



**SECRETARÍA DE SALUD
SUBSECRETARÍA DE INTEGRACIÓN Y
DESARROLLO DEL SECTOR SALUD
DIRECCIÓN GENERAL DE INFORMACIÓN EN SALUD**

GII-B002-02-02

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

Versión 02

 	GUÍA DE INTERCAMBIO DE INFORMACIÓN PARA EL SUBSISTEMA AUTOMATIZADO DE EGRESOS HOSPITALARIOS (SAEH)		
	CLAVE DEL DOCUMENTO: GII-B002-02-02	VERSIÓN DEL DOCUMENTO: 2.2	FECHA DEL DOCUMENTO: 21 de marzo de 2014

PREFACIO

Información de contacto

Para mayor información sobre este documento, favor de contactar a la Dirección General de Información en Salud, ubicada en Av. Paseo de la Reforma No. 450 - 11 Col. Juárez Delegación Cuauhtémoc, México D.F. C.P. 06600, Teléfono. +52 (55) 5514 5964, 5208 4929, o bien, por medio de correo electrónico a dgis@salud.gob.mx con el asunto "GUIAS DE INTERCAMBIO DE INFORMACIÓN".

Historial de revisiones

Fecha	Versión	Madurez	Descripción	Autor
02/03/2012	0.0	Borrador interno	Creación del documento	AGS, AJP
08/03/2012	0.1	Borrador interno	Actualización	AGS, AJP
09/03/2012	0.2	Borrador interno	Actualización	AGS, AJP, DCC
13/03/2012	0.3	Borrador para revisión	Actualización	AGS, AJP, ECJ
22/06/2012	0.4	Borrador para revisión	Actualización de formato de acuerdo al PROY-NOM-024-SSA3-2012	JMCC
25/09/2012	0.5	Borrador en revisión	Actualización	DCC
26/11/2012	0.6	Oficial	Revisión Técnica.	SPG, WGA
06/02/2012	0.7	Oficial	Formato final.	ECJ
05/03/2014	2.1	Borrador para revisión	<p>Modificación del alcance, existiendo un solo formato (estructura de datos) para cualquier Unidad Médica Hospitalaria del país.</p> <p>Apego al modelo de información del Subsistema Automatizado de Egresos Hospitalarios (SAEH) en su versión 2014, contando con la última actualización del catálogo de CIE-10 tanto en las categorías y subcategorías así como en la clasificación de las notificaciones epidemiológicas conforme a la NOM-017-SSA2-2012, para la vigilancia epidemiológica.</p> <p>Actualización de las reglas de negocio a las vigentes en la versión SAEH 2014 y aquellas detectadas para su corrección en la versión anterior.</p>	JDPB, WGA, AFM
19/03/2014	2.1	Borrador para revisión	Revisión Técnica.	AGS
21/03/2014	2.2	Oficial	Formato final	ECJ

 SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	GUÍA DE INTERCAMBIO DE INFORMACIÓN PARA EL SUBSISTEMA AUTOMATIZADO DE EGRESOS HOSPITALARIOS (SAEH)		
	CLAVE DEL DOCUMENTO: GII-B002-02-02	VERSIÓN DEL DOCUMENTO: 2.2	FECHA DEL DOCUMENTO: 21 de marzo de 2014

Participantes

Institución, dependencia u organismo	Nombre y Cargo	Iniciales
Dirección General de Información en Salud, Secretaría de Salud	VERSIÓN 1	
	Mtra. Luz María Araceli Jiménez Pérez, apoyo administrativo del área médica.	AJP
	Act. Daniel Castro Carrillo, Subdirector de Información Hospitalaria	DCC
	Lic. Angel González Serrano, Subdirector de Servicios Electrónicos Hospitalarios	AGS
	Ing. Efraín Cruz Jimenez, Subdirector de Procesos Electrónicos en Salud	ECJ
	Ing. José Manuel Castañeda Casas Director de Administración y Prestación de Servicios de Salud Electrónicos	JMCC
	Mtra. Sandra Pulido Galván, Directora de Sistemas de Información de Servicios de Salud	SPG
	Ing. Wendy García Albarran, Jefa del Departamento de Información Hospitalaria	WGA
	VERSIÓN 2	
	Ing. Efraín Cruz Jiménez, Director de Proyectos	ECJ
	Ing. Juan de Dios Padilla Bejar, Director de Sistemas de Información de Servicios de Salud	JDPB
	Lic. Angel González Serrano, Subdirector de Servicios Electrónicos Hospitalarios	AGS
	Ing. Wendy García Albarran, Subdirectora de Información Hospitalaria	WGA
	Ing. Alberto Frago Martínez, Soporte Administrativo C	AFM

 	GUÍA DE INTERCAMBIO DE INFORMACIÓN PARA EL SUBSISTEMA AUTOMATIZADO DE EGRESOS HOSPITALARIOS (SAEH)	
	CLAVE DEL DOCUMENTO: GII-B002-02-02	VERSIÓN DEL DOCUMENTO: 2.2

Contenido

Prefacio	2
Información de contacto	2
Historial de revisiones	2
Participantes	3
Contenido	4
Presentación de la guía	5
Introducción	5
Audiencia	5
Alcance	5
Justificación	5
Términos y Definiciones	6
Referencias	9
Ligas Web	9
Bibliografía	9
Archivos anexos	9
Modelo de Información	10
Diagrama	10
Diccionario de Datos	11
Catálogos	14
Reglas de validación adicionales	14
Conformación del Documento Electrónico	21
Definición de la estructura	21
Mecanismo de Entrega de la Información (Interconexión basada en Estándares)	21
Verificación de apego a esta Guía y Formatos	23

 SECRETARÍA DE SALUD	GUÍA DE INTERCAMBIO DE INFORMACIÓN PARA EL SUBSISTEMA AUTOMATIZADO DE EGRESOS HOSPITALARIOS (SAEH)		
	CLAVE DEL DOCUMENTO: GII-B002-02-02	VERSIÓN DEL DOCUMENTO: 2.2	FECHA DEL DOCUMENTO: 21 de marzo de 2014

PRESENTACIÓN DE LA GUÍA

Introducción

Las Guías y formatos para Intercambio de Información en salud son documentos técnicos enfocados en orientar a los Prestadores de Servicios de Salud en lograr Interoperabilidad Técnica e Interoperabilidad Semántica para escenarios concretos de intercambio de datos que involucren Sistemas de Información de Registro Electrónico en Salud (SIREs).

El presente documento tiene como finalidad proveer de los elementos necesarios para reportar la información requerida por el Subsistema Automatizado de Egresos Hospitalarios (SAEH) del Sistema Nacional de Información en Salud (SINAIS), para información generada en las Unidades Hospitalarias del Sector Salud.

Audiencia

El presente documento está dirigido al personal con conocimientos en Tecnologías de la Información de los Prestadores de Servicios del Sistema Nacional de Salud en México, que utilicen o deseen implementar SIREs así como las 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 el reporte de información de Egresos Hospitalarios a las autoridades sanitarias.

Alcance

La presente guía aplica para todas las Unidades Hospitalarias de segundo y tercer nivel del Sector (público y privado) que cuenten con un SIREs que contemplen 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 NOM-024-SSA3-2012 en su Numeral 6.1 establece las especificaciones bajo las cuales deben elaborarse las Guías y Formatos para el intercambio de información en salud.

La NOM-035-SSA3-2012 que establece los criterios que se deben seguir para producir, captar, integrar, procesar, sistematizar, evaluar y divulgar la información en Salud y

 	GUÍA DE INTERCAMBIO DE INFORMACIÓN PARA EL SUBSISTEMA AUTOMATIZADO DE EGRESOS HOSPITALARIOS (SAEH)	
	CLAVE DEL DOCUMENTO: GII-B002-02-02	VERSIÓN DEL DOCUMENTO: 2.2

específicamente en su numeral 12 correspondiente a Daños a la Salud.

La atención hospitalaria es la de mayor costo entre las prestaciones de salud. La manera más efectiva de ejercer control y evaluar la actividad hospitalaria transita por el uso de indicadores de desempeño hospitalario que permitan evaluar la calidad y lo adecuado de la atención sanitaria.

La estadística de egresos hospitalarios genera información para la planeación, asignación de recursos y evaluación de los servicios de atención a la salud y de los programas de salud implementados; asimismo es fuente de información para la investigación clínica y epidemiológica.

Proporciona indicadores de egresos de acuerdo a la morbilidad, promedio de días de estancia e índice de letalidad; sirve como cruce de información con otros subsistemas como Lesiones y Causas de Violencia, Defunciones, Nacimientos y Urgencias Médicas.

Términos y Definiciones

Para los fines de esta Guía y el registro e intercambio de información en su ámbito de aplicación, se entenderán las siguientes definiciones:

Término	Acrónimo	Definición
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
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 censable; es decir, estuvo en el servicio de corta estancia.
Cama 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		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.
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

 SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	GUÍA DE INTERCAMBIO DE INFORMACIÓN PARA EL SUBSISTEMA AUTOMATIZADO DE EGRESOS HOSPITALARIOS (SAEH)		
	CLAVE DEL DOCUMENTO: GII-B002-02-02	VERSIÓN DEL DOCUMENTO: 2.2	FECHA DEL DOCUMENTO: 21 de marzo de 2014

Término	Acrónimo	Definición
		de instrumentos cortantes, mecánicos u otros medios físicos, que se lleva a cabo dentro o fuera de una sala de operaciones.
Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud	CIE	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 esta Guía, se considera la versión vigente adoptada en nuestro país por el CEMECE.
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.
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.
Cunero patológico		Es el lugar que ocupan los recién nacidos que requieren algún procedimiento ó vigilancia especial por un periodo corto después de su nacimiento, para decidir si son ingresados a hospitalización ó pasan a alojamiento conjunto y se dan de alta con la madre; su característica principal es que es contabilizado como cama censable.
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.
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.
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.
Etnicidad		Pertenencia a un grupo cultural particular, cuyos miembros comparten la lengua, las creencias, costumbres, valores e identidad. El concepto de etnicidad no debe ser confundido con el de raza, que se refiere solo a distinciones físicas y corporales.
Eutócico		Se refiere al nacimiento por parto vaginal sin alguna variación o complicación como sería la aplicación de maniobras o medicamentos para inducto-conducción.
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.

 	GUÍA DE INTERCAMBIO DE INFORMACIÓN PARA EL SUBSISTEMA AUTOMATIZADO DE EGRESOS HOSPITALARIOS (SAEH)		
	CLAVE DEL DOCUMENTO: GII-B002-02-02	VERSIÓN DEL DOCUMENTO: 2.2	FECHA DEL DOCUMENTO: 21 de marzo de 2014

Término	Acrónimo	Definición
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.
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.
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.
Procedimientos médicos practicados		Al conjunto de actividades o intervenciones que realiza el médico o el personal de salud para la prevención específica y el diagnóstico o tratamiento quirúrgico o no quirúrgico, de las enfermedades, lesiones u otros problemas relacionados con la salud.
Residencia habitual del paciente		Lugar donde se ubica el domicilio permanente del paciente.
Sala de expulsión		Sala dentro del área de tococirugía, similar a las características de un quirófano, destinada y equipada para atender la extracción vía vaginal de abortos, de ser el caso, y asistir la etapa de salida, expulsión o extracción del recién nacido por parto y el alumbramiento de la placenta. Los tiempos de duración del periodo de expulsión y alumbramiento tienen un límite considerado normal.
Sala de labor		Espacio del área de tococirugía en el que las pacientes del servicio de obstetricia son ingresadas para seguimiento y control del trabajo de parto ó aborto hasta antes de pasar a la sala de expulsión o quirófano para el nacimiento ó aborto del producto.
Sala de recuperación		Área física dentro del área quirúrgica o de tococirugía, creada, destinada y equipada para la observación y estabilización del paciente después de un procedimiento obstétrico o quirúrgico. Posterior a la permanencia en esta sala, el paciente puede ser egresado si se trata de un servicio de corta estancia ó ingresado a un servicio de hospitalización para continuar su atención.
Subsecuencia		Aplica cuando el paciente ya había sido atendido con anterioridad en la unidad hospitalaria pero por la misma afección principal que provoco el internamiento actual, sin importar límite de tiempo.
Tabla de valoración APGAR (a los 5 min)	APGAR	Es un método de valoración inmediata de las condiciones vitales del recién nacido en 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, una 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.
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.

 	GUÍA DE INTERCAMBIO DE INFORMACIÓN PARA EL SUBSISTEMA AUTOMATIZADO DE EGRESOS HOSPITALARIOS (SAEH)	
	CLAVE DEL DOCUMENTO: GII-B002-02-02	VERSIÓN DEL DOCUMENTO: 2.2

REFERENCIAS

Ligas Web

A manera de referencia, en la siguiente página web se puede consultar un código de ejemplo para generar el archivo Access en .NET

<http://support.microsoft.com/kb/317867/es>

Bibliografía

- NOM-035-SSA3-2012 En Materia de Información en Salud
- NOM-024-SSA3-2012 Sistemas de Información de Registro Electrónico para la Salud. Intercambio de Información en Salud.
- NOM-017-SSA2-2012, Para la vigilancia epidemiológica.

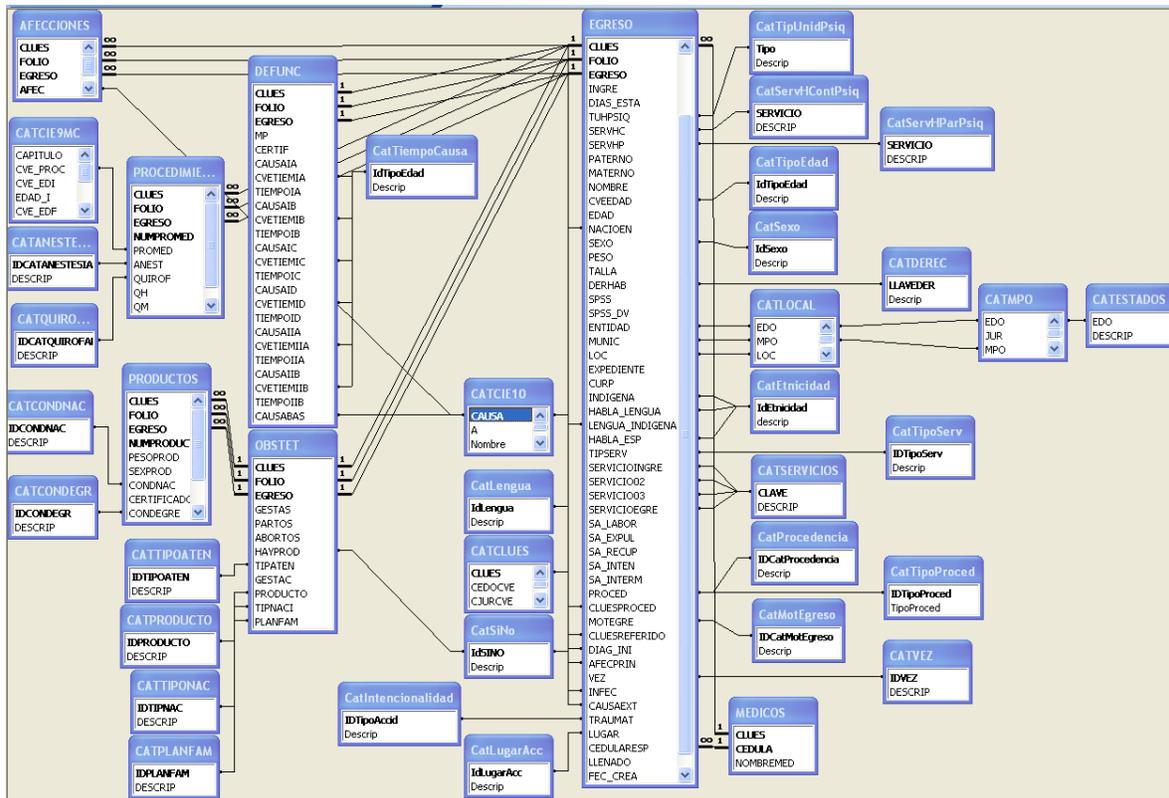
Archivos anexos

Id.	Descripción	Nombre del archivo	Formato / Aplicación para su visualización
01	Catálogos	01 SAEH_Catalogos.zip	Catálogos en Microsoft Excel 2007 comprimidos en formato .ZIP
02	Plantilla de reporte en Microsoft Access	02 Plantilla_Access.mdb	Microsoft Access 2007
03	Ejemplo de reporte en Microsoft Access	03 Ejemplo_Access.mdb	Microsoft Access 2007
04	Diagrama entidad relación de la información requerida.	04 EntidadRelacion.png	Visualizador estándar de imágenes
05	Formato vigente	05 Formato Hoja de Hospitalización SIS-SS-14P.ppt	Microsoft Power Point
06	Lineamientos de llenado	06 SSA-DGIS-SAEH_Lineamientos de Llenado.pdf	Adobe Acrobat Reader
07	Glosario de términos	07 SSA-DGIS-SAEH_Glosario de términos.pdf	Adobe Acrobat Reader
08	Validador para la información. Ejecutable instalador del aplicativo.	08 Validador_SAEH.zip	Microsoft Access 2007

MODELO DE INFORMACIÓN

La información reportada actualmente al SAEH se conforma de 7 tablas principales. El diagrama entidad-relación se muestra a continuación, en donde se podrá ver que la tabla base es la de 'EGRESO' y se relaciona con las tablas 'AFECCIONES', 'PROCEDIMIENTOS', 'DEFUNC', 'OBSTET' y 'PRODUCTOS' por medio de una llave primaria compuesta por las variables 'FOLIO', 'CLUES' y 'EGRESO'; y con la tabla de 'MEDICOS' por medio de la llave foránea compuesta por las variables 'CLUES' y 'CEDULA'.

Diagrama



	GUÍA DE INTERCAMBIO DE INFORMACIÓN PARA EL SUBSISTEMA AUTOMATIZADO DE EGRESOS HOSPITALARIOS (SAEH)		
	CLAVE DEL DOCUMENTO: GII-B002-02-02	VERSIÓN DEL DOCUMENTO: 2.2	FECHA DEL DOCUMENTO: 21 de marzo de 2014

Diccionario de Datos

Id	Variable	Descripción	Tipo	Requerido	Confidencial	Validación
001	CEDOCVE	Estado de la Unidad Médica	Catálogo	SI	No	CAT_CLUES
002	CJURCVE	Jurisdicción de la Unidad Médica	Catálogo	SI	No	CAT_CLUES
003	CMPOCVE	Municipio de la Unidad Médica	Catálogo	SI	No	CAT_CLUES
004	CLOCCVE	Localidad de la Unidad Médica	Catálogo	SI	No	CAT_CLUES
005	CTUNCVE	Tipo de Unidad de la Unidad Médica	Catálogo	SI	No	CAT_CLUES
006	CLUES	Clave Única de Establecimientos en Salud	Catálogo	SI	No	CAT_CLUES
007	FOLIO	Clave asignada por la Unidad Hospitalaria, para dar seguimiento al registro	Numérico	SI	SI	
008	EGRESO	Fecha de egreso	Fecha	SI	No	Formato: (dd/mm/yyyy)
009	INGRE	Fecha de ingreso	Fecha	SI	No	Formato: (dd/mm/yyyy)
010	DIAS_ESTA	Días de estancia	Numérico	SI	No	0 para Servicio de Corta Estancia
011	TUHPSIQ	Solo para Psiquiátricos, Tipo de Unidad	Catálogo	SI	No	CATTIPOUNIDADPSIQ
012	SERVHC	Solo para Psiquiátricos, Servicio Hospital Continuo	Catálogo	SI	No	CATSERHOSPITALCONTINUO
013	SERVHP	Solo para Psiquiátricos, Servicio Hospital Parcial	Catálogo	SI	No	CATSERHOSPITALPARCIAL
014	PATERNO	Apellido Paterno	Texto	SI	SI	
015	MATERNO	Apellido Materno	Texto	No	SI	
016	NOMBRE	Nombre(s) del Paciente	Texto	SI	SI	
017	CVEEDAD	Clave de edad	Catálogo	SI	No	CATTIPOEDAD
018	EDAD	Edad cumplida al ingreso	Numérico	SI	No	
019	NACIOEN	¿Nació en el Hospital?, para menores de 3 meses	Catálogo	SI	No	CATSINO
020	SEXO	Sexo	Catálogo	SI	No	CATSEXO
021	PESO	Peso del paciente en kg	Numérico	SI	No	999 para No Especificado
022	TALLA	Talla del paciente en cm	Numérico	SI	No	999 para No Especificada
023	DERHAB	Derechohabiencia	Catálogo	SI	No	CATDERCHOHABIENCIA
024	SPSS	No. de Afiliación	Texto	SI	SI	10 primeros dígitos para SPSS 10 dígitos para Gratuidad
025	SPSS_DV	No. de Afiliación Complemento	Texto	SI	SI	2 últimos dígitos para SPSS
026	ENTIDAD	Entidad de residencia habitual	Catálogo	SI	No	CAT_ENTIDADES
027	MUNIC	Municipio de residencia habitual	Catálogo	SI	No	CAT_MUNICIPIOS
028	LOC	Localidad de residencia habitual	Catálogo	SI	No	CAT_LOCALIDADES
029	EXPEDIENTE	Expediente del paciente	Texto	SI	SI	
030	CURP	C.U.R.P. del paciente	Texto	No	SI	
031	INDIGENA	Se considera Indígena	Catálogo	SI	No	CATETNICIDAD
032	HABLA LENGUA	Habla alguna lengua Indígena	Catálogo	SI	No	CATETNICIDAD
033	LENGUA_INDIGENA	Tipo de lengua Indígena	Catálogo	SI	No	CAT_LENGUAS_INDIGENAS
034	HABLA_ESP	Habla Español	Catálogo	SI	No	CATETNICIDAD

Id	Variable	Descripción	Tipo	Requerido	Confidencial	Validación
035	TIPSERV	Tipo de servicio	Catálogo	SI	No	CATTIPOSERV
036	SERVICIOINGRE	Clave del servicio de ingreso	Catálogo	SI	No	CATSERVICIOS
037	SERVICIO02	Clave del servicio segundo	Catálogo	SI	No	CATSERVICIOS
038	SERVICIO03	Clave del servicio tercero	Catálogo	SI	No	CATSERVICIOS
039	SERVICIOEGRE	Clave del servicio de egreso	Catálogo	SI	No	CATSERVICIOS
040	SA_LABOR	Horas sala de labor	Numérico	SI	No	
041	SA_EXPUL	Horas sala de expulsión	Numérico	SI	No	
042	SA_RECUP	Horas sala de recuperación	Numérico	SI	No	
043	SA_INTEN	Horas terapia intensiva	Numérico	SI	No	
044	SA_INTERM	Horas terapia intermedia	Numérico	SI	No	
045	PROCED	Área de procedencia del paciente	Catálogo	SI	No	CATPROCEDENCIA
046	CLUESPROCED	Clave Única de Establecimientos en Salud de la Unidad de la cual fue Referido (Solo para Referidos)	Catálogo	SI	No	CAT_CLUES
047	MOTEGRE	Motivo del egreso	Catálogo	SI	No	CATMOTEGRESO
048	CLUESREFERIDO	Clave Única de Establecimientos en Salud de la Unidad a la cual se envía el paciente (Solo para pase a otro hospital)	Catálogo	SI	No	CAT_CLUES
049	DIAG_INI	Código CIE-10 de la Afección de Diagnóstico Inicial	Catálogo	SI	No	CAT_DIAGNOSTICOS
050	AFECPRIN	Código CIE-10 de la Reselección de la Afección principal	Catálogo	SI	No	CAT_DIAGNOSTICOS
051	VEZ	(1) Primera vez o (2) Subsecuente	Catálogo	SI	No	CATVEZ
052	INFEC	Infección intrahospitalaria	Catálogo	SI	No	CATSINO
053	CAUSAEXT	Código CIE-10 de la Causa Externa (Solo en caso de Lesión)	Catálogo	SI	No	CAT_DIAGNOSTICOS
054	TRAUMAT	Tipo de traumatismo (Solo en caso de Lesión)	Catálogo	SI	No	CATINTENCIONALIDAD
055	LUGAR	Lugar donde ocurrió (Solo en caso de Lesión)	Catálogo	SI	No	CATLUGARACC
056	CEDULARESP	Cedula Profesional del Médico Responsable del Egreso.	Catálogo	SI	SI	MEDICOS
057	AFEC	Código CIE-10 de las Afecciones de Comorbilidad	Catálogo	SI	No	CAT_DIAGNOSTICOS
058	NUMAFEC	Número de Afección de Comorbilidad	Numérica	SI	No	1 a 6
059	PROMED	Código del Procedimiento Médico a 4 dígitos	Catálogo	SI	No	CAT_PROCEDIMIENTOS
060	ANEST	Tipo de Anestesia	Catálogo	SI	No	CATANESTESIA
061	QUIROF	Se uso quirófano en el Procedimiento Médico	Catálogo	SI	No	CATQUIROFANO
062	QH	Horas del uso de quirófano	Numérico	SI	No	Formato (hh)
063	QM	Minutos del uso de quirófano	Numérico	SI	No	Formato (mm)
064	CEDULACIRUJANO	Cedula Profesional del Médico que realizo la cirugía; solo para procedimientos quirúrgicos.	Catálogo	SI	SI	MEDICOS
065	GESTAS	Número de gestas (Antecedente)	Numérico	SI	No	
066	PARTOS	Número de partos (Antecedente)	Numérico	SI	No	
067	ABORTOS	Número de abortos (Antecedente)	Numérico	SI	No	
068	HAYPROD	¿Expulso producto en la Unidad en este evento?	Catálogo	SI	No	CATSINO
069	TIPATEN	Tipo de Atención Obstétrica	Catálogo	SI	No	CATTIPOATEN

Id	Variable	Descripción	Tipo	Requerido	Confidencial	Validación
070	GESTAC	Semanas de gestación	Numérico	SI	No	dos dígitos
071	PRODUCTO	Producto Único o Múltiple	Catálogo	SI	No	CATPRODUCTO
072	TIPNACI	Tipo de nacimiento	Catálogo	SI	No	CATTIPONAC
073	PLANFAM	Método de planificación familiar	Catálogo	SI	No	CATPLANFAMILIAR
074	NUMPRODUCTO	Número de Producto	Numérico	SI	No	-
075	PESOPROD	Peso del producto	Numérico	SI	No	cuatro dígitos
076	SEXPROD	Sexo del producto	Catálogo	SI	No	CATSEXO
077	CONDNAC	Condición de nacimiento del producto	Catálogo	SI	No	CATCONDNACIMIENTO
078	CERTIFICADO	Folio de Certificado de Nacimiento	Texto	SI	No	Para todo nacido vivo
079	CONDEGRE	Condición de egreso del producto	Catálogo	SI	No	CATCONDEGRESO
080	NAVIAPAG	Apagar a los 5 min.	Texto	SI	No	Para todo nacido vivo
081	NAVIREAN	Uso Reanimación; para todo nacido vivo	Catálogo	SI	No	CATSINO
082	NAVICUNE	Estancia en cuneros para todo nacido vivo.	Numérico	SI	No	Número de horas
083	MP	Envío al Ministerio Público el Certificado de Defunción	Texto	SI	No	1 Si, 2 No
084	CERTIF	Folio del Certificado de Defunción	Texto	SI	SI	
085	CAUSAIA	Código CIE-10 de la Primera Causa Múltiple	Catálogo	SI	No	CAT_DIAGNOSTICOS
086	CVETIEMIA	Clave del tiempo de Primera Causa Múltiple	Catálogo	SI	No	CATTIEMPOCAUSA
087	TIEMPOIA	Tiempo de Primera Causa Múltiple	Numérico	SI	No	
088	CAUSAIB	Código CIE-10 de la Segunda Causa Múltiple	Catálogo	SI	No	CAT_DIAGNOSTICOS
089	CVETIEMIB	Clave del tiempo de Segunda Causa Múltiple	Catálogo	SI	No	CATTIEMPOCAUSA
090	TIEMPOIB	Tiempo de Segunda Causa Múltiple	Numérico	SI	No	
091	CAUSAIC	Código CIE-10 de la Tercera Causa Múltiple	Catálogo	SI	No	CAT_DIAGNOSTICOS
092	CVETIEMIC	Clave del tiempo de Tercera Causa Múltiple	Catálogo	SI	No	CATTIEMPOCAUSA
093	TIEMPOIC	Tiempo de Tercera Causa Múltiple	Numérico	SI	No	
094	CAUSAID	Código CIE-10 de la Cuarta Causa Múltiple	Catálogo	SI	No	CAT_DIAGNOSTICOS
095	CVETIEMID	Clave del tiempo de Cuarta Causa Múltiple	Catálogo	SI	No	CATTIEMPOCAUSA
096	TIEMPOID	Tiempo de Cuarta Causa Múltiple	Numérico	SI	No	
097	CAUSAIIA	Código CIE-10 de la Quinta Causa Múltiple	Catálogo	SI	No	CAT_DIAGNOSTICOS
098	CVETIEMIIA	Clave del tiempo de Quinta Causa Múltiple	Catálogo	SI	No	CATTIEMPOCAUSA
099	TIEMPOIIA	Tiempo de Quinta Causa Múltiple	Numérico	SI	No	
100	CAUSAIIB	Código CIE-10 de la Sexta Causa Múltiple	Catálogo	SI	No	CAT_DIAGNOSTICOS
101	CVETIEMIIB	Clave del tiempo de Sexta Causa Múltiple	Catálogo	SI	No	CATTIEMPOCAUSA
102	TIEMPOIIB	Tiempo de Sexta Causa Múltiple	Numérico	SI	No	
103	CAUSABAS	Código CIE-10 de la Causa Básica	Catálogo	SI	No	CAT_DIAGNOSTICOS

 	GUÍA DE INTERCAMBIO DE INFORMACIÓN PARA EL SUBSISTEMA AUTOMATIZADO DE EGRESOS HOSPITALARIOS (SAEH)		
	CLAVE DEL DOCUMENTO: GII-B002-02-02	VERSIÓN DEL DOCUMENTO: 2.2	FECHA DEL DOCUMENTO: 21 de marzo de 2014

Catálogos

Identificador	Nombre del Catálogo	Fuente
CATANESTESIA	Anestesia	DGIS
CAT_CLUES	Clave única de establecimientos de salud	DGIS
CATCONDEGR	Condición de Egreso	DGIS
CATCONDNAC	Condición de Nacimiento	DGIS
CATDEREC	Derechohabiencia	DGIS
CAT_ENTIDADES	Entidades	INEGI
CATETNICIDAD	Etnicidad	DGPLADES
CATJURISDICCIONES	Jurisdicciones sanitarias	DGIS
CATINTENCIONALIDAD	Intencionalidad	DGIS
CAT_LINGUAS_INDIGENAS	Etnicidad	DGPLADES
CAT_LOCALIDADES	Localidad	INEGI
CATLUGARACC	Lugar del Accidente	CIE-10
CATMOTEGRESO	Motivo de Egreso	DGIS
CAT_MUNICIPIOS	Municipio	INEGI
CATPLANFAM	Planificación Familiar	DGIS
CATPROCEDENCIA	Procedencia	DGIS
CATPRODUCTO	Producto	DGIS
CATQUIROFANO	Quirófano	DGIS
CATSERVHCOTPSIQ	Servicio psiquiátrico Continuo	DGIS
CATSERVHPARPSIQ	Servicio psiquiátrico Parcial	DGIS
CATSERVICIOS	Servicios	DGIS
CATSEXO	Sexo	DGIS
CATSINO	Si / No	DGIS
CATTIEMPOCAUSA	Unidades de Tiempo	DGIS
CATTIPOATEN	Tipo de Atención	DGIS
CATTIPOEDAD	Tipo de Edad	DGIS
CATTIPONAC	Tipo de Nacimiento	DGIS
CATTIPOPROCED	Tipo de Procedencia	DGIS
CATTIPOSERV	Tipo de Servicio	DGIS
CATTIPUNIDPSIQ	Tipo de Unidad Psiquiátrica	DGIS
CATVEZ	Vez	DGIS
CAT_CIE10	CIE-10, Clasificación Internacional de Enfermedades Decima Edición.	CEMECE, DGIS
CAT_CIE9	CIE-9MC, Clasificación Internacional de Enfermedades Novena Edición, Modificación Clínica.	CEMECE, DGIS

Reglas de validación adicionales

Para el reporte de información el año estadístico va del 26 de diciembre del año previo al 25 de diciembre del año en curso y cubre el servicio otorgado en Hospitalización, Servicio de Corta Estancia o Cirugías Ambulatorias. Este documento es de observancia Nacional y aplica para todas las Unidades Hospitalarias del Sector Salud.

 SECRETARÍA DE SALUD	GUÍA DE INTERCAMBIO DE INFORMACIÓN PARA EL SUBSISTEMA AUTOMATIZADO DE EGRESOS HOSPITALARIOS (SAEH)		
	CLAVE DEL DOCUMENTO: GII-B002-02-02	VERSIÓN DEL DOCUMENTO: 2.2	FECHA DEL DOCUMENTO: 21 de marzo de 2014

Con el propósito de realizar la validación y análisis de los datos respectivos se incluyen los siguientes criterios:

1. **Criterio de codificación:** Deberá verificarse que el código asignado corresponda con la enfermedad y que no se utilicen códigos que no existan en la Clasificación Internacional de Enfermedades.
2. **Criterios sobre limitación de edad y sexo:** Estos campos deben de ser validados conforme lo establecido en la Clasificación Internacional de Enfermedades CIE 10 y la CIE 9MC.
3. **Criterio de comportamiento epidemiológico:** Deberá revisarse que no aparezcan enfermedades que no existan en nuestro país o hayan sido erradicadas. Especial cuidado deberá tenerse con aquellas que se encuentran en proceso de erradicación, que deberán ser ratificadas por el estudio epidemiológico respectivo. Deberá validarse que no se presenten padecimientos que no puedan aparecer por sus características de transmisión en ciertas áreas geográficas, excepto cuando se trata de casos importados.
4. **Criterio de afecciones triviales:** Deberá revisarse que no aparezcan afecciones triviales como causas básicas de muerte, excepto que éstas hayan dado origen a una más grave y así lo indique el médico certificante, o bien sea la única causa en el certificado; aún en estos casos deberá investigarse lo sucedido, debido a que en hospitales es posible analizar el expediente clínico.
5. **Criterio de restricciones para uso en mortalidad o morbilidad:** Este criterio se refiere a limitar el uso de códigos que la Clasificación Internacional de Enfermedades restringe en su uso para ser asignadas como causa básica o afección principal.
6. **Criterio de situaciones especiales:** Deberá evitarse el registro de situaciones como senilidad, estados morbosos mal definidos, enfermedades inespecíficas cuando señalan específicas, estados precoces de una enfermedad cuando se mencionan otros más avanzados, estados primarios si hay efectos tardíos recomendados en la Clasificación y factores que influyen en el estado de salud y el contacto con los servicios de salud como causa de defunción. En estos casos deberá investigarse lo sucedido, debido a que en hospitales es posible analizar el expediente clínico.
7. **Criterio de causas externas:** Cuando se registra una afección como traumatismo, envenenamiento u otro efecto de causas externas, es importante describir tanto la naturaleza de la afección como las circunstancias que la originaron.
8. **Criterios para causa básica:** La causa básica de la defunción hospitalaria debe corresponder a la enfermedad o lesión que inició la cadena de acontecimientos patológicos que condujeron directamente a la muerte, o las circunstancias del accidente o violencia que produjo la lesión fatal.

A manera de referencia, a continuación se enlistan las reglas de negocio y condiciones de variables especificadas para los registros de las Unidades Hospitalarias del Sector Salud:

1. La CLUES debe corresponder con la asignada según el catálogo oficial vigente.

 	GUÍA DE INTERCAMBIO DE INFORMACIÓN PARA EL SUBSISTEMA AUTOMATIZADO DE EGRESOS HOSPITALARIOS (SAEH)	
	CLAVE DEL DOCUMENTO: GII-B002-02-02	VERSIÓN DEL DOCUMENTO: 2.2

2. Si la CLUES corresponde a una unidad psiquiátrica, se debe registrar el tipo de unidad psiquiátrica; si este es Hospital Continuo o Parcial se registra el servicio, considerando los servicios propios para cada tipo de unidad.

3. La relación entre la clave de la edad y la edad, debe corresponder a los siguientes límites

0. Horas	1 – 23	99 Horas no especificadas
1. Días	1 – 29	99 Días no especificados
2. Meses	1 – 11	99 Meses no especificados
3. Años	1 – 130	999 Años no especificados
9. N/E	999	Edad no especificada

4. Para la derechohabencia de seguro popular será requerido el número de la afiliación, el cual está compuesto por una clave de 10 y 2 dígitos. En el caso de la derechohabencia de gratuidad será requerido el número de la afiliación, el cual está compuesto por una clave de 10 dígitos. Para el resto de las derechohabencias no se registrará número de afiliación. En los casos en los que el usuario no cuente con el número de afiliación, estos serán asignados con números 9.

5. Si la edad del paciente es menor o igual a 3 meses, se registrará si este nació en el hospital.

6. Solo a los pacientes que acepten hablar o entender alguna lengua indígena, se les preguntará cuál es la lengua indígena que habla o entiende y si también habla español.

7. Para las fechas de Ingreso y egreso, se verificará:

- que la fecha de egreso esté dentro del año estadístico reportado.
- que la fecha de egreso no sea anterior a la fecha de ingreso.
- que la fecha de Ingreso no sea anterior a cinco años a la fecha de egreso, a excepción de los casos sucedidos en las unidades psiquiátricas.

8. Los días de estancia son la resta de la fecha de ingreso a la de egreso, con las siguientes excepciones; cuando el paciente ingresa y egresa el mismo día en un tipo de servicio normal, se genera 1 día de estancia. Cuando el paciente ingresa y egresa el mismo día en un tipo de servicio de corta estancia no se generan días de estancia por lo que se asigna 0.

9. El tipo de servicio de corta estancia solo puede seleccionarse cuando el paciente fue atendido en un área física en el hospital designada para este tipo de atención.

 	GUÍA DE INTERCAMBIO DE INFORMACIÓN PARA EL SUBSISTEMA AUTOMATIZADO DE EGRESOS HOSPITALARIOS (SAEH)	
	CLAVE DEL DOCUMENTO: GII-B002-02-02	VERSIÓN DEL DOCUMENTO: 2.2

10. Si el tipo de servicio es de corta estancia solo se debe registrar el servicio de egreso.
11. Si el tipo de servicio es normal se debe capturar al menos el servicio de ingreso y el servicio de egreso.
12. Para todo servicio se deben tener las siguientes consideraciones.
 - Los servicios pertenecientes a la especialidad de pediatría, solo podrán ser registrados en pacientes con edad menor o igual a 18 años.
 - Los servicios pertenecientes a la especialidad de gineco-obstetricia, solo podrán ser registrados en pacientes de sexo femenino.
 - El servicio de obstetricia, solo podrá ser registrado en pacientes de sexo femenino y en edad de 10 a 54 años.
13. Los tiempos de estancia en los servicios de apoyo de sala de labor y sala de expulsión; solo podrán ser registrados en pacientes de sexo femenino y en edad de 10 a 54 años.
14. Cuando la procedencia del paciente es referido; se debe registrar la CLUES de la unidad de procedencia.
15. Cuando el motivo del egreso del paciente es pase a otro hospital; se debe registrar la CLUES de la unidad a la que se envía.
16. El motivo del egreso correspondiente a defunción obliga el registro de la información correspondiente al apartado de defunción, manteniendo la integridad de la relación entre el motivo de egreso y la información de la mortalidad.
17. Las afecciones de comorbilidad y la afección principal de inicio que se registren deberán cumplir con las siguientes validaciones tomando como base el catálogo de la CIE-10.
 - No registrar dos veces el mismo código.
 - No registrar códigos correspondientes a causas externas.
 - Los códigos deben de ser a 4 caracteres.
 - Si el código cuenta con restricción en la edad, verificar que la edad del paciente este dentro del rango aceptado.
 - Si el código cuenta con restricción en el sexo, verificar que el sexo del paciente corresponda.
 - No se puede aceptar dos códigos correspondientes al rango de la O00 a la O07 referentes a aborto.
 - No se puede aceptar dos códigos correspondientes al rango de la O80 a la O84 referentes a parto.

 	GUÍA DE INTERCAMBIO DE INFORMACIÓN PARA EL SUBSISTEMA AUTOMATIZADO DE EGRESOS HOSPITALARIOS (SAEH)	
	CLAVE DEL DOCUMENTO: GII-B002-02-02	VERSIÓN DEL DOCUMENTO: 2.2

- Si se ingresa una causa correspondiente a parto (O80-O84), ya no se puede ingresar una causa correspondiente a aborto (O00-O07) y viceversa.
- Si se ingresa una causa erradicada, ratificar la veracidad.

18. Para la afección principal reseleccionada se realizarán las siguientes validaciones tomando como base el catálogo de la CIE-10.

- No registrar códigos correspondientes a causas externas.
- Los códigos deben de ser a 4 caracteres.
- La afección principal no puede ser un código limitado como no afección principal.
- Si el código cuenta con restricción en la edad, verificar que la edad del paciente este dentro del rango aceptado.
- Si el código cuenta con restricción en el sexo, verificar que el sexo del paciente corresponda.
- Si se ingresa una causa erradicada, ratificar la veracidad.

19. La afección que es considerada como la principal y la cual es utilizada para todos los reportes, es la afección principal reseleccionada por el codificador.

20. Si alguna de las afecciones registradas al paciente pertenece al capítulo XIX correspondiente a Traumatismos, envenenamientos y algunas otras consecuencias de causas externas; se registra la sección de Información de la lesión.

21. Para la causa externa se realizarán las siguientes validaciones tomando como base el catálogo de la CIE-10.

- Acepta solo códigos correspondientes al capítulo XX.
- Los códigos deben de ser a 4 caracteres.
- Si el código cuenta con restricción en la edad, verificar que la edad del paciente este dentro del rango aceptado.
- Si el código cuenta con restricción en el sexo, verificar que el sexo del paciente corresponda.

22. Para los procedimientos diagnósticos, terapéuticos y quirúrgicos se realizarán las siguientes validaciones tomando como base el catálogo de procedimientos de la CIE-9MC

- Los códigos deben de ser a 4 caracteres.
- Si el código cuenta con restricción en la edad, verificar que la edad del paciente este dentro del rango aceptado.
- Si el código cuenta con restricción en el sexo, verificar que el sexo del paciente corresponda.

 	GUÍA DE INTERCAMBIO DE INFORMACIÓN PARA EL SUBSISTEMA AUTOMATIZADO DE EGRESOS HOSPITALARIOS (SAEH)	
	CLAVE DEL DOCUMENTO: GII-B002-02-02	VERSIÓN DEL DOCUMENTO: 2.2

23. Todo procedimiento debe registrar la variable de anestesia y quirófano. Solo cuando quirófano sea igual a 1 “EN”, se registra el tiempo en quirófano en horas y minutos.

24. Para todo procedimiento clasificado como quirúrgico se deberá registrar la cédula del médico cirujano que realizó el procedimiento.

PARA LOS CASOS DE DEFUNCION

25. Si la respuesta a Ministerio Público es 2 “NO”; se solicitará el número de folio del certificado de defunción.

26. El número de folio de defunción debe corresponder con el del certificado de la defunción.

27. Las causas de defunción registradas deben corresponder a las del certificado de la defunción al igual que el registro de la clave del tiempo y el tiempo asociados a la misma.

28. Para las causas de defunción se realizarán las siguientes validaciones tomando como base el catálogo de la CIE-10.

- Los códigos deben de ser a 4 caracteres.
- Si el código cuenta con restricción en la edad, verificar que la edad del paciente este dentro del rango aceptado.
- Si el código cuenta con restricción en el sexo, verificar que el sexo del paciente corresponda.

29. Para la causa básica de defunción se realizarán las siguientes validaciones tomando como base el catálogo de la CIE-10.

- No acepta códigos correspondientes a los capítulos XIX y XXI.
- Los códigos deben de ser a 4 caracteres.
- Si el código cuenta con restricción en la edad, verificar que la edad del paciente este dentro del rango aceptado.
- Si el código cuenta con restricción en el sexo, verificar que el sexo del paciente corresponda.
- La causa básica no puede ser un código clasificado como de no defunción.

PARA LOS CASOS DE OBSTETRICIA

30. Gestas debe ser igual a la suma de partos y abortos siempre y cuando se registre que si hubo extracción o expulsión.

31. Gestas debe ser igual o mayor en 1 a la suma de partos y abortos siempre y cuando

 SECRETARÍA DE SALUD	GUÍA DE INTERCAMBIO DE INFORMACIÓN PARA EL SUBSISTEMA AUTOMATIZADO DE EGRESOS HOSPITALARIOS (SAEH)		
	CLAVE DEL DOCUMENTO: GII-B002-02-02	VERSIÓN DEL DOCUMENTO: 2.2	FECHA DEL DOCUMENTO: 21 de marzo de 2014

se registre que no hubo extracción o expulsión.

32. Si no hubo extracción o expulsión, el resto de las variables obstétricas no se requiere y se da por concluida esta parte.
33. Si hubo extracción o expulsión, se continúa con el registro del resto de las variables.
34. Cuando se registra que el tipo de atención fue aborto, el número de abortos debe ser al menos 1.
35. Cuando se registra que el tipo de atención fue parto, el número de partos debe ser al menos 1.
36. Cuando se registra que el tipo de atención fue aborto, debe existir la afección correspondiente a aborto (O00-O07), ya sea como afección principal inicial, como una de las afecciones de comorbilidad o como la afección principal reseleccionada.
37. Cuando se registra que el tipo de atención fue parto, debe existir la afección correspondiente a parto (O80-O84), ya sea como afección principal inicial, como una de las afecciones de comorbilidad o como la afección principal reseleccionada.
38. Cuando se registra que el tipo de atención fue parto, se debe registrar el tipo de nacimiento, en el caso de aborto el tipo de nacimiento no es registrado.
39. Las semanas de gestación permitidas para tipo de atención aborto, es de 1 a 21 semanas.
40. Las semanas de gestación permitidas para tipo de atención parto, es de 22 a 45 semanas.
41. Cuando las semanas de gestación no se conozcan, se asignara un valor de 99.
42. Si producto es igual a único, se permite la captura de solo un producto.
43. Si producto es igual a múltiple, se deben registrar al menos dos productos.
44. El peso permitido para los productos correspondientes a tipo de atención aborto, es de 1 a 500 gramos.
45. El peso permitido para los productos correspondientes a tipo de atención parto, es de 501 a 7000 gramos.
46. Cuando el peso del producto no se conozca, se le asignara un valor de 9999.

 	GUÍA DE INTERCAMBIO DE INFORMACIÓN PARA EL SUBSISTEMA AUTOMATIZADO DE EGRESOS HOSPITALARIOS (SAEH)	
	CLAVE DEL DOCUMENTO: GII-B002-02-02	VERSIÓN DEL DOCUMENTO: 2.2

47. Para todo tipo de atención aborto, la condición al nacimiento será muerte fetal.
48. Para toda condición al nacimiento igual a muerte fetal; los datos correspondientes a folio del certificado de nacimiento, apgar a los 5 minutos, reanimación neonatal avanzada y estancia en cunero, no se registran; y la condición al egresar la madre, se asigna automáticamente como muerto.
49. Para toda condición al nacimiento igual a nacido vivo; los datos correspondientes a folio del certificado de nacimiento, apgar a los 5 minutos, reanimación neonatal avanzada y estancia en cunero, y la condición al egresar la madre son requeridos.
50. Si la condición al nacimiento no se conoce, esta se asignara con 9 N.E., y no se permitirá el registro de folio del certificado de nacimiento, apgar a los 5 minutos, reanimación neonatal avanzada y estancia en cunero, y la condición al egresar la madre solo podrá ser registrada como 3 (muerto) o 9 (N.E).
51. El número de folio de nacimiento debe corresponder con el del certificado de nacimiento.

CONFORMACIÓN DEL DOCUMENTO ELECTRÓNICO

Definición de la estructura

La información deberá ser reportada en el siguiente formato:

1. Se anexa una plantilla Access con la estructura de datos que se debe reportar (Plantilla_Access.mdb).
2. El SIRES que reportará la información, debe ser capaz de generar un archivo con los valores ingresados en dicho formato y bajo la misma estructura.
3. La información plasmada en el archivo debe cumplir con las reglas de validación establecidas en este mismo documento.

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

Para la información relacionada a los Egresos Hospitalarios del Sector Salud

La DGIS, deberá proporcionar anualmente, durante el cuarto trimestre del año, a los Coordinadores Estatales de Información en Salud y a todo aquel interesado, el formato de recolección de información, los lineamientos, manuales y aplicación automatizada, a operar

 	GUÍA DE INTERCAMBIO DE INFORMACIÓN PARA EL SUBSISTEMA AUTOMATIZADO DE EGRESOS HOSPITALARIOS (SAEH)	
	CLAVE DEL DOCUMENTO: GII-B002-02-02	VERSIÓN DEL DOCUMENTO: 2.2

en el año subsecuente.

- Una vez capturada la información de Egresos Hospitalarios, Servicios de Corta Estancia y/o Cirugías Ambulatorias, cada Unidad Hospitalaria deberá generar el archivo con la siguiente nomenclatura:

E N V a a e e . m d b

Para posteriormente, comprimir el archivo con la siguiente nomenclatura:

E N V I O a a e e _ d d m m a a . z i P

En donde, aa: refiera a los dos últimos dígitos de año estadístico vigente; ee: a los dígitos de cada Entidad Federativa, de acuerdo al catálogo CAT_ENTIDADES; dd: al día en que se emite el archivo; mm: al mes de emisión. El archivo comprimido, deberá incluir la información recolectada, en forma acumulada hasta la fecha de su emisión del año estadístico en curso y deberá ser generado en forma mensual, de acuerdo a las fechas especificadas en el calendario de entregas del correspondiente subsistema, el cuál será entregado por la DGIS, durante el cuarto trimestre del año estadístico previo.

- El archivo comprimido, deberá ser entregado al Coordinador de Estadística de la correspondiente Entidad Federativa, a fin de ser consolidado y verificado con la información del resto de unidades hospitalarias, con base al calendario fijado por la Entidad Federativa.
- El Coordinador de Estadística de cada Entidad Federativa, deberá generar nuevamente el archivo.

E N V a a e e . m d b

Y comprimir el archivo con la siguiente nomenclatura:

E N V I O a a e e _ d d m m a a . z i p

- El Coordinador de Estadística de cada Entidad Federativa, deberá ingresar al repositorio que para estos fines disponga la DGIS, para el envío del archivo comprimido, utilizando usuario y contraseña previamente asignados.
- La DGIS realizará la consolidación y verificación de la información de todas las Entidades Federativas, con base al calendario fijado por la misma institución.

 SECRETARÍA DE SALUD	GUÍA DE INTERCAMBIO DE INFORMACIÓN PARA EL SUBSISTEMA AUTOMATIZADO DE EGRESOS HOSPITALARIOS (SAEH)		
	CLAVE DEL DOCUMENTO: GII-B002-02-02	VERSIÓN DEL DOCUMENTO: 2.2	FECHA DEL DOCUMENTO: 21 de marzo de 2014

VERIFICACIÓN DE APEGO A ESTA GUÍA Y FORMATOS

La evaluación de conformidad de esta guía se realizará mediante la aplicación de pruebas denominada SAEH, desarrollada por la DGIS. Esta aplicación verifica las reglas de negocio descritas en este documento, las cuales durante su evaluación deben ser cumplidas en su totalidad.

Los desarrolladores e implementadores de esta guía podrán solicitar a la DGIS esta aplicación, para validar la correcta conformación de la información.

La unidad de verificación deberá contar con un ambiente de pruebas en donde se encuentre instalada una instancia de la versión vigente de SAEH.

Las pruebas de verificación para la evaluación de la información de Egresos, se componen de 2 etapas:

1. El archivo comprimido deberá ser integrado en el ambiente de pruebas en donde se encuentre la aplicación de la Unidad de Verificación.
2. La Unidad de Verificación, ejecutará el validador del Subsistema Automatizado de Egresos Hospitalarios, mencionado en el listado de archivos anexos, el cual arrojará como resultado un archivo de salida señalando que es correcta la información contenida en la base de datos revisada. En caso de que se detecte información que no cumpla con los criterios, será señalada en la carpeta de salida "Resultados" en donde se localiza un archivo .xls (ubicado en la misma ruta de almacenamiento, en donde está la aplicación de validación), que contiene inconsistencias y observaciones con el fin de ser verificadas por el usuario para su corrección o ratificación de la información contenida en la base de datos.

La evaluación será satisfactoria, una vez que la información quede integrada en el ambiente de pruebas de la aplicación SAEH, en la Unidad de Verificación y el resultado del validador no contenga inconsistencias.