



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

Centros ambulatorios de
Atención Especializada



Marzo de 2021



Registro de versiones

Versión	Fecha	Naturaleza de la modificación
1.0	9 de marzo de 2021	Versión inicial

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. Centros ambulatorios de atención especializada. Murcia: Consejería de Salud; 2021

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.....	11
A. Definición del fichero “PACIENTES”.....	11
Datos del domicilio habitual del paciente. Variables nº 5 a 11.....	11
Identificadores personales y de asistencia sanitaria. Variables nº 13 a 18.....	13
Datos relativos al nacimiento y nacionalidad. Variables nº 20 a 23.....	14
Otros identificadores. Variables nº 25 a 27.....	14
B. Definición del fichero “CMBD”.....	15
Información general del episodio. Variables nº 1 a 15.....	15
Datos administrativos del ingreso. Variables nº 16 a 25.....	19
Traslados intracentro. Variables nº 26 a 125.....	19
Datos administrativos relativos al alta. Variables nº 126 a 138.....	19
Diagnósticos y procedimientos. Variables nº 139 a 236.....	21
Información relativa al parto. Variables nº 237 a 262.....	23
Otra información. Variables nºs 263-264.....	23
TABLAS.....	24
Tabla 1. Estructura de la base de datos. Campos obligatorios.....	24
Tabla 1A. Estructura del fichero “PACIENTES”.....	24
Tabla 1B. Estructura del fichero “CMBD”.....	25
Tabla 2: Códigos de los hospitales de la Región de Murcia. Catálogo Nacional de Hospitales.....	29
Tabla 3. Relación de los códigos de los municipios de la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia (códigos INE).....	30
Tabla 4. Relación de los códigos de las provincias españolas (códigos INE).....	31
Tabla 5. Relación de los códigos de países.....	32
Tabla 6. Códigos de servicios y unidades.....	36



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. 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). Su cumplimentación es obligatoria para todos los hospitales, así como para los centros ambulatorios especializados, tanto públicos como privados (artículo 3). Se incluyen por tanto los centros ambulatorios de la categoría 2.5 según el Real Decreto 1277/2003, de 10 de octubre, por el que se establecen las bases generales sobre autorización de centros, servicios y establecimientos sanitarios².

En la Región de Murcia el CMBD se reguló mediante el Decreto 34/1999, de 26 de mayo³, 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 centros, cumplimentándose adecuadamente todos los campos para los que

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

² Disponible en <https://www.boe.es/eli/es/rd/2003/10/10/1277> (consultado el 24/11/2020)

³ Disponible en www.murciasalud.es/legislacion.php?id=4934&idsec=1935 (consultado el 14/10/2020)



exista información), homogeneidad (las variables a recoger y la codificación de las mismas deben ser iguales para todos los centros) y calidad de la información. Teniendo en cuenta todo ello se ha definido una estructura del CMBD común, que facilite el intercambio de datos y su explotación homogénea, y que pueda responder a necesidades futuras (como la ampliación a otras modalidades asistenciales aún no incorporadas).

La atención especializada se realiza en el ámbito hospitalario y extrahospitalario. Dentro del hospital 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. Esta modalidad asistencial ambulatoria se realiza tanto en el ámbito hospitalario, donde el CMBD ya la recoge, como en el extrahospitalario, habiendo incorporado este último cada vez más procedimientos complejos y un volumen de pacientes creciente, lo que ha despertado el interés por analizar su casuística.

Siguiendo esta lógica conceptual, 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, cada acto asistencial que se realice en determinado centro 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)

Según se especifica en el RD 69/2015 los centros ambulatorios tienen la obligación de notificar al Registro Regional del CMBD la actividad asistencial correspondiente a los tipos 2 (CMBD-CMA), 4 (CMBD-HDM) y 5 (CMBD-PEC). Cada centro 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.

El propósito del presente documento, es servir de guía para la notificación del CMBD al Registro Regional por parte de los centros ambulatorios. 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 o visitas del paciente** con dispositivos asistenciales de atención especializada 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 y hora de inicio y fecha y hora 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. 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. La definición de los tipos de CMBD que los centros ambulatorios no tienen obligación de notificar (1, 3, 6 y 7) se incluye a título meramente informativo.

1. **CMBD al alta hospitalaria con internamiento (CMBD-AH).** Notificación excluida para los centros ambulatorios sobre episodios de atención tras el ingreso de un paciente en una cama de hospitalización.
2. **CMBD de cirugía mayor ambulatoria (CMBD-CMA)[Cirugía ambulatoria].** De notificación obligatoria para los centros ambulatorios que la practiquen. Se refiere a cualquier 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. 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.



- b. En el caso de que, una vez formalizado el contacto ambulatorio, se suspenda por cualquier motivo la actividad quirúrgica 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.
- c. 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.
- d. Como orientación de los procedimientos incluidos como cirugía mayor ambulatoria, a continuación se enumeran algunos de los más habituales. Este listado no excluye cualquier otro procedimiento que el centro realice y que, por lo tanto, debe notificar:
- Procedimientos de angiología y cirugía vascular/cardiovascular:
 - Intervenciones sobre venas de miembros inferiores: ligadura y extirpación de varices, oclusión quirúrgica
 - Arteriovenostomía para diálisis renal
 - Biopsia de vaso sanguíneo
 - Inserción de marcapasos permanente.
 - Procedimientos sobre el aparato digestivo:
 - Colecistectomía laparoscópica
 - Reparación de hernia de pared abdominal con o sin injerto/prótesis
 - Proctología: cirugía de hemorroides, esfinterotomía anal, fistulectomía anal.
 - Procedimientos sobre el aparato musculoesquelético:
 - Artroscopia diagnóstica y cirugía artroscópica de rodilla
 - Cirugía del pie: reparación de dedo en garra/en martillo, corrección de hallux valgus.
 - Extracción de dispositivos implantados en hueso de tibia y peroné.
 - Cirugía de la mano: escisión de lesión de vaina de tendón.
 - Procedimientos sobre la piel y mama:
 - Biopsias: de piel o tejido subcutáneo, biopsia abierta de mama
 - Escisiones o destrucciones de lesiones de piel y/o tejido subcutáneo
 - Cirugía de quiste o seno pilonidal
 - Reparaciones y reconstrucciones de piel y tejido subcutáneo (p. ej. injertos de pedículo o colgajo)
 - Procedimientos sobre el aparato urinario:
 - Liberación de estenosis uretral
 - Biopsia transureteral cerrada de vejiga
 - Procedimientos sobre el oído:
 - Intervenciones sobre el tímpano: miringotomía, miringoplastia.
 - Estapedectomía.
 - Intervenciones sobre el oído externo: escisión de lesiones, reparaciones plásticas.
 - Procedimientos sobre el ojo:



Cirugía sobre el polo anterior del ojo: Intervenciones sobre el cristalino (cirugía de cataratas, inserción de lentes intraoculares), otras.

Escisión de lesiones: de párpados, de pterigion.

Vitrectomía.

- Procedimientos sobre el sistema endocrino:
Cirugía de tiroides: tiroidectomía total o parcial, escisión de conducto tirogloso, escisión de lesiones.
Paratiroidectomía.
- Procedimientos sobre el sistema hemático y linfático:
Biopsia ganglionar, extirpación de ganglios linfáticos.
Biopsia de médula osea.
- Procedimientos sobre el sistema nervioso:
Liberación de túnel carpiano.
- Procedimientos sobre el sistema respiratorio:
Intervenciones sobre laringe: biopsia endoscópica, cordectomía local, escisión de lesiones.
Cierre de fístula externa de tráquea
- Procedimientos sobre los órganos genitales femeninos:
Intervenciones sobre el cuello uterino: conización, cauterización de lesiones
Intervenciones sobre el cuerpo del útero: biopsia cerrada, destrucción/escisión de lesiones localizadas, ablación endometrial, histeroscopia diagnóstica.
Dilatación, legrado y otras técnicas quirúrgicas de interrupción del embarazo.
Ligadura de trompas de Falopio.
- Procedimientos sobre los órganos genitales masculinos:
Escisión de hidrocele y/o varicocele.
Orquidopexia.
Reparaciones de pene.
- Operaciones sobre nariz, boca y faringe:
Amigdalectomía.
Adenoidectomía.
Resección submucosa del tabique nasal.
Turbinectomía por diatermia o criocirugía.
Escisión de lesión de maxilar de origen dentario.

3. **CMBD de cirugía menor (CMBD-cme).** Notificación excluida para los centros ambulatorios y definida como el 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.



4. **CMBD de hospital de día médico (CMBD-HDM) [Hospital de día médico].** De notificación obligatoria para los centros ambulatorios que la practiquen, se refiere al contacto con los centros, servicios o unidades de atención especializada para la realización de ciertas exploraciones o tratamientos que, sin necesitar, por su naturaleza, el internamiento del paciente, sí requieren especial 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 toma de contacto con el centro o 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. 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
- b. Los **procedimientos de interés** que, en caso de realizarse en el centro, deben notificarse siempre, son los recogidos en el siguiente listado:
 - Actividad onco-hematológica: administración de quimioterapia u otra medicación vía endovenosa o por otras vías (p.ej. instilación en la vejiga urinaria), implantación/extracción y manejo de reservorios, transfusiones, biopsias de médula ósea....
 - Actividad con los pacientes VIH-sida (aunque sea residual en estos momentos).
 - Unidades de dolor:
 - Bloqueos nerviosos
 - Implantación de reservorios
 - Administración de anticuerpos inmunosupresores y otros tratamientos en pacientes ambulatorios de procesos neurológicos, reumatológicos o similares.
 - Procedimientos de nefrología:
 - Hemodiálisis
 - Litotricia renal extracorpórea
 - Neurofisiología (estudios del sueño y similares):
 - NEUMOLOGIA: Polisomnografía, y poligrafía cardio-respiratoria
 - CARDIOLOGIA: Estudios electrofisiológicos (arritmias), ablación por radiofrecuencia e implantación desfibriladores automáticos
 - Sesiones de radioterapia:
 - Radioterapia externa
 - Braquiterapia
 - Radioterapia estereotáxica
 - Radioterapia especial (partículas pesadas, fotodinámica, etc.)
 - Medicina nuclear:
 - SPECT



PET
PET-TAC
Gammagrafía
Pletismografía
Otros procedimientos isotópicos, (test con diuréticos, etc.)

- Radiología intervencionista

DIGESTIVO

ERCP (colangiopancreatografía retrógrada endoscópica)
Colangiografía transparietohepática
Punción biopsia y con aguja fina bajo control por imagen
Derivaciones biliares endoscópicas / percutáneas guiadas por imagen
Biopsia hepática transyugular
Drenajes de colecciones abdominales guiadas por imagen

CARDIOLOGÍA Y VASCULAR

Arteriografía convencional y digital (diferentes localizaciones)
Flebografía
Fístulas A-V
Embolización MAV
Quimioterapia intravascular
Endoprótesis no cardíacas

OTROS

PAAF (punción aspirativa aguja fina) mama
Biopsia aguja gruesa de mama

- Paracentesis/toracocentesis y biopsias percutáneas.
 - Inyecciones intraoculares.
- c. 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.
- d. 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.
- e. 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]. De notificación obligatoria para los centros ambulatorios que la practiquen, se refiera al contacto con los centros, servicios o unidades de atención especializada para la realización de determinados procedimientos 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 el listado del apartado “b” siguiente. 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.

Consideraciones:

- a. 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.

- b. Procedimientos de interés:

Coronariografía
Cateterismo cardiaco
Angioplastia coronaria
Implantación de stent
Endoprótesis valvulares

6. **CMBD de hospitalización a domicilio (CMBD-HAD).** Notificación excluida para los centros ambulatorios y referida a los episodios de atención realizada en el domicilio del paciente por parte de los servicios de atención especializada con dependencia funcional del hospital.
7. **CMBD de urgencias hospitalarias (CMBD-URG).** Notificación excluida para los centros ambulatorios y referida a los episodios de atención en los servicios de urgencias hospitalarios.
8. **CMBD de consultas externas de asistencia especializada.** Notificación excluida para los centros ambulatorios .
9. **CMBD de media/larga estancia sanitaria y sociosanitario.** Notificación excluida para los centros ambulatorios .



Procedimiento de notificación.

El Registro Regional del CMBD es responsable de la recogida, depuración, y custodia de la información del CMBD de todos los centros de la Región de Murcia, así como de la comunicación de datos al Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. Los centros ambulatorios 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 vigente⁴. Con el fin de garantizar esta protección, el intercambio de la información del CMBD entre los centros ambulatorios 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 correspondencia entre cada paciente y los episodios que le correspondan se establece a través del indicador único de cada episodio (campo “ICU” de las bases de datos; ver en apartado “Estructura y contenidos de la base de datos”).

La información de los registros de estas bases de datos se podrá consultar de manera referenciada por medio del número de historia u otro identificador exclusivo del paciente en cada centro, junto con el 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

⁴ 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) (disponible en <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/ES/TXT/?uri=celex%3A32016R0679>, consultado 08/03/2021), y Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales (disponible en <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-2018-16673>, consultado 08/03/2021).



encriptación de los mismos utilizando software que garantice esta última⁵.

Envío de ficheros al Registro Regional del CMBD.

Los centros ambulatorios deberán enviar los ficheros del CMBD con periodicidad anual, a lo largo del mes de enero posterior al año al que corresponden los datos. La codificación de los diagnósticos y procedimientos se realizará con la versión de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE) que esté en vigor para el periodo temporal en cuestión⁶. 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. Por parte del centro deberá designarse una persona responsable del intercambio de información con el Registro Regional del CMBD, que deberá ser siempre la misma y utilizar una dirección de correo electrónico corporativa. Por motivos de seguridad y confidencialidad no son válidas para este fin las direcciones de correo electrónico genéricas/gratuitas (p. ej. de Gmail, Hotmail, Yahoo, etc.). Los ficheros del CMBD, debidamente encriptados, se incluirán en el mensaje como archivos adjuntos. Los formatos admitidos son: libros de Microsoft Excel (.xlsx), ficheros .txt o .csv con campos delimitados por el carácter “|” (barra vertical o “pipe”). 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.

El Registro Regional del CMBD validará los datos recibidos y enviará a cada centro un informe de errores con las correcciones que deba hacer en los datos. Toda vez que estos ya estén corregidos, se enviará la base de datos definitiva al Registro Regional

⁵ Programas recomendados: Sophos Free Encryption (genera ficheros comprimidos con extensión .uti); 7-Zip (permite encriptar y trabajar con distintas extensiones, entre ellas .7z). No se recomienda el envío de ficheros encriptados con extensión .zip. En caso de dudas solicitar guía al Registro Regional del CMBD.

⁶ Consultar en <https://eciemaps.msrebs.gob.es/ecieMaps/browser/metabusador.html>



Estructura y contenidos de la base de datos.

La base de datos del CMBD fue originalmente diseñada para su cumplimentación por centros con internamiento (hospitales). Por las características diferenciales del funcionamiento de los centros ambulatorios especializados con respecto a los hospitales, existen campos de la base de datos original que en los centros ambulatorios no son de aplicación. Estos campos han sido eliminados de la estructura base, conservando los campos remanentes (los definidos en el presente documento) la numeración que originalmente les correspondía, por lo que esta no es consecutiva.

La estructura (variables que los componen, tipo de las mismas y tamaño del campo) 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).

A. Definición del fichero "PACIENTES".

- 1. HOSPITAL⁷:** Código del centro donde se atiende al paciente al que corresponde el episodio. Se consignará el código nacional que identifique al centro en el Registro General de centros, servicios y establecimientos sanitarios (REGCESS) (disponible para su consulta en <http://regcess.mscbs.es/regcessWeb/inicioBuscarCentrosAction.do> (consultado 26/02/2021)). Carácter, ancho 10.
- 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

⁷ El CMBD se desarrolló inicialmente para centros con internamiento. El campo sigue manteniendo su nombre original aunque el centro que notifica la información no sea un hospital.



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 13 a 18.

Es obligatorio cumplimentar **al menos uno** de los siguientes campos: 13 (CIPCARM), 14 (CODSNS) o 18 (PASS). Siempre que se cumplimente PASS (18) siempre deberá acompañarse de TIPOPASS (17).

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 de usuarios del Sistema Nacional de Salud, del Ministerio de Sanidad. Carácter, ancho 20. 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 (campo 18: PASS) 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.



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

Otros identificadores. Variables nº 25 a 27.

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 centro asistencial, imprescindible para asociar al paciente los episodios asistenciales que le corresponden. Por lo tanto, independientemente del tipo de servicios que un paciente reciba en un centro determinado, su número de historia en ese centro deberá ser único y exclusivo de cada paciente.

26. NÚMERO DE EPISODIO (ICU): Código único propio del centro que identifica cada contacto asistencial o visita. Carácter, ancho 10. **Este campo es imprescindible para poder asociar a cada paciente el contacto o visita del fichero "CMBD" que le corresponda.**



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. HOSPITAL⁸: Código del centro donde se atiende al paciente al que corresponde el episodio. Se consignará el código nacional que identifique al centro en el Registro General de centros, servicios y establecimientos sanitarios (REGCESS) (disponible para su consulta en <http://regcess.mscbs.es/regcessWeb/inicioBuscarCentrosAction.do> (consultado 26/02/2021)). Carácter, ancho 10.

3. ORIGEN de la DEMANDA (ORIGEN): Dispositivo (sanitario o no), servicio sanitario o entidad que solicita el contacto. Carácter, ancho 2. Campo de cumplimentación obligatoria con el código más idóneo de los que figuran a continuación.

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).

⁸ El CMBD se desarrolló inicialmente para centros con internamiento. El campo sigue manteniendo su nombre original aunque el centro que notifica la información no sea un hospital.



- 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): En caso de que el paciente haya sido derivado desde un hospital, código del hospital desde donde se deriva al paciente al que corresponde el registro, según el Catálogo Nacional de Hospitales⁹. 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.

⁹ Ver <https://www.msccs.gob.es/ciudadanos/prestaciones/centrosServiciosSNS/hospitales/home.htm> (consultado 6/10/ 2020)



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 centro asistencial, imprescindible para asociar al paciente los episodios asistenciales que le corresponden. Por lo tanto, independientemente del tipo de servicios que un paciente reciba en un centro determinado, su número de historia en ese centro deberá ser único y exclusivo de cada paciente.

6. NÚMERO DE EPISODIO (ICU): Código único propio del centro que identifica cada contacto asistencial o visita. Carácter, ancho 10. **Este campo es imprescindible para poder asociar a cada paciente el contacto o visita del fichero "CMBD" que le corresponda.**

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.

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.

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 Tarjeta Sanitaria, 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

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 financiados 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.

Traslados intracentro. Variables nº 26 a 125.

Las variables nº 26 a 125 de la estructura original del CMBD no son de aplicación en los centros ambulatorios, y, por lo tanto, se omite su descripción en este manual.

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.



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 10. Se recogerá el nº de colegiado del médico que firma el alta.

134. SERVICIO DE ALTA (CÓDIGO DE SERVICIOS CENTRALES) (SSCCALTA): 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 centro deberá establecer la correspondencia adecuada entre las denominaciones que aplica internamente a sus servicios y los códigos especificados. En caso de que no exista una estructura de Servicios incluir el código de la especialidad que más se asemeje.

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

Códigos válidos:

10. *Domicilio* cuando el paciente se va a su domicilio habitual o cuando se va a una residencia social donde reside habitualmente, sin necesidad de ningún tipo de seguimiento por parte de Asistencia Especializada (AE) .
12. *Domicilio* con seguimiento de este u otro centro de asistencia especializada extrahospitalaria.
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 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*.
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.
70. *Urgencias*. Cuando tras su valoración o por motivos sobrevenidos en el transcurso de la intervención sanitaria (p.ej. cirugía sin ingreso), las necesidades del paciente determinan su traslado al Servicio 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 un 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.

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.

Diagnósticos y procedimientos. Variables nº 139 a 236.

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.



Códigos de diagnósticos y presencia del diagnóstico al ingreso¹⁰. 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.

146. C1 Diagnóstico principal. Es la afección que después del estudio necesario se establece que fue la **causa del ingreso** en el centro 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.

- **C2-13:** Otros diagnósticos. Carácter, ancho 8. Son aquellos que coexisten con el principal en el momento de la atención se desarrollan a lo largo de ella, que influyen en la evolución de la misma o en el tratamiento administrado. Deben excluirse los diagnósticos relacionados con un episodio anterior y que no tienen que ver con la atención actual. Se codificarán con la edición vigente de la CIE-10-ES.

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

En aquellos centros en que no se realiza la codificación diferenciada entre procedimientos quirúrgicos (variables 172 a 195) y diagnóstico/terapéuticos no quirúrgicos (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.

¹⁰ Los campos de la estructura original números 147, 149, 151, 153, 155, 157, 159, 161, 163, 165, 167, 169 y 171 (campos de presencia del diagnóstico al ingreso o marcadores POA, del inglés "present on admission") solo se cumplimentan en el CMBD al alta hospitalaria con ingreso. Por lo tanto, no son de aplicación en los centros ambulatorios, y se omiten en este manual.



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.

Las variables nº 222 a 236 de la estructura original del CMBD no son de aplicación en los centros ambulatorios, y, por lo tanto, se omite su descripción en este manual.

Información relativa al parto. Variables nº 237 a 262.

Las variables nº 237 a 262 de la estructura original no son de aplicación en los centros ambulatorios, y, por lo tanto, se omite su descripción en este manual.

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".

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



Tabla 1B. Estructura del fichero "CMBD"

Nº	Nombre	Descripción	Tipo	Ancho
Información general del episodio				
1	TIPOCMBD	Tipo de CMBD	Carácter	2
2	HOSPITAL	Centro asistencial	Carácter	10
3	ORIGEN	Origen de la demanda	Carácter	2
4	HOSPORI	Hospital de origen	Carácter	6
5	NHC	Nº de historia	Carácter	10
6	ICU	Nº de episodio	Carácter	10
8	CP	Código postal	Carácter	5
10	CIPCARM	Nº de tarjeta sanitaria (Región de Murcia)		16
12	FNAC	Fecha de nacimiento	Fecha	10
13	SEXO	Sexo	Carácter	1
15	FINSSCC	Financiación del episodio	Carácter	2
Datos administrativos del ingreso				
16	TIPOING	Tipo de ingreso	Carácter	1
17	FING	Fecha de ingreso	Fecha	10
18	HING	Hora de ingreso	Hora	5
Datos administrativos del alta				
126	FALTA	Fecha de alta	Fecha	10
127	HALTA	Hora de alta	Hora	5
133	MEDALTA	Médico responsable del alta	Carácter	10
134	SSCCALTA	Código de servicio de alta	Carácter	3
135	TIPOALTA	Circunstancias del alta	Carácter	2
136	HOSPDES	Hospital destino	Carácter	6
137	FINT	Fecha de intervención	Fecha	10
138	HINT	Hora de intervención	Hora	5



Nº	Nombre	Descripción	Tipo	Ancho
Morfología de neoplasias				
139	M1	Código de morfología neoplasia M1	Carácter	7
140	M2	Código de morfología neoplasia M2	Carácter	7
141	M3	Código de morfología neoplasia M3	Carácter	7
142	M4	Código de morfología neoplasia M4	Carácter	7
143	M5	Código de morfología neoplasia M5	Carácter	7
144	M6	Código de morfología neoplasia M6	Carácter	7
145	M7	Código de morfología neoplasia M7	Carácter	7
Diagnósticos				
146	C1	Diagnóstico principal C1	Carácter	8
148	C2	Diagnóstico secundario C2	Carácter	8
150	C3	Diagnóstico secundario C3	Carácter	8
152	C4	Diagnóstico secundario C4	Carácter	8
154	C5	Diagnóstico secundario C5	Carácter	8
156	C6	Diagnóstico secundario C6	Carácter	8
158	C7	Diagnóstico secundario C7	Carácter	8
160	C8	Diagnóstico secundario C8	Carácter	8
162	C9	Diagnóstico secundario C9	Carácter	8
164	C10	Diagnóstico secundario C10	Carácter	8
166	C11	Diagnóstico secundario C11	Carácter	8
168	C12	Diagnóstico secundario C12	Carácter	8
170	C13	Diagnóstico secundario C13	Carácter	8



Nº	Nombre	Descripción	Tipo	Ancho
Procedimientos quirúrgicos/obstétricos				
172	T1	Proc quirúr/obstétrico principal T1	Carácter	7
173	FT1	Fecha T1	Fecha	10
174	HT1	Hora T1	Hora	5
175	T2	Proc quirúr/obstétrico T2	Carácter	7
176	FT2	Fecha T2	Fecha	10
177	HT2	Hora T2	Hora	5
178	T3	Proc quirúr/obstétrico T3	Carácter	7
179	FT3	Fecha T3	Fecha	10
180	HT3	Hora T3	Hora	5
181	T4	Proc quirúr/obstétrico T4	Carácter	7
182	FT4	Fecha T4	Fecha	10
183	HT4	Hora T4	Hora	5
184	T5	Proc quirúr/obstétrico T5	Carácter	7
185	FT5	Fecha T5	Fecha	10
186	HT5	Hora T5	Hora	5
187	T6	Proc quirúr/obstétrico T6	Carácter	7
188	FT6	Fecha T6	Fecha	10
189	HT6	Hora T6	Hora	5
190	T7	Proc quirúr/obstétrico T7	Carácter	7
191	FT7	Fecha T7	Fecha	10
192	HT7	Hora T7	Hora	5
193	T8	Proc quirúr/obstétrico T8	Carácter	7
194	FT8	Fecha T8	Fecha	10
195	HT8	Hora T8	Hora	5



Nº	Nombre	Descripción	Tipo	Ancho
Procedimientos diagnósticos/terapéuticos				
196	P1	Procedimiento diagnóst/terap P1	Carácter	7
197	FP1	Fecha P1	Fecha	10
198	P2	Procedimiento diagnóst/terap P2	Carácter	7
199	FP2	Fecha P2	Fecha	10
200	P3	Procedimiento diagnóst/terap P3	Carácter	7
201	FP3	Fecha P3	Fecha	10
202	P4	Procedimiento diagnóst/terap P4	Carácter	7
203	FP4	Fecha P4	Fecha	10
204	P5	Procedimiento diagnóst/terap P5	Carácter	7
205	FP5	Fecha P5	Fecha	10
206	P6	Procedimiento diagnóst/terap P6	Carácter	7
207	FP6	Fecha P6	Fecha	10
208	P7	Procedimiento diagnóst/terap P7	Carácter	7
209	FP7	Fecha P7	Fecha	10
210	P8	Procedimiento diagnóst/terap P8	Carácter	7
211	FP8	Fecha P8	Fecha	10
212	P9	Procedimiento diagnóst/terap P9	Carácter	7
213	FP9	Fecha P9	Fecha	10
214	P10	Procedimiento diagnóst/terap P10	Carácter	7
215	FP10	Fecha P10	Fecha	10
216	P11	Procedimiento diagnóst/terap P11	Carácter	7
217	FP11	Fecha P11	Fecha	10
218	P12	Procedimiento diagnóst/terap P12	Carácter	7
219	FP12	Fecha p12	Fecha	10
220	P13	Procedimiento diagnóst/terap P13	Carácter	7
221	FP13	Fecha P13	Fecha	10
Otra información				
263	CODIFI	Codificador	Carácter	6
264	EXTRAN	Extranjero	Carácter	1



Tabla 2: Códigos de los hospitales de la Región de Murcia. Catálogo Nacional de Hospitales (a 31 de diciembre de 2019)

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.

(*) 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	Ávila	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	Bahréin
050	Bangladesh
051	Armenia
052	Barbados
056	Bélgica
060	Bermudas
064	Bután
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 Zelandia
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. Vascular	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.