



GOBIERNO DE
MÉXICO

SALUD
SECRETARÍA DE SALUD

**SECRETARÍA DE SALUD
SUBSECRETARÍA DE PREVENCIÓN Y
PROMOCIÓN DE LA SALUD
DIRECCIÓN GENERAL DE INFORMACIÓN EN SALUD**

GIIS-B002-04-05

**GUÍA Y FORMATOS PARA EL
INTERCAMBIO DE INFORMACIÓN EN
SALUD REFERENTE AL REPORTE DE
INFORMACIÓN DE EGRESOS
HOSPITALARIOS**





PREFACIO

Información de contacto

Para más información sobre el documento que se muestra a continuación, favor de contactar a la Dirección General de Información en Salud, ubicada en Homero No. 213, Piso 2, Col. Chapultepec Morales, Alcaldía Miguel Hidalgo, C.P. 11570, Ciudad de México, México; Teléfono. +52 (55) 6392 2300, Ext. 52584, o bien, por medio de correo electrónico a dgis@salud.gob.mx con el asunto "GUÍAS DE INTERCAMBIO DE INFORMACIÓN".

Historial de revisiones

Fecha	Versión	Madurez	Descripción	Autor
19/11/2021	4.0	Versión Inicial	Creación del documento. Revisión general de datos, reglas, catálogos y formato.	BLPM, MPPO, AGS
26/01/2022	4.1	Borrador	Revisión general de datos, reglas, catálogos y formato.	BLPM, MPPO, AGS
02/02/2022	4.2	Borrador	Revisión de datos y reglas.	BRE, MPPO, AGS, ACT
15/03/2022	4.3	Versión Final	Conclusión de pruebas de módulo de carga masiva y agregar consideraciones especiales.	BLPM, MPPO, BRE, AGS, AYG
13/05/2022	4.4	Versión Final	Fe de erratas en las siguientes variables: "folioLesion", "gestas", "edadGestacional" y "tipoAtencionObstetrica".	MPPO, AGS, ACT
15/07/2022	4.5	Versión Final	Fe de erratas en las siguientes variables: "tipoAtencionObstetrica" y "codigoCieProcedimiento".	MPPO, AGS, ACT






Participantes

Institución, dependencia u organismo	Nombre y Cargo	Iniciales
Dirección General de Información en Salud	Lic. Bonifacio Rugerio Escobar, Director de Sistemas de Información de Servicios de Salud.	BRE
	Ing. Blanca Leticia Pinette Medina, Directora de Administración y Prestaciones de Servicios de Salud Electrónicos	BLPM
	Lic. María de Pilar Peña Olmos, Subdirectora de Información Institucional	MPPO
	Lic. Ángel González Serrano. Subdirector de Información en Recursos Humanos y Materiales.	AGS
	Ing. Arturo Colin Torres, Subdirector de Procesos Electrónicos en Salud.	ACT
	Lic. Alejandra Yépez Gómez. Jefa de Departamento de Primer Nivel.	AYG




 GOBIERNO DE MÉXICO SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	GUÍA Y FORMATOS PARA EL INTERCAMBIO DE INFORMACIÓN EN SALUD REFERENTE AL REPORTE DE INFORMACIÓN DE EGRESOS HOSPITALARIOS		
	CLAVE DEL DOCUMENTO: GIIS-B002-04-05	VERSIÓN DEL DOCUMENTO: 4.5	FECHA DEL DOCUMENTO: 15 de julio de 2022

CONTENIDO

Prefacio	2
Información de contacto	2
Historial de revisiones	2
Participantes	3
Contenido	4
Presentación de la Guía	5
Introducción	5
Audiencia	6
Alcance	6
Justificación	6
Términos y Definiciones	7
Referencias	13
Ligas Web	13
Bibliografía	14
Archivos anexos	14
Consideraciones Especiales	14
Modelo de Información	15
Diccionario de Datos	15
Fe de erratas	49
Catálogos	52
Conformación del Documento Electrónico	53
Cifrado	54
Nomenclatura de archivos	54
Mecanismo de Entrega de la Información (Interconexión Basada en Estándares)	55
Seguridad	55
Verificación de Apego a esta Guía	55



 GOBIERNO DE MÉXICO SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	GUÍA Y FORMATOS PARA EL INTERCAMBIO DE INFORMACIÓN EN SALUD REFERENTE AL REPORTE DE INFORMACIÓN DE EGRESOS HOSPITALARIOS		
	CLAVE DEL DOCUMENTO: GIIS-B002-04-05	VERSIÓN DEL DOCUMENTO: 4.5	FECHA DEL DOCUMENTO: 15 de julio de 2022

PRESENTACIÓN DE LA GUÍA

Introducción

De conformidad con el artículo 109 bis de la Ley General de Salud, le corresponde a la Secretaría de Salud emitir la normatividad a que deben sujetarse los sistemas de información de registro electrónico que utilicen las instituciones del Sistema Nacional de Salud (SNS), a fin de facilitar la interoperabilidad, procesamiento, interpretación y seguridad de la información contenida en los expedientes clínicos electrónicos.

En concordancia con lo anterior, la Norma Oficial Mexicana NOM-024-SSA3-2012 Sistemas de Registro Electrónico para la Salud. Intercambio de Información en Salud, tiene por objeto regular los Sistemas de Información de Registro Electrónico para la Salud (SIRES), así como establecer los mecanismos para que los Prestadores de Servicios de Salud del SNS registren, intercambien y consoliden información.

Asimismo, prevé que a la Secretaría de Salud a través de la Dirección General de Información en Salud (DGIS), le corresponde establecer conforme a las disposiciones jurídicas aplicables y criterios médicos, la elaboración de Guías y Formatos, los cuales son documentos técnicos enfocados en lograr la interoperabilidad técnica e interoperabilidad semántica, compuestos tanto en formatos de texto, diagramas, archivos anexos e incluyen en su contenido al menos: a) el alcance de tipos de sistemas, tipos de Prestadores de Servicios de Salud y tipos de intercambio para los que aplica; b) el diccionario de variables, distinguiendo aquellas de tratamiento confidencial, catálogos y reglas de validación; c) la conformación del documento electrónico, mensaje de datos o servicio; d) el mecanismo de interconexión basado en estándares y, e) ejemplos, referencias y bibliografía.


Los prestadores de salud que utilicen SIRES deben tomar las medidas de seguridad (acciones, actividades, controles o mecanismos administrativos, técnicos y físicos) necesarias que garanticen la protección y confidencialidad de los datos personales y datos personales sensibles de los pacientes a fin de evitar el uso ilícito o ilegítimo que pueda lesionar la esfera jurídica del titular de la información, cumpliendo también con lo establecido en la Ley General de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados y demás normatividad aplicable en la materia.

Por otro lado, la Norma Oficial Mexicana NOM-035-SSA3-2012 en Materia de Información en Salud, tiene por objeto establecer los criterios y procedimientos que se deben seguir para producir, captar, integrar, procesar, sistematizar, evaluar y divulgar la Información en Salud.

En el numeral 5.8 se establece que la Secretaría de Salud a través de la DGIS, podrá bajo los mecanismos, procedimientos, protocolos, plataformas y plazos que defina, incorporar al Sistema Nacional de Información en Salud la información contenida en los diferentes sistemas, programas, plataformas y/o aplicaciones de los integrantes del SNS.

Es por ello, por lo que el presente documento tiene como finalidad proveer los elementos necesarios para reportar la información requerida de Egresos Hospitalarios, el cual en términos de la NOM-035-SSA3-2012 se encuentra previsto en el componente de daños a la salud y tiene por objeto captar información sobre los servicios personales y no personales, teniendo entre otras variables: datos generados del paciente, diagnóstico médico y/o motivo de la consulta y tipo de servicio.



 GOBIERNO DE MÉXICO SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	GUÍA Y FORMATOS PARA EL INTERCAMBIO DE INFORMACIÓN EN SALUD REFERENTE AL REPORTE DE INFORMACIÓN DE EGRESOS HOSPITALARIOS		
	CLAVE DEL DOCUMENTO: GIIS-B002-04-05	VERSIÓN DEL DOCUMENTO: 4.5	FECHA DEL DOCUMENTO: 15 de julio de 2022

Audiencia

El presente documento está dirigido al personal con conocimientos en Tecnologías de la Información y a los Prestadores de Servicios del SNS, que utilicen o deseen implementar un SIRES, así como empresas desarrolladoras de software, proveedoras de dichos sistemas, también para aquellas organizaciones interesadas en el desarrollo e implementación de estándares para el intercambio de información en salud, específicamente en lo relativo al registro y reporte de información de egresos hospitalarios a las autoridades sanitarias.

Alcance

La presente Guía de Intercambio de Información aplica para todas las Unidades Hospitalarias de segundo y tercer nivel de atención, así como Centros de Salud que cuenten con servicio de Hospitalización, del Sistema Nacional de Salud de los sectores público, social y privado que cuenten con un SIRES que contemple servicios como admisión, urgencias, toco cirugía (sala de labor, sala de expulsión), alojamiento conjunto, quirófano, sala de recuperación, terapia intermedia, terapia intensiva, hospitalización, servicio de corta estancia, entre otros y que generan información de la atención médica brindada de procedimientos médicos (diagnósticos, terapéuticos y quirúrgicos), lesiones, defunciones hospitalarias y atenciones obstétricas (aborto o parto: eutócico, distócico o cesárea).

Justificación

La información de egresos hospitalarios se utiliza principalmente para la generación de estadísticas que contribuyen en los procesos de planeación, evaluación y control de los servicios de atención a la salud, tanto a nivel estatal como federal y los responsables de programas de salud federales utilizan dicha información entre otros como fuente para la investigación clínica y epidemiológica.

Con la información de egresos hospitalarios se complementa el proceso de confronta de datos entre los diferentes subsistemas que se administran en la DGIS, tales como el Subsistema de Lesiones y Causas de Violencia, Subsistema Estadístico y Epidemiológico de Defunciones, Subsistema de Nacimientos, Subsistema de Urgencias Médicas y el Subsistema de Prestación de Servicios (SIS).

Considerando que la atención hospitalaria representa el mayor costo entre las prestaciones de servicios de salud y en cumplimiento a lo previsto en la NOM-024-SSA3-2012 y la NOM-035-SSA3-2012, es indispensable contar a nivel federal con la información de los egresos hospitalarios ocurridos en las unidades médicas del SNS, por este motivo y tomando en cuenta que en muchos hospitales se tienen implementados SIRES, en la presente guía se definen las variables y reglas a las cuales se deben apegar los responsables de dichos hospitales para reportar su información a la DGIS.





Términos y Definiciones

Para los fines de este Instructivo y el registro de la Hoja de Hospitalización (SINBA-SEUL-14-P DGIS, Modelo 2022), se entenderán las siguientes definiciones:

Término	Acrónimo	Definición																												
Aborto		Interrupción del embarazo en cualquier momento desde la fecundación hasta antes de las 22 semanas completas de gestación. Puede ser espontáneo o provocado, para este último de acuerdo con la normatividad vigente que corresponda.																												
Afección principal		Situación 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 con esta característica, debe seleccionarse la que se considere causante del mayor uso de recursos. Si no se hizo ningún diagnóstico, debe seleccionarse como afección principal el síntoma, hallazgo anormal o problema más importante.																												
Afecciones tratadas		Son los diagnósticos o enfermedades que coexistieron o se desarrollaron durante el período de atención y afectaron al tratamiento del paciente.																												
Alojamiento conjunto		Si el recién nacido compartió con su madre de manera transicional, la misma habitación después del parto, de forma tal que fueron atendidos juntos hasta la recuperación inmediata de ambos y facilitó la lactancia para la madre.																												
Alta de corta estancia		La acción que indica que una persona salió de un servicio donde su permanencia fue menor a 24 horas y su atención no implicó el uso de cama; es decir, estuvo en el servicio de corta estancia.																												
Alta del paciente		Salida del paciente de algún servicio, después de recibir tratamiento médico o quirúrgico en el área de urgencias médicas u hospitalización.																												
Aspiración Manual Endouterina	AMEU	Método quirúrgico para practicar el aborto (aborto quirúrgico): mediante aspiración de vacío manual.																												
APGAR (a los 5 minutos) Valoración del 0 al 10		Es un método de valoración inmediata de las condiciones vitales del recién nacido con base al puntaje de 5 signos. Una calificación baja de APGAR alerta de malas condiciones al nacimiento, la necesidad de maniobras de reanimación avanzada y mal pronóstico, un valor de 6 o menos amerita hospitalización por norma. Se toma una medición al minuto, y otra a los 5 minutos de nacimiento. Es más importante tener una mejor calificación a los 5 minutos.																												
		<table><tr><th>Signo</th><th>0</th><th>1</th><th>2</th></tr><tr><td>Frecuencia cardíaca</td><td>Ausente</td><td><100</td><td>>100</td></tr><tr><td>Esfuerzo respiratorio</td><td>Ausente</td><td>Regular y débil</td><td>Buena, llanto fuerte</td></tr><tr><td>Tono muscular</td><td>Flácido</td><td>Algunos movimientos</td><td>Movimientos activos</td></tr><tr><td>Reacción refleja</td><td>Sin respuesta</td><td>llanto, alguna movilidad</td><td>Llanto vigoroso</td></tr><tr><td>Color</td><td>Azul pálido</td><td>Cuerpo sonrosado, manos y pies azules</td><td>Todo sonrosado</td></tr><tr><td>APGAR</td><td>Depresión severa</td><td>Depresión moderada</td><td>(Normal) Sin depresión</td></tr></table>	Signo	0	1	2	Frecuencia cardíaca	Ausente	<100	>100	Esfuerzo respiratorio	Ausente	Regular y débil	Buena, llanto fuerte	Tono muscular	Flácido	Algunos movimientos	Movimientos activos	Reacción refleja	Sin respuesta	llanto, alguna movilidad	Llanto vigoroso	Color	Azul pálido	Cuerpo sonrosado, manos y pies azules	Todo sonrosado	APGAR	Depresión severa	Depresión moderada	(Normal) Sin depresión
		Signo	0	1	2																									
		Frecuencia cardíaca	Ausente	<100	>100																									
		Esfuerzo respiratorio	Ausente	Regular y débil	Buena, llanto fuerte																									
		Tono muscular	Flácido	Algunos movimientos	Movimientos activos																									
		Reacción refleja	Sin respuesta	llanto, alguna movilidad	Llanto vigoroso																									
		Color	Azul pálido	Cuerpo sonrosado, manos y pies azules	Todo sonrosado																									
APGAR	Depresión severa	Depresión moderada	(Normal) Sin depresión																											



Término	Acrónimo	Definición			
		Valores	0 - 3	4 - 6	7 - 10
Atención hospitalaria		Servicio que se presta a pacientes hospitalizados para recibir atención médica o paramédica, sin importar el tiempo de estancia en la Unidad.			
Cama censable		Su característica fundamental, es que genera un Egreso Hospitalario; ésta se encuentra en el servicio instalado en el área de hospitalización (para uso regular de pacientes internos; debe contar con los recursos indispensables de espacio, así como los recursos materiales y de personal para la atención médica del paciente), incluye incubadoras para la atención a pacientes recién nacidos en estado patológico.			
Cama no censable		Su característica fundamental, es que no genera un Egreso Hospitalario; es la cama que se destina a la atención transitoria o provisional, para observación del paciente, iniciar un tratamiento o intensificar la aplicación de procedimientos médico-quirúrgicos. También es denominada cama de tránsito.			
Certificado de Defunción	CD	Formato único nacional establecido por la Secretaría de Salud, de expedición gratuita y obligatoria, con carácter individual e intransferible, que hace constar la ocurrencia de una defunción y las circunstancias que acompañaron el hecho.			
Certificado de Muerte Fetal	CMF	Formato único nacional establecido por la Secretaría de Salud, de expedición gratuita y obligatoria, con carácter individual e intransferible, que hace constar la ocurrencia de una defunción fetal y las circunstancias que acompañaron el hecho.			
Certificado de Nacimiento	CN	Formato único nacional establecido por la Secretaría de Salud, de expedición gratuita y obligatoria, con carácter individual e intransferible, que hace constar el nacimiento de un nacido vivo y las circunstancias que acompañaron el hecho. El Certificado de Nacimiento es requisito indispensable para el trámite del Acta de Nacimiento y no debe ser confundido con ésta, por lo tanto, no puede ser utilizado en sustitución o como complemento de esta para fines legales o administrativos.			
Certificado Electrónico de Nacimiento	CEN	Certificado Electrónico de Nacimiento.			
Cesárea		Intervención quirúrgica que tiene por objeto, extraer el producto de la concepción, vivo o muerto, de 22 semanas cumplidas o más, así como la placenta y sus anexos, a través de una incisión en la pared abdominal y uterina.			
Cirugía; (Intervención Quirúrgica)		Procedimiento que consiste en extirpar, explorar, sustituir, trasplantar o reparar un defecto o lesión o efectuar una modificación en un tejido u órgano dañado o sano, con fines terapéuticos, diagnósticos, profilácticos o estéticos, mediante técnicas invasivas que implican generalmente el uso de anestesia y de instrumentos cortantes, mecánicos u otros medios físicos, que se lleva a cabo dentro o fuera de una sala de operaciones.			
Clasificación de Procedimientos en medicina	CIE-9-MC	Estándar de uso obligatorio en todo el país para la codificación y generación de estadísticas de procedimientos médicos: quirúrgicos y no quirúrgicos (diagnóstico y terapéuticos); que permite la comparabilidad nacional. Para efectos de este documento se considera la versión vigente			



Término	Acrónimo	Definición
		adoptada en nuestro país por el CEMECE. CIE-9-MC.
Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud	CIE-10	Estándar internacional de uso obligatorio en todo el país, para la codificación y generación de estadísticas de morbilidad y mortalidad uniformes, que permiten la comparación nacional e internacional. Para efectos de este documento, se considera la versión vigente adoptada en nuestro país por el CEMECE. CIE-10.
Clave Única de Establecimientos en Salud	CLUES	Identificador único, consecutivo e intransferible que asigna la DGIS de manera obligatoria en términos de las disposiciones jurídicas aplicables a cada establecimiento de salud (unidad médica fija o móvil, laboratorio, farmacia, centros de diagnóstico, centros de tratamiento, oficinas administrativas) que exista en el territorio nacional, sea público o privado, y con la cual se identifica todo lo reportado por el establecimiento a cada uno de los subsistemas de información del SINAIS.
Cunero		Es el lecho que ocupan los recién nacidos que requieren algún procedimiento o vigilancia especial por un periodo corto después de su nacimiento, para decidir si son ingresados a hospitalización o pasan a alojamiento conjunto y se dan de alta con la madre. Ningún cunero se considera cama censable.
Cunero patológico		Es el lugar que ocupan los recién nacidos que requieren algún procedimiento o vigilancia especial por un periodo corto después de su nacimiento, para decidir si son ingresados a hospitalización o pasan a alojamiento conjunto y se dan de alta con la madre; su característica principal es que es contabilizado como cama censable.
CURP		Clave Única de Registro de Población, la cual consiste en una secuencia alfanumérica de 18 caracteres, y que se asigna de forma individual a las y los mexicanos y a las y los extranjeros que se encuentren con una condición de estancia regular en el país.
Defunción fetal		Pérdida de la vida de un producto de la concepción antes de la expulsión o extracción completa del cuerpo de su madre, independientemente de la duración del embarazo. La muerte está indicada por el hecho de que después de la separación de la madre, el feto no presenta signos vitales, como respiración, latidos del corazón, pulsaciones del cordón umbilical o movimientos efectivos de los músculos de contracción voluntaria.
Defunción materna		Muerte de una mujer mientras está embarazada, durante el parto o dentro de los 42 días siguientes a la terminación del embarazo, independiente de la duración y el sitio del embarazo, debida a cualquier causa relacionada con o agravada por el embarazo mismo o por su atención, pero no por sus causas accidentales o incidentales.
Derechohabencia		Derecho que tienen las personas para recibir servicios, entre los que se encuentran la atención médica, que pueden ser provistos por instituciones de seguridad social dado que cumplen con lo establecido en las disposiciones jurídicas aplicables que rigen a dichas instituciones.





Término	Acrónimo	Definición
Días estancia		Número de días transcurridos desde el ingreso del paciente al servicio de hospitalización y hasta su egreso, se obtiene restando a la fecha de egreso la de ingreso. Cuando el paciente ingresa y egresa en la misma fecha, ocupando una cama censable, se cuenta como un día estancia. Se contabiliza cero días de estancia cuando el paciente es atendido exclusivamente en los servicios de corta estancia, dado que en estos servicios ha utilizado una cama no censable.
Distócico vaginal		Se refiere al nacimiento por parto vaginal que no se considera normal por haber requerido algún procedimiento como: inducto-conducción, aplicación de fórceps o aplicación de maniobras, como versión y extracción podálica.
Egreso hospitalario		Evento de salida del paciente del servicio de hospitalización que implica la desocupación de una cama censable. Incluye altas por curación, mejoría, traslado a otra unidad hospitalaria, defunción, alta voluntaria o fuga. Excluye movimientos entre diferentes servicios dentro del mismo hospital.
Eutócico		Se refiere al nacimiento por parto vaginal sin alguna variación o complicación como sería la aplicación de maniobras.
Gestación (Embarazo)		Se refiere al período de tiempo que transcurre entre la fecundación del óvulo por el espermatozoide hasta su resolución en parto o aborto. El número de gestación se refiere al número de embarazos que se haya tenido independientemente en lo que hayan terminado, incluyendo si al momento se encuentra con embarazo. La gestación o embarazo se suele medir en semanas. Para contar y establecer las semanas de gestación se parte desde la fecha de última menstruación antes del embarazo. Lo deseable es que los recién nacidos tengan al menos 37 semanas de gestación.
Indígena		Es aquella persona que pertenece a una población o comunidad indígena y que cumple con las características que lo vinculan a una población indígena.
Infección hospitalaria		Infección de algún sitio del cuerpo del paciente, que se atribuye al uso, atención y estancia en las instalaciones de la unidad hospitalaria. También conocida como infección adquirida en un hospital. Se debe diagnosticar y distinguir de las infecciones que afecten al paciente que no sean atribuidas a la unidad hospitalaria.
Intersexual		Es un término que hace referencia a características biológicas que no obedecen al estándar binario mujer/hombre. Estas variaciones pueden ser evidentes al nacimiento o pasar desapercibidas hasta la adolescencia o vida adulta, además de que cada corporalidad es única; por lo que, sus necesidades sanitarias son específicas.
Lactancia exclusiva		Si el recién nacido recibió exclusivamente leche humana (incluye extraída o de otra madre) abarca a aquellos bebés que además recibieron suero oral, gotas, jarabes (medicamentos o vitaminas), además de la leche humana, pero ningún otro líquido o alimento.
Lengua indígena		Es aquella lengua, diferente al español que hablan las personas pertenecientes a poblaciones indígenas con sistemas internos en su estructura y uso.






Término	Acrónimo	Definición
Legrado Uterino Instrumental	LUI	Método quirúrgico para practicar el aborto (aborto quirúrgico): mediante legrado intrauterino
Medicamento Abortivo de uso Médico		Uso de fármacos para poner fin al embarazo. Algunas veces se usan los términos “aborto no quirúrgico” o “aborto medicamentoso”.
Médico Cirujano		Nombre del médico a quién oficialmente se responsabiliza y atribuye la realización de cualquier procedimiento quirúrgico con fines diagnósticos o terapéuticos, dentro o fuera de quirófano, con empleo o no de anestesia y que se especifica como parte de la atención durante la estancia actual del paciente.
Paciente referido		Paciente proveniente de otra unidad médica, pública o privada, para su atención hospitalaria.
Parto		Proceso por medio del cual se realiza la expulsión y/o extracción del(los) producto(s), la placenta y sus anexos por vía vaginal o abdominal.
Parto normal		Nacimiento por vía vaginal sin alguna variación o complicación, como sería la aplicación de maniobras.
Planificación familiar		Es el derecho de toda persona a decidir de manera libre, responsable e informada, sobre el número y el espaciamiento de sus hijos y a obtener la información especializada y los servicios idóneos. En la hoja de hospitalización en el apartado de atención obstétrica, se refiere a la opción de método anticonceptivo seleccionado, prescrito y aplicado en la aceptante post-evento obstétrico, es decir, de la paciente atendida por parto, cesárea o aborto.
Pueblos Afromexicanos		Son aquellas personas que descienden de la población africana asentada en territorio nacional desde la época colonial o como parte de movimientos migratorios o como refugiados en épocas posteriores, y forman una unidad social, económica y cultural; que ha desarrollado formas propias de organización social, económica, política y cultural, y que poseen aspiraciones comunes y afirman libremente su existencia como pueblo culturalmente diferenciado. El término afromexicanos hace referencia al entorno cultural mexicano en el cual han crecido o viven.
Procedimientos médicos practicados		Conjunto de actividades o intervenciones que realiza el médico o el personal de salud para diagnosticar, atender, curar, prevenir o tratar las lesiones, las enfermedades, lesiones u otros problemas relacionados con la salud.
Residencia habitual del paciente		Lugar de alojamiento específico (vivienda o morada) que tiene una persona, en donde duerme, come, prepara alimentos, se protege del medio ambiente y al que puede volver en el momento en que lo desee.
Servicio de corta estancia		Servicio prestado dentro de la unidad hospitalaria destinada para dar atención médica o quirúrgica a pacientes con una estancia menor a 24 horas. Comprende atenciones programadas que utilizan camas no censables, por lo que no generan días estancia, ni días paciente y se otorgan en áreas destinadas para tal fin que presentan una alta rotación hospitalaria.





Término	Acrónimo	Definición
Servicio de hospitalización		Servicio que cuenta con camas para atender pacientes internos y proporcionar atención médica y cuidados continuos durante su estancia, aplicar procedimientos terapéuticos y diagnósticos.
Sexo		Se refiere a las características biológicas que definen a un ser humano como hombre o mujer. Los conjuntos de características biológicas no son mutuamente excluyentes, ya que existen individuos que poseen ambos, pero estas características tienden a diferenciar a los humanos como hombres y mujeres. (OMS)
Sistema de Información en Salud		Conjunto de componentes o módulos que integran las actividades derivadas del proceso de atención en salud y prestación de los servicios, incluyendo los daños a la salud (morbilidad y mortalidad), nacimientos, población y cobertura, además de los recursos humanos, de infraestructura, materiales y financieros; con el propósito de producir y difundir información estadística, la que es sustento del proceso para la toma de decisiones.
Subsecuencia		Aplica cuando el paciente ya había sido atendido con anterioridad en la unidad hospitalaria por la misma afección principal que provoco el internamiento actual, sin importar límite de tiempo.
Terapia intensiva		Área de hospitalización, en la que un equipo multi e interdisciplinario proporciona atención médica a pacientes en estado agudo crítico, con el apoyo de recursos tecnológicos de monitoreo, diagnóstico y tratamiento.
Terapia intermedia		Espacio físico con el equipamiento para recibir pacientes en estado de gravedad moderada, que exigen asistencia médica y de enfermería, iterativa, con equipo de monitoreo
Unidad Médica Hospitalaria		Establecimiento físico que cuenta con los recursos materiales, humanos, tecnológicos y económicos, cuya complejidad es equivalente al nivel de operación y está destinado a proporcionar atención hospitalaria integral a la población.



 GOBIERNO DE MÉXICO SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	GUÍA Y FORMATOS PARA EL INTERCAMBIO DE INFORMACIÓN EN SALUD REFERENTE AL REPORTE DE INFORMACIÓN DE EGRESOS HOSPITALARIOS		
	CLAVE DEL DOCUMENTO: GIIS-B002-04-05	VERSIÓN DEL DOCUMENTO: 4.5	FECHA DEL DOCUMENTO: 15 de julio de 2022

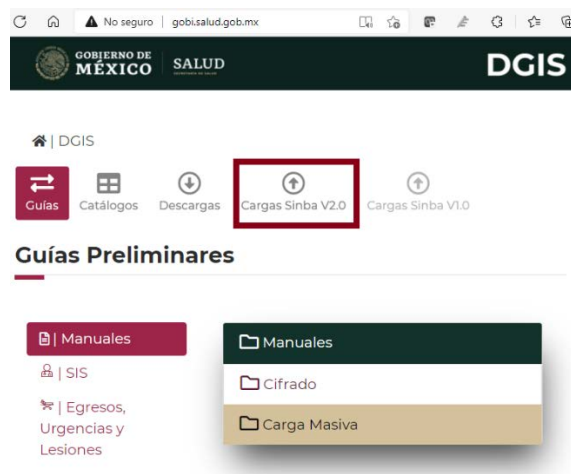
REFERENCIAS

Ligas Web

En la siguiente página web se puede consultar la versión electrónica del Formato de la Hoja de Hospitalización y del Instructivo de Llenado correspondiente: http://www.dgis.salud.gob.mx/contenidos/sinais/s_saeh.html

En la siguiente liga puede acceder a la descarga de catálogos requeridos en la conformación del documento de intercambio: <http://gobi.salud.gob.mx/> en la sección de “Catálogos” se encuentran aquellos que son transversales a los subsistemas y dentro de cada una de las guías se pueden encontrar los catálogos específicos.

En esta misma liga, en la opción “Cargas SINBA V2.0, se puede acceder al ambiente de pruebas, para realizar cargas de archivos de acuerdo con lo establecido en la presente guía.



Es importante aclarar que se requiere un usuario con privilegios de registro de información, el cual se debe solicitar a los siguientes correos: dgis@salud.gob.mx o soporte.sinba@salud.gob.mx con el asunto “Solicitud de Usuario para Módulo de Carga Masiva” indicando CURP y datos personales del usuario a registrar, así como la entidad federativa o empresa para la cual se requiere.

En la siguiente liga http://www.dgis.salud.gob.mx/contenidos/sinais/s_saeh.html se encuentran publicados los calendarios por año para el proceso de reporte de información mensual al Subsistema de Egresos Hospitalarios.





Bibliografía

- NOM-017-SSA2-2012, Para la vigilancia epidemiológica.
- NOM-024-SSA3-2012 Sistemas de Información de Registro Electrónico para la Salud. Intercambio de Información en Salud.
- NOM-025-SSA3-2013, Para la organización y funcionamiento de las unidades de cuidados intensivos.
- NOM-035-SSA3-2012 En Materia de Información en Salud.
- NOM-046-SSA2-2005 Violencia familiar, sexual y contra las mujeres. Criterios para la prevención y atención.
- NOM-197-SSA1-2000, de hospitales y consultorios de atención médica especializada.
- Norma Técnica sobre Domicilios Geográficos (DOF 12/11/2010).
- Instructivo Normativo para la asignación de la Clave Única de Registro de Población (DOF 18/06/2018).
- Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud, 10ª. Revisión, (CIE-10) OMS/OPS.
- Clasificación Estadística Internacional de Procedimientos de la Codificación Clínica, (CIE-9-MC, Capítulo de Procedimientos)
- Aborto sin riesgos: guía técnica y de políticas para sistemas de salud. Organización Mundial de la Salud, 2012

Archivos anexos

Id.	Nombre del archivo	Descripción	Formato / Aplicación para su visualización
01	EGR-DFSSA-2201.txt	Ejemplo de archivo de intercambio.	Texto Plano

CONSIDERACIONES ESPECIALES

Debido a que para los diferentes programas federales de salud y la DGIS es indispensable contar con los datos de identificación de las personas que reciben atención en las unidades, el registro de información con CURP genérica para los datos del paciente será considerada como una excepción, por lo tanto, para esta guía, **a partir del día 01 de junio de 2022 se aceptará un máximo de 40% de registros con CURP genérica en cada carga realizada** y se debe considerar que este porcentaje disminuirá en la próxima actualización de la guía, por lo que se deben realizar las acciones necesarias para obtener la CURP de los pacientes, considerando que esta se puede consultar y validar desde la página web del RENAPO (<https://www.gob.mx/curp/>).



MODELO DE INFORMACIÓN

Diccionario de Datos

La siguiente tabla corresponde a la estructura que se debe reportar en las bases de datos nominales procedentes de los distintos SIREs. Cabe señalar que se debe mantener en el archivo de intercambio la estructura y la totalidad de los campos, considerando que la columna "Obligatorio" solo hace referencia al llenado del registro bajo ciertas condiciones y no implica que debe omitirse del SIREs.

ID	VARIABLE	DESCRIPCIÓN	TIPO	OBLIGATORIO	CONFIDENCIAL	VALIDACIÓN
REGISTRO						
1	clues	Clave Única de Establecimientos en Salud	Texto (11)	Sí	No	<p>Se debe registrar el valor del campo CLUES que corresponda a la Unidad Médica donde se otorgó la atención de acuerdo al catálogo ESTABLECIMIENTO DE SALUD.</p> <p>Con base en el catálogo ESTABLECIMIENTO DE SALUD, se debe validar lo siguiente para la CLUES registrada:</p> <ul style="list-style-type: none"> El campo CLAVE TIPO ESTABLECIMIENTO sea igual a "2 – HOSPITALIZACIÓN" o "1 – CONSULTA EXTERNA". Si el campo CLAVE TIPO ESTABLECIMIENTO es "1 – CONSULTA EXTERNA", se debe validar que el campo CLAVE DE TIPOLOGIA sea igual a "CAP", "CES", "T", "UNE" o "Z".
2	folio	Clave asignada por la Unidad Hospitalaria, para dar seguimiento al registro	Texto (8)	Sí	Sí	<p>El folio no debe repetirse para una misma CLUES en la misma fecha de egreso.</p> <p>Longitud mínima de 1 y máxima de 8 caracteres numéricos.</p> <p>Los caracteres válidos son 0 – 9.</p>
DATOS DEL PACIENTE						
3	curpPaciente	Clave Única de Registro de Población del paciente	Texto (18)	Sí	Sí	<p>Se deben omitir espacios al inicio y al final de la variable, con una longitud de 18 caracteres</p> <p>Debe ir en mayúsculas.</p> <p>Validada por RENAPO.</p> <p>De conformidad con el Instructivo Normativo para la Asignación de la Clave Única de Registro de Población.</p>





ID	VARIABLE	DESCRIPCIÓN	TIPO	OBLIGATORIO	CONFIDENCIAL	VALIDACIÓN
						<p>Se debe validar que el valor de la variable cumpla con la estructura "AAAA999999AAAAAX9", donde el dígito 17 puede ser un valor de 0 – 9 si nació antes del año 2000 y de la A – J si el año de nacimiento es del 2000 en adelante.</p> <p>Deben tener coincidencia con las variables: "nombre", "primerApellido", "segundoApellido", "fechaNacimiento", "entidadNacimiento" y "sexo".</p> <p>La CURP del profesional de salud responsable de la atención debe ser diferente de la CURP del Paciente a excepción del valor genérico.</p> <p>Por excepción, si no se cuenta con la información de la CURP se debe registrar el valor genérico "XXXX999999XXXXX99" (4 equis, 6 nueves, 6 equis y 2 nueves) y omitir la validación con las variables "nombre", "primerApellido", "segundoApellido", "fechaNacimiento", "entidadNacimiento" y "sexo".</p> <p>IMPORTANTE: Esta excepción aplicará hasta para un máximo del 40% de registros que se realicen en cada carga.</p>
4	nombre	Nombre(s) del paciente	Texto (50)	Sí	Sí	<p>La longitud máxima es de 50 caracteres.</p> <p>Debe tener al menos dos caracteres.</p> <p>Los caracteres válidos son sólo de A – Z, incluyendo Ñ, en mayúsculas.</p> <p>En caso de nombre compuesto, debe ir separado por un espacio o en su caso "–", "–", "–" y no se acepta ningún otro tipo de carácter especial, ni acentos.</p> <p>Esta variable se debe validar contra el valor registrado en la variable "curpPaciente".</p>
5	primerApellido	Primer apellido del paciente	Texto (50)	Sí	Sí	<p>La longitud máxima es de 50 caracteres.</p> <p>Debe tener al menos dos caracteres.</p> <p>Se deben omitir espacios en blanco al inicio y al final de la variable.</p> <p>Los caracteres válidos son sólo de A – Z, incluyendo Ñ, en mayúsculas.</p> <p>En caso de apellido compuesto, debe ir separado por un espacio o en su caso "–", "–", "–" y no se acepta ningún otro tipo de carácter especial, ni acentos.</p> <p>Esta variable se debe validar contra el valor registrado en la variable "curpPaciente".</p>





ID	VARIABLE	DESCRIPCIÓN	TIPO	OBLIGATORIO	CONFIDENCIAL	VALIDACIÓN
						En caso de no contar con el primer apellido se debe registrar el valor "XX".
6	segundoApellido	Segundo apellido del paciente	Texto (50)	Sí	Sí	<p>La longitud máxima es de 50 caracteres.</p> <p>Debe tener al menos dos caracteres.</p> <p>Se deben omitir espacios en blanco al inicio y al final de la variable.</p> <p>Los caracteres válidos son sólo de A – Z, incluyendo Ñ, en mayúsculas.</p> <p>En caso de apellido compuesto, debe ir separado por un espacio o en su caso “-”, “.” o “.” y no se acepta ningún otro tipo de carácter especial, ni acentos.</p> <p>Esta variable se debe validar contra el valor registrado en la variable “curpPaciente”.</p> <p>En caso de no contar con el segundo apellido, se debe registrar el valor “XX”.</p>
7	fechaNacimiento	Fecha de nacimiento del paciente.	Texto (10)	Sí	No	<p>Se deben omitir espacios en blanco al inicio y al final de la variable.</p> <p>Debe contener el día, mes y año bajo el siguiente formato: dd/mm/aaaa.</p> <p>La longitud es de 8 dígitos y 2 caracteres especiales “/”.</p> <p>La fecha de nacimiento del paciente no puede ser mayor a la fecha de egreso.</p> <p>Esta variable se debe validar contra el valor registrado en la variable “curpPaciente”.</p> <p>La edad del paciente no debe ser mayor a 100 años y considerar que se calculará a partir de la fecha de nacimiento con respecto a la fecha de egreso para mayores o igual a “1 año” y con respecto a la fecha de ingreso para menores de “1 año”.</p> <p>Si se desconoce la fecha, se debe registrar el valor “09/09/9999”.</p>
8	paisOrigen	Identificador del país de nacimiento del paciente.	Texto (3)	Sí	No	<p>Se debe registrar el valor del campo CATALOG_KEY que corresponda al país de nacimiento de acuerdo con el catálogo PAIS.</p> <p>Si no está descrito en la Hoja de Hospitalización o se desconoce el dato, se debe registrar el valor “248 – NO ESPECIFICADO”.</p>





ID	VARIABLE	DESCRIPCIÓN	TIPO	OBLIGATORIO	CONFIDENCIAL	VALIDACIÓN
9	entidadNacimiento	Entidad federativa de nacimiento del paciente	Texto (2)	Sí	No	<p>Si el valor de la variable “paisOrigen” es “142 – MÉXICO”, se debe registrar el valor del campo CATALOG_KEY que corresponda a la entidad de nacimiento de acuerdo con el catálogo ENTIDAD FEDERATIVA.</p> <p>En caso contrario, se debe registrar el valor 88 – NO APLICA.</p> <p>99 – SE IGNORA (si se desconoce el dato)</p> <p>00 – NO ESPECIFICADO (Si no está descrito en la Hoja de Hospitalización).</p> <p>Esta variable se debe validar contra el valor registrado en la variable “curpPaciente”.</p>
10	nacioHospital	Nació en el hospital	Numérico	Sí	No	<p>Si la edad del paciente es menor o igual a “3 meses”, se debe registrar el valor que corresponda de acuerdo con las siguientes opciones:</p> <p>1 – SI</p> <p>2 – NO</p> <p>En caso contrario, se debe registrar el valor “8 – NO APLICA”.</p>
11	sexo	Sexo del paciente	Numérico	Sí	No	<p>Se debe registrar el valor del campo CATALOG_KEY que corresponda al sexo del paciente de acuerdo con el catálogo SEXO.</p> <p>Esta variable se debe validar contra el valor registrado en la variable “curpPaciente”.</p> <p>Cuando se tenga una CURP válida (no genérica) solo se podrán registrar los valores “1 – HOMBRE” o “2 – MUJER”.</p> <p>En caso de que se tenga una CURP Genérica, se podrá registrar cualquiera de las opciones del catálogo, ya que en este caso no se realizará la validación con la CURP.</p> <ul style="list-style-type: none">En los Sistemas de Registro Electrónico para la Salud, si el valor es “3 – INTERSEXUAL” se debe pedir confirmación del dato. Si la respuesta es afirmativa se debe permitir continuar con el registro, en caso contrario se debe elegir una opción válida. <p>Esta confirmación no aplica para las cargas masivas de información.</p>
12	peso	Peso del paciente en kilogramos	Numérico	Sí	No	<p>Longitud máxima de 7 dígitos en formato ###.### con un máximo de 3 dígitos en la parte entera y 3 dígitos en la parte decimal.</p>



ID	VARIABLE	DESCRIPCIÓN	TIPO	OBLIGATORIO	CONFIDENCIAL	VALIDACIÓN
						<p>Debe encontrarse dentro del rango mayor o igual "1" y menor o igual a "400" kilogramos.</p> <p>El valor para la parte entera debe estar en el rango de "1" a "400".</p> <p>Si el valor de la edad calculada esta expresado en HORAS, el valor registrado debe ser menor o igual a "8".</p> <p>Si el valor de la edad calculada esta expresado en DÍAS, el valor registrado debe ser menor o igual a "12".</p> <p>Si el valor de la edad calculada esta expresado en MESES, el valor registrado debe ser menor o igual a "20".</p> <p>Si el valor de la edad calculada esta expresado en AÑOS, el valor registrado debe ser mayor o igual a "5".</p> <p>Si se desconoce el dato o no está descrito en la Hoja de Hospitalización, se debe registrar el valor "999".</p>
13	talla	Talla del paciente en centímetros	Númérico	Sí	No	<p>Longitud máxima de 3 dígitos.</p> <p>Debe encontrarse dentro del rango mayor o igual a "15" y menor o igual "220" centímetros.</p> <p>Si se desconoce el dato o no está descrito en la Hoja de Hospitalización, se debe registrar el valor "999".</p>
14	derechohabiencia	Institución del SNS en la cual se encuentran afiliados los usuarios de los servicios de salud	Númérico	Sí	No	<p>Con base en el catálogo AFILIACION, se debe registrar una de las siguientes opciones:</p> <p>0 – NO ESPECIFICADO 1 – NINGUNA 2 – IMSS 3 – ISSSTE 4 – PEMEX 5 – SEDENA 6 – SEMAR 8 – OTRA 10 – IMSS BIENESTAR 11 – ISSFAM 13 – INSABI 99 – SE IGNORA</p> <p>Si se desconoce el dato, se debe registrar el valor "99 – SE IGNORA".</p> <p>Si no está descrito en la Hoja de Hospitalización, se debe registrar el valor "0 – NO ESPECIFICADO".</p>





ID	VARIABLE	DESCRIPCIÓN	TIPO	OBLIGATORIO	CONFIDENCIAL	VALIDACIÓN
15	gratuidad	Programa de Salud de la Ciudad de México	N Numérico	Si	No	Si de acuerdo con el valor de la variable “clues” en el campo CLAVE DE LA ENTIDAD del catálogo ESTABLECIMIENTO DE SALUD tiene el valor “09 – CIUDAD DE MÉXICO” y el valor de la variable “derechohabiencia” es “8 – OTRA”, se debe registrar una de las siguientes opciones: 1 – SI 2 – NO En caso contrario, se debe registrar el valor “8 – NO APLICA”.
16	estadoConyugal	Estado conyugal del paciente.	N Numérico	Sí	No	Se debe registrar el valor del campo CATALOG_KEY que corresponda al estado conyugal de acuerdo con el catálogo ESTADO CONYUGAL . Si la edad del paciente es menor de 10 años, se debe registrar el valor “8 – NO APLICA”. Si se desconoce el dato o no está descrito en la Hoja de Hospitalización, se debe registrar el valor “0 – NO ESPECIFICADO”.
17	seConsideraIndigena	¿Se considera Indígena?	N Numérico	Sí	No	Se debe registrar una de las siguientes opciones: 1 – SI 2 – NO Para los menores de 5 años que sean hijos de alguna persona que se asuma como indígena, se debe registrar el valor “1 – SI”.
18	hablaLenguaIndigena	¿Habla alguna lengua Indígena?	N Numérico	Sí	No	Se debe registrar una de las siguientes opciones: 1 – SI 2 – NO
19	cualLengua	¿Cuál lengua Indígena habla?	T Texto (4)	Sí	No	Si el valor registrado en la variable “hablaLenguaIndigena” es “1 – SI”, se debe registrar el valor del campo CLAVE_LENGUA que corresponda a la lengua indígena de acuerdo con el catálogo LENGUA_INDIGENA . En caso contrario, se debe registrar el valor “-1”.
20	seConsideraAfromexicano	¿Se considera Afromexicano?	N Numérico	Sí	No	Se debe registrar una de las siguientes opciones: 1 – SI 2 – NO





ID	VARIABLE	DESCRIPCIÓN	TIPO	OBLIGATORIO	CONFIDENCIAL	VALIDACIÓN
						Para los menores de 5 años que sean hijos de alguna persona que se asuma como afromexicana, se debe registrar el valor "1 – SI".
DOMICILIO DEL PACIENTE						
21	paisResidencia	Identificador del país de residencia del paciente.	Texto (3)	Sí	No	Se debe registrar el valor del campo CATALOG_KEY que corresponda al país de residencia de acuerdo con el catálogo PAIS .
22	entidadResidencia	Entidad de residencia del paciente.	Texto (2)	Sí	Sí	Si el valor de la variable " paisResidencia " es igual a "142 – MÉXICO", se debe registrar el valor del campo CATALOG_KEY que corresponda a la entidad de residencia de acuerdo con el catálogo ENTIDAD FEDERATIVA . En caso contrario, se debe registrar el valor "88 – NO APLICA". Si se desconoce el dato, se debe registrar el valor "99 – SE IGNORA". Si no está descrito en la Hoja de Hospitalización, se debe registrar el valor "00 – NO ESPECIFICADO".
23	municipioResidencia	Municipio o delegación de residencia del paciente.	Texto (3)	Sí	Sí	Si el valor de la variable " paisResidencia " es igual a "142 – MÉXICO", se debe registrar el valor del campo CATALOG_KEY que corresponda al municipio de residencia de acuerdo con el catálogo MUNICIPIO . En caso contrario o si el valor de la variable " entidadResidencia " es "88 – NO APLICA", se debe registrar el valor "997 – NO APLICA". Los municipios deben estar relacionados con el valor registrado en la variable " entidadResidencia ", esta relación se obtiene con el campo EFE_KEY del catálogo MUNICIPIO . Si el valor de la variable " entidadResidencia " es "99 – SE IGNORA" o se desconoce el dato, se debe registrar el valor "998 – SE IGNORA". Si el valor de la variable " entidadResidencia " es "00 – NO ESPECIFICADO" o no está descrito en la Hoja de Hospitalización, se debe registrar el valor "999 – NO ESPECIFICADO".



ID	VARIABLE	DESCRIPCIÓN	TIPO	OBLIGATORIO	CONFIDENCIAL	VALIDACIÓN
24	localidadResidencia	Localidad de residencia del paciente.	Texto (4)	Sí	Sí	<p>Si el valor de la variable "paisResidencia" es igual a "142 – MÉXICO", se debe registrar el valor del campo CATALOG_KEY que corresponda a la localidad de residencia de acuerdo con el catálogo LOCALIDAD.</p> <p>En caso contrario o si el valor de la variable "municipioResidencia" es "997 – NO APLICA", se debe registrar el valor "9997 – NO APLICA".</p> <p>Las localidades deben estar relacionadas con la Entidad y Municipio registrados en las variables "entidadResidencia" y "municipioResidencia", esta relación se obtiene con los campos EFE_KEY y MUN_KEY del catálogo LOCALIDAD.</p> <p>Si el valor de la variable "municipioResidencia" es "998 – SE IGNORA" o se desconoce el dato, se debe registrar el valor "9998 – SE IGNORA".</p> <p>Si el valor de la variable "municipioResidencia" es "999 – NO ESPECIFICADO" o no está descrito en la Hoja de Hospitalización, se debe registrar el valor "9999 – NO ESPECIFICADO".</p>
25	otraLocalidad	Especificación del nombre de la localidad.	Texto(50)	No	No	<p>Si el valor registrado en la variable "localidadResidencia" es "9999 – NO ESPECIFICADO", se debe permitir el registro de la variable.</p> <p>Se deben omitir espacios en blanco al inicio y al final de la variable.</p> <p>Los caracteres válidos son 0 – 9, A – Z y Ñ en mayúsculas, sin acentos, sin caracteres especiales a excepción de ".", ";", ":", "–", "!", "(", ")", y sin salto de línea.</p>
26	codigoPostal	Código Postal del lugar de residencia del paciente	Texto	Sí	No	<p>Si el valor de la variable "paisResidencia" es igual a "142 – MÉXICO", se debe registrar el valor del campo D_CODIGO que corresponda al código postal de residencia de acuerdo al catálogo CODIGO_POSTAL.</p> <p>En caso contrario o si no está descrito en la Hoja de Hospitalización, se debe registrar el valor "00000 – NO ESPECIFICADO".</p> <p>Los códigos postales deben estar ligados de acuerdo a los valores registrados en las variables "entidadResidencia" y "municipioResidencia", esta relación se obtiene con los campos C_ESTADO y C_MNPIO del catálogo CODIGO_POSTAL.</p> <p>Si se desconoce el dato, se debe registrar</p>



ID	VARIABLE	DESCRIPCIÓN	TIPO	OBLIGATORIO	CONFIDENCIAL	VALIDACIÓN
						"99999 – SE IGNORA".
DATOS DE LA ESTANCIA (En el caso de la variable sombreada (claveServicioAdicional), se deben ingresar como máximo 2 servicios adicionales de acuerdo al valor registrado en la variable – " numeroServiciosAdicional " –, separando cada dato con el carácter "&") Para mayor detalle, consultar el apartado correspondiente a la conformación del documento electrónico.						
27	fechaIngreso	Fecha de ingreso	Texto (10)	Sí	No	<p>Se deben omitir espacios en blanco al inicio y al final de la variable.</p> <p>Debe contener el día, mes y año bajo el siguiente formato: dd/mm/aaaa.</p> <p>La longitud es de 8 dígitos y 2 caracteres especiales "/".</p> <p>La fecha de ingreso no debe exceder de cinco años con respecto a la fecha de egreso, con excepción de los casos registrados en las unidades psiquiátricas (son aquellas donde los valores del campo CLAVE DE TIPOLOGIA son: "Y", "HPSIQ" o "HPSIQMF" y para el caso particular de la tipología "Y", en el campo CLAVE DE SUBTIPOLOGIA sea igual a "99", "NES", "INP" o "SAP" de acuerdo con el catálogo ESTABLECIMIENTO DE SALUD).</p> <p>La fecha de ingreso no puede ser mayor a la fecha actual, ni al valor registrado en la variable "fechaEgreso".</p> <p>La fecha de ingreso no puede ser menor al valor registrado en la variable "fechaNacimiento".</p>
28	fechaEgreso	Fecha de egreso	Texto (10)	Sí	No	<p>Se deben omitir espacios en blanco al inicio y al final de la variable.</p> <p>Debe contener el día, mes y año bajo el siguiente formato: dd/mm/aaaa.</p> <p>La longitud es de 8 dígitos y 2 caracteres especiales "/".</p> <p>La fecha de egreso debe estar dentro del calendario estadístico reportado. Consultar la sección "Referencias" de esta guía.</p> <p>La fecha de egreso no debe ser menor al valor registrado en la variable "fechaIngreso".</p> <p>La fecha de egreso no debe ser mayor a la fecha actual.</p>
29	tipoServicioIngreso	Clave del tipo de servicio de ingreso	N Numérico	Sí	No	<p>Se debe registrar una de las siguientes opciones:</p> <p>1 – NORMAL</p>



ID	VARIABLE	DESCRIPCIÓN	TIPO	OBLIGATORIO	CONFIDENCIAL	VALIDACIÓN
						2 – CORTA ESTANCIA
30	claveServicioIngreso	Clave del servicio de ingreso	Texto (4)	Sí	No	<p>Si el valor de la variable "tipoServicioIngreso" es "1 – NORMAL", se debe registrar el valor del campo CATALOG_KEY que corresponda al servicio de ingreso de acuerdo con el catálogo SERVICIOS_ESPECIALIDADES.</p> <p>En caso contrario, se debe registrar el valor "-1".</p> <ul style="list-style-type: none">Para los servicios pertenecientes a la agrupación de especialidades de "PEDIATRÍA", se debe validar que la edad del paciente sea menor a "18 años".Para los servicios pertenecientes a la agrupación de especialidades de "GINECOOBSTETRICIA", se debe validar que el valor de la variable "sexo" sea "2 – MUJER" y la edad del paciente sea mayor o igual a "9 años" y menor o igual a "59 años"; excepto para las especialidades de "GINECOLOGIA" y "UROLOGÍA GINECOLÓGICA" que no tienen restricción de edad.
31	numeroServiciosAdicional	Número de servicios adicionales por los cuales paso el paciente.	Numérico	Sí	No	<p>Si el valor de la variable "tipoServicioIngreso" es "1 – NORMAL", se debe registrar uno de los siguientes valores: 0, 1 o 2.</p> <p>En caso contrario, se debe registrar el valor "0".</p>
32	claveServicioAdicional	Clave del(os) servicio(s) adicional(es) recibido(s)	Texto (4)	No *	No	<p>* Si el valor de la variable "tipoServicioIngreso" es "1 – NORMAL" y el valor de la variable "numeroServiciosAdicional" es mayor a "0", se deben registrar las claves de los servicios acorde con el valor de la variable "numeroServiciosAdicional" conforme a las siguientes consideraciones:</p> <ul style="list-style-type: none">Se debe registrar el valor del campo CATALOG_KEY que corresponda al servicio adicional de acuerdo con el catálogo SERVICIOS_ESPECIALIDADES.Para los servicios pertenecientes a la agrupación de especialidades de "PEDIATRÍA", se debe validar que la edad del paciente sea menor a "18 años".



ID	VARIABLE	DESCRIPCIÓN	TIPO	OBLIGATORIO	CONFIDENCIAL	VALIDACIÓN
						<ul style="list-style-type: none">Para los servicios pertenecientes a la agrupación de especialidades de "GINECOOBSTETRICIA", se debe validar que el valor de la variable "sexo" sea "2 – MUJER" y la edad del paciente sea mayor o igual a "9 años" y menor o igual a "59 años"; excepto para las especialidades de "GINECOLOGIA" y "UROLOGÍA GINECOLÓGICA" que no tienen restricción de edad.El primer servicio no puede ser igual al servicio de ingreso y si existiese un segundo servicio no puede ser igual al servicio de ingreso, ni al primer servicio.
33	claveServicioEgreso	Clave del servicio de egreso	Texto (4)	Sí	No	<p>Se debe registrar el valor del campo CATALOG_KEY que corresponda al servicio de egreso de acuerdo con el catálogo SERVICIOS_ESPECIALIDADES.</p> <ul style="list-style-type: none">Para los servicios pertenecientes a la agrupación de especialidades de "PEDIATRÍA", se debe validar que la edad del paciente sea menor a "18 años".Para los servicios pertenecientes a la agrupación de especialidades de "GINECOOBSTETRICIA", se debe validar que el valor de la variable "sexo" sea "2 – MUJER" y la edad del paciente sea mayor o igual a "9 años" y menor o igual a "59 años"; excepto para las especialidades de "GINECOLOGIA" y "UROLOGÍA GINECOLÓGICA" que no tienen restricción de edad.
34	terapiaIntensivaDias	Tiempo de estancia en terapia intensiva en días como servicio de apoyo	Numérico	Sí	No	<p>Si el valor de las variables "claveServicioIngreso" o "claveServicioAdicional" es igual a alguno de los siguientes valores: "601", "602", "603", "604", "605" o "701", se debe registrar el tiempo transcurrido de estancia en días, en caso contrario, se debe registrar el valor "0".</p> <p>Rango permitido de "0" a "90".</p> <p>Si no se encuentra descrito en la Hoja de Hospitalización, se debe registrar el valor "99" (NO ESPECIFICADO).</p>





ID	VARIABLE	DESCRIPCIÓN	TIPO	OBLIGATORIO	CONFIDENCIAL	VALIDACIÓN
35	terapiaIntensivaHoras	Tiempo de estancia en terapia intensiva en horas como servicio de apoyo	Númérico	Sí	No	<p>Si el valor de las variables "claveServicioIngreso" o "claveServicioAdicional" es igual a alguno de los siguientes valores: "601", "602", "603", "604", "605" o "701", se debe registrar el tiempo transcurrido de estancia en horas, en caso contrario, se debe registrar el valor "0".</p> <p>Rango permitido de "0" a "23".</p> <p>Si el valor de la variable "terapiaIntensivaDias" es "0", se debe validar que el valor registrado sea mayor a "0".</p> <p>Si no se encuentra descrito en la Hoja de Hospitalización, se debe registrar el valor "99" (NO ESPECIFICADO).</p>
36	terapiaIntermediaDias	Tiempo de estancia en terapia intermedia en días como servicio de apoyo	Númérico	Sí	No	<p>Si el valor de las variables "claveServicioIngreso" o "claveServicioAdicional" es igual a alguno de los siguientes valores: "702", "703" o "606", se debe registrar el tiempo transcurrido de estancia en días, en caso contrario, se debe registrar el valor "0".</p> <p>Rango permitido de "0" a "90".</p> <p>Si no se encuentra descrito en la Hoja de Hospitalización, se debe registrar el valor "99" (NO ESPECIFICADO).</p>
37	terapiaIntermediaHoras	Tiempo de estancia en terapia intermedia en horas como servicio de apoyo	Númérico	Sí	No	<p>Si el valor de las variables "claveServicioIngreso" o "claveServicioAdicional" es igual a alguno de los siguientes valores: "702", "703" o "606", se debe registrar el tiempo transcurrido de estancia en horas, en caso contrario, se debe registrar el valor "0".</p> <p>Rango permitido de "0" a "23".</p> <p>Si el valor de la variable "terapiaIntermediaDias" es "0", se debe validar que el valor registrado sea mayor a "0".</p> <p>Si no se encuentra descrito en la Hoja de Hospitalización, se debe registrar el valor "99" (NO ESPECIFICADO).</p>
38	procedencia	Área de procedencia del paciente	Númérico	Sí	No	<p>Se debe registrar una de las siguientes opciones:</p> <p>1 – CONSULTA EXTERNA 2 – URGENCIAS 3 – REFERIDO 4 – CUNERO PATOLÓGICO</p>





ID	VARIABLE	DESCRIPCIÓN	TIPO	OBLIGATORIO	CONFIDENCIAL	VALIDACIÓN
						5 – OTRO Si la procedencia es “4 – CUNERO PATOLÓGICO”, se debe validar que la edad del paciente sea menor a un mes.
39	especifiqueProcedencia	Especifique el lugar de procedencia	Texto (50)	No *	No	* Si el valor de la variable “ procedencia ” es “5 – OTRO”, se debe registrar el nombre del lugar de procedencia. En caso contrario, se debe dejar vacío. Se deben omitir espacios en blanco al inicio y al final de la variable. Los caracteres válidos son sólo de A – Z, incluyendo Ñ, en mayúsculas, sin acentos y sin caracteres especiales. Se debe validar que el valor registrado no se encuentre en las opciones de la variable “ procedencia ”.
40	cluesProcedencia	Clave Única de Establecimientos en Salud de la Unidad Médica de procedencia	Texto (11)	No *	No	* Si el valor de la variable “ procedencia ” es “3 – REFERIDO”, se debe registrar el valor del campo CLUES que corresponda a la Unidad Médica de procedencia de acuerdo con el catálogo ESTABLECIMIENTOS DE SALUD . En caso contrario, se debe dejar vacío. Se debe validar que el campo ESTATUS DE OPERACIÓN de la CLUES de procedencia registrada sea igual a “EN OPERACIÓN”, o en su caso, “FUERA DE OPERACIÓN” y el número de días entre el valor del campo FECHA EFECTIVA DE BAJA y el valor de la variable “ fechaIngreso ” sea menor a 90 días. El valor registrado no debe ser igual al valor registrado en la variable “ clues ”.
41	motivoEgreso	Motivo del egreso	Númérico	Sí	No	Se debe registrar una de las siguientes opciones: 1 – CURACIÓN 2 – MEJORÍA 3 – VOLUNTAD PROPIA 4 – TRASLADO A OTRA UNIDAD 5 – DEFUNCIÓN 6 – FUGA 7 – OTRO





ID	VARIABLE	DESCRIPCIÓN	TIPO	OBLIGATORIO	CONFIDENCIAL	VALIDACIÓN
42	cluesReferido	CLUES de la unidad médica de Referencia	Texto (11)	No *	No	<p>* Si el valor de la variable “motivoEgreso” es “4 – TRASLADO A OTRA UNIDAD”, se debe registrar el valor del campo CLUES que corresponda a la Unidad Médica de referencia de acuerdo con el catálogo ESTABLECIMIENTOS DE SALUD.</p> <p>En caso contrario, se debe dejar vacío.</p> <p>Se debe validar que el campo ESTATUS DE OPERACIÓN de la CLUES de referencia registrada sea igual a “EN OPERACIÓN”, o en su caso, “FUERA DE OPERACIÓN” y el número de días entre el valor del campo FECHA EFECTIVA DE BAJA y el valor de la variable “fechaEgreso” sea menor a 90 días.</p> <p>El valor de la CLUES de referencia no debe ser igual al valor registrado en la variable “clues”.</p>
AFECCIONES TRATADAS						
43	mujerFertil	Identifica si la mujer se encuentra o estuvo embarazada recientemente.	Númérico	Sí	No	<p>Si el valor de la variable “sexo” es “2 – MUJER” y la edad del paciente es mayor o igual a “9 años” y menor o igual a “59 años”, se debe registrar una de las siguientes opciones:</p> <p>1 – EMBARAZO 2 – PUERPERIO (<i>de 0 a 42 días después del evento obstétrico</i>) 3 – NO ESTABA EMBARAZADA NI EN EL PUERPERIO</p> <p>En caso contrario, se debe registrar el valor “-1”.</p>
44	descripcionAfeccion Principal	Descripción de la afección principal de la atención.	Texto(250)	Sí	No	<p>Se deben omitir espacios en blanco al inicio y al final de la variable.</p> <p>Longitud mínima de 2 y máxima de 250 caracteres.</p> <p>El registro debe iniciar con un caracter alfabético.</p> <p>Los caracteres válidos son 0 – 9, A – Z y Ñ en mayúsculas, sin acentos, sin caracteres especiales a excepción de “.”, “,”, “;”, “-”, “_”, “/”, “(”, “)” y sin salto de línea.</p> <p>Texto libre con base en lo identificado por el profesional de la salud.</p>



ID	VARIABLE	DESCRIPCIÓN	TIPO	OBLIGATORIO	CONFIDENCIAL	VALIDACIÓN
45	codigoCIEAfeccionPrincipal	Código CIE que corresponde a la Afección principal	Texto (4)	Sí	No	<p>Se debe registrar el valor del campo CATALOG_KEY que corresponda al código de la CIE de acuerdo con el catálogo DIAGNOSTICO.</p> <p>La afección principal debe cumplir con las siguientes validaciones:</p> <ul style="list-style-type: none">Los códigos deben ser de una longitud de 4 caracteres.Solo podrán registrarse los códigos que en la columna RUBRICA_TYPE del catálogo DIAGNOSTICO sea diferentes de "B".No se deben registrar códigos correspondientes al capítulo XX que corresponden al rango de claves V01 – Y98 con sus respectivas subcategorías.Solo se deben registrar los códigos que en la columna AF_PRIN del catálogo DIAGNOSTICO sean igual a "SI".Validar que se cumplan las restricciones por sexo y edad que se tengan para el código registrado, de acuerdo con las columnas LSEX, LINF y LSUP del catálogo DIAGNOSTICO (en especial con las pacientes obstétricas). <p>Los diagnósticos registrados en afección principal y todas las afecciones registradas deben cumplir con lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none">Si se registra un código de la CIE que corresponda al rango de claves O00 – O08 referentes a aborto, no se debe registrar otro código de la CIE que corresponda al mismo rango de claves en las comorbilidades.Si se registra un código de la CIE que corresponda al rango de claves O80 – O84 referentes a parto, no se debe registrar otro código de la CIE que corresponda al mismo rango de claves en las comorbilidades.Si se registra un diagnóstico correspondiente a parto (O80 – O84), ya no se puede registrar en la variable "codigoCieComorbilidad" ni en la variable "afeccionPrincipalReseleccionada" una causa correspondiente a aborto (O00 – O08) y viceversa.





ID	VARIABLE	DESCRIPCIÓN	TIPO	OBLIGATORIO	CONFIDENCIAL	VALIDACIÓN
46	tipoAtencion	Especificación del tipo de atención proporcionada en referencia a la afección principal reseleccionada.	Numérico	Sí	No	Se debe registrar una de las siguientes opciones: 1 – PRIMERA VEZ 2 – SUBSECUENTE
COMORBILIDADES <i>Para las variables sombreadas se deben registrar como mínimo 1 y como máximo 6 comorbilidades en caso de que apliquen, deben estar compuestas por – Número, Descripción y Código CIE – separando cada una de estas variables con el carácter “#”, y cada comorbilidad en general separada con el carácter “&”. Si sólo se tiene una comorbilidad, no es necesario escribir el carácter “&”.</i> <i>En caso de que no apliquen comorbilidades, se debe dejar el valor de la variable vacío, quedando en el archivo de intercambio como “ ” para esta sección.</i> <i>Para mayor detalle, consultar el apartado correspondiente a la “Conformación del Documento Electrónico”.</i>						
47	numeroComorbilidad	Número consecutivo de las comorbilidades tratadas al paciente.	Numérico	Sí	No	Se deben omitir espacios en blanco al inicio y al final de la variable. Longitud máxima de 1 dígito. Se debe registrar un número único e incremental que va de “1” a “6”. Los valores registrados deben ser consecutivos.
48	descripcionComorbilidad	Descripción de la afección de comorbilidad tratada.	Texto(250)	Sí	No	Se deben omitir espacios en blanco al inicio y al final de la variable. Longitud mínima de 2 y máxima de 250 caracteres. El registro debe iniciar con un carácter alfabético. Los caracteres válidos son 0 – 9, A – Z y Ñ en mayúsculas, sin acentos, sin caracteres especiales a excepción de “.”, “,”, “;”, “:”, “_”, “/”, “(”, “)” y sin salto de línea. Texto libre con base en lo identificado por el profesional de la salud.
49	codigoCieComorbilidad	Código CIE de la afección de comorbilidad	Texto (4)	Sí	No	Se debe registrar el valor del campo CATALOG_KEY que corresponda al código de la CIE de acuerdo con el catálogo DIAGNOSTICO . La afección de comorbilidad debe cumplir con las siguientes validaciones: <ul style="list-style-type: none">Los códigos deben ser de una longitud de 4 caracteres.Solo podrán registrarse los códigos que en la columna RUBRICA_TYPE del catálogo DIAGNOSTICO sean diferentes de “B”.



ID	VARIABLE	DESCRIPCIÓN	TIPO	OBLIGATORIO	CONFIDENCIAL	VALIDACIÓN
						<ul style="list-style-type: none">No se deben registrar códigos correspondientes al capítulo XX que corresponden al rango de claves V01 – Y98 con sus respectivas subcategorías.Validar que se cumplan las restricciones por sexo y edad que se tengan para el código registrado, de acuerdo con las columnas LSEX, LINF y LSUP del catálogo DIAGNOSTICO (en especial con las pacientes obstétricas). <p>Validar que los diagnósticos registrados en comorbilidad cumplan lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none">Si se registra un código de la CIE que corresponda al rango de claves O00 – O08 referentes a aborto, no se debe registrar otro código de la CIE que corresponda al mismo rango de claves en las comorbilidades, ni en la afección principal.Si se registra un código de la CIE que corresponda al rango de claves O80 – O84 referentes a parto, no se debe registrar otro código de la CIE que corresponda al mismo rango de claves en las comorbilidades, ni en la afección principal.Si se registra un diagnóstico correspondiente a parto (O80 – O84), ya no se puede registrar en la variable “codigoCIEAfeccionPrincipal” ni en la variable “afeccionPrincipalReseleccionada” una causa correspondiente a aborto (O00 – O08) y viceversa.Se debe validar que sea diferente a la clave registrada tanto en la variable “codigoCIEAfeccionPrincipal” como en la variable “afeccionPrincipalReseleccionada”.Se debe validar que las claves de comorbilidades no se repitan entre sí.
50	afeccionPrincipalReseleccionada	Código CIE de la afección principal reseleccionada.	Texto (4)	Sí	No	<p>Se debe registrar el valor del campo CATALOG_KEY que corresponda al código de la CIE de acuerdo con el catálogo DIAGNOSTICO.</p> <p>La afección principal reseleccionada debe cumplir con las siguientes validaciones:</p> <ul style="list-style-type: none">Los códigos deben ser de una longitud de 4 caracteres.



ID	VARIABLE	DESCRIPCIÓN	TIPO	OBLIGATORIO	CONFIDENCIAL	VALIDACIÓN
						<ul style="list-style-type: none">Solo podrán registrarse los códigos que en la columna RUBRICA_TYPE del catálogo DIAGNOSTICO sea diferentes de "B".No se deben registrar códigos correspondientes al capítulo XX que corresponden al rango de claves V01 – Y98 con sus respectivas subcategorías.Solo se deben registrar los códigos que en la columna AF_PRIN del catálogo DIAGNOSTICO sean igual a "SI".Validar que se cumplan las restricciones por sexo y edad que se tengan para el código registrado, de acuerdo con las columnas LSEX, LINF y LSUP del catálogo DIAGNOSTICO (en especial con las pacientes obstétricas). <p>Validar que los diagnósticos registrados en afección principal reseleccionada cumpla lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none">Si se registra un código de la CIE que corresponda al rango de claves O00 – O08 referentes a aborto, no se debe registrar otro código de la CIE que corresponda al mismo rango de claves en las comorbilidades.Si se registra un código de la CIE que corresponda al rango de claves O80 – O84 referentes a parto, no se debe registrar otro código de la CIE que corresponda al mismo rango de claves en las comorbilidades.Si se registra un diagnóstico correspondiente a parto (O80 – O84), ya no se puede registrar en la variable "codigoCieComorbilidad" ni en la variable "codigoCIEAfeccionPrincipal" una causa correspondiente a aborto (O00 – O08) y viceversa.Si no existe una reselección de la afección principal, se debe registrar el valor registrado en la variable "codigoCIEAfeccionPrincipal".





ID	VARIABLE	DESCRIPCIÓN	TIPO	OBLIGATORIO	CONFIDENCIAL	VALIDACIÓN
51	causaExterna	Descripción de los acontecimientos, circunstancias y condiciones que causaron la lesión.	Texto(250)	No *	No	<p>* Si en la variable "codigoCIEAfeccionPrincipal", "codigoCieComorbilidad" o "afeccionPrincipalReseleccionada" se registra un código perteneciente a Traumatismo, Envenenamiento y algunas otras consecuencias de Causas Externas, Capítulo XIX (S00 – T98), se deben registrar los acontecimientos, circunstancias y condiciones que causaron la lesión.</p> <p>En caso contrario, se debe dejar vacío.</p> <p>Se deben omitir espacios en blanco, al inicio y al final de la variable.</p> <p>Longitud mínima de 2 y máxima de 250 caracteres.</p> <p>El registro debe iniciar con un caracter alfabético.</p> <p>Los caracteres válidos son 0 – 9, A – Z y Ñ en mayúsculas, sin acentos, sin caracteres especiales a excepción de ".", ",", ";", ":", "-", "/", "(", ")", y sin salto de línea.</p> <p>Texto libre con base en lo identificado por el profesional de la salud.</p>
52	codigoCieCausaExterna	Código CIE de la Causa Externa	Texto (4)	No *	No	<p>* Si en la variable "codigoCIEAfeccionPrincipal", "codigoCieComorbilidad" o "afeccionPrincipalReseleccionada" se registra un código perteneciente a Traumatismo, Envenenamiento y algunas otras consecuencias de Causas Externas, Capítulo XIX (S00 – T98), se debe registrar el valor del campo CATALOG_KEY que corresponda al código de la CIE de acuerdo con el catálogo DIAGNOSTICO.</p> <p>Se deben cumplir las siguientes validaciones:</p> <ul style="list-style-type: none">• Los códigos deben ser de una longitud de 4 caracteres.• Solo podrán registrarse los códigos que en la columna RUBRICA_TYPE del catálogo DIAGNOSTICO sea diferentes de "B".• Validar que se cumplan las restricciones por sexo y edad que se tengan para el código registrado, de acuerdo con las columnas LSEX, LINF y LSUP del catálogo DIAGNOSTICO.





ID	VARIABLE	DESCRIPCIÓN	TIPO	OBLIGATORIO	CONFIDENCIAL	VALIDACIÓN
						<ul style="list-style-type: none">Solo se deben registrar códigos correspondientes al capítulo XX que corresponden al rango de claves V01 – Y98 con sus respectivas subcategorías.
53	morfologia	Código correspondiente a la morfología de tumores.	Texto (10)	No	No	Si en la variable “codigoCIEAfeccionPrincipal” o “afeccionPrincipalReseleccionada” se registra un código perteneciente al capítulo II Referente a Tumores de la CIE, rango C00 – D48, se debe permitir registrar el valor del campo CATALOG_KEY que corresponda al código de la Morfología de acuerdo con el catálogo MORFOLOGIA . En caso contrario, se debe dejar vacío. El primer caracter siempre será una “M”.
54	infeccionIntraHospit alaria	Existió Infección intrahospitalaria	Númérica	Sí	No	Se debe registrar una de las siguientes opciones: 1 – SI 2 – NO
<p>PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS, TERAPÉUTICOS Y QUIRÚRGICOS</p> <p><i>Para las variables sombreadas se deben ingresar como mínimo 1 y como máximo 8 procedimientos en caso de que aplique, deben estar compuestos por – Numero, Descripción, Código CIE-9MC, Tipo de Anestesia, Uso de Quirófano, Tiempo de Quirófano y Cedula del Médico Responsable – separando cada una de estas variables con el carácter “#”, y cada procedimiento en general separado con el carácter “&”. Si sólo se tiene un procedimiento, no es necesario escribir el “&”.</i></p> <p><i>En caso de que no apliquen procedimientos, se debe dejar el valor de la variable vacío, quedando en el archivo de intercambio como “ ” para esta sección.</i></p> <p><i>Para mayor detalle, consultar el apartado “Conformación del Documento Electrónico”.</i></p>						
55	numeroProcedimiento	Número consecutivo de procedimiento médico realizado al paciente.	Númérico	Sí	No	Se deben omitir espacios en blanco al inicio y al final de la variable. Longitud máxima de 1 dígito. Se debe registrar un número único e incremental que va de “1” a “8”. Los valores registrados deben ser consecutivos.
56	descripcionProcedimiento	Descripción del procedimiento realizado al paciente por el profesional de la salud.	Texto(250)	Sí	No	Se deben omitir espacios en blanco al inicio y al final de la variable. Longitud mínima de 2 y máxima de 250 caracteres. El registro debe iniciar con un caracter alfabético. Descripción a texto libre por parte del profesional de la salud.



ID	VARIABLE	DESCRIPCIÓN	TIPO	OBLIGATORIO	CONFIDENCIAL	VALIDACIÓN
						Los caracteres válidos son 0 – 9, A – Z y Ñ en mayúsculas, sin acentos, sin caracteres especiales a excepción de “.”, “,”, “;”, “-”, “_”, “/”, “(”, “)” y sin salto de línea.
57	codigoCieProcedimiento	Código CIE-9MC del procedimiento médico.	Texto (4)	Sí	No	<p>Se debe registrar el valor del campo CATALOG_KEY que corresponda al código de la CIE-9MC de acuerdo con el catálogo PROCEDIMIENTO.</p> <p>El código de procedimiento debe cumplir con las siguientes validaciones:</p> <ul style="list-style-type: none">Los códigos deben ser de una longitud de 4 caracteres.Validar que se cumplan las restricciones por sexo y edad que se tengan para el código registrado, de acuerdo con las columnas PRO_CVE_EDIA, PRO_EDAD_IA, PRO_CVE_EDFA, PRO_EDAD_FA y SEX_TYPE del catálogo PROCEDIMIENTO.Si alguna clave de procedimiento corresponde a Cesárea (códigos del 740 al 744 y 749), se debe verificar que el valor de la variable “productoEmbarazo” tenga al menos un producto, el valor de la variable “tipoParto” corresponda a “3 – CESAREA” y que los diagnósticos (afecciones) correspondan al grupo de codificación “O82” u “O842” de la CIE referentes a parto único por cesárea y parto múltiple, todos por cesárea respectivamente.Si el valor de la variable “sexo” es “1 – HOMBRE” y tiene algún diagnóstico con código “Z302” de la CIE (Esterilización), se debe validar que tenga el registro de alguno de los procedimientos con códigos de la categoría “637” del catálogo de PROCEDIMIENTO, esta regla se debe verificar en ambos sentidos.Si el valor de la variable “sexo” es “2 – MUJER” y tiene algún diagnóstico con código de la CIE “Z302” (Esterilización), debe tener el registro de alguno de los procedimientos con las categorías de la “662”, “663”, “665” o la subcategoría “6663” del catálogo de PROCEDIMIENTO, esta regla se debe verificar en ambos sentidos a excepción de la categoría “665” la cual pueden o no estar asociados al código “Z302”.



ID	VARIABLE	DESCRIPCIÓN	TIPO	OBLIGATORIO	CONFIDENCIAL	VALIDACIÓN
58	tipoAnestesia	Tipo de Anestesia utilizado	Numérico	Sí	No	Se debe registrar una de las siguientes opciones: 1 – GENERAL 2 – REGIONAL 3 – SEDACION 4 – LOCAL 5 – COMBINADA 6 – NO USO
59	quirofanoDentroFuera	Especificación del uso del quirófano durante el procedimiento médico.	Numérico	Sí	No	Se debe registrar una de las siguientes opciones: 1 – DENTRO 2 – FUERA
60	tiempoQuirofano	Tiempo que estuvo el paciente en el quirófano	Texto (5)	No *	No	* Si el valor de la variable “ quirofanoDentroFuera ” es “1 – DENTRO”, se debe registrar el tiempo transcurrido en el quirófano en horas y minutos, en el siguiente formato: HH:MM. En caso contrario, se debe dejar vacío. Rango permitido de “00:01” a “48:00”. Si no se encuentra descrito en la Hoja de Hospitalización, se debe registrar el valor “99:99” (NO ESPECIFICADO).
61	cedulaProfesional	Cédula Profesional del médico responsable que realizó el procedimiento quirúrgico.	Texto (14)	No *	Sí	* Si el valor de la variable “ quirofanoDentroFuera ” es “1 – DENTRO”, se debe registrar la cédula profesional del médico responsable. En caso contrario, se debe dejar vacío. Se deben omitir espacios en blanco al inicio y al final de la variable. Longitud mínima de 6 y máxima de 14 caracteres. Los caracteres válidos son 0 – 9, A – Z y Ñ, en mayúsculas, sin acentos, ni caracteres especiales. Si la cédula tiene una longitud menor a “6” caracteres, se debe rellenar con ceros a la izquierda. En caso de contar con cédula de especialidad, sólo reportar esta última. Si tiene más de una especialidad, registrar la que aplique al procedimiento realizado.





ID	VARIABLE	DESCRIPCIÓN	TIPO	OBLIGATORIO	CONFIDENCIAL	VALIDACIÓN
						NOTA: A partir de la próxima actualización de esta guía se requerirá que la cedula profesional del médico se encuentre registrada en el padrón de profesionales de la salud, por lo que se deberá revisar que el profesional y su cedula se encuentren registrados en dicho padrón.
VIOLENCIA Y/O LESIÓN						
62	folioLesion	Folio correspondiente a la hoja de registro de atención por violencia y/o lesión.	Texto (8)	No *	No	<p>* Si el valor de la variable "codigoCIEAfeccionPrincipal" o el valor de la variable "afeccionPrincipalReseleccionada" corresponde a un código de la CIE del capítulo XIX (S00 a T98), se debe registrar el folio correspondiente.</p> <p>En caso contrario, se debe dejar vacío.</p> <p>Se deben omitir espacios en blanco al inicio y al final de la variable.</p> <p>Longitud mínima de 1 y máxima de 8.</p> <p>Los caracteres válidos son 0 – 9.</p> <p>Si se desconoce el dato, se debe registrar el valor "0".</p>
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN						
63	ministerioPublico	Se envió al Ministerio Publico al fallecido	Númérico	Sí	No	<p>Si el valor de la variable "motivoEgreso" es "5 – DEFUNCIÓN", se debe registrar una de las siguientes opciones:</p> <p>1 – SI, cuando el fallecido(a) se envió a MP por lo cual no se tiene el folio del certificado.</p> <p>2 – NO, cuando el certificado de defunción se expidió en la unidad médica</p> <p>En caso contrario, se debe registrar el valor "-1".</p>
64	folioCertificadoDefuncion	Folio del certificado de defunción	Númérico	No *	Sí	<p>* Si el valor de la variable "motivoEgreso" es "5 – DEFUNCIÓN" y el valor de la variable "ministerioPublico" es "2 – NO", se debe registrar el folio correspondiente.</p> <p>En caso contrario, se debe dejar vacío.</p> <p>Los primeros dos números del folio corresponden a los dos últimos dígitos del año de impresión y el tercer dígito debe ser "0", excepto para los formatos impresos en 2021 y 2022.</p> <p>La longitud debe ser de 9 dígitos. Los caracteres válidos son 0 – 9.</p>



ID	VARIABLE	DESCRIPCIÓN	TIPO	OBLIGATORIO	CONFIDENCIAL	VALIDACIÓN
						NOTA: Solo se aceptarán folios de hasta 4 años anteriores y uno posterior a partir de la fecha de egreso y de acuerdo con el modelo vigente del Certificado de Defunción para esos años.
HISTORIA GINECOBSTÉTRICA						
<i>Las variables de esta sección sólo aplican cuando la paciente sea una mujer en edad fértil (de 9 a 59 años de edad). En caso contrario se debe registrar el valor "0" a cada una de las variables.</i>						
65	gestas	Número de embarazos que ha tenido la paciente. (Antecedente)	Numérico	Sí	No	<p>Si el valor de la variable "sexo" es "2 – Mujer" y la edad del paciente está entre 9 y 59 años, se debe registrar el número de embarazos que ha tenido la paciente.</p> <p>En caso contrario, se debe registrar el valor "0".</p> <p>La longitud máxima es de 2 dígitos.</p> <p>Debe encontrarse dentro del rango mayor o igual a "0" y menor o igual a "25".</p> <p>Si el valor de la variable "mujerFertil" es "1 – EMBARAZO", se debe considerar el embarazo actual, el valor registrado debe ser igual a la suma de partos, abortos y cesáreas, más 1.</p> <p>Si el valor de la variable "mujerFertil" es "2 – PUERPERIO" o "3 – NO ESTABA EMBARAZADA NI EN EL PUERPERIO", el valor registrado debe ser igual a la suma de partos, abortos y cesáreas.</p> <p>Incluir productos nacidos vivos, nacidos muertos, abortos, molas y embarazos ectópicos.</p>
66	partos	Número de partos que ha tenido la paciente. (Antecedente)	Numérico	Sí	No	<p>Si el valor de la variable "sexo" es "2 – Mujer" y la edad del paciente está entre 9 y 59 años, se debe registrar el número de partos que ha tenido la paciente.</p> <p>En caso contrario, se debe registrar el valor "0".</p> <p>La longitud máxima es de 2 dígitos.</p> <p>Debe encontrarse dentro del rango mayor o igual a "0" y menor o igual a "25".</p>
67	abortos	Número de abortos que ha tenido la paciente. (Antecedente)	Numérico	Sí	No	<p>Si el valor de la variable "sexo" es "2 – Mujer" y la edad del paciente está entre 9 y 59 años, se debe registrar el número de abortos que ha tenido la paciente.</p> <p>En caso contrario, se debe registrar el valor "0".</p> <p>La longitud máxima es de 2 dígitos.</p>





ID	VARIABLE	DESCRIPCIÓN	TIPO	OBLIGATORIO	CONFIDENCIAL	VALIDACIÓN
						Debe encontrarse dentro del rango mayor o igual a "0" y menor o igual a "25".
68	cesareas	Número de cesáreas que ha tenido la paciente. (Antecedente)	Numérico	Sí	No	Si el valor de la variable " sexo " es "2 – Mujer" y la edad del paciente está entre 9 y 59 años, se debe registrar el número de cesáreas que ha tenido la paciente. En caso contrario, se debe registrar el valor "0". La longitud máxima es de 2 dígitos. Debe encontrarse dentro del rango mayor o igual a "0" y menor o igual a "25".
ATENCIÓN OBSTÉTRICA <i>Para las variables de las secciones "RESOLUCIÓN DEL EMBARAZO" e "INFORMACIÓN DEL PRODUCTO" sólo aplican cuando el valor en alguna de las variables: "codigoCIEAfeccionPrincipal", "codigoCieComorbilidad" o "afeccionPrincipalReseleccionada", se encuentre entre los rangos de códigos "O00" – "O08", "O10" – "O26", "O29" – "O84", "O85" – "O92" u "O98" – "O99".</i> <i>En caso contrario se debe registrar el valor que corresponda a cada variable.</i>						
RESOLUCIÓN DEL EMBARAZO <i>Para las variables de esta sección sólo aplican cuando el valor registrado en la variable "mujerFertil" sea "1 – EMBARAZO" o "2 – PUERPERIO".</i> <i>En caso contrario se debe registrar el valor que corresponda a cada variable.</i>						
69	edadGestacional	Semanas de gestación	Numérico	Sí	No	Si el valor de la variable " mujerFertil " es "1 – EMBARAZO" o "2 – PUERPERIO", se debe registrar el número de semanas de gestación. En caso contrario, se debe registrar el valor "0". La longitud debe ser de máximo 2 dígitos. El rango permitido es de "1" a "45" semanas. Si se desconoce el dato, se debe registrar el valor "99". Si no hubo extracción o expulsión, se debe registrar el valor "88" (NO APLICA).
70	tipoAtencionObstetrica	Identificación del tipo de Atención Obstétrica	Numérico	Sí	No	Si el valor de la variable " mujerFertil " es "2 – PUERPERIO" y el valor de la variable " edadGestacional " es diferente de "88", se debe registrar una de las siguientes opciones: 1 – ABORTO 2 – PARTO En caso contrario, se debe registrar el valor "-1".





ID	VARIABLE	DESCRIPCIÓN	TIPO	OBLIGATORIO	CONFIDENCIAL	VALIDACIÓN
						<p>Si el valor de la variable "edadGestacional" se encuentra en el rango de "1" a "21" semanas, se debe registrar el valor "1 – ABORTO" y se debe validar que exista la causa correspondiente a aborto (en el rango de códigos en la CIE O00 – O08), ya sea como afección principal, como una de las afecciones de comorbilidad o como la afección principal reseleccionada.</p> <p>Si el valor de la variable "edadGestacional" se encuentra en el rango de "22" a "45" semanas, se debe registrar el valor "2 – PARTO" y se debe validar que exista la causa correspondiente a parto o sus complicaciones (en el rango de códigos en la CIE O80 – O84), ya sea como afección principal, como una de las afecciones de comorbilidad o como la afección principal reseleccionada.</p>
71	tipoParto	Descripción del tipo de parto realizado a la paciente.	Numérico	Sí	No	<p>Si el valor de la variable "tipoAtencionObstetrica" es "2 – PARTO", se debe registrar una de las siguientes opciones:</p> <p>1 – EUTÓCICO 2 – DISTÓCICO VAGINAL 3 – CESÁREA 9 – NO ESPECIFICADO</p> <p>En caso contrario, se debe registrar el valor "-1".</p> <p>Si existe algún diagnóstico de la CIE propio de los códigos: "O800 – Parto único espontaneo, presentación cefálica de vértice"; "O809 – Parto único espontaneo sin otra especificación"; "O839 – Parto único asistido sin otra especificación" u "O840 – Parto múltiple, todos espontáneos", se debe registrar el valor "1 – EUTÓCICO".</p> <p>Si existe algún diagnóstico de la CIE propio de los códigos: "O801 – Parto único espontaneo, presentación de nalgas o podálica"; "O808 – Parto único espontaneo, otras presentaciones"; "O81 – Parto único con fórceps y ventosa extractora"; "O830 – Extracción de nalgas"; "O831 – Otros partos únicos asistidos de nalgas" u "O832 – Otros partos únicos con ayuda de manipulación obstétrica", se debe registrar el valor "2 – DISTÓCICO VAGINAL".</p>





ID	VARIABLE	DESCRIPCIÓN	TIPO	OBLIGATORIO	CONFIDENCIAL	VALIDACIÓN
						Si existe algún diagnóstico de la CIE de la categoría "O82" propios de "Parto único por cesárea" o código "O842 - Parto múltiple (todos por cesárea)", se debe registrar el valor "3 - CESÁREA".
72	tipoProcAborto	Descripción del procedimiento para realizar el aborto.	N Numérico	Sí	No	Si el valor de la variable "tipoAtencionObstetrica" es "1 - ABORTO", se debe registrar una de las siguientes opciones: 1 - LUI 2 - AMEU 3 - MEDICAMENTO 9 - NO ESPECIFICADO En caso contrario, se debe registrar el valor "-1".
73	productoEmbarazo	Identificación del tipo de productos extraídos.	N Numérico	Sí	No	Si el valor de la variable "tipoAtencionObstetrica" es "2 - PARTO", se debe registrar una de las siguientes opciones: 0 - NO ESPECIFICADO 1 - ÚNICO 2 - GEMELAR 3 - TRES O MÁS En caso contrario, se debe registrar el valor "-1". Independientemente de su condición de supervivencia se debe considerar el total de productos de la gesta. Si el valor registrado corresponde a "1 - ÚNICO", se debe registrar un sólo producto y se debe validar que exista algún diagnóstico en la afección principal, comorbilidades o afección principal reseleccionada de las categorías "O80", "O81", "O82" u "O83" correspondiente a parto único. Si el valor registrado corresponde a "2 - GEMELAR", se deben registrar dos productos. Si el valor registrado corresponde a "3 - TRES O MÁS", se debe garantizar el registro de todos los productos. Para los dos últimos casos, se debe validar que exista algún diagnóstico en la afección principal, comorbilidades o afección principal reseleccionada de la categoría "O84" correspondiente a parto múltiple.





ID	VARIABLE	DESCRIPCIÓN	TIPO	OBLIGATORIO	CONFIDENCIAL	VALIDACIÓN
74	totalProductos	Total de los productos, independientemente de su condición de supervivencia.	N Numérico	Sí	No	<p>Si el valor de la variable "tipoAtencionObstetrica" es "2 – PARTO", se debe registrar el total de productos de la paciente.</p> <p>En caso contrario, se debe registrar el valor "0".</p> <p>El rango permitido es mínimo "1" y máximo "6".</p> <p>Si el valor de la variable "productoEmbarazo" es "1 – ÚNICO", se debe registrar el valor "1".</p> <p>Si el valor de la variable "productoEmbarazo" es "2 – GEMELAR", se debe registrar el valor "2".</p> <p>Si el valor de la variable "productoEmbarazo" es "3 – TRES O MÁS", se debe registrar un valor mayor o igual a "3".</p>
75	planificacionFamiliar	Identificación del empleo de algún Método de planificación familiar.	N Numérico	Sí	No	<p>Si el valor de la variable "tipoAtencionObstetrica" es diferente de "-1", se debe registrar una de las siguientes opciones:</p> <p>0 – NINGUNO 1 – HORMONAL ORAL 2 – INYECTABLE MENSUAL 3 – INYECTABLE BIMESTRAL 4 – IMPLANTE SUBDÉRMICO 5 – DIU 6 – PRESERVATIVO FEMENINO 7 – PRESERVATIVO MASCULINO 8 – DIU MEDICADO 9 – PARCHÉ DÉRMICO 10 – OTB 11 – OTRO MÉTODO</p> <p>En caso contrario, se debe registrar el valor "-1".</p> <p>Si se registra la opción "5 – DIU" u "8 – DIU MEDICADO", se debe validar que exista un diagnóstico en la afección principal o comorbilidad con código "Z301" de la CIE correspondiente a "Inserción de dispositivo anticonceptivo (intrauterino)" y un procedimiento con código "697X" correspondiente a la "Inserción de dispositivo anticonceptivo intrauterino" de la CIE-9MC.</p>





ID	VARIABLE	DESCRIPCIÓN	TIPO	OBLIGATORIO	CONFIDENCIAL	VALIDACIÓN
						Si se registra la opción "10 – OTB", se debe validar que exista un diagnóstico en la afección principal o comorbilidad con código "Z302" de la CIE que corresponde a "Esterilización" y alguno de los procedimientos de las categorías "662", "663" o "665" o la subcategoría "6663" de la CIE-9MC.
76	otroMetodo	Especificación de algún otro método de planificación familiar	Texto(250)	No *	No	<p>* Si el valor de la variable "planificacionFamiliar" es "11 – OTRO MÉTODO", se debe registrar el nombre del otro método de planificación familiar.</p> <p>En caso contrario, se debe dejar vacío.</p> <p>Se deben omitir espacios en blanco al inicio y al final de la variable.</p> <p>Los caracteres válidos son 0 – 9, A – Z y Ñ, en mayúsculas, sin acentos, sin caracteres especiales, ni saltos de línea.</p> <p>Se debe validar que el valor registrado no se encuentre en las opciones de la variable "planificacionFamiliar".</p>
INFORMACIÓN DEL PRODUCTO (Para las variables Sombreadas se deben ingresar como máximo 6 productos en caso de que apliquen , están compuestos por – Numero de Producto, Condición de Nacimiento, Condición del Nacido Vivo, Folio del Certificado, APGAR, Reanimación Neonatal, Alojamiento Conjunto y Lactancia Exclusiva – separando cada una de estas variables con el carácter "#", y cada producto en general separado con el carácter "&"). Si sólo se tiene un producto, no es necesario escribir el "&". En caso de que no apliquen productos, se debe dejar el campo vacío, quedando en el archivo de intercambio como " " para esta sección. NOTA: * El registro de esta sección es opcional si el valor de la variable "tipoAtencionObstetrica" es "1 – ABORTO", en caso de realizar el registro, todas las variables deben tener su valor correspondiente y no se permitirá más de un producto. Para mayor detalle, consultar el apartado "Conformación del Documento Electrónico".						
77	numeroProducto	Número consecutivo del producto	Numérico	Sí	No	<p>Si el valor de la variable "tipoAtencionObstetrica" es "1 – ABORTO" * o "2 – PARTO", se debe registrar un número único e incremental que va de "1" al valor registrado en la variable "totalProductos" (máximo 6 productos).</p> <p>Los valores registrados deben ser consecutivos.</p> <p>Se deben omitir espacios en blanco al inicio y al final de la variable.</p>
78	condicionNacimiento	Condición de nacimiento del producto	Numérico	Sí	No	<p>Si el valor de la variable "tipoAtencionObstetrica" es "2 – PARTO", se debe registrar una de las siguientes opciones:</p> <p>1 – NACIDO MUERTO</p>



ID	VARIABLE	DESCRIPCIÓN	TIPO	OBLIGATORIO	CONFIDENCIAL	VALIDACIÓN
						2 – NACIDO VIVO Si el valor de la variable "tipoAtencionObstetrica" es "1 – ABORTO", se debe registrar el valor "1 – NACIDO MUERTO".
79	condicionNacidoVivo	Condición del nacido vivo al egresar la madre.	Numérico	Sí	No	Si el valor de la variable "tipoAtencionObstetrica" es "2 – PARTO", se debe registrar una de las siguientes opciones: 1 – VIVO ALTA 2 – VIVO HOSPITALIZADO 3 – MUERTO 9 – SE IGNORA Si el valor de la variable "condicionNacimiento" es "1 – NACIDO MUERTO", se debe registrar el valor "3 – MUERTO". Si la condición del producto al egresar la madre se desconoce, se debe registrar el valor "9 – SE IGNORA".
80	folioCertificado	Folio del certificado de acuerdo con la condición de nacimiento del producto, ya sea de nacido vivo o nacido muerto.	Texto (14)	Sí	No	Si el valor de la variable "tipoAtencionObstetrica" es "1 – ABORTO" * o "2 – PARTO", se debe registrar el folio del certificado correspondiente. Longitud mínima de 9 y máxima de 14 caracteres. Si el valor de la variable "condicionNacimiento" es "2 – NACIDO VIVO", se debe registrar el folio del certificado de nacimiento (CN) con una longitud de 9 caracteres o del certificado electrónico de nacimiento (CeN) con una longitud de 14 caracteres. Para el caso del CeN los primeros 5 caracteres deben corresponder al valor del campo "ID" del catálogo ESTABLECIMIENTO DE SALUD de acuerdo con el valor registrado en el campo "clues" (si el valor del campo "ID" es menor a 5 caracteres se debe completar con ceros a la izquierda), el sexto carácter debe ser "E", y los últimos 8 caracteres deben ser los dígitos del certificado de derecha a izquierda.





ID	VARIABLE	DESCRIPCIÓN	TIPO	OBLIGATORIO	CONFIDENCIAL	VALIDACIÓN
						<p>Si el valor de la variable "condicionNacimiento" es "1 – NACIDO MUERTO", se debe registrar el folio del Certificado de Muerte Fetal con un máximo de 9 caracteres. El cual sólo acepta dígitos del 0 – 9, donde los primeros 2 dígitos deben ser los dos últimos dígitos del año de impresión y el tercer carácter debe ser "1". Si el valor de la variable "tipoAtencionObstetrica" es "1 – ABORTO", y no se cuenta con el dato, se debe registrar el valor "999999999".</p> <p>Si el valor de la variable "condicionNacimiento" es "2 – NACIDO VIVO" y el valor de la variable "condicionNacidoVivo" es "3 – MUERTO", se debe registrar el folio del Certificado de Defunción, con un máximo de 9 caracteres, el cual sólo acepta dígitos del 0 – 9, donde los primeros 2 dígitos deben ser los dos últimos dígitos del año de impresión y el tercer carácter sea igual a "0", excepto para los años de impresión 2021 y 2022.</p> <p>Para los dos casos anteriores (Certificado de Muerte Fetal y Certificado de Defunción), aceptará folios de hasta 4 años anteriores y uno posterior a partir de la fecha de egreso y de acuerdo con el modelo vigente del Certificado de Defunción para esos años.</p>
81	apgar5Minutos	Calificación de APGAR a los 5 min.	N Numérico	Sí	No	<p>Si el valor de la variable "tipoAtencionObstetrica" es "2 – PARTO", se debe registrar la valoración del APGAR. Longitud máxima de 2 dígitos.</p> <p>El rango permitido es de "0" a "10".</p> <p>Si el valor de la variable "condicionNacimiento" es "1 – NACIDO MUERTO", se debe registrar el valor "88 – NO APLICA".</p>
82	reanimacionNeonatal	Identificación del uso de reanimación para todo nacido vivo	N Numérico	Sí	No	<p>Si el valor de la variable "tipoAtencionObstetrica" es "2 – PARTO", se debe registrar una de las siguientes opciones:</p> <p>1 – SI 2 – NO</p> <p>Si el valor de la variable "condicionNacimiento" es "1 – NACIDO MUERTO", se debe registrar el valor "8 – NO APLICA".</p>





ID	VARIABLE	DESCRIPCIÓN	TIPO	OBLIGATORIO	CONFIDENCIAL	VALIDACIÓN
83	alojamientoConjunt o	Si tuvo o no el recién nacido vivo alojamiento conjunto con la madre.	Númérico	Sí	No	Si el valor de la variable “ tipoAtencionObstetrica ” es “2 – PARTO”, se debe registrar una de las siguientes opciones: 1 – SI 2 – NO Si el valor de la variable “ condicionNacimiento ” es “1 – NACIDO MUERTO”, se debe registrar “8 – NO APLICA”.
84	lactanciaExclusiva	Identificación del tipo de lactancia proporcionada al recién nacido	Númérico	Sí	No	Si el valor de la variable “ tipoAtencionObstetrica ” es “2 – PARTO”, se debe registrar una de las siguientes opciones: 1 – SI 2 – NO Si el valor de la variable “ condicionNacimiento ” es “1 – NACIDO MUERTO”, se debe registrar “8 – NO APLICA”.
HOSPITALES PSIQUIÁTRICOS						
85	tipoUnidad	Tipo de Unidad (sólo para Psiquiátricos)	Númérico	Sí	No	Si la unidad médica es de tipo psiquiátrico*, se debe registrar una de las siguientes opciones: 1 – HOSPITAL CONTINUO 2 – HOSPITAL PARCIAL 3 – UNIDAD DE CUIDADOS ESPECIALES En caso contrario, se debe registrar el valor “-1”. * Se debe verificar que para el valor de la variable “ clues ”, de acuerdo con el catálogo ESTABLECIMIENTOS DE SALUD , el campo CLAVE DE TIPOLOGIA sea igual a “Y”, “HPSIQ” o “HPSIQMF” y para el caso particular de la tipología “Y”, en el campo CLAVE DE SUBTIPOLOGIA sea igual a “99”, “NES”, “INP” o “SAP”.
86	tipoServicio	Identificación del tipo de servicio proporcionado por la unidad psiquiátrica	Númérico	Sí	No	Si el valor de la variable “ tipoUnidad ” es “1 – HOSPITAL CONTINUO”, se debe registrar una de las siguientes opciones: 1 – PAIDOPSIQUIATRÍA 2 – PSIQUIATRÍA 3 – PSICOGERIATRÍA 4 – UNIDAD DE DESINTOXICACIÓN 5 – VILLA PSIQUIATRICA 8 – OTROS 9 – NO ESPECIFICADO • Si el tipo de servicio es “1 –



ID	VARIABLE	DESCRIPCIÓN	TIPO	OBLIGATORIO	CONFIDENCIAL	VALIDACIÓN
						<p>PAIDOPSIQUIATRÍA", se debe validar que la edad del paciente sea menor a "18 años".</p> <ul style="list-style-type: none">• Si el tipo de servicio es "3 – PSICOGERIATRÍA", se debe validar que la edad del paciente sea mayor o igual a "60 años". <p>Si el valor de la variable "tipoUnidad" es "2 – HOSPITAL PARCIAL", se debe registrar una de las siguientes opciones:</p> <p>1 – DIA 2 – NOCHE 3 – FIN DE SEMANA 4 – OTROS 9 – NO ESPECIFICADO</p> <p>En caso contrario, se debe registrar el valor "-1".</p>
PROFESIONAL RESPONSABLE DE LA SALUD						
87	paisNacimiento	País de nacimiento del prestador de servicio de salud	Numérico	Sí	No	Se debe registrar el valor del campo CATALOG_KEY que corresponda al País de Nacimiento del prestador de servicios de acuerdo al catálogo PAIS .
88	curpResponsable	Clave Única de Registro de Población del profesional de salud responsable de la atención	Texto (18)	Sí	Sí	<p>Se deben omitir espacios al inicio y al final de la variable.</p> <p>Debe ir en mayúsculas y debe estar validada por RENAPO.</p> <p>De conformidad con el Instructivo Normativo para la Asignación de la Clave Única de Registro de Población.</p> <p>Se debe validar que el valor de la variable cumpla con la estructura "AAAA999999AAAAAX9", donde el dígito 17 puede ser un valor de 0 – 9 si nació antes del año 2000 y de la A – J si el año de nacimiento es del 2000 en adelante.</p> <p>Se deben omitir espacios en blanco al inicio y al final de la variable.</p> <p>Deben tener coincidencia con las variables:</p> <p>"nombreResponsable", "primerApellidoResponsable" y "segundoApellidoResponsable" descritas en esta sección.</p> <p>La CURP del profesional de salud responsable de la atención debe ser diferente de la CURP del Paciente a excepción del valor genérico.</p>



ID	VARIABLE	DESCRIPCIÓN	TIPO	OBLIGATORIO	CONFIDENCIAL	VALIDACIÓN
						Si el valor de la variable "paísNacimiento" es diferente de "142 – MÉXICO", se podrá asignar a la variable el valor genérico "XXXX999999XXXXXX99" (4 equis, 6 nueves, 6 equis y 2 nueves) y omitir la validación con las variables "nombreResponsable" , "primerApellidoResponsable" y "segundoApellidoResponsable" .
89	nombreResponsable	Nombre del profesional de salud responsable de la atención	Texto (50)	Sí	Sí	La longitud máxima es de 50 caracteres. Debe tener al menos dos caracteres. Los caracteres válidos son sólo de A – Z, incluyendo Ñ, en mayúsculas. En caso de nombre compuesto, debe ir separado por un espacio o en su caso " ", " " o " ." y no se acepta ningún otro tipo de carácter especial, ni acentos. Esta variable se debe validar contra el valor registrado en la variable "curpResponsable" .
90	primerApellidoResponsable	Primer apellido del profesional de salud que proporcionó la atención	Texto (50)	Sí	Sí	La longitud máxima es de 50 caracteres. Debe tener al menos dos caracteres. Se deben omitir espacios en blanco al inicio y al final de la variable. Los caracteres válidos son sólo de A – Z, incluyendo Ñ, en mayúsculas. En caso de nombre compuesto, debe ir separado por un espacio o en su caso " ", " " o " ." y no se acepta ningún otro tipo de carácter especial, ni acentos. Esta variable se debe validar contra el valor registrado en la variable "curpResponsable" .
91	segundoApellidoResponsable	Segundo apellido del profesional de salud que proporcionó la atención	Texto (50)	Sí	Sí	La longitud máxima es de 50 caracteres. Debe tener al menos dos caracteres. Se deben omitir espacios en blanco al inicio y al final de la variable. Los caracteres válidos son sólo de A – Z, incluyendo Ñ, en mayúsculas. En caso de nombre compuesto, debe ir separado por un espacio o en su caso " ", " " o " ." y no se acepta ningún otro tipo de carácter especial, ni acentos. Esta variable se debe validar contra el valor registrado en la variable "curpResponsable" . En caso de no contar con el segundo apellido, se debe registrar el valor "XX".



ID	VARIABLE	DESCRIPCIÓN	TIPO	OBLIGATORIO	CONFIDENCIAL	VALIDACIÓN
92	cedulaResponsable	Cédula profesional del médico responsable que proporcionó la atención	Texto (14)	Sí	Sí	<p>Se deben omitir espacios en blanco al inicio y al final de la variable.</p> <p>Longitud mínima de 6 y máxima de 14 caracteres.</p> <p>Los caracteres válidos son 0 – 9, A – Z y Ñ, en mayúsculas, sin acentos, ni caracteres especiales.</p> <p>Si la cédula tiene una longitud menor a “6” caracteres, se debe rellenar con ceros a la izquierda.</p> <p>En caso de contar con cédula de especialidad, sólo reportar esta última.</p> <p>En caso de no contar con el dato, se debe registrar el valor “0”.</p> <p>NOTA: A partir de la próxima actualización de esta guía se requerirá que la cédula profesional del médico se encuentre registrada en el padrón de profesionales de la salud, por lo que se deberá revisar que el profesional y su cédula se encuentren registrados en dicho padrón.</p>

Fe de erratas

En esta sección se describen los cambios realizados a la presente Guía, ya sea por errores detectados o bien para precisar, eliminar o adicionar alguna regla de validación.

APARTADO: DICCIONARIO DE DATOS						
Fecha de actualización	Pág.	Variable	Columna	Decía:	Dice:	Comentarios Adicionales
28/04/2022	37	folioLesion	Validación	<p>* Si el valor de la variable “codigoCIEAfeccionPrincipal” o el valor de la variable “afeccionPrincipalReseleccionada” corresponde a un código de la CIE del capítulo XIX (S00 a T98), se debe registrar el folio correspondiente.</p> <p>En caso contrario, se debe dejar vacío.</p> <p>Se deben omitir espacios en blanco al inicio y al final de la variable.</p> <p>Longitud mínima de 1 y máxima de 8.</p> <p>Los caracteres válidos son 0 – 9.</p>	<p>* Si el valor de la variable “codigoCIEAfeccionPrincipal” o el valor de la variable “afeccionPrincipalReseleccionada” corresponde a un código de la CIE del capítulo XIX (S00 a T98), se debe registrar el folio correspondiente.</p> <p>En caso contrario, se debe dejar vacío.</p> <p>Se deben omitir espacios en blanco al inicio y al final de la variable.</p> <p>Longitud mínima de 1 y máxima de 8.</p> <p>Los caracteres válidos son 0 – 9.</p> <p>Si se desconoce el dato, se debe registrar el valor “0”.</p>	Se complementa la regla, indicando el valor que debe registrarse cuando se desconoce el dato.





APARTADO: DICCIONARIO DE DATOS

Fecha de actualización	Pág.	Variable	Columna	Decía:	Dice:	Comentarios Adicionales
28/04/2022	38	gestas	Validación	<p>Si el valor de la variable “sexo” es “2 – Mujer” y la edad del paciente está entre 9 y 59 años, se debe registrar el número de embarazos que ha tenido la paciente.</p> <p>En caso contrario, se debe registrar el valor “0”.</p> <p>La longitud máxima es de 2 dígitos.</p> <p>Debe encontrarse dentro del rango mayor o igual a “0” y menor o igual a “25”.</p> <p>Si el valor de la variable “mujerFertil” es “1 – EMBARAZO”, se debe considerar el embarazo actual.</p> <p>El valor debe ser igual a la suma de partos, abortos y cesáreas, considerando la atención actual.</p> <p>Incluir productos nacidos vivos, nacidos muertos, abortos, molas y embarazos ectópicos.</p>	<p>Si el valor de la variable “sexo” es “2 – Mujer” y la edad del paciente está entre 9 y 59 años, se debe registrar el número de embarazos que ha tenido la paciente.</p> <p>En caso contrario, se debe registrar el valor “0”.</p> <p>La longitud máxima es de 2 dígitos.</p> <p>Debe encontrarse dentro del rango mayor o igual a “0” y menor o igual a “25”.</p> <p>Si el valor de la variable “mujerFertil” es “1 – EMBARAZO”, se debe considerar el embarazo actual, el valor registrado debe ser igual a la suma de partos, abortos y cesáreas, más 1.</p> <p>Si el valor de la variable “mujerFertil” es “2 – PUERPERIO” o “3 – NO ESTABA EMBARAZADA NI EN EL PUERPERIO”, el valor registrado debe ser igual a la suma de partos, abortos y cesáreas.</p> <p>Incluir productos nacidos vivos, nacidos muertos, abortos, molas y embarazos ectópicos.</p>	Se complementa la regla, indicando el cálculo correcto del número de gestas de acuerdo con el valor de la variable “ mujerFertil ”.
28/04/2022	39	edadGestacional	Validación	<p>Si el valor de la variable “mujerFertil” es “1 – EMBARAZO” o “2 – PUERPERIO”, se debe registrar el número de semanas de gestación.</p> <p>En caso contrario, se debe registrar el valor “0”.</p> <p>La longitud debe ser de máximo 2 dígitos. El rango permitido es de “1” a “45” semanas.</p> <p>Si se desconoce el dato, se debe registrar el valor “99”.</p>	<p>Si el valor de la variable “mujerFertil” es “1 – EMBARAZO” o “2 – PUERPERIO”, se debe registrar el número de semanas de gestación.</p> <p>En caso contrario, se debe registrar el valor “0”.</p> <p>La longitud debe ser de máximo 2 dígitos. El rango permitido es de “1” a “45” semanas.</p> <p>Si se desconoce el dato, se debe registrar el valor “99”.</p> <p>Si no hubo extracción o expulsión, se debe registrar el valor “88” (NO APLICA).</p>	Se complementa la regla, indicando el valor que debe registrarse cuando no hubo extracción o expulsión.
28/04/2022	39	tipoAtencionObstetrica	Validación	<p>Si el valor de la variable “mujerFertil” es “2 – PUERPERIO”, se debe registrar una de las siguientes opciones:</p> <p>1 – ABORTO</p> <p>2 – PARTO</p> <p>En caso contrario, se debe registrar el valor “-1”.</p>	<p>Si el valor de la variable “mujerFertil” es “2 – PUERPERIO” y el valor de la variable “edadGestacional” es diferente de “88”, se debe registrar una de las siguientes opciones:</p> <p>1 – ABORTO</p> <p>2 – PARTO</p> <p>En caso contrario, se debe registrar el valor “-1”.</p>	Se complementa la regla, agregando la condición del valor de la variable “ edadGestacional ”.





APARTADO: DICCIONARIO DE DATOS

Fecha de actualización	Pág.	Variable	Columna	Decía:	Dice:	Comentarios Adicionales
				<p>Si el valor de la variable "edadGestacional" se encuentra en el rango de "1" a "21" semanas, se debe registrar el valor "1 – ABORTO" y se debe validar que exista la causa correspondiente a aborto (en el rango de códigos en la CIE O00 – O08), ya sea como afección principal, como una de las afecciones de comorbilidad o como la afección principal reselectionada.</p> <p>Si el valor de la variable "edadGestacional" se encuentra en el rango de "22" a "45" semanas, se debe registrar el valor "2 – PARTO" y se debe validar que exista la causa correspondiente a parto o sus complicaciones (en el rango de códigos en la CIE O10 – O26, O29 – O84, O85 – O92 u O98 – O99), ya sea como afección principal, como una de las afecciones de comorbilidad o como la afección principal reselectionada.</p>	<p>Si el valor de la variable "edadGestacional" se encuentra en el rango de "1" a "21" semanas, se debe registrar el valor "1 – ABORTO" y se debe validar que exista la causa correspondiente a aborto (en el rango de códigos en la CIE O00 – O08), ya sea como afección principal, como una de las afecciones de comorbilidad o como la afección principal reselectionada.</p> <p>Si el valor de la variable "edadGestacional" se encuentra en el rango de "22" a "45" semanas, se debe registrar el valor "2 – PARTO" y se debe validar que exista la causa correspondiente a parto o sus complicaciones (en el rango de códigos en la CIE O10 – O26, O29 – O84, O85 – O92 u O98 – O99), ya sea como afección principal, como una de las afecciones de comorbilidad o como la afección principal reselectionada.</p>	
15/07/2022	35	codigoCieProcedimiento	Validación	<p>Si el valor de la variable "sexo" es "2 – MUJER" y tiene algún diagnóstico con código de la CIE "Z302" (Esterilización), debe tener el registro de alguno de los procedimientos con las categorías de la "662", "663" o "665", o la subcategoría "6663" del catálogo de PROCEDIMIENTO, esta regla se debe verificar en ambos sentidos.</p>	<p>Si el valor de la variable "sexo" es "2 – MUJER" y tiene algún diagnóstico con código de la CIE "Z302" (Esterilización), debe tener el registro de alguno de los procedimientos con las categorías de la "662", "663", "665" o la subcategoría "6663" del catálogo de PROCEDIMIENTO, esta regla se debe verificar en ambos sentidos a excepción de la categoría "665" la cual pueden o no estar asociados al código "Z302".</p>	<p>Se complementa la regla, indicando el caso de excepción para las claves que pertenecen a la categoría "665".</p>
15/07/2022	40	tipoAtencionObstetrica	Validación	<p>Si el valor de la variable "edadGestacional" se encuentra en el rango de "22" a "45" semanas, se debe registrar el valor "2 – PARTO" y se debe validar que exista la causa correspondiente a parto o sus complicaciones (en el rango de códigos en la CIE O10 – O26, O29 – O84, O85 – O92 u O98 – O99), ya sea como afección principal, como una de las afecciones de comorbilidad o como la afección principal reselectionada.</p>	<p>Si el valor de la variable "edadGestacional" se encuentra en el rango de "22" a "45" semanas, se debe registrar el valor "2 – PARTO" y se debe validar que exista la causa correspondiente a parto o sus complicaciones (en el rango de códigos en la CIE O80 – O84), ya sea como afección principal, como una de las afecciones de comorbilidad o como la afección principal reselectionada.</p>	<p>Se limitan los códigos de la CIE relacionados con PARTO.</p>



Catálogos

Identificador	Nombre del Catálogo	Fuente
AFILIACION	Afiliación	DGIS
CODIGO_POSTAL	Código Postal.	SEPOMEX
DIAGNOSTICO	CIE-10, Clasificación Internacional de Enfermedades, Décima Edición.	CEMECE
ENTIDAD FEDERATIVA	Entidades Federativas de México.	DGIS
ESTABLECIMIENTOS DE SALUD	Claves únicas de establecimientos de salud.	DGIS
ESTADO CONYUGAL	Estados Conyugales	DGIS
LENGUA INDÍGENA	Lenguas indígenas.	DGIS
LOCALIDAD	Localidad.	DGIS
MORFOLOGIA	Códigos relacionados con la morfología de tumores.	DGIS
MUNICIPIO	Municipio.	DGIS
PAIS	Países	DGIS
PROCEDIMIENTO	CIE-9MC, Clasificación Internacional de Enfermedades Novena Edición, Modificación Clínica.	CEMECE
SERVICIOS_ESPECIALIDADES	Servicios y Especialidades médicas.	DGIS
SEXO	Sexo	DGIS





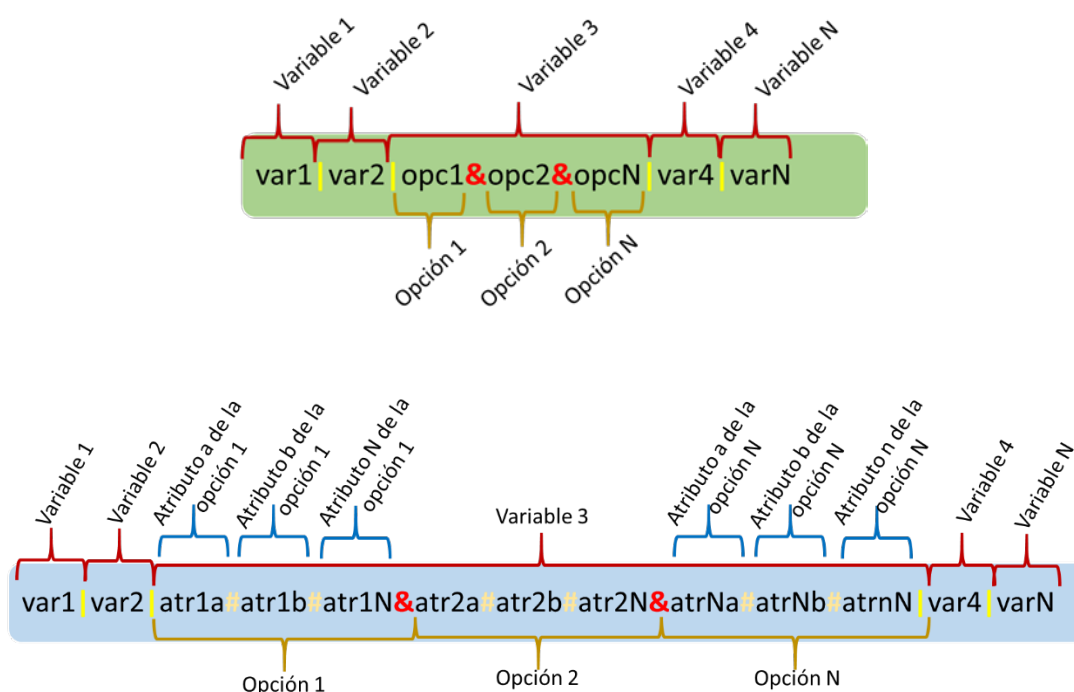
CONFORMACIÓN DEL DOCUMENTO ELECTRÓNICO

La información debe ser reportada conforme a la estructura descrita en el presente documento. El SIRES que reporta la información, debe generar un archivo con los datos registrados, aplicando las validaciones establecidas y en el formato descrito en éste documento.

Se debe generar un archivo de texto plano (.TXT) con código de caracteres **ANSI**, con los nombres de variables como encabezado y los valores de los registros conforme la siguiente estructura:

1. Cada variable debe separarse por el caracter "|" en el mismo orden establecido en el diccionario de datos.
2. Se debe incluir un solo registro por renglón.
 - a) Si en una sección se encuentra una variable marcada que puede repetirse, se debe separar por el caracter "&" entre cada repetición.
 - b) Del punto anterior, si las variables marcadas son más de una, los valores se separarán por el caracter "#", y entre cada repetición por el caracter "&".
 - c) Del punto anterior, en caso de que no aplique, se debe registrar el campo en blanco únicamente separado por pipes "||".

A continuación, se presenta de manera gráfica la estructura de los registros.



Se anexa un archivo de texto plano con la estructura de datos y registros de ejemplo sin cifrar para mayor referencia (EGR-DFSSA-2201.txt)



Cifrado

El cifrado de los archivos se realiza bajo el algoritmo 3DES. Para fines de pruebas y validación de los archivos generados, se debe cifrar usando el certificado y el módulo de cifrado que se encuentra disponible para su descarga en el ambiente de pruebas de carga masiva en la página: <http://gobi.salud.gob.mx/> en la sección “Cargas SINBA v2.0”.

Nomenclatura de archivos

Una vez capturada la información de egresos hospitalarios, se debe generar el archivo y se sugiere nombrarlo con la siguiente nomenclatura:

E	G	R	-	D	F	S	S	A	-	2	2	0	1	.	T	X	T
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18

Como siguiente paso, llevar a cabo el cifrado del contenido del archivo mediante el uso del certificado y el módulo de cifrado, se debe generar el archivo con el mismo nombre con extensión “CIF”:

E	G	R	-	D	F	S	S	A	-	2	2	0	1	.	C	I	F
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18

Posteriormente, se debe comprimir este último archivo con el mismo nombre con extensión “ZIP”:

E	G	R	-	D	F	S	S	A	-	2	2	0	1	.	Z	I	P
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18

Donde:

- Los primeros tres caracteres identifican el tipo de información que se reporta, en este caso EGR corresponde a Egresos Hospitalarios.
- Del 5 al 9, los dos primeros caracteres corresponden a la entidad y los últimos tres corresponden a la institución a la que pertenece la información reportada, conforme a la nomenclatura utilizada para la asignación de la CLUES.
- Del 11 al 12, corresponden a los últimos dos dígitos del año que se reporta.
- Del 13 al 14 corresponden a la información acumulada al mes que se reporta.
- Las últimas tres posiciones corresponden a la extensión del tipo de archivo que se genera en cada uno de los pasos previos: TXT, CIF y compactado en ZIP.





MECANISMO DE ENTREGA DE LA INFORMACIÓN (INTERCONEXIÓN BASADA EN ESTÁNDARES)

La DGIS anualmente, durante el cuarto trimestre del año en curso, mediante los mecanismos de comunicación que determine, proporcionará a los Coordinadores Estatales de Información en Salud y a todo aquel interesado, el formato de recolección de información, los lineamientos y manuales a operar en el año subsecuente en caso de existir cambios en los mismos, en caso contrario seguirán vigentes los últimos publicados.

En este sentido, para fines de cumplimiento con el procedimiento para el reporte de información, se debe atender a la definición que se indique en los lineamientos y manuales de operación antes mencionados.

Seguridad

Con el objeto de brindar mayor seguridad a los datos personales de los pacientes que se utilicen incluso para pruebas, las cargas de archivos en los diferentes ambientes deben realizarse con un usuario registrado en el sistema, por lo tanto, aquellos interesados en la certificación de la NOM-024-SSA3-2012, deben solicitar un usuario y contraseña para acceder al ambiente de pruebas indicando CURP y datos personales del usuario a registrar, así como a los módulos que requerirá probar.

Para mayor detalle consultar el manual correspondiente que se encuentra disponible en la sección de “Guías” en la página: <http://gobi.salud.gob.mx/>

VERIFICACIÓN DE APEGO A ESTA GUÍA

La DGIS proporcionará los mecanismos para la evaluación de la conformidad de esta guía a las unidades de verificación, quienes a su vez harán uso de estos para poder confirmar el cumplimiento.

Para determinar que un SIREs implementa correctamente lo descrito en la presente Guía de Intercambio de Información, debe demostrar que:

- Es capaz de generar en forma automática el documento electrónico a partir de la información registrada en el SIREs.
- El documento electrónico cumple con el esquema de validación proporcionado, tanto en formato, estructura y conformación.
- La información contenida cumple con las validaciones establecidas por variable y reglas de negocio para la conformación del documento.

La verificación de los archivos creados por un SIREs, deben ser validados siguiendo el manual de carga de archivos en ambiente de pruebas publicado en la página: <http://gobi.salud.gob.mx/> en la sección “Guías” y utilizando el validador que se encuentra en la misma página en la sección “Cargas SINBA v2.0”.

