

Normas nacionales para el registro y envío de egresos hospitalarios (accesible)

Fecha de creación

05/01/2026

Tipo de publicación

Guías

Resumen

El objetivo de esta norma es establecer los requisitos para el registro y envío de los egresos hospitalarios como eventos de morbilidad institucionales y uniformizar aspectos vinculados a: formato, variables, completitud, coherencia interna, adecuación del diagnóstico principal y nivel de detalle de la codificación.

Actualización: diciembre 2025.

Introducción

Con el propósito de fortalecer la función de rectoría, el Ministerio de Salud, está realizando esfuerzos para mejorar la calidad de la información requerida para la toma de decisiones en salud.

Los datos de los egresos hospitalarios constituyen una herramienta para la aproximación a la morbilidad, a las necesidades y las demandas en salud. Así mismo, permiten realizar análisis con diferentes enfoques sobre la situación sanitaria, la gestión y la fiscalización, entre otros.

Estos enfoques implican diferentes conceptualizaciones o definiciones operacionales de los egresos:

- Desde el punto de vista de la gestión, como unidad de producción hospitalaria.
- Desde el punto de vista epidemiológico, como evento de morbilidad que requirió hospitalización.

El presente documento está dirigido a protocolizar el proceso de información de los eventos de morbilidad y no de los egresos como unidad de producción, tal como establece el Sistema Nacional de Información (SINADI).

Anualmente los prestadores de salud deben enviar al Departamento de Vigilancia en Salud, información sobre los egresos hospitalarios de los pacientes inscriptos en sus padrones, según el Contrato de Gestión suscrito entre la Junta Nacional de Salud (SNIS) y los prestadores integrales del Sistema Nacional Integrado de Salud, Decreto N°81/012, en su quincuagésima disposición general.

Contar con criterios estandarizados para la codificación, un sistema de control de calidad de los registros y un manejo adecuado de la base nacional, son puntos críticos para la interpretación de la información.

El objetivo de la presente norma es establecer los requisitos para el registro y envío de los egresos hospitalarios como eventos de morbilidad institucionales y uniformizar aspectos vinculados a: formato, variables, completitud, coherencia interna, adecuación del diagnóstico principal y nivel de detalle de la codificación.

La aplicación de estas normas estará sujeta a modificaciones y actualizaciones ante cambios como la implementación de la historia clínica electrónica nacional u otros que esta Secretaría de Estado considere.

Consideraciones y conceptos generales

Un egreso hospitalario (desde la perspectiva de evento de morbilidad) se produce cuando se le otorga el alta hospitalaria al paciente, luego de culminado el episodio de morbilidad por el cual estuvo internado en uno o más niveles de atención y en uno o más establecimientos. El egreso se puede producir por alta a domicilio o fallecimiento.

Tienen obligación de informar los egresos de sus afiliados:

- prestadores integrales de salud del SNIS (IAMC, ASSE, Sanidad Militar,

Sanidad Policial, Seguros Privados) según el decreto 81/012

- prestadores parciales (BSE, BPS, Hospital de Clínicas)

Desde la creación del SNIS la institución prestadora tiene responsabilidad por sus afiliados, tanto se asistan en la propia institución como en otro establecimiento de salud.

En consecuencia, los egresos deben codificarse e informarse independientemente del establecimiento en el cual se internó el usuario. Por ejemplo, usuarios internados en un IMAE o en servicios tercerizados como internaciones psiquiátricas o cuidados intensivos.

Por tanto, es obligación de cada prestador contar con la historia clínica de la internación de sus usuarios, aunque la misma ocurra en otro establecimiento.

Se excluyen como egresos hospitalarios:

- los pacientes asistidos en forma ambulatoria, en emergencia e internación domiciliaria.
- los recién nacidos que se encuentren en estadía conjunta con la madre.

Requisitos para el envío de los egresos

Se deben informar todos los egresos ocurridos entre el 1 de enero y el 31 de diciembre del año correspondiente, independiente de la fecha de ingreso. La fecha límite para el envío es el 31 de marzo del año siguiente.

Los prestadores que cuentan con sedes secundarias deben enviar la información unificada en un solo archivo.

La planilla se enviará a través de la plataforma Recepción y Control de Información Externa (RCIE), creada para preservar la seguridad y confidencialidad de los datos, a la que se accede con un usuario personal, que debe ser solicitado al MSP.

Variables y formato de la planilla de egresos

Los egresos deben estar registrados en una planilla de cálculo (Excel o Calc) en una única hoja. La misma debe tener como primera fila el nombre de las variables (según lo indicado en el archivo “Plantilla_EH_estandar”), en el orden establecido. No agregar filas con títulos, logos, etc. Debe contener una única hoja denominada “Egresos”.

En la tabla 1 se muestran las variables solicitadas, las condiciones y formato de la planilla de cálculo.

Tabla 1

Variables que debe contener la planilla de egresos hospitalarios			
Variable	Condiciones	Formato de celda	Ejemplo
Tipo de documento (*)	Texto en mayúsculas. Documento uruguayo “CI”, otro país emisor de documento “EXTRANJERO”	Texto	EXTRANJERO
Documento (*)	Sin puntos ni guiones, incluyendo el dígito verificador, todo en la misma celda	Numérico	12345678
Primer nombre (*)	Texto en mayúsculas, sin tilde	Texto	MARIA
Segundo nombre	Texto en mayúsculas, sin tilde	Texto	
Primer apellido (*)	Texto en mayúsculas, sin tilde	Texto	PEREZ
Segundo apellido	Texto en mayúsculas, sin tilde	Texto	
Sexo[1] (*)	Si corresponde al sexo femenino deberá figurar “F”; sexo masculino “M” (mayúscula)	Texto	F
Fecha de nacimiento (*)	Registrar día y mes con dos dígitos, año con cuatro dígitos	Fecha dd/mm/aaaa	01/08/1964
Edad (*)	En años. Si el paciente es menor de 1 año deberá figurar “0”	Numérico	52
Departamento (*)	Registrar departamento de residencia del paciente (mayúsculas, sin tilde)	Texto	RIO NEGRO
Fecha de ingreso (*)	Registrar día y mes con dos dígitos, año con cuatro dígitos	Fecha dd/mm/aaaa	01/08/2015
Fecha de egreso (*)	Registrar día y mes con dos dígitos, año con cuatro dígitos	Fecha dd/mm/aaaa	09/08/2015
Días de internación (*)	Número de días entre la fecha de ingreso y egreso. Si la persona egresa el mismo día que ingresó registrar uno (1)	Numérico	10
Diagnóstico principal CIE-10 (*)	Registrar el diagnóstico principal según la CIE-10 (en mayúscula, sin espacio, barras, daga, asterisco ni guiones, usar solo punto cuando corresponda). Todos los caracteres en la misma celda.	Texto	S42.0
Causa externa	Registrar código correspondiente a causa externa, solamente en los casos en que en diagnóstico primario se haya indicado código del Capítulo XIX. Todos los caracteres en la misma celda. Ver “Guía de codificación de lesiones y sus causas externas en Egresos Hospitalarios”	Texto	V01.2

Variable	Condiciones	Formato de celda	Ejemplo
Diagnóstico complementario de la CIE-10 (CIE-10-3 al CIE-10-10)	<p>Registrar los códigos de otras afecciones atendidas durante el episodio sanitario.</p> <p>O un código complementario cuando el diagnóstico principal corresponde a:</p> <ul style="list-style-type: none"> • un código daga • una enfermedad infecciosa que requiera especificar el agente (B95-B97) <p>Enviar tantos códigos como la institución registre, en columnas separadas. Todos los caracteres en la misma celda.</p>	Texto	G02.1
Procedimiento principal-CIE-9 (CIE-9MC-2 al CIE-9MC-5)	Registrar el código de procedimiento de acuerdo con la CIE-9MC (sin espacio, barras ni guiones, usar sólo punto).	Texto	42.54
Otros procedimientos según CIE-9MC (CIE-9MC-2 al CIE-9MC-5)	Registrar otro código de procedimiento (sin espacio, barras ni guiones, usar sólo punto). Enviar hasta 4 columnas separadas.	Texto	04.11
Condición al egreso (*)	Alta o fallecido (en mayúscula).	Texto	FALLECIDO
Observaciones			

(*) Variables obligatorias [1] Sexo biológico

Criterios para la codificación de diagnósticos y procedimientos

La codificación de diagnósticos se realizará utilizando la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud, Décima Revisión (CIE-10), Edición 2018, teniendo en cuenta las modificaciones realizadas hasta el año 2022.

Se registrará como “Diagnóstico principal CIE-10” la afección diagnosticada al final del proceso de atención o aquella causante del mayor uso de recursos.

La codificación de procedimientos se realizará utilizando la Clasificación Internacional de Enfermedades, Novena Revisión-Modificación Clínica (CIE9-MC), Vol. 3, Edición 2009.

A tener en cuenta durante la codificación con la CIE-10:

- La codificación debe responder a las reglas de codificación de morbilidad (aunque correspondan a egresos fallecidos)
- El diagnóstico principal no puede ser un código asterisco (*), el código daga correspondiente es el que debe indicarse como diagnóstico principal.
- No deben figurar como códigos principales los agentes infecciosos (B95-B97), sino que deben estar como adicionales a un diagnóstico.
- No incluir el signo en las celdas como en el caso de “daga” o “asterisco” (Ej.: cuando el código es D77* en la celda debe figurar únicamente D77).
- Los códigos Z37 y Z38 no deben registrarse como diagnóstico principal, no se deben incluir en egresos hospitalarios cuando el RN se encuentra en alojamiento conjunto (Z38). Cuando el RN haya requerido otras atenciones codificar con código correspondiente.
- Los registros de egresos codificados con el Capítulo XIX (S00-T98), deben contar con un código adicional que especifique el mecanismo o intencionalidad registrado en la columna “Causa Externa”.
 - En el caso de que la hospitalización se haya dado en el contexto de un intento de autoeliminación, se deberá registrar como Diagnóstico principal CIE-10 la lesión y su causa externa, sin considerar si fue el causante del mayor uso de recursos (Anexo 4).
 - Cuando un usuario está ingresado por quimioterapia (Z51.1) se debe registrar la neoplasia por la cual recibe tratamiento como diagnóstico complementario.
 - Cuando el diagnóstico principal es un código de la categoría O99, se debe complementar con el código correspondiente a la enfermedad de los capítulos por sitio anatómico.
- El mecanismo o intencionalidad de la lesión se debe registrarse en la columna “Causa externa”, ubicada a continuación del diagnóstico principal, son códigos del capítulo XX (V00-Y98). Ver “Guía de codificación de lesiones y sus causas externas en Egresos Hospitalarios”.

A tener en cuenta para la codificación con la CIE9-MC (Ed. 2009):

- Registrar como procedimiento aquella intervención quirúrgica realizada como tratamiento al usuario.
- Si el paciente tuvo dos o más intervenciones quirúrgicas durante el episodio, el procedimiento principal debe ser el de mayor complejidad y/o de mayor duración.
- No corresponde indicar los procedimientos NO quirúrgicos habituales durante la internación (extracción de sangre, ECG, etc.).

Control de calidad de los egresos hospitalarios institucionales

Control primario: control automático en RCIE

Los egresos hospitalarios enviados a través de RCIE serán verificados por la propia plataforma. Los controles serán agregados evolutivamente. En la primera etapa se controlará el cumplimiento de formato y completitud de las variables básicas. Los controles que se agreguen se publicarán con tiempo. Para más información dirigirse a la Plataforma Recepción y Control de Información Externa (RCIE).

Aspectos para tener en cuenta:

- Presentación de las variables y formato: se verificará que todas las variables solicitadas se encuentren en el orden predeterminado y según el formato requerido.
- Completitud de variables: controla 100% de completitud de las variables: tipo de documento, documento, sexo, edad, departamento, fecha de ingreso, fecha de egreso, diagnóstico principal según la CIE-10 y condición al egreso.
- Edad: la edad debe estar comprendida entre 0 y 120 años.
- Fecha de ingreso: La fecha de ingreso no puede ser superior al año de egreso reportado.
- Fecha de egreso: La fecha de egreso debe estar comprendida entre el 1º de enero y el 31 de diciembre del año a reportar.
- Días de estadía: Es la diferencia entre la fecha de egreso definitiva (alta o fallecimiento) y la de ingreso que generó el evento de morbilidad, aunque ocurran en diferentes establecimientos. De esta forma, los días de estadía corresponden al tiempo en el cual el usuario estuvo internado por un mismo evento de morbilidad. No registrar 0.
- Condición al Egreso: Se especificará la condición en la que finaliza el período de internación hospitalaria registrado en la fila (ALTA o FALLECIDO)

Control secundario

Una vez aceptada la base de egresos hospitalarios a través de la RCIE se realizarán otros controles de los cuales surgen consultas que serán enviadas al responsable institucional.

- Unificación de evento sanitario: se controlará que para el mismo documento no existan fechas consecutivas o superpuestas de ingreso y egreso hospitalario. Aquellos que generen alerta, se enviarán a las instituciones para su verificación.
- Control de los días de estadía: los días de estadía deben estar comprendidos entre 1 y 365 días. Fuera de este rango, se generará una alerta para verificar el valor consignado.

Nivel de detalle de la codificación

- Codificación de diagnóstico principal: la codificación CIE-10 debe incluir 4 caracteres (letra, dos dígitos, punto y un dígito-cuando corresponda). Es admitido como máximo un 5% de egresos con 3 caracteres (sin tomar en cuenta los códigos que no tienen más de 3).
- No corresponde notificar como diagnóstico principal:
 - códigos del capítulo XX (V-Y)
 - códigos Z37 y Z38
 - códigos B95 - B98
- No corresponde registrar egresos con diagnóstico principal codificado con capítulo XIX “Traumatismos, envenenamientos y algunas otras consecuencias de causas externas” (S00-T98) sin indicación de Causa externa (capítulo XX “Causas externa de morbilidad y mortalidad”, V00-Y98).
- Consistencia de sexo – códigos CIE-10 asignados: se verificará que los códigos del capítulo XV “Embarazo, parto y puerperio (O00-O99) estén registrados solamente en sexo femenino.

Adecuación del diagnóstico principal

- Se controlará que los egresos correspondientes a los códigos R y Z no superen el 5% del total de egresos.
- Se controlará que el código T14 “Traumatismos de regiones no especificadas del cuerpo”, no supere el 1% de los registros de códigos del capítulo XIX “Traumatismos, envenenamientos y algunas otras consecuencias de causas externas” (S00-T98).
- Se controlará que los códigos de causa externa genéricos (X59, Y34 e Y89.9) no superen el 10% de los egresos codificados con el capítulo XIX.
- Consistencia de sexo – códigos CIE-10 asignados: se verificará que las categorías limitadas a un sexo sean utilizadas en el sexo indicado según las recomendaciones de la CIE-10, Vol. 2. (Anexo 1 y 2)
- Consistencia de edad – códigos CIE-10 asignados: se verificará que las categorías limitadas a un grupo etario sean utilizadas según las recomendaciones de la CIE-10, Vol. 2.
 - Uso del capítulo XVI “Ciertas afecciones originadas en el período perinatal” (P00-P96) en menores de 1 año de vida
 - Uso del capítulo XV “Embarazo, parto y puerperio” (O00-O99) en sexo femenino entre 13 y 55 años
- Consistencia de sexo – códigos CIE-9 asignados: se tendrán en cuenta los procedimientos limitados a un sexo según la

Devolución de las modificaciones

Las modificaciones deberán ser aplicadas en la base completa (la versión final subida a RCIE) y se deberá subir nuevamente a RCIE.

El mecanismo para informar a las instituciones que registros deben ser verificados, se comunicará según se defina cada año.

Anexo 1: Códigos sólo aplicables al sexo masculino

Códigos sólo aplicables al sexo masculino

Códigos	Descripción
B26.0	Orquitis por parotiditis
B37.4, N51.2	Candidiasis de otras localizaciones urogenitales: balanitis debida a cándida
C60-C63	Tumores malignos de los órganos genitales masculinos
D07.4,D07.6	Carcinoma in situ del pene, carcinoma in situ de la próstata, carcinoma in situ de otros órganos genitales masculinos y de los no especificados
D17.6	Tumor benigno lipomatoso del cordón espermático
D29.-	Tumor benigno de los órganos genitales masculinos
D40.-	Tumor de comportamiento desconocido de órganos genitales masculinos
E29.-	Disfunción testicular
E89.5	Hipofunción testicular consecutiva a procedimientos
F52.4	Eyaculación precoz
I86.1	Várices escrotales
L29.1	Prurito escrotal
N40-N51	Enfermedades de los órganos genitales masculinos
Q53-Q55	Testículo no descendido, hipospadias, otras malformaciones congénitas de los órganos genitales masculinos
R86	Hallazgos anormales en muestras tomadas de órganos genitales masculinos
S31.2-S31.3	Herida del pene, herida del escroto y de los testículos
S37.8	Traumatismo de otros órganos pélvicos
Z12.5	Examen de pesquisa especial para tumor de la próstata

Anexo 2: Códigos sólo aplicables al sexo femenino

Códigos sólo aplicables al sexo femenino

Códigos	Descripción
A34	Tétanos obstétricos
B37.3, N77.1	Candidiasis de la vulva y de la vagina
C51-C58	Tumores malignos de los órganos genitales femeninos
C79.6	Tumor maligno secundario del ovario
D06.-	Carcinoma in situ del cuello del útero
D07.0, D07.3	Carcinoma in situ del endometrio, carcinoma in situ de la vulva, carcinoma in situ de la vagina, carcinoma in situ de otros sitios de órganos genitales femeninos y de los no especificados
D25-D28	Leiomioma de útero, Otros tumores benignos del útero, Tumor benigno del ovario, Tumor benigno de otros órganos genitales femeninos y de los no especificados
D39.-	Tumor de comportamiento incierto o desconocido de los órganos genitales femeninos
E28.-	Disfunción ovárica
E89.4	Insuficiencia ovárica consecutiva a procedimientos
F52.5	Vaginismo no orgánico
F53.-	Trastornos mentales y del comportamiento asociados con el puerperio, no clasificadas en otra parte
I86.3	Várices de la vulva
L29.2	Prurito vulvar
L70.5	Acné excoriado de la mujer joven
M80.0, M80.1	Osteoporosis postmenopáusica, con fractura patológica, Osteoporosis postooforectomía, con fractura patológica
M81.0, M81.1	Osteoporosis postmenopáusica, sin fractura patológica, Osteoporosis postooforectomía, sin fractura patológica
M83.0	Osteomalacia puerperal
N70-N98	Enfermedades inflamatorias de los órganos pélvicos femeninos, Enfermedades no inflamatorias de los órganos genitales femeninos
N99.2-N99.3	Adherencias postoperatorias de la vagina, prolapso de la cúpula vaginal después de histerectomía
O00-O99	Embarazo, parto y puerperio
P54.6	Hemorragia vaginal neonatal

Códigos	Descripción
Q50-Q52	Malformaciones congénitas de los ovarios, de las trompas de Falopio, y de los ligamentos anchos, Malformaciones congénitas del útero y del cuello uterino, Otras malformaciones congénitas de los órganos genitales femenino
R87	Hallazgos anormales en muestras tomadas de órganos genitales femeninos
S31.4	Herida de la vagina y de la vulva
S37.4-S37.6	Traumatismo de ovario, Traumatismo de la trompa de Falopio, Traumatismo del útero
T19.2-T19.3	Cuerpo extraño en vulva y vagina, Cuerpo extraño en útero [cualquier parte]
T83.3	Complicación mecánica de dispositivo anticonceptivo intrauterino
Y76.-	Dispositivos ginecológicos y obstétricos asociados con incidentes adversos
Z01.4	Examen ginecológico (general) (de rutina)
Z12.4	Examen de pesquisa especial para tumor de cuello uterino
Z30.1	Inserción de dispositivo anticonceptivo (intrauterino)
Z30.3	Extracción menstrual
Z30.5	Supervisión del uso de dispositivo anticonceptivo (intrauterino)
Z31.1	Inseminación artificial
Z31.2	Fecundación in vitro
Z32-Z36	Examen y prueba del embarazo, Estado del embarazo, incidental, Supervisión de embarazo normal, Supervisión de embarazo de alto riesgo, Pesquisas prenatales
Z39	Examen y atención del postparto
Z43.7	Atención de vagina artificial
Z87.5	Historia personal de complicaciones del embarazo, del parto y del puerperio
Z97.5	Presencia de dispositivo anticonceptivo (intrauterino)

Anexo 3: Códigos de procedimientos de acuerdo al sexo

Códigos de procedimientos de acuerdo al sexo

Códigos	Descripción
60-64	Operaciones sobre órganos masculinos
65-71	Operaciones sobre órganos genitales femeninos
72-75	Procedimientos obstétricos

Anexo 4: Codificación de intento de autoeliminación (IAE)

Cuando el resumen de egreso indica que la asistencia se inicia por un intento de autoeliminación (IAE) se codificará como diagnóstico principal la lesión, acompañado de la causa externa. Se registra como otras afecciones los diagnósticos psiquiátricos o psicológicos, independientemente de que tuviera diagnóstico previo o se realizara en el episodio actual. En caso de estar indicado el reintento, asociar el código Z.

Referencias bibliográficas

1. Clasificación estadística internacional de enfermedades y problemas relacionados con la salud. 10a. revisión. Edición del 2018. (Publicación Científica; 554) Washington, D.C.: OPS, 1995.
2. Clasificación de Procedimientos. 9^a revisión. Modificación Clínica. Edición 2009. Ministerio de Salud de México.

Autores

División Epidemiología

Dirección

Rodríguez, Nataly

Asesores

Ferreira, Alicia

Docente de Terminología Médica. Carrera de Licenciatura en Registros Médicos. Escuela Universitaria de Tecnología Médica. Facultad de Medicina. Universidad de la República

León, Ima

Dirección de Sistemas de Información en Salud. Dirección General de la Salud. Ministerio de Salud

Autores

Alegretti, Miguel

Ferreiro, María del Carmen

Gagliano, Gustavo

Griot, Karina

Última Actualización 2024

Integrantes del Sector de Vigilancia de Enfermedades No Transmisibles:

Bittar, Griselda

Bruzzone, Erika

Griot, Karina