



---

## PROYECTO DE REAL DECRETO DE ESTRUCTURA Y CONTENIDOS BÁSICOS DEL REGISTRO DE ACTIVIDAD DE ATENCIÓN ESPECIALIZADA

---

La complejidad de la atención sanitaria que reciben los ciudadanos hace necesario el establecimiento de sistemas de información apropiados que satisfagan de manera precisa y oportuna la demanda de información para el correcto desarrollo de las funciones de planificación y evaluación de los servicios sanitarios.

El antecedente normativo de este sistema de información se encuentra en el RD 1360/1976 de 21 de mayo, *por el que se hace obligatorio el uso por parte de los establecimientos sanitarios con régimen de internado de un libro de registro*, en donde se define la creación obligatoria por parte de todos los centros de un libro de registro de ingresos y altas hospitalarias. En la Resolución de la Dirección General de Sanidad sobre el libro de registro de enfermos de los establecimientos sanitarios con régimen de internado, ya se indicaba que el motivo es «ampliar los conocimientos del sector hospitalario ... y servir para el conocimiento estadístico de la morbilidad hospitalaria» y se debían recoger, entre otros el número de historia clínica, la fecha de nacimiento y el sexo, las fechas de ingreso y alta, la petición y el tipo de ingreso así como el diagnóstico al ingreso y al alta y el tipo de alta.

En 1981, en el seno de la Comisión de las Comunidades Europeas, con el auspicio de la oficina Europea de la Organización Mundial de la Salud, el Comité Hospitalario de la Comunidad Económica Europea y de la Asociación Europea de Informática Médica, se definió el Conjunto Mínimo Básico de Datos al alta hospitalaria como un núcleo de información mínima y común sobre los episodios de hospitalización, proponiéndose a los Estados miembros su creación como base para la gestión, la planificación y la evaluación de los cuidados y servicios sanitarios así como para la investigación epidemiológica y clínica. La cobertura debería contemplar tanto la atención hospitalaria como la ambulatoria.

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

Por otra parte, la Ley 16/2003, de 28 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. Para ello en el seno del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud se acordarán los objetivos y contenidos de la información». Por otro lado en el artículo 55 se indica que «El sistema de información sanitaria contemplará específicamente la realización de estadísticas para fines estatales en materia sanitaria, así como las de interés general



supracomunitario y las que se deriven de compromisos con organizaciones supranacionales e internacionales, que se llevarán a cabo con arreglo a las determinaciones metodológicas y técnicas que establezca el Ministerio de Sanidad y Consumo, consultado el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud. La información necesaria para la elaboración de estadísticas de las actividades sanitarias se recabará tanto del sector público como del sector privado».

En el año 2008 se aprueba en la Unión Europea el *Reglamento nº1338/2008 sobre estadísticas comunitarias de salud pública y de salud y seguridad en el trabajo* en el cual se sientan las bases para la constitución de un sistema de información sobre salud pública que ofrezca una visión general sobre el estado de salud y sus determinantes así como de los sistemas sanitarios de los países miembros. Salud pública es definida en esta norma como «todos los elementos relacionados con la salud, a saber el estado de salud, con inclusión de la morbilidad y la discapacidad, los determinantes que influyen en dicho estado de salud, las necesidades de asistencia sanitaria, los recursos asignados a la asistencia sanitaria, y la puesta a disposición de asistencia sanitaria y el acceso universal a ella, así como los gastos y la financiación de la asistencia sanitaria y las causas de mortalidad».

El *Real Decreto 1658/2012, de 7 de diciembre, por el que se aprueba el Plan Estadístico Nacional 2013-2016 (PEN)* es el marco legal que engloba todas las operaciones estadísticas producidas para fines estatales garantizando el suministro al estado, a la Unión Europea, a las Instituciones y a los usuarios de la información estadística necesaria. El PEN incluye la explotación estadística del CMBD entre las operaciones estadísticas del sector salud.

En el año 1987, el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud (CI SNS) decide adaptarse a las recomendaciones internacionales en materia de recogida de información asistencial. El Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMBD) incluye un conjunto de datos administrativos y clínicos de manera estandarizada por cada contacto asistencial que permita conocer la morbilidad atendida en los hospitales públicos y privados.

Un año después, el CI SNS acuerda la creación de un Comité Técnico para la implantación y evaluación del Conjunto Mínimo Básico de Datos. Dicho Comité tendrá las siguientes funciones:

- a. Homologación de criterios y definiciones en los datos del CMBD
- b. Homologación de los criterios de codificación clínica
- c. Evaluación de la factibilidad y limitaciones del proceso de implantación del CMBD
- d. Análisis de la información suministrada por el CMBD
- e. Ampliación del CMBD

Las comunidades autónomas, en el ejercicio de sus competencias en materia de gestión de la atención sanitaria, han venido desde entonces publicando normas para la implantación de diferentes modelos de CMBD para sus respectivos centros y servicios. Así la primera Comunidad Autónoma que establece el CMBD de obligado cumplimiento en su ámbito de gestión fue Cataluña. En su Orden de 23 de noviembre de 1990, del Diario Oficial de la Generalitat de Cataluña, se regula tanto



el informe clínico de alta hospitalaria como el conjunto mínimo básico de datos, obligando su cumplimentación tanto a los hospitales públicos como privados. Esta orden fue posteriormente modificada por la Orden de 14 de noviembre de 1991 y por la Orden de 20 de abril de 1993.

El Instituto Nacional de la Salud (INSALUD) establece en *la Resolución de la Secretaría General del Sistema Nacional de salud de 24 de enero de 1992* como obligatorio, tanto para los hospitales propios como los administrados, la recogida para cada una de las altas de hospitalización, el correspondiente CMBD.

La Comunidad Valenciana, en la Orden de 8 de octubre de 1992 de la Consejería de Sanidad y Consumo, regula el CMBD para todos los hospitales públicos y privados y establece la sustitución del libro de registro hospitalario en los hospitales públicos por un sistema de registro informático que garantice la información necesaria para la cumplimentación del CMBD.

El País Vasco en el Decreto 303 de 3 de noviembre de 1992 del Departamento de Sanidad, regula el CMBD al alta hospitalaria y crea el registro de altas hospitalarias de Euskadi. Además establece la incorporación de todos los hospitales públicos y privados al sistema de información del CMBD. Este decreto ha sido completado recientemente por la Orden de 3 septiembre 2010 que incorpora nuevas variables al conjunto Mínimo Básico de Datos del Alta Hospitalaria.

En 1993, la Comunidad Autónoma de Galicia publica la Orden de 7 de abril en el Diario Oficial de Galicia, en la que regula el CMBD para todos los centros y establecimientos sanitarios en régimen de internado tanto públicos como privados de la Comunidad.

El Servicio Andaluz de Salud (SAS), a través de la Resolución 14/1993 de 4 de junio, del SAS, regula el informe clínico del alta hospitalaria y el CMBD, para todos los hospitales gestionados y administrados por el SAS.

En 1994, la Comunidad Foral de Navarra dicta la Instrucción nº 2 del Servicio Navarro de Salud (Osasunbidea) por la que todos los Centros Hospitalarios del Servicio Navarro de Salud quedan obligados a la elaboración de un CMBD, a partir de los informes clínicos de alta de todos los pacientes ingresados en un servicio y, posteriormente se publica el Decreto Foral 11/2003 que regula el Conjunto Mínimo Básico de Datos en los centros y establecimientos sanitarios y crea el Registro de Morbilidad Asistida en la Comunidad Foral de Navarra.

La Comunidad Autónoma de Canarias publica con fecha 25 de noviembre de 1998 la Instrucción nº 10/98 en la que se establece la obligatoriedad del CMBD al alta hospitalaria, en la red hospitalaria de utilización pública, así como para los hospitales privados que, en virtud de concierto, se encuentren incluidos en la misma. En el año 2005, esta comunidad ha publicado el Decreto 178/2005, de 26 de julio, por el que se aprueba el Reglamento que regula la historia clínica en los centros y establecimientos hospitalarios y establece el contenido, conservación y expurgo de sus documentos y en donde se establece la obligatoriedad de recoger un Conjunto Mínimo Básico de Datos al Alta Hospitalaria (CMBD).



La Comunidad Autónoma de Murcia, en el Decreto 34/1999, de 26 de mayo, crea el Registro Regional del Conjunto Mínimo Básico de Datos al Alta Hospitalaria.

La Comunidad Autónoma de Madrid, en su Decreto 89/1999, de 10 de junio, regula el conjunto mínimo básico de datos (CMBD) al alta hospitalaria y cirugía ambulatoria, en la Comunidad de Madrid.

La Comunidad de Aragón ha publicado la Orden de 16 enero 2001 que regula el Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMBD) del alta hospitalaria y procedimientos ambulatorios.

La Comunidad de Castilla La Mancha ha publicado el Decreto 73/2002, de 14 mayo Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMBD) de Hospitalización, Cirugía Ambulatoria y otros procedimientos ambulatorios.

El Principado de Asturias, en el Decreto 235/2003, regula el Conjunto Mínimo Básico de Datos de Atención Especializada.

La Comunidad de Extremadura ha publicado la Orden de 4 marzo de 2005 que regula el Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMBD) al Alta Hospitalaria y Cirugía Mayor Ambulatoria y la Unidad Técnica de referencia CIE9MC.

La Comunidad de Castilla y León ha publicado el Decreto 28/2007 que establece el Sistema de Información de Enfermedades Asistidas, regula el Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMBD) al alta hospitalaria y procedimientos ambulatorios especializados y crea el Registro del CMBD de la Comunidad de Castilla y León.

La Comunidad de Illes Balears ha publicado el Decreto 69/2008 que regula el conjunto mínimo básico de datos (CMBD) de alta hospitalaria y actividad ambulatoria.

La Comunidad de Cantabria ha publicado la Orden SAN/4/2011, de 1 de febrero, por la que se crea el fichero automatizado de datos de carácter personal del Registro de Morbilidad Atendida de Cantabria y la Orden SAN/5/2011, de 7 de febrero, por la que se crea el Comité de Referencia de la Codificación de los Procesos Asistenciales de Cantabria.

A lo largo de todos estos años, el CMBD estatal ha ido incorporando nuevas variables; así, en 1998 se incluyó el tipo de financiación y en 2005 se incluyeron el CIP (código de identificación personal) de las Tarjetas Individuales Sanitarias y la identificación del servicio clínico responsable del alta del paciente.

Asimismo, desde finales de los años 90, se ha ido incorporando a la base de datos del CMBD la actividad ambulatoria, fundamentalmente la relativa a procedimientos quirúrgicos realizados de forma ambulatoria. Posteriormente y tras sucesivos ensayos de aplicación de los correspondientes modelos de datos se han ido sumando otras modalidades asistenciales ambulatorias como el hospital de día y la hospitalización a domicilio. El resultado de estas experiencias ha servido de



base para la actual propuesta de estructura del CMBD estatal.

En la elaboración de este real decreto han sido consultadas las comunidades autónomas a través de los representantes en el Comité Técnico del CMBD, y de la Subcomisión de Sistemas de Información, se ha sometido al pleno del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud y cuenta además con informe favorable de la Agencia Española de Protección de Datos.

Esta norma, que tiene la condición de básica en el sentido previsto en el Artículo 149.1 16ª y 31ª de la Constitución que atribuye al Estado las competencias para establecer las bases y la coordinación general de la sanidad y en materia de estadística para fines estatales, se dicta en uso de las habilitaciones conferidas por el artículo 55 de la Ley 16/2003, del 28 de Mayo.

En su virtud, a propuesta de la Ministra de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, con la aprobación previa del Ministro de Hacienda y Administraciones Públicas, de acuerdo con el Consejo de Estado, y previa deliberación del Consejo de Ministros en su reunión del día \_\_\_\_\_ .

DISPONGO

CAPÍTULO I

### **Disposiciones generales**

#### *Artículo 1. Objeto.*

El presente Real Decreto tiene por objeto regular, en el conjunto del sector sanitario en España, el Registro de la actividad de Atención Especializada con base en el Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMBD) creado en el año 1987 por acuerdo del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud así como establecer las variables incluidas en el mencionado registro.

#### *Artículo 2. Ámbito de aplicación.*

En el Registro de la actividad de Atención Especializada - CMBD se recogerán con carácter obligatorio, los datos generados en cada contacto del paciente con un proveedor de atención sanitaria especializada, incluyendo los proveedores públicos y privados, tanto para el ámbito de la hospitalización como ambulatorio para las modalidades de hospital de día, cirugía ambulatoria, urgencias y hospitalización a domicilio, sin perjuicio de otras modalidades asistenciales ambulatorias que en un futuro pudieran ser incorporadas. Los centros sanitarios a los que afecta esta normativa pertenecen a la categoría C1 (Hospitales, destinados a la asistencia especializada y continuada de pacientes en régimen de internamiento cuya finalidad principal es el diagnóstico o tratamiento de los enfermos ingresados en éstos, sin perjuicio de que también presten atención de forma ambulatoria) y, en



su caso, C2 (Proveedores de asistencia sanitaria sin internamiento que prestan servicios de atención especializada en las modalidades a que hace referencia la presente norma) de acuerdo con la clasificación establecida en el Real Decreto 1277/2003 de 10 de octubre *que establece las bases generales sobre autorización de centros, servicios y establecimientos sanitarios*.

### Artículo 3. *Unidad de registro*

1. La unidad de registro, con carácter general, es el Contacto, definido como la situación de curso ininterrumpido que se produce bajo la misma modalidad asistencial en la cual, un proveedor sanitario presta servicios sanitarios a un paciente con las excepciones especificadas en cada una de las modalidades asistenciales.

2. Los tipos de contacto incluidos para cada una de las modalidades asistenciales son:

a) **Hospitalización:** Se considerará como contacto de hospitalización el producido tras la admisión formal (con orden de ingreso) de un paciente en un centro sanitario, para diagnóstico, tratamiento u observación, que requiere la ocupación de una cama de hospitalización. Quedan excluidas de esta modalidad las sesiones de diálisis, las sesiones en hospital de día, la atención de los pacientes que ocupan 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 computan al alta hospitalaria y no se incluirán los que tengan una duración inferior a un día de estancia excepto aquellos casos que hayan finalizado con motivo de alta por fallecimiento, traslado o alta voluntaria en cuyo caso la duración de la estancia podrá ser inferior a un día.

b) **Hospitalización a Domicilio:** Atención realizada en el domicilio del paciente con fines de diagnóstico, tratamiento u observación 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 petición y procedencia (hospitalización convencional, servicio de urgencias, consulta u hospital de día), del número de visitas realizadas en el domicilio, y de su destino tras el alta (hospitalización convencional, exitus, domicilio, etc.). 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.

c) **Hospital de día médico:** Atención realizada, sin ingreso hospitalario, en puestos específicos del centro sanitario destinados a



pacientes que requieren especial atención médica o de enfermería de forma continuada durante varias horas, con independencia de la naturaleza de la atención, finalidad y destino tras la misma (domicilio, traslado, hospitalización., etc.), excluidos los pacientes que han sido sometidos a un procedimiento quirúrgico que se registrarán como modalidad independiente. En el caso de que el paciente sea ingresado en el centro sanitario sin haber causado alta en el hospital de día, se considerará como episodio de «hospitalización» identificándose como solicitante del contacto (campo Petición) «hospital de día».

d) **Cirugía ambulatoria:** Se considerarán como tal las intervenciones quirúrgicas ambulatorias que precisen para su realización del uso de quirófano y en las que está previsto el alta de forma inmediata o a las pocas horas de la intervención. Se incluirán aquellas intervenciones que habiendo sido realizadas en turno de tarde permanezcan en el centro hasta la mañana siguiente siempre que sean dadas de alta antes de las 24 horas del inicio del contacto. En el caso de que el paciente haya permanecido ingresado en el centro sanitario por más tiempo se considerará como episodio de «hospitalización» identificándose como solicitante del contacto (campo Petición) «hospital de día», 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.

e) **Procedimiento ambulatorio de alto consumo de recursos:** Aquellos 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. 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 los procedimientos realizados en pacientes ingresados en el curso de dicho ingreso en el centro sanitario o durante su atención en el resto de modalidades asistenciales.

f) **Urgencia:** Corresponde a la asistencia prestada en los servicios de urgencias de los centros de atención especializada. 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 centro sanitario, se considerará como episodio de «hospitalización» identificándose como solicitante del contacto (campo Petición) «urgencias» y la fecha de ingreso la del inicio del contacto en urgencias.



#### Artículo 4. *Fines.*

El Registro de actividad de atención especializada tiene por finalidad:

a) Establecer un sistema de información que posibilite el conocimiento de la demanda y morbilidad atendidas en los hospitales y centros de atención especializada según el ámbito geográfico en el que se presta la atención y el de residencia de los ciudadanos.

b) Facilitar la gestión hospitalaria, el análisis y la implantación de nuevos sistemas de financiación en el ámbito estatal.

c) Servir de fuente de datos para dar cumplimiento a lo previsto en el Plan Estadístico Nacional y en el Reglamento (CE) nº1338/2008 del Parlamento Europeo y el Consejo de 16 de diciembre de 2008 sobre estadísticas comunitarias de salud pública y de salud y seguridad en el trabajo.

d) Entre otras operaciones estadísticas, el Registro de actividad de atención especializada permitirá la obtención de estadísticos de referencia estatal, incluidos en la actual explotación del CMBD, al que sustituye, así como los relativos a la "Estadística de Morbilidad Hospitalaria".

#### Artículo 5. *Funciones.*

El Registro de actividad de atención especializada tiene por finalidad:

a) Proporcionar a los órganos competentes de las administraciones sanitarias la información necesaria para la para la elaboración de estadísticas del sector salud, la planificación y gestión de la atención sanitaria.

b) Servir de soporte para la elaboración de indicadores de rendimiento y utilización, control de la calidad asistencial y como base de datos para la investigación clínica, epidemiológica y para la evaluación de servicios en su ámbito de aplicación.

c) Favorecer el desarrollo de las políticas de salud y la toma de decisiones con una información válida que permita el análisis de la situación y la evolución de la práctica clínica.

d) Facilitar que los registros autonómicos de actividad puedan disponer de los datos del registro estatal en relación con la atención prestada a los ciudadanos residentes en cada comunidad autónoma independientemente de donde se haya producido dicha atención.

e) Facilitar el acceso de los ciudadanos a los datos de carácter público que contiene el sistema de información.





#### Artículo 6. *Naturaleza.*

El Registro de actividad de atención especializada - CMBD tendrá naturaleza administrativa y estará integrado en el Sistema de Información Sanitaria del Sistema Nacional de Salud previsto en el artículo 53 de la Ley 16/2003, de 28 de mayo de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud.

#### Artículo 7. *Órgano responsable del Registro de actividad de atención especializada - CMBD.*

1. El registro se adscribe a la Dirección General de Salud Pública, Calidad e Innovación del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, que será el órgano encargado de su organización y gestión, y el responsable de adoptar las medidas que garanticen la confidencialidad, seguridad e integridad de los datos contenidos en el registro. Corresponde a este centro directivo toda decisión o acuerdo relativo a las materias competencia del registro.

## CAPÍTULO II

### **Estructura del registro**

#### Artículo 8. *Datos contenidos en el Registro*

1.- El Registro de Actividad de Atención Especializada – CMBD- contendrá datos identificativos del paciente, del proveedor, del episodio de atención y clínicos cuya definición y contenido se recoge en el ANEXO I de este Real Decreto.

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

#### Artículo 9. *Estructura de los datos*

1. El modelo de intercambio de datos está conformado por las distintas variables cuya definición y propiedades se definen en el ANEXO II.

#### Artículo 10. *Soporte.*

1. El Registro de actividad de atención especializada - CMBD se implementará en soporte digital y su diseño y estructura permitirán que su envío, explotación y consulta pueda realizarse por medios electrónicos.

2. Para la incorporación de los datos al Registro de actividad de atención especializada – CMBD, por parte de las comunidades autónomas así como para su consulta, excepto para la parte que tiene carácter público, será necesario utilizar los



sistemas de certificado electrónico reconocidos. Para facilitar el acceso de los usuarios autorizados se podrán establecer perfiles distintos para cada uno de ellos.

## CAPÍTULO III

### Acceso a la información

Artículo 11. *Incorporación y cesión de datos del Registro de actividad de atención especializada*

1. De conformidad con lo dispuesto en el artículo 53 de la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud, los centros y, en su caso, las Comunidades Autónomas, estarán obligados a facilitar los datos al órgano responsable del registro.

2. Cada Comunidad Autónoma deberá suministrar todos los datos que obren en su poder dentro del plazo establecido en las instrucciones de desarrollo de esta normativa por el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Asimismo, de acuerdo con el artículo 53.5 de la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud, cada Comunidad Autónoma tendrá acceso a los datos del Registro de actividad de atención especializada correspondientes a la atención recibida en otras Comunidades por los pacientes que residan en el ámbito territorial de la propia Comunidad.

3. La cesión de datos deberá hacerse con las garantías y en las condiciones establecidas en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal y en las demás disposiciones reguladoras de protección de datos.

4. El soporte, formato y otras características de la transferencia de datos se determinarán por el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad de conformidad con lo dispuesto en el artículo 53.r de la Ley 16/2003 de 28 de Mayo de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud.

Artículo 12. *Acceso a los datos del Registro de actividad de atención especializada*

1.- La información contenida en el Registro de actividad de atención especializada - CMBD estará a disposición de las administraciones públicas sanitarias, los gestores y profesionales de la sanidad y los ciudadanos en los términos de acceso que se acuerden en el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud en aquellos supuestos no contemplados en la presente norma, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 53 de la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud.

2.- El Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad garantizará a los ciudadanos el acceso a los datos del CMBD que tengan carácter público.



### Artículo 13. *Confidencialidad y seguridad de la información*

1. Los datos que obran en el registro se utilizarán para los fines previstos en esta normativa.

2. El Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, adoptará las medidas necesarias para asegurar su utilización para los fines previstos, además de los estadísticos, científicos, históricos y sanitarios, de acuerdo con lo establecido en la Ley Orgánica 15/1999 de Protección de Datos de Carácter Personal y su normativa de desarrollo así como en la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica.

3. Asimismo, dispondrá las medidas necesarias para garantizar la seguridad en los procesos de envío, custodia y explotación de los datos, de acuerdo con lo previsto en el Real Decreto 994/1999, de 11 de junio por el que se aprueba el Reglamento de medidas de seguridad de los ficheros automatizados que contengan datos de carácter personal.

### Artículo 14. *Intercambio de información en el ámbito de la Unión Europea.*

1. La cesión de datos a las instituciones de la Unión Europea se realizará de acuerdo con lo dispuesto en la normativa comunitaria.

#### Disposición adicional primera. *Instrumentos de colaboración.*

Se habilita al Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad para suscribir los instrumentos jurídicos necesarios con las entidades competentes para la puesta en funcionamiento de este real decreto.

#### Disposición adicional segunda. *Eficiencia de los procesos estadísticos.*

En aras a la eficiencia de los procesos estadísticos, con el fin de disminuir la carga de las unidades informantes y aprovechando las facilidades que brindan las TICs, se faculta al Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad para utilizar datos relativos a los centros sanitarios obtenidos a través de la estadística de centros de atención especializada para fines de análisis y elaboración de indicadores sanitarios destinados a satisfacer las necesidades de evaluación del Sistema Nacional de Salud.

#### Disposición transitoria única. *Plazo de adaptación*

Se establece un plazo de 18 meses desde la entrada en vigor de este Real Decreto para que los centros sanitarios y en su caso, las comunidades autónomas adapten a lo establecido en esta norma las estructuras de sus registros de actividad y CMBD actualmente en vigor en sus respectivos ámbitos territoriales.



Disposición derogatoria única.

Queda derogado el RD 1360/1976 de 21 de mayo, por el que se hace obligatorio el uso por parte de los establecimientos sanitarios con régimen de internado de un libro de registro así como así como cuantas disposiciones de igual o inferior rango se opongan a lo dispuesto en este real decreto.

Disposición final primera. *Título competencial.*

Este real decreto se dicta al amparo de lo establecido en el artículo 149.1.31.<sup>a</sup> de la Constitución Española y tiene carácter de legislación básica en materia de estadística para fines estatales.

Disposición final segunda. *Desarrollo normativo.*

1. En cumplimiento de la Ley Orgánica 15/1999, de Protección de datos de Carácter Personal, y del Real Decreto 1720/2007 por el que se aprueba el Reglamento de desarrollo de la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de protección de datos de carácter personal, la persona titular del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad aprobará, mediante orden, la creación del fichero automatizado de datos de carácter personal del registro.

2. Se faculta al titular del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad para dictar cuantas disposiciones sean necesarias para la aplicación y desarrollo de lo establecido en este real decreto, así como para la modificación de sus anexos.

Disposición final tercera. *Entrada en vigor.*

Este real decreto entrará en vigor al día siguiente de su publicación en el «Boletín Oficial del Estado».



## ANEXO I

### Relación de datos básicos y definiciones de las variables contenidas en el Registro de Actividad de Atención Especializada – CMBD

El Registro de actividad de atención especializada - CMBD consta de los siguientes datos:

- 1) Código de Identificación Personal
- 2) Nº de Historia clínica
- 3) Fecha de nacimiento
- 4) Sexo
- 5) Código ISO de país de nacimiento
- 6) Código postal del domicilio habitual del paciente
- 7) Código INE del municipio del domicilio habitual del paciente
- 8) Régimen de financiación
- 9) Fecha y hora de inicio de contacto
- 10) Fecha y hora de la orden de ingreso (urgencias ingresadas)
- 11) Tipo de contacto
- 12) Tipo de visita
- 13) Petición
- 14) Circunstancias del contacto
- 15) Código de servicio
- 16) Fecha y hora de finalización del contacto
- 17) Tipo de alta
- 18) Continuidad asistencial
- 19) Fecha y hora de intervención
- 20) Ingreso en Unidad de Cuidados Intensivos
- 21) Días de estancia en Unidad de Cuidados Intensivos
- 22) Diagnóstico principal
- 23) Marcador POA1 (del diagnóstico principal)
- 24) Diagnósticos secundarios (hasta un máximo de 19)
- 25) Marcador POA2-POA20 (para cada uno de los diagnósticos secundarios)
- 26) Procedimientos quirúrgicos, obstétrico u otros procedimientos (hasta un máximo de 20)
- 27) Procedimientos quirúrgicos, obstétricos u otros procedimientos realizados en otros centros distintos (hasta un máximo de 6)
- 28) Códigos de morfología de las neoplasias
- 29) Código del centro sanitario del Catálogo Nacional de Hospitales
- 30) Código de la comunidad autónoma del hospital

#### Definiciones:

- 1) Código de Identificación Personal (CIP). Código de Identificación Personal de la tarjeta sanitaria de la comunidad autónoma o en su caso el código de Tarjeta Sanitaria Individual del SNS. La consignación del código CIP será obligatoria para todos los episodios de atención en que figure como responsable a cargo de la financiación el Sistema Nacional de Salud a través de alguno de los



Servicios de Salud de las comunidades autónomas o el INGESA En el supuesto de pacientes que carezcan de dicha identificación se consignarán en el campo los caracteres “Z” o “9”, en función de la estructura alfanumérica o numérica del CIP de la comunidad autónoma.

- 2) Historia (HISTORIA). Número de historia clínica del paciente en el centro donde se produce el contacto del paciente.
- 3) Fecha de Nacimiento (FECNAC)
- 4) Sexo (SEXO). Las categorías posibles de esta variable serán las siguientes:
  1. Hombre
  2. Mujer
  9. No especificado

País de nacimiento (PAIS\_NAC). Código ISO del país (



5) **ANEXO V)**

- 6) Código Postal del domicilio habitual del paciente (RESIDE\_CP). Código postal del domicilio habitual del paciente definiéndose éste como el lugar donde reside la mayor parte del año y, si ese criterio no fuera suficiente, el lugar donde estuviera empadronado. Si se desconoce, se cumplimentarán al menos las dos primeras cifras correspondientes a la provincia (código INE) seguida de tres ceros.

En el caso de residentes en países extranjeros se utilizará 53 seguido del código ISO del país y si se desconoce el país de residencia se anotará 53000.

- 7) Código INE del Municipio del domicilio habitual del paciente (RESIDE\_MUNI). Código del municipio del domicilio habitual del paciente definiéndose éste como el lugar donde reside la mayor parte del año y, si ese criterio no fuera suficiente, el lugar donde estuviera empadronado. Si se desconoce, se cumplimentarán al menos las dos primeras cifras correspondientes a la provincia (código INE) seguida de tres ceros.

En el caso de residentes en países extranjeros se utilizará 53 seguido del código ISO del país (



**ANEXO V)** y si se desconoce el país de residencia se anotará 53000.

- 8) Régimen de financiación (REGFIN). Régimen de financiación que identifica el garante económico de los costes del contacto. Las categorías posibles de esta variable serán las siguientes:
1. Sistema Nacional de Salud (SNS).
  2. Reglamentos europeos y convenios bilaterales. 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 públicas de funcionarios de la administración general del estado (MUFACE, ISFAS y MUGEJU) y de otras administraciones. Asistencia sanitaria prestada a los asegurados o beneficiarios pertenecientes a la Mutualidad General de Funcionarios Civiles del estado, Instituto Social de las Fuerzas Armadas y Mutualidad General Judicial que no la tengan concertada con el SNS.
  4. Mutualidades de accidentes de trabajo y de enfermedades profesionales (MATEPSS). Incluye la asistencia sanitaria prestada en los supuestos de accidente de trabajo o enfermedad profesional cuando ésta está concertada con una Mutualidad.
  5. Accidentes de tráfico. Incluye 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 propia (personas físicas). Incluye el usuario que recibe asistencia sanitaria de cuyo pago es responsable él mismo incluyendo los extranjeros privados que no tengan cubierta su asistencia por un Convenio Internacional.
  7. Financiación privada (compañías de seguro sanitario). Incluye a los usuarios que reciben asistencia sanitaria de cuyo pago es responsable un tercero, incluida aquella financiada por una entidad aseguradora obligatoria no contemplada en los casos anteriores y que comprende a:
    - 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
  8. Otros
  9. Desconocido
- 9) Fecha y hora de inicio de contacto (FECINICONT). Corresponde a la registrada en admisión o en los servicios asistenciales del centro que identifique, bien la llegada del paciente a la modalidad asistencial, bien el inicio del procedimiento. Corresponde a la fecha de ingreso para los episodios de hospitalización y hospitalización a domicilio.
- 10) Fecha y hora de la orden de ingreso (FECINGHOSP). Fecha en la que se cursa la orden de ingreso de pacientes que tras el contacto inicial en la modalidad de «Urgencias» y sin haber mediado alta, ingresan en hospitalización.
- 11) Tipo de contacto (TIPCONT). Modalidad asistencial prestada. Las categorías





posibles de esta variable serán las siguientes:

1. Hospitalización
2. Hospitalización a domicilio
3. Hospital de día médico
4. Cirugía ambulatoria. 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.
5. Procedimientos ambulatorios de alto consumo de recursos. Como referencia se considerarán para su inclusión en esta categoría los estudios de hemodinámica, radiología vascular intervencionista, broncoscopia, colonoscopia, colangiopancreatografía retrógrada, técnicas de imagen invasivas (RNM, TAC, ECO), hemodiálisis, litotricia renal extracorpórea, radiocirugía y radioterapia estereotáxica.
6. Urgencias

12) Tipo de visita (TIPVISITA). Este campo sólo es requerido en los contactos de hospital de día. Las categorías posibles de esta variable serán las siguientes:

1. Contacto inicial. Contacto en paciente que acude por primera vez para un proceso concreto y que no ha sido atendido con anterioridad, o bien que, habiéndolo sido, había ya cursado alta médica en la misma con un tipo de alta distinto a TIPALTA=6 (alta por continuidad asistencia).
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.

13) Petición (PETICION). Solicitante del contacto. Las categorías posibles de esta variable serán las siguientes:

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 paciente
50. Emergencias médicas (ajenas a los servicios del hospital, médicos y paramédicos extrahospitalarios)
60. Centro sociosanitario
80. Otros
90. Desconocido

14) Circunstancias del contacto (CIRCONT). Circunstancias del contacto. Se refiere a si el contacto había sido planificado, y por tanto previsto. o no, 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.



2. Programado: Contacto previsto con anterioridad al que se le ha concertado con antelación una fecha hora u hora para su realización.
  9. Desconocido
- 15) Servicio (SERVICIO). Se refiere al servicio responsable del alta que realiza la asistencia sanitaria. Los valores admitidos en el registro deben estar incluidos en los que constituyen 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.
- 16) Fecha y hora de finalización del contacto (FECFINCONT). Fecha de fin del contacto. Para los episodios de hospitalización y hospitalización a domicilio corresponde a la fecha de alta. Para urgencias, hospital de día y otros contactos, corresponderá a la fecha/hora que se dictamina el alta/salida del paciente del servicio/modalidad asistencial independientemente de la hora en que efectivamente abandone el centro.
- 17) Tipo de alta (TIPALT). Destino inmediato tras el contacto. Las categorías posibles de esta variable serán las siguientes:
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
- 18) Continuidad asistencial (CONTINUIDAD). Se deberá cumplimentar cuando al paciente se le indica un nuevo contacto en el mismo hospital o centro sanitario tras el alta. Las categorías posibles de esta variable serán las siguientes:
1. Ingreso en hospitalización en el propio hospital
  2. Hospitalización a domicilio
  3. Hospital de día
  4. Urgencias
  5. Consultas
  8. Otros.
  9. Desconocido.
- 19) Fecha y hora de intervención (FECINT). Sólo se cumplimentará en el caso de que al paciente se le haya practicado una intervención quirúrgica o cualquier procedimiento que para su realización sea necesario el uso de quirófano. En caso de haberse realizado más de una, se registrará la fecha de la primera de ellas.



20) Ingreso en Unidad de Cuidados Intensivos (UCI). Se consignará en los episodios de hospitalización para paciente que hayan ingresado durante el mismo en unidades de cuidados intensivos. De acuerdo con las definiciones de la Estadística de Centros de Atención Especializada se considerarán como tales las Unidades específicas de Cuidados Intensivos las Unidades coronarias, Unidades de grandes quemados e Intensivos neonatales. No se consideran como tal los servicios de reanimación postoperatoria.

21) Días de estancia en Unidad de Cuidados Intensivos (DIAS\_UCI)

22) Diagnóstico Principal (DIAG1). Se define como la afección que después del estudio necesario se establece que fue la causa del contacto con el centro hospitalario. La codificación será realizada con la Clasificación Internacional de Enfermedades CIE9MC hasta el 31 de diciembre de 2015 y a partir de esa fecha con la CIE10MC.

23) Marcador POA (POA1). Marcador del diagnóstico principal que lo identifica como preexistente en el momento del ingreso o sobrevenido con posterioridad. Adoptará los siguientes valores:

- S Sí: Presente en el momento del ingreso.
- N No: No presente durante el ingreso. Ocurrido durante el ingreso.
- D Desconocido: Insuficiente información para determinar si un proceso está presente o no al ingreso.
- I Indeterminado clínicamente: El médico responsable del alta no determina 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 CT CMBD estatal.

24) Diagnósticos secundarios (DIAG2 DIAG20). Se definen como tal aquellos 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 diagnóstico principal. Dentro de los diagnósticos secundarios se incluirán los relativos a las causas externas de lesiones e intoxicaciones (Códigos E). La codificación será realizada con la Clasificación Internacional de Enfermedades CIE9MC hasta el año 2015 y a partir de esa fecha con la CIE10MC.

25) Marcador POA (POA2 POA20). Marcador de cada uno de los diagnósticos secundarios que identifica a cada uno de ellos como preexistente en el momento del ingreso o sobrevenido con posterioridad. Adoptará los siguientes valores:

- S. Sí: Presente en el momento del ingreso.
- N. No: No presente durante el ingreso. Ocurrido durante el ingreso.
- D. Desconocido: Insuficiente información para determinar si un proceso está presente o no al ingreso.
- I. Indeterminado clínicamente: El médico responsable del alta no



determina 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 CT CMBD estatal.

- 26) Procedimientos quirúrgicos, obstétricos u otros procedimientos (PROC1 PROC20). Aquellos procedimientos realizados al paciente 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 Clasificación Internacional de Enfermedades CIE9MC hasta el 31 de diciembre de 2015 y a partir de esa fecha con la CIE10PCS.
- 27) Procedimientos quirúrgicos, obstétricos u otros procedimientos externos (PROEXT1 PROEXT6). 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 Clasificación Internacional de Enfermedades CIE9MC hasta el 31 de diciembre de 2015 y a partir de esa fecha con la CIE10PCS.
- 28) Códigos de Morfología de las neoplasias (M1 M2). Códigos de morfología de las neoplasias. La codificación será realizada con la Clasificación Internacional de Enfermedades CIE9MC hasta el año 2015 y a partir de esa fecha con la **CIE de Oncología vigente para el año del alta.**
- 29) Código del Catálogo Nacional de Hospitales o en su caso código del centro sanitario del Registro General de Centros y Establecimientos sanitarios (centros C2 de atención ambulatoria no dependientes de un hospital)
- 30) Código INE de la Comunidad Autónoma (CCAA) (**ANEXO IV**).



## ANEXO II

### Modelo de datos<sup>1</sup> (fichero de intercambio) del Registro de actividad de atención especializada – CMBD

DENOMINACION (a)	DESCRIPCIÓN (b)	VALORES ©	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 paciente		Fecha (ddmmaaaa hhmi)	13	En caso de no conocerse la hora-min consignar 0000

<sup>1</sup> 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



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 7. Consultas	Carácter	1	
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 paciente 50. Emergencias medicas 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 hhmi)	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 hhmi)	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		Numérico	3	
D1	Diagnóstico Principal		Carácter	7	CIE9MC (hasta 2015) CIE10MC (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) CIE10MC (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) CIE10PCS (a partir 2016)
PROEXT1 PROEXT6	Procedimientos externos 1 al 6		Carácter	5	CIE9MC (hasta 2015) CIE10PCS (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	



### ANEXO III

#### Tabla de Servicios y Unidades

ACL Análisis Clínicos	MIC Microbiología y Parasitología
ACV Angiología y Cirugía Vasculard	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 Geriatría	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 países<sup>2</sup>

004	Afghanistan
248	Åland Islands
008	Albania
012	Algeria
016	American Samoa
020	Andorra
024	Angola
660	Anguilla
028	Antigua and Barbuda
032	Argentina
051	Armenia
533	Aruba
036	Australia
040	Austria
031	Azerbaijan
044	Bahamas
048	Bahrain
050	Bangladesh
052	Barbados
112	Belarus
056	Belgium
084	Belize
204	Benin
060	Bermuda
064	Bhutan
068	Bolivia
535	Bonaire, Saint Eustatius and Saba
070	Bosnia and Herzegovina
072	Botswana
076	Brazil
092	British Virgin Islands
096	Brunei Darussalam
100	Bulgaria
854	Burkina Faso
108	Burundi
116	Cambodia
120	Cameroon
124	Canada
132	Cape Verde
136	Cayman Islands
140	Central African Republic
148	Chad
830	Channel Islands
152	Chile
156	China
344	China, Hong Kong
446	China, Macao
170	Colombia
174	Comoros
178	Congo
184	Cook Islands
188	Costa Rica
384	Côte d'Ivoire
191	Croatia
192	Cuba
531	Curaçao
196	Cyprus
203	Czech Republic

---

<sup>2</sup> 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.

408	Korea
180	Congo
208	Denmark
262	Djibouti
212	Dominica
214	Dominican Republic
218	Ecuador
818	Egypt
222	El Salvador
226	Equatorial Guinea
232	Eritrea
233	Estonia
231	Ethiopia
234	Faeroe Islands
238	Falkland Islands (Malvinas)
242	Fiji
246	Finland
250	France
254	French Guiana
258	French Polynesia
266	Gabon
270	Gambia
268	Georgia
276	Germany
288	Ghana
292	Gibraltar
300	Greece
304	Greenland
308	Grenada
312	Guadeloupe
316	Guam
320	Guatemala
831	Guernsey
324	Guinea
624	Guinea Bissau
328	Guyana
332	Haiti
336	Holy See
340	Honduras
348	Hungary
352	Iceland
356	India
360	Indonesia
364	Iran
368	Iraq
372	Ireland
833	Isle of Man
376	Israel
380	Italy
388	Jamaica
392	Japan
832	Jersey
400	Jordan
398	Kazakhstan
404	Kenya
296	Kiribati
414	Kuwait
417	Kyrgyzstan
418	Lao
428	Latvia
422	Lebanon
426	Lesotho
430	Liberia
434	Libyan Arab Jamahiriya
438	Liechtenstein
440	Lithuania
442	Luxembourg
450	Madagascar
454	Malawi
458	Malaysia

462	Maldives
466	Mali
470	Malta
584	Marshall Islands
474	Martinique
478	Mauritania
480	Mauritius
175	Mayotte
484	Mexico
583	Micronesia
492	Monaco
496	Mongolia
499	Montenegro
500	Montserrat
504	Morocco
508	Mozambique
104	Myanmar
516	Namibia
520	Nauru
524	Nepal
528	Netherlands
540	New Caledonia
554	New Zealand
558	Nicaragua
562	Niger
566	Nigeria
570	Niue
574	Norfolk Island
580	Northern Mariana Islands
578	Norway
275	Occupied Palestinian Territory
512	Oman
586	Pakistan
585	Palau
591	Panama
598	Papua New Guinea
600	Paraguay
604	Peru
608	Philippines
612	Pitcairn
616	Poland
620	Portugal
630	Puerto Rico
634	Qatar
410	Korea
498	Moldova
638	Réunion
642	Romania
643	Russian Federation
646	Rwanda
654	Saint Helena
659	Saint Kitts and Nevis
662	Saint Lucia
666	Saint Pierre and Miquelon
670	Saint Vincent and the Grenadines
652	Saint Barthélemy
663	Saint Martin (French part)
882	Samoa
674	San Marino
678	Sao Tome and Principe
682	Saudi Arabia
686	Senegal
688	Serbia
690	Seychelles
694	Sierra Leone
702	Singapore
534	Sint Maarten (Dutch part)
703	Slovakia
705	Slovenia
090	Solomon Islands

706 Somalia  
710 South Africa  
724 Spain  
144 Sri Lanka  
736 Sudan  
740 Suriname  
744 Svalbard and Jan Mayen Islands  
748 Swaziland  
752 Sweden  
756 Switzerland  
760 Syrian Arab Republic  
762 Tajikistan  
764 Thailand  
807 The former Yugoslav Republic of Macedonia  
626 Timor Leste  
768 Togo  
772 Tokelau  
776 Tonga  
780 Trinidad and Tobago  
788 Tunisia  
792 Turkey  
795 Turkmenistan  
796 Turks and Caicos Islands  
798 Tuvalu  
800 Uganda  
804 Ukraine  
784 United Arab Emirates  
826 Great Britain and Northern Ireland  
834 Tanzania  
840 United States of America  
850 United States Virgin Islands  
858 Uruguay  
860 Uzbekistan  
548 Vanuatu  
862 Venezuela  
704 Viet Nam  
876 Wallis and Futuna Islands  
732 Western Sahara  
887 Yemen  
894 Zambia  
716 Zimbabw