

ORDEN SAN/ , del Departamento de Sanidad por la que se regula el Registro de Atención Especializada con base en el Conjunto Mínimo Básico de Datos del alta hospitalaria y procedimientos ambulatorios, en la Comunidad Autónoma de Aragón (RAE-CMBD)

El artículo 71. 55ª del Estatuto de Autonomía de Aragón atribuye a la Comunidad Autónoma competencia exclusiva en materia de sanidad y salud pública, en especial, la organización, el funcionamiento, la evaluación, la inspección y el control de centros servicios y establecimientos sanitarios.

Por su parte, el artículo 77. 1ª del Estatuto de Autonomía, prevé la competencia ejecutiva de la Comunidad Autónoma de Aragón en materia de gestión de la asistencia sanitaria de la Seguridad Social.

La Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, en su artículo 8, señala que las actividades de planificación y evaluación sanitaria deben tener como base un sistema organizado de información sanitaria. En su artículo 23 establece que las Administraciones, 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 pueda derivarse acciones de intervención de la autoridad sanitaria.

En relación con lo anterior, la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud, regula 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 la comunicación recíprocas entre las administraciones sanitarias. En la misma ley se establece que, para la elaboración de estadísticas del sector salud y para cumplir con las organizaciones supranacionales en materia de estadística, se recabará la información necesaria tanto del sector público como del sector privado.

El artículo 42 del texto refundido de la Ley del Presidente o Presidenta y del Gobierno de Aragón, dispone que la iniciativa para la elaboración de reglamentos corresponderá a los miembros del Gobierno en función de la materia.

Este mandato fue cumplido en la Comunidad Autónoma de Aragón por el **Decreto 164/2000, de 5 de septiembre**, del Gobierno de Aragón, por el que se regula el sistema de información asistencial, de ámbito social y sanitario en la Comunidad Autónoma de Aragón.

El citado Decreto indica en su artículo 3 que “el sistema de información asistencial estará constituido por los siguientes subsistemas de información:”, siendo el apartado "c) Conjunto mínimo básico de datos (C.M.B.D.) del alta hospitalaria y procedimientos ambulatorios”.

En desarrollo de las previsiones contenidas en la citada norma, mediante **Orden de 16 de enero de 2001**, del Departamento de Sanidad, Consumo y Bienestar Social, se reguló el Conjunto Mínimo Básico de Datos(CMBD) del alta hospitalaria y procedimientos ambulatorios, en la Comunidad Autónoma de Aragón.

La regulación de dicha Orden quedó posteriormente afectada por el **Real Decreto 69/2015, de 6 de febrero**, por el que se regula el Registro de Actividad de Atención Sanitaria Especializada(RAE-CMBD).

Este Real Decreto tiene carácter de legislación básica y se dicta al amparo de la competencia que en el artículo 149.1.16.^a de la Constitución Española se atribuye al Estado en materia de bases y coordinación general de la sanidad. No sólo regula el sistema de información, que recoge información sobre la modalidad asistencial de hospitalización y cirugía ambulatoria, sino que va más allá, regulando la recogida de información en urgencias, hospital de día, consultas externas y otras modalidades asistenciales.

En su artículo 5.2, se dispone que las Comunidades Autónomas, en el ámbito de sus competencias, podrán establecer sus respectivos modelos de registro, incorporando, además, otros datos que consideren oportunos

No obstante, las referencias a la legislación en materia de protección de datos contenidas en el Real Decreto, y las previsiones respecto a la creación de un fichero automatizado de datos de carácter personal, deben considerarse desactualizados, puesto que el Reglamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo y del Consejo de 27 de abril de 2016, relativo a la protección de las personas físicas en lo que respecta al tratamiento de datos personales y a la libre circulación de estos datos y por el que se deroga la Directiva 95/46/CE (Reglamento general de protección de datos), y la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales, que tomando como modelo la normativa europea,

actualiza el ordenamiento interno español, vienen a sustituir a la normativa anterior y configuran el marco jurídico actualmente vigente en materia de tratamiento de datos personales.

El Texto Refundido de la Ley del Servicio Aragonés de Salud, aprobado por el Decreto Legislativo 2/2004, de 30 de diciembre, del Gobierno de Aragón, recoge el principio de evaluación continuada de la calidad de los servicios y prestaciones sanitarias, mediante sistemas de información actualizada, objetiva y programada, cuyas estructuras básicas han de ser aprobadas por el Departamento de Sanidad, así como el derecho que todo paciente tiene a que quede constancia por escrito o en soporte técnico más adecuado de la información obtenida en todos sus procesos asistenciales.

Por el Decreto 122/2020, de 9 de diciembre, del Gobierno de Aragón, se aprueba la actual estructura orgánica del Departamento de Sanidad y del Servicio Aragonés de Salud, figurando, entre otras, las funciones de la Dirección General de Asistencia Sanitaria entre cuyas competencias se encuentran la gestión y mantenimiento de los sistemas de información asistencial, en colaboración con la Dirección de Transformación Digital, Innovación y Derechos de los Usuarios. En dicha Dirección General se incardina el Servicio de Evaluación y Acreditación, a quien corresponden, entre otras, las siguientes funciones:

- a) La coordinación, homogeneización y evaluación de los proyectos de sistemas de información, en colaboración con la Dirección General de Transformación Digital, Innovación y Derechos de los Usuarios.
- b) La definición, desarrollo y gestión de sistemas de evaluación de los centros y servicios sanitarios, incluyendo el seguimiento de los contratos de gestión y la elaboración de los correspondientes indicadores de evaluación.
- c) La gestión de los registros relacionados con la asistencia sanitaria.
- d) La elaboración de estadísticas de los servicios sanitarios.
- e) La elaboración de los indicadores para la evaluación de las estrategias de salud la planificación estratégica en Salud Pública, Asistencia Sanitaria y Servicios Sociales, y los sistemas generales de información y evaluación.

El Departamento de Sanidad, a la vista de todo lo anteriormente expuesto, considera conveniente la aprobación de una Orden, que incorpore las previsiones establecidas en la legislación básica estatal y efectúe la adecuación de las disposiciones relativas al tratamiento de datos de carácter personal.

La presente Orden, tiene como finalidad el Configurar el Registro de Actividad de Atención Sanitaria Especializada en Aragón, tanto en la estructura como los contenidos, adaptando la normativa autonómica a lo dispuesto por el Real Decreto 69/2015, de 6 de febrero que regula el RAE estatal. Esta Orden regula no solo la modalidad asistencial de internamiento y de cirugía ambulatoria en los hospitales, sino también el resto de las modalidades asistenciales en esta área de la atención especializada para responder a las necesidades de información de los diferentes agentes implicados en el sistema sanitario. Debido a estas modificaciones, introducidas en el Real Decreto, al apartado c) del artículo 3 del Decreto 164/2000 que se enuncia como "CMBD (Conjunto mínimo básico de datos) del alta hospitalaria y procedimientos ambulatorios" han de añadirse las nuevas modalidades asistenciales que se incorporan en el Real Decreto 69/2015, de 6 de febrero, y que se enuncian de forma genérica como "RAE_CMBD" (Registro de Actividad de Atención Sanitaria Especializada, con base en el actual Conjunto Mínimo Básico de Datos).

Esta ampliación exige a las unidades asistenciales un esfuerzo para adaptar sus sistemas de información primarios, preparar la información requerida y remitirla, por lo que se da un plazo de seis meses para las modalidades que ya se estaban remitiendo por algunos centros (hospitalización, ambulatoria, urgencias) y de dos años para las modalidades asistenciales que hasta la fecha no estaban incorporadas (hospital de día, hospitalización a domicilio, y procedimientos ambulatorios complejos).

Por todo ello, y en virtud de la competencia establecida en el artículo 56 de la Ley 6/2002, de 15 de abril, de Salud de Aragón, y de la habilitación contenida en la disposición final del Decreto 164/2000 para aprobar, mediante Orden, las disposiciones precisas para su desarrollo, la Consejera de Sanidad dispone:

CAPITULO I

Disposiciones generales

Artículo 1. Objeto.

La presente Orden tiene por objeto regular el subsistema de información incluido en el apartado c) del Decreto 164/2000, de 5 de septiembre, del Gobierno de Aragón, por el que se regula el sistema de información asistencial, de ámbito social y sanitario en la Comunidad Autónoma de Aragón, con los contenidos ampliados por el Real Decreto 69/2015, de 6 de febrero, por el que se regula el Registro de Actividad de Atención Sanitaria Especializada con base en

el actual Conjunto Mínimo Básico de Datos (en adelante RAE-CMBD), así como establecer su estructura y contenido.

Artículo 2. *Naturaleza y finalidad.*

1. El registro tiene naturaleza administrativa y su finalidad es recoger la información de la actividad generada en la hospitalización y en las otras modalidades asistenciales de atención especializada, en el ámbito de la Comunidad Autónoma de Aragón.

2. El registro forma parte del Sistema de Información Sanitaria del Sistema Nacional de Salud, teniendo la finalidad de garantizar la disponibilidad de la información correspondiente a la actividad de atención sanitaria especializada, respondiendo a las necesidades de información de los diferentes agentes implicados en el sistema sanitario, tal y como se establece en los artículos 53 y 55 de la Ley 16/2003, de 28 de mayo.

3. Los objetivos del registro son:

a) Integrar la información obtenida en Aragón en el Registro de Atención Especializada- Conjunto Mínimo Básico Datos Estatal y facilitar la realización de estadísticas del sector salud a nivel nacional derivadas de compromisos con organismos oficiales nacionales e internacionales.

b) Conocer la demanda asistencial y la morbilidad atendida en los dispositivos de atención especializada en Aragón y favorecer la realización de estudios de investigación clínica, epidemiológica y de evaluación de servicios sanitarios y de resultados en salud, así como facilitar información epidemiológica sobre la morbilidad atendida en Aragón.

c) Proporcionar al Departamento de Sanidad, a la Gerencia del Salud, a las distintas unidades dependientes de ésta, a los profesionales sanitarios la información necesaria para la planificación, gestión, evaluación y control de los servicios sanitarios en la atención prestada.

Artículo 3. *Ámbito de aplicación.*

1. Esta normativa afecta tanto a hospitales como a centros ambulatorios que prestan servicios de atención especializada en Aragón, tanto públicos como privados.

2. El ámbito de aplicación del registro abarca tanto la hospitalización como las modalidades asistenciales de hospitalización a domicilio, hospital de día médico, cirugía ambulatoria, procedimientos ambulatorios de especial complejidad, urgencias y consultas externas especializadas.

Artículo 4. Órgano competente

El registro se adscribe a la Dirección General de Asistencia Sanitaria del Departamento de Sanidad, que será el órgano encargado de su organización y gestión coordinadamente con la Dirección General de Transformación Digital y Derechos de los Usuarios (DGTDIDU). Será el responsable de adoptar las medidas que garanticen la confidencialidad, seguridad e integridad de los datos contenidos en el registro. Si es necesario podrá recabar la información necesaria y realizar las comprobaciones pertinentes en los archivos de los centros y unidades sanitarias.

Artículo 5. Registro del RAE-CMBD en Aragón.

1. El Registro del Conjunto Mínimo Básico de Datos al alta hospitalaria y procedimientos ambulatorios de la Comunidad Autónoma que está adscrito a la Dirección General de Asistencia Sanitaria y que fue creado por la Orden del 16 de enero de 2001 en su artículo 7, se actualizará al formato definido en la presente Orden, e incluirá las nuevas modalidades asistenciales que se vayan incluyendo en el nuevo RAE-CMBD de Aragón, incorporando lo legislado en el RAE-CMBD estatal en 2015.
2. Este registro se encargará de la gestión y explotación del Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMBD) del alta hospitalaria y del resto de modalidades asistenciales que se vayan incluyendo en él, de la Comunidad Autónoma de Aragón, con fines de planificación, evaluación e investigación sanitaria, estadísticas de servicios sanitarios y vigilancia epidemiológica.
3. El Registro contendrá los datos comunicados por los establecimientos sanitarios con internamiento y de unidades asistenciales, radicadas en el territorio de la Comunidad Autónoma de Aragón, constitutivos del RAE-CMBD de cada episodio asistencial.

4. La información contenida en el RAE-CMBD Aragón estará sujeta a lo estipulado en la de la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales, el Reglamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo y del Consejo, de 27 de abril de 2016, así como su normativa de desarrollo. Así como a la Ley 19/2013, de 9 de diciembre, de transparencia, acceso a la información pública y buen gobierno y la Ley 8/2015, de 25 de marzo, de Transparencia de la Actividad Pública y Participación Ciudadana de Aragón

Artículo 6. Codificación

Los diagnósticos y procedimientos incluidos en este RAE-CMBD de Aragón, serán codificados, según la Clasificación Internacional de Enfermedades, 10 Edición ES, en sus diferentes versiones, siguiendo las directrices de normalización que marca el Ministerio de Sanidad.

CAPÍTULO II

Características del registro

Artículo 7. Contenido del registro.

1.- El registro contendrá los siguientes datos:

Orden	Campo	Descripción
1	TIP_CIP	Tipo de Código de identificación personal
2	CIP	Código de identificación personal
3	HISTORIA	Número historia en el hospital donde se da el episodio
4	FECNAC	Fecha de Nacimiento
5	SEXO	Sexo
6	PAISNAC	País de Nacimiento
7	RESIDE_CP	El código postal del domicilio habitual
8	RESIDE_MUNI	El código INE del municipio de residencia habitual
9	REGFIN	Régimen Financiador. Entidad que financia el Episodio
10	FECINICONT	Fecha Inicio del Contacto
11	FINGHOSP	Fecha Inicio de Hospitalización, fecha de ingreso
12	TIPCONT	Tipo modalidad asistencial prestada
13	TIPVISITA	Tipo de la visita (inicial, sucesiva)
14	PROCEDENCIA	Tipo Procedencia Ingreso. Solicitante del contacto
15	HOSPITAL PROCEDENCIA	Código del hospital de donde proviene
16	CIRCONT	Circunstancia contacto (No programado, programado)

17	SERVICIO	Servicio Clínico que da el alta
18	SECCION	Sección/área funcional que da el alta
19	FECFINCONT	Fecha alta hospitalaria/Fecha fin contacto
20	TIPALT	Motivo alta (circunstancia alta)
21	DISPOSITIVO_CONT	Dispositivo de Continuidad
22	CENTRO TRASLADO	Código del centro en motivo alta a centro sanitario
23	FECINT	Fecha 1 intervención quirúrgica
24	UCI	UCI ingreso en Unidad de Cuidados Intensivos (Si/No)
25	DIAS_UCI	Días de estancia en UCI
26	D1	Diagnóstico principal al alta
27	POAD1	POA 01
28/46	D2 a D20	Otros diagnósticos 2 hasta el 20
47/66	POAD2 a POAD20	POA 02 hasta 20
67	PROC1	Procedimiento principal
68/86	PROC2 a 20	Otros procedimientos 2 al 20
87	PROEXT1	Procedimiento 1 en OTROS centros
88	CENTROEXT1	Código centro que realiza el procext1
89	PROEXT2	Procedimiento 2 en OTROS centros
90	CENTROEXT2	Código centro que realiza el procext2
91	PROEXT3	Procedimiento 3 en OTROS centros
92	CENTROEXT3	Código centro que realiza el procext3
93	PROEXT4	Procedimiento 4 en OTROS centros
94	CENTROEXT4	Código centro que realiza el procext4
95	PROEXT5	Procedimiento 5 en OTROS centros
96	CENTROEXT5	Código centro que realiza el procext5
97	PROEXT6	Procedimiento 6 en OTROS centros
98	CENTROEXT6	Código centro que realiza el procext5
99	M1	Codigos de morfologia de las Neoplasias 1
100	M2	Codigos de morfologia de las Neoplasias 2
101	M3	Codigos de morfologia de las Neoplasias 3
102	M4	Codigos de morfologia de las Neoplasias 4
103	M5	Codigos de morfologia de las Neoplasias 5
104	M6	Codigos de morfologia de las Neoplasias 6
105	CEN_SAN	Código Cat. Nac hospitales o Código REGCESS
106	CCAA	Código de la Comunidad Autónoma de Aragón. (02)
107	SERVING	Servicio Clínico de Ingreso
108	FECTRAS1	Fecha Traslado 1. Fecha cambio 1 de servicio de especialidad
109	SERVTRAS1	Servicio Traslado 1. Servicio de cambio 1 de especialidad
110	FECTRAS2	Fecha Traslado 2. Fecha cambio 2 de servicio de especialidad
111	SERVTRAS2	Servicio Traslado 2. Servicio cambio 2 de especialidad
112	FECTRAS3	Fecha Traslado 3. Fecha cambio 3 de servicio de especialidad
113	SERVTRAS3	Servicio Traslado 3. Servicio cambio 3 de especialidad
114	FECTRAS4	Fecha Traslado 4. Fecha cambio 4 de servicio de especialidad
115	SERVTRAS4	Servicio Traslado 4. Servicio cambio 4 de especialidad
116	FECTRAS5	Fecha Traslado 5. Fecha cambio 5 de servicio de especialidad
117	SERVTRAS5	Servicio Traslado 5. Servicio cambio 5 de especialidad
118	MEDICO	Médico responsable del alta

2.- En el registro no podrá figurar ningún dato relativo a la ideología, creencia, religión, origen racial, ni orientación sexual del paciente.

Artículo 8. Unidad de registro.

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

2. Los tipos de contacto, en función de la modalidad asistencial, son:

- a) Hospitalización.
- b) Hospitalización a domicilio.
- c) Hospital de día médico.
- d) Cirugía ambulatoria.
- e) Procedimientos ambulatorios de especial complejidad.
- f) Urgencias.

3. Las definiciones, criterios de inclusión y exclusión y las excepciones de cada uno de los tipos de contacto se detallan en el Anexo I.

Artículo 9. Modelo y soporte de datos.

1. El modelo de datos está conformado por las variables enumeradas en el artículo 7 y su estructura, formato y características se definen en los Anexos I y II de esta Orden.

2. El registro se implementará en soporte digital y su diseño y estructura permitirán que el intercambio de datos y su explotación pueda realizarse por medios electrónicos.

Artículo 10. Periodicidad y procedimiento de envío.

1. La periodicidad de envío a la Dirección General de Asistencia Sanitaria, Servicio de Evaluación y Acreditación se realizará trimestralmente, en el mes siguiente a la finalización de cada trimestre. Una vez remitida la información del cuarto trimestre (A final de enero del año siguiente), se darán dos meses, para la detección y corrección de posibles errores que se detecten. El cierre de la información anual deberá ser anterior al 31 de mayo del año siguiente.

2. Los centros públicos podrán incorporar su información directamente a través de la aplicación contratada que gestiona el RAE-CMBD en Aragón utilizando para acceder a la citada aplicación un usuario y clave personal ligada a centro sanitario.

3. Los centros privados remitirán electrónicamente la información, mediante un fichero encriptado con clave, que garantice la seguridad y confidencialidad de los datos remitidos, conforme a la configuración y formato de los anexos I y II.

CAPÍTULO III

Tratamiento de la información

Artículo 11. Remisión de información , incorporación y acceso a los datos del registro.

1. La persona que ocupa la Dirección o Gerencia de cada centro o unidad, será la responsable de garantizar el cumplimiento de lo establecido en la presente Orden, facilitando la comunicación de la actividad de las diferentes modalidades asistenciales producida en cada uno de los centros/unidades, de cara a la incorporación de la información en el registro.
2. Los datos de carácter personal están protegidos en los términos fijados por de la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales, el Reglamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo y del Consejo, de 27 de abril de 2016, así como su normativa de desarrollo.
3. En los casos en los que se necesite utilizar datos de carácter personal para alguna labor de investigación relacionada con este fichero, el acceso se realizará según lo previsto en la Ley 19/2013, de 9 de diciembre, de transparencia, acceso a la información pública y buen gobierno y la Ley 8/2015, de 25 de marzo, de Transparencia de la Actividad Pública y Participación Ciudadana de Aragón.
4. La persona solicitante deberá cumplimentar un formulario de solicitud, en la que incluirá sus datos personales, motivo por el que se solicitan los datos, utilización que se va a dar a los mismos y el compromiso del solicitante de cumplir la legislación vigente en materia de protección de datos.
5. Se podrán establecer convenios especiales con entidades ligadas a la investigación. En estos convenios tendrán que venir determinadas, al menos, las finalidades del tratamiento y las compatibilidades de las mismas con las finalidades para las que se recogieron estos datos, las condiciones en que este tratamiento se producirá, se regularán las cesiones de datos a terceros y se establecerá un tiempo no superior a 72 horas para

la comunicación a la Dirección General de Asistencia Sanitaria de cualquier brecha de seguridad que ocurra.

Artículo 12. *Medidas de seguridad en el tratamiento de los datos.*

1. El Departamento de Sanidad adoptará las medidas necesarias para asegurar que el tratamiento de los datos se realiza conforme a los fines previstos en esta Orden e implementará mecanismos para:
 - Garantizar la confidencialidad, integridad, disponibilidad y resiliencia permanente en los sistemas y servicios de tratamiento.
 - Restaurar la disponibilidad y el acceso a los datos de carácter personal de forma rápida en caso de incidente físico o técnico.
 - Verificar, evaluar y valorar, de forma regular, la eficacia de las medidas técnicas y organizativas implantadas para garantizar la seguridad del tratamiento.
 - Seudonimizar y cifrar los datos personales, en su caso.
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 por la legislación vigente en materia de protección de datos personales.
3. Todo tratamiento que conlleve el acceso a los datos del registro o la cesión de los mismos, se efectuará en los términos que se acuerden en el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud (CISNS), según se establece en el artículo 53 de la Ley 16/2003, de 28 de mayo, y con las garantías que dispone la ley de protección de datos. Para ello se aplicarán técnicas de disociación y encriptación, así como todos aquellos mecanismos que permitan garantizar la confidencialidad de los datos que obren en el registro

Artículo 13. *Cesión de datos anonimizados al Ministerio de Sanidad, y al Instituto Nacional de Estadística*

El Departamento de Sanidad de Aragón cederá la información de su RAE-CMBD de Aragón, de forma anonimizada, tanto al Ministerio de Sanidad, para el registro RAE-CMBD Estatal, como al INE para la elaboración de la Información sobre Morbilidad Hospitalaria.

Artículo 14. Régimen sancionador.

Las infracciones a lo dispuesto en la presente Orden podrán ser objeto de sanciones administrativas, de acuerdo con la Ley 6/2002 de 15 de abril, de salud de Aragón, la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad y resto de la legislación sectorial aplicable, previa instrucción del oportuno expediente conforme al Reglamento del procedimiento para el ejercicio de la potestad sancionadora de la Comunidad Autónoma de Aragón aprobado por Decreto 28/ 2001, de 30 de enero, del Gobierno de Aragón, sin perjuicio de las responsabilidades civiles o penales o de otro orden que pudieran derivarse.

DISPOSICIÓN DEROGATORIA UNICA

Queda derogada la Orden de 16 de Enero de 2001 del Departamento de Sanidad, Consumo y Bienestar Social por la que se regula el Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMBD) del alta hospitalaria y procedimientos ambulatorios en la Comunidad Autónoma de Aragón. (BOA nº 11, de 26 de enero de 2001).

DISPOSICIÓN TRANSITORIA UNICA

A partir de la entrada en vigor de esta Orden, todos los centros deberán remitir información de las modalidades asistenciales de hospitalización, procedimientos ambulatorios y urgencias en un plazo de 6 meses. Se establece un plazo máximo de dos años a partir de la entrada en vigor de esta Orden, para la remisión del resto de modalidades asistenciales incluidas en esta Orden.

DISPOSICION FINAL UNICA. Entrada en vigor

La presente Orden entrará en vigor al día siguiente de su publicación en el “Boletín Oficial de Aragón”.

Zaragoza, a fecha de firma

LA CONSEJERA DE SANIDAD

SIRA RIPOLLES LASHERAS

Anexo I

Definiciones de las variables incluidas en el Registro de Actividad de Atención Sanitaria Especializada (RAE-CMBD-ARAGON)

1. Tipo de código de Identificación Personal.

Esta variable hace referencia al código que se utiliza para la identificación personal del paciente.

Las categorías posibles de esta variable son:

- 1) Código de identificación personal de la comunidad autónoma.
- 2) Código de identificación personal único del Sistema Nacional de Salud incluido en la Tarjeta Sanitaria Individual (TSI).
- 3) 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).
- 4) Código de Identificación de la Tarjeta Sanitaria Europea (TSE).
- 5) Documento Nacional de Identidad (DNI/NIE).
- 6) Pasaporte.

2. Código de Identificación Personal. Corresponde al identificador individual del paciente.

En todos los contactos cuya financiación sea a cargo del Sistema Nacional de Salud, bien a través de los Servicios de Salud de las comunidades autónomas o del INGESA o bien a través de las mutualidades administrativas de los regímenes especiales de la Seguridad Social (MUFACE, MUGEJU e ISFAS), se consignará el código correspondiente de las categorías 1 a 3 de la variable Tipo de código de identificación personal.

En el resto de casos será obligatorio cumplimentar este campo con el código que corresponda del resto de categorías.

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

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

5. Sexo. Esta variable hace referencia al sexo del paciente.

Las categorías posibles de esta variable son:

- 1) Hombre.
- 2) Mujer.
- 9) No especificado.

6. País de nacimiento. Esta variable se refiere al país de nacimiento del paciente.

Para su cumplimentación se utilizará el Código ISO del país correspondiente (listado en el anexo V).

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

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 cumplimentando las dos primeras cifras correspondientes a la provincia (código INE) seguida de tres ceros.

Residentes en países extranjeros: Se utilizará 53 seguido del código ISO del país y si se desconoce el país de residencia se anotará 53000.

8. Municipio del domicilio habitual del paciente. Esta variable se cumplimenta mediante el código INE correspondiente al municipio del domicilio habitual del/de la paciente.

En función del país de residencia:

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 cumplimentando las dos primeras cifras correspondientes a la provincia (código INE) seguida de tres ceros.

Residentes en países extranjeros: Se utilizará 530 seguido del código ISO del país y si se desconoce el país de residencia se anotará 530000.

9. Régimen de financiación. Esta variable hace referencia al responsable de la financiación económica de los costes del contacto.

Los valores posibles de esta variable son:

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.

10. Fecha y hora de inicio de la atención. 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.

11. Fecha y hora de la orden de ingreso. Esta variable hace referencia a la fecha y hora en la que se cursa la orden de ingreso en hospitalización.

Su cumplimentación es exclusiva para la situación de pacientes que tras un contacto inicial en la modalidad de «Urgencias» y sin haber mediado alta, ingresan en hospitalización.

12. Tipo de contacto. Esta variable hace referencia a la modalidad asistencial prestada.

Las categorías posibles de esta variable son:

1) **Hospitalización:** 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.

No 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.

2) **Hospitalización a domicilio:** 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.

3) **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.).

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» identificándose como solicitante del contacto (campo Procedencia) «hospital de día médico», excepto cuando el ingreso en el hospital sea motivado por una complicación, en cuyo caso se deberá registrar como episodio independiente constando como diagnóstico principal dicha complicación.

4) **Cirugía ambulatoria:** 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.

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) «cirugía ambulatoria», excepto cuando el ingreso en el hospital sea motivado por una complicación, en cuyo caso se deberá registrar como episodio independiente constando como diagnóstico principal dicha complicación.

5) **Procedimiento ambulatorio de especial complejidad:** 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 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», excepto cuando el ingreso en el hospital sea motivado por una complicación, en cuyo caso se deberá registrar como episodio independiente constando como diagnóstico principal dicha complicación.

6) **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.

13. Tipo de visita. Esta variable se refiere exclusivamente a la modalidad asistencial de hospital de día médico.

Las categorías posibles de esta variable son:

1) **Contacto inicial.** 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).

2) **Contacto sucesivo.** 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.

9) **Desconocido.**

14. Procedencia. Esta variable se refiere al dispositivo, servicio sanitario o entidad que solicita el contacto.

Las categorías posibles de esta variable son:

10) Atención Primaria.

21) Servicios del propio hospital: Urgencias.

22) Servicios del propio hospital: Cirugía ambulatoria.

23) Servicios del propio hospital: Hospital de día médico.

24) Servicios del propio hospital: Hospitalización.

25) Servicios del propio hospital: Hospitalización a domicilio.

26) Servicios del propio hospital: Procedimientos ambulatorios de especial complejidad.

- 27) Servicios del propio hospital: Consultas.
- 28) Otros servicios.
- 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.

15. Circunstancias de la atención. Esta variable se refiere a si el contacto había sido planificado y previsto con anterioridad al momento de su realización.

Los valores que admite son:

- 1) **No programado:** Contacto 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 le ha concertado con antelación una fecha y hora para su realización.
- 9) **Desconocido.**

16. Servicio responsable de la atención (Servicio de alta (SERVICIO) y Servicio de Ingreso (SERVING), Servicios de traslado (SERVTRAS1-5). Estas variables se refieren al servicio responsable de la atención sanitaria del contacto (al inicio y al alta) y los Servicios donde ha permanecido entre ingreso y alta en caso de traslados internos.

Los valores de estas variables son los incluidos en la lista que figura en el Anexo III.

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

17. Fecha y hora de finalización de la atención. Esta variable hace referencia a la fecha en la que se produce el fin del contacto.

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.

18. Tipo de alta. Esta variable se refiere al destino inmediato del paciente tras el contacto asistencial.

Las categorías posibles son:

1) **Domicilio:** Cuando el paciente regresa a su domicilio habitual o cuando se vuelve al centro que constituía su residencia habitual antes del ingreso/contacto.

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.**

19. Dispositivo de continuidad asistencial. 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:

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.

20. Fecha y hora de intervención. 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 en el que haya requerido el uso de quirófano.

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

21. Ingreso en Unidad de Cuidados Intensivos (UCI). Esta variable hace referencia a si durante el contacto asistencial el paciente ha requerido ingreso en Unidades de cuidados intensivos.

Esta variable se recogerá exclusivamente en la modalidad de hospitalización.

Para su cumplimentación:

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.

Los valores posibles serán:

- 1) Sí.
- 2) No.

22. Días de estancia en Unidad de Cuidados Intensivos. Esta variable hace referencia a los días que el paciente permanece en la Unidad de Cuidados Intensivos descrita en la variable anterior.

23. Diagnóstico principal. Esta variable 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 10.^a revisión, modificación clínica para diagnósticos (CIE10ES- diagnósticos).

24. Marcador POA1 del diagnóstico principal. La variable Marcador POA1 del diagnóstico principal hace referencia a su clasificación en función de si es preexistente en el momento del ingreso o bien es sobrevenido con posterioridad.

Adoptará los siguientes valores:

S. Sí: Presente en el momento del ingreso.

N. No: No presente en el momento del ingreso; ocurre durante 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.

Su aplicación se realizará siguiendo una guía que a tal efecto sea aprobada por el Comité Técnico del CMBD estatal.

25. Diagnósticos secundarios. 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 (Códigos E).

La codificación de esta variable se realizará con la Clasificación

Internacional de Enfermedades 10.^a revisión, modificación clínica para diagnósticos (CIE10ES- diagnósticos).

26. Marcador POA2 de los diagnósticos secundarios. Las variables marcador POA de los diagnósticos secundarios hacen referencia a su clasificación en función de si es preexistente en el momento del ingreso o bien es sobrevenido con posterioridad.

Adoptará los siguientes valores:

S. Sí: Presente en el momento del ingreso.

N. No: No presente en el momento del ingreso; ocurre durante 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.

Su aplicación se realizará siguiendo una guía que a tal efecto sea aprobada por el Comité Técnico del CMBD estatal.

27. Procedimientos realizados en el centro. Estas variables 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).

28. Procedimientos realizados en otros centros. Estas variables se refieren a aquellos procedimientos realizados en otros centros distintos sin que se haya producido el alta administrativa en su hospital de origen y sin haber cursado ingreso en el centro donde se le realizan estos procedimientos.

La codificación será realizada con la CIE10 para procedimientos (CIE10ES- procedimientos).

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

Para su cumplimentación se utilizará la codificación de la Clasificación Internacional de Enfermedades CIE9MC hasta el año 2015 y a partir del 1 de enero de 2016 la versión en vigor de la Clasificación Internacional de Enfermedades para Oncología (CIEO).

30. Centro sanitario. Esta variable hace referencia al centro sanitario en el que se presta la atención sanitaria.

Para su cumplimentación se utilizará:

Para los hospitales: el **código del Catálogo Nacional de Hospitales**.

Para los centros sanitarios de atención especializada ambulatoria: el **código del Registro General de Centros y Establecimientos sanitarios** (en los que se incluyen los centros de reproducción humana, centros de interrupción voluntaria del embarazo, centros de cirugía ambulatoria y los centros de diálisis, categorías C252, C253, C254, C255, respectivamente de la clasificación de dicho registro).

31. Comunidad Autónoma del centro sanitario. Esta variable se refiere a la comunidad autónoma en la que se presta la asistencia sanitaria. En este caso es ARAGON.

Para su cumplimentación se utilizarán los códigos de las comunidades autónomas (Anexo IV).

32. Sección: Se incluirá la sección o la unidad funcional donde está ingresado un paciente dentro de un servicio. Los tres primeros dígitos corresponden al Servicio del que dependen, el cuarto diferencia la unidad. Caracter4.

FECTRAS1-5: Fechas de traslado (si las hay) en cada uno de los servicios de traslado entre el de ingreso y el de alta.

Formato: ddmmyyyy hh24mi

MEDICO: Médico responsable del alta.
Introducir DNI/NIF del Facultativo
Formato: Carácter 9

ANEXO II

MODELO DE DATOS DEL RAE-CMBD

Estructura del fichero de intercambio

DENOMINACION (a)	DESCRIPCIÓN (b)	VALORES (c)	FORMATO (d)	LONGITUD (e)	OBSERVACIONES (f)
CIP	Código de identificación personal		Carácter	16	
HISTORIA	Nº de Historia Clínica		Carácter	20	
FECNAC	Fecha de nacimiento		Fecha (ddmmaaaa)	8	
SEXO	Sexo	1. Varón 2. Mujer 3. Indeterminado 9. No especificado	Carácter	1	
PAIS_NAC	Código ISO del país de nacimiento		Carácter	5	código ISO
RESIDE_CP	Código postal del domicilio		Carácter	5	53+ código ISO para residentes en el extranjero
RESIDE_MUNI	Código de municipio del domicilio		Carácter	5	53+ código ISO para residentes en el extranjero
REGFIN	Tipo de financiación	1. Sistema Nacional de Salud (SNS) 2. Reglamentos europeos y convenios bilaterales 3. Mutualidades de funcionarios del estado y otras AAPP 4. Mutualidades de accidentes de trabajo y de enfermedades profesionales (MATEPSS) 5. Accidentes de tráfico 6. Financiación propia privada (personas físicas) 7. Financiación privada (Compañías de seguro sanitario) 8. Otros 9. Desconocido	Carácter	1	
FECINICONT	Fecha y hora de inicio del contacto		Fecha (ddmmaaaa hhmi)	13	En caso de no conocerse la hora-min consignar 0000
FECINGHOSP	Fecha y hora de curso de la orden de ingreso del/de la paciente		Fecha (ddmmaaaa hhmi)	13	En caso de no conocerse la hora-min consignar 0000
TIPCONT	Tipo de asistencia	1. Hospitalización 2. Hospitalización a domicilio 3. Hospital de Día 4.- Cirugía Ambulatoria 5.- Procedimientos de alto consumo de recursos 6. Urgencias	Carácter	1	

- ¹ a) Denominación o nombre de la variable
b) Descripción de la variable
c) Valores. Referido a los diferentes contenidos que puede adoptar la variable. Para determinadas variables, el valor posible está incluido entre los comprendidos en una lista cerrada.
d) Formato de la variable
e) Longitud de la variable
f) Observaciones. Se trata de un breve comentario o información adicional para la mejor comprensión y o para guiar la asignación de valores a la variable y su posterior interpretación

TIPVISITA	Tipo de la visita	1. Contacto inicial 2. Contacto sucesivo 9. Desconocido	Carácter	1	
PETICION	Solicitante del contacto	10. Atención Primaria 21. Servicios del propio hospital: Urgencias 22. Servicios del propio hospital: Hospital de día 23. Servicios del propio hospital: Hospitalización 24. Servicios del propio hospital: Hospitalización a domicilio 25. Servicios del propio hospital: Consultas 28. Otros servicios 30. Servicios de otro hospital/centro sanitario 40. Por iniciativa del/de la paciente 50. Emergencias médicas 60. Centro sociosanitario 80. Otros 90. Desconocido	Carácter	2	
CIRCONT	Circunstancias del contacto	1. No programado 2. Programado 9. Desconocido	Carácter	1	
SERVICIO	Código del Servicio		Carácter	3	
FECFINCONT	Fecha y hora de fin del contacto		Fecha (ddmmaaaa hhmm)	13	En caso de no conocerse la hora-min consignar 0000
TIPALT	Destino tras el contacto	1. Domicilio 2. Traslado a otro Hospital 3. Alta voluntaria 4. Exitus 5. Traslado a centro sociosanitario 8. Otros 9. Desconocido	Carácter	1	
CONTINUIDAD	Continuidad asistencial	1. Hospitalización en el propio hospital 2. Hospitalización a domicilio 3. Hospital de Día 4. Urgencias 5. Consultas 8. Otros 9. Desconocido	Carácter	1	
FECINT	Fecha y hora de la intervención		Fecha (ddmmaaaa hhmm)	13	En caso de no conocerse la hora-min consignar 0000
UCI	Ingreso en UCI	0. NO 1. SI	Carácter	1	
DIAS_UCI	Días de estancia en UCI		Número	3	
D1	Diagnóstico Principal		Carácter	7	CIE9MC (hasta 2015) CIE10ES (a partir 2016)
POAD1	Diagnóstico Principal Presente al Ingreso	S. SI N. NO D. Desconocido I. Indeterminado clínicamente E. Exento	Carácter	1	
D2 - D20	Diagnósticos secundarios 2 al 20		Carácter	7	CIE9MC (hasta 2015) CIE10ES (a partir 2016)
POAD2 - POAD20	Diagnóstico Presente al Ingreso	S. SI N. NO D. Desconocido I. Indeterminado clínicamente E. Exento	Carácter	1	

PROC1 PROC20	Procedimientos 1 al 20		Carácter	7	CIE9MC (hasta 2015) CIE10ES (a partir 2016)
PROEXT1 PROEXT6	Procedimientos externos 1 al 6		Carácter	5	CIE9MC (hasta 2015) CIE10ES (a partir 2016)
M1 M2	Morfología 1 a 2		Carácter	7	CIE9MC (hasta 2015) CIE10 (a partir 2016)
CENTRO SANITARIO	Código del Catálogo Nacional de hospitales REGCES		Carácter	9	
CCAA	Código INE de Comunidad Autónoma		Carácter	2	

Sección	Sección o Unidad funcional dentro de un servicio	Código SERVICIO (anexo3) +1Código que identifique la unidad funcional: ejemplo en GRT: P -Paliativos C -Convalecencia R -Rehabilitación A -Agudos	Carácter	4	
---------	--	---	----------	---	--

SERVTRAS1-5	Servicio de traslado	Anexo III	Carácter	3	
FECTRAS1-5	FECHAS TRASLADO1-5 entre servicios		Fecha	ddmmyyyy hh24mi	
MEDICO	Médico responsable del alta	DNI(NIE) del facultativo	Carácter	9	
SERVING	Servicio Ingreso	Anexo III	Carácter	3	

ANEXO III

Tabla de Servicios y Unidades

ACL Análisis Clínicos	MIC Microbiología y Parasitología
ACV Angiología y Cirugía Vascular	MIN Medicina Intensiva Neonatal
ADM Admisión	MIP Medicina Intensiva Pediátrica
ALG Alergología	MIR Medicina Interna
ANR Anestesia y Reanimación	MIV Medicina Intensiva
APA Anatomía Patológica	MNU Medicina Nuclear
BCS Banco de Sangre	MPR Medicina Preventiva
BIO Bioquímica Clínica	NEF Nefrología
CAR Cardiología	NEO Neonatología
CCA Cirugía Cardíaca	NFC Neurofisiología Clínica
CCI Cirugía Cardíaca Infantil	NML Neumología
CIR Cirugía General y Digestiva	NRC Neurocirugía
CMF Cirugía Maxilofacial	NRL Neurología
CPE Cirugía Pediátrica	OBG Obstetricia y Ginecología
CPL Cirugía Plástica y Reparadora	OFT Oftalmología
CSI Cirugía sin ingreso	ONC Oncología Médica
CTO Cirugía Torácica	ONR Oncología Radioterápica
DCL Documentación Clínica	ORL Otorrinolaringología
DER Dermatología	OTR Otros
DIE Dietética	PED Pediatría
DIG Digestivo	PSQ Psiquiatría
END Endocrinología	RAD Radiología
EST Estomatología	RAI Radiología Intervencionista
FAC Farmacología Clínica	RDT Radioterapia
FAR Farmacia	REH Rehabilitación
GEN Genética	REU Reumatología
GRT Geriatria	TRA Traumatología y C. Ortopédica
HAD Hospitalización a Domicilio	UCE Unidad de corta estancia
HDD Hospital de día	UCP Unidad de Cuidados Paliativos
HDG Hospital de día geriátrico	UCS Unidad de Cirugía sin ingreso
HDH Hospital de día hematológico	UDO Unidad del Dolor
HDM Otro hospital de día médico	UHD Unidad de hospitalización a domicilio
HDO Hospital de día oncológico	ULE Unidad de larga estancia
HDP Hospital de día psiquiátrico	URG Urgencias
HDS Hospital de día SIDA	URO Urología
HEL Hematología Laboratorio	UTR Unidades de Extracción y Trasplantes
HEM Hematología Clínica	UTX Unidad de Desintoxicación
INF Enfermedades infecciosas	UCE Unidad de Corta Estancia
INM Inmunología	ULE Unidad de Larga Estancia
LAB Laboratorios	ULM Unidad de Lesionados Medulares
LIT Litotricia	URH Unidad de Resolución Hospitalaria
MFC Medicina Familiar y Comunitaria	USO Unidad del Sueño

ANEXO IV

Tabla de Códigos INE de Comunidades Autónomas

- 1 ANDALUCÍA
- 2 ARAGÓN
- 3 ASTURIAS (PRINCIPADO DE)
- 4 BALEARS (ILLES)
- 5 CANARIAS
- 6 CANTABRIA
- 7 CASTILLA Y LEÓN
- 8 CASTILLA LA MANCHA
- 9 CATALUÑA
- 10 COMUNIDAD VALENCIANA
- 11 EXTREMADURA
- 12 GALICIA
- 13 MADRID (COMUNIDAD DE)
- 14 MURCIA (REGION DE)
- 15 NAVARRA (COMUNIDAD FORAL DE)
- 16 PAIS VASCO
- 17 RIOJA (LA)
- 18 CEUTA
- 19 MELILLA

ANEXO V

Tabla de Códigos ISO de países²

Código numérico	Nombre	Código numérico	Nombre
004	Afganistán	096	Brunéi
248	Åland	100	Bulgaria
008	Albania	854	Burkina Faso
276	Alemania	108	Burundi
020	Andorra	064	Bután
024	Angola	132	Cabo Verde
660	Anguila	116	Camboya
028	Antigua y Barbuda	120	Camerún
682	Arabia Saudita	124	Canadá
012	Argelia	634	Catar
032	Argentina	535	Caribe Neerlandés
051	Amenia	148	Chad
533	Aruba	152	Chile
036	Australia	156	China
040	Austria	196	Chipre
031	Azerbaiyán	170	Colombia
044	Bahamas	174	Comoras
050	Bangladés	408	Corea del Norte
052	Barbados	410	Corea del Sur
048	Baréin	384	Costa de Marfil
056	Bélgica	188	Costa Rica
084	Belice	191	Croacia
204	Benín	192	Cuba
060	Bermudas	531	Curazao
112	Bielorrusia	208	Dinamarca
104	Birmania	212	Dominica
068	Bolivia	218	Ecuador
070	Bosnia y Herzegovina	818	Egipto
072	Botsuana	222	El Salvador
076	Brasil	784	Emiratos Árabes Unidos

² Norma ISO 3166 de la Organización Internacional para la Estandarización, en su versión ISO 3166-1 (código numérico, a tres dígitos), corresponde al definido por la División estadística de la Naciones Unidas.

Código numérico	Nombre	Código numérico	Nombre
232	Eritrea	344	Hong Kong
703	Eslovaquia	348	Hungría
705	Eslovenia	356	India
724	España	360	Indonesia
840	Estados Unidos	368	Irak
233	Estonia	364	Irán
231	Etiopía	372	Irlanda
608	Filipinas	833	Isla de Man
246	Finlandia	574	Norfolk
242	Fiyi	352	Islandia
250	Francia	136	Islas Caimán
266	Gabón	184	Islas Cook
270	Gambia	234	Islas Feroe
268	Georgia	238	Islas Malvinas
288	Ghana	580	Islas Marianas del Norte
292	Gibraltar	584	Islas Marshall
308	Granada	612	Islas Pitcairn
300	Grecia	090	Islas Salomón
304	Groenlandia	796	Islas Turcas y Caicos
312	Guadalupe	581	Islas ultramarinas de Estados Unidos
316	Guam	092	Islas Vírgenes Británicas
320	Guatemala	850	Islas Vírgenes de los Estados Unidos
254	Guayana Francesa	376	Israel
831	Guernsey	380	Italia
324	Guinea	388	Jamaica
624	Guinea-Bisáu	392	Japón
226	Guinea Ecuatorial	832	Jersey
328	Guyana	400	Jordania
332	Haití	398	Kazajistán
340	Honduras	404	Kenia

Código numérico	Nombre	Código numérico	Nombre
417	Kirguistán	500	Montserrat
296	Kiribati	508	Mozambique
414	Kuwait	516	Namibia
418	Laos	520	Nauru
426	Lesoto	524	Nepal
428	Letonia	558	Nicaragua
422	Líbano	562	Níger
430	Liberia	566	Nigeria
434	Libia	570	Niue
438	Liechtenstein	578	Noruega
440	Lituania	540	Nueva Caledonia
442	Luxemburgo	554	Nueva Zelanda
446	Macao	512	Omán
450	Madagascar	528	Países Bajos
458	Malasia	586	Pakistán
454	Malaui	585	Palaos
462	Maldivas	275	Estado de Palestina
466	Malí	591	Panamá
470	Malta	598	Papúa Nueva Guinea
504	Marruecos	600	Paraguay
474	Martinica	604	Perú
480	Mauricio	258	Polinesia Francesa
478	Mauritania	616	Polonia
175	Mayotte	620	Portugal
484	México	630	Puerto Rico
583	Micronesia	826	Reino Unido
498	Moldavia	140	República Centroafricana
492	Mónaco	203	República Checa
496	Mongolia	807	República de Macedonia
499	Montenegro	178	República del Congo

Código numérico	Nombre	Código numérico	Nombre
180	República Democrática del Congo	728	Sudán del Sur
214	República Dominicana	752	Suecia
638	Reunión	756	Suiza
646	Ruanda	740	Surinam
642	Rumania	744	Svalbard y Jan Mayen
643	Rusia	764	Tailandia
732	Sahara Occidental	834	Tanzania
882	Samoa	762	Tayikistán
016	Samoa Americana	626	Timor Oriental
652	San Bartolomé	768	Togo
659	San Cristóbal y Nieves	772	Tokelau
674	San Marino	776	Tonga
663	San Martín	780	Trinidad y Tobago
666	San Pedro y Miquelón	788	Túnez
670	San Vicente y las Granadinas	795	Turkmenistán
654	Santa Helena, A. y T.	792	Turquía
662	Santa Lucía	798	Tuvalu
678	Santo Tomé y Príncipe	804	Ucrania
686	Senegal	800	Uganda
688	Serbia	858	Uruguay
690	Seychelles	860	Uzbekistán
694	Sierra Leona	548	Vanuatu
702	Singapur	336	Ciudad del Vaticano
534	Sint Maarten	862	Venezuela
760	Siria	704	Vietnam
706	Somalia	876	Wallis y Futuna
144	Sri Lanka	887	Yemen
748	Suazilandia	262	Yibuti
710	Sudáfrica	894	Zambia
729	Sudán	716	Zimbabue