

REPÚBLICA DE CHILE
MINISTERIO DE SALUD
SUBSECRETARÍA DE SALUD PÚBLICA
DIVISIÓN DE PLANIFICACIÓN SANITARIA
DEPARTAMENTO DE ESTADÍSTICAS E INFORMACIÓN DE SALUD

Norma General Técnica que establece el proceso de Información para los egresos hospitalarios y el correcto uso del formulario del Informe Estadístico de Egreso Hospitalarios (IEEH)

Oficina Diseño y Control
Departamento de Estadística e Información de Salud
Ministerio de Salud

Aprobado por Decreto Exento N° _____ /

Versión: V1.0, Julio de 2023



1. Antecedentes.

El Ministerio de Salud debe cumplir con las tareas que le conciernen en cuanto a proponer políticas, formular planes y programas de salud, para lo cual es necesario conocer el perfil y la tendencia de la morbilidad de las personas que se hospitalizan, a fin de asignar recursos a la atención hospitalaria del país.

Además, se encuentra facultado y habilitado para recolectar datos estadísticos, en virtud del artículo 47° y 49° del Código Sanitario, artículo 4 N°5 del D.F.L. N°1 de 2005, que fija texto refundido, coordinado y sistematizado del D.L. N°2.763/79, y de las leyes N° 18.933 y 18.469, y el artículo 10° del D.S. N°136 de 2004, del Ministerio de Salud.

El Departamento de Estadísticas e Información de Salud (DEIS) es el encargado de organizar todo el proceso de captación de la información estadística nacional de salud y el manejo integral de las acciones de recolección, elaboración y difusión de dicha información, manteniendo series cronológicas de los datos estadísticos de salud.

Para cumplir lo anterior y responder a la necesidad de información de la morbilidad, se diseña un proceso de información para la generación del egreso hospitalario que incluye las siguientes etapas: definición de estándares los que se ven plasmados en el formulario IEEH, metodología de captura de datos disponibilizado en el sistema de egresos hospitalarios, validación y gestión de datos estableciendo una herramienta de control de calidad, y finalmente el análisis y publicación de la información para organismos nacionales e internacionales..

Los Servicios y SEREMI's de salud deben velar para que se cumpla el proceso definido por DEIS, en los establecimientos bajo su jurisdicción.

Los establecimientos de salud deben tributar la información de acuerdo a las normas establecidas, manteniendo una estrecha comunicación con los Servicios y SEREMI's de Salud.

Los datos provenientes del proceso de egreso hospitalario capturados a través del formulario en papel o registro clínico electrónico, aportan información para formular, controlar y evaluar planes y programas de salud, proporcionar información para estimar ciertos indicadores necesarios para el diagnóstico, analizar la situación de salud de la población y cumplir los acuerdos internacionales en relación a contar con información comparable respecto a esta actividad.

Esta Norma Técnica rige para el registro de estadías hospitalarias en todo establecimiento que cuente con camas de hospitalización (dotación), sea éste perteneciente al Sistema Nacional de Servicios de Salud (SNSS) o no integrante del mismo, esto es, establecimientos privados, Mutuales, de las Fuerzas Armadas, y de Orden y Seguridad Pública y Gendarmería de Chile.



2. Objetivo.

Esta norma tiene como objetivo estandarizar el Proceso de Gestión de la Información del Egreso Hospitalario en Establecimientos Pertenecientes y No Pertenecientes al SNSS, para asegurar la obtención de información oportuna y confiable para la toma de decisiones del sector.

3. Metodología.

Los establecimientos de salud que deben tributar la información de los egresos hospitalarios, son aquellos que cuentan con camas de dotación reguladas por resolución por la autoridad competente.

El proceso de hospitalización se inicia con el acto administrativo de la admisión, donde se identifica al paciente y registran sus antecedentes. Una vez finalizada la admisión el paciente recibe atención directa de salud, donde es evaluado por el médico, quien procede a dejar indicaciones de acuerdo a los hallazgos clínicos encontrados a través de la anamnesis y examen físico.

El proceso de atención de hospitalizado finaliza cuando el paciente es egresado del establecimiento de salud, para lo cual el médico debe realizar el alta donde registra los datos de la hospitalización, como los traslados, diagnósticos de egreso, intervenciones quirúrgicas y/o procedimientos, entre otros. Estos datos finalmente darán cuenta de las variables necesarias para cumplir con las tareas que conciernen al Ministerio de Salud, para conocer la tendencia de morbilidad de las personas que se hospitalizan.

El proceso de captura de datos es a través de todo el ciclo antes explicado.

a) Flujo de obtención de los datos en el formulario:

- Unidad de Ingreso del paciente (admisión u otra).
 - Le corresponde registrar los datos administrativos y demográficos correspondientes a: identificación del establecimiento, número de admisión, número de historia clínica, identificación del paciente, hora y fecha de ingreso a la hospitalización.
- Unidad de estadística o unidad de registro de salud del establecimiento.
 - Le corresponde registrar las variables de N° de egreso, traslados (fecha y unidad funcional), hora y fecha de egreso, días de estadía, condición al egreso y destino al alta. Además, debe codificar los diagnósticos registrados por el médico o profesional tratante.
 - Cabe señalar que los diagnósticos deben ser asignados mediante las reglas de codificación, las que están establecidas en la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud (CIE-10, OMS)



- Profesional médico o matrona (matrón) tratante.
 - Le corresponde registrar diagnóstico principal, causa externa en caso que corresponda, otros diagnósticos, intervención quirúrgica principal, procedimiento principal, otras intervenciones quirúrgicas, otros procedimientos, datos del/los recién nacido(s) completar cuando se produce un egreso obstétrico que finaliza con un parto y la Sección "Datos del médico o profesional tratante y/o que firma el alta".
 - Cabe señalar que el diagnóstico principal, causa externa, otros diagnósticos, intervención quirúrgica principal, procedimiento principal, otras intervenciones quirúrgicas, otros procedimientos deben ser registrados en texto libre, aun proviniendo de sistemas diferentes al dispuesto por el Ministerio de Salud.

Los equipos a cargo del proceso de gestión de la información de los Egresos Hospitalarios, tienen diferentes responsabilidades y roles que se detallan a continuación:

b) Roles:

El proceso de egresos hospitalarios ha sido definido para que todos los actores involucrados cumplan su rol de manera integrada de acuerdo a su nivel de responsabilidad:

- Las Unidades de Estadística o unidad de registro de salud de los establecimientos del país registran los egresos hospitalarios uno a uno o mediante carga masiva a la plataforma dispuesta por el DEIS. Aquellos establecimientos que cargan masivamente su información, deben validar sus datos previos a la carga, utilizando la herramienta dispuesta por el DEIS para tal efecto, la que se debe solicitar al referente de su respectivo Servicio o SEREMI de Salud.
- Las Unidades o Departamentos de Estadística de los Servicios y las SEREMI's de Salud, monitorean y validan la información de las bases de datos de los establecimientos de su responsabilidad. A los Servicios de Salud les corresponde el monitoreo de los egresos de los establecimientos pertenecientes al SNSS, mientras que a las SEREMI's de Salud les corresponde monitorear los establecimientos no pertenecientes al SNSS. Además, deben velar por el cumplimiento de los estándares de información y de la norma técnica de egresos hospitalarios dispuesta por el DEIS.
- El Ministerio de Salud, a través del Departamento de Estadísticas e Información de Salud, DEIS, vela por el cumplimiento de esta Norma Técnica y posteriores actualizaciones. Administra y mantiene el sistema de egresos hospitalarios a nivel nacional. Centraliza esta información y genera la coordinación del flujo con las Unidades o Departamentos de Estadísticas de los Servicios o SEREMI's de Salud, con el fin que se realicen las gestiones correspondientes para garantizar la completitud y calidad de la información tributada por parte de los establecimientos que están bajo su



jurisdicción.

A su vez monitorea y realiza el proceso de validación de la información tributada por los establecimientos.

Finalmente difunde las estadísticas de morbilidad oficiales emanadas de los egresos hospitalarios, mediante publicaciones que se disponen a través de la página web www.deis.cl. Disponibiliza a los usuarios autorizados las bases de datos que se generan, sin perjuicio de lo señalado en el punto 5 sobre la confidencialidad, además de enviar información a organismos internacionales.

Otorga directrices mediante definiciones para el correcto registro del IEEH (anexo 1)

c) Conjunto básico de datos de egresos hospitalarios.

Para los egresos hospitalarios las variables contenidas en el IEEH, se agrupa de la siguiente manera:

1. Datos del establecimiento
2. Datos de identificación del (de la) paciente
3. Datos de la hospitalización
4. Para las atenciones obstétricas que terminen en parto, corresponde registrar el procedimiento o intervención quirúrgica según corresponda, además de los datos del/los recién nacido(s)
5. Datos del médico o profesional tratante

En el anexo 2 se detalla cada una de estas, con su respectiva instrucción de llenado.

d) Tributación de egreso hospitalario al sistema.

Los establecimientos de salud, cuentan con dos opciones de tributar la información de los egresos hospitalarios al sistema dispuesto por el DEIS: digitación uno a uno o importación, las cuales no son excluyentes.

e) Proceso de monitoreo y validación de los datos tributados.

En relación a la metodología del monitoreo y validación de los datos de los egresos hospitalarios, en el anexo 3 se describe el diagrama del proceso, el cual considera desde que se genera un IEEH hasta la validación de este. Para apoyar la realización del monitoreo y validación de la información proveniente del IEEH, en el anexo 4 se entregan recomendaciones.



4. Plazo de entrega de la información.

El total de los egresos hospitalarios generados en un mes determinado, deben ser validados por el establecimiento y el Servicio o SEREMI de salud en la herramienta mencionada previamente. Posterior a esto deben informar los egresos hospitalarios en el sistema dispuesto por el DEIS. El enlace del sistema es <http://egresos.deis.cl>

Ambos procesos deberán efectuarse dentro de los primeros 10 días hábiles del mes subsiguiente de ocurridos los egresos.

5. Confidencialidad.

El tratamiento de los datos individuales y/o de carácter personal contenidos en las bases de datos de Egresos Hospitalarios se regirá por las normas de la Ley N° 19.628, sobre protección de la vida privada y N°20.584, sobre derechos y deberes de los pacientes, con el debido resguardo del secreto estadístico establecido en la Ley N° 17.374, por parte de los(as) funcionarios(as) que tengan acceso a ellos.

Cualquier vulneración a los principios establecidos en estos cuerpos legales por parte de los funcionarios de los establecimientos involucrados o del Ministerio de Salud, serán sancionados de acuerdo a las normas respectivas, sin perjuicio del derecho del propio paciente a acudir a los Tribunales Ordinarios de Justicia para la obtención de las responsabilidades e indemnizaciones correspondientes.

6. Plazo de implementación de la norma.

Esta Norma debe ser implementada con los egresos hospitalarios ocurridos desde el día 1 de enero de 2024.

El plazo de implementación de la norma es inmediato para los establecimientos que digitán uno o uno como los que importan su información en el sistema de egresos hospitalarios dispuesto por el DEIS.

7. Anexo.

1. Definiciones.
2. Formulario vigente e Instructivo de llenado.
3. Diagrama del proceso de monitoreo y validación de los datos tributados.
4. Recomendaciones para el monitoreo y validación de la información de Egresos Hospitalario.



Anexo 1: Definiciones

- **Egreso hospitalario:** corresponde generar un egreso hospitalario (IEEH), cuando un paciente hace uso de una cama de dotación y no requiere cumplir con una medida de tiempo de hospitalización (no hay un mínimo de horas), sino que se debe reflejar el periodo que precise el tratamiento del paciente según lo indicado por el médico; en el caso que una persona permanezca horas hospitalizada ocupando una cama de dotación dispuesta para tal fin, esto corresponde a un día de estada. De este modo, una cama hospitalaria o de dotación puede producir más de un egreso al día.
- **Ingreso Hospitalario:** Es la aceptación formal de un paciente por el hospital para su atención médica, observación, tratamiento y recuperación. Todo ingreso al hospital involucra la ocupación de una cama hospitalaria y la mantención de una historia clínica para el registro de todas las atenciones otorgadas.
No deben considerarse ingresos los bebes nacidos vivos sanos o los nacidos muertos en el establecimiento, las personas que fallecen mientras son trasladadas al hospital y las personas que fallecen en la sala de espera de la Unidad de Emergencia del establecimiento.
Si un paciente ingresa desde otra unidad funcional del hospital constituye un traslado en esa unidad funcional.
- **Camas de dotación:** camas asignadas al establecimiento por la autoridad competente, instaladas y dispuestas las 24 horas del día para la hospitalización de pacientes, que funcionan regularmente en períodos de actividad normal.
La dotación no está afectada por fluctuaciones temporales, es decir camas que se agregan o que se quitan por períodos cortos de tiempo.

No son camas de dotación:

- Camas de parto y de trabajo de parto
 - Camas de recuperación post operatoria
 - Camas para realizar Cirugía Mayor Ambulatoria (CMA)
 - Camillas y camas ubicadas en las Unidades de Emergencia hospitalaria
 - Cunas de recién nacidos sanos
 - Sillones de diálisis, quimioterapia
 - Camas de hospital de día
 - Camas de hospitalización domiciliaria
 - Camillas de Radiología, Imagenología y otros procedimientos
 - Camas de acompañantes y del personal
- **Fecha de egreso:** corresponde al día en que el paciente abandona el establecimiento hospitalario por alguna de las siguientes causas: alta médica, traslado a otro establecimiento, defunción, retiro voluntario del paciente.



- **Días de estada:** corresponde al total de días que el paciente permaneció hospitalizado en el establecimiento y es el número de días transcurridos entre la fecha de ingreso y la fecha de egreso. El ingreso y egreso en el mismo día corresponde a 1 día de estada.
- **Diagnóstico principal:** Es la afección diagnosticada al final del proceso de atención de la salud, como la causante primaria de la necesidad de tratamiento o investigación que tuvo el paciente. Si hay más de una afección así caracterizada, debe seleccionarse la que se considera causante del mayor uso de recursos. Si no se hizo ningún diagnóstico, debe seleccionarse el síntoma principal, hallazgo anormal o problema más importante como afección principal.



Anexo 2: Informe Estadístico de Egreso Hospitalario

MINISTERIO DE SALUD
DEPARTAMENTO DE ESTADÍSTICAS E
INFORMACIÓN DE SALUD

Informe Estadístico de Egreso Hospitalario

1 NOMBRE ESTABLECIMIENTO RESPONSABLE: ADMISIÓN		Nº EGRESO		USO EXCLUSIVO UNIDAD DE ESTADÍSTICA	
41 NOMBRE PACIENTE		CÓDIGO ESTABLECIMIENTO		2 N° ADMISIÓN	
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		NOMBRES	
52 NOMBRE SOCIAL		7 FECHA DE NACIMIENTO			
53 TIPO DE IDENTIFICACIÓN		8 SEXO		Dia - Mes - Año	
1. RUN 2. Pasaporte 3. Indocumentado 4. Otro documento de identificación		01. HOMBRE 02. MUJER 03. INTERSEX (Indeterminado) 99. DESCONOCIDO			
1. RUN: _____ - _____		54 PUEBLO AFRODESCENDIENTE CHILENO		10 PUEBLO INDÍGENAS	
2. N° de Pasaporte u otro documento: _____		1. SI 2. NO		01. Mapuche 02. Aymara 03. Quechua Nui (Pascuense) 04. Lickanantay (Atacameño) 05. Quichua 06. Cofa	
8 EDAD		9 UNIDAD MEDIDA DE LA EDAD		07. Diaguita 08. Kallagua 09. Mapán (Yámana) 10. Otro (Especificar) _____	
1. Años 2. Meses 3. Días 4. Horas		55 IDENTIDAD DE GÉNERO		11 Chango 98. Ninguno	
11 PAÍS DE ORIGEN DEL (DE LA) PACIENTE		Nombre País			
12 CATEGORÍA OCUPACIONAL		En caso de marcar la alternativa "Activo" en el casillero correspondiente Identifique la opción declarada		13 NIVEL DE INSTRUCCIÓN	
00. INACTIVOS 01. ACTIVOS 02. CESANTE O DESOCUPADOS 99. DESCONOCIDO		01. Miembro del poder ejecutivo o de los cuerpos legislativos, personal directivo de la administración pública. 02. Profesionales científicos o intelectuales. 03. Técnicos y profesionales de nivel medio. 04. Trabajadores de oficio. 05. Trabajadores de los servicios y vendedores de comercio y mercado. 06. Agricultores y trabajadores calificados agropecuarios y pesqueros. 07. Trabajadores de artesanías de artes mecánicas y de otros oficios. 08. Operadores de instalaciones y máquinas. 09. Trabajadores no calificados. 10. Personas armadas. 99. Desconocido.		01. Prebásica 02. Básica 03. Media 04. Técnico de Nivel Superior 05. Profesional Universitario 06. Sin Instrucción 97. No Recuerda 98. No Responde	
16 DOMICILIO (Escriba en Letra Impresa)		14 TELÉFONO FIJO		15 TELÉFONO MÓVIL	
01 Calle 02 Avenida 03 Pasaje 04 Barrio 09 Otro		_____		_____	
Nombre		Número			
18 PREVISIÓN		19 Clasificación Beneficiario FONASA		20 Modalidad de atención FONASA	
01. FONASA 02. ISAPRE 03. CAPREDENA 04. DIREPRECA		A) Tramo A B) Tramo B C) Tramo C D) Tramo D		01. Modalidad de atención hospitalaria 02. Modalidad de atención libre elección (MLE)	
22 PROCEDENCIA DEL (DE LA) PACIENTE		23 ESTABLECIMIENTO DE PROCEDENCIA		21 LEYES PREVISIONALES	
1. Unidad Emergencia (mismo establecimiento) 3. Unidad de Enfermedades (mismo establecimiento) 7. Hospital comunitario o de baja complejidad.		4. Otro Establecimiento (mismo establecimiento) 6. Área de Cirugía Mayor Ambulatoria (mismo establecimiento)		01. Ley 18.490: accidentes de transporte 02. Ley 16.744: accidentes del trabajo y enfermedades profesionales. 03. Ley 18.650: enseñanza escolar. 04. Ley 19.650/99 de urgencia. 05. Ley 19.992 PRAIS.	
RESPONSABLE: ADMISIÓN		RESPONSABLE: ESTADÍSTICA		Código Establecimiento	
24 INGRESO		Hora Minutos		CÓDIGO UNIDAD FUNCIONAL	
25 1er TRASLADO		FECHA (dd-mm-aa)			
26 2 ^o TRASLADO		_____ - _____ - _____			
27 3 ^{er} TRASLADO		_____ - _____ - _____			
28 4 ^o TRASLADO *		_____ - _____ - _____			
Ver Instructivo		29 EGRESO		CÓDIGO UNIDAD FUNCIONAL	
30 DÍAS ESTADA		Hora Minutos			
31 CONDICIÓN AL EGRESO:		FECHA (dd-mm-aa)			
1) VIVO 2) FALLECIDO		32 DESTINO AL ALTA		CÓDIGO UNIDAD FUNCIONAL	
RESPONSABLE: MÉDICO O PROFESIONAL TRATANTE (Escribir diagnóstico en Letra Impresa)		Eligiendo que la condición del paciente sea "Vivo", seleccione 1. Domicilio. 2. Derivación a otro establecimiento de la red pública. 3. Derivación a institución privada. 4. Derivación a otros centros u otra institución.		RESPONSABLE: ESTADÍSTICA	
33 DIAGNOSTICO PRINCIPAL		34 CAUSA EXTERNA (si corresponde)		CÓDIGO CIE-19	
35 OTRO DIAGNÓSTICO		36 OTRO DIAGNÓSTICO *			
Ver Instructivo		37 Orden en el nacimiento		CÓDIGO FONASA	
DATOS DEL RECIÉN NACIDO: (Sólo cumplir para egreso obstétrico que termina en Parto)		38 Condición al Nacer: 1) Vivo- 2) Fallecido		CÓDIGO FONASA	
39 Sexo: 01. Hombre 02. Mujer 03. Intersex (Indeterminado) 99. Desconocido		40 Peso en gramos		CÓDIGO FONASA	
41 Apgar 5 minutos		42 Anomalía congénita: SI NO		CÓDIGO FONASA	
43 INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA		44 INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA PRINCIPAL		CÓDIGO FONASA	
45 OTRA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA *		46 PROCEDIMIENTO		CÓDIGO FONASA	
Ver Instructivo		47 PROCEDIMIENTO PRINCIPAL			
48 PROCEDIMIENTO		49 NOMBRE:		50 Especialidad:	
1. SI 2. NO		PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO	
51 RUN		NOMBRES		FIRMA	
Información protegida por Ley N° 19.629, sobre protección de la vida privada y con garantía del secreto estadístico, establecida en la Ley N° 17.374.					

INSTRUCTIVO DE LLENADO "INFORME ESTADÍSTICO DE EGRESO HOSPITALARIO"

DATOS ADMINISTRATIVOS Y DEMOGRÁFICOS

Nº Egreso: Es un número interno correlativo mensual (enero-diciembre), que se asigna al momento de egresar el paciente del establecimiento de salud. Se utiliza para llevar un conteo de los egresos mensuales y comparar los totales con otras fuentes, como REM20 y GRD (para aquellos establecimientos que cuentan con esta herramienta).

- 1. Nombre y Código Establecimiento:** Registre el código asignado al Establecimiento según escala vigente (DEIS).
- 2. N° de Admisión:** Es el número que se le asigna al formulario de egreso hospitalario al ingreso del paciente al establecimiento, el cual permite identificar el evento. Éste número no es necesariamente correlativo.
- 3. N° Historia Clínica:** Registre el número de la Historia Clínica.

DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL (DE LA) PACIENTE

4. Nombre: Registre con letra legible en el siguiente orden: primer apellido, segundo apellido y los nombres del (de la) paciente.

5. Tipo de Identificación: Registre el N° de la alternativa que corresponde a la identificación del (de la) paciente, en caso de:

RUN: Registre cada número que corresponde al RUN del paciente, sin omitir el dígito verificador en el casillero a la derecha del guion.

Pasaporte: En el caso de pacientes extranjeros(as), registre en los casilleros el número de pasaporte.

Indocumentado: Registre esta opción sólo si finalizado el periodo de hospitalización, no es posible obtener algún medio de verificación de identidad del (de la) paciente.

Otro Documento: En el caso de pacientes extranjeros(as) que no poseen Pasaporte, registre el Documento Oficial de Identificación de su país de residencia.

6. Sexo: Registre el N° de la alternativa que corresponda al sexo biológico 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 paciente, al momento del ingreso.

9. Unidad Medida de la Edad: Registre en la siguiente modalidad: 1 (años) si el(la) 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. Pueblos Indígenas: Registre el número de la alternativa, que corresponda al pueblo indígena al que el (la) paciente, se considera perteneciente.

11. País de origen del (de la) paciente: Registre el nombre del país donde ocurrió el nacimiento del (de la) paciente, incluyendo Chile.

12. Categoría Ocupacional (población de 15 y más años): Busca identificar el comportamiento de la fuerza laboral. Registre la alternativa correspondiente: Activo, Inactivo, Cesante o Desocupado, Desconocida.

Inactivo: población laboralmente no ocupada, ejemplo: labores de casa, estudiantes, pensionados/jubilados, otros; **Activo:** población laboralmente ocupada;

Cesante o Desocupado: toda persona que sin tener trabajo, se encuentra disponible para trabajar y ha buscado activamente una ocupación en un periodo de referencia determinado; **Desconocida**

13. Nivel de Instrucción: Registre el nivel de instrucción, que corresponde al nivel de enseñanza más avanzado declarado por la persona.

14. Teléfono fijo: Registre el número de teléfono de red fija, para contactar al (a) paciente.

15. Teléfono móvil: Registre el número de teléfono celular o móvil, para contactar al (a) paciente.

16. Domicilio: Registre la residencia habitual del (de la) paciente: Calle, Avenida, Pasaje, Camino u Otra y luego registre claramente: Nombre y Número.

17. Comuna de Residencia: Registre el nombre de la Comuna donde está ubicado el domicilio del (de la) paciente.

18. Previsión: Registre el N° correspondiente al sistema de previsión en salud que tiene el (la) paciente.

19. Clase de Beneficiario FONASA: Registre la letra que corresponde al tramo FONASA al que pertenece el (la) paciente.

20. Modalidad de Atención: Registre la Modalidad de Atención por la que opta el (la) paciente.

21. Leyes Previsionales: Registre la Ley que modifica o exime el monto a cancelar por el (la) paciente. Si el (la) paciente tiene Previsión indicada en el punto 19 - pero es atendido por "Otras Leyes Previsionales", marque ambas opciones.

22. Procedencia del Paciente: Registre el N° que corresponda al lugar de procedencia que refiere al paciente para su hospitalización. Para el caso de la opción 6, corresponde registrar aquellos pacientes que requieren hospitalización y que se complicaron debido a una cirugía mayor ambulatoria (CMA).

23. Establecimiento de Procedencia: Si el paciente ingresa derivado desde otro establecimiento, registre nombre y código de dicho establecimiento (opción 4). En el caso que el paciente es derivado a hospitalización desde el mismo establecimiento (Hospital Comunitario o de Baja Complejidad), registre nombre y código de ese establecimiento (opción 7).

52. Nombre Social: Registre con letra legible el nombre con el que se identifica socialmente a la paciente, al margen del nombre legal que aparece en su cédula de identidad.

53. Pueblo Afrodescendiente chileno: Registre según corresponda: 1 Si o 2 No

54. Identidad de género: Registre el N° de la alternativa que corresponda a la identidad de género del (de la) paciente

DATOS DE LA HOSPITALIZACIÓN

24. Ingreso: Registre la hora del ingreso con la modalidad hh-mm, a continuación registre la fecha del ingreso, con la modalidad dd-mm-aa. Enseguida registre el nombre y el código de la Unidad Funcional.

25. Primer Traslado: Registre la fecha del primer traslado, nombre y código de la Unidad Funcional al que se trasladó.

* **26, 27 y 28. Segundo, Tercero y Cuarto Traslado:** Proceda de igual forma que en el número 25.

29. Egreso: Registre la hora del egreso con la modalidad hh-mm, a continuación la fecha del egreso, con la modalidad dd-mm-aa. Enseguida registre el nombre y el código de la Unidad Funcional de donde egresa el (la) paciente.

30. Días de Estada: Registre el número total de días que el (la) paciente estuvo hospitalizado, que resulta de la diferencia entre la fecha de egreso y la de ingreso. En el caso que el ingreso y egreso ocurre el mismo día corresponde a 1 día de estada.

31. Condición al Egreso: Registre 1 ó 2 según el caso.

32. Destino al Alta: En caso que la condición al egreso sea 1 (Vivo), registre la alternativa correspondiente, la alternativa 4 contiene: derivación centro reclusión o a hogar de ancianos.

33. Diagnóstico Principal: El médico o profesional tratante o el que firma el alta debe registrar claramente 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 (la) paciente. A la derecha, Estadística debe codificar dicho diagnóstico de acuerdo a la CIE 10.

34. Causa Externa: Registrar la causa del traumatismo o envenenamiento accidental o intencional , asociada al Diagnóstico Principal.

* **35 y 36. Otros diagnósticos:** Registre todas las afecciones que coexisten en el momento de la admisión o se desarrollan posteriormente y que afecten el tratamiento recibido y/o la hospitalización. Se excluyen los diagnósticos de un episodio anterior y no se relacionan con la actual hospitalización.

DATOS DEL RECIÉN NACIDO

37*. Orden en el nacimiento: en caso de nacimiento múltiple, registrar los datos requeridos en el orden que ocupa el recién nacido en el periodo de alumbramiento.

38. Condición al nacer: registre según corresponda: 1. Vivo o 2. Fallecido.

39. Sexo: según corresponda registre 1) Hombre y/o 2) Mujer y/o 3) Indeterminado.

40. Peso en gramos: registre en gramos el peso del recién nacido, Ej. 3 kgs, 250 gramos, anote: 3.250.

41. Apgar a los 5 minutos: Registrar la puntuación del Apgar a los 5 minutos después del nacimiento.

42. Anomalía congénita: El médico o profesional tratante debe registrar si el (los) recién nacido(s) presenta(n) alguna(s) anomalía(s) congénita(s).

DATOS DE INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA Y/O PROCEDIMIENTO

43. Intervención Quirúrgica: Registre en el casillero, "1" si hubo intervención quirúrgica o "2", si no hubo intervención quirúrgica.

Intervención Quirúrgica: conjunto de acciones de salud efectuadas a una persona, con fines diagnósticos y/o terapéuticos, utilizando alguna técnica quirúrgica, bajo algún tipo de anestesia, realizada por profesionales médicos, en un quirófano.

44. Intervención Quirúrgica Principal: Si indicó "1" en el punto anterior, registre claramente y evitando siglas el nombre de la Intervención Quirúrgica Principal.

* **45. Otra Intervención Quirúrgica:** Si corresponde, registre otra intervención quirúrgica a la que haya sido sometido el (la) paciente en esta hospitalización.

46. Procedimiento: Registre en el casillero, "1" si hubo procedimiento o "2", si no hubo procedimiento.

Procedimientos: prestaciones de salud, que se otorgan a una persona para efectos diagnósticos y/o terapéuticos, que implican el uso de equipamiento, instrumental, instalaciones y profesionales especializados, dependiendo de la complejidad del procedimiento y de las condiciones clínicas del paciente.

47. Procedimiento Principal: Si indicó "1" en el punto anterior, registre claramente y evitando siglas el nombre del procedimiento.

* **48. Otro procedimiento:** Si corresponde, registre otro procedimiento a la que haya sido sometido el (la) paciente en esta hospitalización.

DATOS DEL MÉDICO O PROFESIONAL TRATANTE Y/O QUE FIRMA EL ALTA

49. El médico o profesional tratante y/o que otorga el alta debe registrar: Primer apellido, Segundo apellido, Nombres.

50. Especialidad: Registre la especialidad o subspecialidad del médico o profesional tratante y/o el que firma el alta.

51. RUN: Registre el RUN del Médico o Profesional Tratante y/o que firma el alta.

Firma: Este documento debe firmarlo el Médico o Profesional Tratante y/o que otorga el alta.

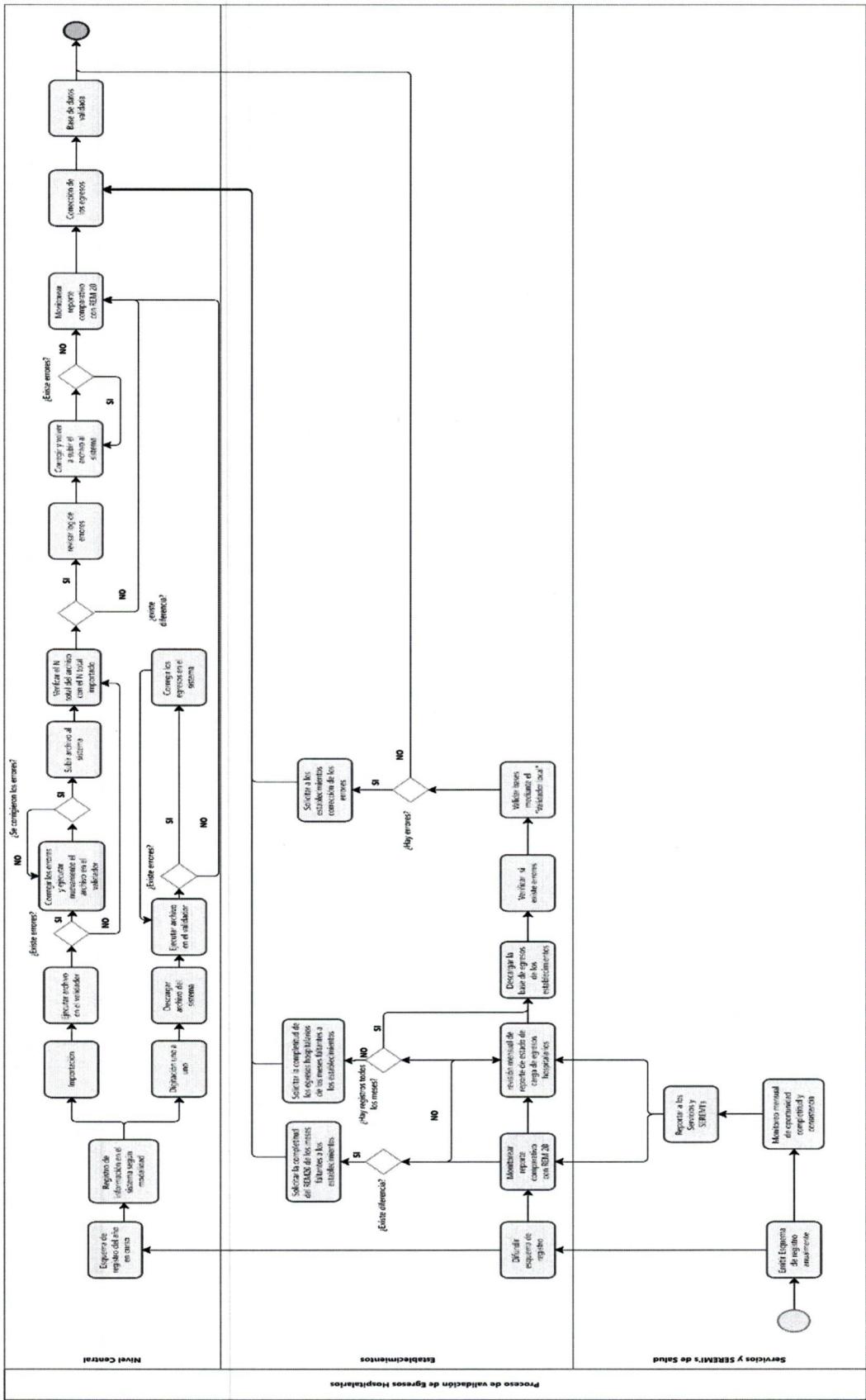
* La aplicación informática del DEIS permite ingresar: 9 traslados, 10 otros diagnósticos, 6 recién nacidos, 2 otras intervenciones quirúrgicas y 2 otros procedimientos.

La lista de códigos de Establecimientos, puede ser consultada: www.deis.cl - Datos abiertos, "Descarga Completa Listado de Establecimientos de Salud".

La lista de códigos de Comunas puede ser consultada en el sitio www.deis.cl - estandares y normativas, "División Político Administrativa y Servicios de Salud, histórico".



Anexo 3: Diagrama del proceso de monitoreo y validación de los datos tributados.



Anexo 4: Recomendaciones para el monitoreo y validación de la información de Egresos Hospitalario

Para realizar los monitoreos de oportunidad, completitud y consistencia de los registros, que deben efectuar los encargados de estadísticas de los establecimientos que prestan atención cerrada, Servicios y SEREMI's de salud del país. A continuación, se detalla el monitoreo de los ámbitos de calidad.

1. Monitoreo de Oportunidad

El IEEH, se encuentra regulado a través del decreto exento, el cual estipula los plazos en que se debe tributar la información de egresos hospitalarios, al sistema.

Con el objeto de velar por el cumplimiento de esta, se deben realizar las siguientes acciones:

- a) Monitorear mensualmente la carga de los egresos, a través del reporte web de los siguientes enlaces:
 - Servicios de Salud:

<https://reportesdeis.minsal.cl/IEEH/2023/Reporte/EstadoRegistroEgresoSSResumen.aspx>

- SEREMI's de Salud

<https://reportesdeis.minsal.cl/IEEH/2023/Reporte/EstadoRegistroEgresoSeremiResumen.aspx>

- b) Mensualmente debe coincidir la cantidad total de egresos y fallecidos con lo reportado en el sistema REM20 (Comparación Egresos Hospitalarios- REM 20), con la finalidad de detectar en forma oportuna falta de registros.

2. Validación de Completitud y Consistencia

Con el objetivo de contar con información de calidad, se requiere que las variables estén completadas según el esquema de registro que se publica anualmente en la intranet del DEIS.

Para apoyar la validación de la calidad de los datos y mejorar esta desde la fuente de origen, el DEIS desarrolló una herramienta de validación (validador local), llamada "Validador de Egresos Hospitalarios", la cual permite cargar la base de datos original de cada establecimiento, y alertar a los usuarios de las inconsistencias detectadas, para que estos sean corregidos antes de cargar la información al sitio oficial. Este modelo de validación, es compartido y colaborativo en cada una de sus etapas, entre los involucrados del proceso. Esta herramienta contiene todas las validaciones que realiza el nivel central en el proceso de validación del cierre del periodo.

La tributación de información de los egresos hospitalarios al sistema que disponibiliza el



DEIS se realiza mediante 2 modalidades: Importación o Digitación uno a uno, lo que implica diferencias en el proceso de validación mensual.

a) Respecto de la Importación

En aquellos establecimientos que cuentan con sistemas propios, y que posteriormente cargan la información al sistema de Estadísticas Hospitalarias, deberán cargar y ejecutar su base de datos original a la herramienta local "Validador de Egresos Hospitalarios", que contiene las reglas de validación. Es importante tener presente que:

- Previo a la carga mensualmente en el sistema de estadísticas hospitalarias, se debe validar el archivo en el "Validador de Egresos Hospitalarios".
- El sistema arroja un reporte de errores, el que se debe descargar, revisar y corregir en la base original.
- Posteriormente se debe volver a cargar la información, hasta que no aparezcan errores.
- Finalmente, la base de datos que no contiene errores se debe importar al sistema de estadísticas hospitalarias.

Es importante mencionar que, con el fin de asegurar un correcto monitoreo de la completitud de información, los pasos se tienen que seguir de acuerdo con el orden señalado.

b) Respecto de la Digitación uno a uno

Para aquellos establecimientos que digitan su información directo en el sistema, se debe mencionar que éste tiene incorporadas validaciones, pero no la totalidad que son aplicadas desde el nivel central. Es por lo anterior que para verificar que sus datos se encuentren validados, se debe;

- Descargar la base de datos desde el sistema de estadísticas hospitalarias e importar los egresos al Access (que contiene la tabla IEEH) válido para este sistema, el cual se encuentra publicado en la intranet del DEIS. Posteriormente se debe cargar el archivo en la herramienta "Validador de Egresos Hospitalarios", siguiendo los pasos de la letra a).