (diálisis o trasplante) A su vez, deben controlarse las alteraciones metabólicas o endocrinas desencadenadas por la pérdida de las funciones renales, lo cual llevará a menor deterioro a nivel de varios sistemas, como cardiovascular, hematológico, osteomuscular y neurológico. La segunda etapa corresponde a la fase terminal de la enfermedad y se ha denominado como «terapia de reemplazo renal» (diálisis y trasplante renal). En este momento hay que realizar procedimientos terapéuticos, para reemplazar las funciones renales y evitar así la muerte del paciente.

La insuficiencia renal crónica es un problema de salud pública a nivel mundial, el número de pacientes se viene incrementando tanto en países desarrollados como en desarrollo. Como consecuencia cada vez es mayor la necesidad de recurrir a procedimientos de diálisis y/o trasplante renal y por lo tanto se incrementa

progresivamente el costo de atención. Otra particularidad es que la edad de los pacientes que son admitidos a programa de hemodiálisis se va incrementando. Por ejemplo en Japón dos tercios del total de pacientes en diálisis están por encima de los 60 años y la mitad son mayores de 65 años.

Tipos de terapia de reemplazo renal

Diálisis peritoneal (CAPD)

La diálisis peritoneal es un método de depuración sanguínea extrarrenal de solutos y toxinas. Está basada en el hecho fisiológico de que el peritoneo es una membrana vascularizada semipermeable, que mediante mecanismos de transporte osmótico y difusivo, permite pasar agua y distintos solutos desde los capilares sanguíneos peritoneales al líquido dializador.

Desde hace ya más de 20 años, se tiene disponible la alternativa de una diálisis que le permita al paciente mantener una autonomía tal que dicho 42 procedimiento sea hecho en casa o en su sitio de trabajo. Esa modalidad es la diálisis peritoneal continua ambulatoria, a que a través de los años se le han realizado modificaciones tendientes a mejorar y simplificar la técnica y disminuir las complicaciones inherentes al método (Nivel de Evidencia I, Recomendación Grado A). Se ha llegado a tener varias modalidades que facilitan las actividades diurnas como la diálisis nocturna automatizada. Su morbilidad es similar a la de la hemodiálisis. Está indicada en nefropatas terminales de actividad importante, sin limitaciones visuales, con conocimientos mínimos de lectura y matemáticas, adecuadas condiciones ambientales de higiene en el hogar con pared abdominal sana, hipertensos severos, cardiopatas; en general las limitaciones al método son pocas; por el contrario, facilita la adhesión al tratamiento de una manera eficiente. Las contraindicaciones objetivas son enfermedad intestinal activa, anomalías de la pared abdominal, enfermedad pulmonar restrictiva, incapacidad de aprendizaje del método. Los pacientes en

espera de trasplante renal son excelentes candidatos para esta modalidad de tratamiento, al igual que los pacientes pediátricos.

Hemodiálisis (HD)

Terapia de reemplazo renal que consiste en la derivación de la sangre, hacia una membrana semipermeable, para que por difusión, convección y ultrafiltración, se elimine solutos y líquido acumulado en el torrente sanguíneo.

Es un método de fácil acceso en situaciones de emergencia, como también en circunstancias de tratamiento a largo plazo. Requiere supervisión médica y de enfermería durante las sesiones; tiene como inconvenientes la labilidad hemodinámica que puede generar en pacientes con cardiopatía (Nivel de Evidencia I, Recomendación Grado A). No obstante, con los nuevos adelantos técnicos, estos eventos se han visto minimizados. Si se trata de terapia crónica, idealmente debe construirse un acceso vascular nativo para evitar infecciones y reacciones de cuerpo extraño. Su eficiencia debe valorarse periódicamente mediante el KT/V , (medición de la eficiencia en la limpieza de las toxinas en un tiempo determinado), Se considera una diálisis adecuada cuando el porcentaje de urea sérica extraída supera el 70% de la cifra de urea sérica pre diálisis o cuando el aclaramiento de urea basado en modelos cinéticos de urea (Kt/v) es superior a 1.2 (15). Tiene limitaciones, como el nutricional en cuanto a líquidos, la necesidad de tratamiento hospitalario y la disminución en la capacidad laboral productiva, por el tiempo que se requiere para el procedimiento.

Trasplante renal

Se refiere al reemplazo de órganos dañados o irreversiblemente lesionados, que pueden provocar la muerte a corto o mediano plazo.

El trasplante renal ha sido una modalidad de reemplazo renal desde ya hace más de treinta años, pero desde hace 12, los resultados a largo plazo han mejorado notablemente después del advenimiento de nuevas drogas inmunosupresoras, mejor conocimiento de la inmunobiología del injerto y el fenómeno de rechazo, nuevas técnicas de preservación de órganos, métodos diagnósticos y terapéuticos nuevos para detectar y tratar las complicaciones (Nivel de Evidencia I, Recomendación Grado A). La mortalidad de pacientes con IRCT vinculados a programas de diálisis o de trasplante renal fue similar, siendo mayor solo en pacientes diabéticos trasplantados, comparados con los diabéticos en diálisis; estos datos netos no consideran los factores de calidad de vida en cada uno de los métodos escogidos, hecho que debe valorarse en conjunto con el paciente y su grupo familiar. El costo de un trasplante renal funcionando es de aproximadamente un tercio del costo de la terapia dialítica, con la ventaja de una capacidad laboral adecuada por el paciente y una mejor calidad de vida. La evaluación pre- trasplante debe ser cuidadosamente realizada para obtener un buen resultado a largo plazo se deben considerar aspectos generales, como el estado de los diferentes sistemas, excluirse enfermedad infecciosa activa o latente con potencialidad de reactivación por inmunosupresión, al igual que en mayores de 45 años la existencia de cáncer a nivel urológico, genital, colon, estómago y pulmón .

Trasplante de Donante cadavérico: El primer recurso de trasplante idealmente debe provenir de donantes cadavéricos, con una adecuada preservación general antes del acto de extracción.

Trasplante de Donante vivo relacionado: Es considerado como la segunda alternativa de origen de órganos para trasplante.

Trasplante de Donante vivo no relacionado: La disponibilidad de donantes cadavéricos en el mundo no alcanza a satisfacer las demandas de órganos sólidos.

En lo relacionado con los trasplantes de riñón, existe la posibilidad de obtener donación de donantes vivos. En la actualidad existe una experiencia amplia en más de cien centros de trasplantes de riñón en el mundo. Este tipo de trasplante está considerado para quienes no tienen donantes intrafamiliares, es urgente su realización y la consecución de un donante cadavérico es difícil.

De los dos tipos de diálisis, la más utilizada es la hemodiálisis (HD) alcanzando un 80 a 90%. La diálisis peritoneal continua ambulatoria (DPCA) se utiliza en un 10 a 20%, con algunas excepciones. Los estudios individuales y multicéntricos realizados en HD y DPCA muestran que no existen diferencias significativas entre ambas técnicas en cuanto a resultados se refiere. En la elección del tipo de diálisis usualmente se toma en cuenta factores como enfermedades coexistentes, situaciones vitales y sociales de cada paciente y también información de la comunidad nefrológica de las diferentes técnicas. Otros factores a considerar son preferencia del paciente y de la familia, capacidad de efectuar el procedimiento técnico en términos de seguridad y eficacia, costos, limitaciones anatómicas como hernias, lesiones vertebrales y limitaciones fisiológicas como el transporte peritoneal (15).

La insuficiencia renal crónica y el SIDA son las enfermedades de mayor impacto financiero y mayor desviación del perfil epidemiológico en el Sistema General de Seguridad Social en Salud de Colombia. En el régimen contributivo, la diálisis y la hemodiálisis costaron \$55.444 millones en el primer semestre de 2002, equivalentes al 64% del costo total por enfermedades catastróficas. El Instituto de Seguro Social atendió al 77% de los pacientes con enfermedad renal crónica a un costo de \$42.260 millones, lo que agravó sus problemas de equilibrio financiero (Ministerio de Salud, 2002). Ante la gravedad de la situación, el Ministerio de Protección Social, en una decisión sin precedentes, decidió trasladar 2.368 pacientes del Seguro Social a otras empresas promotoras de salud y redistribuir cerca de \$60 mil millones

de las empresas que presentaban menor concentración de enfermos de alto costo entre las empresas con mayor concentración, para atenuar la inequidad financiera.

Aun después de esta medida, el caso de la insuficiencia renal crónica sigue siendo preocupante por su nivel de crecimiento y el alto costo para la sociedad, puesto que su tratamiento exige tecnología sofisticada y costosa, personal calificado y sistemas de salud complejos y eficaces. Aunque se ha planteado la imposibilidad de legislar por patologías, la alta prevalencia de esta enfermedad es de tal importancia que requiere atención desde el punto de vista de la política pública.

Se estima que en Colombia la incidencia es de 9,4 por 100.000 habitantes (para una población de 40.700.000) y la prevalencia de 15,4 por 100.000 habitantes (López-Viñas, 2003, 703-704).

Complicaciones que se pueden presentar durante la terapia de reemplazo renal

Complicaciones Menores

- Hipotensión: disminución aguda de la presión arterial, que es percibida por el paciente. Aunque es frecuente excepcionalmente compromete la vida del paciente, pero influye en la adaptación al tratamiento.
- Calambres musculares: son contracción dolorosa, espontánea y prolongada de uno o varios músculos, son frecuentes en diálisis, generalmente afecta a los músculos de las manos y piernas, en raras ocasiones los de la pared abdominal.
- Náuseas y vómito: Se pueden presentar por una disminución del volumen del plasmático a nivel extracelular, se pueden asociar también a episodios de

hipotensión, síndrome de desequilibrio o por indigestión por una comida realizada durante la terapia dialítica.

- **Convulsiones:** Son infrecuentes en diálisis, pueden ser parte de la encefalopatía urémica (intoxicación con desechos), también por bajas de azúcar o de presión durante la terapia.
- **Cefalea:** Es una complicación frecuente, a menudo corregible y evitable y constituyen una causa importante de mala tolerancia a la diálisis. En ocasiones, pueden ser un signo precoz de un cuadro que puede llegar a ser grave. Suelen ser más frecuentes al final de la diálisis y persistir después de la misma.
- **Reacciones Alérgicas:** La Bio-incompatibilidad es un término que describe un fenómeno donde una sustancia expuesta a la sangre del paciente es percibida por ese paciente como un material extraño. En diálisis, la línea y el material del dializador pueden ser percibidos por la sangre como sustancias extrañas y el paciente presentar reacciones a este material. En diálisis, el significado específico es que el sistema inmune del paciente reacciona a los componentes del dializador; esta reacción es caracterizada por una disminución en los componentes del sistema del complemento, marginación de los glóbulos blancos y las plaquetas en la vasculatura pulmonar e hipoxemia; esto ocurre durante los primeros 30 minutos del tratamiento de diálisis, luego desaparece. Clínicamente, el paciente experimenta dolor de espalda, dolor de pecho, disnea, dolor de cabeza y taquicardia, lo cual desaparece luego de 30 minutos de diálisis.

Complicaciones Mayores

- **Dolor Torácico y dorsal:** Se puede presentar por la alta patología cardiovascular en los pacientes renales, de hecho constituye en la principal causa de muerte en éstos.

- Hemorragias y coagulación: La diálisis se debe realizar con un medicamento anticoagulante que no permita la unión de los glóbulos rojos y se creen coágulos en el sistema, pero al colocar mucha dosis de este medicamento se puede producir una hemorragia que puede ser grave en el paciente anciano e hipertenso predispuesto a una hemorragia cerebral.
- Arritmias: Falta de regularidad en el latido del corazón, que se presenta normalmente por patologías cardíacas, problemas en la conducción eléctrica del corazón, cambios en los electrolitos, como el potasio, calcio o magnesio.
- Embolismo Aéreo: ingreso de aire a nivel de la circulación, si el paciente se encontraba sentado en el momento del embolismo se puede presentar un accidente cerebro vascular. Si está en decúbito, al trabajar las cavidades derechas en vacío y pasar aire a los pulmones, puede producirse falla cardíaca y acompañarse de sintomatología respiratoria. Finalmente cuando el volumen de aire inyectado es alto, la cantidad inoculada en un minuto puede ser mortal.
- Hipoxemia: Disminución de oxígeno a nivel del cuerpo.
- Infección del acceso vascular.

6.4 Marco Contextual

Dialy- Ser SAS, se constituyó legalmente en la ciudad de Bogotá en Junio 18 del año 2008, como una alternativa diferente para el manejo del paciente renal en Colombia. El principal objetivo: Ofrecer al paciente el tratamiento médico que requiera de acuerdo a sus condiciones clínicas y socioeconómicas.

En Agosto de 2009 entró en funcionamiento la primera unidad renal, ubicada en la clínica León XIII de la ciudad de Medellín, ofreciendo tratamientos de hemodiálisis crónica y agudo, diálisis peritoneal manual y automatizada y consulta externa. En septiembre 1 del año 2011 se abre una nueva sede en el municipio de Bello, ofreciendo de esta manera una opción para toda la población del norte de Antioquia, en el 2012 se realiza una alianza estratégica con todas las clínicas BIORENAL, ubicadas en Armenia, Pereira, Popayán. En el 2013 se realiza la adquisición de la unidad renal en la ciudad de Bogotá y en el 2014 entra en funcionamiento la unidad de la ciudad de Cúcuta localizada en la clínica Unipamplona.

De esta manera se constituye en una gran opción en el mercado Colombiano, contando con 7 unidades renales en el país y construyendo una calidad humana, técnica y asistencial en forma diferente para darle tratamientos adecuados a los pacientes con enfermedad renal.

Actualmente la compañía BBRAUN adquiere el 100% de las acciones, convirtiéndose en uno de los centros de diálisis en Latinoamérica, disponiendo de unas de las más avanzadas tecnologías (16).

Misión

Mejorar la calidad de vida de los pacientes y su grupo familiar, desde el rol de cada miembro del equipo de trabajo de Dially- Ser para hacer de los tratamientos un proceso más armónico en pro del beneficio del usuario.(16)

Visión

Queremos ser reconocidos en 2015 como un grupo eficiente a nivel nacional y transparente apoyado en un equipo de alta tecnología y un talento humano de calidad superior que genera valor agregado a nuestros pacientes y asociados (16)

Valores

Ética

Integralidad

Respeto y trabajo en equipo

Responsabilidad social (16)

Política de Calidad

Dialy- Ser S.A.S es una empresa que ofrece y presta servicio integral a pacientes con enfermedad renal.

Dialy- Ser S.A.S garantiza la calidad de sus servicios a través de procedimientos de alta calidad. Contamos con profesionales especializados que aseguran la calidad del servicio para mejorar el estado de salud de nuestros pacientes (16).

6.5 Marco Programático

Con la cuenta de alto costo se espera la implementación de procesos de medición y monitoreo, la generación de indicadores para evaluación por resultados en salud, análisis y gestión de la información desde las perspectivas clínica, social, económica y administrativa, facilitando el diseño e implementación de políticas públicas en el país y por consiguiente fortaleciendo el sistema de salud, permitiendo que todos los actores puedan contar con información confiable, oportuna y útil en los procesos de

análisis y toma de decisiones.

Con base en lo logrado por la CAC, se dio el paso para que el país empezara a trabajar en pago por desempeño, estrategia que ha impulsado el Ministerio de Salud y que la Cuenta de Alto Costo ha aplicado según normatividad, en Enfermedad Renal Crónica y se espera en las demás patologías. Esto ha sido considerado por todos los actores del sistema una estrategia objetiva, debido a la calidad de información que se obtiene a través de los procesos que lidera la CAC en las mediciones, revisión, verificación, monitoreo y seguimiento a los aseguradores y prestadores.

Esta gestión realizada por la Cuenta de Alto Costo ha logrado importantes avances en el sistema de salud, tales como:

- Estandarización de mediciones en VIH/SIDA, Enfermedad renal Crónica, Hipertensión, Diabetes Mellitus, Cáncer, Hemofilia, para la evaluación por resultados en salud concertados con todos los actores del sistema de salud.
- Ajuste e implementación de programas con enfoque de riesgo para estas patologías con el fin de garantizar mejor calidad de la atención.
- Colombia tiene el mejor registro de Enfermedad Renal Crónica, Hipertensión y Diabetes de América Latina, según investigadores de Oxford quienes revisaron los registros de esta patología en el mundo.
- Colombia es pionero en América Latina en promover la gestión de riesgo e

introducir el pago por resultados en salud.

- Colombia es el único país que a través de la CAC, tiene un sistema de información confiable (solo con un error del 2%) de alta calidad en patologías de alto costo.
- Es uno de los países con mayor disminución de la incidencia de ERC terminal según lo publicado por United States Renal Data System recientemente.
- Disminución del costo del tratamiento en la terapia dialítica por paciente con un ahorro 900 mil millones de pesos en 5 años.(US\$450 millones) al sistema de salud.
- Según el comportamiento de la Enfermedad Renal Crónica en estadio terminal presenta un crecimiento anual en su incidencia cerca del 6%; sin embargo, en 4 años se han evitado el ingreso a Terapia de Reemplazo Renal aproximadamente de 5.169 casos lo cual significa un ahorro para el sistema de salud de 600 mil millones de pesos (Aproximadamente).

7. Metodología

7.1. Diseño del estudio

Es un proyecto de desarrollo, de tipo descriptivo retrospectivo, ya que se auditarán los costos de no calidad de la cuenta de Alto Costo de la Enfermedad Renal Crónica de la Unidad Renal de Dially-ser reportados entre julio de 2014 y junio de 2015, con el fin de optimizar el proceso del reporte.

7.2. Población y muestra

La población objeto serán los pacientes atendidos en la Unidad Renal, Dially – Ser. No se tomará muestra, sino que se tendrá en cuenta para la realización de la auditoría el total de la población objeto.

7.3. Fuentes, técnicas e instrumentos

Con el fin de darle cumplimiento a la realización de la auditoria en la Cuenta de Alto Costo, es importante desarrollar cada uno de los objetivos específicos propuestos.

Para esto se tendrá en cuenta lo siguiente:

- Para Identificar los requerimientos de información del Ministerio de Protección Social en cuanto al reporte de la Cuenta de Alto Costo de la Enfermedad Renal Crónica se hace necesario realizar un análisis de la resolución 2463 de 2014 y su anexo técnico por medio de una revisión bibliográfica. Luego de tener este análisis se revisarán las bases de datos suministradas por la empresa Dially-Ser y verificar si los campos suministrados cumple con las exigencias de la norma y se encuentran bien reportados

- Solicitar a la Unidad Renal Dially-Ser los protocolos de atención de la Enfermedad Renal Crónica usados o aplicados por el personal asistencial, con el fin de determinar los costos por actividades según los contratos con las diferentes EPS y EPS-S a las cuales prestan los servicios y compararlos con los diferentes manuales tarifarios, con el fin de realizar recomendaciones que sirvan en la parte de costos para la empresa.

- Para caracterizar la Enfermedad Renal Crónica de la Unidad Renal de Dially-Ser es necesario tener datos que permitan conocer como es la distribución demográfica, económica y clínica de los pacientes de la unidad renal, para lo cual se realizará lo siguiente:

- Análisis de las bases de datos primarias de los pacientes de la unidad renal de Dially-ser en el periodo 2014 - 2015.
- Presentar la información según los resultados recolectados por medio de gráficos estadísticos y tablas comparativas.
- Presentar conclusiones acerca de las características de los pacientes de alto costo de la Enfermas Renal Crónica que le permita a la empresa obtener un perfil epidemiológico.

- Según los resultados obtenidos y el cruce de información, se recomendará realizar auditorías internas al procedimiento de la cuenta de alto costo para el mejoramiento continuo de la calidad del reporte

7.4. Procedimientos de recolección de datos

Los datos se recolectarán a partir de las bases de datos primarias con las cuales cuenta la empresa Dially-Ser para poder ser comparadas con la normatividad para el reporte.

Como insumo se tienen además los protocolos de atención y los contratos para el

cruce de la información que permita un análisis de la información.

7.5. Procesamiento, análisis y socialización

Para la realización del presente trabajo, se tendrá como punto de partida la información obtenida en las bases de datos primarias existentes durante el periodo de atención de julio de 2014 a julio de 2015.

De acuerdo a dicha información, se realizará una comparación de datos que a su vez permitan la definición de variables para realizar la caracterización de la población objeto.

El análisis de la información se hará por lo resultante de la toma y revisión de la información obtenida, por medio de gráficos y cuadros comparativos en Excel.

7.6. Consideraciones Éticas

Entre los criterios éticos tenidos en cuenta para la investigación, se adopta una postura respetuosa y responsable con la información suministrada, es decir la empresa DIALY - SER, institución en la cual se realizará la investigación, definirá los límites y formas en las cuales suministrará la información, de acuerdo a lo establecido dentro de sus políticas, con el fin de proporcionar la información necesaria.

Por lo tanto, teniendo en cuenta que la institución suministrará información valiosa para ella, y que además la población objeto a investigar son los principales protagonistas, se reconocerá, valorará y se respetará el principio de privacidad en la información.

Se tendrán en cuenta para el análisis de los datos las bases de datos con que cuenta la institución y las evidencias científicas que se tengan al respecto. De acuerdo a ello se realizará un análisis teniendo en cuenta el cruce de variables definidas dentro de la investigación sin tener presentes juicios de valor ni percepciones.

8. Aspectos Administrativos

Factibilidad y viabilidad

Desde el punto de vista de la investigación es factible, ya que la información que se obtendrá a partir de las bases de datos primarias, ya está elaborada. Los protocolos de atención se encuentran descritos y la información de la cual se obtendrán los resultados está actualizada.

En cuanto a la viabilidad, la empresa Dialy – Ser, se encuentra comprometida con el proceso de auditoría que le permita el mejoramiento en la captura de la información, con el fin de evitar reproceso y aumento de los costos.

9. Resultados

9.1. Requerimientos de información de cuenta de Alto Costo según el Ministerio de Protección Social

Teniendo en cuenta la normativa legal vigente y lo relacionado con las enfermedades de alto costo, las personas con enfermedad renal crónica están obligados a reportarse ante el ministerio de protección social, con el fin de que a las EPS y a las EOC se les distribuya el dinero correspondiente proveniente de la cuenta de alto costo con el fin de garantizar una atención equitativa.

De acuerdo a lo estipulado por el anexo técnico de la resolución 2463 de 2014, se realiza el análisis de las variables de obligatorio reporte, obteniendo los siguientes resultados de la información:

- Todos los campos están completamente diligenciados de forma adecuada.
- Utiliza las longitudes permitidas por cada campo y los valores permitidos.
- Es muy usual que no se tengan datos de usuarios, ya que se encuentra muy frecuentemente el valor 98, 99 y 800-01-01 que significa: No se tiene el dato.
- Encontramos también en algunas casillas el código 1845-01-01 que significa no aplica.

9.2 Establecer los protocolos de atención de la Enfermedad Renal Crónica usados o aplicados por la Unidad Renal Dially-Ser

En la unidad renal se tiene dos programas establecidos para la prestación de los servicios a los pacientes con ERC, estos son: Hemodiálisis y Diálisis Peritoneal.

Para la atención de estos pacientes se cuenta con unos manuales de atención en cada una de las terapias y varios protocolos establecidos para el adecuado manejo.

El manual de hemodiálisis cuenta con los siguientes protocolos:

- Conexión y desconexión de Catéter y FAV
- Preparación e inicio de la terapia de hemodiálisis
- Diálisis sin heparina.
- Tomas de exámenes de laboratorio.
- Finalización de la terapia

El manual de Diálisis Peritoneal cuenta con los siguientes protocolos:

- Adaptación de la membrana
- Conexión de máquina cicladora
- Conexión de diálisis peritoneal manual.

Hemodiálisis

A continuación se enumerarán las actividades contempladas en las guías de atención para los pacientes que ingresa a la unidad renal para terapia de hemodiálisis:

- Exámenes de laboratorio para ingreso a la terapia, se tiene establecido un protocolo para todos los pacientes.
- Evaluación con el médico nefrólogo, para la revisión de exámenes y la prescripción de la terapia.
- Si el paciente no cuenta con el acceso Vascular, se debe realizar la postura del catéter como primera opción ante la urgencia de comienzo de diálisis.
- Realización de la terapia incluye:
 - Atención por parte de enfermería para la conexión, seguimiento y desconexión de la terapia.
 - Atención por parte de médico general en sala.
 - Grupo de apoyo que está conformado por trabajadora social, psicóloga, nutricionista.
 - Químico farmacéutico y regente de farmacia para la dispensación de medicamentos, insumos y seguimiento farmacoterapéutico.
 - Ingeniero de mantenimiento.
 - Secretaria
 - Facturación
 - Administrador.
 - Personal de aseo
- Para la realización de la Hemodiálisis son necesarios los siguientes insumos:
 - Máquina de hemodiálisis
 - Líneas del circuito de sangre
 - Filtro
 - Cartucho de bicarbonato

- Kit de conexión FAV o catéter
- Solución salina de 1000 cc
- Jeringa de 20 cc
- Jeringa de 5 cc
- Heparina frasco de 5 ml
- Acido para líquido de diálisis.
- medicamentos
- Planta de tratamiento de agua.
- Sabana
- Sillas
- Computadores
- Utensilios de aseo: toallas, jabón, alcohol, alcohol glicerinado, canecas.

Diálisis Peritoneal

La terapia de Diálisis Peritoneal por paquete mensual es facturada a las entidades a las cuales se les presta servicios de atención a un valor de **\$2.030.000** según lo establecido en el contrato.

A continuación se enumerarán las actividades contempladas en la guía de atención para los pacientes que ingresa a la unidad renal para terapia de Diálisis Peritoneal:

- Curso de capacitación al paciente y familia,
- Materiales y equipo para los cambio de línea dos veces al año
- Exámenes de laboratorio mensuales
- Control mensual por nefrólogo
- Trabajo social
- Psicología
- Nutrición
- Químico farmacéutico

- Enfermera
- Realización del acceso

Diálisis Peritoneal Continua Ambulatoria

El protocolo de atención para la Diálisis Peritoneal Continua Ambulatoria indica las siguientes actividades:

- Exámenes de laboratorio para ingreso a la terapia, se tiene establecido un protocolo para todos los pacientes.
- Evaluación con el médico nefrólogo, para la revisión de exámenes y la prescripción de la terapia.
- Si el paciente no cuenta con el acceso, se procede a la colocación de catéter peritoneal.
- Realización de la terapia
 - Máquina de diálisis peritoneal
 - Bolsas de líquido de diálisis
 - Líneas para la conexión de la máquina de diálisis peritoneal.
 - Jabón, toallas, alcohol, alcohol glicerinado
 - Consultorio dotado de mesa, lavamanos, sillas
- Todo el recurso humano que se necesita para la terapia de hemodiálisis

Análisis de Costos según los paquetes para terapias de Hemodiálisis y Diálisis Peritoneal según los contratos realizados

Las terapias de Hemodiálisis y Diálisis Peritoneal, son facturadas por un valor de **\$2.030.000** según lo establecido en el contrato. Las sesiones individuales tienen un costo de **\$ 156.154**.

Con el fin de realizar un análisis de dichos costos según lo contratado por la empresa Dially-Ser, nos permitimos realizar una comparación con los costos según lo establecido en el Acuerdo 256 de 2001, "Por el cual se aprueba el "Manual de tarifas" de la entidad promotora de salud del seguro social "EPS-ISS", y que es la base de facturación en las entidades prestadoras de salud. Dichos costos se tienen en cuenta de acuerdo a las actividades establecidas por los protocolos de atención de la empresa.

Tabla N° 2: Costos Comparativos según manuales tarifarios

Manual ISS 2001	Dially-ser 2015
Valor terapia de hemodiálisis	Valor terapia de hemodiálisis
\$ 3.274.040	\$ 2.030.000
Valor de sesión de hemodiálisis	Valor de sesión de hemodiálisis
\$ 233.860	\$156.154
Creación de FAV	Creación de FAV
\$272.660	\$ 272.700
Colocación de catéter peritoneal	Colocación de catéter peritoneal
\$356.725	\$ 370.000
Implantación de Catéter Yugular	Implantación de Catéter Yugular
\$ 115.570	\$ 115.000
Implantación de catéter permanente	Implantación de catéter permanente
\$233.860	\$223.595

Según lo anterior se puede deducir que los valores por paquetes se encuentran subvalorados según los contratos establecidos con las diferentes entidades que se tienen contratos para la prestación de servicios y las tarifas actuales vigentes de los servicios de salud, lo que implica un déficit para la empresa a largo plazo. Sin embargo, las actividades específicas de atención y procedimientos prestados son acordes con los precios del mercado.

A continuación se presentará una relación de lo facturado por la empresa en el año 2015, y lo compensado según el reporte de la cuenta de Alto Costo, teniendo en cuenta las variables de pacientes atendidos y el rompimiento de paquetes por las diferentes causas establecidas dentro de los contratos.

Tabla N°3: Análisis Financiero de Dially-Ser según la cuenta se Alto Costo

Terapia de Hemodiálisis	Terapia de Diálisis Peritoneal
\$ 2.030.000	\$ 2.030.000
Facturado en el mes	
\$ 800.000.000	
Total que se recobra en el mes	
\$ 500.000.000	
Promedio de pacientes atendidos en el mes	Promedio de pacientes atendidos en el mes
338	125
Pacientes que en promedio rompen el paquete en Hemodiálisis	Pacientes que en promedio rompen el paquete en Diálisis peritoneal
27 pacientes, lo que constituye el 8% de los pacientes de terapia, se estaría pagando por estas terapias un promedio de \$1.093.078, porque se paga por sesión realizada, lo que	Los pacientes de Diálisis Peritoneal, no presentan este problema, porque se le envía los líquidos a principio de mes y se factura.

evidencia una pérdida de \$ 936.922, por paciente que al mes representa \$25.296.894 (generado básicamente por las inasistencias de los pacientes a diálisis, por problemas económicos la mayoría)	
Pacientes con subsidio para transporte 123+	
Promedio de subsidio en el mes \$20.000	

Según la información obtenida por el reporte de facturación, durante el año se facturaron **\$800.000.000** de los cuales se compensaron **\$500.000.000** por la cuenta de Alto Costo, equivalente al **62.5%** de la cartera. Al mes se atendieron un promedio de **463** pacientes, de los cuales el **8%** de los pacientes tuvieron una inasistencia mensual, que obligó al rompimiento de los paquetes cobrados a las aseguradoras con las que se tienen convenios de atención. Esto representa una pérdida de **\$25.296.894** (mensual), generada básicamente por la inasistencia continua a las terapias de hemodiálisis debido a la situación económica de los pacientes que dificulta el traslado a la institución prestadora del servicio.

Además de lo anterior se suman los costos la No Calidad en el reporte de la Cuenta Alto Costo, evidenciados en los reprocesos de la información y el incremento de las horas extras laborales de profesionales de la empresa que deben asumir la revisión y el reporte de notas aclaratorias debido al inadecuado reporte de los profesionales asistenciales.

Tabla N° 4: Costos de la NO calidad en el reporte de la cuenta de alto Costo

Personal que se necesita para el reporte de novedades de cuenta de alto costo por la no realización de reporte adecuado		Promedio horas utilizadas	Total Costo
Médico General	\$3.500.000	Promedio horas para reporte de notas aclaratorias por el no reporte adecuado 52 horas	\$947.908
Coordinadora de Enfermería	\$ 3.640.000	Promedio horas para reporte de notas aclaratorias por el no reporte adecuado 52 horas	\$985.816
Secretaria	\$ 950.000	Promedio horas para reporte de notas aclaratorias por el no reporte adecuado 52 horas	\$ 257.244

Hallazgos en los procesos de contratación

- Causas de facturación por sesión individual para hemodiálisis:
 - Cuando se realizan menos de 10 diálisis por paquete
 - Cuando se realizan sesiones extras (más de 16 sesiones), lo cual implica una autorización de la aseguradora.

- Causas de rompimiento de paquetes. El valor contratado de los paquetes se puede romper y por tanto se pagará el valor correspondiente a cada sesión, dadas las siguientes características:

Para las terapias de hemodiálisis, el rompimiento de paquete está dado por:

- Periodos de hospitalizaciones las cuales sean en otra institución, por lo cual no se pueda seguir realizando la diálisis y/o en los casos en que las terapias deban ser realizadas por un prestador diferente al ambulatorio.
- Muerte del paciente
- Si hay cambio de terapia en el mismo mes. El valor aumenta por el cambio de acceso, así como la colocación y retiro de catéteres que el paciente requiera.

Para las terapias de diálisis peritoneal, el rompimiento de paquete está dado por:

- Muerte del paciente
- Cambio de tratamiento de terapia dialítica

Cada sesión facturada corresponde al valor que resulte de dividir el paquete mensual contratado entre 13 sesiones, lo cual equivale a un valor de **\$ 156.154.00**, siendo este un valor que no supe los costos de recursos humanos y técnicos que se requieren para la prestación del servicio.

Es muy común que los pacientes no asistan al total de terapias programadas y se genere rompimiento en los paquetes, lo anterior debido a:

- Dificultad para el transporte y acceso a las instalaciones de la clínica.
- Problemas económicos, lo cual no les permite tener los recursos suficientes para su traslado y asistencia a las citas en las fechas asignadas.

- En los casos de diálisis peritoneal, los pacientes cuentan con servicios adicionales tales como:

- Refrigerio para los pacientes, que tiene un costo para la empresa;
- Subsidio de **\$20.000** para transporte
- Monitoreo continuo de satisfacción del usuario, para lo cual se cuenta con una satisfacción del **98%**.

Estos son valores agregados que se le da al usuario y que representan costos para la organización.

- Para los diferentes tipos de diálisis (Hemodiálisis y diálisis peritoneal) se cuenta con el siguiente recurso humano disponible para prestar adecuadamente el servicio y poder seguir con el protocolo de atención:

- Equipo Asistencial:
 - Médico especialista – Nefrólogo
 - Médico General de sala:
 - Enfermería
- Grupo de Apoyo:
 - Trabajadora Social
 - Psicología
 - Nutricionista
 - Químico farmacéutico
 - Regente de farmacia
 - Ingeniero de mantenimiento
 - Secretarias
 - Facturación
 - Administrador
 - Personal de Aseo

9.3 Caracterización de la población

La empresa Dialy-ser atendió durante el periodo de reporte (de Julio de 2014 a Junio de 2015) 261 pacientes con Enfermedad Renal Crónica (ERC) en estadio 5, que según la norma, lo define como el usuario que tiene Tasa de Filtración Glomerular (TFG) en rangos menores de 15 ml/min y que requieren diálisis tales como son la Hemodiálisis o la Diálisis Peritoneal. Además estos pacientes no cuentan con atención en programas de donde le presten seguimiento a su Enfermedad Renal Crónica (ERC), tales como programas de renoprotección, nefroprotección,

protección renal o pre diálisis.

Tabla N°5: Distribución del sexo en los pacientes

		%
Masculino	132	51
Femenino	129	49
	261	100

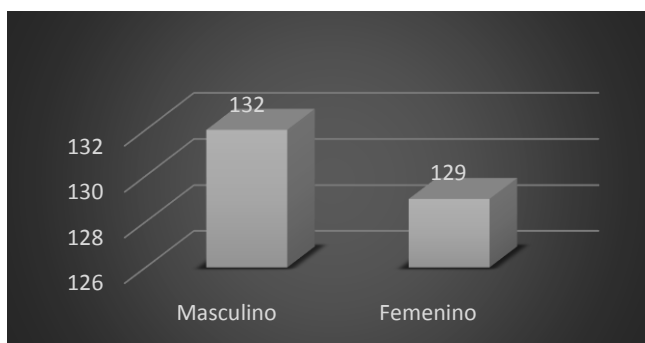


Figura N°1: Distribución del sexo en los pacientes

El 51% (132 pacientes) de la población es Masculino, y el 49% (129 pacientes) son femenino, de lo cual podemos deducir que la prevalencia de la Enfermedad Renal Crónica de los pacientes atendidos es casi igual en ambos sexos, la diferencia es de tres pacientes masculinos; los cuales son sometidos a hemodiálisis.

Tabla N°6: Pertenencia étnica de los pacientes

		%
Negro, Mulato o afrodescendiente	8	3
Ninguna	253	97
	261	100

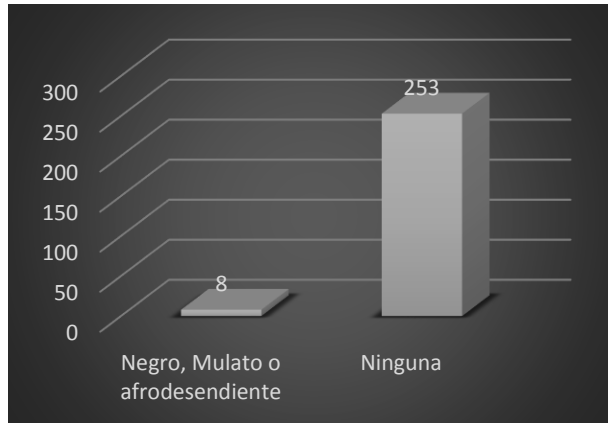


Figura N°2: Pertenencia Étnica de los Pacientes

El 97% de la población atendida no tiene ninguna pertenencia étnica, lo que hace a este tipo de población más susceptible de sufrir la enfermedad, siendo solo un 3% de pertenencia étnica Negro, mulato o afro descendiente. Esta característica no se relaciona con el lugar de residencia.

Tabla N°7: Seguridad Social de los pacientes

		%
Subsidiado	210	80
Contributivo	51	20
	261	100

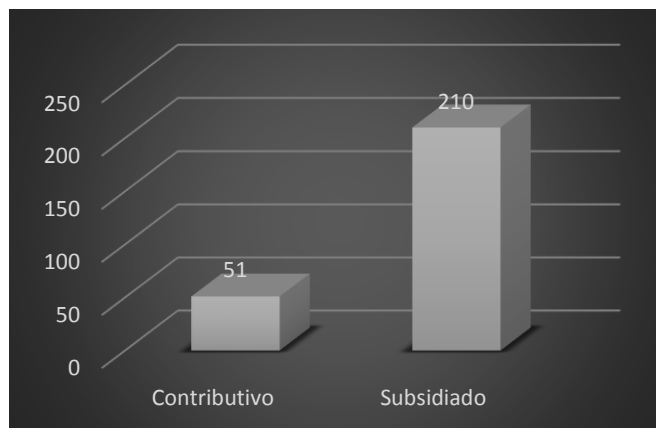


Figura N°3: Seguridad Social de los pacientes

En cuanto a la seguridad social el 79% (207 pacientes) de la población pertenece al régimen subsidiado y el 21% de la población es contributivo (54 pacientes).

Tabla N° 8: Distribución de pacientes por régimen Subsidiado

		%
Savia Salud	203	97
Cafesalud EPS	0	0
Saludcoop EPS	3	1
Cruz Blanca SA	0	0
Nueva EPS	2	1
No conocida	2	1
	210	100

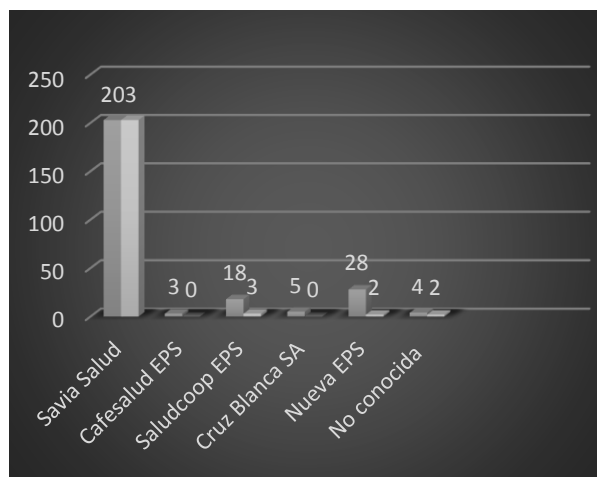


Figura N°4: Distribución de pacientes por régimen Subsidiado

Los convenios que se tienen en el régimen subsidiado prevalece el convenio que de Savia Salud con 97% de la población atendida, además se atienden un 1% de pacientes de cada una de las siguientes EPS–S: Saludcoop y Cruz Blanca; y un 0,5% de los pacientes pertenecen a otras subsidiadas no conocidas

Tabla N° 9: Distribución de pacientes por régimen Contributivo

		%
Savia Salud	0	0
Cafesalud EPS	3	6
Saludcoop EPS	15	29
Cruz Blanca SA	5	10
Nueva EPS	26	51
No conocida	2	4
	51	100

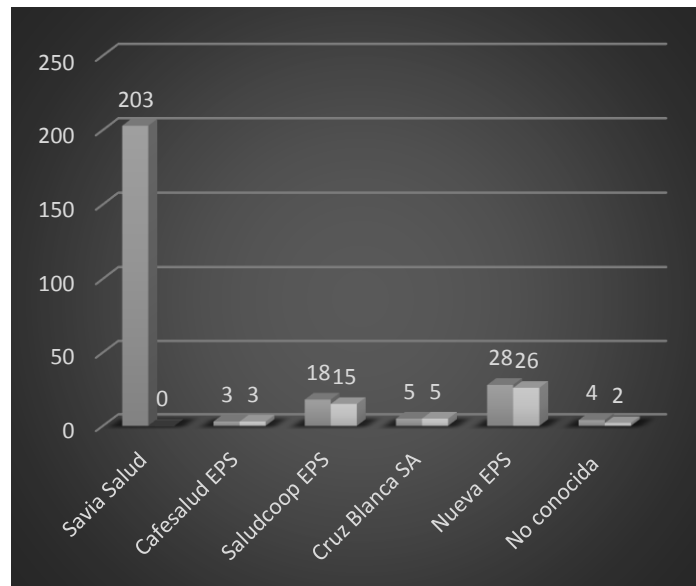


Figura N°5: Distribución de pacientes por régimen Contributivo

Con el régimen contributivo se tienen los siguientes convenios: Café salud EPS atiende el 6% de la población; Nueva EPS con el porcentaje más alto, atiende el 51% de la población; Saludcoop EPS atiende el 29% de la población; y un 4% de la población pertenece a otras EPS contributivas no conocidas.

Tabla N°10: Distribución por lugar de residencia de los pacientes

		%
Medellín	189	72
Area Metropolitana	16	6
Otros Municipios	45	17
Otros Departamentos	11	4
	261	100

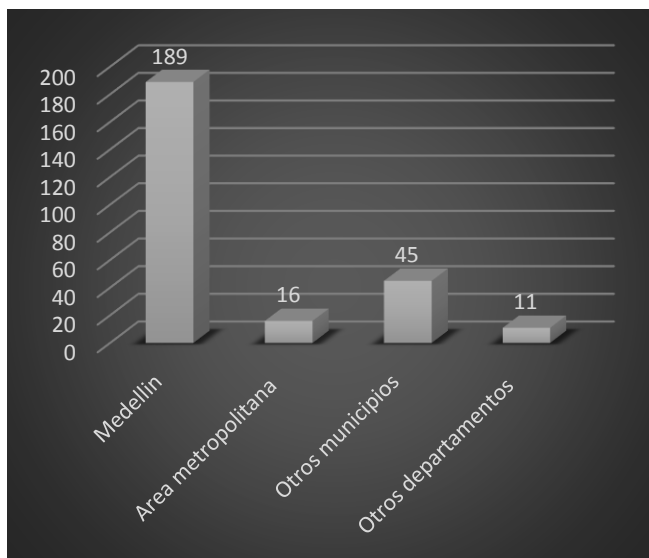


Figura N° 6: Distribución por lugar de residencia de los pacientes

El 72% de los pacientes residen en la ciudad de Medellín, siendo la mayor presencia, facilitando así el acceso al tratamiento. Un 6% de los pacientes viven en el Área Metropolitana, siendo ello municipios como Bello, Barbosa, Envigado, Itagüí y Caldas. Le sigue un 17% de pacientes residentes en otros municipios de Antioquia, repartidos en todo el territorio, siendo esta población la más fluctuante para la realización del tratamiento; así mismo en menor proporción, con un 4% de pacientes que residen en otros departamentos de Colombia tales como Córdoba, San Andrés

y Providencia, Sucre, Arauca, entre otros.

Tabla N°11: Distribución de pacientes con Antecedentes de Hipertensión Arterial - HTA y/o Diabetes Mellitus

		%
HTA	246	94
DM	119	46
AMBAS	117	45

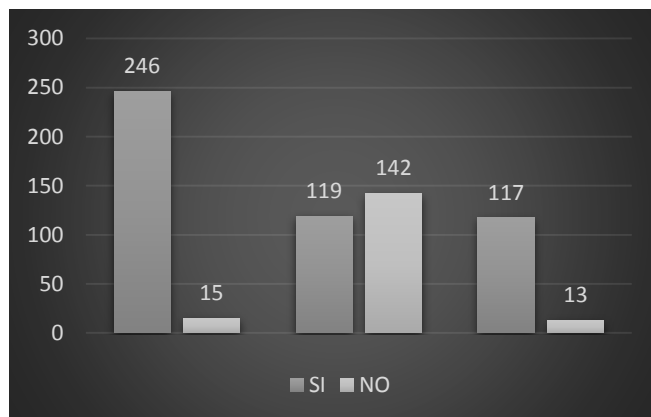


Figura N°7: Distribución de pacientes con Antecedentes de Hipertensión Arterial - HTA y/o Diabetes Mellitus

Durante el tratamiento, los pacientes pueden ser diagnosticados con Hipertensión Arterial y/o Diabetes Mellitus. Esto es importante, debido a que estos diagnósticos pueden predisponer al paciente a padecer o no Enfermedad Renal Crónica. Existe más prevalencia de tener un diagnóstico de Hipertensión Arterial con un promedio del 94% de pacientes diagnosticados con esta enfermedad. En cuanto a la Diabetes Mellitus es menor con una proporción del 46% de pacientes que la padecen. Sin embargo, el 98% de los pacientes que padecen Diabetes Mellitus también tienen asociada Hipertensión Arterial. Esto equivale al 45% de la población total atendida.

Tabla N° 12: Etiología de la Enfermedad Renal Crónica

		%
HTA o DM	248	95
OTRAS	13	5
	261	100

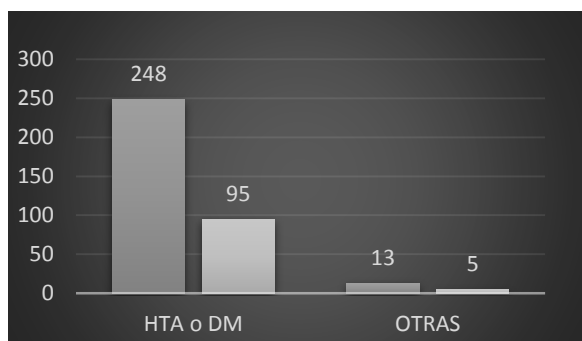


Figura N° 8: Etiología de la Enfermedad Renal Crónica

En los pacientes atendidos la Enfermedad Renal Crónica, tiene un 95% de origen en patologías como la Hipertensión Arterial y la Diabetes Mellitus. El otro 5% tiene su origen en otras patologías

Tabla N°13: Inicio de Terapia de Reemplazo Renal

		%
Urgencias	207	79
Programada	44	17
Diferente a Diálisis	3	1
No aplica	7	3
	261	100

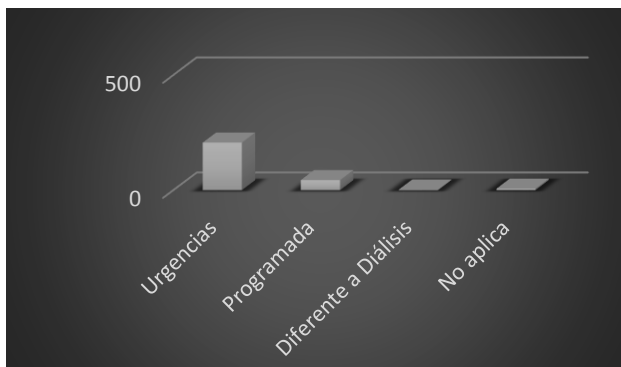


Figura N°9: Inicio de Terapia de Reemplazo Renal

Los pacientes en estadio 5 atendidos, que iniciaron con Terapia de Reemplazo Renal a la fecha de corte, lo hicieron de tres formas: un 79% de ellos fueron ingresados por Urgencias a la institución, el 17% de ellas por cita programada, un 1% reciben otro tratamiento diferente a diálisis y un 3% no aplica la información, ya que a la fecha de corte no recibían ninguna de las diferentes Terapias de Reemplazo Renal.

Tabla N°14: Tipo de Hemodiálisis

		%
Fistula	45	17
Catéter	147	56
No aplica	69	26
	261	100

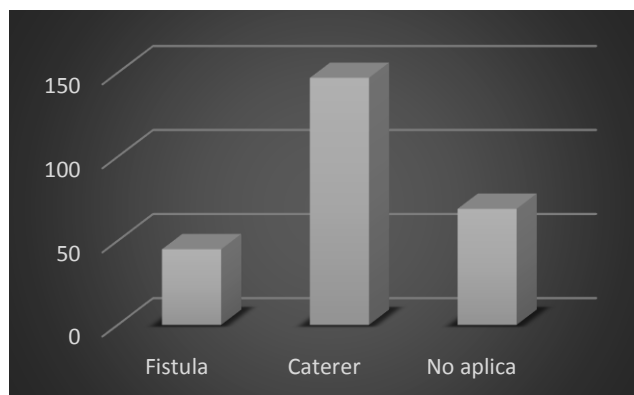


Figura N°10: Tipo de Hemodiálisis

El 17 % de los pacientes atendidos, a la fecha de corte, reciben terapia de Hemodiálisis por medio de fístula, el 56% lo hacen por medio de catéter y el 26% no reciben terapia de Hemodiálisis.

Tabla N°15: Kt/V para HD

		%
≤ 1,2	27	10
≥ 1,2	165	63
No Aplica	69	26
261		100

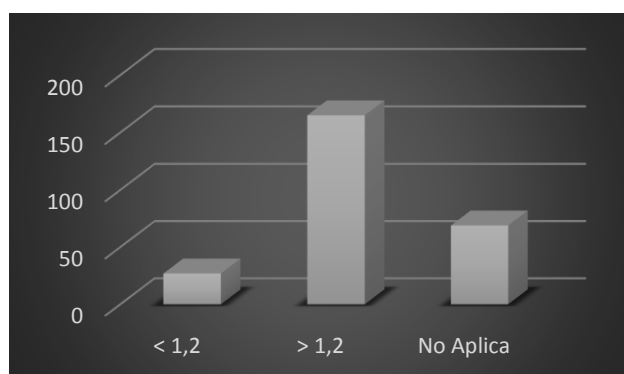


Figura N°11: Kt/V para HD

La diálisis se mide en dosis, como una dosis de medicamento. Cada dosis de diálisis suministrada debe ser la adecuada, para ello los resultados de la Kt/V sirven de indicador para saber si se está recibiendo el tratamiento adecuado. Según esto, el 10% de los pacientes reciben una Kt/V menor a 1.2, lo que indica que no es suficiente. El 63% de los pacientes atendidos reciben una Kt/V mayor o igual a 1.2, lo que indica que es adecuada. Y sólo al 26% de paciente no aplica, ya que no reciben Hemodiálisis.

Tabla N° 16: Tipo de Diálisis Peritoneal

		%
Manual	20	8
Automatizada	49	19
No Aplica	192	74
	261	100

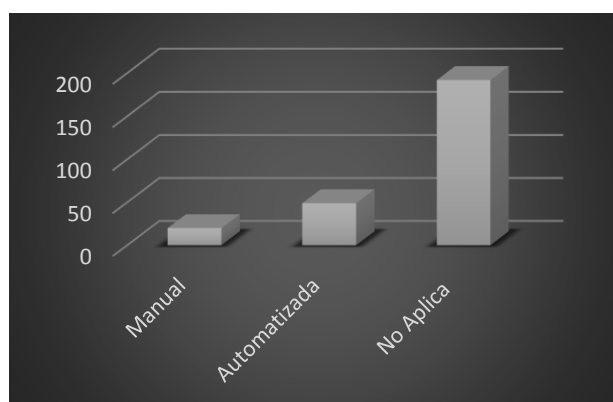


Figura N° 12: Tipo de Diálisis Peritoneal

Del 26% de la población atendida que no aplica para Hemodiálisis, reciben Diálisis Peritoneal, de los cuales el 8% la reciben de forma Manual, y el 19% Automatizada.

Tabla N°17: Kt/V para Diálisis Peritoneal

		%
< 1,7	28	11
≥ 1,7	41	16
No Aplica	192	74
	261	100

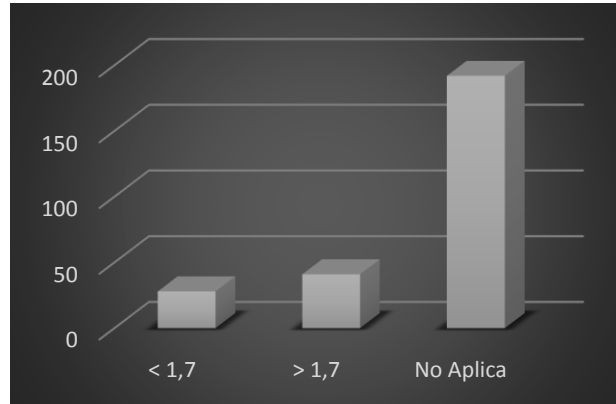


Figura N°13: Kt/V para Diálisis Peritoneal

La Kt/V para diálisis peritoneal se mide hasta 1.7, siendo insuficiente para el 11% de la población atendida, es mayor o igual a 1.7 para el 16% de la población, y el 74% de la población No aplica, ya que a la fecha de corte no se les realiza Diálisis Peritoneal.

Tabla N° 18: Número de episodios de infección peritoneal

		%
0	64	25
1	4	2
2	1	0
No Aplica	192	74
	261	100

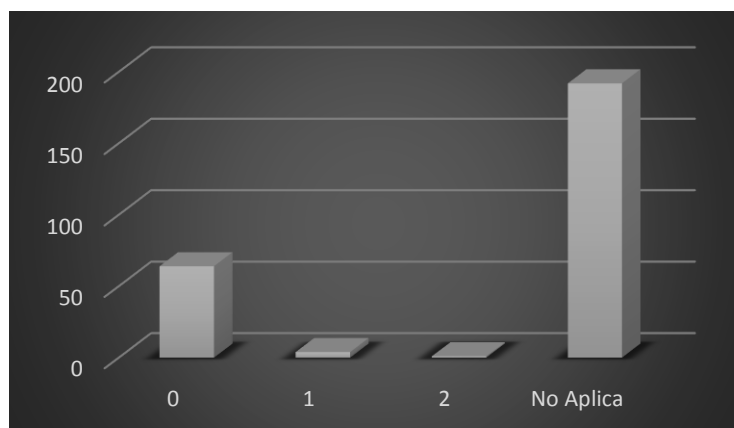


Figura N° 14: Número de episodios de infección peritoneal

En los últimos 12 meses antes de la fecha de reporte sólo el 5% de pacientes que recibían diálisis peritoneal sufrieron episodios de peritonitis infecciosa, lo cual demuestra que los procedimientos son realizados bajo adecuadas técnicas que permiten la seguridad del paciente.

9.4. Procedimiento para la captura, evaluación y mejoramiento del reporte de la cuenta de alto costo en la Unidad Renal de Dialy-ser.

La Empresa Dialy-ser, no cuenta con un procedimiento ni instructivo escrito que le permita al personal tener claridad en el procedimiento para la captura de datos provenientes de los pacientes que sirven alimentar la base de datos de la Cuenta de Alto Costo, la cual se debe reportar ante el Ministerio de Salud y Protección Social.

Se cuenta con un software propio de la empresa, en el cual se debe diligenciar la historia clínica de cada paciente; ésta cuenta con un aplicativo para el reporte de la Cuenta de alto Costo donde tiene unos ítems establecidos con las variables que exige la Resolución 2463 de 2014. Este sistema automáticamente alimenta una tabla de Excel, con la cual se realiza la verificación y evaluación de los datos.

Sin embargo, el personal encargado de diligenciar esta información, no lo hace siempre y a veces de forma inadecuada. Es por ello que se presente el reproceso en el procedimiento, obligando a la institución a hacer revisión periódica de las Historias Clínicas y el diligenciamiento de la información que se omitió en el momento que se debió realizar.

9.5. Recomendaciones a Dially-ser para el mejoramiento continuo de la calidad del reporte de la cuenta de alto costo.

- Realizar un instructivo que permita tener una información clara y estandarizada a nivel de la organización para el reporte de variables en la historia clínica.
- Capacitar al personal asistencial para el correcto diligenciamiento de la historia clínica, con el fin de evitar reproceso en el ingreso de la información necesaria para la alimentación de los datos de la cuenta de alto costo.
- Crear alertas en la historia clínica digital que permita al personal asistencial y de soporte detectar fallas en el diligenciamiento de las variables en la historia clínica,
- Realizar auditorías concurrentes de las variables de la cuenta de alto costo y plantear acciones de mejora que permitan un adecuado proceso de reporte.
- Realizar análisis de los indicadores de calidad e implementar acciones encaminadas a disminuir las complicaciones que genera costos para la empresa y no cumplimientos de los requisitos para la cuenta de alto costo.
- Identificar estrategias que permitan a la organización la disminución de las inasistencias a la terapia y así evitar el rompimiento de paquetes que afectan el recobro a las aseguradoras, por la atención prestada.
- Para evitar las pérdidas por inasistencias de pacientes a la terapia, se podría idear una estrategia que pueda brindarle a los pacientes la oportunidad de asistir a su terapia y que la unidad renal no pierda por rompimiento de su paquete de diálisis.
- Se recomienda a Dially-Ser realizar un costeo con los precios actualizados a 2015 de la terapia de reemplazo renal Vrs lo facturado para determinar si se puede

continuar disminuyendo los costos de la terapia o por el contrario se está trabajando sobre pérdidas.

10 Conclusiones

- Es importante la realización de la caracterización de la población con patologías de alto costo como la ERC, para facilitar la correcta distribución de los recursos y así mejora la calidad de vida de los pacientes.
- Es necesario tener un proceso bien establecido para el reporte de la cuenta de alto costo que permita identificar las necesidades en salud.
- De acuerdo a lo evidenciado en el estudio, el tratamiento de la enfermedad renal crónica en el tiempo ha disminuido de valor y se evidencia que los costos de este servicio por el contrario ha aumentado, lo que lleva a pensar en estrategias que permitan una fidelización de los usuarios para evitar que el paquete de la terapia se rompa y sea menor el pago por esta.
- Se puede evidenciar una falta de registros que permitan tener una caracterización adecuada de la población.
- Dentro de la auditoría de las cuentas, se pudo evidenciar que a pesar que los valores del manual tarifario ISS 2001 nos hablan de costos de las terapias más elevados. Además se evidencia que para el 2015, las tarifas han disminuido considerablemente y en otros procedimientos se encuentran estables por lo que se puede encontrar una pérdida de ganancias en la realización del tratamiento. Además que esta se puede ver compensada con la asignación de más pacientes a la unidad renal, ya sea por buen manejo de los indicadores clínicos que presenta la cuenta de alto costo o por las tarifas tan favorables que representa en el mercado.
- Podemos observar que se presenta un sobrecosto en el reporte de la cuenta de alto costo, al no tener un procedimiento establecido y socializado a la organización.

Bibliografía

1. Cuenta de Alto Costo. Fondo Colombiano de Enfermedades de Alto Costo [Internet]. Bogotá DC. [Consultado 2016 mayo 02]. Disponible en: <https://cuentadealtocosto.org/site/index.php/quienes-somos#funciones>
2. Colombia. Ministerio de Protección Social. Ley 100 de 1993 por la cual se crea el Sistema de Seguridad Social Integral y se dictan otras disposiciones. Diario Oficial, 41.148 (Dic. 23 de 1993)
3. Colombia. Ministerio de Protección Social. Ley 1122 de 2007 por la cual hacen algunas modificaciones en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones. Diario Oficial 46.506 (Ene. 9 de 2007).
4. Colombia. Ministerio de Protección Social. Decreto 2699 de 2007 por el cual se establecen algunas normas relacionadas con el Sistema General de Seguridad Social en salud y se dictan otras disposiciones. Diario Oficial 46.688 (Jul. 13 de 2007)
5. Colombia. Ministerio de Protección Social. Resolución 3974 de 2009 por la cual se adoptan unas determinaciones en relación con la Cuenta de Alto Costo. Diario Oficial, 47.516 (Oct, 28 de 2009).
6. Colombia. Ministerio de Protección Social. Resolución 2565 de 2007 por la cual se adoptan unas determinaciones en relación con la Cuenta de Alto Costo. Diario Oficial, 46.706 (Jul, 27 de 2007).
7. Colombia. Ministerio de Protección Social. Resolución 3974 de 2009 por la cual se adoptan unas determinaciones en relación con la Cuenta de Alto Costo. Diario Oficial, 47.516 (Oct, 28 de 2009)
8. Colombia. Ministerio de Salud. Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud.

Acuerdo 217 de 2001 por el cual se establece un mecanismo para el reconocimiento de la desviación del perfil epidemiológico de la atención en salud en el régimen contributivo. Diario Oficial, 44.662 (Dic, 30 de 2001)

9. Colombia. Ministerio de Salud. Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud. Acuerdo 227 de 2002 por el cual se establece un mecanismo para el reconocimiento de la desviación del perfil epidemiológico de la atención en salud del Régimen Subsidiado y se dictan otras disposiciones. Diario Oficial, 44.847 (Jun, 26 de 2002)

10. Colombia. Ministerio de la Protección Social. Resolución 4003 de 2008 por medio del cual se adopta el anexo técnico para el manejo integral de los pacientes afiliados al Régimen Subsidiado en el esquema de subsidio pleno, de 45 años o más con Hipertensión Arterial y/o Diabetes Mellitus Tipo 2. Diario Oficial, 47.151 (Oct, 23 de 2008)

11. Colombia. Ministerio de Protección Social. Resolución 3394 de 2014 por la cual se define el monto a pagar a las Entidades Promotoras de Salud –EPS- de los regímenes contributivo y subsidiado y Entidades Obligadas a Compensar –EOC-, para ajustar la desviación de siniestralidad . Diario oficial 49.237 (Ago, 6 de 2014).

12. Colombia. Ministerio de salud y Protección Social. Resolución 2463 de 2014 por la cual se modifica la resolución 4700 de 2014. Diario oficial 49.188 (Jun, 19 de 2014).

13. Chicaíza L. Fallas del mercado de la salud en Colombia: El caso de la Insuficiencia Renal Crónica. Rev.econ.inst. [Internet]. 2005; Vol. 7 –N° 12. Bogotá Junio de 2005. [Consultado 2016 Mayo 02]. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0124-59962005000100009&lng=en&nrm=iso&tlng=es

14. Torres Zamudio, C. Insuficiencia Renal Crónica. Rev Med Herved [Internet]. 2003; Vol. 14 – N° 1. Lima, Enero 2003. [Consultado 2016 Mayo 02]. Disponible en: www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S1018-

[130X2003000100001&script=sci_arttext&tlng=en](#)

15. Dially-Ser [Internet]. Bogotá DC; Dially-Ser; c2012. [Consultado 2016 Abril 30].

Disponible en: http://www.dially-ser.com/index.php?option=com_content&view=article&id=260&Itemid=343

Anexos

Anexo N° 1: Anexo técnico Resolución 2463 de 2014

Identificación general de EPS y del usuario reportado

1	Primer nombre del usuario	A	20	Escriba el primer nombre del usuario.
2	Segundo nombre del usuario	A	30	Escriba el segundo nombre del usuario. En caso de un tercer nombre, escríbalo separado por un espacio. Registre ""NONE"", en mayúscula sostenida, cuando el usuario no tiene segundo nombre (NONE=""Ningún Otro Nombre Escrito"").
3	Primer apellido del usuario	A	20	Escriba el primer apellido del usuario.
4	Segundo apellido del usuario	A	30	Escriba el segundo apellido del usuario. Registre "NOAP", en mayúscula sostenida, cuando el usuario no tiene segundo apellido (NOAP=Ningún Otro Apellido)
5	Tipo de Identificación del usuario	A	2	RC=Registro Civil, TI=Tarjeta Identidad, CC=Cédula de Ciudadanía, CE=Cédula Extranjería, PA=Pasaporte, MS=Menor sin Identificación (solo para el Régimen Subsidiado), AS=Adulto sin Identificación (solo

				para el Régimen Subsidiado). CD=Carnet Diplomático
6	Número de Identificación del usuario	A	20	Número de identificación del afiliado según el tipo de identificación
7	Fecha de nacimiento	F	10	Fecha de nacimiento del usuario en el formato AAAA-MM-DD.
8	Sexo	A	1	M= masculino, F= femenino
9	Régimen de afiliación AL SGSS	A	1	C=Régimen Contributivo, S=Régimen Subsidiado , P=Regímenes de excepción, E=Régimen especial N=No asegurado
10	Código de la EPS o de la entidad territorial	A	6	Cuando el usuario tenga EPS u otra EOC escriba el código de la empresa aseguradora que registra al usuario (EPS/EOC/EPSI/ESS/CCF/EAS). Cuando el usuario sea notificado por entidad territorial escriba el código de departamento y municipio según DANE.
11	Código pertenencia étnica	N	1	registre el grupo étnico del usuario:1=Indígena, 2=ROM (gitano), 3=Raizal del archipiélago de San Andrés y Providencia, 4=Palenquero de San Basilio, 5=Negro(a), mulato(a), afro colombiano(a) o

12	Grupo poblacional	N	2	<p>afro descendiente, 6=Ninguna de las anteriores</p> <p>1=Indigentes;2=Población infantil a cargo del ICBF;3=Madres comunitarias;4=Artistas, autores, compositores;5=Otro grupo poblacional;6=Recién nacidos;7=Discapacitados;8=Desmovilizados; 9=Desplazados;10=Población ROM;11=Población raizal;12=Población en centros psiquiátricos;13=Migratorio;14=Población en centros carcelarios;15=Población rural no migratoria;16=Afrocolombiano;31=Adulto mayor;32=Cabeza de familia;33=Mujer embarazada;34=Mujer lactante;35=Trabajador urbano;36=Trabajador rural;37=Víctima de violencia armada;38=Jóvenes vulnerables rurales;39=Jóvenes vulnerables urbanos;50=Discapacitado - el sistema nervioso;51=Discapacitado - los ojos;52=Discapacitado - los oídos;53=Discapacitado - los demás órganos de los sentidos (olfato, tacto y gusto);54=Discapacitado - la voz y el habla;55=Discapacitado - el sistema cardiorrespiratorio y las defensas;56=Discapacitado - la digestión, el metabolismo, las hormonas;57=Discapacitado - el sistema genital y</p>
----	-------------------	---	---	--

				reproductivo;58=Discapacitado - el movimiento del cuerpo, manos, brazos, piernas;59=Discapacitado - la piel; 99=No definido
13	Municipio de residencia	A	5	Registre el Código del municipio en donde reside el afiliado según la división político administrativa DIVIPOLA -- DANE. Este código debe ser reportado en 5 dígitos, donde los dos primeros dígitos corresponden al departamento donde se localiza el municipio.
14	Número telefónico del paciente (incluyendo a familiares y cuidadores)	N	30	Registre el teléfono(s) fijos y móviles completos para contactar al paciente
15	Fecha de afiliación a la EPS que registra	F	10	Fecha en la que el usuario se afilió a la EPS en el formato AAAA-MM-DD.

Información general relacionada con las variables clínicas y paraclínicas de las enfermedades precursoras

17	Fecha de ingreso al programa de nefroprotección	F	10	Registre la fecha en el formato AAAA-MM-DD. Si conoce solo el año y el mes, registre el día 01. Si conoce solamente el año registre el año e incluya 01 como mes y 01
----	---	---	----	---

	dentro de la EPS que reporta			como día. Registre 1800-01-01= desconocida. Registre 1845-01-01=No Aplica
18	El usuario tiene diagnóstico confirmado de Hipertensión Arterial -HTA (CIE-10 con códigos entre I10-I159)	N	1	Registre 1= Sí 2=No
19	Fecha de diagnóstico de la Hipertensión Arterial	F	10	Registre la fecha en el formato AAAA-MM-DD. Si conoce solo el año y el mes, registre el día 01. Si conoce solamente el año registre el año e incluya 01 como mes y 01 como día. Registre 1800-01-01= desconocida. Registre 1845-01-01=No Aplica
19.1	Costo HTA durante el período de reporte.	N	9	Registre exclusivamente el costo de la HTA, excluyendo otros gastos en esta persona como las citas de control o los medicamentos que no están relacionados con la HTA. Registre 98= No aplica, cuando el usuario no tiene el diagnóstico durante el período de reporte.

20	El usuario tiene diagnóstico confirmado de Diabetes Mellitus- DM (CIE-10 con códigos entre E10-E149; O24-O249; P702)	N	1	Registre 1= Sí 2=No
21	Fecha de diagnóstico de la Diabetes Mellitus	F	10	Registre la fecha en el formato AAAA-MM-DD. Si conoce solo el año y el mes, registre el día 01. Si conoce solamente el año registre el año e incluya 01 como mes y 01 como día. Registre 1800-01-01= desconocida. Registre 1845-01-01=No Aplica
21.1	Costo DM durante el período de reporte.	N	9	Registre exclusivamente el costo de la DM, excluyendo otros gastos en esta persona como las citas de control o los medicamentos que no están relacionados con la DM. Registre 98= No aplica, cuando el usuario no tiene el diagnóstico durante el período de reporte.
22	Etiología de la ERC	N	2	1= HTA o DM 2= Autoinmune 3= Nefropatía Obstructiva.

				4= Enfermedad Poliquística 5= otras 98= Si no tiene ERC
23	Peso (kg)	D	5	Registre el último valor absoluto reportado en la historia clínica
24	Talla (cm)	N	3	Registre el último valor absoluto reportado en la historia clínica
25	Tensión arterial sistólica (mm de Hg)	N	3	Registre el último valor absoluto reportado en la historia clínica relacionada con su patología de base
26	Tensión arterial diastólica (mm de Hg)	N	3	Registre el último valor absoluto reportado en la historia clínica relacionada con su patología de base
27	Creatinina en sangre (mg/dl)	D	5	Registre el valor de la última Creatinina tomada; 98= No aplica, usuario con ERC 5 ya no miden Creatinina; 99=No existen datos en la historia clínica
27,1	Fecha de última Creatinina	F	10	Registre la fecha en el formato AAAA-MM-DD. Si conoce solo el año y el mes, registre el día 01. Registre 1800-01-01= desconocida. Registre 1845-01-01= No aplica

28	Hemoglobina Glicosilada	D	5	Valor de la última Hemoglobina Glicosilada; 98= No Aplica, usuario no tiene diabetes; 99=No existen datos en la historia clínica
28,1	Fecha de última Hemoglobina Glicosilada	F	10	Registre la fecha en el formato AAAA-MM-DD. Si conoce solo el año y el mes, registre el día 01. Registre 1800-01-01= desconocida. Registre 1845-01-01=No Aplica
29	Albuminuria (microalbuminuria)	D	5	Registre el valor de la última albuminuria tomada; 99=No existen datos en la historia clínica
29,1	Fecha de la última Albuminuria	F	10	Registre la fecha en el formato AAAA-MM-DD. Si conoce solo el año y el mes, registre el día 01. Registre 1800-01-01= desconocida. Registre 1845-01-01= No Aplica
30	Creatinuria	D	5	Registre el valor de la última Creatinuria realizada; 98= No Aplica, usuario con ERC 5; 99=No existen datos en la historia clínica. Debe ser el resultado de la misma muestra donde se tomó albuminuria (microalbuminuria).
30,1	Fecha de la última Creatinuria	F	10	Registre la fecha en el formato AAAA-MM-DD. Si conoce solo el año y el mes, registre el día 01. Registre 1800-01-01=

				desconocida. Registre 1845-01-01= No aplica
31	Colesterol total	D	5	Registre el valor del último colesterol total tomado; 999=No existen datos en la historia clínica
31,1	Fecha del último Colesterol total	F	10	Registre la fecha en el formato AAAA-MM-DD. Si conoce solo el año y el mes, registre el día 01. Registre 1800-01-01= desconocida. Registre 1845-01-01= No aplica
32	HDL	D	5	Registre el valor del ultimo HDL tomado; 999=No existen datos en la historia clínica
32,1	Fecha de la último HDL	F	10	Registre la fecha en el formato AAAA-MM-DD. Si conoce solo el año y el mes, registre el día 01. Registre 1800-01-01= desconocida. Registre 1845-01-01= No aplica
33	LDL	D	5	Registre el valor del último LDL tomado; 999=No existen datos en la historia clínica
33,1	Fecha del último LDL	F	10	Registre la fecha en el formato AAAA-MM-DD. Si conoce solo el año y el mes, registre el día 01. Registre 1800-01-01= desconocida. Registre 1845-01-01= No Aplica

34	PTH	D	5	Registre el valor de la última PTH tomada; 98= No aplica por estadio renal, 99=No existen datos en la historia clínica
34,1	Fecha de la última PTH	F	10	Registre la fecha en el formato AAAA-MM-DD. Si conoce solo el año y el mes, registre el día 01. Registre 1800-01-01= desconocida. Registre 1845-01-01= No aplica
35	Tasa de filtración glomerular (TFG) según Cockcroft-Gault (KDQI) y Swartz (de 0 a 17 años) ACLARACIÓN: Sin enfermedad renal y con enfermedad renal estadios 1 y 2 la creatinina debe tener máximo un año de vigencia a la fecha de corte. Con enfermedad renal estadios 3,	D	5	Registre: el valor calculado según fórmula de Cock Croft Gault (adultos) y Swartz (de 0 a 17 años) según ultima Creatinina válida; 988= No aplica, usuario tiene ERC estadio 5 y la Unidad Renal reporta que ya no le miden Creatinina; 999 = No hay reporte de Creatinina vigente.

	4 o más se aceptan creatininas hasta de los últimos tres meses antes de la fecha de corte.			
36	El usuario recibe Inhibidor de la Enzima Convertidora de Angiotensina (IECA)	N	2	Registre 1= sí recibió, 2=No recibió, no fue formulado dentro del plan terapéutico, 3= No recibió, aunque fue formulado dentro del plan terapéutico; 98= No aplica; 99=Sin dato
37	El usuario recibe Antagonista de los receptores de angiotensina II (ARA II)	N	2	Registre 1= sí recibió, 2=No recibió, no fue formulado dentro del plan terapéutico, 3= No recibió, aunque fue formulado dentro del plan terapéutico; 98= No aplica; 99=Sin dato

Información relacionada con diagnóstico y tratamiento de la enfermedad renal crónica

38	El usuario tiene diagnóstico de enfermedad renal crónica	N	1	Registre: 0= No presenta Enfermedad Renal Crónica.1= Sí presenta ERC; 2= Indeterminado entre estadios 1, 2 ó sin ERC; 3= el usuario no ha sido estudiada para ERC.
----	--	---	---	--

	en cualquier de sus estadios.			
39	Estadio de ERC (Enfermedad Renal Crónica)	N	2	Registre:1= Si el usuario tiene TFG igual o mayor a 90 ml/min y pruebas clínicas que soportan daño renal; 2=Si el usuario tiene TFG entre 60 y menor de 90 ml/min y pruebas clínicas que soportan daño renal; 3= Si el usuario tiene TFG entre 30 y menor de 60 ml/min; 4= Si el usuario tiene TFG entre 15 y menor de 30 ml/min; 5 = Si el usuario tiene menos de 15 ml/min; 98= No aplica, no hay Enfermedad Renal Crónica; 99= Desconocido, Sin reporte de Creatinina vigente.
40	Fecha de diagnóstico de ERC estadio 5 (Solo aplica si marcó la opción 5 de la pregunta anterior):	F	10	Registre la fecha en el formato AAAA-MM-DD. Si conoce solo el año y el mes, registre el día 01. Si conoce solamente el año registre el año e incluya 01 como mes y 01 como día. Registre 1800-01-01= desconocida. Registre 1845-01-01=No aplica
41	La persona se encuentra en un programa de atención de ERC (renoprotección)	N	2	1= Sí, 2= No, 98=No aplica, 99=Sin dato

	n, nefroprotección , protección renal, prediálisis)			
42	TFG a la fecha, en que el usuario inició la primera terapia de reemplazo renal -TRR	N	2	Registre: el valor calculado según fórmula de Cock Croft Gault (adultos) y Swartz (de 0 a 17 años); 98= No aplica, usuario no tiene ERC estadio 5; 99= Sin dato, no se conoce porque el usuario tuvo su primera TRR en una EPS diferente a la que reporta
43	Modo de inicio de la Terapia de Reemplazo Renal (primera TRR)	N	2	Registre: 1= Si el usuario con ERC estadio 5 inició por primera vez la terapia dialítica ingresando por URGENCIAS; 2=Si el usuario con ERC estadio 5 inició por primera vez la terapia dialítica de forma PROGRAMADA; 3=Si el usuario inició la TRR en otra EPS diferente a la que reporta por lo cual no se conoce el modo de inicio; 4= Si el usuario inició la primera TRR en otra TRR diferente a diálisis; 98= No aplica, el usuario a la fecha de corte no recibe ninguna de las terapias de reemplazo renal.
44	Fecha en que se inició la terapia de reemplazo renal que	F	10	Registre la fecha en el formato AAAA-MM-DD. Si conoce solo el año y el mes, registre el día 01. Si conoce solamente el año registre el año e incluya 01 como mes y 01 como día. Registre

	recibe el usuario en el momento de la fecha de corte. Sí el Trasplante es la terapia reportada, esta fecha se refiere a la fecha de trasplante.			1800-01-01= desconocida. Registre 1845-01-01=No Aplica
45	Fecha de ingreso a la unidad renal actual que le presta el servicio en el momento de la fecha de corte, en cualquier modalidad de terapia dialítica (Unidad Actual).	F	10	Registre la fecha en el formato AAAA-MM-DD. Si conoce sólo el año y el mes, registre el día 01. Si conoce solamente el año registre el año e incluya 01 como mes y 01 como día. Registre 1800-01-01= desconocida. Registre 1845-01-01=No Aplica
46	Hemodiálisis (HD)	N	2	Registre: 1= Si el usuario recibe terapia de hemodiálisis a través de fístula al momento de la fecha de corte; 2= Si el usuario recibe terapia de hemodiálisis a través de catéter al momento de

				la fecha de corte; 98= No aplica, el usuario no recibe terapia de hemodiálisis en el momento de la fecha de corte.
47	Dosis de diálisis (Kt/V) single pool	D	5	Registre el resultado (valor) del promedio de las 3 últimas mediciones del trimestre de la dosis de diálisis expresado como el volumen de fluido filtrado de urea sobre el volumen de agua en el cuerpo del usuario (Kt/V). Registre 98= No aplica, cuando el usuario no está en Hemodiálisis.
48	Costo total de la hemodiálisis HD durante el período de reporte.	N	8	Registre exclusivamente el costo de la HD (lo que la EPS o EOC considere contenido en la HD), excluyendo otros gastos en esta persona como las citas de control o los medicamentos que no están relacionados con la TRR. Registre 98= No aplica, cuando el usuario no recibió terapia de HD durante el período de reporte.
49	Diálisis peritoneal (DP)	N	2	Registre: 1= Si el usuario recibe diálisis peritoneal manual al momento de la fecha de corte.; 2= Si el usuario recibe diálisis peritoneal automatizada al momento de la fecha de corte; 98= No aplica, el usuario no recibe terapia de diálisis peritoneal al momento de la fecha de corte.
50	Dosis de diálisis (Kt/V)	D	5	Registre el resultado (valor) de la dosis de diálisis en las sesiones realizadas al paciente,

	dpd. KtV/dpd: de máximo cuatro meses de antigüedad contados a partir de la fecha de corte			de los últimos 4 meses , expresado como el volumen de fluido filtrado de urea sobre el volumen de agua en el cuerpo del usuario (Kt/V). 98=No aplica, usuario no está en Diálisis Peritoneal
51	Número de horas de diálisis	D	5	Registre el número de horas promedio de las sesiones de diálisis realizadas en los últimos 3 meses al paciente
52	Peritonitis	N	2	Número de episodios de Peritonitis infecciosa que sufrió el usuario en los últimos 12 meses a la fecha de reporte. 98= No Aplica, el usuario no ha estado en diálisis peritoneal en ningún momento en los últimos 12 meses.
53	Costo DP durante el período de reporte.	N	8	Registre exclusivamente el costo de la DP (lo que la EPS o EOC considere contenido en la DP), excluyendo otros gastos en esta persona como las citas de control o los medicamentos que no están relacionados con la TRR. Registre 98= No aplica, cuando el usuario no recibió terapia de DP durante el período de reporte.
54	Vacuna Hepatitis B	N	2	Registre: 1= Tiene esquema completo, 2= Tiene esquema incompleto, 3=No tiene vacunación de hepatitis B, 99= Sin dato

55	Registre la fecha de diagnóstico de la infección por Hepatitis B, si el usuario la ha presentado.	F	10	Registre la fecha en el formato AAAA-MM-DD. Si conoce solo el año y el mes, registre el día 01. Si conoce solamente el año registre el año e incluya 01 como mes y 01 como día. Registre 1800-01-01= desconocida. Registre 1845-01-01=No aplica
56	Registre la fecha de diagnóstico de la infección por Hepatitis C, si el usuario la ha presentado.	F	10	Registre la fecha en el formato AAAA-MM-DD. Si conoce sólo el año y el mes, registre el día 01. Si conoce solamente el año registre el año e incluya 01 como mes y 01 como día. Registre 1800-01-01= desconocida. Registre 1845-01-01=No aplica
57	Terapia no Dialítica para ERC estadio 5 (también llamada tratamiento médico de nefroprotección)	N	2	1= Si el usuario con ERC estadio 5 recibe solamente tratamiento médico especial y multidisciplinario sin diálisis y no han recibido trasplante en el momento de la fecha de corte. 2= el usuario con ERC estadio 5 no recibe esta alternativa terapéutica en el momento de la fecha de corte; 98= No aplica
58	Costo de la terapia ERC estadio 5 con	N	8	Registre el costo de la terapia exclusivamente con tratamiento médico para ERC5 (lo que la EPS o EOC considere contenido en dicha terapia), excluyendo otros gastos en esta

	tratamiento médico			persona que no están relacionados con la TRR. Registre 98= No aplica, cuando el usuario no recibió dicha terapia durante el período de reporte.
59	Hemoglobina (aplica solo cuando el usuario está en diálisis). Las hemoglobinas deben ser del último trimestre contado a partir de la fecha de corte y sus tomas debieron ser pre-diálisis en personas en hemodiálisis	D	5	Valor promedio de hemoglobinas del último trimestre contado a partir de la fecha de corte, en (g/dl). Registre 98= No aplica
60	Albúmina Sérica (aplica solo cuando el usuario está en diálisis). La albúmina debe tener máximo tres meses de	D	5	Resultado (valor) del último examen de albúmina Sérica en (g/dl). Registre 98= No aplica

	antigüedad a partir de la fecha de corte y su toma debió ser pre-diálisis en personas en hemodiálisis.			
61	Fósforo (P) (aplica solo cuando el usuario está en diálisis). Los niveles séricos de fósforo deben ser del último trimestre contado a partir de la fecha de corte y sus tomas debieron ser pre-diálisis en personas en hemodiálisis.	D	5	Valor promedio de mediciones de fósforo sérico del último trimestre contado a partir de la fecha de corte, en (mg/dl) Registre 98= No aplica
	Valoración Clínica inicial por nefrología	N	2	62

	a personas ERC5 en diálisis o tratamiento médico, en relación con la posibilidad de trasplante renal			
62,1	¿Se reportó cáncer activo en los últimos 12 meses, como contraindicación para el trasplante renal, en la valoración de nefrología?	N	2	1= Sí; 2=No ; 98=No aplica
62,2	¿Se reportó infección crónica o activa no tratada o no controlada hasta en los últimos tres meses antes	N	2	1= Sí; 2=No; 98=No aplica

	de la fecha de corte, como contraindicación para el trasplante renal, en la valoración de nefrología?			
62,3	¿Se reportó como contraindicación para el trasplante renal, en la valoración de nefrología que el paciente NO ha manifestado su deseo de trasplantarse?	N	2	1= Sí; 2=No; 98=No aplica
62,4	¿Se reportó como contraindicación para el trasplante renal, en la valoración de nefrología que	N	2	1= Sí; 2=No; 98=No aplica

	el paciente presenta esperanza de vida menor o igual a 6 meses?			
62,5	¿Se reportó como contraindicación para el trasplante renal, en la valoración de nefrología que el paciente presenta potenciales limitaciones al autocuidado y adherencia al tratamiento postrasplante?	N	2	1= Sí; 2=No; 98=No aplica
62,6	¿Se reportó enfermedad cardiaca, cerebrovascular o vascular periférica,	N	2	1= Sí; 2=No; 98=No aplica

	como contraindicación para el trasplante renal, en la valoración de nefrología?			
62,7	¿Se reportó infección por el VIH, como contraindicación para el trasplante renal, en la valoración de nefrología?	N	2	1= Sí; 2=No; 98=No aplica
62,8	¿Se reportó infección por el VHC, como contraindicación para el trasplante renal, en la valoración de nefrología?	N	2	1= Sí; 2=No; 98=No aplica
62,9	¿Se reportó como	N	2	1= Sí; 2=No; 98=No aplica

	<p>contraindicación para el trasplante renal, en la valoración de nefrología, que el paciente presenta enfermedad inmunológica activa los últimos tres meses antes de la fecha de corte?</p>			
62,10	<p>¿Se reportó como contraindicación para el trasplante renal, en la valoración de nefrología, que el paciente presenta enfermedad pulmonar crónica?</p>	N	2	1= Sí; 2=No; 98=No aplica

62,11	¿Se reportó como contraindicación para el trasplante renal, en la valoración de nefrología, que el paciente presenta otras enfermedades crónicas?	N	2	1= Sí; 2=No; 98=No aplica
63	Fecha de ingreso a lista de espera para la realización del trasplante	F	10	Registre la fecha en el formato AAAA-MM-DD. Si conoce solo el año y el mes, registre el día 01. Si conoce solamente el año registre el año e incluya 01 como mes y 01 como día. Registre 1800-01-01= desconocida. Registre 1845-01-01=No Aplica
63.1	Registre el código de la IPS donde está en lista de espera	A	12	Registre el código válido de habilitación, 98= No aplica
64	¿El usuario ha recibido trasplante renal?	N	2	1=Sí, el usuario ha recibido trasplante renal en la EPS o EOC que reporta (y está funcional

				<p>). 2= Sí, el usuario ha recibido trasplante renal, pero no en la EPS o EOC que reporta (y está funcional)</p> <p>. 3= Sí, el usuario ha recibido trasplante renal en la EPS o EOC que reporta (y no está funcional</p> <p>). 4= Sí, el usuario ha recibido trasplante renal, pero no en la EPS o EOC que reporta (y no está funcional</p> <p>). 5= NO, el usuario no ha recibido trasplante renal. 98= No aplica</p>
65	Código de la EPS que realizó el trasplante	A	6	<p>Registre el código de la (EPS/EOC/ESS/CCF) que realizó o pagó el trasplante renal (sea este funcional o no al momento del corte). 98= No aplica. 99=Sin dato (Solamente cuando el trasplante renal no haya sido efectuado por la EPS o EOC que reporta el usuario y no se dispone de esta información -indicada por el usuario-).</p>
66	Código de la IPS o Grupo de trasplante, que realizó el trasplante	A	12	<p>Registre el código de habilitación de la IPS que realizó el trasplante (grupo de trasplante). 98= No aplica. 99= Sin dato</p>

67	Tipo de donante	N	2	1= Fallecido, 2=Vivo, 98=No aplica, 99=Sin dato.
68	Costo del trasplante	N	9	Costo total del trasplante incluyendo todos los gastos por servicios POS asociados al procedimiento de trasplante que fueron cubiertos por la EPS o EOC, tales como la obtención o rescate del componente anatómico, su preservación y almacenamiento, así como el transporte tanto del órgano como del usuario. 97=No aplica, cuando el usuario recibió trasplante renal en la EPS o EOC que reporta, pero el procedimiento no se realizó durante el período de reporte. Registre 98= No aplica cuando el usuario no ha recibido trasplante renal. 99= Sin dato, cuando el usuario recibió trasplante renal pero en una EPS o EOC distinta a la EPS o EOC que reporta el usuario.
69	¿El usuario ha presentado alguna complicación relacionada con el trasplante renal?	N	2	1= Sí; 2=No; 98= No aplica; 99=Sin dato.
69,1	Fecha de diagnóstico si	F	10	Registre la fecha en el formato AAAA-MM-DD. Si conoce solo el año y el mes, registre el día

	ha presentado infección por citomegalovirus			01. Si conoce solamente el año registre el año e incluya 01 como mes y 01 como día. Registre 1800-01-01= desconocida. Registre 1845-01-01=No aplica
69,2	Fecha de diagnóstico si ha presentado infección por hongos	F	10	Registre la fecha en el formato AAAA-MM-DD. Si conoce solo el año y el mes, registre el día 01. Si conoce solamente el año registre el año e incluya 01 como mes y 01 como día. Registre 1800-01-01= desconocida. Registre 1845-01-01=No aplica
69,3	Fecha de diagnóstico si ha presentado infección por tuberculosis	F	10	Registre la fecha en el formato AAAA-MM-DD. Si conoce solo el año y el mes, registre el día 01. Si conoce solamente el año registre el año e incluya 01 como mes y 01 como día. Registre 1800-01-01= desconocida. Registre 1845-01-01=No aplica
69,4	Fecha de diagnóstico si ha presentado alguna complicación vascular	F	10	Registre la fecha en el formato AAAA-MM-DD. Si conoce solo el año y el mes, registre el día 01. Si conoce solamente el año registre el año e incluya 01 como mes y 01 como día. Registre 1800-01-01= desconocida. Registre 1845-01-01=No aplica
69,5	Fecha de diagnóstico si ha presentado alguna	F	10	Registre la fecha en el formato AAAA-MM-DD. Si conoce sólo el año y el mes, registre el día 01. Si conoce solamente el año registre el año e incluya 01 como mes y 01 como día. Registre

	complicación urológica			1800-01-01= desconocida. Registre 1845-01-01=No aplica
69,6	Fecha de diagnóstico si ha presentado alguna complicación herida quirúrgica	F	10	Registre la fecha en el formato AAAA-MM-DD. Si conoce solo el año y el mes, registre el día 01. Si conoce solamente el año registre el año e incluya 01 como mes y 01 como día. Registre 1800-01-01= desconocida. Registre 1845-01-01=No aplica
69,7	Fecha del primer diagnóstico de cáncer	F	10	Registre la fecha en el formato AAAA-MM-DD. Si conoce sólo el año y el mes, registre el día 01. Si conoce solamente el año registre el año e incluya 01 como mes y 01 como día. Registre 1800-01-01= desconocida. Registre 1845-01-01=No Aplica
70	Cuántos medicamentos inmunosupresores se formularon para el manejo en este último corte	N	2	Escriba el número de medicamentos inmunosupresores formulados en el periodo de reporte actual, 98= No Aplica (Paciente no está en proceso de trasplante, ni tiene trasplante)
70,1	En algún momento, desde el último	N	2	1= Sí; 2=No; 98=No aplica

	reporte hasta el reporte actual ha recibido metilprednisolona			
70,2	En algún momento, desde el último reporte hasta el reporte actual ha recibido azatioprina	N	2	1= Sí; 2=No; 98=No aplica
70,3	En algún momento, desde el último reporte hasta el reporte actual ha recibido ciclosporina	N	2	1= Sí; 2=No; 98=No aplica
70,4	En algún momento, desde el último reporte hasta el reporte	N	2	1= Sí; 2=No; 98=No aplica

	actual ha recibido micofenolato			
70,5	En algún momento, desde el último reporte hasta el reporte actual ha recibido tacrolimus	N	2	1= Sí; 2=No; 98=No aplica
70,6	En algún momento, desde el último reporte hasta el reporte actual ha recibido prednisona	N	2	1= Sí; 2=No; 98=No aplica
70,7	En tratamiento inmunosupresor ha recibido Medicamento NO POS (medicamento 1)	A	20	Registre el código CUM del medicamento NO POS usado en este caso, 97=No aplica (no recibió medicamento no POS), 98= No aplica (El usuario no ha tenido tratamiento inmunosupresor), 99=desconocido

70,8	En tratamiento inmunosupresor ha recibido Medicamento NO POS (medicamento 2)	A	20	Registre el código CUM del medicamento NO POS usado en este caso, 97=No aplica (no recibió medicamento no POS), 98= No Aplica (El usuario no ha tenido tratamiento inmunosupresor), 99=desconocido
70,9	En tratamiento inmunosupresor ha recibido medicamento NO POS (medicamento 3)	A	20	Registre el código CUM del medicamento NO POS usado en este caso, 97=No Aplica (no recibió medicamento no POS), 98= No Aplica (El usuario no ha tenido tratamiento inmunosupresor), 99=desconocido
71	¿Cuántos episodios de rechazo agudo en los últimos 12 meses al trasplante, confirmado por biopsia, ha presentado el usuario?	N	2	Registre el número de episodios. 98= No aplica
72	Fecha del primer rechazo del injerto	F	10	Registre la fecha en el formato AAAA-MM-DD. Si conoce solo el año y el mes, registre el día 01. Si conoce solamente el año registre el año e

				incluya 01 como mes y 01 como día. Registre 1800-01-01= desconocida. Registre 1845-01-01=No aplica
73	Fecha de retorno a diálisis	F	10	Registre la fecha en el formato AAAA-MM-DD. Si conoce solo el año y el mes, registre el día 01. Si conoce solamente el año registre el año e incluya 01 como mes y 01 como día. Registre 1800-01-01= desconocida. Registre 1845-01-01=No aplica
74	Número de trasplantes renales que ha recibido	N	2	Registre el número de trasplantes recibidos. 98= No aplica
75	Costo de la terapia postrasplante	N	9	Registre costo total de la terapia postrasplante del usuario durante el período de reporte. En este costo se deben incluir solamente los costos de los medicamentos POS para el tratamiento de inmunosupresión. Registre 98= No aplica
76	Tiempo de prestación de servicios	N	2	Número de meses en los que el usuario efectivamente recibió servicios a cargo de la EPS que reporta (del periodo comprendido entre el 1o de julio del año anterior y 30 de junio de año de reporte).
77	Costo total	N	10	Costo total acumulado de la atención del usuario a la fecha de reporte (del 1o de julio a 30 de

				junio). En este campo se deben agregar todos los gastos en el usuario, relacionados con los diagnósticos registrados, incluyendo, entre otros, los costos de citas de control, medicamentos, costos de diálisis, trasplante y atención de complicaciones, incluyendo solamente servicios POS.
78	Código de la EPS de origen	A	6	Registre el código de la (EPS/EOC/ESS/CCF) donde estaba afiliado el usuario antes de trasladarse a la EPS que reporta. 98= No aplica. 99=Sin dato
79	Novedad con respecto al reporte anterior	N	2	Las novedades en este campo corresponderán a eventos ocurridos respecto al reporte anterior. 1= Persona que falleció; 2= Persona que ingresó a la EPS y traía el diagnóstico de ERC; 3= Persona antigua en la EPS y se le realizó nuevo diagnóstico de ERC; 4= Persona antigua en la EPS con diagnóstico antiguo de ERC que ingresa a la BD para reporte de la CAC; 5= Persona que firmó alta voluntaria del tratamiento prescrito; 6= Persona que se desafilió; 7= Persona que abandona la terapia; 8= Persona que se baja de la BD por corrección de la EPS (auditoría interna o auditoría de la CAC), 9= Persona que regresa a terapia; 98= No aplica, no hay novedad respecto al reporte pasado.

80	Causa de muerte	N	2	1=Enfermedad renal crónica; 2= Enfermedad Cardiovascular; 3= Cáncer; 4= Infección; 5= Por causa diferente a las descritas en 1, 2, 3 y 4; 6= Causa Externa; 98= No aplica, el usuario no ha fallecido; 99= Sin dato.
80,1	Fecha de muerte	F	10	Registre la fecha en el formato AAAA-MM-DD. Si conoce sólo el año y el mes, registre el día 01. Si conoce solamente el año registre el año e incluya 01 como mes y 01 como día. Registre 1800-0101= desconocida. Registre 1845-01-01=No Aplica.

Anexo N°2: Formato de parametrización de convenios