

Manual de Instrucciones del Conjunto Mínimo Básico de Datos de los Centros Privados de Andalucía 2020



RUIZ CORTÉS, Eduardo.
Manual de instrucciones del conjunto mínimo
básico de datos de los centros privados de Andalucía
[Recurso electrónico]: 2020 / [autoría: Eduardo Ruiz
Cortés; coordinación: Juan Carlos Fernández Merino. –
[Sevilla] : Consejería de Salud y Familias, 2020.

Texto electrónico (pdf), 23 p.

1. Conjunto Mínimo Básico de Datos. 2. Hospitales
privados. 3. Sistemas de información en salud. 4. Andalucía.
I. Fernández Merino, Juan Carlos. II. Andalucía. Consejería de
Salud y Familias. III. Título
W 26.55.I4

Autoría: Eduardo Ruiz Cortés
Coordinación: Servicio de Estadísticas Sanitarias, Juan Carlos Fernández Merino
Subdirección de Planificación.
Viceconsejería de Salud y Familias



Esta obra está bajo una licencia Creative Commons
[Reconocimiento-NoComercial-SinObraDerivada 4.0 Internacional License](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/)

Título: Manual de instrucciones del conjunto mínimo básico de datos de los centros privados de Andalucía:
2020.

Edita: Junta de Andalucía. Consejería de Salud y Familias. 2020

Consejería de Salud y Familias: <https://juntadeandalucia.es/organismos/saludyfamilias.html>

Repositorio Institucional de Salud de Andalucía: www.repositoriosalud.es

Sumario

1. Introducción.....	2
2. Características del Registro RAE-CMBD de los centros privados de Andalucía.....	3
2.1. Contenido del Registro.....	3
2.2. Unidad de registro.....	4
2.3. Criterios de inclusión y exclusión de episodios según modalidad asistencial.....	4
2.3.1. CMBD de hospitalización.....	4
2.3.2. CMBD de hospitalización a domicilio.....	5
2.3.3. CMBD de hospital de día médico.....	6
2.3.4. CMBD de cirugía ambulatoria.....	6
2.3.5. CMBD de procedimientos ambulatorios de especial complejidad.....	6
2.3.6. CMBD de urgencias.....	7
3. Procedimiento de envío de la información.....	7
3.1. Plataforma de intercambio de ficheros.....	8
4. Definición de variables.....	9
1.- IDENTIFICADOR DE FILA (IDF).....	12
2.- TIPO DE CÓDIGO DE IDENTIFICACIÓN PERSONAL (TIP_CIP).....	13
3.- CÓDIGO DE IDENTIFICACIÓN PERSONAL (CIP).....	14
4.- NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA (HISTORIA).....	14
5.- FECHA DE NACIMIENTO (FECNAC).....	14
6.- SEXO.....	14
7.- PAÍS DE NACIMIENTO (PAIS_NAC).....	14
8.- RESIDENCIA POSTAL (RESIDE_CP).....	14
9.- RESIDENCIA MUNICIPAL (RESIDE_MUNI).....	15
10.- RÉGIMEN DE FINANCIACIÓN (REGFIN).....	15
11.- FECHA Y HORA DE INICIO DEL CONTACTO (FECINICONT).....	16
12.- FECHA Y HORA DE LA ORDEN DE INGRESO DESDE URGENCIAS(FECINGHOSP).....	17
13.- TIPO DE CONTACTO (TIPCONT).....	17
14.- TIPO DE LA VISITA (TIPVISITA).....	17
15.- PROCEDENCIA (PROCEDENCIA).....	18
16.- CIRCUNSTANCIAS DEL CONTACTO (CIRCONT).....	18
17.- SERVICIO (SERVICIO).....	19
18.- FECHA Y HORA DE ALTA (FECFINCONT).....	19
19.- TIPO DE ALTA (TIPALT).....	19
20.- DISPOSITIVO DE CONTINUIDAD ASISTENCIAL (DIS_CONT).....	20
21.- FECHA Y HORA DE LA INTERVENCIÓN (FECINT).....	20

22.- INGRESO EN UCI (UCI).....	20
23.- DÍAS DE ESTANCIA EN UCI (DIAS_UCI).....	21
24.- DIAGNÓSTICO PRINCIPAL (D1).....	21
25.- MARCADOR POA DEL DIAGNÓSTICO PRINCIPAL (POAD1).....	21
26–44.- DIAGNÓSTICOS SECUNDARIOS (D2-D20).....	22
45-63.- MARCADOR POA DEL DIAGNÓSTICO SECUNDARIO (POAD2-POAD20).....	22
64-83 PROCEDIMIENTOS REALIZADOS EN EL CENTRO (PROC1-PROC20).....	22
84-89.- PROCEDIMIENTOS REALIZADOS EN OTROS CENTROS (PROEXT1-PROEXT6)....	23
90-95.- CÓDIGOS DE MORFOLOGÍA DE LAS NEOPLASIAS (M1-M6).....	23
96 CÓDIGO DEL CENTRO SANITARIO (CEN_SAN).....	23
97.- COMUNIDAD AUTÓNOMA DEL CENTRO SANITARIO (CCAA).....	23

1. Introducción

El Real Decreto 69/2015 de 6 de febrero, regula el Registro de la Actividad de Atención Sanitaria Especializada, con base en el actual Conjunto Mínimo Básico de Datos (RAE-CMBD). Este Registro tiene naturaleza administrativa y se integra en el Sistema de Información Sanitaria del Sistema Nacional de Salud.

Son **objetivos** del Registro:

1. Conocer la demanda asistencial y la morbilidad atendida en los dispositivos de Atención Especializada y favorecer la realización de estudios de investigación clínica, epidemiológica y de evaluación de los servicios sanitarios y de resultados en salud.
2. Proporcionar a los registros autonómicos la información necesaria para la evaluación y control de la atención prestada en el Conjunto del Sistema Nacional de Salud a sus ciudadanos.
3. Facilitar la realización de estadísticas del sector salud a nivel estatal, así como las que deriven de compromisos con organismos oficiales internacionales.

En cuanto al **ámbito de aplicación**, esta normativa afecta tanto a hospitales como a centros ambulatorios que prestan servicios de atención especializada tanto públicos como privados. Y abarca tanto la hospitalización como las modalidades asistenciales de hospitalización a domicilio, hospital de día médico, cirugía ambulatoria, procedimientos ambulatorios de especial complejidad y urgencias.

La **implantación** de este Registro se realizará de forma progresiva, comenzando la recogida de información el 1 de enero de 2016 para los ámbitos de Hospitalización y Cirugía Ambulatoria. El Registro tiene la misma estructura para todos los ámbitos y el siguiente calendario de implantación para los centros privados:

Tipo de contacto	Tipo de Centro	Fecha de inicio
- Hospitalización - Cirugía ambulatoria	Hospitales de agudos. Categorías C1.1 y C1.2	01/01/2016
Hospitalización	Otros hospitales. Categorías C1.3 y C1.4	01/01/2017
- Procedimiento ambulatorio de alta complejidad. - Hospital de día médico. - Hospitalización a domicilio. - Urgencias.	Hospitales de agudos. Categorías C1.1 y C1.2	01/01/2020
- Cirugía ambulatoria. - Procedimiento ambulatorio de alta complejidad. - Hospital de día médico	Centros ambulatorios especializados. Categorías C2.5	01/01/2020

La Consejería de Salud y Familias de la Junta de Andalucía, como encargada de recoger esta información, ha elaborado este manual con instrucciones que ayudan a facilitar la realización del CMBD en los **centros sanitarios privados**, y obtener así una información homogénea y de calidad que pueda ser utilizada para los fines anteriormente detallados.

Este Manual recoge la descripción y validación que se realizará en los ficheros para homogeneizar y mejorar la calidad de la información.

2. Características del Registro RAE-CMBD de los centros privados de Andalucía.

2.1. Contenido del Registro.

El Real Decreto 69/2015, de 6 de febrero, establece en su artículo 5 el contenido del Registro. En el caso de los centros privados de Andalucía se ha añadido un campo (IDF) en la primera posición para facilitar la identificación de la fila. El contenido del Registro es el siguiente:

1. Identificador de fila.
2. Tipo de código de Identificación Personal.
3. Código de Identificación Personal.
4. Número de historia clínica.
5. Fecha de nacimiento.
6. Sexo.
7. País de nacimiento.
8. Código postal del domicilio habitual del paciente.
9. Municipio del domicilio habitual del paciente.
10. Régimen de financiación.
11. Fecha y hora de inicio de la atención.
12. Fecha y hora de la orden de ingreso.
13. Tipo de contacto.
14. Tipo de visita.
15. Procedencia.
16. Circunstancias de la atención.
17. Servicio responsable de la atención.
18. Fecha y hora de finalización de la atención.
19. Tipo de alta.
20. Dispositivo de continuidad asistencial.
21. Fecha y hora de intervención.

22. Ingreso en Unidad de Cuidados Intensivos.
23. Días de estancia en Unidad de Cuidados Intensivos.
24. Diagnóstico principal.
25. Marcador POA del diagnóstico principal.
26. Diagnósticos secundarios.
27. Marcador POA de los diagnósticos secundarios.
28. Procedimientos realizados en el centro.
29. Procedimientos realizados en otros centros.
30. Códigos de morfología de las neoplasias.
31. Centro sanitario.
32. Comunidad autónoma del centro sanitario.

2.2. Unidad de registro.

La unidad del registro del RAE-CMBD queda definida según el Real Decreto 69/2015, de 6 de febrero, por el que se regula el Registro de Actividad de Atención Sanitaria Especializada, como “la atención sanitaria prestada bajo la misma modalidad asistencial y de forma ininterrumpida por un proveedor sanitario a un paciente”. Y los tipos de contacto en función de la modalidad asistencial como:

1. Hospitalización.
2. Hospitalización a domicilio.
3. Hospital de día médico.
4. Cirugía ambulatoria.
5. Procedimiento ambulatorio de especial complejidad.
6. Urgencia.

2.3. Criterios de inclusión y exclusión de episodios según modalidad asistencial.

2.3.1. CMBD de hospitalización.

Se refiere a la atención realizada tras el ingreso de una persona en una cama de hospitalización. Los contactos de hospitalización se computarán al alta hospitalaria.

Quedan excluidas de esta modalidad las sesiones de diálisis, las sesiones en hospital de día, la atención en las camas de observación en urgencias, la permanencia en el hospital de recién nacidos sanos, y el resto de contactos de otras modalidades asistenciales. Tampoco se incluirán los episodios de hospitalización con cero días de estancia excepto los casos que hayan finalizado con motivo de alta de fallecimiento, traslado o alta voluntaria.

Cuando un paciente hospitalizado provenga directamente de los hospitales de día médico o quirúrgico, o de la realización de algún procedimientos ambulatorio considerado de especial complejidad que se estuviera realizando en el propio hospital, se generará un registro de CMBD de hospitalización con las siguientes características:

- En el campo PROCEDENCIA se consignará el ámbito de origen del paciente:
 - 22) Servicios del propio hospital: cirugía ambulatoria
 - 23) Servicios del propio hospital: hospital de día médico
 - 26) Servicios del propio hospital: procedimientos ambulatorios de especial complejidad.
- En el campo CIRCONT (circunstancias de la atención) se consignará el valor 1 (No programado)
- Se consignará como FECINICONT (fecha y hora de inicio de la atención) aquella en la que el paciente contactó con el ámbito de procedencia
- Los procedimientos quirúrgicos, diagnósticos y/o terapéuticos realizados en el ámbito de procedencia se incorporarán al CMBD de hospitalización.
- No se generará un registro en el CMBD del ámbito de procedencia

Cuando un paciente hospitalizado provenga directamente de urgencias:

- En el campo PROCEDENCIA se consignará el valor 21 (Servicios del propio hospital: urgencias)
- En el campo CIRCONT (circunstancias de la atención) se consignará el valor 1 (No programado)
- Se consignará como FECINICONT (fecha y hora de inicio de la atención) aquella en la que el paciente contactó con urgencias, y como FECINGHHOSP (fecha y hora de la orden de ingreso) aquella en la que se cursa la orden de ingreso en hospitalización
- Los procedimientos quirúrgicos, diagnósticos y/o terapéuticos realizados en urgencias se incorporarán al CMBD de hospitalización.
- No se generará un registro en el CMBD de urgencias.

2.3.2. CMBD de hospitalización a domicilio.

Se incluirán en esta modalidad asistencial los episodios por la 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 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.

2.3.3. CMBD de hospital de día médico.

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.).

La duración de los episodios de HDM será de hasta 24 horas. En el caso de que el paciente haya permanecido en el centro sanitario durante más de 24 horas desde el inicio del contacto, se considerará como episodio de «hospitalización», y se tendrán en cuenta las indicaciones recogidas en el apartado “CMBD de hospitalización”.

2.3.4. CMBD de cirugía ambulatoria.

La unidad de registro en este ámbito es el contacto del paciente con el hospital de día quirúrgico para ser intervenido. 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.

Se recogerán los episodios de hasta 24 horas con intervenciones de cirugía mayor y menor realizadas en un quirófano hospitalario. En el caso de que el paciente haya permanecido ingresado en el centro sanitario durante más de veinticuatro horas, se considerará como episodio de «hospitalización» y se tendrán en cuenta las indicaciones recogidas en el apartado “CMBD de hospitalización”.

2.3.5. CMBD de procedimientos ambulatorios de especial complejidad.

Hace referencias a 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 y 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 el paciente haya permanecido ingresado en el centro sanitario durante más de veinticuatro horas se considerará como episodio de «hospitalización» identificándose como solicitante del contacto (campo Procedencia) «procedimiento ambulatorio de especial complejidad», y se tendrán en cuenta las indicaciones recogidas en el apartado “ CMBD de hospitalización”.

2.3.6. CMBD de urgencias.

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 y/o en el caso de que haya permanecido en el servicio durante más de veinticuatro horas, se considerará como episodio de «hospitalización» identificándose como solicitante del contacto (campo Procedencia) «urgencias» siendo la fecha de inicio del contacto la de llegada del paciente al servicio de urgencias, y se tendrán en cuenta las indicaciones recogidas en el apartado “ CMBD de hospitalización”.

3. Procedimiento de envío de la información

El centro remitirá a la Consejería de Salud y Familias trimestralmente en ficheros independiente, el CMBD correspondiente a cada ámbito acumulado hasta el trimestre anterior, de tal forma que el fichero correspondiente al cuarto trimestre contiene los registros de todo el año. Fechas de envío ficheros CMBD:

- Primer trimestre: hasta el 30 de junio
- Segundo trimestre: hasta el 30 de septiembre
- Tercer trimestre: hasta el 31 de diciembre
- Cuarto trimestre: hasta el 31 de marzo del año siguiente

Los ficheros CMBD se enviarán en formato texto plano (txt), con el carácter “|” (pipe) como separador de campos y sin delimitador de texto, de acuerdo con la estructura definida en este manual.

El nombre de los ficheros tendrá la siguiente estructura: ???HHHHHHTTAA.txt donde:

- ??? identifica la modalidad asistencial de los registros y siempre se cumplimenta en mayúsculas:
 - HOS para hospitalización.
 - HAD para hospitalización a domicilio.
 - HDQ para cirugía ambulatoria.
 - HDM para hospital de día médico
 - URG para urgencias
 - PAE para procedimientos ambulatorios de especial complejidad
- HHHHHH se corresponde con el código del centro sanitario:
 - Para los centros C1 se corresponde con los 6 dígitos del Catálogo Nacional de Hospitales.
 - En el caso de centros C2 tendrá 10 dígitos, que se corresponden con los del código del Registro General de Centros y Establecimientos sanitarios (REGCESS)
- TT identifican el trimestre: 01, 02, 03, 04
- AA son las dos últimas cifras del año a los que corresponden los registros.

3.1. Plataforma de intercambio de ficheros.

Cada centro designará a una persona encargadas de subir los ficheros CMBD a la plataforma de intercambio de ficheros de la Junta de Andalucía (ficheros.juntadeandalucia).

Para solicitar el alta o baja de usuarios en la plataforma de intercambio de ficheros, el responsable de cada centro enviará un correo a cmbd.csalud@juntadeandalucia.es indicando los datos de la persona responsable del CMBD encargada de enviar los ficheros y descargar los ficheros con los errores de la validación

Una vez tramitada su solicitud se le comunicará el usuario / contraseña para poder acceder a la plataforma.

Para el envío de los ficheros y la descarga de los errores, se deberá acceder a la siguiente dirección: <https://ficheros.juntadeandalucia.es> que permitirá entrar en la página de logado de la plataforma. Una vez identificado debe acceder a la carpeta con el nombre de su centro y elegir la opción deseada: subir ficheros CMBD o descargar los ficheros de validación. También encontrar una carpeta de “Documentación” con la información general del CMBD: manual de instrucciones, de validación de errores, normativa,...

Una vez subidos los ficheros CMBD en la carpeta correspondiente a su centro el usuario enviará un correo a cmbd.csalud@juntadeandalucia.es indicando los ficheros que ha subido para su validación.

Tras su validación el usuario recibirá un correo electrónico indicándole que puede descargarse de la plataforma los ficheros con los errores para su corrección. Estos ficheros son (para cada ámbito):

- Informe resumen de errores en pdf: ???HHHHHTTAA-(RESUMEN).pdf
- Fichero Excel con los errores por línea de registro o nº de historia: ???HHHHHTTAA-(DETALLE).xls

4. Definición de variables.

Orden	Abreviatura	Variables	Formato	Longitud
1	IDF	Identificador de fila.	Autonumérico	12 máximo
2	TIP_CIP	Tipo de código de identificación personal	Carácter	1
3	CIP	Código de identificación personal	Carácter	16 máximo
4	HISTORIA	Número de Historia Clínica	Carácter	20 máximo
5	FECNAC	Fecha de nacimiento	Fecha	8
6	SEXO	Sexo	Carácter	1
7	PAIS_NAC	Código ISO de País de nacimiento.	Carácter	3
8	RESIDE_CP	Código postal del domicilio.	Carácter	5
9	RESIDE_MUNI	Código del municipio.	Carácter	6
10	REGFIN	Régimen de financiación.	Carácter	1
11	FECINICONT	Fecha y hora de inicio del contacto	Fecha y hora	13
12	FECINGHOSP	Fecha y hora de la orden de ingreso desde urgencias	Fecha y hora	13
13	TIPCONT	Tipo de contacto.	Carácter	1
14	TPVISITA	Tipo de la visita.	Carácter	1
15	PROCEDENCIA	Procedencia.	Carácter	2
16	CIRCONT	Circunstancias de la atención.	Carácter	1
17	SERVICIO	Servicio responsable de la atención.	Carácter	3

18	FECFINCONT	Fecha y hora de finalización de la atención.	Fecha y hora	13
19	TIPALT	Tipo de alta.	Carácter	1
20	DIS_CONT	Dispositivo de continuidad asistencial.	Carácter	1
21	FECINT	Fecha y hora de intervención	Fecha y hora	13
22	UCI	Ingreso en UCI	Carácter	1
23	DIAS_UCI	Días de estancia en UCI	Numérico	3
24	D1	Diagnóstico Principal	Carácter	8 máximo
25	POAD1	Marcador POA del diagnóstico principal.	Carácter	1
26	D2	Diagnósticos secundarios (hasta un máximo de 19)	Carácter	8 máximo
27	D3			
28	D4			
29	D5			
30	D6			
31	D7			
32	D8			
33	D9			
34	D10			
35	D11			
36	D12			
37	D13			
38	D14			
39	D15			
40	D16			
41	D17			
42	D18			
43	D19			
44	D20			
45	POAD2	Marcador POA de los diagnósticos secundarios.	Carácter	1
46	POAD3			

47	POAD4			
48	POAD5			
49	POAD6			
50	POAD7			
51	POAD8			
52	POAD9			
53	POAD10			
54	POAD11			
55	POAD12			
56	POAD13			
57	POAD14			
58	POAD15			
59	POAD16			
60	POAD17			
61	POAD18			
62	POAD19			
63	POAD20			
64	PROC1	Procedimientos realizados en el centro (1 a 20)	Carácter	7
65	PROC2			
66	PROC3			
67	PROC4			
68	PROC5			
69	PROC6			
70	PROC7			
71	PROC8			
72	PROC9			
73	PROC10			
74	PROC11			
75	PROC12			

76	PROC13			
77	PROC14			
78	PROC15			
79	PROC16			
80	PROC17			
81	PROC18			
82	PROC19			
83	PROC20			
84	PROEXT1	Procedimientos realizados en otros centros (1 a 6)	Carácter	7
85	PROEXT2			
86	PROEXT3			
87	PROEXT4			
88	PROEXT5			
89	PROEXT6			
90	M1	Códigos de Morfología de neoplasias (1 a 6)	Carácter	7 máximo
91	M2			
92	M3			
93	M4			
94	M5			
95	M6			
96	CEN_SAN	Código del centro sanitario	Carácter	10 máximo
97	CCAA	Comunidad Autónoma del centro sanitario	Carácter	2

1.- IDENTIFICADOR DE FILA (IDF)

- Campo autonumérico, que identifica el número de la fila que ocupa el registro en el fichero. Empezando por el 1 y sin poderse repetir en un mismo fichero.

2.- TIPO DE CÓDIGO DE IDENTIFICACIÓN PERSONAL (TIP_CIP)

- Hace referencia al tipo de código que se utiliza para la identificación personal del paciente en función de su financiación.

Valores permitidos:

Códigos	Descripción
1	Código de identificación personal de la Comunidad Autónoma. NUHSA
2	Tarjeta sanitaria individual del Sistema Nacional de Salud (TSI)
3	Código de identificación de MUFACE/ISFAS/MUGEJU
4	Tarjeta Sanitaria Europea (TSE)
5	DNI/NIE
6	Pasaporte
8	Otros
9	Desconocido

- Los pacientes menores de edad, que no tengan DNI, deberán figurar como desconocido, TIP_CIP= 9 y el campo CIP se dejará vacío.
- Relación entre la financiación y el tipo de identificador personal:

TIP_CIP	REGFIN
(1) Código de identificación personal de la Comunidad Autónoma. NUHSA	(1) Sistema Nacional de Salud (SNS). Residentes en Andalucía
(2) Tarjeta individual del Sistema Nacional de Salud (TSI)	(1) Sistema Nacional de Salud (SNS). Residentes en otras CCAA
(3) Código de identificación de MUFACE / ISFAS / MUGEJU	(3) Mutualidades de funcionarios del estado y otras AAPP. Opciones públicas y privadas
(4) Tarjeta Sanitaria Europea (TSE)	(2) Reglamentos europeos y convenios bilaterales
(5) DNI/NIE (6) Pasaporte (8) Otros (9) Desconocido	(4) Mutuas colaboradoras con la Seguridad Social (5) Accidentes de tráfico (6) Financiación privada directa (personas físicas) (7) Financiación privada mediante seguro privado (Compañías de seguro sanitario) (8) Asistencia sanitaria transfronteriza (9) Otros y desconocidos

En todos los contactos cuya financiación sea a cargo del Sistema Nacional de Salud, bien a cargo de la Comunidad Autónoma o de INGESA o a través de de las mutualidades administrativas de los regímenes especiales de la seguridad social (MUFACE, MUGEJE e ISFAS) se consignará el código correspondiente de las categorías 1 a 3 de la variable TIP_CIP. Cuando no se disponga de los documentos específicos se podrá utilizar los documentos DNI/NIE/ pasaporte

3.- CÓDIGO DE IDENTIFICACIÓN PERSONAL (CIP)

- Código de identificación del paciente en ese ingreso o contacto en función del tipo de código de identificación personal (TIP_CIP)
- Longitud máxima: 16 dígitos

4.- NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA (HISTORIA)

- Número de historia clínica del paciente.
- Longitud máxima: 20 dígitos

5.- FECHA DE NACIMIENTO (FECNAC)

- Fecha de nacimiento del paciente.
- Secuencia continua de 8 dígitos con formato ddmmaaaa

6.- SEXO

- Sexo del paciente
- Valores permitidos:

Códigos	Descripción
1	Varón
2	Mujer
9	No especificado

7.- PAÍS DE NACIMIENTO (PAIS_NAC)

- Código ISO del país de nacimiento del pacientes. (Ver anexo II.d Real Decreto 69/2015)
- Longitud: 3 dígitos
- En caso de no conocerse se codificará como ZZZ

8.- RESIDENCIA POSTAL (RESIDE_CP)

- Código postal del domicilio habitual del paciente.
- Longitud: 5 dígitos
- En caso de no conocerse se codificará de la siguiente manera:

- si son residentes en España se informará de la provincia de residencia mediante las dos cifras del código provincial (código INE) seguidas de tres ceros.
- Si son residentes en países extranjeros se codificarán como 53 + el código ISO del país de residencia. En caso de no disponer de la información del país de residencia se recogerá como 53000.

9.- RESIDENCIA MUNICIPAL (RESIDE_MUNI)

- Código municipal (INE) del domicilio habitual del paciente.
- Longitud: 6 dígitos
- En caso de no conocerse se codificará de la siguiente manera:
 - si son residentes en España se informará de la provincia de residencia mediante las dos cifras del código provincial (código INE) seguidas de cuatro ceros.
 - Si son residentes en países extranjeros se codificarán como 530 + el código ISO del país de residencia. En caso de no disponer de la información del país de residencia se recogerá como 530000.

10.- RÉGIMEN DE FINANCIACIÓN (REGFIN)

- Esta variable hace referencia al responsable de la financiación económica de los costes del contacto.
- Esta variable condiciona el valor del campo TIP_CIP (ver tabla de correspondencia entre variables)

Valores permitidos:

Códigos	Descripción
1	Sistema Nacional de Salud (SNS)
2	Reglamentos europeos y convenios bilaterales
3	Mutualidades de funcionarios del estado y otras AAPP
4	Mutuas colaboradoras con la Seguridad Social
5	Accidentes de tráfico
6	Financiación privada directa (personas físicas)
7	Financiación privada mediante seguro privado (Compañías de seguro sanitario)
8	Asistencia sanitaria transfronteriza
9	Otros y desconocido

- 1) Sistema Nacional de Salud (SNS).
- 2) 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.

- 3) 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 y Mutualidad General Judicial que hayan optado por recibir asistencia sanitaria a través de entidades de seguro.
- 4) 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.
- 5) Accidentes de tráfico. Incluye la asistencia sanitaria a los pacientes cuyo contacto se produce como consecuencia de un accidente de tráfico, independientemente de que el paciente sea o no beneficiario del SNS.
- 6) Financiación privada directa (personas físicas). Incluye la asistencia que recibe el usuario de cuyo pago es responsable él mismo incluyendo los extranjeros privados que no tengan cubierta su asistencia por un Convenio Internacional.
- 7) Financiación a través de aseguramiento privado (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 obligatoria no contemplada en los casos anteriores y que comprende:
 - Seguros obligatorios excluido el de vehículos de motor (seguro escolar, deportistas federados y profesionales, de viajeros, de caza, taurinos no profesionales, festivos...).
 - Convenios o conciertos con otros organismos o entidades, en los que los términos del convenio o concierto no están incluidos en otros apartados.

En ningún caso comprende a los mutualistas o beneficiarios pertenecientes a MUFACE, ISFAS y MUGEJU que reciben la asistencia sanitaria a través de entidades de seguro y que están incluidos en la categoría 3.

- 8) 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 la categoría 2.

- 9) Otros y desconocido.

11.- FECHA Y HORA DE INICIO DEL CONTACTO (FECINICONT)

- Esta variable corresponde a la fecha y hora registrada en admisión o en los servicios asistenciales del centro sanitario e identifica la llegada del paciente a la modalidad asistencial del centro.

- Formato: fecha hora, secuencia de 12 números con un espacio entre los ocho primeros correspondientes a la fecha y los cuatro últimos correspondientes a la hora (ddmmaaaa hhmm)
- Longitud: 13 dígito
- En caso de no conocerse la hora se consignará como 0000.

12.- FECHA Y HORA DE LA ORDEN DE INGRESO DESDE URGENCIAS(FECINGHOSP)

- Esta variable hace referencia a la fecha y hora en la que se cursa la orden de ingreso en hospitalización de los pacientes que tras un contacto inicial en la modalidad de «Urgencias» y sin haber mediado alta, ingresan en hospitalización.
- Formato: fecha hora, secuencia de 12 números con un espacio entre los ocho primeros correspondientes a la fecha y los cuatro últimos correspondientes a la hora (ddmmaaaa hhmm)
- Longitud: 13 dígito
- En caso de no conocerse la hora se consignará como 0000.
- Está relacionado con los campos PROCEDENCIA Y CIRCONT (ver apartado CMBD de hospitalización)

13.- TIPO DE CONTACTO (TIPCONT)

- Esta variable hace referencia a la modalidad asistencial prestada.
- Valores permitidos: (ver apartado 2.3 Criterios de inclusión y exclusión de episodios según modalidad asistencial)

Códigos	Descripción
1	Hospitalización
2	Hospitalización a domicilio
3	Hospital de día médico
4	Cirugía Ambulatoria
5	Procedimientos ambulatorios de especial complejidad
6	Urgencias
8	Otros

14.- TIPO DE LA VISITA (TIPVISITA)

- Esta variable se cumplimenta exclusivamente en los episodios de hospital de día médico.
- Valores permitidos:

Códigos	Descripción
1	Contacto inicial

2	Contacto sucesivo
9	Desconocido

15.- PROCEDENCIA (PROCEDENCIA)

- Esta variable se refiere al dispositivo, servicio o entidad que solicita el contacto
- Valores permitidos:

Código	Descripción
10	Atención Primaria
21	Servicios propios del hospital: Urgencias
22	Servicios propios del hospital: Cirugía ambulatoria
23	Servicios propios del hospital: Hospital de día médico
24	Servicios propios del hospital: Hospitalización
25	Servicios propios del hospital: Hospitalización a domicilio
26	Servicios propios del hospital: Procedimientos ambulatorios de especial complejidad
27	Servicios propios del Hospital: Consultas
28	Otros servicios del propio hospital
30	Servicios de otro Hospital/ Centro sanitario
40	Por iniciativa del paciente
50	Emergencias médicas (ajenas a los servicios del hospital, servicios médicos y paramédicos extrahospitalarios)
60	Centro sociosanitario
70	Por orden judicial
80	Otros
90	Desconocido

16.- CIRCUNSTANCIAS DEL CONTACTO (CIRCONT)

- Esta variable se refiere a si el contacto ha sido planificado y previsto con anterioridad al momento de su realización.
- Valores permitidos:

Código	Descripción
1	No Programado: No previsto con anterioridad que surge y se realiza de forma inesperada para el centro/unidad.
2	Programado, Contacto previsto con anterioridad, al que se ha concertado con antelación una fecha y hora de realización
9	Desconocido

17.- SERVICIO (SERVICIO)

- Esta variable se refiere al servicio responsable de la atención sanitaria del contacto.
- Valores permitidos: ver anexo II.b Real Decreto 69/2015
- Longitud: 3 dígitos

18.- FECHA Y HORA DE ALTA (FECFINCONT)

- Hace referencia a la fecha y hora en la que se produce el fin del contacto en el centro sanitario.
- Su cumplimentación se realizará en función de la modalidad asistencial que corresponda. Para los episodios de hospitalización y hospitalización a domicilio, la fecha de fin del contacto corresponde a la fecha de alta.
- 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.
- Formato: fecha hora, secuencia de 12 números con un espacio entre los ocho primeros correspondientes a la fecha y los cuatro últimos correspondientes a la hora (ddmmaaaa hhmm)
- Longitud: 13 dígito
- En caso de no conocerse la hora se consignará como 0000.

19.- TIPO DE ALTA (TIPALT)

- Se refiere al destino inmediato del paciente tras el contacto asistencial.
- Valores permitidos:

Código	Descripción
1	Domicilio, cuando el paciente vuelve a su domicilio habitual o al centro que constituía su residencia habitual antes del ingreso
2	Traslado a otro hospital
3	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.
4	Exitus
5	Traslado a centro sociosanitario. Cuando el paciente se traslada a un centro que sustituye al propio domicilio y que tiene la consideración de sociosanitario en el ámbito que tiene la atención
8	Otros
9	Desconocido

20.- DISPOSITIVO DE CONTINUIDAD ASISTENCIAL (DIS_CONT)

- Hace referencia a la indicación de una nueva atención en el mismo centro sanitario tras el contacto inicial.
- Valores permitidos:

Código	Descripción
1	No precisa
2	Ingreso en hospitalización en el propio hospital
3	Hospitalización a domicilio
4	Hospital de día Médico
5	Urgencias
6	Consultas
8	Otros
9	Desconocido

21.- FECHA Y HORA DE LA INTERVENCIÓN (FECINT)

- Hace referencia a la fecha de intervención quirúrgica, en el caso de que la misma se haya producido durante el contacto asistencial.
- Solo se cumplimentará en caso que se haya practicado una intervención quirúrgica u otro procedimiento, en el que se haya requerido uso de quirófano.
- En caso de haberse realizado más de una, se registrará la fecha de la primera de ellas.
- Formato: fecha hora, secuencia de 12 números con un espacio entre los ocho primeros correspondientes a la fecha y los cuatro últimos correspondientes a la hora (ddmmaaaa hhmm)
- Longitud: 13 dígito
- En caso de no conocerse la hora se consignará como 0000.

22.- INGRESO EN UCI (UCI)

- Hace referencia al ingreso en Unidades de cuidados intensivos durante el ingreso del paciente.
- Esta variable se recogerá exclusivamente en la modalidad de hospitalización.
- Se consideran Unidades de Cuidados Intensivos:
 - las unidades específicas de cuidados intensivos,
 - las unidades coronarias
 - las unidades de grandes quemados
 - las unidades de cuidados neonatales pediátricos

- Las unidades de reanimación posquirúrgicas que cuentan con una dotación fija de camas y en la que se realizan ingresos administrativos.
- No se consideran Unidades de cuidados intensivos las áreas de reanimación postoperatorias que tienen consideración de camas de observación.
- Valores permitidos:

Códigos	Descripción
1	SI
2	NO

23.- DÍAS DE ESTANCIA EN UCI (DIAS_UCI)

- Hace referencia a los días que el paciente permanece en la Unidad de Cuidados Intensivos descrita en la variable 22.
- Se debe cumplimentar en días con formato de número entero sin decimales y sin aplicar redondeo.
- Si una estancia en UCI es de menos de 24 horas se consignará como 0 días de estancia, y la variable referente al ingreso en UCI con el valor = 1 “Sí”.
- Cuando la variable ingreso en UCI tiene el valor =2 “No”, dejar el campo DIAS_UCI en blanco
- Formato: máximo 3 dígitos

24.- DIAGNÓSTICO PRINCIPAL (D1)

- Se define como la afección que después del estudio necesario, se establece que fue la causa del contacto con el centro hospitalario.
- La codificación de esta variable se realizará con la Clasificación Internacional de Enfermedades 10ª revisión, modificación clínica para diagnósticos (CIE10ES-diagnósticos).
- Formato: secuencia de hasta siete letras o números con un punto, que forma parte del código, entre los tres primeros y los cuatro últimos. Longitud máxima 8 dígitos

25.- MARCADOR POA DEL DIAGNÓSTICO PRINCIPAL (POAD1)

- Esta variable indica si el diagnósticos principal estaba presente en el momento en que se genero el ingreso o el contacto.
- Valores permitidos:

Código	Descripción
S	Si: presente en el ingreso.
N	No: No presente en el momento del ingreso; ocurre en la hospitalización

D	Desconocido: Insuficiente documentación para determinar si un proceso está presente o no al ingreso.
I	Indeterminado clínicamente: Al personal médico responsable del alta no le es posible clínicamente determinar si el proceso estaba o no presente al ingreso.
E	Exento de asignación de marcador POA.

26-44.- DIAGNÓSTICOS SECUNDARIOS (D2-D20)

- 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 (Códigos E).
- La codificación de esta variable se realizará con la Clasificación Internacional de Enfermedades 10ª revisión, modificación clínica para diagnósticos (CIE10ES-diagnósticos).

45-63.- MARCADOR POA DEL DIAGNÓSTICO SECUNDARIO (POAD2-POAD20)

- Esta variable indica si los diagnósticos a los que acompaña estaban presentes en el momento en que se generó el ingreso o el contacto.
- Valores permitidos:

Código	Descripción
S	Si: presente en el ingreso.
N	No: No presente en el momento del ingreso; ocurre en la hospitalización.
D	Desconocido: Insuficiente documentación para determinar si un proceso está presente o no al ingreso.
I	Indeterminado clínicamente: Al personal médico responsable del alta no le es posible clínicamente determinar si el proceso estaba o no presente al ingreso.
E	Exento de asignación de marcador POA.

64-83 PROCEDIMIENTOS REALIZADOS EN EL CENTRO (PROC1-PROC20)

- Hacen referencia a aquellos procedimientos realizados en el centro sanitario 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.
- La codificación será realizada con la CIE10 para procedimientos (CIE10ES-procedimientos).
- Formato: secuencia de siete letras o números

84-89.- PROCEDIMIENTOS REALIZADOS EN OTROS CENTROS (PROEXT1-PROEXT6)

- Se refieren a aquellos procedimientos realizados en otros centros distintos sin que se haya producido la alta administrativa en su hospital de origen y sin haber cursado ingreso en el centro donde se realizan estos procedimientos.
- La codificación será realizada con el CIE10 para procedimientos (CIE 10 ES procedimientos).

90-95.- CÓDIGOS DE MORFOLOGÍA DE LAS NEOPLASIAS (M1-M6)

- Hacen referencia a la descripción morfológicas de las neoplasias.
- Se pueden recoger hasta 6 códigos de morfología de neoplasias.
- Para su cumplimentación se utilizará la codificación Internacional de Enfermedades para Oncología (CIEO).
- Longitud: 7 dígitos máximo
- La estructura del código de morfología es - - - - / - - , constando correctamente 7 posiciones de longitud del campo en el modelo de datos. El 6º dígito (séptima posición) corresponde a un nuevo dígito que permite a los centros ampliar información respecto al grado de diferenciación. La información proporcionada por este dígito es muy específica por lo que es posible una baja cumplimentación del mismo.

96 CÓDIGO DEL CENTRO SANITARIO (CEN_SAN)

- Centro Sanitario en el que se presta la atención sanitaria.
- Para su cumplimentación se utilizará el Código del Catalogo Nacional de Hospitales para los centros C1, y el códigos REGCESS para los centros C2.
- Longitud máxima 10 dígitos

97.- COMUNIDAD AUTÓNOMA DEL CENTRO SANITARIO (CCAA)

- Comunidad Autónoma donde se presta la asistencia sanitaria.
- Se utilizará el código **01= Andalucía**



Junta de Andalucía