TEXTO OFICIAL DEL BOE

Real Decreto 69/2015, de 6 de febrero, por el que se regula el Registro de Actividad de Atención Sanitaria Especializada.

BOE-A-2015-1235
Última actualización en el BOE: 2026-04-16
Recopilado por Coposita el 2026-11-11

Cómo usar este PDF

- El índice dice en qué página empieza cada título y capítulo; pulsa una línea para ir allí. El panel lateral de tu lector tiene los mismos marcadores.
- Arriba, en cada página, ves en qué título y capítulo estás.
- Cada artículo va en su bloque, con la numeración destacada.
- El texto es el del BOE, sin alterar. Comprueba siempre la versión vigente en el BOE.

La citan: 1 programa de oposición de Coposita

Versión oficial: https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2015-1235

Índice

CAPÍTULO I 4

Disposiciones generales 4

CAPÍTULO II · Características del registro 5

CAPÍTULO III · Tratamiento de la información 6

Disposición adicional primera. Instrumentos de colaboración. 7

Disposición adicional segunda. Eficiencia de los procesos estadísticos. 7

Disposición adicional tercera. Ciudades de Ceuta y Melilla. 7

Disposición adicional cuarta. Plazo de inicio del registro. 7

Disposición adicional quinta. Creación de fichero automatizado de datos. 8

Disposición adicional sexta. No incremento del gasto público. 8

Disposición derogatoria única. Derogación normativa. 8

Disposición final primera. Título competencial. 8

Disposición final segunda. Desarrollo normativo. 8

Disposición final tercera. Entrada en vigor. 9

Anexo II.a · Estructura del fichero de intercambio 16

Anexo II.b · Tabla de Servicios y Unidades 22

Anexo II.c · Tabla de Códigos de Comunidades Autónomas 24

Anexo II.d · Tabla de Códigos ISO de países(1) 24

Incluye la corrección de errores publicada en BOE núm. 163, de 9 de julio de 2015. Ref. BOE-A-2015-7664.

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.

En el Real Decreto 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, 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 era «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, del 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».

En el año 1987, el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud (CISNS) decide adaptarse a las recomendaciones internacionales en materia de recogida de información asistencial. De ese modo, aprueba el Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMBD) que 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.

Por su parte, 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.

La Ley 16/2003, de 28 mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud, dispone, en su artículo 53, que el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad establecerá un sistema de información sanitaria del Sistema Nacional de Salud (SNS) que garantice la disponibilidad de la información y la comunicación recíprocas entre las administraciones sanitarias. Para ello, en el seno del CISNS 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 CISNS. 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 (CE) n.º 1338/2008 del Parlamento Europeo y del Consejo, de 16 de diciembre de 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 Estados miembros.

El Real Decreto 1658/2012, de 7 de diciembre, por el que se aprueba el Plan Estadístico Nacional 2013-2016 (PEN), es el marco normativo 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.

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 sanitarias individuales y la identificación del servicio clínico responsable del alta del paciente.

Asimismo, desde finales de los años noventa, se ha ido integrando en 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 datos de otras modalidades asistenciales ambulatorias como el hospital de día médico y la hospitalización a domicilio. El resultado de

estas experiencias ha servido de modelo para articular, con base en el CMBD estatal, la actual propuesta de estructura del Registro de actividad de atención sanitaria especializada.

En la tramitación de este real decreto han sido consultadas las Comunidades Autónomas y las Ciudades de Ceuta y Melilla, se ha sometido al pleno del CISNS y cuenta además con informe preceptivo de la Agencia Española de Protección de Datos.

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.

En su virtud, a propuesta del Ministro de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, de acuerdo con el Consejo de Estado y previa deliberación del Consejo de Ministros en su reunión del día 6 de febrero de 2015,

DISPONGO:

CAPÍTULO I

Disposiciones generales

Artículo 1 Objeto.

Este real decreto tiene por objeto regular el Registro de Actividad de Atención Sanitaria Especializada, en adelante registro, con base en el actual Conjunto Mínimo Básico de Datos (RAE-CMBD), así como establecer su estructura y contenido.

Artículo 2 Naturaleza y finalidad.

1. El registro tiene naturaleza administrativa y se integra 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 cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud.

2. El registro, como parte del Sistema de Información Sanitaria del Sistema Nacional de Salud, tiene como finalidad 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.

Son objetivos del registro:

a) Conocer la demanda asistencial y la morbilidad atendida en los dispositivos de atención especializada y favorecer la realización de estudios de investigación clínica, epidemiológica y de evaluación de servicios sanitarios y de resultados en salud.

b) Proporcionar a los registros autonómicos la información necesaria para la evaluación y control de la atención prestada en el conjunto del Sistema Nacional de Salud a sus ciudadanos.

c) Facilitar la realización de estadísticas del sector salud a nivel estatal, así como las que deriven de compromisos con organismos oficiales internacionales.

Artículo 3 Ámbito de aplicación.

1. Esta normativa afecta tanto a hospitales como a centros ambulatorios que prestan servicios de atención especializada, 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 y urgencias.

Artículo 4 Órgano competente.

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.

2. Corresponde a la Dirección General de Salud Pública, Calidad e Innovación del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, toda decisión o acuerdo relativo a las materias objeto del registro regulado en este real decreto, de acuerdo con lo establecido en el artículo 53 de la Ley 16/2003, de 28 de mayo.

CAPÍTULO II · Características del registro

Artículo 5 Contenido del registro.

1. El registro contendrá los siguientes datos:

1. Tipo de código de Identificación Personal.

2. Código de Identificación Personal.

3. Número de historia clínica.

4. Fecha de nacimiento.

5. Sexo.

6. País de nacimiento.

7. Código postal del domicilio habitual del paciente.

8. Municipio del domicilio habitual del paciente.

9. Régimen de financiación.

10. Fecha y hora de inicio de la atención.

11. Fecha y hora de la orden de ingreso.

12. Tipo de contacto.

13. Tipo de visita.

14. Procedencia.

15. Circunstancias de la atención.

16. Servicio responsable de la atención.

17. Fecha y hora de finalización de la atención.

18. Tipo de alta.

19. Dispositivo de continuidad asistencial.

20. Fecha y hora de intervención.

21. Ingreso en Unidad de Cuidados Intensivos.

22. Días de estancia en Unidad de Cuidados Intensivos.

23. Diagnóstico principal.

24. Marcador POA1 del diagnóstico principal.

25. Diagnósticos secundarios.

26. Marcador POA2 de los diagnósticos secundarios.

27. Procedimientos realizados en el centro.

28. Procedimientos realizados en otros centros.

29. Códigos de morfología de las neoplasias.

30. Centro sanitario.

31. Comunidad autónoma del centro sanitario.

2. Las comunidades autónomas, en el ámbito de sus competencias podrán establecer sus respectivos modelos de registro, incorporando, además, otros datos que consideren oportunos.

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

Artículo 6 Unidad de registro.

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

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) Procedimiento ambulatorio de especial complejidad.

f) Urgencia.

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 7 Modelo y soporte de datos.

1. El modelo de datos está conformado por las variables enumeradas en el artículo 5 y su estructura, formato y características se definen en los anexos de este real decreto.

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.

CAPÍTULO III · Tratamiento de la información

Artículo 8 Incorporación y acceso a los datos del registro.

1. De conformidad con lo dispuesto en los artículos 53 y 55 de la Ley 16/2003, de 28 de mayo, las comunidades autónomas y, en su caso, los centros sanitarios, estarán obligados a suministrar los datos al órgano responsable del registro.

2. Cada comunidad autónoma suministrará los datos a los que esté obligada de acuerdo con el calendario establecido por el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.

3. Según lo dispuesto en el artículo 53.5 de la Ley 16/2003, de 28 de mayo, cada comunidad autónoma tendrá acceso a los datos del registro correspondientes a la atención recibida en otras comunidades autónomas por los ciudadanos que residan en su ámbito territorial.

Asimismo, las mutualidades administrativas de los regímenes especiales de la Seguridad Social de funcionarios (MUFACE, MUGEJU e ISFAS), tendrán acceso a los datos del registro correspondiente a su respectivo colectivo protegido.

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

1. El Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad adoptará las medidas necesarias para asegurar que el tratamiento de los datos se realiza conforme a los fines previstos en el artículo 2 de este real decreto.

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

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 Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre. 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.

4. Tanto para el suministro como para la consulta de los datos del registro por parte de las comunidades autónomas, será necesario utilizar los sistemas de certificado electrónico reconocido. Para facilitar el acceso de los usuarios autorizados se establecerán perfiles distintos para cada uno de ellos.

Artículo 10 Difusión de la información.

Sin perjuicio de lo dispuesto en el artículo 8.3, la información disociada fruto de la explotación estadística del registro estará a disposición de las administraciones públicas sanitarias, los gestores, los profesionales de la sanidad y los ciudadanos en los términos que se acuerden en el CISNS, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 53.4 de la Ley 16/2003, de 28 de mayo.

Artículo 11 **Intercambio de información en el ámbito de la Unión Europea.**

El intercambio de datos con las instituciones de la Unión Europea se realizará de acuerdo con lo dispuesto en el Reglamento (CE) n.º 1338/2008 del Parlamento Europeo y del Consejo, de 16 de diciembre de 2008, sobre estadísticas comunitarias de salud pública y de salud y seguridad en el trabajo.

Disposición adicional primera. Instrumentos de colaboración.

Se podrán suscribir cuantos instrumentos jurídicos pudieran resultar necesarios para la puesta en funcionamiento del registro.

Disposición adicional segunda. Eficiencia de los procesos estadísticos.

En aras de la eficiencia de los procesos estadísticos y con el fin de disminuir la carga de las unidades informantes el órgano responsable del registro integrará y utilizará los datos de la operación estadística número 30123 «Estadística de Centros Sanitarios de Atención Especializada» en los análisis sobre el funcionamiento del Sistema Nacional de Salud.

Disposición adicional tercera. Ciudades de Ceuta y Melilla.

Las referencias que en este real decreto se realizan a las comunidades autónomas se entenderán realizadas al Instituto Nacional de Gestión Sanitaria en relación con los hospitales y centros de atención sanitaria especializada en las ciudades de Ceuta y Melilla.

Disposición adicional cuarta. Plazo de inicio del registro.

Las comunidades autónomas y, en su caso, los centros sanitarios iniciarán la recogida de datos del registro de acuerdo con lo dispuesto en este real decreto en los siguientes plazos:

Tipo de contacto

Tipo de Centro Sanitario [Categorías REGCESS(1)]

Dependencia(2)

Fecha de inicio

• Hospitalización.

• Cirugía Ambulatoria.

Hospitales de Agudos (Categorías C1.1 y C1.2).

Centros públicos y privados.

1 de enero de 2016

• Hospitalización.

Otros Hospitales (Categorías C1.3 y C1.4).

Centros públicos y privados.

1 de enero de 2017

• Procedimientos Ambulatorios de alta complejidad.

• Hospital de Día Médico.

• Hospitalización a Domicilio.

• Urgencias.

Hospitales (Categorías C1.1 y C1.2).

Centros públicos.

1 de enero de 2018

• Cirugía Ambulatoria.

• Procedimientos Ambulatorios de alta complejidad.

• Hospital de Día Médico.

Centros Ambulatorios Especializados (Categorías C2.5).

Centros públicos.

1 de enero de 2019

• Procedimientos Ambulatorios de alta complejidad.

• Hospital de Día Médico.

• Hospitalización a Domicilio.

• Urgencias.

Hospitales de Agudos (Categorías C1.1 y C1.2).

Centros privados.

1 de enero de 2020

• Cirugía Ambulatoria.

• Procedimientos Ambulatorios de alta complejidad.

• Hospital de Día Médico.

Centros Ambulatorios Especializados (Categorías C2.5).

Centros privados.

1 de enero de 2020

(1) Anexo I Real Decreto 1277/2003, de 10 de octubre, por el que se establecen las bases generales sobre autorización de centros, servicios y establecimientos sanitarios.

(2) Los centros públicos incluyen centros de la red de utilización pública y centros con concierto sustitutorio.

Disposición adicional quinta. Creación de fichero automatizado de datos.

En cumplimiento de la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, y del Real Decreto 1720/2007, de 21 de diciembre, 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, en el plazo de tres meses desde la entrada en vigor de este real decreto.

Disposición adicional sexta. No incremento del gasto público.

De conformidad con lo dispuesto en la disposición adicional vigésima cuarta de la Ley 36/2014, de 26 de diciembre, de Presupuestos Generales del Estado para el año 2015, las medidas incluidas en este real decreto no podrán suponer incremento de dotaciones ni de retribuciones ni de otros gastos de personal.

Disposición derogatoria única. Derogación normativa.

Queda derogado el Real Decreto 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 cuantas disposiciones de igual o inferior rango se opongan a lo dispuesto en este real decreto.

Disposición final primera. Título competencial.

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.

Disposición final segunda. Desarrollo normativo.

Se faculta a la persona 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.

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

Dado en Madrid, el 6 de febrero de 2015.

FELIPE R.

El Ministro de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad,

ALFONSO ALONSO ARANEGUI

ANEXO I

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

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 II.d).

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. Esta variable se refiere al servicio responsable de la atención sanitaria del contacto.

Los valores de esta variable son los incluidos en la lista que figura en el anexo II.b.

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.

Para su cumplimentación se utilizarán los códigos de las comunidades autónomas (anexo II.c).

Redactado conforme a la corrección de errores publicada en BOE núm. 163, de 9 de julio de 2015. Ref. BOE-A-2015-7664.

ANEXO II

MODELO DE DATOS DEL RAE-CMBD

Anexo II.a

Estructura del fichero de intercambio

Número

Nombre variable

Descripción

Valores(1)

Formato

Longitud

Observaciones

1

TIP_CIP

Tipo de código de Identificación Personal.

1. Código de identificación Personal de la CA.

2. Tarjeta Individual Sanitaria del SNS.

3. Código de Identificación de MUFACE/ISFAS/MUGEJU.

4. Tarjeta Sanitaria Europea.

5. DNI.

6. Pasaporte.

9. Desconocido.

Carácter.

1

2

CIP

Código de identificación personal.

Carácter.

16

3

HISTORIA

Número de Historia Clínica.

Carácter.

20

4

FECNAC

Fecha de nacimiento.

Fecha

(ddmmaaaa).

8

5

SEXO

Sexo.

1. Varón.

2. Mujer.

9. No especificado.

Carácter.

1

6

PAIS_NAC

Código ISO del país de nacimiento.

Carácter.

3

Código ISO. En caso de no conocerse se codificará ZZZ.

7

RESIDE_CP

Código postal del domicilio.

Carácter.

5

53+ código ISO país para residentes en el extranjero.

8

RESIDE_MUNI

Código de municipio del domicilio.

Carácter.

6

530 + código ISO país para residentes en el extranjero.

9

REGFIN

Régimen de financiación.

1. Sistema Nacional de Salud (SNS).

2. Reglamentos europeos y convenios bilaterales.

3. Mutualidades de funcionarios del estado y otras AAPP.

4. Mutuas colaboradoras con la Seguridad Social.

5. Accidentes de tráfico.

6. Financiación privada directa (personas físicas).

7. Financiación privada mediante seguro privado (Compañías de seguro sanitario).

8. Asistencia sanitaria transfronteriza.

9. Otros y Desconocido.

Carácter.

1

10

FECINICONT

Fecha y hora de inicio del contacto.

Fecha

(ddmmaaaa hhmi).

13

En caso de no conocerse la hora-min consignar 9999.

11

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 9999.

12

TIPCONT

Tipo de contacto.

1. Hospitalización.

2. Hospitalización a domicilio.

3. Hospital de día médico.

4. Cirugía ambulatoria.

5. Procedimientos ambulatorios de especial complejidad.

6. Urgencias.

8. Otros.

Carácter.

1

13

TIPVISITA

Tipo de la visita.

1. Contacto inicial.

2. Contacto sucesivo.

9. Desconocido.

Carácter.

1

14

PROCEDENCIA

Solicitante del contacto.

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 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.

60. Centro sociosanitario.

70. Por orden judicial.

80. Otros.

90. Desconocido.

Carácter.

2

15

CIRCONT

Circunstancias del contacto.

1. No programado.

2. Programado.

9. Desconocido.

Carácter.

1

16

SERVICIO

Código del Servicio.

Ver listado de servicios en el anexo II.b.

Carácter.

3

17

FECFINCONT

Fecha y hora de fin del contacto.

Fecha

(ddmmaaaa hhmi).

13

En caso de no conocerse la hora-min consignar 9999.

18

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

19

DISPOSITIVO CONTINUIDAD

Continuidad asistencial.

1. No precisa.

2. Hospitalización en el propio hospital.

3. Hospitalización a domicilio.

4. Hospital de día médico.

5. Urgencias.

6. Consultas.

8. Otros.

9. Desconocido.

Carácter.

1

20

FECINT

Fecha y hora de la intervención.

Fecha

(ddmmaaaa hhmi).

13

En caso de no conocerse la hora-min consignar 9999.

21

UCI

Ingreso en UCI.

1. SÍ.

2. NO.

Carácter.

1

22

DIAS_UCI

Días de estancia en UCI.

Numérico.

3

23

D1

Diagnóstico Principal.

Carácter.

8

CIE10ES (a partir del 1 de enero de 2016).

24

POAD1

Marcador POA del diagnóstico principal.

Diagnóstico Principal presente al ingreso.

S. SÍ.

N. NO.

D. Desconocido.

I. Indeterminado clínicamente.

E. Exento.

Carácter.

1

25

D2 - D20

Diagnósticos secundarios (hasta un máximo de 19).

Carácter.

8

CIE10ES (a partir del 1 de enero de 2016).

26

POAD2 - POAD20

Marcador POA de los diagnósticos secundarios.

Diagnóstico presente al ingreso.

S. SÍ.

N. NO.

D. Desconocido.

I. Indeterminado clínicamente.

E. Exento.

Carácter.

1

27

PROC1- PROC20

Procedimientos en el centro (1 al 20).

Carácter.

7

CIE10ES (a partir del 1 de enero de 2016).

28

PROCEXT1 - PROCEXT6

Procedimientos en otros centros (1 al 6).

Carácter.

7

CIE10ES (a partir del 1 de enero de 2016).

29

M1 M6

Morfología de neoplasias (1 a 6).

Carácter.

7

CIEO (a partir del 1 de enero de 2016).

30

CEN_ SAN

Centro sanitario.

Carácter.

9

Código del Catálogo Nacional de hospitales o del REGCESS(2)

31

CCAA

Comunidad Autónoma.

Anexo II.c.

Carácter.

2

Código INE de Comunidad Autónoma.

(1) Los valores posibles son los establecidos con números o letras para cada variable y, en su caso, las clasificaciones o listados de referencia que se señalan en la columna de «observaciones».

(2) Registro General de Centros Establecimientos y Servicios Sanitarios Orden SCO/3866/2007, de 18 de diciembre, por la que se establece el contenido y la estructura del Registro General de centros, servicios y establecimientos sanitarios del Ministerio de Sanidad y Consumo.

Anexo II.b

Tabla de Servicios y Unidades

ACL Análisis Clínicos.

ACV Angiología y Cirugía Vascular.

ADM Admisión y documentación clínica.

ALG Alergología.

ANR Anestesia y Reanimación.

APA Anatomía Patológica.

BCS Banco de Sangre.

BIO Bioquímica Clínica.

CAR Cardiología.

CCA Cirugía Cardiaca.

CCI Cirugía Cardiaca Infantil.

CIR Cirugía General y Digestiva.

CMF Cirugía Maxilofacial.

CPE Cirugía Pediátrica.

CPL Cirugía Plástica y Reparadora.

CTO Cirugía Torácica.

DCL Documentación Clínica.

DER Dermatología.

DIE Dietética.

DIG Digestivo.

END Endocrinología.

EST Estomatología.

FAC Farmacología Clínica.

FAR Farmacia.

GEN Genética.

GRT Geriatría.

HEL Hematología Laboratorio.

HEM Hematología Clínica.

INF Enfermedades infecciosas.

INM Inmunología.

LAB Laboratorios.

LIT Litotricia.

MFC Medicina Familiar y Comunitaria.

MIC Microbiología y Parasitología.

MIN Medicina Intensiva Neonatal.

MIP Medicina Intensiva Pediátrica.

MIR Medicina Interna.

MIV Medicina Intensiva.

MNU Medicina Nuclear.

MPR Medicina Preventiva.

NEF Nefrología.

NEO Neonatología.

NFC Neurofisiología Clínica.

NML Neumología.

NRC Neurocirugía.

NRL Neurología.

OBG Obstetricia y Ginecología.

OFT Oftalmología.

ONC Oncología Médica.

ONR Oncología Radioterápica.

ORL Otorrinolaringología.

OTR Otros.

PED Pediatría.

PSQ Psiquiatría.

RAD Radiología.

RAI Radiología Intervencionista.

RDT Radioterapia.

REH Rehabilitación.

REU Reumatología.

TRA Traumatología y C. Ortopédica.

UCE Unidad de Corta Estancia.

UCP Unidad de Cuidados Paliativos.

UCR Unidad de Coronaria.

UDO Unidad del Dolor.

UHD Unidad de Hemodiálisis.

ULE Unidad de Larga Estancia.

ULM Unidad de Lesionados Medulares.

URG Urgencias.

URH Unidad de Reproducción Humana.

URO Urología.

USO Unidad del Sueño.

UTR Unidades de Extracción y Trasplantes.

UTX Unidad de Desintoxicación.

Anexo II.c

Tabla de Códigos 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 (Región de).

15 Navarra (Comunidad Foral de).

16 Pais Vasco.

17 Rioja (La).

18 Ceuta.

19 Melilla.

Anexo II.d

Tabla de Códigos ISO de países(1)

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
Armenia.

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
Bahréin.
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.
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.
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.
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.

ZZZ

Desconocido.

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

Redactado el anexo II.a conforme a la corrección de errores publicada en BOE núm. 163, de 9 de julio de 2015. Ref. BOE-A-2015-7664.