

Decreto

125015

*Deniam
A ESTABILIDAD
C.S.*



MINISTERIO DE SALUD
GABINETE DE MINISTRO
DIVISION JURIDICA
PDN / PFG / MRS / RAC / VRO / JHG / YVB



MINISTERIO DE HACIENDA
OFICINA DE PARTES
RECIBIDO

APRUEBA NORMA GENERAL TÉCNICA N° 201 QUE ESTABLECE EL PROCESO DE GESTIÓN DE INFORMACIÓN PARA LOS EGRESOS HOSPITALARIOS Y EL CORRECTO USO DEL FORMULARIO IEEH

SANTIAGO, 14 JUN. 2018

EXENTO N° 81

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 6°, 7°, 32 N° 6, 33 inciso primero y 35 de la Constitución Política de la República de Chile; lo establecido en los artículos 1°, 2° y 4° del D.F.L. N° 1 de 2005, del Ministerio de Salud, que fija el texto refundido, coordinado y sistematizado del decreto ley N° 2.763, de 1979, y de las leyes N° 18.933 y N° 18.469; en los artículos 47 y 49 del Código Sanitario, aprobado por el decreto con fuerza de ley N° 725 de 1967; en los artículos 5°, 6°, 8°, 9°, 10°, 25 y 27 del Decreto N° 136 de 2004, de esta cartera, que aprueba el Reglamento del Ministerio de Salud; en el Decreto N° 28, de 6 de mayo de 2009, del Ministerio de Salud; lo expuesto por la Jefa del Departamento de Estadísticas e Información de Salud de esta Secretaría de Estado en el ordinario N° B52/441 de 01 de febrero de 2017 sobre uso obligatorio del Informe Estadístico de Egreso Hospitalario vigente; el ordinario N° B52/1115 de 30 de marzo de 2017 sobre orientaciones para el correcto registro del Informe Estadístico de Egresos Hospitalarios; el ordinario N° B52/1116 de 30 de marzo de 2017 que informa metodología de monitoreo de calidad (oportunidad y completitud) de la carga mensual de los egresos hospitalarios a implementar a partir del mes de mayo;; el ordinario N° B52/1236 de 06 de abril de 2017 sobre orientaciones técnicas de la normativa vigente de los egresos hospitalarios y programa de visita; el ordinario N° B52/3825 de 12 de octubre de 2017 sobre la validación primer semestre de egresos hospitalarios año 2017; el ordinario N° B52/4785 de 15 de diciembre de 2017 informa modificaciones de variables del formulario de Informe Estadístico Egreso Hospitalarios 2018; el ordinario N° B52/245 de 15 de enero de 2018 actualización del formulario de Informe Estadístico Egresos Hospitalarios y Esquema de registro año 2018; en el memorándum B52 N° 30 de 19 de enero de 2018, de la Jefa (S) de División de Planificación Sanitaria; y lo indicado en la Resolución N° 1.600, de 2008, de Contraloría General de la República; y

SERVICIO DE SALUD CHILOE
RECIBIDO

 26 JUN. 2018
 SUBDEPARTAMENTO
 EVALUACION Y CONTROL DE GESTION

CONSIDERANDO,

1. Que, al Ministerio de Salud le compete ejercer la función que corresponde al Estado de garantizar el libre e igualitario acceso a las acciones de promoción, protección y recuperación de la salud y de rehabilitación de la persona enferma, así como coordinar, controlar y cuando corresponda ejecutar tales acciones.
2. Que, 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 morbilidad de las personas que se hospitalizan, a fin de asignar recursos a la atención hospitalaria, apoyar la toma de decisiones de directivos y profesionales sectoriales e intersectoriales, aportar información para formular, controlar y evaluar planes y programas de salud, construir indicadores de calidad de la atención hospitalaria, 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.
3. Que, en consecuencia, corresponde al Ministerio de Salud estandarizar el proceso de gestión de la información del Egreso Hospitalario y el correcto uso del Informe Estadístico del Egreso Hospitalario (IEEH), en establecimientos pertenecientes y no pertenecientes al Sistema Nacional de Servicios de Salud (SNSS), para asegurar la obtención de información oportuna y confiable para la toma de decisiones del sector.
4. Que, en razón de los argumentos explicitados con anterioridad:

DECRETO,

1°.- **APRUÉBASE** el documento denominado "Norma General Técnica N° ²⁰¹ que establece el proceso de Gestión de Información para los egresos hospitalarios y el correcto uso del formulario IEEH", cuyo texto se adjunta y forma parte del presente decreto, el que consta de 13 páginas, todas ellas visadas por la Subsecretaría de Salud Pública.

El texto aprobado se mantendrá en poder del Departamento de Estadísticas e Información de Salud, de la citada Subsecretaría del Ministerio de Salud, el que deberá asegurar que sus copias y reproducciones sean idénticas al texto original que se aprueba por este acto.

2°.- **PUBLÍQUESE**, por el Departamento de Estadísticas e Información de Salud, el texto íntegro de la "Norma General Técnica N° ²⁰¹ que establece el proceso de Gestión de Información para los egresos hospitalarios y el correcto uso del formulario IEEH" y el del presente decreto en el sitio www.deis.cl, a contar de la total tramitación de este último.

3°.- **REMÍTASE**, una vez finalizada su tramitación, un ejemplar de la "Norma General Técnica N° ²⁰¹ que establece el proceso de Gestión de Información para los egresos hospitalarios y el correcto uso del formulario IEEH", a los Servicios de Salud quienes deberán remitirla a los establecimientos de su jurisdicción. Las Secretarías Regionales Ministeriales de Salud deberán distribuirla a los establecimientos de salud privados de su territorio, Mutuales, establecimientos de salud de las Fuerzas Armadas, de Orden y Seguridad Pública y Gendarmería de Chile.

4°.- DÉJASE SIN EFECTO el Decreto Exento N°541, de 30 de mayo de 2014, del Ministerio de Salud, que aprobó el texto de la "Norma General Técnica N° 168 que establece uso del Formulario Informe Estadístico de Egreso Hospitalario para la Producción de Información Estadística sobre Causas de Egreso Hospitalario y Variables Asociadas".

ANÓTESE Y COMUNÍQUESE

POR ORDEN DEL PRESIDENTE DE LA REPÚBLICA



DISTRIBUCION:

- Jefe de Gabinete Ministra de Salud
- Jefe de Gabinete Subsecretario de Salud Pública
- Jefe de Gabinete Subsecretaria de Redes Asistenciales
- División de Planificación Sanitaria
- Servicios de Salud del país
- Secretarías Regionales Ministeriales de Salud del país
- División Jurídica
- Oficina de Partes



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



201

Norma General Técnica que establece el proceso de Gestión de Información para los egresos hospitalarios y el correcto uso del formulario IEEH

Oficina Diseño Operativo de la Información
Departamento de Estadística e Información de Salud
Ministerio de Salud
Enero de 2018

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, 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 gestión de la información 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, 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 del 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, unidad funcional y servicio clínico), hora y fecha de egreso, días de estada, 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)



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 y normas establecidas 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 2018.

El plazo de implementación de la norma es inmediato para los establecimientos que digitan su información en el sistema de egresos hospitalarios dispuesto por el DEIS. Para los establecimientos que importan la información al sistema, el plazo de implementación corresponderá hasta el mes de abril del año 2018, para cargar la información de los egresos hospitalarios generados en los meses de enero y febrero de dicho año. Cabe señalar que este plazo excepcional regirá solo para el año 2018.

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

Para efectos de este documento se entenderá por:

- Egreso hospitalario: corresponde generar un IEEH (egreso), 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 bebés 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 Ingreso por Traslado en esa unidad funcional, pero no debe considerarse como un ingreso al establecimiento.
- 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 periodos de actividad normal.
La dotación no está afectada por fluctuaciones temporales, es decir camas que se agregan o que se quitan por periodos 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.



INSTRUCTIVO DE LLENADO "INFORME ESTADÍSTICO DE EGRESO HOSPITALARIO"

DATOS ADMINISTRATIVOS Y DEMOGRÁFICOS

N° 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 compararlo con otras fuentes, como REMZO 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 ingreso hospitalario al ingreso del paciente al establecimiento, el cual permite identificar el evento. Este 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 guón.

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

Indocumentado: Registre esta opción solo 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 corresponde 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 período 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 la) paciente.

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

16. **Domicilio:** Registre la residencia habitual del (de la) paciente: Calle, Avenida, Paseo, Camino o 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 ingresa el (la) paciente.

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

22. **Procedencia del Paciente:** Registre el N° que corresponde 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).

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 y el Servicio Clínico.

25. **Primer Traslado: Registre la fecha del primer traslado, nombre y código de la Unidad Funcional y el Servicio Clínico 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 registre la fecha del egreso, con la modalidad dd-mm-aa. Enseguida registre el nombre y el código de la Unidad Funcional y el Servicio Clínico de donde egresa el (la) paciente.

30. **Días de Estadía:** 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 estadía.

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:** Registre la causa del traumatismo o envenenamiento accidental o intencional, asociada al Diagnóstico Principal.

* 35 y 36. **Otros diagnósticos:** Registre todas las afecciones que existieron en el momento de la admisión o se desarrollan posteriormente y que afectan al tratamiento recibido y/o la hospitalización. Se excluyen los diagnósticos de un episodio anterior y/o 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 al 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, anotó: 3.250.

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

42. **Anomalia 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 o 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 subespecialidad 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.

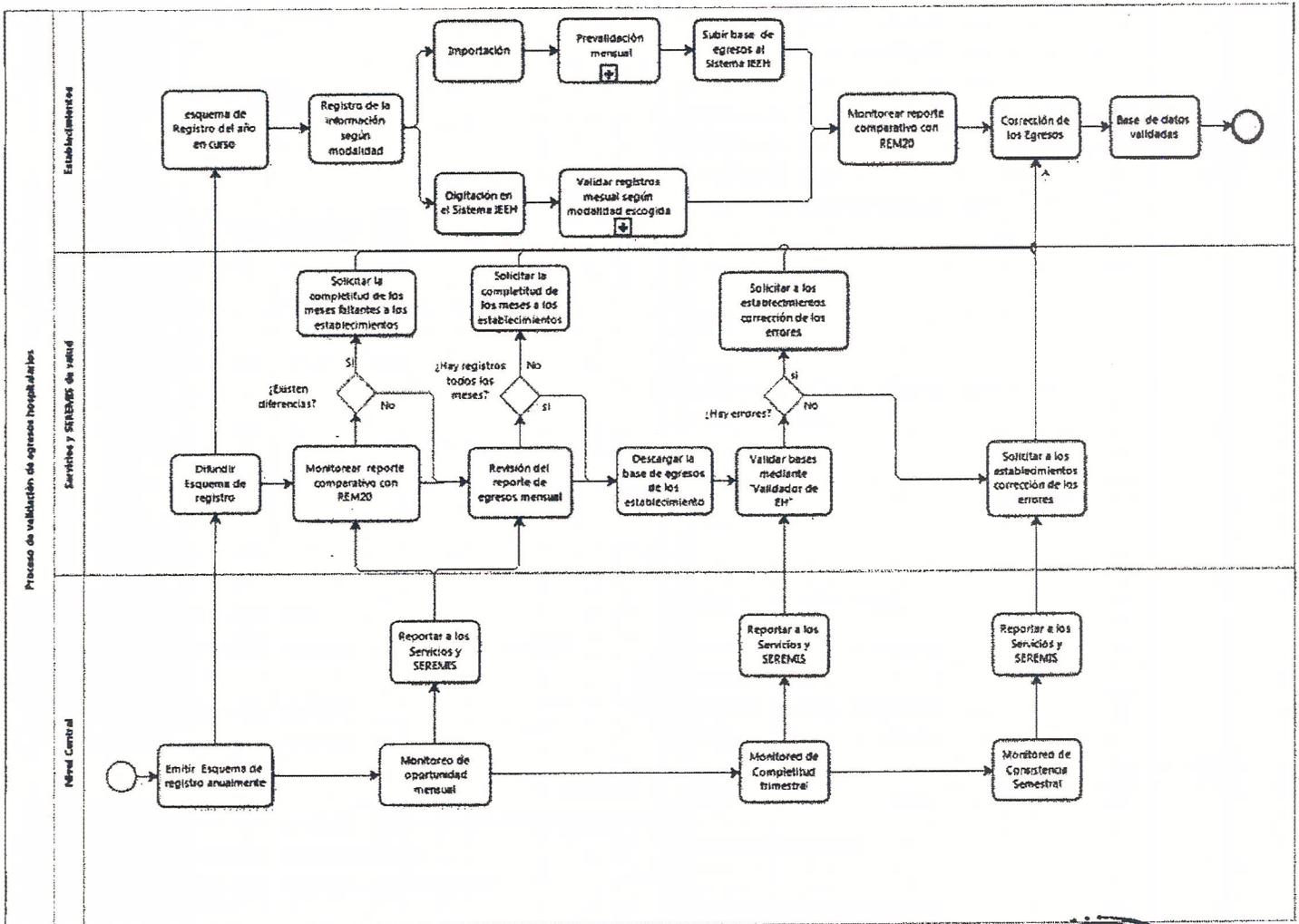
* **La aplicación informática del DEIS permite ingresar: 9 traslados, 10 otros diagnósticos, 6 recién nacidos, 2 otros intervenciones quirúrgicas y 2 otros procedimientos.**

** **Para identificar el código del servicio clínico, revise el esquema de registro publicado en la estandar del DEIS, según año que corresponda.**

La lista de códigos de Establecimientos, puede ser consultada: www.dsis.cl - Recursos para la Salud, "Descarga Completa Listado de Establecimientos de Salud".

La lista de códigos de Comunas puede ser consultada en el sitio www.dsis.cl - estándares y normativas, "División Política Administrativa y Servicios de Salud, historio".

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 links:
 - Servicios de Salud:
<http://intradeis.minsal.cl/ieeh/2017/Reporte/EstadoRegistroEgresoSSResumen.aspx>
 - SEREMI's de Salud:
<http://intradeis.minsal.cl/ieeh/2017/Reporte/EstadoRegistroEgresoSeremiResumen.aspx>
- b) Comparar mensualmente la coincidencia de la cantidad total de egresos y REM20, 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 extranet 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, llamada "Validador de Egresos Hospitalarios", la cual permite cargar la base de datos original de cada establecimiento, y alertar a los usuarios de los errores detectados, para que estos sean corregidos antes de cargar la información al sitio oficial. Este nuevo modelo de validación, es compartido y colaborativo en cada una de sus etapas. Cabe señalar que la herramienta tiene cargada 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.

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 subir su base de datos original a la herramienta local "Validador de Egresos Hospitalarios", donde se encuentran cargadas las reglas de validación. Es importante tener presente que:

- La carga se debe realizar mensualmente en el sistema "Validador de Egresos Hospitalarios".
- El sistema arroja un reporte de errores, los cuales se deben 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 tiene ningún error, se debe importar al sistema de estadísticas hospitalarias.

La validación de la información, se debe realizar los primeros cinco días hábiles del mes subsiguiente de la información.

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 al 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 encuentran validados, pueden optar por cualquiera de las siguientes 3 alternativas:

- Descargar la base de datos desde el sistema de estadísticas hospitalarias e importar los egresos al Access válido para este sistema, el cual se encuentra publicado en la extranet del DEIS. Posteriormente tienen que cargar el archivo en la herramienta "Validador de Egresos Hospitalarios", siguiendo los pasos de la letra a).
- Descargar la base de datos desde el sistema de estadísticas hospitalarias e importarla a una base de datos en SQL. Posteriormente deben ejecutar las reglas en lenguaje SQL. Se recomienda que este proceso sea ejecutado por el área informática del establecimiento.
- Con las reglas en lenguaje natural, podrán desarrollar validaciones en el nivel local, de acuerdo a los recursos humanos, económicos y/o de software que dispongan para esto.



26/06/18
MARISA NAVARRO
- PARA CONOCIMIENTO.