



Región de Murcia
Consejería de Salud

Dirección General de Planificación,
Investigación, Farmacia y Atención al Ciudadano

Servicio de Planificación y
Financiación Sanitaria

www.murciasalud.es/planificacion

Manual del CMBD

MANUAL DE NOTIFICACIÓN DEL CMBD

Hospitales privados



Noviembre de 2022



Registro de versiones

Versión	Fecha	Naturaleza de la modificación
1.0	27/10/2020	Versión inicial
1.1	13/01/2021	Corrección de erratas en las páginas 19 y 33
1.2	08/11/2022	Inclusión de fecha de entrega de datos para el cierre



EDITA:

Servicio de Planificación y Financiación Sanitaria. Dirección General de Planificación, Investigación, Farmacia y Atención al Ciudadano. Consejería de Salud. Región de Murcia.

CITA RECOMENDADA:

Manual del CMBD. Manual de notificación del CMBD. Hospitales privados. Murcia: Consejería de Salud; 2020.

Puede acceder a información relacionada en <http://www.murciasalud.es/cmbd>

© Se permite la reproducción parcial o total, siempre que se indique la fuente.

Antes de imprimir este documento, piense si es necesario. Puede ser impreso en blanco y negro.



ÍNDICE

Introducción.....	1
Criterios de notificación. Caso notificable.....	3
Procedimiento de notificación.....	9
Protección de datos personales. Confidencialidad de la información.....	9
Envío de ficheros al Registro Regional del CMBD.....	10
Estructura y contenidos de la base de datos.....	12
A. Definición del fichero “PACIENTES”.....	13
Datos del domicilio habitual del paciente. Variables nº 5 a 11.....	13
Identificadores personales y de asistencia sanitaria. Variables nº 12 a 19.....	14
Datos relativos al nacimiento y nacionalidad. Variables nº 20 a 23.....	15
Variables nº 25 a 27. Otros identificadores.....	16
B. Definición del fichero “CMBD”.....	17
Información general del episodio. Variables nº 1 a 15.....	17
Datos administrativos del ingreso. Variables nº 16 a 25.....	21
Traslados intracentro de carácter médico. Variables nº 26 a 95.....	23
Traslados intracentro de unidad de enfermería. Variables nº 96 a 125.....	24
Datos administrativos relativos al alta. Variables nº 126 a 138.....	24
Diagnósticos y procedimientos. Variables nº 137 a 236.....	27
Información relativa al parto. Variables nº 237 a 262.....	30
Otra información. Variables nº 263-264.....	31
TABLAS.....	32
Tabla 1. Estructura de la base de datos. Campos obligatorios.....	32
Tabla 1A. Estructura del fichero “PACIENTES”.....	32
Tabla 1B. Estructura del fichero “CMBD”.....	33
Tabla 2: Códigos de los hospitales de la Región de Murcia. Catálogo Nacional de Hospitales....	42
Tabla 3. Relación de los códigos de los municipios de la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia (códigos INE).....	43
Tabla 4. Relación de los códigos de las provincias españolas (códigos INE).....	44
Tabla 5. Relación de los códigos de países.....	45
Tabla 6. Códigos de servicios y unidades.....	49



Introducción.

El Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMBD) está formado por variables generadas tras cada contacto de un usuario/paciente con un dispositivo de Atención Especializada, habitualmente dependiente administrativamente de un hospital y ubicado en él. El CMBD contiene información tanto de naturaleza administrativa (datos identificativos del prestador de la asistencia y del paciente, fechas de inicio y fin de contacto, traslados del paciente dentro del dispositivo asistencial) como de naturaleza clínica (procedimientos diagnósticos y terapéuticos a los que se somete al paciente, diagnóstico principal y complementarios). La finalidad del CMBD es hacer posible el análisis de los procesos que se atienden en Atención Especializada, incluyendo el análisis de costes, la elaboración de indicadores de rendimiento y utilización y el control de la calidad asistencial, así como servir de fuente de datos para la investigación clínica y epidemiológica.

El CMBD fue aprobado en España en 1987 por el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud. Desde entonces su contenido, inicialmente restringido a la atención especializada con internamiento, se ha ido ampliando a otras modalidades asistenciales (atención especializada de carácter ambulatorio, urgencias, etc.), con las consecuentes adaptaciones de la estructura de la base de datos. Esto ha ocurrido tanto a nivel estatal como en las distintas comunidades autónomas, que, 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.

En la actualidad el CMBD forma parte del Sistema de Información Sanitaria del Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social y su explotación está incluida en el Plan Estadístico Nacional, siendo su cumplimentación obligatoria para todos los hospitales, tanto públicos como privados. A nivel estatal el Registro de Actividad de Atención Sanitaria Especializada (RAE-CMBD) está regulado en el momento presente por el Real Decreto 69/2015, de 6 de febrero¹ (RD 69/2015).

En la Región de Murcia se reguló mediante el Decreto 34/1999, de 26 de mayo², por el que se crea el Registro Regional del Conjunto Mínimo Básico de Datos. La base de datos inicialmente definida ha sido objeto de progresivas ampliaciones para adaptarse a las nuevas necesidades, tanto a las del Sistema de Información Sanitaria nacional como a la realidad asistencial de la Región. De forma paralela, las nuevas tecnologías de la información y su incorporación en la Atención Especializada posibilitan la explotación de mayor cantidad de información, y de manera más eficiente. Por otra parte, para poder cumplir adecuadamente con su finalidad la información del CMBD debe cumplir un triple requisito: exhaustividad (debe incluir todos los episodios que cumplan los criterios de notificación en todos los hospitales, cumplimentándose adecuadamente todos los campos para los que exista información), homogeneidad (las variables a recoger y la codificación de las mismas deben ser iguales para todos los hospitales) y calidad de la información. Teniendo en cuenta todo ello se ha definido una estructura del CMBD común para todos los centros, que facilite el intercambio de datos

¹ Disponible en www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-2015-1235 (consultado el 14/10/2020)

² Disponible en www.murciasalud.es/legislacion.php?id=4934&idsec=1935 (consultado el 14/10/2020)



y su explotación homogénea, y que pueda responder a necesidades futuras (como la ampliación a otras modalidades asistenciales aún no incorporadas).

La atención especializada tal como es llevada a cabo en la actualidad por los hospitales puede clasificarse, conceptualmente, en dos grandes grupos (o “modalidades asistenciales”) con distinta filosofía, marco temporal (duración prevista de la asistencia) y utilización de recursos: la atención especializada en régimen de internamiento (ingreso hospitalario ocupando el recurso “cama”) y la atención que no requiere internamiento en planta del hospital, es decir, la atención especializada ambulatoria. Esta última comprende la atención realizada en hospital de día médico/quirúrgico, consultas externas, gabinetes de exploraciones, etc. y, dos modalidades con características propias: la atención en los servicios de Urgencias y la hospitalización a domicilio.

Siguiendo esta lógica, en el Registro Regional del CMBD de Murcia quedan definidos desde el punto de vista operativo siete tipos de CMBD actualmente en vigor más dos tipos adicionales cuya implantación se proyecta en un futuro. Los distintos tipos de CMBD son mutuamente excluyentes para cada acto asistencial que tenga lugar en un centro. Es decir, para un mismo hospital, cada acto asistencial que se realice solamente podrá adscribirse a un tipo de CMBD.

Los tipos de CMBD en vigor son:

1. Alta hospitalaria con internamiento (CMBD-AH).
2. Cirugía mayor ambulatoria (CMBD-CMA).
3. Cirugía menor (CMBD-cme).
4. Hospital de día médico (CMBD-HDM).
5. Procedimientos ambulatorios de especial complejidad (CMBD-PEC).
6. Hospitalización a domicilio (CMBD-HAD).
7. Urgencias (CMBD-URG).

Adicionalmente, se definen los siguientes tipos de CMBD aún **no** en vigor, con vistas a su implantación en un futuro:

8. Consultas externas de asistencia especializada (CMBD-CEX)
9. Media/larga estancia sanitaria y sociosanitario (CMBD-MLE)

A fecha de redacción de este documento, los hospitales privados tienen, según se especifica en el RD 69/2015 la obligación de notificar al Registro Regional del CMBD la actividad asistencial correspondiente a los tipos 1 (CMBD-AH), 2 (CMBD-CMA), 4 (CMBD-HDM), 5 (CMBD-PEC), 6 (CMBD-DOM) y 7 (CMBD-URG). Cada hospital deberá comunicar la información de todos los episodios que cumplan con los criterios de notificación (expuestos en el apartado siguiente de este manual) de aquellos tipos de CMBD (modalidades de asistencia) de los que disponga. La notificación del tipo de CMBD 3 es opcional para los hospitales privados.

El propósito del presente documento, es servir de guía para la notificación del CMBD al Registro Regional por parte de los hospitales privados. En él se describe el procedimiento a seguir, y contiene una descripción pormenorizada de la estructura de la base de datos, la definición de las variables y su codificación normalizada.



Criterios de notificación. Caso notificable.

Se notificarán al Registro Regional del CMBD los contactos del paciente con dispositivos asistenciales de atención especializada (ubicados físicamente en el hospital y/o coordinados desde el mismo) que cumplan, para cada tipo de CMBD, las condiciones que se especifican. Cada contacto (episodio) queda definido por el marco temporal en que tiene lugar (fecha de inicio y fecha de fin), independientemente del número de diagnósticos, el número de procedimientos realizados o el número de servicios que presten la asistencia. Las distintas modalidades de contacto se corresponden con los distintos tipos de CMBD definidos (campo TIPOCMBD del fichero "CMBD"), y son excluyentes entre sí para cada acto asistencial de un mismo hospital (p.ej., una misma intervención quirúrgica realizada en determinada fecha y hora a un paciente no puede aparecer simultáneamente en dos tipos de CMBD). Entre corchetes se enuncia la denominación del tipo de contacto, entre los especificados por el Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social en el RD 69/2015, equivalentes (de manera exacta o aproximada) a los tipos de CMBD del Registro Regional.

Se incluirán en el CMBD de cada año todos los registros cuya fecha de alta (fecha de fin de contacto) esté incluida en el año en cuestión. Para cada tipo de CMBD se definen los criterios de caso enunciados a continuación:

- 1. CMBD al alta hospitalaria con internamiento (CMBD-AH) [Hospitalización]:** Episodio de atención tras el ingreso de un paciente en una cama de hospitalización. Se inicia tras el acto administrativo de ingreso hospitalario (con asignación de cama). Finaliza con el abandono del usuario de las instalaciones de hospitalización (tras alta médica, alta voluntaria o fuga), reflejado en el correspondiente acto administrativo de alta.

Consideraciones:

- a. No se incluirán en el CMBD al alta hospitalaria con ingreso las permanencias de pacientes en camas hospitalarias que dependan de los servicios de Urgencias (Observación).
 - b. Si durante el episodio de hospitalización se realizan exploraciones o procedimientos en los espacios físicos destinados a la atención ambulatoria no se generará un episodio en el tipo de CMBD ambulatorio correspondiente, sino que se incluirá la exploración/procedimiento realizado en el episodio de hospitalización, codificándose en el campo de procedimiento correspondiente.
- 2. CMBD de cirugía mayor ambulatoria (CMBD-CMA)[Cirugía ambulatoria]:** Contacto con los servicios de atención especializada para la realización de procedimientos de naturaleza quirúrgica o que se realicen en quirófano que requieren cuidados posteriores poco intensivos y de corta duración, por lo que no necesitan internamiento, y en los que está prevista el alta de forma inmediata o a las pocas horas. La permanencia del paciente en las instalaciones no debe de superar las 24 horas, aunque se puedan distribuir en dos días de calendario sucesivos (pernoctación por motivos sanitarios o sociales). El contacto se inicia con el acto



administrativo de ingreso en la Unidad de Cirugía Mayor Ambulatoria y finaliza con el abandono del usuario de las instalaciones destinadas a este fin.

Consideraciones:

- a. En el caso de que a un paciente le hayan practicado varios procedimientos se considera un único registro, utilizándose cuantos campos sean necesarios para codificar los distintos procedimientos realizados. Si para la realización de estos procedimientos han intervenido varios servicios asistenciales, se registrará como servicio de ingreso el titular del quirófano (o el responsable de la reserva del mismo) y el resto como traslados intracentro, prorrateándose los tiempos de intervención.
- b. Se recogerán exclusivamente los pacientes ambulantes. Cuando el paciente proceda de cama de internamiento en el propio hospital, no se generará un episodio de cirugía mayor ambulatoria, sino que se incorporará el procedimiento realizado en el CMBD del episodio de hospitalización.
- c. En el caso de que por complicaciones, patología sobrevenida u otras causas el paciente deba de ingresar en las instalaciones con internamiento, se ocasionara alta y cierre de episodio, abriéndose uno nuevo en hospitalización.
- d. En el caso de que, una vez formalizado el ingreso, se suspenda, por cualquier motivo, la actividad quirúrgica que estaba prevista, el episodio deberá ser incluido en el CMBD (aunque no exista procedimiento). Se deberá codificar la enfermedad responsable del ingreso como diagnóstico principal, y, como diagnóstico secundario, la no realización del procedimiento con el código de la CIE-10-ES Diagnósticos que mejor se adecue al motivo de la suspensión. No se incluirán en el CMBD de cirugía mayor ambulatoria los procedimientos que figuren en el listado del CMBD de procedimientos ambulatorios de especial complejidad.
- e. No se incluirán en el CMBD de cirugía mayor ambulatoria los procedimientos terapéuticos o diagnósticos de baja complejidad y mínimamente invasivos, con bajo riesgo de hemorragia, que se practican bajo anestesia local y que no requieren cuidados postoperatorios. Estos se incluirán en el CMBD de cirugía menor.



3. CMBD de cirugía menor (CMBD-cme): En el momento de redacción de este manual, no es obligatorio que los hospitales privados notifiquen este tipo de CMBD.

Se define como contacto con los servicios de atención especializada para la realización de un procedimiento de naturaleza quirúrgica que no requiere ingreso en cama de hospitalización ni en la Unidad de Cirugía Mayor Ambulatoria, ni esté registrado en otro tipo de CMBD. Se inicia con el acto administrativo de ingreso en la Unidad que corresponda y finaliza con el abandono del usuario de las instalaciones destinadas a este fin. La permanencia del paciente en las instalaciones no debe superar las 24 horas. Se realiza un único registro, independientemente de que el contacto sea por un motivo o varios. Si al paciente se le han realizado varios procedimientos, se considera igualmente un único registro.

Consideraciones:

a. Se recogerán exclusivamente los pacientes ambulatorios. Cuando el paciente proceda de un ingreso en el propio hospital, no se generará un episodio de cirugía menor, sino que se incorporará el procedimiento realizado en el CMBD del episodio de hospitalización.

b. En el caso de que por complicaciones o patología sobrevenida deba de ingresar el paciente en las instalaciones con internamiento, se ocasionara alta y cierre de episodio, abriéndose uno nuevo en hospitalización.

c. En el caso de que, una vez formalizado el ingreso, se suspenda, por cualquier motivo, la realización del procedimiento que estaba previsto, el episodio deberá ser incluido en el CMBD (aunque no exista procedimiento). Se deberá codificar la enfermedad responsable del ingreso como diagnóstico principal, y, como diagnóstico secundario, la no realización del procedimiento con el código de la CIE-10-ES Diagnósticos que mejor se adecue al motivo de la suspensión.

d. No se incluirán en el CMBD de cirugía menor los procedimientos que figuren en el listado del CMBD de procedimientos ambulatorios de especial complejidad.

4. CMBD de hospital de día médico (CMBD-HDM) [Hospital de día médico]: Contacto con los servicios de atención especializada para la realización de ciertas exploraciones o tratamientos³ que, sin necesitar, por su naturaleza, el internamiento del paciente, sí requieren especial

³ Se consideran procedimientos de interés a efectos de su notificación al CMBD: procedimientos de oncología/hematología (administración de quimioterapia u otra medicación, manejo de reservorios, transfusiones, aspirados de médula ósea...), actividad con los pacientes VIH-sida, clínica del dolor (actividad no recogida en CMBD-CMA/cme), administración de vacunas, fármacos inmunosupresores y otros tratamientos en pacientes ambulatorios de procesos neurológicos, reumatológicos o similares, neurofisiología (estudios del sueño y similares, cuando se realicen sin internamiento), sesiones de radioterapia, radiología intervencionista, paracentesis/toracocentesis y biopsias percutáneas, inyecciones intraoculares y exploraciones endoscópicas.



atención médica y/o de enfermería de forma continuada durante varias horas, con independencia de la naturaleza del destino tras la asistencia (domicilio, traslado, hospitalización, etc.). Se inicia con el acto administrativo de ingreso en la correspondiente Unidad y finaliza con el abandono del usuario de las instalaciones destinadas a este fin. La permanencia del paciente en las instalaciones no deberá superar las 24 horas. Se realiza un único registro, independientemente de que el contacto sea por un motivo o varios.

Consideraciones:

- a. Exclusivamente se recogerán los pacientes ambulantes, dado que en el resto de los casos esta actividad se codificará en el CMBD de referencia.
 - b. La actividad a recoger será aquella que se realice en el espacio físico denominado 'Hospital de día médico', en los llamados 'gabinetes' o en cualquier otro espacio donde se realicen los procedimientos de interés (ver nota al pie nº 3).
 - c. En el caso de que a un paciente le hayan practicado varios procedimientos se considera un único registro. Si para la realización de estos procedimientos han intervenido varios servicios asistenciales, se podrá registrar como servicio de ingreso el responsable de la patología principal por el que el paciente acude al dispositivo, el que tenga una relación con el enfermo de mayor duración, o el titular del espacio físico donde permanece el enfermo. La atención prestada por el resto de servicios se considerará como traslados intracentro, prorrateándose los tiempos de intervención.
 - d. El espacio físico donde se ubique el enfermo, en el caso de ser una cama, no deberá estar incluida como cama funcionante en la dotación del hospital (sí que puede constar como cama instalada).
 - e. En el caso de que por complicaciones o patología sobrevenida deba de ingresar el paciente en las instalaciones con internamiento, se ocasionara alta y cierre de episodio, abriéndose uno nuevo en hospitalización.
 - f. No se incluirán en el CMBD de hospital de día médico los contactos para realizar procedimientos que figuren en el listado del CMBD de procedimientos ambulatorios de especial complejidad.
 - g. Si en el espacio físico de hospital de día médico se ubicasen pacientes a los que se está prestando asistencia de otra modalidad (p.ej. actividad quirúrgica ambulatoria), la asistencia realizada se deberá incluir en el tipo de CMBD que le corresponda, y no en el CMBD de hospital de día médico.
- 5. CMBD de procedimientos ambulatorios de especial complejidad (CMBD-PEC)**
[Procedimiento ambulatorio de especial complejidad]: Contacto con los servicios de Atención Especializada para la realización de determinados procedimientos y actividades llevados a cabo 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. Estos procedimientos serán los enumerados en un listado, que será publicado con antelación y se actualizará según necesidades. En el momento de redacción de este documento solamente se incluyen en este tipo de CMBD las técnicas y tratamientos realizados en el gabinete de hemodinámica, aunque está prevista su ampliación futura. El contacto se inicia con el acto administrativo de ingreso en la unidad/gabinete específico que realiza la técnica diagnóstica o tratamiento, y finaliza con el abandono del usuario de las instalaciones destinadas a este fin. La permanencia del paciente en las instalaciones no debe de superar las 24 horas, aunque se puedan distribuir en dos días de calendario sucesivos.

Consideraciones:

- a. Exclusivamente se recogerán los pacientes ambulatorios, es decir, procedentes de su domicilio habitual o de otro hospital, que no causan ingreso en el hospital que realiza el procedimiento. En el resto de los casos esta actividad se incorporará en el CMBD de referencia.
 - b. Cuando el paciente proceda de un ingreso en el propio hospital o cause ingreso en el mismo no se generará un episodio de procedimientos ambulatorios de especial complejidad, sino que se incorporará el procedimiento realizado en el CMBD del episodio correspondiente.
 - c. Pueden existir varios registros para un mismo paciente en un mismo día cuando se trate de técnicas de distinta naturaleza realizadas en espacios físicos diferentes (p. ej. hemodialisis y hemodinámica). Cuando se trate de un conjunto de pruebas/tratamientos que guardan relación entre sí, sean consecutivas y se realicen en un mismo espacio físico (p. ej. coronariografía y angioplastia en un mismo acto), constará un único registro (un solo episodio del CMBD) para todas ellas.
- 6. CMBD de hospitalización a domicilio (CMBD-HAD) [Hospitalización a domicilio]:** Atención realizada en el domicilio del paciente por parte de los servicios de Atención Especializada (con dependencia funcional del hospital). Se caracteriza por proporcionar cuidados de intensidad y/o complejidad equiparables a los dispensados en el hospital. El episodio se inicia tras el acto administrativo de ingreso bajo la modalidad de hospitalización a domicilio y finaliza tras el alta en la misma, independientemente del servicio de procedencia y su destino tras el alta.

Consideraciones:

- a. En el caso de que el paciente precisara internamiento en un centro hospitalario cursará alta en la modalidad asistencial de hospitalización a domicilio.



- 7. CMBD de urgencias hospitalarias (CMBD-URG) [Urgencias]:** Episodio de atención en los servicios de urgencias hospitalarios, independientemente de la procedencia del paciente y de su destino al alta. Se inicia con el acto administrativo de ingreso en la Unidad y finaliza con el abandono del usuario de las instalaciones destinadas a este fin, sea cual sea su destino (domicilio u hospitalización).

Consideraciones:

- a. La permanencia en las instalaciones del hospital para observación y/o tratamiento por causa del proceso que motivó la asistencia en Urgencias forma parte del episodio de urgencias hospitalarias, independientemente de la duración de esta permanencia y de la ubicación física del paciente en el hospital (observación de Urgencias u otros espacios).
 - b. En caso de precisar el paciente de una intervención quirúrgica tal que el paciente necesite, tras la misma, permanecer hospitalizado en régimen de internamiento (es decir, que se genere un episodio del CMBD de tipo 1), la fecha y hora de inicio del episodio de internamiento debe ser anterior a la fecha y hora de la intervención quirúrgica. Es decir, el procedimiento quirúrgico deberá ser incluido en el episodio de internamiento, no en el episodio de urgencias. Se recomienda que en el momento en que el médico prevea que el paciente va a quedar ingresado (internamiento) se dará por finalizado el episodio de urgencias, abriéndose uno sucesivo de internamiento. De esta manera los procedimientos realizados posteriormente (los quirúrgicos como mas relevantes) estarán asignados al episodio de internamiento.
 - c. No se deben considerar urgencias los casos de pacientes remitidos para ingreso desde algún hospital del Servicio Murciano de Salud con el cual el centro privado tiene concierto (en estos casos se utiliza el servicio de urgencias como servicio de admisión). Estos episodios deben incluirse como episodios de hospitalización⁴.
- 8. CMBD de consultas externas de asistencia especializada.** Definición pendiente en el momento de redacción de este documento.
- 9. CMBD de media/larga estancia sanitaria y sociosanitario.** Definición pendiente en el momento de redacción de este documento.

⁴ En estos casos la codificación correcta de ORIGEN es 21 (internamiento desde otro hospital) y TIPOING debe codificarse como 02 (programado) (ver detalles en el texto de este manual, en "Definición del fichero "CMBD"")



Procedimiento de notificación.

El Registro Regional del CMBD es responsable de la recogida, depuración, y custodia de la información del CMBD de todos los hospitales de la Región de Murcia, así como de la comunicación de datos al Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. Los hospitales privados tienen la obligación de comunicar al Registro esta información de acuerdo con el procedimiento de envío que se detalla más abajo.

Protección de datos personales. Confidencialidad de la información.

Los datos relativos a la salud son considerados datos personales de categoría especial, sometidos a la más alta protección por la normativa vigente⁵. Con el fin de garantizar esta protección, el intercambio de la información del CMBD entre los hospitales y el Registro Regional deberá cumplir los siguientes requisitos:

a) **Disociación.** Los datos se remitirán disociados en dos ficheros (dos bases de datos) independientes:

- Un primer fichero conteniendo la información de carácter personal identificativa del paciente (fichero “PACIENTES”).
- Un segundo fichero que contendrá la información clínica y administrativa del episodio asistencial (fichero “CMBD”).

Los campos que componen estos ficheros se describen más adelante en el presente documento (ver “Estructura y contenidos de la base de datos”).

Si un mismo paciente ha generado varios episodios, figurará en el fichero “PACIENTES” tantas veces como episodios haya generado, de modo que el número de registros de ambos ficheros debe ser el mismo.

La información de los registros de estas bases de datos se podrá consultar de manera referenciada por medio del número de historia y del número de episodio, permaneciendo disociadas, en todo momento, en la Unidad de Gestión del CMBD de la Consejería de Salud.

b) **Encriptación.** Los ficheros que se intercambien deberán estar siempre encriptados y protegidos por contraseña, la cual nunca deberá figurar en el mismo correo electrónico o consigna que el fichero. Un procedimiento adecuado es la compresión y posterior encriptación de los mismos utilizando software que garantice esta última⁶.

⁵ Reglamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo y del Consejo, de 27 de abril de 2016, relativo a la protección de las personas físicas en lo que respecta al tratamiento de datos personales y a la libre circulación de estos datos y por el que se deroga la Directiva 95/46/CE (Reglamento general de protección de datos), y Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales.

⁶ Programas recomendados: Sophos Free Encryption (genera ficheros comprimidos con extensión .uti); 7-Zip (permite trabajar con distintas extensiones, entre ellas .7z y .zip).



Envío de ficheros al Registro Regional del CMBD.

Los hospitales privados deberán enviar los ficheros del CMBD con periodicidad trimestral, dentro de los 30 días siguientes al trimestre natural (es decir, cada hospital debería hacer cuatro envíos: en los meses de abril, julio y octubre del año en curso, y en enero del año siguiente). La codificación de los diagnósticos y procedimientos se realizará con la versión de la CIE que esté en vigor para el periodo temporal en cuestión. En los envíos se incluirá la información administrativa del total de los episodios atendidos que cumplan los criterios, hayan sido codificados o no.

La vía de intercambio de archivos será el correo electrónico. Para garantizar la recepción de los mismos, deben remitirse a la dirección cmbd@listas.carm.es, no a la dirección individual de una persona concreta. Los ficheros del CMBD, debidamente encriptados, se incluirán en el mensaje como archivos adjuntos. El formato de los ficheros será preferiblemente .txt o .csv. Los distintos campos estarán delimitados por el carácter “|” (barra vertical o “pipe”). Se admitirán también las bases de datos como libros de Microsoft Excel (.xlsx). Para utilizar otros formatos debe consultarse con el Registro Regional del CMBD.. En cualquier caso, deberán respetarse el tipo de datos y ancho del campo especificados en las definiciones de fichero que figuran en este manual.

El número de registros del fichero “PACIENTES” debe coincidir exactamente con el del fichero “CMBD”. En caso de que el mismo paciente haya sido asistido varias veces a lo largo del año, deberá figurar en el fichero “PACIENTES” tantas veces como haya sido asistido.

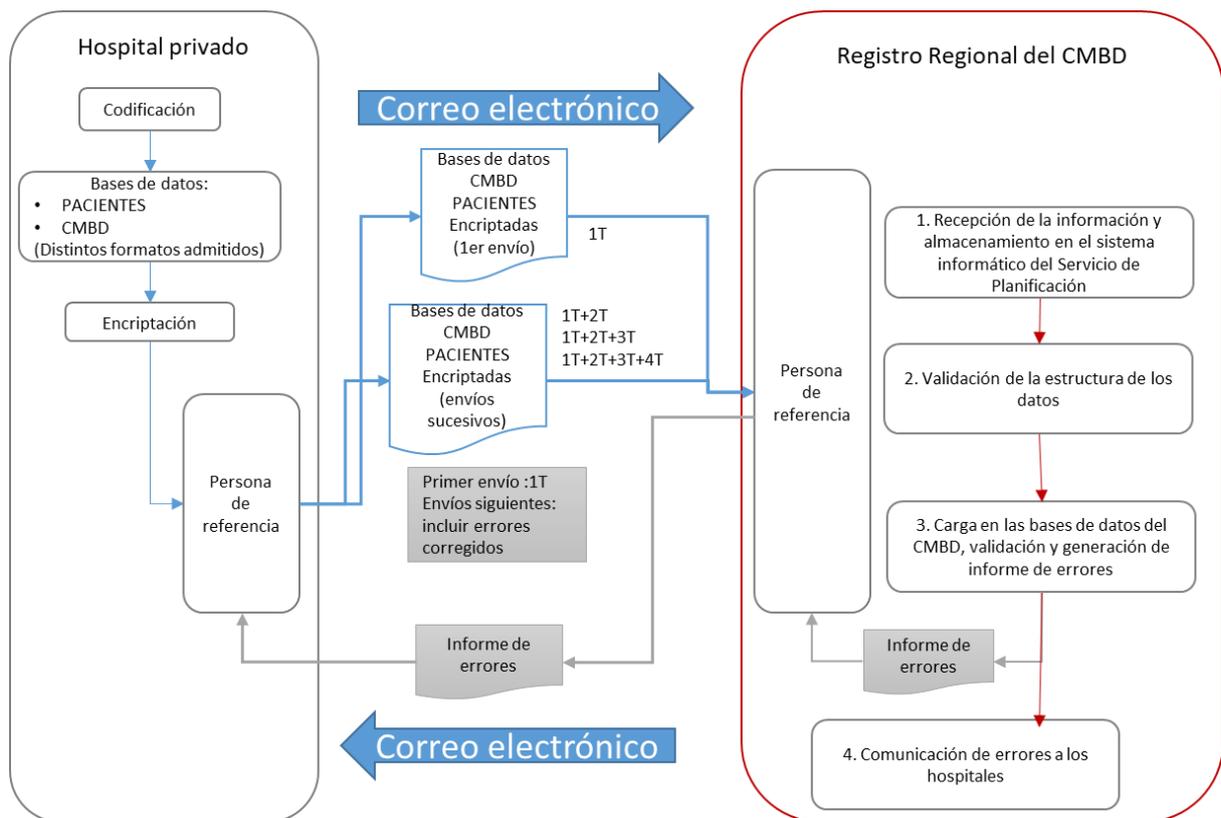
Los envíos serán acumulativos a lo largo del año, tanto del fichero “CMBD” como “PACIENTES”. Se procederá de la siguiente forma:

- El primer envío (abril) constará de un fichero “PACIENTES” con la información de los pacientes atendidos durante enero, febrero y marzo de ese año, y un fichero “CMBD” con la información de los episodios que han tenido su fecha de finalización durante dichos meses. Tras este envío el Registro Regional procederá a validar los datos y enviará al hospital un informe de errores. Basándose en este informe, el hospital deberá hacer en sus bases de datos las correcciones necesarias e incorporarlas en el siguiente envío.
- El segundo envío (julio) constará de un único fichero “PACIENTES” con los datos de los pacientes atendidos de enero a junio, y un único fichero “CMBD” con la información de los episodios que han tenido lugar de enero a junio. En los datos que correspondan a los meses de enero a marzo (que ya se habían remitido en el primer envío) se deben haber incorporado las correcciones de los errores. De nuevo el Registro validará y enviará el informe de los errores que se deberán corregir. Estos pueden pertenecer a cualquier mes, de enero a junio, puesto que lo no corregido del primer envío volverá a aparecer como erróneo.
- En el tercer y cuarto envíos (octubre del año en curso y enero del año siguiente) se repite el esquema referido: dos únicos archivos (“CMBD” y “PACIENTES”) que contienen la información de los trimestres anteriores ya corregida más la información nueva.
- Por último, el Registro Regional elaborará el informe de errores del año completo.

Cada hospital deberá hacer las modificaciones pertinentes y realizar un envío final de los cuatro trimestres en el que se incorporen las correcciones. Este envío final (año completo corregido) debe realizarse antes del 31 de marzo del año siguiente al año al que corresponden los datos.

El flujo de información entre los hospitales y el Registro Regional del CMBD se muestra en el **Gráfico 1**.

Gráfico 1. Flujo de información.





Estructura y contenidos de la base de datos.

La estructura (variables que los componen, tipo de las mismas, tamaño y obligatoriedad según la modalidad asistencial a la que pertenezcan los episodios registrados) de los dos ficheros que deben ser remitidos al CMBD se presenta de forma resumida en las tablas 1A (fichero "PACIENTES") y 1B (fichero "CMBD"). Las variables de este último se presentan agrupadas según el tipo de contenido al que hacen referencia, con el fin de facilitar su comprensión y ordenamiento.

Para cada variable se realiza su descripción, y se especifican el tipo de dato, la longitud del campo y, en su caso, los códigos admitidos (valores válidos y su definición).

La cumplimentación de determinados campos del fichero "CMBD", que aparecen **sombreados en gris** tanto en el texto de este documento como en las tablas 1A y 1B, es voluntaria. Los **campos de cumplimentación voluntaria** son:

- En el fichero "PACIENTES":
 - Nº12 (CIPSNS)
 - Nº 19 (CIASPRO: código de asistencia sanitaria)
 - Nº 27 (ICULE: Nº de episodio de lista de espera quirúrgica)
- En el fichero "CMBD":
 - Nº 7 (ICULE). La cumplimentación de este campo en el fichero CMBD es voluntaria **excepto en el CMBD de Urgencias**, en el que *sí* es requerido (ver instrucciones para su cumplimentación en la definición del fichero "CMBD")
 - Nº9 (CIPSNS)
 - Nº 11 (CIASPRO: código de asistencia sanitaria)
 - Nº14 (FINSMS: Régimen financiero SMS)
 - Nºs 22 a 24 (AREING, FUNING, ENFING: área clínica de ingreso, unidad funcional de ingreso y unidad de enfermería de ingreso)
 - Nºs 26 a 95 (traslados intracentro de servicios médicos)
 - Nºs 96 a 125 (traslados intracentro de unidad de enfermería)
 - Nºs 130 a 132 (AREALTA, FUNALTA, ENFALTA: área clínica de alta, unidad funcional de alta y unidad de enfermería de alta)

Como norma, los ficheros que envíen los hospitales deben tener la estructura con *todos* los campos. Si se opta por no rellenar los campos de cumplimentación voluntaria, estos campos se remitirán en blanco.

De forma excepcional y acordándolo previamente con el Registro Regional del CMBD, los hospitales que *nunca* utilicen los campos no obligatorios pueden, en la estructura del fichero "CMBD" que envíen, omitirlos. En caso de que *sí* se utilice *alguno* de ellos, deberá enviarse la estructura *completa* aunque no se recoja información de algunas variables. Es decir, no se pueden seleccionar solamente algunos campos no obligatorios, debido a lo dificultoso que sería unificar los ficheros a nivel regional.



A. Definición del fichero “PACIENTES”.

- 1. HOSPITAL:** Código del hospital donde se atiende al paciente al que corresponde el registro, según el Catálogo Nacional de Hospitales. Carácter, ancho 6. Ver *Tabla 2*.
- 2. NOMBRE:** Carácter, ancho 50.
- 3. PRIMER APELLIDO (APELLIDO1):** Carácter, ancho 50.
- 4. SEGUNDO APELLIDO (APELLIDO2):** Carácter, ancho 50.

Datos del domicilio habitual del paciente. Variables nº 5 a 11.

Se define la residencia habitual como el lugar donde reside la mayor parte del año, y, si ese criterio no fuera suficiente, el lugar donde estuviera censado.

Para la cumplimentación de los campos **8 (municipio de residencia)** y **9 (provincia de residencia)**, si el paciente reside en un municipio español, se utilizarán los **códigos del Instituto Nacional de Estadística (INE)**, que pueden consultarse y descargarse en su página web (<http://www.ine.es/daco/daco42/codmun/codmunmapa.htm> (consultado 14/10/2020)). El INE utiliza un código de dos dígitos para cada provincia/ciudad autónoma y un código de tres dígitos para cada municipio dentro de la provincia; aunque en el territorio español cada código de tres dígitos puede repetirse, la combinación de código de provincia más código de municipio identifica unívocamente cada municipio español, de modo que es imprescindible cumplimentar ambos campos para una adecuada identificación. **No se admitirá en estos campos el nombre (literal) del lugar de residencia, sino exclusivamente su código.**

- 5. CALLE DE RESIDENCIA DEL DOMICILIO HABITUAL (CALLE):** Carácter, ancho 60.
- 6. NÚMERO:** Carácter, ancho 5.
- 7. PISO / PUERTA (PISO):** Carácter, ancho 65.
- 8. MUNICIPIO RESIDENCIA (RCIUDAD):** Carácter, ancho 3. Cuando el municipio donde esté domiciliado el paciente esté ubicado en España, se utilizará el código asignado al municipio por el INE; en caso de no estar disponible este código se consignará 888. La relación de códigos de los municipios de la Región de Murcia puede consultarse en la *Tabla 3*; para el resto de comunidades autónomas consultar la publicación del INE en <http://www.ine.es/daco/daco42/codmun/codmunmapa.htm>. Si la residencia habitual del paciente está en el extranjero se utilizará el código 888. Cuando el municipio de residencia sea desconocido se utilizará el código 999.
- 9. PROVINCIA DE RESIDENCIA (RPROVINCIA):** Carácter, ancho 2. Cuando el municipio donde esté domiciliado el paciente sea conocido y esté en España, se utilizará el código INE de la



provincia (ver la relación de códigos en la *Tabla 4*). Si está en el extranjero se codificará 88. Si el domicilio es desconocido se codificará 99.

10. PAIS DE RESIDENCIA (RPAIS): Carácter, ancho 3. Ver la relación de códigos en la *Tabla 5*. Si el domicilio es desconocido, se codificará 999.

11. CÓDIGO POSTAL (CP): Código postal del domicilio del paciente. Carácter, **ancho 5**. Se recogerá el código postal completo. En pacientes procedentes de otras comunidades autónomas, si se desconoce el código postal, se cumplimentarán al menos las dos primeras cifras, correspondientes a la provincia (INE) (ver *Tabla 4*), seguidas de "999". Por ejemplo: Sabemos que el domicilio está en la provincia de Alicante (código INE 03), pero desconocemos el código postal: en el campo CP consignaremos 03999 (no sería válido "3999").

En el caso de residentes en países extranjeros se anotará 54 seguido de las tres cifras del código del país (ver *Tabla 5*) y, si el país es desconocido, el código 54999. Si se desconoce el domicilio por completo se utilizará el código 99999.

Identificadores personales y de asistencia sanitaria. Variables nº 12 a 19.

Es obligatorio cumplimentar **al menos uno** de los siguientes campos: 12 (CIPSNS), 13 (CIPCARM), 14 (CODSNS) o 18 (PASS).

12. CIPSNS: Código de identificación personal de la Tarjeta Sanitaria Individual (TSI) correspondiente con el CIP elaborado por el antiguo INSALUD. Carácter, ancho 20. Los primeros 10 caracteres se corresponden con las 2 primeras consonantes de los dos primeros apellidos con la fecha de nacimiento al revés (090101) y el sexo (varones el día de nacimiento es de 01 a 31 y mujeres de 41 a 71). La cumplimentación de este campo es opcional.

13. CIPCARM: Código de identificación personal de la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia que figura en la Tarjeta Sanitaria del paciente (comienza siempre por CARM). Carácter, ancho 16. Este campo es obligatorio para todos los pacientes financiados por el SMS.

14. Código del SNS (CODSNS): Código de identificación personal de la base de datos del Ministerio. Carácter, ancho 20. Se cumplimentará solo en el caso de conexión automática (no se captura por operador). Este campo es obligatorio para todos los pacientes financiados por cualquier Servicio de Salud de otras Comunidades Autónomas ajenas a la Región de Murcia.

15. CIP europeo (CIPUE): Código de identificación personal europeo existente en la Tarjeta Sanitaria Europea. Carácter, ancho 20.

16. NÚMERO DE AFILIACION A LA SEGURIDAD SOCIAL (NSS): Carácter, ancho 20.



17. TIPO DOCUMENTO DNI / TARJETA de RESIDENTE / PASAPORTE (TIPOPASS): Código de documento identificador personal. Carácter, ancho 1.

Códigos válidos:

1. DNI
2. Tarjeta de residente
3. Pasaporte

En caso de no disponerse de documento identificador personal este campo se dejará vacío.

La prelación de la fuente viene especificada por el orden expuesto (es decir: si la persona dispone de DNI se indicará esta información antes que el pasaporte o la tarjeta de residente).

18. NUM DNI / TARJETA de RESIDENTE / PASAPORTE (PASS): Número identificador del DNI/ tarjeta de residente/ pasaporte. Carácter, ancho 20.

19. CÓDIGO ASISTENCIA SANITARIA (CIASPRO): Campo de cumplimentación voluntaria, no es necesario aportarlo.

Datos relativos al nacimiento y nacionalidad. Variables nº 20 a 23.

20. PROVINCIA DE NACIMIENTO (NPROVINCIA): Carácter, ancho 2. Código de la provincia de nacimiento (ver códigos en la *Tabla 4*). En caso de no haber nacido en España el código será el 88 (no procede). Si se desconoce el lugar de nacimiento, se usará el código 99.

21. PAIS DE NACIMIENTO (NPAIS): Código del país de nacimiento. Carácter, ancho 3. Ver códigos en *Tabla 5*. Si se desconoce el país de nacimiento se codificará 999.

22. NACIONALIDAD (NACIONAL): Código del país de nacionalidad. Carácter, ancho 3. Ver códigos en *Tabla 5*. Si se desconoce la nacionalidad se codificará 999.

23. FECHA DE NACIMIENTO (FNAC): Variable tipo fecha, ancho 10 (formato DD/MM/AAAA).

Cuando haya discrepancia entre la fecha de nacimiento que figure en el DNI y en la TSI, prevalecerá la fecha que conste en el DNI.

Cuando solo se sepa la edad o el año de nacimiento, se registrará el 1 de enero del año correspondiente según la edad del paciente.

24. SEXO: Carácter, ancho 1.

Códigos válidos:

1. Hombre
2. Mujer



- 3. Estados intersexuales o indeterminados
- 9. Desconocido

Variables nº 25 a 27. Otros identificadores.

25. NÚMERO DE HISTORIA (NHC): Número de la historia clínica del paciente. Carácter, ancho 10.

El número de historia clínica es el identificador del paciente en el hospital, imprescindible para asociar al paciente los episodios asistenciales que le corresponden. Por lo tanto, independientemente del tipo de servicios (consultas externas, hospitalización, atención en Urgencias, etc.) que un paciente reciba en un hospital determinado, su número de historia en ese centro deberá ser único y exclusivo de cada paciente.

26. NÚMERO DE EPISODIO (ICU): Código único que identifica el episodio de atención. Carácter, ancho 10. Este campo es imprescindible para poder asociar a cada paciente el episodio del fichero "CMBD" que le corresponda.

27. NÚMERO DE EPISODIO DE LA LISTA DE ESPERA QUIRÚRGICA (ICULE): Campo de cumplimentación voluntaria, no es necesario aportarlo.



B. Definición del fichero “CMBD”.

Información general del episodio. Variables nº 1 a 15.

1. TIPO DE CMBD (TIPOCMBD): Tipo de CMBD al que pertenece el registro, según las definiciones de caso registrable. Carácter, ancho 2, justificado a la derecha con 0 a la izquierda hasta completar.

Códigos válidos:

01. Alta hospitalaria con internamiento (CMBD-AH)
02. Cirugía mayor ambulatoria (CMBD-CMA)
03. Cirugía menor (CMBD-cme)
04. Hospital de día médico (CMBD-HDM)
05. Procedimientos ambulatorios de especial complejidad (CMBD-PEC)
06. Hospitalización a domicilio (CMBD-HAD)
07. Urgencias (CMBD-URG)
08. Consultas externas de asistencia especializada (CMBD-CEX) (aún no en vigor)
09. Media/larga estancia sanitaria y sociosanitario (CMBD-MLE) (aún no en vigor)

2. HOSPITAL: Código del hospital donde se atiende al paciente al que corresponde el registro, según el Catálogo Nacional de Hospitales. Carácter, ancho 6. Ver *Tabla 2*.

3. ORIGEN de la DEMANDA (ORIGEN): Dispositivo (sanitario o no), servicio sanitario o entidad que solicita el contacto. Carácter, ancho 2.

Códigos válidos:

01. *Propio paciente.* El paciente solicita el contacto por propia iniciativa.
02. *Centro sociosanitario* (constituye la residencia habitual del paciente).
10. *Atención Primaria, excepto* Urgencias de Atención Primaria (SUAP) y Puntos de Atención Continuada (PAC).
20. *Atención Especializada (AE): Internamiento en el propio hospital.*
21. *AE: Internamiento de otro hospital.*
30. *AE: Cirugía sin ingreso, del propio centro/hospital y sus centros periféricos.* Se incluyen los pacientes que, en el transcurso o finalizada una intervención de cirugía sin ingreso son derivados a otro dispositivo asistencial.
31. *AE: Cirugía sin ingreso de otro centro/hospital.*



- 40. AE: Hospital de día u hospitalización a domicilio del propio centro/hospital y sus centros periféricos.
- 41. AE: Hospital de día u hospitalización a domicilio de otro centro/hospital.
- 50. AE: Consultas externas / servicios diagnósticos/terapéuticos del propio centro/hospital y sus centros periféricos.
- 51. AE: Consultas externas / servicios diagnósticos/terapéuticos de otro centro/hospital.
- 60. Urgencias del propio centro/hospital y sus centros periféricos.
- 61. Urgencias de otro centro/hospital.
- 62. Urgencias 061.
- 63. Urgencias extrahospitalarias (SUAP, PAC).
- 87. Inspección médica u otro dispositivo de Servicios Centrales, incluyendo los no asistenciales. Se incluyen equipos de valoración de incapacidades, hospitalizaciones judiciales y penitenciarias.
- 88. Otros no contemplados.
- 99. Desconocido.

4. HOSPITAL DE ORIGEN (HOSPORI): Código del hospital desde donde se deriva al paciente al que corresponde el registro, según el Catálogo Nacional de Hospitales⁷. Carácter, ancho 6, justificado con ceros a la izquierda. Los códigos de los hospitales ubicados en la Región de Murcia pueden consultarse en la *Tabla 2*. En caso de ser un hospital de otra comunidad autónoma y no conocerse su código, se anotará el código INE de la provincia donde está ubicado (ver *Tabla 4*), seguido de 4 nueves (XX9999); si sí se conoce el código del hospital, se consignará este. En caso de ser un hospital de otro país, se anotará el código del país (ver *Tabla 5*) seguido de 3 nueves (XXX999).

Este campo deberá estar cumplimentado solamente cuando el solicitante del contacto sea otro hospital (es decir, cuando los códigos del campo ORIGEN sean 21, 31, 41, 51 o 61). En el resto de casos el campo deberá remitirse vacío.

5. NÚMERO DE HISTORIA (NHC): Número de la historia clínica del paciente. Carácter, ancho 10.

El número de historia clínica es el identificador del paciente en el hospital, imprescindible para asociar al paciente los episodios asistenciales que le corresponden. Por lo tanto, independientemente del tipo de servicios (consultas externas, hospitalización, atención en

⁷ Disponible en <https://www.mscbs.gob.es/ciudadanos/prestaciones/centrosServiciosSNS/hospitales/home.htm> (consultado 6/10/ 2020)



Urgencias, etc.) que un paciente reciba en un hospital determinado, su número de historia en ese centro deberá ser único y exclusivo de cada paciente.

6. NÚMERO DE EPISODIO (ICU): Código único que identifica el episodio de atención. Carácter, ancho 10. Este campo es imprescindible para poder asociar a cada paciente el episodio del fichero "CMBD" que le corresponda.

7. NÚMERO DE EPISODIO DE LA LISTA DE ESPERA QUIRÚRGICA (ICULE): Campo de cumplimentación voluntaria excepto para el **CMBD de urgencias**.

En el **CMBD de urgencias** (TIPOCMBD 07), en el caso de que el destino al alta de urgencias sea el **ingreso en el propio hospital**, este campo se cumplimentará con el número de episodio (ICU) correspondiente a ese ingreso en el propio hospital.

8. CÓDIGO POSTAL (CP): Código postal del domicilio del paciente. Carácter, ancho 5. Se recogerá el código postal completo. En pacientes procedentes de otras comunidades autónomas, si se desconoce el código postal, se cumplimentarán al menos las dos primeras cifras, correspondientes a la provincia (INE) (ver *Tabla 4*), seguidas de "999". Por ejemplo: Sabemos que el domicilio está en la provincia de Alicante (código INE 03), pero desconocemos el código postal: en el campo CP consignaremos 03999 (no sería válido "3999").

En el caso de residentes en países extranjeros se anotará 54 seguido de las tres cifras del código del país (ver *Tabla 5*) y, si el país es desconocido, el código 54999. Si se desconoce el domicilio por completo se utilizará el código 99999.

9. CIPSNS: Código de identificación personal de la Tarjeta Sanitaria Individual (TSI) correspondiente con el CIP elaborado por el antiguo INSALUD. Carácter, ancho 20. Los primeros 10 caracteres se corresponden con las 2 primeras consonantes de los dos primeros apellidos con la fecha de nacimiento al revés (090101) y el sexo (varones el día de nacimiento es de 01 a 31 y mujeres de 41 a 71). Campo de cumplimentación voluntaria.

10. CIPCARM: Código de identificación personal de la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia que figura en la Tarjeta Sanitaria del paciente. Carácter, ancho 16. Este campo es obligatorio para todos los pacientes financiados por el SMS.

11. CÓDIGO ASISTENCIA SANITARIA (CIASPRO): Campo de cumplimentación voluntaria.

12. FECHA DE NACIMIENTO (FNAC): Variable tipo fecha, ancho 10 (formato DD/MM/AAAA).

Cuando haya discrepancia entre la fecha de nacimiento que figure en el DNI y en la TSI, prevalecerá la fecha que conste en el DNI.

Cuando solo se sepa la edad o el año de nacimiento, se registrará el 1 de enero del año correspondiente según la edad del paciente.



13. SEXO: Carácter, ancho 1.

Códigos válidos:

1. Hombre
2. Mujer
3. Estados intersexuales o indeterminados
9. Desconocido

14. REGIMEN FINANCIERO SMS (FINSMS). Campo de cumplimentación voluntaria.

15. REGIMEN FINANCIERO, SERVICIOS CENTRALES (FINSSCC). Financiador de la asistencia. Carácter, ancho 2. Campo de cumplimentación obligatoria.

Códigos válidos:

01. *Sistema Nacional de Salud.* Cuando el episodio es financiado por los Servicios de Salud incluidos en el Sistema Nacional de Salud (SMS, SAS, SVS, etc.), independientemente de que el paciente tenga otras fuentes de financiación.
02. *Mutualidades públicas de funcionarios.* Asistencia sanitaria prestada a los asegurados o beneficiarios pertenecientes a la Mutualidad General de Funcionarios Civiles del Estado (MUFACE), Mutualidad General Judicial (MUGEJU), Instituto Social de las Fuerzas Armadas (ISFAS), etc., que no tengan concertada la asistencia sanitaria con el SMS.
03. *Empresas colaboradoras de la Seguridad Social.* Asistencia prestada a asegurados o beneficiarios en los supuestos de empresas autorizadas para colaborar voluntariamente en la gestión del Régimen Gral. de la S.S., en aquellas prestaciones cuya atención corresponda a la empresa colaboradora conforme al concierto o convenio suscrito. Se incluirán en este mismo código aquellos pensionistas de Empresas Colaboradoras que aún mantienen en vigor los conciertos suscritos en su día para la asistencia sanitaria a este colectivo.
04. *Mutuas de accidente de trabajo y enfermedad profesional.* Incluye la asistencia sanitaria prestada en los supuestos de accidentes de trabajo o enfermedades profesionales, cuando esta esté concertada con una Mutua.
05. *Entidades de seguro de accidentes de tráfico.* Incluye los pacientes que hayan requerido asistencia como consecuencia de un accidente de tráfico, independientemente de que el paciente sea o no beneficiario del SNS.
06. *Varios y particulares.* Incluye los usuarios, asegurados o no, que reciben asistencia sanitaria de cuyo pago es responsable un tercero o el propio paciente. Se incluirán en este apartado todos los pacientes que tienen financiada su estancia en el hospital por una entidad aseguradora obligatoria no contemplada en los apartados anteriores.



También se incluirán los extranjeros privados que no tengan cubierta su asistencia por Convenio Internacional. Incluye:

- Seguros obligatorios excluido el de vehículos de motor.(escolar, deportistas federados y profesionales, de viajeros, de caza, taurinos no profesionales, festivos...)
- Convenios o conciertos con otros organismos o entidades, en los términos del convenio o concierto que no estén incluidos en otros apartados.
- Agresiones, responsabilidad de terceros por las lesiones o enfermedades causadas a la persona asistida.
- 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.
- Usuarios que no tengan reconocido el derecho a la asistencia sanitaria.

07. *Convenios internacionales.* Asistencia sanitaria prestada a extranjeros durante su estancia en España, incluida en los convenios para países comunitarios y en convenios bilaterales.

08. *Instituciones penitenciarias.* Asistencia prestada a los internos de los centros penitenciarios.

09. *Entidades privadas, sociedades de seguro libre,* etc. no incluidas en el código 06.

99. *Desconocido.*

Datos administrativos del ingreso. Variables nº 16 a 25

16. TIPO DE INGRESO (TIPOING): Circunstancias del ingreso Carácter, ancho 2.

Códigos válidos:

01. *Urgente* (incluye el parto no programado, el recién nacido patológico y el ingreso por orden judicial). Se realiza con una orden de ingreso urgente.

02. *Programado.* Se considera ingreso programado el concertado con antelación al mismo, cualquiera que sea la procedencia del enfermo (consultas externas, hospitalización previa en el mismo hospital o en otro, etc.) y al margen de si proceden de lista de espera o de un servicio sin demora de ingreso. Se realiza con orden de ingreso programada.

99. *Desconocido.*

17. FECHA DE INGRESO (FING): Formato fecha (DD/MM/AAAA), ancho 10.

18. HORA DE INGRESO (HING): Formato de 24 horas, hora: minuto (00:00), ancho 5.



19. MÉDICO RESPONSABLE EN EL SERVICIO DE INGRESO (MEDING): Es el médico a que se asigna el paciente tras su ingreso. Carácter, ancho 6.

De preferencia, se recogerán los seis *últimos* dígitos del nº de colegiado del médico que firma el alta. También se podrá recoger el código interno, propio de cada hospital, en cuyo caso deberá comunicarse a la Unidad Responsable del CMBD de la Consejería de Salud, el médico que corresponde a cada código.

20. SERVICIO DE INGRESO (SERING): Servicio al que se asigna el paciente al ingreso. Carácter, ancho 9. Los códigos de los servicios serán los códigos o denominaciones utilizados por cada uno de los hospitales.

21. SECCIÓN DE INGRESO (SECING): Sección a la que se asigna el paciente al ingreso. Carácter, ancho 9. Código con el que hospital identifica internamente las secciones o unidades de sus servicios.

22. AREA CLÍNICA DE INGRESO (AREING): Carácter, ancho 7.

Cuando exista esta división administrativa en el hospital, área clínica en la que ingresa el paciente. La cumplimentación de este campo no exime de la obligación de cumplimentar el campo Servicio.

23. UNIDAD FUNCIONAL DE INGRESO (FUNING): Unidad funcional a la que se asigna el paciente al ingreso. Carácter, ancho 9. Se cumplimentará en el caso de que el hospital disponga de este tipo de estructura organizativa⁸, dejándolo vacío en el resto de casos.

La cumplimentación de este campo no exime de la obligación de cumplimentar el campo Servicio. La asignación al Servicio, en el caso de que el paciente haya sido asignado al ingreso a una unidad funcional, se realizará por medio del médico responsable del paciente (se asignará el servicio al que pertenezca este médico).

24. UNIDAD DE ENFERMERÍA DE INGRESO (ENFING): Unidad de enfermería a la que se asigna el paciente al ingreso. Carácter, ancho 19.

Los códigos o denominaciones de la unidad de enfermería serán los utilizados por el Centro. La cumplimentación de este campo no exime de la obligación de cumplimentar el campo Servicio. La asignación se realizará en función de la responsabilidad de los cuidados del paciente.

⁸ A los efectos del CMBD se entiende por unidad funcional cualquiera de las siguientes dos estructuras organizativas: A) El conjunto de profesionales que dependen de varios servicios y trabajan de manera coordinada para atender ciertos problemas de salud, o B) El conjunto de profesionales que, dependiendo de un mismo servicio, prestan atención a ciertos problemas de salud y se quiere monitorizar su actividad clínica, no existiendo una unidad orgánica diferenciada (servicio, sección o área clínica).



25. SERVICIO DE INGRESO (CÓDIGO DE SERVICIOS CENTRALES): Servicio al que se asigna el paciente al ingreso. Carácter, ancho 3.

Los códigos válidos para este campo son los que figuran en la *Tabla 6*. Para cumplimentar esta variable, cada hospital deberá establecer la correspondencia adecuada entre las denominaciones que aplica internamente a sus servicios y el código de la *Tabla 6* que corresponda a cada una.

Traslados intracentro de carácter médico. Variables nº 26 a 95.

Se entienden como traslados intracentro los que se realizan dentro de un mismo dispositivo asistencial, que está prestando asistencia en una misma modalidad de contacto (es decir, correspondiente al mismo tipo de CMBD). Así, son traslados intracentro en hospitalización los realizados entre distintos servicios médicos conllevando cambio del médico responsable; en urgencias, los traslados de boxes a observación, etc. Los traslados entre dispositivos que impliquen un cambio de tipo de CMBD (p.ej., de urgencias a hospitalización, o de hospitalización a hospitalización a domicilio) implican un cierre de episodio inicial y una apertura en el dispositivo de destino, en ningún caso un traslado⁹. La cumplimentación de estos campos es opcional.

Se podrá incorporar la información de hasta 10 traslados. Para cada uno de ellos existen siete campos, repitiéndose hasta 10 veces la siguiente estructura (ver *Tabla 1B*):

- **FECHA DE TRASLADO MÉDICO INTRACENTRO (FTMED):** Formato fecha (DD/MM/AAAA), ancho 10.
- **HORA DE TRASLADO MÉDICO INTRACENTRO (HTMED):** Formato de 24 horas, hora: minuto (00:00), ancho 5.
- **MÉDICO RESPONSABLE SERVICIO DESTINO (MEDDES):** Es el médico a que se asigna el paciente tras el traslado. Carácter, ancho 6. Preferiblemente, se recogerán los seis *últimos* dígitos del nº de colegiado del médico que firma el alta. También se podrá recoger el código interno, propio de cada hospital, en cuyo caso deberá comunicarse a la Unidad Responsable del CMBD de la Consejería de Salud, el médico que corresponde a cada código.
- **SERVICIO DE DESTINO (SERDES):** Carácter, ancho 9. Código propio del centro. Los códigos de los servicios serán los códigos o denominaciones utilizados por cada uno de los hospitales.

⁹ La realización de CMA, cirugía menor o determinados procedimientos diagnósticos o terapéuticos que se realicen en hospital de día o estén incluidos en el listado de procedimientos ambulatorios de especial complejidad, si ocurre durante un episodio de hospitalización (internamiento) no constituye un traslado ni dan lugar a un nuevo episodio del CMBD, sino que se incluirán en el episodio de hospitalización (TIPOCMBD 01) codificándose en los campos correspondientes.



- **SECCIÓN DE DESTINO (SEDES):** Carácter, ancho 9. Código con el que hospital internamente identifica las secciones o unidades de sus servicios.
- **AREA CLÍNICA DE DESTINO (AREDES):** Carácter, ancho 7. La cumplimentación de este campo no exime de la obligación de cumplimentar el campo "Servicio" (SERDES).
- **UNIDAD FUNCIONAL DE DESTINO (FUNDES):** Carácter, ancho 9. La definición de unidad funcional se especifica en la descripción del campo 23 (unidad funcional de ingreso).

Traslados intracentro de unidad de enfermería. Variables nº 96 a 125.

Son los cambios, dentro de un mismo dispositivo asistencial, de la unidad de enfermería a la que se asignan los cuidados del paciente. La cumplimentación de estos campos es opcional. Se podrá incorporar la información de hasta 10 traslados. Para cada uno de ellos existen tres campos, repitiéndose hasta 10 veces la siguiente estructura (ver *Tabla 1B*):

- **FECHA DE TRASLADO INTRACENTRO DE UNIDAD DE ENFERMERÍA (FTENF):** Formato fecha (DD/MM/AAAA), ancho 10.
- **HORA DE TRASLADO INTRACENTRO DE UNIDAD DE ENFERMERÍA (HTENF):** Formato de 24 horas, hora: minuto (00:00), ancho 5.
- **UNIDAD DE ENFERMERÍA DE DESTINO (ENFDES):** Carácter, ancho 19. Los códigos o denominaciones de la unidad de enfermería serán los utilizados por el Centro.

Datos administrativos relativos al alta. Variables nº 126 a 138.

126. FECHA DE ALTA (FALTA): Fecha en que se da el alta administrativa del centro al paciente. Formato fecha (DD/MM/AAAA), ancho 10.

127. HORA DE ALTA (HALTA). Hora en la que se da el alta administrativa del centro al paciente. Formato de 24 horas, hora: minuto (00:00), ancho 5.

128. SERVICIO DE ALTA (SERALTA): Servicio que da el alta al paciente. Carácter, ancho 9. Los códigos de los servicios serán los códigos o denominaciones utilizados por cada uno de los hospitales. En caso de alta voluntaria, defunciones o fugas, figurará el último servicio donde el paciente estuvo ingresado.

129. SECCIÓN DE ALTA (SECALTA): Sección que da el alta al paciente. Carácter, ancho 9. Código con el que hospital internamente identifica las secciones o unidades de sus servicios.

130. AREA CLÍNICA DE ALTA (AREALTA): Área clínica que da el alta al paciente. Carácter, ancho 7. La cumplimentación de este campo no exime de la obligación de cumplimentar el campo Servicio. Carácter, ancho 7.



131. UNIDAD FUNCIONAL DE ALTA (FUNALTA): Unidad funcional a la que se asigna el paciente al ingreso. Carácter, ancho 9. Se cumplimentará en el caso de que el hospital disponga de este tipo de estructura organizativa, dejándolo vacío en el resto de casos.

La cumplimentación de este campo no exime de la obligación de cumplimentar el campo Servicio. La asignación al Servicio, en el caso de que el paciente haya sido ingresado en una unidad funcional, se realizará por medio del médico responsable del paciente (se asignará el servicio al que pertenezca este médico).

132. UNIDAD DE ENFERMERÍA DE ALTA (ENFALTA): Unidad de enfermería en la que está el paciente en el momento del alta. Carácter, ancho 19. Los códigos o denominaciones de la unidad de enfermería serán los utilizados por el Centro.

La cumplimentación de este campo no exime de la obligación de cumplimentar el campo Servicio. La asignación se realizará en función de la responsabilidad de los cuidados al paciente.

133. MÉDICO RESPONSABLE DEL ALTA (MEDALTA): Identificación del médico responsable del alta del paciente (de manera genérica se considera como tal el que firma el informe de alta). Carácter, ancho 6.

De preferencia, se recogerán los seis *últimos* dígitos del nº de colegiado del médico que firma el alta. También se podrá recoger el código interno, propio de cada hospital, en cuyo caso deberá comunicarse a la Unidad Responsable del CMBD de la Consejería de Salud, el médico que corresponde a cada código.

134. SERVICIO DE ALTA (CÓDIGO DE SERVICIOS CENTRALES) (SCCALTA): Servicio que da el alta al paciente. Carácter, ancho 3.

Los códigos válidos para este campo son los que figuran en la *Tabla 6*. Cada hospital deberá establecer la correspondencia adecuada entre las denominaciones que aplica internamente a sus servicios y el código de la *Tabla 6* que corresponda a cada una.

En caso de alta voluntaria, defunciones o fugas, figurará el último servicio donde el paciente estuvo ingresado.

135. TIPO DE ALTA (TIPOALTA): Circunstancias del alta. Carácter, ancho 2.

Códigos válidos:



10. *Domicilio* cuando el paciente se va a su domicilio habitual¹⁰ o cuando se va a una residencia social donde reside habitualmente, sin necesidad de ningún tipo de seguimiento por parte de Asistencia Especializada (AE) derivado de las intervenciones sanitarias realizadas en el episodio/contacto (sí se admite posible seguimiento por parte de Atención Primaria).
11. *Domicilio* con seguimiento por parte de hospitalización a domicilio¹¹.
12. *Domicilio* con seguimiento por parte de consultas externas de asistencia especializada.
13. *Domicilio* con seguimiento por parte de hospital de día médico.
14. *Domicilio* con citación para cirugía ambulatoria.
15. *Domicilio* con varias de las alternativas de seguimiento por AE anteriores.
20. *Traslado* a otro hospital de agudos.
30. *Alta voluntaria*. Cuando el alta se produce a instancias del propio paciente o cuando éste abandona el centro donde estaba ingresado sin que exista indicación médica, pero con la firma previa del documento de alta voluntaria.
31. *Fuga*.
32. *Alta in extremis*.
34. *Alta forzosa*. Alta dispuesta por el centro sanitario, a propuesta del médico responsable, cuando el paciente o usuario rehúse firmar el alta voluntaria que se le proponga por no aceptar el tratamiento prescrito o, en su caso, el tratamiento alternativo disponible en el centro.
40. *Exitus*.
50. *Traslado* a residencia social (o, en su caso, a hospital de media/larga estancia), siempre y cuando esta no constituya el domicilio habitual del paciente. Se entiende que la residencia social era el domicilio habitual si esta era la procedencia del paciente al ingreso.
60. *Ingreso en el propio hospital en régimen de internamiento*.. Cuando tras su valoración (por ejemplo en hospital de día/consultas externas) o por motivos sobrevenidos en el transcurso de la intervención sanitaria (p.ej. cirugía sin ingreso), las necesidades del paciente determinan su internamiento en el hospital.
70. *Urgencias*. Cuando tras su valoración (por ejemplo en hospital de día/consultas externas) o por motivos sobrevenidos en el transcurso de la intervención sanitaria

¹⁰ Si el paciente estaba ingresado en la modalidad de hospitalización a domicilio (TIPOCMBD 06), y cuando es dado de alta permanece en su domicilio sin necesidad de seguimiento por Atención Especializada, el código de TIPOALTA es 10.

¹¹ Se corresponde con el inicio de un episodio de hospitalización a domicilio (TIPOCMBD 06).



(p.ej. cirugía sin ingreso), las necesidades del paciente determinan su traslado al Servicio de Urgencias.

87. *Llegado fallecido* (generalmente, de uso en el CMBD de Urgencias).

88. *Otros*.

99. *Desconocido*.

136. HOSPITAL DE DESTINO (HOSPDES): Código del hospital hacia donde se deriva al paciente al que corresponde el registro, según el Catálogo Nacional de Hospitales. Los códigos de los hospitales ubicados en la Región de Murcia pueden consultarse en la *Tabla 2*. En caso de ser un hospital de otra comunidad autónoma y no conocerse su código, se anotará el código INE de la provincia donde está ubicado (ver *Tabla 4*), seguido de 4 nueves (XX9999); si sí se conoce el código del hospital, se consignará este. En caso de ser un hospital de otro país, se anotará el código del país (ver *Tabla 5*) seguido de 3 nueves (XXX999).

Este campo deberá cumplimentarse si el destino al alta es traslado a otro hospital de agudos (caso en el que el campo TIPO DE ALTA deberá estar cumplimentado con el código 20), o en el caso en que sea trasladado a un hospital de media/larga estancia, siempre y cuando este no constituya la residencia habitual del paciente (código 50 de TIPO DE ALTA). En el resto de casos el campo deberá remitirse vacío.

Diagnósticos y procedimientos. Variables nº 137 a 236.

137. FECHA DE INTERVENCIÓN (FINT): Fecha de la intervención. Formato fecha (DD/MM/AAAA), ancho 10.

Sólo debe cumplimentarse en el caso de que al paciente se le haya practicado una intervención quirúrgica o cualquier procedimiento realizado en quirófano. En caso de haberse realizado más de una, se registrará la fecha en que se realiza el **procedimiento quirúrgico principal** (definido éste como aquel procedimiento quirúrgico que se asocia al diagnóstico principal). En el caso de existir varios procedimientos quirúrgicos y que ninguno de ellos esté asociado al diagnóstico principal, se registrará la fecha del primero de ellos.

138. HORA DE INTERVENCIÓN (HINT): Hora de la intervención a la que hace referencia el campo 137. Formato de 24 horas, hora: minuto (00:00), ancho 5.

Códigos de morfología de las neoplasias. Variables nº 139 a 145.

Con la excepción del CMBD de urgencias (TIPOCMBD 07), deben cumplimentarse estos campos ("campos M") en todos los tipos de CMBD. Siempre que alguno de los códigos diagnósticos (campos C1 a C13) haga referencia a una neoplasia, deberá codificarse la morfología de la misma en los campos "M".



139 a 145 M1-M7: Códigos de morfología de las neoplasias. Carácter, ancho 7. Se codificará utilizando la versión de la CIE-O vigente.

Excepción: CMBD de urgencias (TIPOCMBD 07): En el CMBD de urgencias se consignará en el campo 139 (M1) el nivel de gravedad/prioridad de asistencia asignada al paciente tras su valoración inicial (“triaje”). Los códigos válidos serán los utilizados por cada hospital para valorar la gravedad en el triaje. Los campos M2 a M7 deberán dejarse vacíos.

Códigos de diagnósticos y presencia del diagnóstico al ingreso. Variables nº 146 a 171.

Los campos denominados C1, C2, ... , C13 (campos de diagnóstico) corresponden a los diagnósticos que presenta el paciente al alta. Los códigos válidos son los de la versión de la CIE que esté vigente para el año en cuestión.

Los campos denominados CN1, CN2, ... , CN13 son los campos donde se especifica la presencia (o conocimiento) del correspondiente diagnóstico en el momento del ingreso, independientemente del centro sanitario donde se hubiera hecho el diagnóstico. Estos campos son también conocidos como “marcadores POA”, del inglés “*present on admission*”. Se cumplimentarán **solamente** en el CMBD al alta hospitalaria con ingreso (TIPOCMBD 01), tanto en el diagnóstico principal como en los secundarios. En el resto de tipos de CMBD los campos CN deben dejarse vacíos.

Códigos válidos para los campos CN1, CN2, ... , CN13:

- S. Sí:** Diagnóstico ya presente en el momento del ingreso.
- N. No:** No presente en el momento del ingreso; ocurre durante la hospitalización.
- D. Desconocido:** Documentación insuficiente para determinar si un proceso está presente o no al ingreso.
- I. Indeterminado clínicamente:** Al personal médico responsable del alta no le es posible determinar clínicamente si el proceso estaba o no presente al ingreso.
- E. Exento de asignación de marcador POA** (según listado que periódicamente actualiza el Comité Técnico del CMBD estatal).

146. C1 Diagnóstico principal. Es la afección que después del estudio necesario se establece que fue la **causa del ingreso** en el hospital de acuerdo con el criterio del Servicio clínico o facultativo que atendió al paciente, aunque durante su estancia hayan aparecido complicaciones importantes e incluso otras afecciones independientes. Carácter, ancho 8. Se codificará con la edición vigente de la CIE-10-ES.

147. CN1: Presencia del diagnóstico principal en el momento del ingreso. Carácter, ancho 1.



- **C2-13:** Otros diagnósticos. Carácter, ancho 8. Son aquellos que coexisten con el principal en el momento del ingreso o se desarrollan a lo largo de la estancia hospitalaria, que influyen en la duración de la misma o en el tratamiento administrado. Deben excluirse los diagnósticos relacionados con un episodio anterior y que no tienen que ver con el que ha ocasionado el actual ingreso. Se codificarán con la edición vigente de la CIE-10-ES.
- **CN2-CN13:** Presencia de otros diagnósticos en el momento del ingreso (marcadores POA del resto de diagnósticos). Carácter, ancho 1. Ver los códigos válidos más arriba.

Procedimientos quirúrgicos y/u obstétricos. Variables nº 172 a 195.

En aquellos centros en que no se realiza la codificación separada entre procedimientos quirúrgicos y diagnósticos (variables 196 a 221), se iniciará la codificación de manera obligatoria con el procedimiento quirúrgico principal que ocupará el lugar T1.

Los procedimientos obstétricos pueden realizarse en quirófano (cesáreas) o en salas de partos. En caso de haberse realizado más de un procedimiento quirúrgico/obstétrico, se registrará en el campo T1 el procedimiento quirúrgico principal (definido este como aquel procedimiento quirúrgico que se asocia al diagnóstico principal). Cada procedimiento llevará asociada la fecha y hora de su realización. Se podrán incluir hasta 8 procedimientos quirúrgicos/obstétricos, siguiendo la siguiente secuencia de campos (ver *Tabla 1B*):

172. T1: Carácter, ancho 7. Se codificarán con la edición de la CIE-10-ES en vigor.

173. FECHA T1 (FT1): Fecha de realización del procedimiento quirúrgico/obstétrico. Formato fecha (DD/MM/AAAA), ancho 10.

174. HORA T1 (HT1): Formato de 24 horas, hora: minuto (00:00), ancho 5.

Procedimientos diagnóstico/terapéuticos. Variables nº 196 a 221.

Procedimientos diagnósticos y/o terapéuticos que requieran recursos materiales y humanos especializados e impliquen un riesgo para el paciente. Cada procedimiento llevará asociada su fecha de realización. Se podrán incluir hasta un máximo de 13 procedimientos diagnósticos/terapéuticos, siguiendo la siguiente secuencia de campos (ver *Tabla 1B*):

196. P1: Código del procedimiento. Carácter, ancho 7. Se codificará con la edición vigente de la CIE-10-ES. En el caso de que se hayan realizado varios procedimientos del mismo tipo solo será necesario notificar el primero de los mismos.

197. FECHA P1 (FP1): Fecha de realización del procedimiento diagnóstico/terapéutico. Formato fecha (DD/MM/AAAA), ancho 10. Se cumplimentará en aquellos procedimientos relevantes. En el caso de que se hayan realizado varios procedimientos del mismo tipo solo será necesario consignar la fecha del primero que se realice.



Procedimientos realizados en otros centros. Variables nº 222 a 236.

Al alta del paciente se codificarán los procedimientos realizados en los servicios de referencia o en otros centros siempre que durante la realización del procedimiento el enfermo conste administrativamente como ingresado en el hospital de origen, por lo que, tras su realización, vuelve al mismo.

Cada procedimiento llevará asociada su fecha de realización y el código del hospital donde se realizó. Podrán incluirse hasta un máximo de 5 procedimientos, siguiendo la siguiente secuencia de campos (ver *Tabla 1B*):

222. F1: Código del procedimiento realizado fuera. Carácter, ancho 7. Se codificará con la edición vigente de la CIE-10-ES.

223. FECHA F1 (FF1): Fecha de realización del procedimiento. Formato fecha (DD/MM/AAAA), ancho 10.

224. HOSPITAL PROCEDIMIENTO FUERA (FH1): Código del hospital donde se realizó el procedimiento, según el Catálogo Nacional de Hospitales. Carácter, ancho 6, justificado con 0 a la izquierda. Los códigos de los hospitales ubicados en la Región de Murcia pueden consultarse en la *Tabla 2*. En caso de ser un hospital de otra comunidad autónoma y no conocerse su código, se anotará el código de la provincia donde está ubicado (*Tabla 4*), seguido de 4 nueves (XX9999); si sí se conoce el código del hospital, se consignará este. En caso de ser un hospital de otro país, se anotará el código del país (*Tabla 5*) seguido de 3 nueves (XXX999).

Información relativa al parto. Variables nº 237 a 262.

Se cumplimentarán en los casos en los que durante el episodio asistencial hubiese tenido lugar un parto (independientemente de si fue vaginal o por cesárea), exclusivamente en el CMBD al alta con internamiento (TIPOCMBD 01).

237. FECHA DE PARTO (FPARTO): Formato fecha (DD/MM/AAAA), ancho 10.

238. SEMANAS DE GESTACIÓN (SEMANAS): Carácter, ancho 2. Se recogerá de la fuente más fiable de las disponibles.

En los campos 239 a 262 se recogerán, para cada uno de los nacidos (hasta un máximo de 4), las siguientes variables (repitiéndose el esquema según se puede ver en la *Tabla 1B*):

239. FECHA DE NACIMIENTO DEL PRIMER NACIDO (FNAC1): Formato fecha (DD/MM/AAAA), ancho 10.

240. HORA DE NACIMIENTO DEL PRIMER NACIDO (HNAC1): Formato hora:minuto (00:00), ancho 5. Formato de 24 horas.



241. NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN DEL PRIMER NACIDO (NHNAC1): Número identificativo asignado al recién nacido (número unívoco asignado en el momento del parto, o número de historia clínica en caso de ingreso). Carácter, ancho 10.

242. PESO DEL PRIMER NACIDO (PESNONAC1): (ver *Tabla 1B*): Carácter, ancho 5. En gramos.

243. SEXO DEL PRIMER NACIDO (SEXONAC1): Carácter, ancho 1.

Códigos válidos:

1. Hombre
2. Mujer
3. Estados intersexuales o indeterminados
9. Desconocido

244. ESTADO DEL PRIMER NACIDO (ESTNAC1): Estado del producto de la concepción en el momento de la finalización del parto. Carácter, ancho 1.

Códigos válidos:

1. Vivo
2. Muerto

Otra información. Variables nºs 263-264.

263. CODIFICADOR (CODIFI): Carácter, ancho 6. Identifica al personal responsable de la codificación del registro a través de la clave que establezca el centro.

264. EXTRANJERO (EXTRAN): Carácter, ancho 1.

Códigos válidos:

- S: Sí
N: No



TABLAS

Tabla 1. Estructura de la base de datos. Campos obligatorios.

Tabla 1A. Estructura del fichero "PACIENTES".

Los campos **sombreados en gris** son de cumplimentación voluntaria. Las "X" marcan los campos que deben cumplimentarse en cada uno de los distintos tipos de CMBD (las casillas en blanco indican campo vacío).

Nº	Nombre	Descripción	Tipo	Ancho	Tipo de CMBD(*)									
					1	2	3	4	5	6	7	8	9	
1	HOSPITAL	Hospital	Carácter	6	X	X	X	X	X	X	X			
2	NOMBRE	Nombre	Carácter	50	X	X	X	X	X	X	X			
3	APELLIDO1	Primer apellido	Carácter	50	X	X	X	X	X	X	X			
4	APELLIDO2	Segundo apellido	Carácter	50	X	X	X	X	X	X	X			
5	CALLE	Calle de residencia del domicilio habitual	Carácter	60	X	X	X	X	X	X	X			
6	NUMERO	Número	Carácter	5	X	X	X	X	X	X	X			
7	PISO	Piso / puerta	Carácter	65	X	X	X	X	X	X	X			
8	RCIUDAD	Municipio de residencia	Carácter	3	X	X	X	X	X	X	X			
9	RPROVINCIA	Provincia de residencia	Carácter	2	X	X	X	X	X	X	X			
10	RPAIS	País de residencia	Carácter	3	X	X	X	X	X	X	X			
11	CP	Código postal	Carácter	5	X	X	X	X	X	X	X			
12	CIPSNS	CIP SNS	Carácter	20										
13	CIPCARM	CIP CARM	Carácter	16	X	X	X	X	X	X	X			
14	CODSNS	Código SNS	Carácter	20	X	X	X	X	X	X	X			
15	CIPIUE	CIP europeo	Carácter	20	X	X	X	X	X	X	X			
16	NSS	Nº afiliación Seguridad Social	Carácter	20	X	X	X	X	X	X	X			
17	TIPOPASS	Tipo documento (DNI/ tarjeta residente / pasaporte)	Carácter	1	X	X	X	X	X	X	X			
18	PASS	Nº DNI/tarjeta residente/pasaporte	Carácter	20	X	X	X	X	X	X	X			
19	CIASPRO	Código de asistencia sanitaria	Carácter	6										
20	NPROVINCIA	Provincia de nacimiento	Carácter	2	X	X	X	X	X	X	X			
21	NPAIS	País de nacimiento	Carácter	3	X	X	X	X	X	X	X			
22	NACIONAL	Nacionalidad	Carácter	3	X	X	X	X	X	X	X			
23	FNAC	Fecha de nacimiento	Fecha	10	X	X	X	X	X	X	X			
24	SEXO	Sexo	Carácter	1	X	X	X	X	X	X	X			
25	NHC	Nº de historia	Carácter	10	X	X	X	X	X	X	X			
26	ICU	Nº de episodio	Carácter	10	X	X	X	X	X	X	X			
27	ICULE	Nº de episodio de lista de espera quirúrgica	Carácter	10										

(*) 1.-Alta hospitalaria con ingreso (CMBD-AH). 2.-Cirugía mayor ambulatoria (CMBD-CMA). 3.-Cirugía menor (CMBD-cme). 4.-Hospital de día médico (CMBD-HDM). 5.

Procedimientos ambulatorios de especial complejidad (CMBD-PEC). 6. Hospitalización a domicilio (CMBD-HAD). 7.-Urgencias (CMBD-URG). 8.-Consultas externas de asistencia especializada (CMBD-CEX). 9.-Media/larga estancia sanitaria y sociosanitaria (CMBD-MLE)



Tabla 1B. Estructura del fichero "CMBD"

Los campos **sombreados en gris** son de cumplimentación voluntaria. Las "X" marcan los campos que deben cumplimentarse en cada uno de los distintos tipos de CMBD (las casillas en blanco indican campo vacío).

Nº	Nombre	Descripción	Tipo	Ancho	Tipo de CMBD ^(*)									
					1	2	3	4	5	6	7	8	9	
Información general del episodio														
1	TIPOCMBD	Tipo de CMBD	Carácter	2	X	X	X	X	X	X	X			
2	HOSPITAL	Hospital	Carácter	6	X	X	X	X	X	X	X			
3	ORIGEN	Origen de la demanda	Carácter	2	X	X	X	X	X	X	X			
4	HOSPORI	Hospital de origen	Carácter	6	X	X	X	X	X	X	X			
5	NHC	Nº de historia	Carácter	10	X	X	X	X	X	X	X			
6	ICU	Nº de episodio	Carácter	10	X	X	X	X	X	X	X			
7	ICULE	Nº de episodio de lista de espera quirúrgica	Carácter	10							X ^(&)			
8	CP	Código postal	Carácter	5	X	X	X	X	X	X	X			
9	CIPSNS	CIP SNS	Carácter	20										
10	CIPCARM	CIP CARM	Carácter	16	X	X	X	X	X	X	X			
11	CIASPRO	Código de asistencia sanitaria	Carácter	6										
12	FNAC	Fecha de nacimiento	Fecha	10	X	X	X	X	X	X	X			
13	SEXO	Sexo	Carácter	1	X	X	X	X	X	X	X			
14	FINSMS	Financiación (CARM)	Carácter	15	X	X	X	X	X	X	X			
15	FINSSCC	Financiación del episodio	Carácter	2	X	X	X	X	X	X	X			
Datos administrativos del ingreso														
16	TIPOING	Tipo de ingreso	Carácter	1	X	X	X	X	X	X	X			
17	FING	Fecha de ingreso	Fecha	10	X	X	X	X	X	X	X			
18	HING	Hora de ingreso	Hora	5	X	X	X	X	X	X	X			
19	MEDING	Médico responsable en el servicio de ingreso	Carácter	6	X	X	X	X	X	X	X			
20	SERING	Servicio de ingreso	Carácter	9	X	X	X	X	X	X	X			
21	SECING	Sección de ingreso	Carácter	9	X	X	X	X	X	X	X			
22	AREING	Área clínica de ingreso	Carácter	7	X	X	X	X	X	X				
23	FUNING	Unidad funcional de ingreso	Carácter	9	X	X	X	X	X	X				
24	ENFING	Unidad de enfermería de ingreso	Carácter	19	X	X	X	X	X	X	X			
25	SSCCING	Servicio de ingreso (código SSCC)	Carácter	3	X	X	X	X	X	X	X			

(*) 1.-Alta hospitalaria con ingreso (CMBD-AH). 2.-Cirugía mayor ambulatoria (CMBD-CMA). 3.-Cirugía menor (CMBD-cme). 4.-Hospital de día médico (CMBD-HDM). 5. Procedimientos ambulatorios de especial complejidad (CMBD-PEC). 6. Hospitalización a domicilio (CMBD-HAD). 7.-Urgencias (CMBD-URG). 8.-Consultas externas de asistencia especializada (CMBD-CEX). 9.-Media/larga estancia sanitaria y sociosanitario (CMBD-MLE)

(&) En el CMBD de urgencias, en el campo ICULE se consignará, en el caso de que el paciente cause ingreso en el mismo hospital donde ha sido asistido en el Servicio de Urgencias, el código ICU identificador del ingreso hospitalario.



Nº	Nombre	Descripción	Tipo	Ancho	Tipo de CMBD(*)									
					1	2	3	4	5	6	7	8	9	
Traslados intracentro de carácter médico														
26	FTMED1	Fecha traslado 1	Fecha	10	X	X	X	X	X					
27	HTMED1	Hora traslado 1	Hora	5	X	X	X	X	X					
28	MEDDES1	Médico responsable en servicio destino 1	Carácter	6	X	X	X	X	X	X	X			
29	SERDES1	Servicio destino 1	Carácter	9	X	X	X	X	X		X			
30	SECDES1	Sección destino 1	Carácter	9	X	X	X	X	X					
31	AREDES1	Área clínica destino 1	Carácter	7	X	X	X	X	X					
32	FUNDES1	Unidad funcional destino 1	Carácter	9	X	X	X	X	X					
33	FTMED2	Fecha traslado 2	Fecha	10	X	X	X	X	X					
34	HTMED2	Hora traslado 2	Hora	5	X	X	X	X	X					
35	MEDDES2	Médico responsable en servicio destino 2	Carácter	6	X	X	X	X	X	X	X			
36	SERDES2	Servicio destino 2	Carácter	9	X	X	X	X	X		X			
37	SECDES2	Sección destino 2	Carácter	9	X	X	X	X	X					
38	AREDES2	Área clínica destino 2	Carácter	7	X	X	X	X	X					
39	FUNDES2	Unidad funcional destino 2	Carácter	9	X	X	X	X	X					
40	FTMED3	Fecha traslado 3	Fecha	10	X									
41	HTMED3	Hora traslado 3	Hora	5	X									
42	MEDDES3	Médico responsable en servicio destino 3	Carácter	6	X	X	X	X	X	X	X			
43	SERDES3	Servicio destino 3	Carácter	9	X						X			
44	SECDES3	Sección destino 3	Carácter	9	X									
45	AREDES3	Área clínica destino 3	Carácter	7	X									
46	FUNDES3	Unidad funcional destino 3	Carácter	9	X									
47	FTMED4	Fecha traslado 4	Fecha	10	X									
48	HTMED4	Hora traslado 4	Hora	5	X									
49	MEDDES4	Médico responsable en servicio destino 4	Carácter	6	X	X	X	X	X	X	X			
50	SERDES4	Servicio destino 4	Carácter	9	X						X			
51	SECDES4	Sección destino 4	Carácter	9	X									
52	AREDES4	Área clínica destino 4	Carácter	7	X									
53	FUNDES4	Unidad funcional destino 4	Carácter	9	X									

(*) 1.-Alta hospitalaria con ingreso (CMBD-AH). 2.-Cirugía mayor ambulatoria (CMBD-CMA). 3.-Cirugía menor (CMBD-cme). 4.-Hospital de día médico (CMBD-HDM). 5. Procedimientos ambulatorios de especial complejidad (CMBD-PEC). 6. Hospitalización a domicilio (CMBD-HAD). 7.-Urgencias (CMBD-URG). 8.-Consultas externas de asistencia especializada (CMBD-CEX). 9.-Media/larga estancia sanitaria y sociosanitario (CMBD-MLE)



Nº	Nombre	Descripción	Tipo	Ancho	Tipo de CMBD(*)									
					1	2	3	4	5	6	7	8	9	
Traslados intracentro de carácter médico (cont.)														
54	FTMED5	Fecha traslado 5	Fecha	10	X									
55	HTMED5	Hora traslado 5	Hora	5	X									
56	MEDDES5	Médico responsable en servicio destino 5	Carácter	6	X	X	X	X	X	X	X			
57	SERDES5	Servicio destino 5	Carácter	9	X						X			
58	SECDES5	Sección destino 5	Carácter	9	X									
59	AREDES5	Área clínica destino 5	Carácter	7	X									
60	FUNDES5	Unidad funcional destino 5	Carácter	9	X									
61	FTMED6	Fecha traslado 6	Fecha	10	X									
62	HTMED6	Hora traslado 6	Hora	5	X									
63	MEDDES6	Médico responsable en servicio destino 6	Carácter	6	X	X	X	X	X	X	X			
64	SERDES6	Servicio destino 6	Carácter	9	X						X			
65	SECDES6	Sección destino 6	Carácter	9	X									
66	AREDES6	Área clínica destino 6	Carácter	7	X									
67	FUNDES6	Unidad funcional destino 6	Carácter	9	X									
68	FTMED7	Fecha traslado 7	Fecha	10	X									
69	HTMED7	Hora traslado 7	Hora	5	X									
70	MEDDES7	Médico responsable en servicio destino 7	Carácter	6	X									
71	SERDES7	Servicio destino 7	Carácter	9	X									
72	SECDES7	Sección destino 7	Carácter	9	X									
73	AREDES7	Área clínica destino 7	Carácter	7	X									
74	FUNDES7	Unidad funcional destino 7	Carácter	9	X									
75	FTMED8	Fecha traslado 8	Fecha	10	X									
76	HTMED8	Hora traslado 8	Hora	5	X									
77	MEDDES8	Médico responsable en servicio destino 8	Carácter	6	X									
78	SERDES8	Servicio destino 8	Carácter	9	X									
79	SECDES8	Sección destino 8	Carácter	9	X									
80	AREDES8	Área clínica destino 8	Carácter	7	X									
81	FUNDES8	Unidad funcional destino 8	Carácter	9	X									

(*) 1.-Alta hospitalaria con ingreso (CMBD-AH). 2.-Cirugía mayor ambulatoria (CMBD-CMA). 3.-Cirugía menor (CMBD-cme). 4.-Hospital de día médico (CMBD-HDM). 5. Procedimientos ambulatorios de especial complejidad (CMBD-PEC). 6. Hospitalización a domicilio (CMBD-HAD). 7.-Urgencias (CMBD-URG). 8.-Consultas externas de asistencia especializada (CMBD-CEX). 9.-Media/larga estancia sanitaria y sociosanitario (CMBD-MLE)



Nº	Nombre	Descripción	Tipo	Ancho	Tipo de CMBD(*)									
					1	2	3	4	5	6	7	8	9	
Traslados intracentro de carácter médico (cont.)														
82	FTMED9	Fecha traslado 9	Fecha	10	X									
83	HTMED9	Hora traslado 9	Hora	5	X									
84	MEDDES9	Médico responsable ser. Destino 9	Carácter	6	X									
85	SERDES9	Servicio destino 9	Carácter	9	X									
86	SECDES9	Sección destino 9	Carácter	9	X									
87	AREDES9	Área clínica destino 9	Carácter	7	X									
88	FUNDES9	Unidad funcional destino 9	Carácter	9	X									
89	FTMED10	Fecha traslado 10	Fecha	10	X									
90	HTMED10	Hora traslado 10	Hora	5	X									
91	MEDDES10	Médico responsable en servicio destino 10	Carácter	6	X									
92	SERDES10	Servicio destino 10	Carácter	9	X									
93	SECDES10	Sección destino 10	Carácter	9	X									
94	AREDES10	Área clínica destino 10	Carácter	7	X									
95	FUNDES10	Unidad funcional destino 10	Carácter	9	X									
Traslados intracentro de unidad de enfermería														
96	FTENF1	Fecha traslado 1	Fecha	10	X	X	X	X	X	X	X			
97	HTENF1	Hora traslado 1	Hora	5	X	X	X	X	X	X	X			
98	ENFDES1	Unidad enfermería destino 1	Carácter	19	X	X	X	X	X	X	X			
99	FTENF2	Fecha traslado 2	Fecha	10	X	X	X	X	X	X	X			
100	HTENF2	Hora traslado 2	Hora	5	X	X	X	X	X	X	X			
101	ENFDES2	Unidad enfermería destino 2	Carácter	19	X	X	X	X	X	X	X			
102	FTENF3	Fecha traslado 3	Fecha	10	X									
103	HTENF3	Hora traslado 3	Hora	5	X									
104	ENFDES3	Unidad enfermería destino 3	Carácter	19	X									
105	FTENF4	Fecha traslado 4	Fecha	10	X									
106	HTENF4	Hora traslado 4	Hora	5	X									
107	ENFDES4	Unidad enfermería destino 4	Carácter	19	X									
108	FTENF5	Fecha traslado 5	Fecha	10	X									
109	HTENF5	Hora traslado 5	Hora	5	X									
110	ENFDES5	Unidad enfermería destino 5	Carácter	19	X									
111	FTENF6	Fecha traslado 6	Fecha	10	X									
112	HTENF6	Hora traslado 6	Hora	5	X									
113	ENFDES6	Unidad enfermería destino 6	Carácter	19	X									

(*) 1.-Alta hospitalaria con ingreso (CMBD-AH). 2.-Cirugía mayor ambulatoria (CMBD-CMA). 3.-Cirugía menor (CMBD-cme). 4.-Hospital de día médico (CMBD-HDM). 5. Procedimientos ambulatorios de especial complejidad (CMBD-PEC). 6. Hospitalización a domicilio (CMBD-HAD). 7.-Urgencias (CMBD-URG). 8.-Consultas externas de asistencia especializada (CMBD-CEX). 9.-Media/larga estancia sanitaria y sociosanitario (CMBD-MLE)



Nº	Nombre	Descripción	Tipo	Ancho	Tipo de CMBD(*)														
					1	2	3	4	5	6	7	8	9						
Traslados intracentro de unidad de enfermería (cont.)																			
114	FTENF7	Fecha traslado 7	Fecha	10	X														
115	HTENF7	Hora traslado 7	Hora	5	X														
116	ENFDES7	Unidad enfermería destino 7	Carácter	19	X														
117	FTENF8	Fecha traslado 8	Fecha	10	X														
118	HTENF8	Hora traslado 8	Hora	5	X														
119	ENFDES8	Unidad enfermería destino 8	Carácter	19	X														
120	FTENF9	Fecha traslado 9	Fecha	10	X														
121	HTENF9	Hora traslado 9	Hora	5	X														
122	ENFDES9	Unidad enfermería destino 9	Carácter	19	X														
123	FTENF10	Fecha traslado 10	Fecha	10	X														
124	HTENF10	Hora traslado 10	Hora	5	X														
125	ENFDES10	Unidad enfermería destino 10	Carácter	19	X														
Datos administrativos del alta																			
126	FALTA	Fecha de alta	Fecha	10	X	X	X	X	X	X	X	X							
127	HALTA	Hora de alta	Hora	5	X	X	X	X	X	X	X	X							
128	SERALTA	Servicio de alta	Carácter	9	X	X	X	X	X	X	X	X							
129	SECALTA	Sección de alta	Carácter	9	X	X	X	X	X	X	X	X							
130	AREALTA	Área clínica de alta	Carácter	7	X	X	X	X	X	X	X								
131	FUNALTA	Unidad funcional de alta	Carácter	9	X	X	X	X	X	X	X								
132	ENFALTA	Unidad de enfermería de alta	Carácter	19	X	X	X	X	X	X	X	X							
133	MEDALTA	Médico responsable del alta	Carácter	6	X	X	X	X	X	X	X	X							
134	SSCCALTA	Código de servicio de alta (SSCC)	Carácter	3	X	X	X	X	X	X	X	X							
135	TIPOALTA	Circunstancias del alta	Carácter	2	X	X	X	X	X	X	X	X							
136	HOSPDES	Hospital destino	Carácter	6	X	X	X	X	X	X	X	X							
137	FINT	Fecha de intervención	Fecha	10	X	X	X	X	X	X	X	X							
138	HINT	Hora de intervención	Hora	5	X	X	X	X	X	X	X	X							
Morfología de neoplasias																			
139	M1	Código de morfología neoplasia M1	Carácter	7	X	X	X	X	X	X	X	X ^(§)							
140	M2	Código de morfología neoplasia M2	Carácter	7	X	X	X	X	X	X	X								
141	M3	Código de morfología neoplasia M3	Carácter	7	X	X	X	X	X	X	X								
142	M4	Código de morfología neoplasia M4	Carácter	7	X	X	X	X	X	X	X								
143	M5	Código de morfología neoplasia M5	Carácter	7	X	X	X	X	X	X	X								
144	M6	Código de morfología neoplasia M6	Carácter	7	X	X	X	X	X	X	X								
145	M7	Código de morfología neoplasia M7	Carácter	7	X	X	X	X	X	X	X								

(*) 1.-Alta hospitalaria con ingreso (CMBD-AH). 2.-Cirugía mayor ambulatoria (CMBD-CMA). 3.-Cirugía menor (CMBD-cme). 4.-Hospital de día médico (CMBD-HDM). 5. Procedimientos ambulatorios de especial complejidad (CMBD-PEC). 6. Hospitalización a domicilio (CMBD-HAD). 7.-Urgencias (CMBD-URG). 8.-Consultas externas de asistencia especializada (CMBD-CEX). 9.-Media/larga estancia sanitaria y sociosanitario (CMBD-MLE).

(§) En el CMBD de urgencias, en el campo M1 se consignará el valor de prioridad de asistencia asignado tras el triaje.



Nº	Nombre	Descripción	Tipo	Ancho	Tipo de CMBD(*)									
					1	2	3	4	5	6	7	8	9	
Diagnósticos														
146	C1	Diagnóstico principal C1	Carácter	8	X	X	X	X	X	X	X			
147	CN1	Diagnóstico principal C1 presente al ingreso	Carácter	1	X									
148	C2	Diagnóstico secundario C2	Carácter	8	X	X	X	X	X	X	X			
149	CN2	Diagnóstico secundario C2 presente al ingreso	Carácter	1	X									
150	C3	Diagnóstico secundario C3	Carácter	8	X	X	X	X	X	X	X			
151	CN3	Diagnóstico secundario C3 presente al ingreso	Carácter	1	X									
152	C4	Diagnóstico secundario C4	Carácter	8	X	X	X	X	X	X	X			
153	CN4	Diagnóstico secundario C4 presente al ingreso	Carácter	1	X									
154	C5	Diagnóstico secundario C5	Carácter	8	X	X	X	X	X	X	X			
155	CN5	Diagnóstico secundario C5 presente al ingreso	Carácter	1	X									
156	C6	Diagnóstico secundario C6	Carácter	8	X	X	X	X	X	X	X			
157	CN6	Diagnóstico secundario C6 presente al ingreso	Carácter	1	X									
158	C7	Diagnóstico secundario C7	Carácter	8	X	X	X	X	X	X	X			
159	CN7	Diagnóstico secundario C7 presente al ingreso	Carácter	1	X									
160	C8	Diagnóstico secundario C8	Carácter	8	X	X	X	X	X	X	X			
161	CN8	Diagnóstico secundario C8 presente al ingreso	Carácter	1	X									
162	C9	Diagnóstico secundario C9	Carácter	8	X	X	X	X	X	X	X			
163	CN9	Diagnóstico secundario C9 presente al ingreso	Carácter	1	X									
164	C10	Diagnóstico secundario C10	Carácter	8	X	X	X	X	X	X	X			
165	CN10	Diagnóstico secundario C10 presente al ingreso	Carácter	1	X									
166	C11	Diagnóstico secundario C11	Carácter	8	X	X	X	X	X	X	X			
167	CN11	Diagnóstico secundario C11 presente al ingreso	Carácter	1	X									
168	C12	Diagnóstico secundario C12	Carácter	8	X	X	X	X	X	X	X			
169	CN12	Diagnóstico secundario C12 presente al ingreso	Carácter	1	X									
170	C13	Diagnóstico secundario C13	Carácter	8	X	X	X	X	X	X	X			
171	CN13	Diagnóstico secundario C13 presente al ingreso	Carácter	1	X									

(*) 1.-Alta hospitalaria con ingreso (CMBD-AH). 2.-Cirugía mayor ambulatoria (CMBD-CMA). 3.-Cirugía menor (CMBD-cme). 4.-Hospital de día médico (CMBD-HDM). 5. Procedimientos ambulatorios de especial complejidad (CMBD-PEC). 6. Hospitalización a domicilio (CMBD-HAD). 7.-Urgencias (CMBD-URG). 8.-Consultas externas de asistencia especializada (CMBD-CEX). 9.-Media/larga estancia sanitaria y sociosanitario (CMBD-MLE)



Nº	Nombre	Descripción	Tipo	Ancho	Tipo de CMBD(*)									
					1	2	3	4	5	6	7	8	9	
Procedimientos quirúrgicos/obstétricos														
172	T1	Proc quirúr/obstétrico principal T1	Carácter	7	X	X	X	X	X	X				
173	FT1	Fecha T1	Fecha	10	X	X	X	X	X	X				
174	HT1	Hora T1	Hora	5	X	X	X	X	X	X				
175	T2	Proc quirúr/obstétrico T2	Carácter	7	X	X	X	X	X	X				
176	FT2	Fecha T2	Fecha	10	X	X	X	X	X	X				
177	HT2	Hora T2	Hora	5	X	X	X	X	X	X				
178	T3	Proc quirúr/obstétrico T3	Carácter	7	X	X	X	X	X	X				
179	FT3	Fecha T3	Fecha	10	X	X	X	X	X	X				
180	HT3	Hora T3	Hora	5	X	X	X	X	X	X				
181	T4	Proc quirúr/obstétrico T4	Carácter	7	X	X	X	X	X	X				
182	FT4	Fecha T4	Fecha	10	X	X	X	X	X	X				
183	HT4	Hora T4	Hora	5	X	X	X	X	X	X				
184	T5	Proc quirúr/obstétrico T5	Carácter	7	X	X	X	X	X	X				
185	FT5	Fecha T5	Fecha	10	X	X	X	X	X	X				
186	HT5	Hora T5	Hora	5	X	X	X	X	X	X				
187	T6	Proc quirúr/obstétrico T6	Carácter	7	X	X	X	X	X	X				
188	FT6	Fecha T6	Fecha	10	X									
189	HT6	Hora T6	Hora	5	X									
190	T7	Proc quirúr/obstétrico T7	Carácter	7	X	X	X	X	X	X				
191	FT7	Fecha T7	Fecha	10	X									
192	HT7	Hora T7	Hora	5	X									
193	T8	Proc quirúr/obstétrico T8	Carácter	7	X	X	X	X	X	X				
194	FT8	Fecha T8	Fecha	10	X									
195	HT8	Hora T8	Hora	5	X									
Procedimientos diagnósticos/terapéuticos														
196	P1	Procedimiento diagnóst/terap P1	Carácter	7	X	X	X	X	X	X				
197	FP1	Fecha P1	Fecha	10	X	X	X	X	X	X				
198	P2	Procedimiento diagnóst/terap P2	Carácter	7	X	X	X	X	X	X				
199	FP2	Fecha P2	Fecha	10	X	X	X	X	X	X				
200	P3	Procedimiento diagnóst/terap P3	Carácter	7	X	X	X	X	X	X				
201	FP3	Fecha P3	Fecha	10	X	X	X	X	X	X				
202	P4	Procedimiento diagnóst/terap P4	Carácter	7	X	X	X	X	X	X				
203	FP4	Fecha P4	Fecha	10	X	X	X	X	X	X				
204	P5	Procedimiento diagnóst/terap P5	Carácter	7	X	X	X	X	X	X				
205	FP5	Fecha P5	Fecha	10	X	X	X	X	X	X				
206	P6	Procedimiento diagnóst/terap P6	Carácter	7	X									
207	FP6	Fecha P6	Fecha	10	X									

(*) 1.-Alta hospitalaria con ingreso (CMBD-AH). 2.-Cirugía mayor ambulatoria (CMBD-CMA). 3.-Cirugía menor (CMBD-cme). 4.-Hospital de día médico (CMBD-HDM). 5. Procedimientos ambulatorios de especial complejidad (CMBD-PEC). 6. Hospitalización a domicilio (CMBD-HAD). 7.-Urgencias (CMBD-URG). 8.-Consultas externas de asistencia especializada (CMBD-CEX). 9.-Media/larga estancia sanitaria y sociosanitario (CMBD-MLE)



Nº	Nombre	Descripción	Tipo	Ancho	Tipo de CMBD(*)													
					1	2	3	4	5	6	7	8	9					
Procedimientos diagnósticos/terapéuticos (cont.)																		
208	P7	Procedimiento diagnóst/terap P7	Carácter	7	X													
209	FP7	Fecha P7	Fecha	10	X													
210	P8	Procedimiento diagnóst/terap P8	Carácter	7	X													
211	FP8	Fecha P8	Fecha	10	X													
212	P9	Procedimiento diagnóst/terap P9	Carácter	7	X													
213	FP9	Fecha P9	Fecha	10	X													
214	P10	Procedimiento diagnóst/terap P10	Carácter	7	X													
215	FP10	Fecha P10	Fecha	10	X													
216	P11	Procedimiento diagnóst/terap P11	Carácter	7	X													
217	FP11	Fecha P11	Fecha	10	X													
218	P12	Procedimiento diagnóst/terap P12	Carácter	7	X													
219	FP12	Fecha p12	Fecha	10	X													
220	P13	Procedimiento diagnóst/terap P13	Carácter	7	X													
221	FP13	Fecha P13	Fecha	10	X													
Procedimientos realizados en otros centros																		
222	F1	Procedimiento fuera F1	Carácter	7	X						X							
223	FF1	Fecha F1	Fecha	10	X						X							
224	FH1	Hospital procedimiento F1	Carácter	6	X						X							
225	F2	Procedimiento fuera F2	Carácter	7	X						X							
226	FF2	Fecha F2	Fecha	10	X						X							
227	FH2	Hospital procedimiento F2	Carácter	6	X						X							
228	F3	Procedimiento fuera F3	Carácter	7	X						X							
229	FF3	Fecha F3	Fecha	10	X						X							
230	FH3	Hospital procedimiento F3	Carácter	6	X						X							
231	F4	Procedimiento fuera F4	Carácter	7	X						X							
232	FF4	Fecha F4	Fecha	10	X						X							
233	FH4	Hospital procedimiento F4	Carácter	6	X						X							
234	F5	Procedimiento fuera F5	Carácter	7	X						X							
235	FF5	Fecha F5	Fecha	10	X						X							
236	FH5	Hospital procedimiento F5	Carácter	6	X						X							

(*) 1.-Alta hospitalaria con ingreso (CMBD-AH). 2.-Cirugía mayor ambulatoria (CMBD-CMA). 3.-Cirugía menor (CMBD-cme). 4.-Hospital de día médico (CMBD-HDM). 5. Procedimientos ambulatorios de especial complejidad (CMBD-PEC). 6. Hospitalización a domicilio (CMBD-HAD). 7.-Urgencias (CMBD-URG). 8.-Consultas externas de asistencia especializada (CMBD-CEX). 9.-Media/larga estancia sanitaria y sociosanitario (CMBD-MLE)



Nº	Nombre	Descripción	Tipo	Ancho	Tipo de CMBD(*)														
					1	2	3	4	5	6	7	8	9						
Campos relativos al parto																			
237	FPARTO	Fecha de parto	Fecha	10	X														
238	SEMANAS	Semanas de gestación	Carácter	2	X														
239	FNAC1	Fecha nacimiento nacido 1º	Fecha	10	X														
240	HNAC1	Hora nacimiento nacido 1º	Hora	5	X														
241	NHNAC1	Número de identificación nacido 1º	Carácter	10	X														
242	PESNONAC1	Peso nacido 1º	Carácter	5	X														
243	SEXONAC1	Sexo nacido 1º	Carácter	1	X														
244	ESTNAC1	Estado nacido 1º	Carácter	1	X														
245	FNAC2	Fecha nacimiento nacido 2º	Fecha	10	X														
246	HNAC2	Hora nacimiento nacido 2º	Hora	5	X														
247	NHNAC2	Número de identificación nacido 2º	Carácter	10	X														
248	PESNONAC2	Peso nacido 2º	Carácter	5	X														
249	SEXONAC2	Sexo nacido 2º	Carácter	1	X														
250	ESTNAC2	Estado nacido 2º	Carácter	1	X														
251	FNAC3	Fecha nacimiento nacido 3º	Fecha	10	X														
252	HNAC3	Hora nacimiento nacido 3º	Hora	5	X														
253	NHNAC3	Número de identificación nacido 3º	Carácter	10	X														
254	PESNONAC3	Peso nacido 3º	Carácter	5	X														
255	SEXONAC3	Sexo nacido 3º	Carácter	1	X														
256	ESTNAC3	Estado nacido 3º	Carácter	1	X														
257	FNAC4	Fecha nacimiento nacido 4º	Fecha	10	X														
258	HNAC4	Hora nacimiento nacido 4º	Hora	5	X														
259	NHNAC4	Número de identificación nacido 4º	Carácter	10	X														
260	PESNONAC4	Peso nacido 4º	Carácter	5	X														
261	SEXONAC4	Sexo nacido 4º	Carácter	1	X														
262	ESTNAC4	Estado nacido 4º	Carácter	1	X														
Otra información																			
263	CODIFI	Codificador	Carácter	6	X	X	X	X	X	X	X	X							
264	EXTRAN	Extranjero	Carácter	1	X	X	X	X	X	X	X	X							

(*) 1.-Alta hospitalaria con ingreso (CMBD-AH). 2.-Cirugía mayor ambulatoria (CMBD-CMA). 3.-Cirugía menor (CMBD-cme). 4.-Hospital de día médico (CMBD-HDM). 5. Procedimientos ambulatorios de especial complejidad (CMBD-PEC). 6. Hospitalización a domicilio (CMBD-HAD). 7.-Urgencias (CMBD-URG). 8.-Consultas externas de asistencia especializada (CMBD-CEX). 9.-Media/larga estancia sanitaria y sociosanitario (CMBD-MLE)



Tabla 2: Códigos de los hospitales de la Región de Murcia. Catálogo Nacional de Hospitales (a 31 de diciembre de 2018)

CÓDIGO	NOMBRE
300011	H. Clínico U. Virgen de la Arrixaca
300026	H. Gral. U. Reina Sofía
300032	H. Psiquiátrico Román Alberca
300050	Hospital Quirónsalud Murcia
300079	Hospital La Vega
300085	Hospital Mesa del Castillo
300098	Sanatorio Doctor Muñoz, S.L.
300119	C. Médico-Quirúrgica San José, S.A.
300124	H. Comarcal del Noroeste
300130	Clínica Doctor Bernal, S.L.
300145 ^(*)	Complejo Hosp. U. de Cartagena
300161	Santo y Real Hospital de Caridad
300177	H. Ntra. Sr ^a del Perpetuo Socorro
300196	Fundación Hospital Real Piedad
300217	Hospital Virgen del Alcázar de Lorca
300222	Hospital Gral. U. Los Arcos del Mar Menor
300243	H. Virgen del Castillo
300256	H. Rafael Méndez
300269	H. Gral. U. J. M. Morales Meseguer
300275	Hospital Ibermutuamur - Patología Laboral
300281	H. de la Vega Lorenzo Guirao
300294	Hospital de Molina
300317	Clínica San Felipe del Mediterráneo
300339	Hospital de Cuidados Medios Villademar
300340	Residencia Los Almendros
300384	Hospital CMV Caridad Cartagena
Cód Provincia ^(**) + 9999	Hospitales de otras comunidades autónomas.
Cód País ^(***) + 999	Hospitales de otros países.

(*) A efectos del CMBD se mantiene el código del H.Santa M^a del Rosell (300145) por razones históricas, para mantener la continuidad de las series de datos. No se utilizarán los códigos 300351 (Complejo Hospitalario de Cartagena) ni 300362 (H. G. U. Santa Lucía).

(**) Los códigos de las provincias pueden consultarse en la *Tabla 4* o en la página web del INE: http://www.ine.es/daco/daco42/codmun/cod_provincia.htm (consultado 15/10/2020)

(***) Los códigos de los países pueden consultarse en la *Tabla 5*.



Tabla 3. Relación de los códigos de los municipios de la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia (códigos INE).

NOMBRE	CÓDIGO	NOMBRE	CÓDIGO
Abanilla	001	Lorca	024
Abarán	002	Lorquí	025
Águilas	003	Mazarrón	026
Albudeite	004	Molina de Segura	027
Alcantarilla	005	Moratalla	028
Alcázares, Los	902	Mula	029
Aledo	006	Murcia	030
Alguazas	007	Ojós	031
Alhama de Murcia	008	Pliego	032
Archena	009	Puerto Lumbreras	033
Beniel	010	Ricote	034
Blanca	011	San Javier	035
Bullas	012	San Pedro del Pinatar	036
Calasparra	013	Santomera	901
Campos del Río	014	Torre-Pacheco	037
Caravaca de la Cruz	015	Torres de Cotillas, Las	038
Cartagena	016	Totana	039
Cehegín	017	Ulea	040
Ceutí	018	Unión, La	041
Cieza	019	Villanueva del Río Segura	042
Fortuna	020	Yecla	043
Fuente Álamo de Murcia	021		
Jumilla	022	No procede (no Región)	888
Librilla	023	Desconocida	999



Tabla 4. Relación de los códigos de las provincias españolas (códigos INE).

CÓDIGO	NOMBRE	CÓDIGO	NOMBRE
01	Álava/Araba	29	Málaga
02	Albacete	30	Murcia
03	Alicante/Alacant	31	Navarra
04	Almería	32	Orense
05	Avila	33	Asturias
06	Badajoz	34	Palencia
07	Baleares, Islas/Balears, Illes	35	Palmas, Las
08	Barcelona	36	Pontevedra
09	Burgos	37	Salamanca
10	Cáceres	38	Santa Cruz de Tenerife
11	Cádiz	39	Cantabria
12	Castellón/Castelló	40	Segovia
13	Ciudad Real	41	Sevilla
14	Córdoba	42	Soria
15	Coruña, La/A	43	Tarragona
16	Cuenca	44	Teruel
17	Gerona/Girona	45	Toledo
18	Granada	46	Valencia/València
19	Guadalajara	47	Valladolid
20	Guipúzcoa/Gipuzkoa	48	Vizcaya/Bizkaia
21	Huelva	49	Zamora
22	Huesca	50	Zaragoza
23	Jaén	51	Ceuta
24	León	52	Melilla
25	Lérida/Lleida		
26	La Rioja	88	No procede (extranjero)
27	Lugo	99	Desconocida
28	Madrid		



Tabla 5. Relación de los códigos de países.

Códigos basados en los códigos ISO. Las celdas sombreadas en gris hacen referencia a países que, debido a cambios políticos, no existen como tales en la actualidad o no son denominados como tales (códigos eliminados por la norma ISO 3.166). Sin embargo los códigos de estos países se mantienen aquí por coherencia con el archivo histórico y para posibilitar la codificación del país de nacimiento en caso de que este ya no exista.

CÓDIGO	Nombre ISO oficial del país o territorio
004	Afganistán
008	Albania
010	Antártida
012	Argelia
016	Samoa Americana
020	Andorra
024	Angola
028	Antigua y Barbuda
031	Azerbaiyán
032	Argentina
036	Australia
040	Austria
044	Bahamas (las)
048	Bahrein
050	Bangladesh
051	Armenia
052	Barbados
056	Bélgica
060	Bermudas
064	Bhután
068	Bolivia (Estado Plurinacional de)
070	Bosnia y Herzegovina
072	Botswana
074	Bouvet, Isla
076	Brasil
084	Belice
086	Territorio Británico del Océano Índico (el)
090	Salomón, Islas

CÓDIGO	Nombre ISO oficial del país o territorio
092	Virgenes británicas, Islas
096	Brunei Darussalam
100	Bulgaria
104	Myanmar
108	Burundi
112	Belarús
116	Camboya
120	Camerún
124	Canadá
132	Cabo Verde
136	Caimán, (las) Islas
140	República Centroafricana (la)
144	Sri Lanka
148	Chad
152	Chile
156	China
158	Taiwán (Provincia de China)
162	Navidad, Isla de
166	Cocos / Keeling, (las) Islas
170	Colombia
174	Comoras (las)
175	Mayotte
178	Congo (el)
180	Congo (la República Democrática del)
184	Cook, (las) Islas
188	Costa Rica
191	Croacia
192	Cuba
196	Chipre



CÓDIGO	Nombre ISO oficial del país o territorio
200	Checoslovaquia
203	Chequia
204	Benin
208	Dinamarca
212	Dominica
214	Dominicana, (la) República
218	Ecuador
222	El Salvador
226	Guinea Ecuatorial
231	Etiopía
232	Eritrea
233	Estonia
234	Feroe, (las) Islas
238	Malvinas [Falkland], (las) Islas
239	Georgia del Sur (la) y las Islas Sandwich del Sur
242	Fiji
246	Finlandia
248	Åland, Islas
249	Francia Metropolitana
250	Francia
254	Guayana Francesa
258	Polinesia Francesa
260	Tierras Australes Francesas (las)
262	Djibouti
266	Gabón
268	Georgia
270	Gambia (la)
275	Palestina, Estado de
276	Alemania
278	Alemania Oriental (antes de la reunificación de Alemania)
280	Alemania Occidental (antes de la reunificación de Alemania)
288	Ghana
292	Gibraltar
296	Kiribati
300	Grecia
304	Groenlandia

CÓDIGO	Nombre ISO oficial del país o territorio
308	Granada
312	Guadeloupe
316	Guam
320	Guatemala
324	Guinea
328	Guyana
332	Haití
334	Heard (Isla) e Islas McDonald
336	Santa Sede (la)
340	Honduras
344	Hong Kong
348	Hungría
352	Islandia
356	India
360	Indonesia
364	Irán (República Islámica de)
368	Iraq
372	Irlanda
376	Israel
380	Italia
384	Costa de Marfil (Côte d'Ivoire)
388	Jamaica
392	Japón
398	Kazajstán
400	Jordania
404	Kenya
408	Corea (la República Popular Democrática de)
410	Corea (la República de)
414	Kuwait
417	Kirguistán
418	Lao, (la) República Democrática Popular
422	Líbano
426	Lesotho
428	Letonia
430	Liberia
434	Libia
438	Liechtenstein
440	Lituania



CÓDIGO	Nombre ISO oficial del país o territorio
442	Luxemburgo
446	Macao
450	Madagascar
454	Malawi
458	Malasia
462	Maldivas
466	Malí
470	Malta
474	Martinique
478	Mauritania
480	Mauricio
484	México
492	Mónaco
496	Mongolia
498	Moldova (la República de)
499	Montenegro
500	Montserrat
504	Marruecos
508	Mozambique
512	Omán
516	Namibia
520	Nauru
524	Nepal
528	Países Bajos (los)
530	Antillas Neerlandesas (después de que Aruba se escindiera en 1986)
531	Curaçao
532	Antillas Neerlandesas (antes de que Aruba se escindiera en 1986)
533	Aruba
534	Sint Maarten (parte neerlandesa)
535	Bonaire, San Eustaquio y Saba
540	Nueva Caledonia
548	Vanuatu
554	Nueva Zelanda
558	Nicaragua
562	Níger (el)
566	Nigeria
570	Niue

CÓDIGO	Nombre ISO oficial del país o territorio
574	Norfolk, Isla
578	Noruega
580	Marianas del Norte, (las) Islas
581	Islas Ultramarinas Menores de los Estados Unidos (las)
583	Micronesia (Estados Federados de)
584	Marshall, (las) Islas
585	Palau
586	Pakistán
590	Panamá (antes de integrar la Zona del Canal de Panamá en 1979)
591	Panamá
598	Papua Nueva Guinea
600	Paraguay
604	Perú
608	Filipinas (las)
612	Pitcairn
616	Polonia
620	Portugal
624	Guinea Bissau
626	Timor-Leste
630	Puerto Rico
634	Qatar
638	Reunión
642	Rumania
643	Rusia, (la) Federación de
646	Rwanda
652	Saint Barthélemy
654	Santa Helena, Ascensión y Tristán de Acuña
659	Saint Kitts y Nevis
660	Anguila
662	Santa Lucía
666	San Pedro y Miquelón
670	San Vicente y las Granadinas
674	San Marino
678	Santo Tomé y Príncipe
682	Arabia Saudita
686	Senegal
688	Serbia



CÓDIGO	Nombre ISO oficial del país o territorio
690	Seychelles
694	Sierra leona
702	Singapur
703	Eslovaquia
704	Viet Nam
705	Eslovenia
706	Somalia
710	Sudáfrica
716	Zimbabwe
724	España
728	Sudán del Sur
729	Sudán (el)
732	Sahara Occidental
736	Sudán (antes de que Sudán del Sur se escindiera en 2011)
740	Suriname
744	Svalbard y Jan Mayen
748	Swazilandia
752	Suecia
756	Suiza
760	República Árabe Siria
762	Tayikistán
764	Tailandia
768	Togo
772	Tokelau
776	Tonga
780	Trinidad y Tobago
784	Emiratos Árabes Unidos (los)
788	Túnez
792	Turquía
795	Turkmenistán

CÓDIGO	Nombre ISO oficial del país o territorio
796	Turcas y Caicos, (las) Islas
798	Tuvalu
800	Uganda
804	Ucrania
807	Macedonia (la ex República Yugoslava de)
810	Unión Soviética
818	Egipto
826	Reino Unido de Gran Bretaña e Irlanda del Norte (el)
831	Guernsey
832	Jersey
833	Isla de Man
834	Tanzania, República Unida de
840	Estados Unidos de América (los)
850	Vírgenes de los Estados Unidos, Islas
854	Burkina Faso
858	Uruguay
860	Uzbekistán
862	Venezuela (República Bolivariana de)
876	Wallis y Futuna
882	Samoa
887	Yemen
890	Yugoslavia
891	Serbia y Montenegro
894	Zambia
555	Apátridas
998	Otros no codificados
999	Desconocido



Tabla 6. Códigos de servicios y unidades

CÓDIGO	SERVICIO	CÓDIGO	SERVICIO
ACL	Análisis Clínicos	MIV	Medicina Intensiva
ACV	Angiología / Cir. Vascul ar	MNU	Medicina Nuclear
ALG	Alergología	MPR	Medicina Preventiva
ANR	Anestesia y Reanimación	NEF	Nefrología
APA	Anatomía Patológica	NEO	Neonatología
BCS	Banco de sangre	NFL	Neurofisiología Clínica
BIO	Bioquímica Clínica	NML	Neumología
CAR	Cardiología	NRC	Neurocirugía
CCA	Cirugía Cardíaca	NRL	Neurología
CGD	Cirugía Gral y de Digestivo	OBG	Obstetricia y Ginecología
CMF	Cirugía Maxilofacial	OBS	Obstetricia
CPE	Cirugía Pediátrica	OFT	Oftalmología
CPL	Cirugía Plástica	ONC	Oncología Médica
CTO	Cirugía Torácica	ONR	Oncología Radioterápica
DER	Dermatología	ORL	Otorrinolaringología
DES	Desconocido	PED	Pediatría
DIG	Digestivo	PSQ	Psiquiatría
END	Endocrinología	RAD	Radiología
FAC	Farmacología Clínica	REH	Rehabilitación
FAR	Farmacia	REU	Reumatología
GEN	Genética	TRA	Traumatología
GIN	Ginecología	URG	Urgencias
GRT	Geriatría	URO	Urología
HAD	Hospitalización a domicilio	ULE	Unidad de media-larga estancia
HEL	Hematología Laboratorio		
HEM	Hematología		UNIDADES
INM	Inmunología	UCP	Unidad de Cuidados Paliativos
LAB	Laboratorios	UDO	Unidad del Dolor
MIC	Microbiología y Parasitología	UTR	Unidad extracción y trasplante
MIR	Medicina Interna	UTX	Unidad de desintoxicación
Códigos Internos del CMBD (*)			
ADM	Servicios administrativos	CEX	Consultas Externas

(*) Códigos internos del CMBD, de uso exclusivo por parte del Registro Regional, para poder mapear todos los Códigos de Servicios que utilizan los Hospitales.