



APRUEBA NORMA TÉCNICA N° 152
SOBRE ESTÁNDARES DE INFORMACIÓN DE SALUD – ESTÁNDAR DE GESTIÓN DE CAMAS Y PACIENTES.

EXENTO N° 828 /

MINISTERIO DE SALUD
 SUBSECRETARÍA DE SALUD PÚBLICA
 DIVISIÓN JURÍDICA

SANTIAGO, 08 AGO. 2013

MINISTERIO DE HACIENDA
 OFICINA DE PARTES
 RECIBIDO

CONTRALORIA GENERAL
 TOMA DE RAZON
 RECEPCION

Depart. Jurídico		
Dep. T.R. y Regist.		
Depart. Contabil.		
Sub.Dep. C. Central		
Sub.Dep. E. Cuentas		
Sub.Dep. C.P. y B.N.		
Depart. Auditoría		
Depart. VOPU y T		
Sub. Dep. Munip.		

REFRENDACION

Ref. por \$.....
 Imputación.....
 Anot. por.....
 Imputación.....

 Deduc.Dcto.....

VISTO: Lo dispuesto en los artículos 1º, 2º, 4º y 7º del decreto con fuerza de ley N° 1 de 2005, del Ministerio de Salud, que fija el texto refundido, coordinado y sistematizado del decreto ley 2.763, de 1979 y de las leyes 18.469 y 18.933; lo establecido en los artículos 5º, 6º, 7º, 9º y la letra q) del 27º del Decreto Supremo N° 136, de 2004, de este Ministerio y mediante el cual se aprobó el Reglamento Orgánico de esta cartera; lo indicado en el artículo 47º del Código Sanitario; el Decreto Exento N° 820 de 2011, de esta Secretaría de Estado, que aprobó la Norma Técnica sobre Estándares de Información de Salud y teniendo presente las facultades concedidas en el decreto supremo N° 28 de 2009 del Ministerio de Salud;

CONSIDERANDO: - Que es indispensable contar con sistemas de información que proporcionen datos de manera fidedigna, oportuna, confiable y de calidad, los que permitirán estandarizar los datos a recolectar y apoyar las labores de vigilancia epidemiológica, fiscalización y diseño de políticas públicas que desarrollan el Ministerio de Salud y sus organismos asociados; todas actividades efectuadas en beneficio de toda población y que favorecen el desarrollo de acciones de salud de calidad, eficiencia y oportunidad apropiadas a las necesidades del país; - La importancia que tiene estandarizar la información que se registra en la atención cerrada de salud, asegurando así el desarrollo de la labor estadística con coherencia, integridad y posibilidades de comparación, y obteniendo resultados y análisis de calidad, permitiendo con ello la correcta evaluación y gestión de los sistemas de salud, tanto en lo que corresponde a la red asistencial pública, como al área privada;

DECRETO:

ARTÍCULO PRIMERO.- APRUÉBASE el texto de la Norma Técnica sobre “**ESTÁNDARES DE INFORMACIÓN DE SALUD – ESTÁNDAR DE GESTIÓN DE CAMAS Y PACIENTES**”, elaborada por el Departamento de Estadísticas e Información en Salud del Ministerio de Salud.

La norma técnica que se aprueba en virtud de este acto administrativo se expresa en un documento de 15 páginas, constituido por un cuerpo principal y un anexo.

ARTÍCULO SEGUNDO.- Una copia de la norma técnica que se aprueba, debidamente visada por el Subsecretario de Salud Pública, y de este decreto, se mantendrán en la División de Planificación Sanitaria, entidad que a su vez deberá velar por su oportuna publicación en la página web del Ministerio de Salud, www.minsal.cl, para su adecuado conocimiento y difusión, debiendo además asegurar que las copias y reproducciones que se emitan guarden estricta concordancia con el texto original aprobado.

ARTÍCULO TERCERO.- REMÍTASE, una vez terminada su tramitación, un ejemplar de este Decreto y de la norma técnica "**ESTÁNDARES DE INFORMACIÓN DE SALUD – ESTÁNDAR DE GESTIÓN DE CAMAS Y PACIENTES**", al Departamento de Estadísticas e Información en Salud de la División de Planificación Sanitaria de la Subsecretaría de Salud Pública. Asimismo remítase una copia de este Decreto a todos los Directores de los Servicios de Salud, de los Establecimientos Auto gestionados de la Red Asistencial Pública de Salud y de aquellos Experimentales, y también a las Secretarías Regionales Ministeriales de Salud del país, quienes deberán tomar conocimiento de la norma técnica aprobada a través de la página web ministerial indicada en el numeral anterior.

ARTÍCULO CUARTO: INSTRÚYASE a las Secretarías Regionales Ministeriales de Salud a difundir la norma técnica aprobada por este acto administrativo a todos los establecimientos de salud privados; las mutuales; los establecimientos de las Fuerzas Armadas, de Orden y Seguridad; y Gendarmería de Chile, que se encuentren emplazados en el territorio de su competencia.

**ANOTESE Y PUBLÍQUESE.-
POR ORDEN DEL PRESIDENTE DE LA REPUBLICA**



Jaime Mañalich Muxi
**DR. JAIME MAÑALICH MUXI
MINISTRO DE SALUD**



MINISTERIO DE SALUD
SUBSECRETARÍA DE SALUD PÚBLICA

DEPARTAMENTO DE ESTADÍSTICAS
E INFORMACIÓN DE SALUD - DEIS

**ESTÁNDAR DE INFORMACIÓN DE GESTIÓN DE
CAMAS Y PACIENTES**

152

**DEPARTAMENTO DE ESTADÍSTICAS
E INFORMACIÓN DE SALUD - DEIS
AÑO 2013**





ESTÁNDAR DE GESTIÓN DE CAMAS Y PACIENTES

Esta norma técnica establece los contenidos mínimos en las estadísticas sanitarias que cada establecimiento debe llevar en relación a las actividades que se indican y han nacido del acuerdo intrasectorial de los equipos de trabajo que se indican en el ANEXO N° 1.

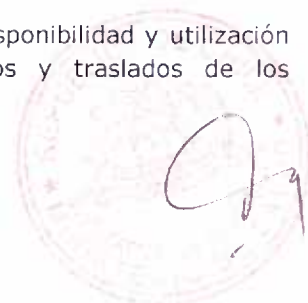
El Informe de **Egreso Hospitalario** será el registro que representa el conjunto mínimo básico de datos del proceso hospitalario y que los Servicios hospitalarios deberán levantar como información de manera local, en los medios al alcance de cada establecimiento, sean estos manuales o digitalizados, de acuerdo a sus requerimientos locales.

Se agregan a estos informes una serie de reportes complementarios que en su conjunto configuran los Informes Estadísticos de Atenciones Hospitalarias (IEAH), los que incluyen:

- **Registro Estadístico de Cirugías Mayores Ambulatorias**
- **Registro Estadístico de Hospital Psiquiátrico Diurno**
- **Registro Estadístico de otros procedimientos que requieren soporte hospitalario** (radioterapia, quimioterapia, diálisis, etc.)
- **Registros Estadísticos para el Censo Diario de Camas**
- **Epicrisis**, la que se adjunta en los anexos

Asimismo, forma parte de los estándares de gestión o información el proceso, el Censo Diario de Camas y Pacientes. Las salidas de información que entrega esta estadística son, entre otras: Dotación de Camas por Servicio de cada Hospital y Distribución de Camas por Servicio según nivel de cuidado.

El Censo Diario de Camas y Pacientes se realiza considerando la disponibilidad y utilización de las camas de dotación de cada Servicio y los ingresos, egresos y traslados de los pacientes en un periodo dado.



INFORME ESTADÍSTICO DE EGRESO HOSPITALARIO



1 EGRESO N°		2 NOMBRE ESTABLECIMIENTO				
3 N° HISTORIA CLINICA						
RESPONSABLE: ADMISIÓN						
4 NOMBRE						
	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	NOMBRES	DÍA	MES	AÑO
5 RUN			6 SEXO			
			1) Hombre 2) Mujer 3) Indeterminado 9) Desconocido	7 FECHA DE NACIMIENTO		
8 EDAD	9 UNIDAD DE MEDIDA DE LA EDAD	10 PUEBLO ORIGINARIO DECLARADO			11 NACIONALIDAD DEL (DE LA) PACIENTE	
	1) Años 2) Meses 3) Días 4) Horas	01 Ailacalufe [Kawáshkar] 02 Atacameño [Lickan Antay] 03 Aimara 04 Colla 05 Diaguita	06 Mapuche 07 Quechua 08 Rapa Nui 09 Yámana [Yagán] 00 Ninguno de los anteriores 10 No sabe 11 No responde		CÓDIGO PAIS	
12 DOMICILIO						
VIA [CALLE, AVENIDA, PASAJE U OTRA] - NUMERO - BLOCK - DEPARTAMENTO - VILLA - POBLACIÓN U OTRO						
13 COMUNA RESIDENCIA						
			14 TELÉFONO			
15 PREVISIÓN EN SALUD	16 CLASE DE BENEFICIARIO		17 MODALIDAD DE ATENCIÓN	18 OTRAS LEYES PREVISIONALES O PROGRAMAS SOCIALES		
1) FONASA 2) ISAPRE 3) No tiene [cancela] 4) Cajas de Previsión FFAA 5) CAPREDENA 6) DIPRECA 7) Otra	FONASA 1) A 2) B 3) C 4) D		1) MAI 2) MLE	1) Ley 18.480 Accidentes de Transporte 2) Ley 16.744 Acc. Trabajo y Enf. Profesional 3) Ley 16.744 Accidente Escolar 4) Ley 19.850/99 de Urgencia 5) PRAIS 6) Chile Solidario 7) Chile Crece Contigo 8) Otro Programa Social 9) GES		
19 PROCEDENCIA DEL (DE LA) PACIENTE	20 ESTABLECIMIENTO DE PROCEDENCIA		CÓDIGO			
1) Unidad de Emergencia [del mismo establecimiento] 2) Atención Primaria de Salud 3) Atención Especialidades [del mismo establecimiento] 4) Otro Establecimiento 5) Otra Procedencia						
¡LLENAR SOLO SI SE REGISTRO OPCIÓN 2 ó 4!						

RESPONSABLE: ADMISIÓN				RESPONSABLE: ESTADÍSTICA	
21 INGRESO	HORA (HH-MM)	FECHA (DD-MM-AA)	SERVICIO CLÍNICO	CÓDIGO SERVICIO CLÍNICO	
22 PRIMER TRASLADO					
23 SEGUNDO TRASLADO					
24 TERCER TRASLADO					
25 CUARTO TRASLADO					
26 EGRESO	HORA (HH-MM)				
27 DÍAS DE ESTADA		28 CONDICIÓN AL EGRESO	1) Vivo 2) Fallecido		

RESPONSABLE: MÉDICO O PROFESIONAL TRATANTE				RESPONSABLE: ESTADÍSTICA	
29 DIAGNÓSTICO PRINCIPAL				CÓDIGO CIE-10	
30 CAUSA EXTERNA					
31 OTRO DIAGNÓSTICO					
32 OTRO DIAGNÓSTICO					
33 OTRO DIAGNÓSTICO					
34 OTRO DIAGNÓSTICO					

DATOS DEL RECIÉN NACIDO: [COMPLETAR EN CASO DE EGRESO OBSTÉTRICO QUE TERMINA EN PARTO]				
35 ORDEN EN EL NACIMIENTO	36 CONDICIÓN AL NACER	37 SEXO	38 PESO EN GRAMOS	39 APGAR 5 MINUTOS
1) Vivo 2) Fallecido	1) Hombre 2) Mujer 3) Indeterminado			
1				
2				
3				
4				
40 INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA			CÓDIGO FONASA	
1) SI 2) NO				
41 INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA PRINCIPAL				
42 OTRA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA				

DATOS DEL MÉDICO O PROFESIONAL			
43 NOMBRE			44 ESPECIALIDAD
	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	NOMBRES
45 RUN	46 FIRMA		47 CORREO ELECTRÓNICO

[Handwritten signature]

INSTRUCTIVO DE LLENADO "INFORME ESTADÍSTICO DE EGRESO HOSPITALARIO"

- 1 EGRESO N°:** Es el número interno correlativo anual [de enero a diciembre] de cada Establecimiento.
- 2 ESTABLECIMIENTO:** Coloque nombre y código asignado al Establecimiento según escala vigente [DEIS]. La lista de códigos puede ser consultada en <http://deis.minsal.cl>
- 3 N° HISTORIA CLÍNICA:** Registre el número de la Historia Clínica.

DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL [DE LA] PACIENTE

- 4 NOMBRE:** Escriba con letra legible, el primer apellido, segundo apellido y los nombres [en ese orden] del [de la] Paciente que se hospitaliza.
- 5 RUN:** Anote en los casilleros cada número que corresponde al Rol Único Nacional del Paciente, sin omitir el dígito verificador en el casillero a la derecha del guión.
- 6 SEXO:** Coloque el número de alternativa que corresponda al sexo del [de la] Paciente.
- 7 FECHA DE NACIMIENTO:** Registre día, mes y año de nacimiento del [de la] Paciente, en la modalidad: dd, mm, aaaa. [Ej. 2 de Octubre de 1996: 02 10 1996].
- 8 EDAD:** Registre numéricamente la edad del [de la] Paciente.
- 9 UNIDAD DE MEDIDA DE LA EDAD:** Registre en la siguiente modalidad:
 - 1) ANOS: si el Paciente tiene uno o más años
 - 2) MESES: si tiene uno o más meses de vida y menos de un año
 - 3) DÍAS: si tiene uno o más días de vida y menos de 1 mes
 - 4) HORAS: si tiene menos de 24 horas de vida
- 10 PUEBLO ORIGINARIO DECLARADO:** La pregunta al Paciente o familiar responsable debe ser: ¿Pertenece Ud. [el Paciente] a alguno de los siguientes pueblos originarios: Alacalufe o Kawáshkar, Atacameño o Lickan Antay, Aimara, Colla, Diaguita, Mapuche, Quechua, Rapa Nui, Yámará o Yagán?. Registre el número que corresponda al pueblo originario referido por el Paciente [Ej. Si el Paciente dice pertenecer a alguno de estos pueblos originarios, marque cual, del 01 al 09. Registre "00" si el Paciente declara no pertenecer a ninguno de los anteriores, "10" si el Paciente no sabe a qué pueblo originario pertenece y "11" si no responde a la pregunta. El grupo Mapuche comprende los términos Mapuche, Pehuenche, Lafkenche y Huilliche.

- 11 NACIONALIDAD DEL [DE LA] PACIENTE:** Debe registrar el nombre del país correspondiente a la nacionalidad, incluyendo la chilena. Para colocar el código correspondiente consulte el sitio: <http://deis.minsal.cl>

- 12 DOMICILIO:** Registre con letra clara y legible la Vía de residencia, es decir: Calle, Avenida, Pasaje u otra, Número, Block, Departamento, Villa, Población u otro [Ej. Solomayor N° 1032, Edificio C, Depto. 3, Villa Silvestre, El Belloto].

- 13 COMUNA DE RESIDENCIA:** Escriba el nombre y código de la comuna donde está ubicado el domicilio del [de la] Paciente [Ej. Siguiendo con el ejemplo del número anterior: localidad El Belloto, la Comuna es Quilpué]. Ante duda del nombre y código de la comuna, consulte en el sitio: <http://deis.minsal.cl>

- 14 TELÉFONO:** Registre el número telefónico del [de la] Paciente o de contacto, incluyendo código de área.
CÓDIGO DE ÁREA: 3 caracteres
NÚMERO DE TELÉFONO: 7 caracteres
NÚMERO DE CELULAR: separar con guión. 8 caracteres

- 15 PREVISIÓN EN SALUD:** Marque el número correspondiente a la clase de previsión de salud que tiene el Paciente [Ej. Si el Paciente es beneficiario de FONASA, registre 1].

- 16 CLASE DE BENEFICIARIO FONASA:** Registre el número que corresponde al tramo FONASA al que pertenece el Paciente [Ej. registre 1] si el paciente corresponde al tramo A, 2] al tramo B, etc.

- 17 MODALIDAD DE ATENCIÓN:** Marque 1] si el Paciente se atiende bajo: Modalidad Atención Institucional (MAI) o marque 2] si el Paciente opta por: Modalidad Libre Elección (MLE).

- 18 OTRAS LEYES PREVISIONALES o PROGRAMAS SOCIALES** marque:
 - 1] si se trata de un Accidente de Transporte
 - 2] si es un Accidente del Trabajo o Enfermedad Profesional
 - 3] si se trata de un Accidente Escolar
 - 4] Ley 19.650/99 de Urgencia
 - 5] PRAIS
 - 6] Chile Solidario
 - 7] Chile Crece Contigo
 - 8] Otro Programa
 - 9] GESSi el Paciente tiene alguna Previsión en Salud, indicada en punto 15 pero es atendido por "Otras Leyes Previsionales o Programas Sociales", marque ambas opciones.

- 19 PROCEDENCIA DEL PACIENTE:** Registre el número que corresponda al lugar de derivación que está refiriendo al Paciente para su hospitalización.

- 20** Si el Paciente ingresa derivado "desde un establecimiento de atención primaria u otro establecimiento", registre nombre y código de dicho establecimiento.

DATOS DE LA HOSPITALIZACIÓN

- 21 INGRESO:** Registre la hora de ingreso con la modalidad: hh-mm [Ej. La 1 1/2 de la madrugada, debe registrar 01 30, a continuación anote la fecha del ingreso, con la modalidad: dd-mm-aa. Enseguida escriba el nombre y el código del Servicio Clínico donde se hospitaliza (según REM-20)].

- 22 PRIMER TRASLADO:** Anote la fecha en que se produce el primer traslado, el nombre y el código del Servicio Clínico al que se traslada.

- 23 24 25 SEGUNDO, TERCERO y CUARTO TRASLADO:** Proceda de igual forma que en el número 22

- 26 EGRESO:** Registre la hora del egreso con la modalidad: hh-mm, a continuación anote la fecha del egreso, con la modalidad: dd-mm-aa. Seguido escriba el nombre y el código del Servicio Clínico de donde egresa.

- 27 DÍAS DE ESTADA:** Debe registrar el número total de días que el Paciente estuvo hospitalizado [diferencia entre la fecha de egreso y la de ingreso].

- 28 CONDICIÓN AL EGRESO:** Se debe marcar 1] ó 2] según sea el caso.

- 29 DIAGNÓSTICO PRINCIPAL:** El médico o profesional tratante debe consignar en letra clara, legible y evitando siglas, el diagnóstico principal, es decir, la afección diagnosticada al final del proceso de atención de la Salud, la causante primaria de la necesidad de Tratamiento o Investigación que tuvo el Paciente. A la derecha, Estadística debe codificar dicho diagnóstico con la CIE 10.

- 30 CAUSA EXTERNA:** Este espacio debe llenarse solamente cuando se trate de Traumatismos o Envenenamientos Accidentales o Intencionales. Se debe consignar aquí, la causa [externa] que originó el diagnóstico principal. El código CIE 10 será asignado por Estadística.

- 31 OTRO DIAGNÓSTICO:** Aquella afección que coexistió o se desarrolló durante el episodio de atención, afectando el tratamiento del [de la] Paciente. Estadística debe codificar dicho diagnóstico con la CIE 10.

- 32 33 34 OTRO DIAGNÓSTICO:** al igual que en punto 31 se refiere a aquella afección que coexistió o se desarrolló durante el episodio de atención, afectando el tratamiento del [de la] Paciente. Estadística debe codificar estos diagnósticos con la CIE 10.

DATOS DEL RECIÉN NACIDO

- 35 ORDEN EN EL NACIMIENTO:** En el caso de nacimiento múltiple, registrar los datos requeridos en el orden que ocupa el recién nacido en el período de alumbramiento.

- 36 CONDICIÓN AL NACER:** Registre según corresponda 1] ó 2].

- 37 SEXO:** Registre según corresponda 1] y/o 2] y/o 3].

- 38 PESO EN GRAMOS:** Registre en gramos el peso del recién nacido. [Ej. 3 Kgs. 250 gramos, anote: 3 250].

- 39 APGAR A LOS 5 MINUTOS:** Registrar la puntuación del Apgar a los 5 minutos después del nacimiento.

DATOS DE LA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA

- 40 INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA:** Registre en el casillero: 1] si hubo intervención quirúrgica o 2] si no hubo intervención quirúrgica.

- 41** Si en el punto anterior marcó 1] debe escribir con letra legible y evitando siglas el nombre de la Intervención Quirúrgica Principal.

- 42 OTRA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA:** Si corresponde registre otra intervención quirúrgica a la que haya sido sometido el Paciente en esta hospitalización.

DATOS DEL PROFESIONAL TRATANTE

- 43 44 45 46 47** El médico o profesional que otorga el alta debe registrar: **NOMBRE:** primer apellido, segundo apellido y nombres. **ESPECIALIDAD, RUN y DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO FIRMANDO** finalmente el documento.

REGISTRO ESTADÍSTICO DE CIRUGÍA MAYOR AMBULATORIA

NOMBRE ESTABLECIMIENTO		CÓDIGO	
Nº HISTORIA CLÍNICA	FECHA DE INGRESO	Nº DE INGRESO	
Nº CUENTA PACIENTE	RUN	FECHA DE NACIMIENTO	
NOMBRE PACIENTE			
primer apellido		segundo apellido	nombres
SEXO	EDAD	UNIDAD DE MEDIDA	PUEBLO ORIGINARIO DECLARADO
NACIONALIDAD			
DOMICILIO			
vía (avda., calle, pasaje, otro)		número	resto dirección (block, depto., villa, población, otro)
PREVISIÓN	GRUPO BENEFICIARIO FONASA	MODALIDAD DE ATENCIÓN	OTRAS LEYES PREVISIONALES O PROGRAMAS SOCIALES
PROCEDENCIA DEL(A) PACIENTE	ESTABLECIMIENTO DE PROCEDENCIA	HORA DE LA ATENCIÓN	
NOMBRE MÉDICO INTERVENTOR			
primer apellido		segundo apellido	nombres
RUN	CÓDIGO ESPECIALIDAD		
DIAGNÓSTICO QUE MOTIVÓ LA INTERVENCIÓN		CÓDIGO CIE-10	
OTRO DIAGNÓSTICO		CÓDIGO CIE-10	
OTRO DIAGNÓSTICO		CÓDIGO CIE-10	
INTERVENCIÓN REALIZADA		CÓDIGO FONASA CÓDIGO CIPM	
INDICACIONES AL TÉRMINO DE LA INTERVENCIÓN			
EGRESO	HORA (HH-MM)	FECHA	

