

I.- DISPOSICIONES GENERALES

Consejería de Sanidad

Decreto 18/2016, de 03/05/2016, del Registro de Actividad de Atención Sanitaria Especializada de Castilla-La Mancha. [2016/5287]

La Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, establece, en su artículo 23, que las administraciones sanitarias, de acuerdo con sus competencias, crearán los registros y elaborarán los análisis de información necesarios para el conocimiento de las distintas situaciones de las que pueden derivarse acciones de intervención de la autoridad sanitaria.

La Ley 16/2003, de 28 mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud (SNS), dispone, en su artículo 53, que el Ministerio de Sanidad y Consumo establecerá un sistema de información sanitaria del Sistema Nacional de Salud que garantice la disponibilidad de la información y comunicación recíproca entre las administraciones sanitarias.

Siguiendo las recomendaciones internacionales en materia de recogida de información asistencial, el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud aprobó en 1987 la implantación del Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMBD) ante la necesidad de disponer de una fuente de datos estandarizada que permita la obtención de información para facilitar los procesos de gestión hospitalaria, el control de la calidad asistencial, la planificación sanitaria y la investigación clínica y epidemiológica.

El Decreto 73/2002, de 14 de mayo, del Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMBD) de Hospitalización, Cirugía Ambulatoria y otros procedimientos ambulatorios, reguló en la Comunidad Autónoma de Castilla-La Mancha la creación y funcionamiento del Registro del CMBD de los episodios de hospitalización, cirugía ambulatoria y otros procedimientos ambulatorios que con carácter obligatorio se recogen en todos los centros, públicos y privados, respecto a los episodios asistenciales de los pacientes hospitalizados o a los que se les haya efectuado un procedimiento ambulatorio de cirugía o cualquier otro de especial complejidad. Además de su utilización en el ámbito autonómico, con los datos de este registro también se participa en los sistemas de información y las estadísticas de interés general sanitario supracomunitario, mediante la remisión de los datos al CMBD estatal. Asimismo, la explotación estadística del CMBD está incluida en el Plan Estadístico Nacional (PEN), marco legal que engloba todas las operaciones estadísticas.

La publicación del Real Decreto 69/2015, de 6 de febrero, por el que se crea el Registro de Actividad de Atención Sanitaria Especializada (RAE-CMBD), tomando como base el actual CMBD, constituye un paso fundamental en la evolución y desarrollo de este conjunto de datos estandarizados como un subsistema de información de la atención especializada. El ámbito de aplicación del real decreto abarca a los hospitales y a los centros ambulatorios, tanto públicos como privados, que presten servicios de atención especializada en las modalidades asistenciales de hospitalización convencional, hospitalización a domicilio, hospital de día médico, cirugía ambulatoria, procedimientos ambulatorios de especial complejidad y urgencias, determinando distintos plazos para iniciar la recogida de los datos en función del tipo de centro, la modalidad asistencial y la dependencia funcional. Asimismo, se establece como unidad de registro el “contacto” y se amplía el contenido del mismo con la inclusión de nuevas variables.

Para obtener los datos que configuran el registro, es imprescindible que en la historia clínica figure toda la información que se necesita sobre cada contacto asistencial. Disponer en la historia clínica de información suficiente sobre cada episodio asistencial no es sólo una necesidad del registro, sino un derecho de los pacientes de acuerdo con lo regulado en la Ley 5/2010, de 24 de junio, sobre derechos y deberes en materia de salud de Castilla-La Mancha, que dispone, en su artículo 25.3, que “el paciente tiene derecho a que su historia clínica sea completa, debiendo constar en la misma toda la información sobre su estado de salud y de las actuaciones clínicas y sanitarias de los diferentes episodios asistenciales realizados”.

El citado Real Decreto 69/2015, de 6 de febrero, tiene carácter de legislación básica y obliga a las Comunidades Autónomas a suministrar los datos que se recogen en el RAE-CMBD al Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Además, faculta a las Comunidades Autónomas, conforme a lo regulado en su artículo 5.2, la posibilidad de establecer, en el ámbito de sus competencias, sus respectivos modelos de registro, incorporando otros datos que consideren oportunos.

Por lo anteriormente expuesto, se hace necesario adecuar el Registro del Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMBD) de Hospitalización, Cirugía Ambulatoria y otros procedimientos ambulatorios, creado mediante el Decreto 73/2002, de 14

de mayo, para atender las necesidades de información de atención especializada en Castilla-La Mancha y proveer los datos al registro estatal.

La Junta de Comunidades de Castilla-La Mancha tiene competencias para dictar este decreto, en ejercicio de las que le confiere el artículo 32.3 de su Estatuto de Autonomía.

En su virtud, oídos los interesados, de acuerdo con el dictamen del Consejo Consultivo, a propuesta del Consejero de Sanidad y previa deliberación del Consejo de Gobierno en su reunión del día 3 de mayo de 2016, dispongo

Artículo 1. Objeto.

El presente decreto tiene por objeto crear y regular el Registro de Actividad de Atención Sanitaria Especializada de Castilla-La Mancha (RAE-CLM), conforme a lo establecido en el Real Decreto 69/2015, de 6 de febrero, por el que se regula el Registro de Actividad de Atención Sanitaria Especializada.

Artículo 2. Finalidad del RAE-CLM.

1. El RAE-CLM tiene como finalidad garantizar la disponibilidad de información correspondiente a la actividad de atención sanitaria especializada para responder a las necesidades de información de los diferentes agentes implicados en el sistema sanitario.

2. Son fines específicos de este subsistema de información:

- a) Conocer la morbilidad atendida y promover la utilización de la información del RAE-CLM como instrumento para la mejora de la efectividad clínica y la calidad de la atención sanitaria prestada a los ciudadanos.
- b) Contribuir a facilitar a los profesionales sanitarios la información necesaria para la toma de decisiones, aportando elementos útiles para la planificación, gestión, evaluación y control de los servicios sanitarios.
- c) Favorecer la realización de estudios de investigación clínica, epidemiológica y de evaluación de los resultados en salud.
- d) Suministrar los datos al Registro de Actividad de Atención Sanitaria Especializada conforme a lo establecido en el Real Decreto 69/2015, de 6 de febrero.

Artículo 3. Ámbito de aplicación.

El ámbito de aplicación de este decreto abarca a todos los centros y servicios sanitarios, públicos y privados, radicados en la Comunidad Autónoma de Castilla-La Mancha que presten servicios de atención especializada, en cualquiera de las modalidades asistenciales de hospitalización convencional, hospitalización a domicilio, hospital de día médico, cirugía ambulatoria, procedimientos ambulatorios de especial complejidad y urgencias.

Artículo 4. Unidad de registro.

La unidad de registro es, con carácter general, el contacto, definido como la atención sanitaria prestada bajo la misma modalidad asistencial y de forma ininterrumpida por un proveedor sanitario a un paciente.

Artículo 5. Contenido del RAE-CLM y modelo de datos.

1. Se registrarán en el RAE-CLM los siguientes datos de los contactos que se produzcan en las modalidades asistenciales que se señalan en el ámbito de aplicación de este decreto:

- a) Código del centro.
- b) Tipo de contacto o modalidad de asistencia en la que se presta la atención.
- c) Número de historia clínica.
- d) Código de identificación del contacto.
- e) Documento Nacional de Identidad (DNI/NIE).
- f) Código de identificación personal (CCAA/SNS/Mutualidades).
- g) Otro tipo de identificación personal (pasaporte/Tarjeta Sanitaria Europea).
- h) Fecha de nacimiento.
- i) Sexo.
- j) Código ISO del país de nacimiento.

- k) Código postal del domicilio habitual del paciente.
- l) Códigos de provincia y de municipio del domicilio de residencia.
- m) Domicilio habitual.
- n) Zona básica de salud del paciente.
- ñ) Régimen de financiación de la asistencia.
- o) Fecha y hora de inicio y finalización del contacto.
- p) Fecha y hora de la orden de ingreso.
- q) Solicitante del contacto.
- r) Circunstancias del contacto.
- s) Diagnóstico principal y diagnósticos secundarios.
- t) Marcador de preexistencia del diagnóstico principal y de los diagnósticos secundarios al inicio del contacto (POA).
- u) Procedimientos realizados en los quirófanos del propio centro.
- v) Otros procedimientos realizados en el centro fuera del quirófano.
- w) Procedimientos realizados en otros centros.
- x) Código de morfología de las neoplasias.
- y) Ingreso en unidad de cuidados intensivos y días de estancia en la misma.
- z) Fecha y hora de intervención.
- aa) Tipo de alta
- bb) Dispositivo de continuidad asistencial.
- cc) Unidad organizativa y médico responsables de la atención.
- dd) Código del hospital al que es trasladado el paciente.
- ee) Tipo de visita.
- ff) Médico que ordena el ingreso.
- gg) Unidad organizativa en la que se produce el ingreso.
- hh) Traslados en el mismo hospital (servicio y fecha).

2. Los centros que presten la interrupción voluntaria del embarazo establecerán mecanismos apropiados de automatización y codificación de los datos de identificación de las pacientes atendidas en los términos previstos en la Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo, de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo.

3. Las definiciones, los criterios de inclusión y exclusión y las excepciones según el tipo de centro y la modalidad asistencial, así como la estructura, formato y características de las variables que conforman el modelo de datos del registro se recogen en los anexos de este decreto y en el Manual de Procedimiento del RAE-CLM, al que se hace referencia en el artículo 8 de esta disposición.

4. En la medida en que la estructura del registro lo permita, se integrarán en el RAE-CLM los datos de los contactos de los residentes en Castilla-La Mancha atendidos en otras Comunidades Autónomas, obtenidos a través del registro estatal en virtud de lo establecido en el artículo 8.3 del Real Decreto 69/2015, de 6 de febrero.

5. A efectos de este decreto y en todo aquello que le sea de aplicación, los datos del Registro del Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMBD) de Hospitalización, Cirugía Ambulatoria y otros procedimientos ambulatorios de Castilla-La Mancha, creado conforme al artículo 6.1 del Decreto 73/2002, de 14 de mayo, también se consideran parte del RAE-CLM.

Artículo 6. Obligaciones de los centros y servicios sanitarios.

Corresponde a la dirección de los centros y servicios sanitarios incluidos en el ámbito de aplicación de este decreto la obligación de garantizar la elaboración y envío de los datos que se recogen en el RAE-CLM al órgano responsable del registro en la Consejería competente en materia de sanidad. La forma y periodicidad de los envíos se llevará a cabo siguiendo las indicaciones del Manual de Procedimiento, al que se hace referencia en el artículo 8 de la presente norma.

Artículo 7. Órgano competente.

1. El RAE-CLM se adscribe a la Dirección General competente en materia de ordenación y planificación sanitaria, que será el órgano encargado de su organización y gestión y el responsable de adoptar las medidas que garanticen la confidencialidad, seguridad e integridad de los datos.

2. Corresponde a la citada Dirección General la adopción de las medidas y acuerdos que proceda en relación con las materias propias del registro en orden al mejor cumplimiento de los fines del mismo.

Artículo 8. Manual de Procedimiento.

1. Desde el órgano responsable del RAE-CLM se elaborará un manual con instrucciones para la recogida y envío de los datos del registro en el que figurarán:

- a) Las especificaciones que procedan respecto a las definiciones, valores posibles, formato y demás características de las variables que conforman el modelo de datos del registro y que se recogen en los anexos de este decreto.
- b) La referencia a la normativa oficial en vigor que debe tenerse en cuenta para la codificación de los diagnósticos y los procedimientos y de la morfología de las neoplasias.
- c) El procedimiento para el envío de los datos, en el que se indique la periodicidad con la que los centros sanitarios deben realizar los envíos y los periodos de actividad a incluir en cada uno de ellos.
- d) Cualquier otro aspecto técnico necesario para la adecuada recogida y envío de los datos.

2. El Manual de Procedimiento estará a disposición de los centros y servicios sanitarios en la sede electrónica de la Junta de Comunidades de Castilla-La Mancha.

Artículo 9. Medidas de seguridad en el tratamiento de los datos.

1. La persona titular del órgano administrativo responsable del RAE-CLM adoptará las medidas necesarias para asegurar que los datos de carácter personal contenidos en el mismo se utilicen conforme a los fines previstos en el artículo 2 de este decreto.

2. Asimismo, dispondrá las medidas oportunas para garantizar la seguridad de los procesos de envío, cesión, custodia y explotación de la información, de acuerdo con lo previsto en el Real Decreto 1720/2007, de 21 de diciembre, por el que se aprueba el Reglamento de desarrollo de la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de protección de datos de carácter personal, así como en el Decreto 104/2008, de 22 de julio, de protección de datos de carácter personal en la Junta de Comunidades de Castilla-La Mancha.

3. Todo tratamiento que conlleve el acceso a los datos del RAE-CLM o la cesión de los mismos se efectuará en los términos que determine el órgano responsable del registro, siempre con la observancia de las garantías que establece la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, y demás normas de desarrollo para garantizar la confidencialidad de los datos.

Artículo 10. Difusión de la información.

La información disociada, resultado de la explotación estadística del RAE-CLM, estará a disposición de las Administraciones Públicas sanitarias, los gestores, los profesionales de la salud y los ciudadanos, en los términos de acceso y difusión que, oída la Comisión Técnica del RAE-CLM prevista en el artículo 11 de este decreto, determine el órgano competente con respeto, en todo caso, a lo dispuesto en el artículo 9 y en la legislación sectorial que resulte de aplicación.

Artículo 11. Comisión Técnica del RAE-CLM.

1. Se crea la Comisión Técnica del RAE-CLM, que tendrá carácter de órgano de asesoramiento adscrito a la Dirección General competente en materia de ordenación y planificación sanitaria.

2. Son funciones de la Comisión:

- a) Analizar las revisiones y actualizaciones del Manual de Procedimiento del RAE-CLM, así como emitir informes facultativos y no vinculantes.
- b) Participar en la elaboración y mejora de los procedimientos utilizados para la validación y auditoría de calidad de los datos del registro.
- c) Proponer criterios e indicadores de evaluación de la calidad y exhaustividad del registro.
- d) Cualquier otra función relacionada con la optimización y mejora del RAE-CLM.

3. La composición de la Comisión del RAE-CLM y sus normas de funcionamiento serán reguladas mediante orden de la Consejería competente en materia de sanidad.

Artículo 12. Régimen sancionador.

Las infracciones a lo dispuesto en el presente decreto podrán ser objeto de sanciones administrativas con arreglo a lo previsto en la Sección 4ª del Capítulo III del Título V de la Ley 8/2000, de 30 de noviembre, de Ordenación Sanitaria de Castilla-La Mancha; en el Título V de la Ley 5/2010, de 24 de junio, sobre derechos y deberes en materia de salud de Castilla-La Mancha; en el Capítulo VI del Título Primero de la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad; y en el Título VII de la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre.

Disposición adicional primera. Plazo de inicio del registro.

Los centros sanitarios iniciarán la recogida de datos para el RAE-CLM de acuerdo con lo dispuesto en este decreto en los siguientes plazos:

Tipo de contacto o modalidad asistencial	Tipo de Centro Sanitario (1)	Dependencia funcional(2)	Fecha de inicio: contactos realizados a partir del
• Hospitalización. • Cirugía ambulatoria.	Hospitales de agudos (categorías C1.1, C1.2 y C1.90).	Centros públicos y privados.	01/01/2016
• Hospitalización.	Otros hospitales (categorías C1.3, C1.4).	Centros públicos y privados.	01/01/2017
• Procedimientos ambulatorios de especial complejidad. • Hospital de día médico. • Hospitalización a domicilio. • Urgencias.	Hospitales (C1.1, C1.2 y C1.90).	Centros públicos.	01/01/2018
• Cirugía ambulatoria. • Procedimientos ambulatorios de especial complejidad. • Hospital de día médico.	Centros ambulatorios especializados (categorías C2.5).	Centros públicos.	01/01/2019
• Procedimientos ambulatorios de especial complejidad. • Hospital de día médico. • Hospitalización a domicilio. • Urgencias.	Hospitales de agudos (categorías C1.1, C1.2 y C1.90).	Centros privados.	01/01/2020
• Cirugía ambulatoria. • Procedimientos ambulatorios de especial complejidad. • Hospital de día médico.	Centros ambulatorios especializados (categorías C2.5).	Centros privados.	01/01/2020
(1) Anexo I del Real Decreto 1277/2003, de 10 de octubre, por el que se establecen las bases generales sobre autorización de centros, servicios y establecimientos sanitarios. (2) Los centros públicos incluyen centros de la red de utilización pública y centros con concierto sustitutorio.			

Disposición adicional segunda. Creación del fichero automatizado.

En el plazo de un mes, contado a partir del día siguiente al de la publicación de este decreto en el Diario Oficial de Castilla-La Mancha, la Consejería competente en materia de protección de datos publicará la disposición por la que se crea el fichero automatizado de datos de carácter personal del RAE-CLM.

Disposición transitoria única. Plazo para el envío de los datos correspondientes a la actividad realizada durante el año 2016.

1. Los hospitales de agudos (categorías C1.1, C1.2 y C1.90), públicos y privados, con actividad asistencial especializada en las modalidades de hospitalización y cirugía ambulatoria remitirán los datos de los contactos de los pacientes atendidos durante el año 2016 al órgano responsable del RAE-CLM según los siguientes períodos de actividad y plazos de envío:

- a) Actividad del primer trimestre: hasta el 30 de junio.
- b) Actividad del primer semestre: hasta el 30 de julio.
- c) Actividad de los tres primeros trimestres: hasta el 31 de octubre.
- d) Actividad de todo el año 2016: hasta el 31 de enero de 2017.

2. Los ficheros de cada envío tendrán carácter acumulativo respecto a la actividad realizada en el año de referencia.

Disposición derogatoria única. Derogación normativa.

Queda derogado el Decreto 73/2002, de 14 de mayo, del Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMBD) de Hospitalización, Cirugía Ambulatoria y otros procedimientos ambulatorios, y cuantas disposiciones de igual o inferior rango se opongan a lo establecido por este decreto.

Disposición final primera. Desarrollo normativo.

Se faculta a la persona titular de la Consejería competente en materia de sanidad para dictar cuantas normas sean precisas para el desarrollo y ejecución de lo establecido en este decreto, así como para la modificación de sus anexos.

Disposición final segunda. Entrada en vigor.

El presente decreto entrará en vigor al día siguiente de su publicación en el Diario Oficial de Castilla-La Mancha.

Dado en Toledo, el 3 de mayo de 2016

El Presidente
EMILIANO GARCÍA-PAGE SÁNCHEZ

El Consejero de Sanidad
JESÚS FERNÁNDEZ SANZ

Anexo I

Definiciones de las variables del Registro de Actividad de Atención Sanitaria Especializada de Castilla-La Mancha (RAE-CLM).

1. Centro sanitario (CENTRO).

Se refiere al centro sanitario en el que se presta la atención sanitaria.

En su cumplimentación se utilizará:

- a) Para los hospitales: el código del Catálogo Nacional de Hospitales o el código del Registro general de centros, servicios y establecimientos sanitarios.
- b) Para los Centros Especializados (categoría C.2.5 del Registro general de centros, servicios y establecimientos sanitarios): el código de inscripción en dicho Registro.

2. Tipo de contacto (TC).

Se entiende por tipo de contacto la modalidad asistencial en la que se presta la atención sanitaria.

Las categorías y los valores posibles de los tipos de contacto (estos últimos entre paréntesis) son:

- a) Hospitalización (1): atención realizada tras el ingreso de un paciente en una cama de hospitalización. Quedan excluidas de esta modalidad las sesiones de diálisis, las sesiones en hospital de día, la atención en las camas de observación en urgencias, así como la permanencia en el hospital de los recién nacidos sanos y el resto de contactos de otras modalidades asistenciales. Los contactos de hospitalización se computarán al alta hospitalaria.
- b) Hospitalización a domicilio (2): atención realizada en el domicilio del paciente por parte de los servicios de atención especializada. Se considerará el comienzo del episodio a partir de su fecha de indicación (ingreso bajo esta modalidad) hasta la fecha de finalización de la misma bajo esta modalidad y causa (alta en esta modalidad), con independencia de su servicio de procedencia, del número de visitas realizadas en el domicilio y de su destino tras el alta. Los contactos que durante el episodio de hospitalización a domicilio se produzcan con otras modalidades asistenciales ambulatorias se considerarán incluidos en el mismo episodio siempre que se deriven del proceso que motivó dicho contacto. En el caso de que el paciente precisara ingresar en un centro hospitalario, cursará alta en la modalidad asistencial de hospitalización a domicilio.
- c) Hospital de día médico (3): atención realizada sin ingreso hospitalario, que incluye específicamente tratamientos médicos destinados a pacientes que requieren especial atención médica y/o de enfermería de forma continuada durante varias horas (incluye la quimioterapia para pacientes oncológicos y hematológicos cuando se preste en régimen de hospital de día), con independencia de la naturaleza de la finalidad y destino tras la misma (domicilio, traslado, hospitalización, etc.).
- d) Cirugía ambulatoria (4): se considerarán como tal las intervenciones quirúrgicas realizadas bajo anestesia general, local, regional o sedación que requieren cuidados postoperatorios poco intensivos y de corta duración por lo que no necesitan ingreso hospitalario y en las que está previsto el alta de forma inmediata o a las pocas horas de la intervención. Como referencia se considerarán para su inclusión en esta categoría y de acuerdo con los criterios del Manual de Definiciones de la Estadística de Centros Sanitarios de Atención Especializada todas las intervenciones quirúrgicas ambulatorias realizadas en quirófano.
- e) Procedimiento ambulatorio de especial complejidad (5): procedimientos y actividades realizados en servicios y gabinetes específicos cuya ejecución supone un alto consumo de recursos sanitarios o que requieren cuidados en su preparación o en las horas posteriores a su realización. Como referencia se considerarán para su inclusión en esta categoría los estudios de hemodinámica, radiología intervencionista, broncoscopia, colonoscopia, colangiopancreatografía retrógrada, técnicas de imagen invasivas, hemodiálisis, litotricia renal extracorpórea, PET, PET-TAC, radiocirugía y radioterapia estereotáxica.

Se registrarán los procedimientos realizados a pacientes de forma ambulatoria y siempre y cuando el contacto con el centro sanitario haya sido motivado exclusivamente para la realización del procedimiento. Se excluyen, por tanto, los procedimientos realizados en pacientes ingresados en el curso de dicho ingreso en el centro sanitario o durante un contacto en el resto de modalidades asistenciales.

En el caso de que en el curso de la atención en cualquiera de las modalidades anteriores (códigos de tipo de asistencia 1 a 5) o al finalizar la misma el paciente sea hospitalizado en el propio centro sanitario, se registrará el alta en el contacto inicial y se abrirá un contacto en hospitalización haciendo constar como diagnóstico principal de este último la afección que motivó el ingreso y como fecha y hora de inicio la de la orden de ingreso.

f) Urgencias (6): esta modalidad incluirá exclusivamente los contactos que se produzcan en los servicios de urgencias hospitalarios. Se registrarán todos los contactos de pacientes cualquiera que sea su procedencia y finalidad, con independencia del tiempo de permanencia, que se fijará entre la hora de llegada y hora de salida del paciente. Se excluyen las urgencias atendidas de pacientes ingresados en una cama de hospitalización.

En el caso de que en el curso de la atención en urgencias el paciente deba ser ingresado en una cama de hospitalización en el mismo centro sanitario, se considerará como episodio de «hospitalización» identificándose como solicitante del contacto (variable Procedencia) «urgencias» siendo la fecha de inicio del contacto de hospitalización la de llegada del paciente al servicio de urgencias.

3. Número de historia clínica (HISTORIA).

Esta variable hace referencia al número de historia clínica del paciente en el centro sanitario donde se produce el contacto.

4. Código de identificación del contacto (ID_AC).

Es un código propio de cada centro que identifica cada uno de los contactos.

5. Documento Nacional de Identidad (DNI_NIE).

En esta variable se consignará, según proceda, el número del Documento Nacional de Identidad (DNI) o el Número de Identidad de Extranjero (NIE).

6. Código de Identificación Personal de la Comunidad Autónoma (CIP_AUT).

Es el código de identificación personal asignado por la administración sanitaria emisora de la tarjeta sanitaria individual. Esta variable sólo es obligatoria cuando la financiación del contacto sea a cargo del Sistema Nacional de Salud (SNS).

7. Código de Identificación Personal del Sistema Nacional de Salud (CIP_SNS).

Se refiere al código de identificación personal único para todo el Sistema Nacional de Salud. Esta variable sólo es obligatoria cuando la financiación del contacto sea a cargo del SNS.

8. Código de Identificación Personal de las mutualidades (CIP_MUT).

Es el código de identificación de la Mutualidad General de Funcionarios Civiles del Estado (MUFACE), del Instituto Social de las Fuerzas Armadas (ISFAS) y de la Mutualidad General Judicial (MUGEJU). La cumplimentación de esta variable sólo es obligatoria cuando la financiación del contacto corresponda a alguna de las entidades indicadas.

9. Otro Tipo de Identificación Personal (OTI).

Esta variable se cumplimentará solamente cuando no se disponga de ninguno de los otros tipos de identificación recogidos en las variables 5 a 8 y las categorías posibles para la misma son:

- a) Pasaporte (1).
- b) Código de Identificación de la Tarjeta Sanitaria Europea –TSE (2).

10. Número de Identificación en Otro Tipo de Identificación Personal (NUM_OTI).

Se refiere al número que corresponda según el tipo de documento consignado en la variable “Otro Tipo de Identificación Personal”.

11. Fecha de nacimiento (FEC_NAC).

En esta variable se recoge la fecha de nacimiento del paciente.

12. Sexo (SEXO).

Esta variable hace referencia al sexo del paciente.

Las categorías posibles y sus valores, son:

- a) Hombre (1).
- b) Mujer (2).
- c) No especificado (9).

13. País de nacimiento (PAIS).

Esta variable se refiere al país de nacimiento del paciente. Para su cumplimentación se utilizará el Código ISO del país correspondiente (Norma ISO 3166 versión 1), Anexo II.b.

14. Código postal del domicilio habitual del paciente (CODPOS).

Esta variable se refiere al código postal del domicilio habitual del paciente y se cumplimenta en función del país de residencia.

Para los residentes en España será de elección el lugar donde reside seis meses o más y, alternativamente, el lugar de empadronamiento. Si no es posible cumplimentar la variable con ninguna de las opciones previas se informará de la provincia, consignando las dos primeras cifras correspondientes a la provincia (código INE) seguida de tres ceros.

Para los residentes en el extranjero se utilizará el código 53 seguido del código ISO del país y si se desconoce el país de residencia se anotará 53000.

15. Provincia del domicilio habitual del paciente (PROV).

Esta variable se cumplimenta mediante las dos cifras del código INE correspondiente a la provincia del domicilio habitual del paciente.

Para los residentes en España la provincia de residencia será aquella donde reside seis meses o más y alternativamente el lugar de empadronamiento. Para los residentes en el extranjero se utilizará el código 53.

16. Municipio del domicilio habitual del paciente (MUNRES).

Se refiere al municipio del domicilio habitual del paciente y se cumplimentará mediante las 6 cifras del código INE correspondiente. Para los residentes en España será de elección el lugar donde reside seis meses o más y, alternativamente, el lugar de empadronamiento. Para los residentes en el extranjero se utilizará el código 530 seguido del código ISO del país y si se desconoce el país de residencia se anotará 530000.

17. Tipo de vía del domicilio habitual del paciente (VIA).

Se refiere al tipo de vía del domicilio de residencia y se codifica según la tabla que figura en el Anexo II.c.

18. Nombre de la vía del domicilio habitual del paciente (DOMICILI).

Se indicará el nombre de la vía del domicilio de residencia.

19. Número de la vía del domicilio habitual del paciente (NUM).

Variable relacionada con las dos anteriores. Corresponde al número de bloque, vivienda, punto Km., etc. de la vía del domicilio de residencia.

20. Zona Básica de Salud (ZBS).

Se refiere a la Zona Básica a la que pertenece el Equipo de Atención Primaria que presta este tipo de atención al paciente. La cumplimentación de esta variable no es obligatoria en los centros privados.

21. Régimen de financiación (RF).

Esta variable hace referencia al responsable de la financiación económica de los costes del contacto. Las categorías que se incluyen son:

a) Servicios de Salud de las Comunidades Autónomas (códigos 01 al 18).

Se incluyen aquí los contactos con cargo a los Servicios de Salud de las Comunidades Autónomas y el Instituto Nacional de Gestión Sanitaria (INGESA), independientemente de que el paciente tenga otras fuentes de financiación.

b) Pacientes sin ningún tipo de seguro o recursos propios para financiar la asistencia (19).

c) Asistencia prestada a los reclusos con cargo a la Administración competente en materia de atención sanitaria penitenciaria (20).

d) Reglamentos europeos y convenios bilaterales. Este régimen de financiación hace referencia a la asistencia sanitaria prestada a ciudadanos extranjeros durante su estancia en España incluida en los convenios para países comunitarios y en convenios bilaterales específicos (21).

e) Mutualidades administrativas de los regímenes especiales de la Seguridad Social de funcionarios (MUFACE, ISFAS y MUGEJU). Es la asistencia sanitaria prestada a los mutualistas o beneficiarios pertenecientes a la Mutualidad General de Funcionarios Civiles del Estado, Instituto Social de las Fuerzas Armadas, Mutualidad General Judicial que hayan optado por recibir asistencia sanitaria a través de entidades de seguro (30).

f) Mutuas Colaboradoras con la Seguridad Social. Incluye la asistencia sanitaria prestada en los supuestos de accidente de trabajo o enfermedad profesional cuando ésta está concertada con una Mutua Colaboradora con la Seguridad Social (40).

g) Compañías o entidades de seguros de accidentes de tráfico y otros tipos de seguro obligatorios. Incluye la asistencia sanitaria a los pacientes cuyo contacto se produce como consecuencia de un accidente de tráfico, escolar, deportivo, etc., independientemente de que el paciente tenga o no cobertura por el SNS. Las categorías posibles son las siguientes:

1º Seguro de accidentes de tráfico (51).

2º Seguro de accidentes escolares (52).

3º Seguro de accidentes de deportistas federados y profesionales (53).

4º Seguro obligatorio de viajeros (54).

5º Otros seguros obligatorios (55).

h) Financiación privada directa (con cargo a personas físicas). Incluye la asistencia que recibe el usuario, de cuyo pago es responsable el mismo u otra persona física. Se incluye también aquí la asistencia a extranjeros que no tienen ningún tipo de cobertura por Convenio Internacional o seguro privado (60).

i) Financiación a través de aseguramiento privado con cargo a compañías de seguro sanitario. Incluye la asistencia sanitaria de los usuarios de cuyo pago es responsable un tercero, incluida aquella financiada por una entidad aseguradora o con cargo a convenios o conciertos con otros organismos o entidades, en los que los términos del convenio o concierto no están incluidos en otros apartados. No incluye la asistencia financiada por las Mutualidades MUFACE, ISFAS y MUGEJU (apartado e) ni la financiada por una entidad aseguradora obligatoria (apartado g) (70).

j) Asistencia Sanitaria Transfronteriza. Este régimen de financiación hace referencia a la asistencia sanitaria prestada en un Estado miembro distinto del Estado miembro de afiliación según lo establecido en Real Decreto 81/2014, de 7 de febrero, por el que se establecen normas para garantizar la asistencia sanitaria transfronteriza, y por el que se modifica el Real Decreto 1718/2010, de 17 de diciembre, sobre receta médica y órdenes de dispensación. En ningún caso comprende a los ciudadanos cubiertos por los reglamentos europeos y convenios bilaterales y que están incluidos en el apartado d (80).

k) Otros especificados (90).

l) Desconocido (99).

22. Fecha y hora de inicio de la atención (FEC_INI).

Corresponde a la fecha y hora registrada en admisión o en los servicios asistenciales del centro sanitario como la fecha y hora de la llegada del paciente a la modalidad asistencial. En las hospitalizaciones procedentes de urgencias la fecha y hora de inicio del contacto de hospitalización es la de llegada del paciente al servicio de urgencias.

23. Fecha y hora de la orden de ingreso (FEC_ING).

Hace referencia a la fecha y hora en la que se cursa la orden de ingreso en hospitalización.

24. Procedencia (PROCEDENCIA).

Esta variable se refiere al dispositivo, servicio sanitario o entidad que solicita el contacto. Las categorías posibles son:

- a) Atención Primaria (10).
- b) Lista de espera (20).
- c) Dispositivo del propio hospital: Urgencias (21).
- d) Dispositivo del propio hospital: Cirugía ambulatoria (22).
- e) Dispositivo del propio hospital: Hospital de día médico (23).
- f) Dispositivo del propio hospital: Hospitalización (24).
- g) Dispositivo del propio hospital: Hospitalización a domicilio (25).
- h) Dispositivo del propio hospital: Procedimientos ambulatorios de especial complejidad (26).
- i) Dispositivo del propio hospital: Consultas (27).
- j) Otros dispositivos del propio hospital (28).
- k) Recién nacido de madre ingresada en el hospital (29).
- j) Servicios de otro hospital/centro sanitario (30).
- m) Por iniciativa del paciente (40).
- n) Emergencias médicas ajenas a los servicios del hospital, servicios médicos y paramédicos extrahospituarios (50).
- ñ) Centro sociosanitario (60).
- o) Por orden judicial (70).
- p) Otros (80).
- q) Desconocido (90).

25. Circunstancias del contacto (CIRCONT).

Esta variable se refiere a si el contacto había sido planificado y previsto con anterioridad al momento de su realización. Las categorías admitidas son:

- a) No programado: contacto no previsto con anterioridad que surge y se realiza de forma inesperada para el centro/unidad (1).
- b) Programado: contacto previsto con anterioridad, al que se le ha concertado con antelación una fecha y hora para su realización (2).
- c) Desconocido (9).

26. Diagnóstico principal (D1).

Esta variable se define como la afección que después del estudio necesario se establece que fue la causa del contacto con el centro.

La codificación se realizará según la Clasificación Internacional de Enfermedades 10ª revisión, modificación clínica para diagnósticos (CIE10ES-Diagnósticos) y la normativa oficial para su uso en la codificación.

27. Marcador POA del diagnóstico principal (P1).

El marcador P1 hace referencia al diagnóstico principal.

Los marcadores POA ("Present on Admission") indican si el diagnóstico estaba o no presente al ingreso o al inicio del contacto hospitalario. Además de los diagnósticos conocidos, también se consideran como presentes al ingreso cualquier patología o condición claramente existente antes del ingreso aunque el diagnóstico se establezca durante el episodio de hospitalización.

Las categorías posibles son:

- a) Sí: presente en el momento del ingreso (S).
- b) No: no presente en el momento del ingreso; ocurre durante la hospitalización (N).
- c) Desconocido: insuficiente documentación para determinar si un proceso está presente o no al ingreso (D).

- d) Indeterminado clínicamente: al personal médico responsable del alta no le es posible clínicamente determinar si el proceso estaba o no presente al ingreso (I).
- e) Exento: el marcador POA no es aplicable al diagnóstico al que hace referencia (E).

De acuerdo con lo dispuesto en el Anexo I del Real Decreto 69/2015, de 6 de febrero, la aplicación de los marcadores POA (P1-P20) se realizará siguiendo una guía que, a tal efecto, sea aprobada por el Comité Técnico del CMBD estatal.

28. Diagnósticos secundarios (D2-D20).

Estas variables se definen como los diagnósticos que coexisten con el diagnóstico principal en el momento del contacto o que se desarrollan a lo largo de su asistencia y que, a juicio del facultativo, pueden influir en la evolución o tratamiento del paciente.

Dentro de los diagnósticos secundarios se incluirán los relativos a las causas externas de lesiones e intoxicaciones.

La codificación se realizará según la CIE10ES-Diagnósticos y la normativa oficial para su uso en la codificación.

29. Marcador POA de los diagnósticos secundarios (P2-P20).

Las variables marcador P2 a P20 se refieren a los correspondientes diagnósticos secundarios D2 a D20.

Los valores posibles para todos y cada uno de los POA de los diagnósticos secundarios son los mismos que se indican para el marcador POA del diagnóstico principal.

30. Procedimientos realizados en los quirófanos del propio centro (PROQ1-PROQ10).

En estas variables se recogen aquellos procedimientos realizados en los quirófanos del centro. A estos efectos sólo se considerarán como quirófanos las salas autorizadas como tal en el Registro de Centros, Servicios y Establecimientos Sanitarios.

La codificación se realizará según la CIE10ES-Procedimientos y la normativa oficial para su uso en la codificación. El procedimiento quirúrgico principal se consignará en la primera de estas variables (variable PROQ1).

31. Otros procedimientos realizados en el centro fuera del quirófano (OPRO1-OPRO10).

Se refiere a aquellos procedimientos que requieren recursos materiales y humanos especializados, que implican un riesgo para el paciente o que, relacionados con el diagnóstico principal, resultan relevantes para su estudio o tratamiento.

Se recogerán en estas variables los procedimientos realizados en el centro sanitario fuera del quirófano. El procedimiento principal se consignará en la primera de ellas (variable OPRO1).

La codificación se realizará según la CIE10ES-Procedimientos y la normativa oficial para su uso en la codificación.

32. Procedimientos realizados en otros centros (PROEXT1-PROEXT6).

Se refiere a los procedimientos realizados en un centro distinto de aquel en el que se encuentra hospitalizado el paciente sin que se produzca el alta administrativa en el hospital de origen y sin causar ingreso en el centro u hospital donde se realizan.

La codificación se realizará según la CIE10ES-Procedimientos y la normativa oficial para su uso en la codificación.

33. Códigos de morfología de las neoplasias (M1-M6).

Estas variables hacen referencia a la descripción morfológica de las neoplasias.

Para su cumplimentación se utilizará la Clasificación Internacional de Enfermedades para Oncología (CIEO).

34. Ingreso en Unidad de Cuidados Intensivos (UCI).

Con esta variable se indica si el paciente ha requerido ingreso en unidades de cuidados intensivos durante el contacto asistencial, por lo que sólo se recogerá en los contactos de hospitalización. A estos efectos se considerarán unidades de cuidados intensivos las unidades específicas de cuidados intensivos, las unidades coronarias, las unidades de grandes quemados, las unidades de cuidados intensivos neonatales y pediátricos, así como las unidades de reanimación posquirúrgica que cuentan con una dotación fija de camas y en las que se realizan ingresos administrativos.

No se considerarán unidades de cuidados intensivos las áreas de reanimación postoperatoria que tienen la consideración de camas de observación.

Las categorías posibles de esta variable serán:

- a) Sí (1).
- b) No (2).

35. Días de estancia en Unidad de Cuidados Intensivos (DIAS_UCI).

Son los días que el paciente permanece ingresado en la unidad de cuidados intensivos definida en la variable anterior. Se computarán como el número de horas entre la fecha de ingreso y la fecha de alta en la UCI dividido por 24.

36. Fecha y hora de intervención (FEC_INT).

Esta variable hace referencia a la fecha de intervención quirúrgica en el caso de que la misma se haya producido durante el contacto asistencial.

Sólo se cumplimentará en el caso de que durante el contacto se haya practicado una intervención quirúrgica u otro procedimiento que haya requerido el uso de quirófano.

En caso de haberse realizado más de una, se registrará la fecha de la primera de ellas.

37. Fecha y hora de finalización de la atención (FEC_FIN).

Esta variable hace referencia a la fecha en la que se produce el fin del contacto.

En función de la modalidad asistencial se cumplimentará de la siguiente forma:

- a) Para los contactos de hospitalización, la fecha en la que el paciente es dado de alta médica o cursa alta voluntaria en el hospital y abandona una cama definida como de hospitalización.
- b) Para los contactos de hospitalización a domicilio, la fecha de fin del contacto corresponde a la fecha de alta médica.
- c) Para las modalidades de hospital de día médico, cirugía ambulatoria, urgencia y procedimientos ambulatorios de especial complejidad, corresponde a la fecha/hora en que se dictamina el alta/salida del paciente del servicio/modalidad asistencial independientemente de la hora en que efectivamente abandone el centro.

38. Tipo de alta (TIPALT).

Esta variable se refiere al destino inmediato del paciente tras el contacto asistencial. Las categorías posibles son:

- a) Domicilio: cuando el paciente regresa a su domicilio habitual o cuando vuelve al centro que constituía su residencia habitual antes del ingreso/contacto (1).
- b) Traslado a otro hospital (2).
- c) Alta voluntaria: cuando el alta se produce a instancias del propio paciente o cuando abandona el centro donde estaba ingresado sin que exista una indicación médica o sin conocimiento del hospital (3).
- d) Defunción (4).
- e) Traslado a centro sociosanitario: cuando el paciente se traslada a un centro que sustituye al propio domicilio y que tiene esta consideración en el registro de centros. Si ya estaba en un centro sociosanitario antes del ingreso se consignará como alta a domicilio (5).

- f) Traslado a hospitalización desde otro tipo de contacto (6).
- g) Otros (8).
- h) Desconocido (9).

39. Dispositivo de continuidad asistencial (DCONTINU).

Esta variable hace referencia a la indicación de una nueva atención en el mismo centro sanitario tras el contacto inicial.

Se cumplimentará de acuerdo con las siguientes categorías:

- a) No precisa (1).
- b) Ingreso en hospitalización en el propio hospital (2).
- c) Hospitalización a domicilio (3).
- d) Hospital de día médico (4).
- e) Urgencias (5).
- f) Consultas (6).
- g) Otros (8).
- h) Desconocido (9).

40. Servicio responsable de la atención (SERVICIO).

Esta variable se refiere al servicio responsable de la atención sanitaria del contacto. Los valores permitidos son los incluidos en la lista que figura en el Anexo II.e.

Cuando en el centro no existan los servicios como estructura organizativa, se utilizará como referencia la especialidad del médico que firma el alta.

En el caso de alta voluntaria, defunciones o abandono figurará el último servicio en el que estuvo ingresado el paciente.

41. Sección responsable de la atención (SECCION).

Se refiere a la sección o unidad responsable de la atención sanitaria del contacto, dentro del servicio correspondiente del centro.

La cumplimentación de este campo es optativa para el centro.

42. Unidades de gestión clínica (AREACLIN).

Este campo sólo se cumplimentará en aquellos hospitales donde esté en funcionamiento algún Área o Unidad de Gestión Clínica autorizada.

43. Médico responsable (MEDICO).

Se refiere al médico que tiene a su cargo coordinar la información y la asistencia sanitaria del paciente o del usuario, con el carácter de interlocutor principal del mismo en todo lo referente a su atención e información durante el proceso asistencial, sin perjuicio de las obligaciones de otros profesionales que participan en las actuaciones asistenciales.

44. Hospital de traslado (HOSPTRAS).

Se cumplimentará solamente cuando en el tipo de alta del contacto figure el valor 2 "Traslado a otro hospital" y se asignará el código de hospital que corresponda según el Catálogo Nacional de Hospitales o el código del Registro General de Centros y Establecimientos Sanitarios.

45. Tipo de visita (TIPVISITA).

Esta variable se refiere exclusivamente a la modalidad asistencial de hospital de día médico. Las categorías posibles son:

- a) Contacto inicial (1): contacto en el que el paciente acude por primera vez para un proceso concreto y no habiendo sido atendido con anterioridad, o bien que, habiéndolo sido, había ya cursado alta médica con continuidad asistencial igual a 1 (no precisa).
- b) Contacto sucesivo (2): contacto que se produce tras uno inicial en la misma modalidad de hospital de día, como consecuencia de una indicación médica de continuidad asistencial, para el mismo proceso de enfermedad.
- c) Desconocido (9).

46. Médico que ordena el ingreso (MEDING).

Esta variable sólo se cumplimentará en los contactos de hospitalización y se refiere al médico que firma la orden de ingreso.

47. Servicio de Ingreso (SERVING)

Es el Servicio clínico del centro sanitario en el que ingresa el paciente. Los valores permitidos son los que figuran en el Anexo II.e y su cumplimentación no es obligatoria para los centros privados.

48. Sección de Ingreso (SECCING)

Es la Sección del Servicio clínico del centro sanitario en el que ingresa el paciente. La cumplimentación de esta variable es optativa para todos los centros.

49. Área o Unidad de Gestión Clínica de Ingreso (AREACLING).

Se refiere al Área o Unidad de gestión clínica en la que es ingresado el paciente. Este campo sólo se cumplimentará en aquellos hospitales donde esté en funcionamiento algún Área o Unidad de Gestión Clínica autorizada.

50. Fecha de traslado (FECTRAS1- FECTRAS8).

Es la fecha y la hora en que la responsabilidad de la asistencia de un paciente hospitalizado es trasladada a un médico de otro servicio del mismo centro sin causar alta hospitalaria. Su cumplimentación es optativa para los centros privados.

51. Servicio de traslado (SERVTRAS1- SERVTRAS8).

Esta variable está vinculada a la variable anterior y se refiere al servicio al que se traslada la responsabilidad de la asistencia del paciente. En los centros privados, su cumplimentación es optativa. Los valores permitidos son los incluidos en la lista que figura en el Anexo II.e.

Anexo II
Modelo de datos del RAE-CLM

Anexo II.a
Estructura del fichero del RAE-CLM ⁽¹⁾

Nº	Nombre de la variable	Descripción	Valores posibles	Formato	Longitud ⁽²⁾	OBSERVACIONES
1	CENTRO	Código del centro	Código del Catálogo de hospitales o del Registro general de centros ⁽³⁾	Carácter	9	
2	TC	Tipo o modalidad asistencial en la que se presta la atención.	1. Hospitalización 2. Hospitalización a domicilio 3. Hospital de día médico 4. Cirugía ambulatoria 5. Procedimientos ambulatorios de especial complejidad 6. Urgencias	Carácter	1	
3	HISTORIA	Número de historia clínica	Propio de cada centro	Carácter	20	
4	ID_AC	Código de identificación del contacto	Propio de cada centro	Carácter	25	
5	DNI_NIE	Documento Nacional de Identidad	Doc. Nacional de Identidad/ Doc. de Identidad de Extranjero	Carácter	9	
6	CIP_AUT	Código de Identificación Personal de la Comunidad Autónoma		Carácter	16	Cumplimentación optativa para los centros privados.
7	CIP_SNS	Código de Identificación Personal del Sistema Nacional de Salud		Carácter	16	Cumplimentación optativa para los centros privados
8	CIP_MUT	Código de Identificación Personal de las Mutualidades		Carácter	16	
9	OTI	Otro Tipo de Identificación Personal	1. Pasaporte 2. Tarjeta Sanitaria Europea	Carácter	1	Sólo cuando no se disponga de ninguno de los otros tipos de identificación.
10	NUM_OTI	Número de Identificación en OTI		Carácter	16	
11	FEC_NAC	Fecha de nacimiento		Fecha (dd/mm/aaaa)	10	
12	SEXO	Sexo	1. Varón 2. Mujer 9. No especificado	Carácter	1	
13	PAIS	Código ISO del país de nacimiento	Norma ISO 3166 versión 1. Anexo II.b	Carácter	3	
14	CODPOS	Código postal del domicilio habitual del paciente	Código postal DG Correos. 53+ Código ISO de país para residentes en el extranjero. 53000 para país desconocido.	Carácter	5	

Nº	Nombre de la variable	Descripción	Valores posibles	Formato	Longitud ⁽²⁾	OBSERVACIONES
15	PROV	Código provincia del domicilio	Código INE de provincia. Residentes en el extranjero: 53.	Carácter	2	
16	MUNRES	Código de municipio del domicilio de residencia	Código INE de municipio. País extranjero: 530 + Código ISO del país. 530000 para país desconocido.	Carácter	6	
17	VIA	Tipo de vía del domicilio	Anexo II.c	Carácter	5	
18	DOMICILI	Nombre de la vía del domicilio		Carácter	50	
19	NUM	Número del domicilio		Carácter	3	
20	ZBS	Zona básica de salud del EAP del paciente.	Código de zona básica de salud en funcionamiento	Carácter	8	Cumplimentación optativa para los centros privados
21	RF	Régimen de financiación	Anexo II.d	Carácter	2	
22	FEC_INI	Fecha y hora de inicio del contacto	En caso de no conocerse hora, consignar 00:00:00	Fecha (dd/mm/aaaa hh:mi:ss)	19	
23	FEC_ING	Fecha y hora de curso de la orden de ingreso	En caso de no conocerse hora, consignar 00:00:00	Fecha (dd/mm/aaaa hh:mi:ss)	19	Sólo aplicable a los contactos de hospitalización
24	PROCEDENCIA	Solicitante del contacto	10. Atención Primaria. 20. Lista de espera. 21. Dispositivo del propio hospital: Urgencias. 22. Dispositivo del propio hospital: Cirugía ambulatoria. 23. Dispositivo del propio hospital: Hospital de día médico. 24. Dispositivo del propio hospital: Hospitalización. 25. Dispositivo del propio hospital: Hospitalización a domicilio. 26. Dispositivo del propio hospital: Procedimientos de especial complejidad. 27. Dispositivo del propio hospital: Consultas. 28. Otros servicios. 29. Recién nacido de madre ingresada en el hospital. 30. Servicios de otro hospital/centro sanitario. 40. Por iniciativa del paciente. 50. Emergencias médicas. 60. Centro sociosanitario. 70. Por orden judicial. 80. Otros. 90. Desconocido.	Carácter	2	
25	CIRCONT	Circunstancias del contacto	1. No programado 2. Programado 9. Desconocido	Carácter	1	
26	D1	Diagnóstico principal	Códigos de diagnósticos de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE10ES).	Carácter	7 + punto separador	

Nº	Nombre de la variable	Descripción	Valores posibles	Formato	Longitud ⁽²⁾	OBSERVACIONES
27	P1	Marcador POA del diagnóstico principal	S. SI N. NO D. Desconocido I. Indeterminado clínicamente E. Exento	Carácter	1	
28 ⁽⁴⁾	D2 - D20	Diagnósticos secundarios 2 al 20	Códigos de diagnóstico de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE10ES).	Carácter	7 + punto separador	
29 ⁽⁴⁾	P2-P20	Marcador POA de los diagnósticos secundarios D2 a D20.	S. SI N. NO D. Desconocido I. Indeterminado clínicamente E. Exento	Carácter	1	
30	PROQ1-PROQ10	Procedimientos realizados en los quirófanos del propio centro	Códigos de procedimiento de CIE10ES.	Carácter	7	
31	OPRO1-OPRO10	Otros procedimientos realizados en el centro fuera del quirófano	Códigos de procedimiento de CIE10ES.	Carácter	7	
32	PROEXT1-PROEXT6	Procedimientos realizados en otros centros	Códigos de procedimiento de CIE10ES.	Carácter	7	
33	M1-M6	Códigos de morfología de las neoplasias	Clasificación Internacional de Enfermedades para Oncología (CIEO).	Carácter	7 (incluido el carácter "/" delimitador)	
34	UCI	Ingreso en Unidad de Cuidados Intensivos	1. Si 2. No	Carácter	1	
35	DIAS_UCI	Días de estancia en la Unidad de Cuidados Intensivos	Número de horas entre la fecha de ingreso y la fecha de alta en UCI/24.	N Numérico con un decimal	5	
36	FEC_INT	Fecha y hora de intervención	En caso de no conocerse hora, consignar 00:00:00	Fecha (dd/mm/aaaa hh:mi:ss)	19	
37	FEC_FIN	Fecha y hora de finalización del contacto	En caso de no conocerse hora, consignar 00:00:00	Fecha (dd/mm/aaaa hh:mi:ss)	19	
38	TIPALT	Tipo de alta	1. Domicilio 2. Traslado a otro Hospital 3. Alta voluntaria 4. Defunción 5. Traslado a centro sociosanitario 6. Traslado a hospitalización desde otro tipo de contacto 8. Otros 9. Desconocido	Carácter	1	

Nº	Nombre de la variable	Descripción	Valores posibles	Formato	Longitud ⁽²⁾	OBSERVACIONES
39	DCONTINU	Dispositivo de continuidad asistencial	1. No precisa 2. Hospitalización en el propio hospital 3. Hospitalización a domicilio 4. Hospital de día médico 5. Urgencias 6. Consultas 8. Otros 9. Desconocido	Carácter	1	
40	SERVICIO	Servicio responsable de la atención	Anexo II.e	Carácter	3	
41	SECCION	Sección del servicio responsable de la atención	Propio de cada centro	Carácter	6	Cumplimentación optativa para los centros
42	AREACLIN	Unidad de gestión clínica	Propio de cada centro	Carácter	7	
43	MEDICO	Médico responsable de la atención	Propio de cada centro	Carácter	11	
44	HOSPTRAS	Hospital al que es trasladado el paciente	Código del Catálogo de hospitales o del Registro general de centros ⁽³⁾	Carácter	9	
45	TIPVISITA	Tipo de la visita	1. Contacto inicial 2. Contacto sucesivo 9. Desconocido	Carácter	1	Sólo aplicable a los contactos de h. de día médico.
46	MEDING	Médico que ordena el ingreso	Propio de cada centro	Carácter	11	
47	SERVING	Servicio de ingreso	Anexo II.e	Carácter	3	Cumplimentación optativa para los centros privados
48	SECCING	Sección de ingreso	Propio de cada centro	Carácter	6	Cumplimentación optativa para los centros
49	AREACLING	Unidad de gestión del ingreso	Propio de cada centro	Carácter	7	
50 ⁽⁴⁾	FECTRAS1-FECTRAS8	Fecha de traslado a otro servicio del mismo hospital	En caso de no conocerse hora, consignar 00:00:00	Fecha (dd/mm/aaaa hh:mi:ss)	19	Cumplimentación optativa para los centros privados
51 ⁽⁴⁾	SERVTRAS1-SERVTRAS8	Servicio al que se traslada la responsabilidad de la atención del paciente.	Anexo II.e	Carácter	3	Cumplimentación optativa para los centros privados

(1) El fichero, en formato texto con cabecera, delimitado por "pipes" (|) contendrá todas las variables relacionadas aún cuando alguna de ellas no sea de aplicación o su cumplimentación no sea obligatoria, en cuyo caso admitirá que en las mismas no se consigne ningún valor.

(2) Incluyendo, en su caso, el carácter delimitador. Todos los campos ajustados a la izda.

(3) Registro General de Centros, Servicios y Establecimientos Sanitarios.

(4) En el orden de las variables en el fichero, cada diagnóstico secundario (Dx) va seguido del marcador POAx que le corresponde y cada fecha de traslado (FECTRASx) va seguida del correspondiente servicio de traslado (SERVTRASx).

Anexo II.b

Tabla de Códigos ISO de países ⁽¹⁾

Código numérico	Nombre
004	Afganistán.
248	Åland.
008	Albania.
276	Alemania.
020	Andorra.
024	Angola.
660	Anguila.
028	Antigua y Barbuda.
682	Arabia Saudita.
012	Argelia.
032	Argentina.
051	Armenia.
533	Aruba.
036	Australia.
040	Austria.
031	Azerbaiyán.
044	Bahamas.
048	Bahrén.
050	Bangladés.
052	Barbados.
056	Bélgica.
084	Belice.
204	Benín.
060	Bermudas.
112	Bielorrusia.
104	Birmania.
068	Bolivia.
070	Bosnia y Herzegovina.
072	Botsuana.
076	Brasil.
096	Brunéi.
100	Bulgaria.
854	Burkina Faso.
108	Burundi.
064	Bután.
132	Cabo Verde.
116	Camboya.
120	Camerún.
124	Canadá.
535	Caribe Neerlandés.
634	Catar.
148	Chad.
152	Chile.
156	China.
196	Chipre.
336	Ciudad del Vaticano.

Código numérico	Nombre
170	Colombia.
174	Comoras.
408	Corea del Norte.
410	Corea del Sur.
384	Costa de Marfil.
188	Costa Rica.
191	Croacia.
192	Cuba.
531	Curazao.
ZZZ	Desconocido.
208	Dinamarca.
212	Dominica.
218	Ecuador.
818	Egipto.
222	El Salvador.
784	Emiratos Árabes Unidos.
232	Eritrea.
703	Eslovaquia.
705	Eslovenia.
724	España.
275	Estado de Palestina.
840	Estados Unidos.
233	Estonia.
231	Etiopía.
608	Filipinas.
246	Finlandia.
242	Fiyi.
250	Francia.
266	Gabón.
270	Gambia.
268	Georgia.
288	Ghana.
292	Gibraltar.
308	Granada.
300	Grecia.
304	Groenlandia.
312	Guadalupe.
316	Guam.
320	Guatemala.
254	Guayana Francesa.
831	Guernsey.
226	Guinea Ecuatorial.
324	Guinea.
624	Guinea-Bisáu.
328	Guyana.
332	Haití.

Código numérico	Nombre
340	Honduras.
344	Hong Kong.
348	Hungría.
356	India.
360	Indonesia.
368	Irak.
364	Irán.
372	Irlanda.
833	Isla de Man.
352	Islandia.
136	Islas Caimán.
184	Islas Cook.
234	Islas Feroe.
238	Islas Malvinas.
580	Islas Marianas del Norte.
584	Islas Marshall.
612	Islas Pitcairn.
090	Islas Salomón.
796	Islas Turcas y Caicos.
581	Islas ultramarinas de Estados Unidos.
092	Islas Vírgenes Británicas.
850	Islas Vírgenes de los Estados Unidos.
376	Israel.
380	Italia.
388	Jamaica.
392	Japón.
832	Jersey.
400	Jordania.
398	Kazajistán.
404	Kenia.
417	Kirguistán.
296	Kiribati.
414	Kuwait.
418	Laos.
426	Lesoto.
428	Letonia.
422	Líbano.
430	Liberia.
434	Libia.
438	Liechtenstein.
440	Lituania.
442	Luxemburgo.
446	Macao.
450	Madagascar.
458	Malasia.

Código numérico	Nombre
454	Malauí.
462	Maldivas.
466	Malí.
470	Malta.
504	Marruecos.
474	Martinica.
480	Mauricio.
478	Mauritania.
175	Mayotte.
484	México.
583	Micronesia.
498	Moldavia.
492	Mónaco.
496	Mongolia.
499	Montenegro.
500	Montserrat.
508	Mozambique.
516	Namibia.
520	Nauru.
524	Nepal.
558	Nicaragua.
562	Níger.
566	Nigeria.
570	Niue.
574	Norfolk.
578	Noruega.
540	Nueva Caledonia.
554	Nueva Zelanda.
512	Omán.
528	Países Bajos.
586	Pakistán.
585	Palaos.
591	Panamá.
598	Papúa Nueva Guinea.
600	Paraguay.
604	Perú.
258	Polinesia Francesa.
616	Polonia.
620	Portugal.
630	Puerto Rico.
826	Reino Unido.
140	República Centrafricana.
203	República Checa.
807	República de Macedonia.
178	República del Congo.
180	República Democrática del Congo.

Código numérico	Nombre
214	República Dominicana.
638	Reunión.
646	Ruanda.
642	Rumania.
643	Rusia.
732	Sahara Occidental.
016	Samoa Americana.
882	Samoa.
652	San Bartolomé.
659	San Cristóbal y Nieves.
674	San Marino.
663	San Martín.
666	San Pedro y Miquelón.
670	San Vicente y las Granadinas.
654	Santa Helena, A. y T.
662	Santa Lucía.
678	Santo Tomé y Príncipe.
686	Senegal.
688	Serbia.
690	Seychelles.
694	Sierra Leona.
702	Singapur.
534	Sint Maarten.
760	Siria.
706	Somalia.
144	Sri Lanka.
748	Suazilandia.
710	Sudáfrica.
728	Sudán del Sur.
729	Sudán.
752	Suecia.
756	Suiza.
740	Surinam.

Código numérico	Nombre
744	Svalbard y Jan Mayen.
764	Tailandia.
834	Tanzania.
762	Tayikistán.
626	Timor Oriental.
768	Togo.
772	Tokelau.
776	Tonga.
780	Trinidad y Tobago.
788	Túnez.
795	Turkmenistán.
792	Turquía.
798	Tuvalu.
804	Ucrania.
800	Uganda.
858	Uruguay.
860	Uzbekistán.
548	Vanuatu.
862	Venezuela.
704	Vietnam.
876	Wallis y Futuna.
887	Yemen.
262	Yibuti.
894	Zambia.
716	Zimbabue.

(1) Norma ISO 3166, de la Organización internacional para la Estandarización, en su versión ISO 3166-1 (código alfanumérico, a tres dígitos), corresponde al definido por la División estadística de las Naciones Unidas

Anexo II.c

Tabla de tipos de vía.

Nº de Orden	Código	Nombre	Nº de Orden	Código	Nombre
01	ALAMD	Alameda	27	PARAJ	Paraje
02	AVDA	Avenida	28	POBLA	Poblado
03	ARRY	Arroyo	29	PSAJE	Pasaje
04	BARRO	Barrio	30	POLG	Polígono
05	CANAD	Cañada	31	PORTO	Puerto
06	CAMPA	Campamento	32	PQUE	Parque
07	COLAD	Colada	33	PROLG	Prolongación
08	CRRIL	Carril	34	PASEO	Paseo
09	CLLJA	Calleja	35	PLZLA	Plazuela
10	CALLE	Calle	36	PLAZA	Plaza
11	CMNO	Camino	37	RNCON	Rincón
12	CLLON	Callejón	38	RONDA	Ronda
13	COL	Colonia	39	RESID	Residencial
14	CTRA	Carretera	40	RNADA	Rinconada
15	CASER	Caserío	41	RAMPA	Rampa
16	CUSTA	Cuesta	42	SALID	Salida
17	CJTO	Conjunto	43	SENDA	Senda
18	CSTAN	Costanilla	44	SITIO	Sitio
19	DEHES	Dehesa	45	SECT	Sector
20	DISEM	Diseminado	46	SUBID	Subida
21	EDIFI	Edificios	47	TRVA	Travesía
22	FINCA	Finca	48	URB	Urbanización
23	GTA	Glorieta	49	VIA	Vía
24	GRUP	Grupo	50	VREDA	Vereda
25	JARDI	Jardines	51	ZONA	Zona
26	LUGAR	Lugar			

Anexo II.d

Tabla de régimen de financiación.

Nº de Orden	Nombre	Código
01	Servicio Andaluz de Salud (SAS).	01
02	Servicio Aragonés de Salud (Salud).	02
03	Serv. Salud del Principado de Asturias (Sespa).	03
04	Servicio Balear de Salud (Ib-salut).	04
05	Servicio Canario de Salud (SCS).	05
06	Servicio Cántabro de Salud (SCS).	06
07	Serv. de Salud de Castilla-La Mancha (Sescam).	07
08	Gerencia Regional de Salud de la Junta de Castilla y León (SACyL).	08
09	Servicio Catalán de Salud (CatSalut).	09
10	Servicio Valenciano de Salud (SVS).	10
11	Servicio Extremeño de Salud (SES).	11
12	Servicio Gallego de Salud (Sergas).	12
13	Servicio Madrileño de Salud (Sermas).	13
14	Servicio Murciano de Salud	14
15	Servicio Navarro de Salud (Osasunbidea).	15
16	Servicio Vasco de Salud (Osakidetza).	16
17	Servicio Riojano de Salud.	17

Nº de Orden	Nombre	Código
18	Instituto Nacional de Gestión Sanitaria (Ingesa).	18
19	Pacientes sin recursos para financiar la asistencia.	19
20	Administración sanitaria penitenciaria.	20
21	Reglamentos europeos y convenios bilaterales.	21
22	Mutualidades de funcionarios del estado y otras AAPP.	30
23	Mutuas colaboradoras de la Seguridad Social.	40
24	Seguro de accidentes de tráfico.	51
25	Seguro de accidentes escolares.	52
26	Seguro de accidentes deportivos.	53
27	Seguro obligatorio de viajeros.	54
28	Otros seguros obligatorios.	55
29	Financiación privada directa.	60
30	Financiación a través de aseguramiento privado.	70
31	Asistencia sanitaria transfronteriza.	80
32	Otros especificado.	90

Anexo II.e

Tabla de servicios-unidades asistenciales.

Nº de Orden	Código	Nombre
1	ACL	Análisis Clínicos.
2	ACV	Angiología y Cirugía Vascular.
3	ADM	Admisión y Documentación Clínica.
4	ALG	Alergología.
5	ANR	Anestesia y Reanimación.
6	APA	Anatomía Patológica.
7	BCS	Banco de Sangre.
8	BIO	Bioquímica Clínica.
9	CAR	Cardiología.
10	CCA	Cirugía Cardíaca.
11	CCI	Cirugía Cardíaca Infantil.
12	CIR	Cirugía General y Digestiva.
13	CMF	Cirugía Maxilofacial.
14	CPE	Cirugía Pediátrica.
15	CPL	Cirugía Plástica y Reparadora.
16	CTO	Cirugía Torácica.
17	DCL	Documentación Clínica.
18	DER	Dermatología.
19	DIE	Dietética.
20	DIG	Digestivo.
21	END	Endocrinología.
22	EST	Estomatología.
23	FAC	Farmacología Clínica.
24	FAR	Farmacia.
25	GEN	Genética.
26	GRT	Geriatría.
27	HEL	Hematología Laboratorio.
28	HEM	Hematología Clínica.
29	HMD	Hemodinámica
30	INF	Enfermedades infecciosas.
31	INM	Inmunología.
32	LAB	Laboratorios.
33	LIT	Litotricia.
34	MFC	Medicina Familiar y Comunitaria.
35	MIC	Microbiología y Parasitología.
36	MIN	Medicina Intensiva Neonatal.
37	MIP	Medicina Intensiva Pediátrica.
38	MIR	Medicina Interna.
39	MIV	Medicina Intensiva.
40	MNU	Medicina Nuclear.
41	MPR	Medicina Preventiva.
42	NEF	Nefrología.

Nº de Orden	Código	Nombre
43	NEO	Neonatología.
44	NFL	Neurofisiología Clínica.
45	NML	Neumología.
46	NRC	Neurocirugía.
47	NRL	Neurología.
48	OBG	Obstetricia y Ginecología.
49	ODO	Odontología
50	OFT	Oftalmología.
51	ONC	Oncología Médica.
52	ONR	Oncología Radioterápica.
53	ORL	Otorrinolaringología.
54	OTR	Otros.
55	PED	Pediatría.
56	PSQ	Psiquiatría.
57	RAD	Radiología.
58	RAI	Radiología Intervencionista.
59	RDT	Radioterapia.
60	REH	Rehabilitación.
61	REU	Reumatología.
62	TRA	Traumatología y C. Ortopédica.
63	UCE	Unidad de Corta Estancia.
64	UCP	Unidad de Cuidados Paliativos.
65	UCR	Unidad de Coronaria.
66	UDO	Unidad del Dolor.
67	UHD	Unidad de Hemodiálisis.
68	ULE	Unidad de Larga Estancia.
69	ULM	Unidad de Lesionados Medulares.
70	URG	Urgencias.
71	URH	Unidad de Reproducción Humana.
72	URO	Urología.
73	USO	Unidad del Sueño.
74	UTR	Unidades de Extracción y Trasplantes.
75	UTX	Unidad de Desintoxicación.