ANEXO 38.1.9-f

**Manual del Sistema Estadístico de los Seguros de Salud**

**CONTENIDO**

**I.** CONSIDERACIONES GENERALES

**II.** ESTRUCTURA DE LOS ARCHIVOS PLANOS

**III.** DEFINICION DE VARIABLES

**IV.** CATALOGOS

**V.** GLOSARIO

**I. CONSIDERACIONES GENERALES**

El Sistema Estadístico del Seguro de Salud está conformado por tres archivos de texto a nivel asegurado, es decir “Identificador único” de las Instituciones autorizadas para operar el Ramo de Salud:

1. Archivo Plano “**Datos Generales**”.- En este archivo se deberán reportar los datos especificados en cada una de las pólizas o asegurados que hayan estado en vigor al menos un día del 1º de enero al 31 de diciembre del ejercicio que se reporta, independientemente de que la póliza o asegurado no se encuentre en vigor en esta última fecha, así como aquellas que no hayan tenido un día de vigencia en el año de reporte, pero que contablemente hayan tenido efecto en el periodo que se reporta con el estatus que le corresponda a esa fecha.

Las primas emitidas reportadas en este archivo deberán guardar consistencia con el sistema RR7 al cierre del ejercicio que se reporta, considerando los siguientes conceptos:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Ramo** | **Subramo** | **Tabla del RR7** | **Cuentas** | **RR8** |
| 30 | 333 | Primas | Clave\_primas: 040 | Prima Emitida |

1. Archivo Plano “**Siniestros de Eventos Hospitalarios**”.- En este archivo se reportarán los asegurados, tanto del ejercicio de reporte como de ejercicios anteriores, que hayan realizado una reclamación por una atención hospitalaria durante el periodo de reporte, indicando el lugar y fecha de atención, así como el monto de cada atención. Se reportarán también en este archivo los siniestros que hayan presentado un movimiento contable en el ejercicio del reporte sin importar la fecha en que se realizó la reclamación.

**Evento Hospitalario**: Se refiere a la actividad realizada para la restauración de la salud, que involucra un internamiento o un evento ambulatorio.

El monto de los siniestros en este archivo, deberá guardar consistencia con el sistema RR7 considerando los siguientes conceptos y campos al cierre del ejercicio que se reporta:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Ramo** | **Subramo** | **Tabla del RR7** | **Cuentas** | **RR8** |
| 30 | 333 | Costo de la Siniestralidad | Clave costo de siniestralidad: 050 | Monto de Hospitalización + Monto de Honorarios Médicos + Monto de Atenciones |
|

1. Archivo Plano “**Siniestros de Eventos No Hospitalarios**”.- En este archivo se reportarán los asegurados, tanto del ejercicio de reporte como de ejercicios anteriores, de aquellos que hayan realizado una reclamación por una *“atención por consulta”* durante el periodo de reporte, indicando el lugar y fecha de atención, así como el monto de cada atención. Se reportarán también en este archivo los siniestros que hayan presentado un movimiento contable en el ejercicio del reporte sin importar la fecha en que se realizó la reclamación.

**Atención por consulta:** Se refiere a la actividad de realizar una consulta externa, consulta por prevención o consulta por salud bucal.

Todos los registros provendrán del seguro directo al 100% del riesgo asegurado. Si una Institución se encuentra en coaseguro con otra u otras Instituciones, cada institución deberá reportar la parte que le corresponda de la emisión y de los siniestros.

**II. ESTRUCTURA DEL ARCHIVO DE INFORMACIÓN DEL SISTEMA ESTADÍSTICO.**

Para el llenado de los archivos de texto se deben tomar en cuenta las siguientes consideraciones:

1. Cada campo deberá estar separado por el signo “**|**” conocido como “pipe”.
2. En los campos alfanuméricos y fechas donde no haya o no se deba registrar información se dejarán vacíos, por lo que sólo será necesario cerrar el campo con el separador respectivo, mismo que aparecerá junto al anterior, quedando dos separadores continuos, ejemplo: **||;** en el caso de campos numéricos se deberá capturar el valor cero y cerrar el campo con el separador respectivo, ejemplo: **|0|**; todas las fechas que no existan deberán ser reportadas en blanco **||.**
3. Los ceros contenidos en las claves de los catálogos no deberán omitirse; asimismo, las mayúsculas y minúsculas dentro de las claves de los catálogos alfanuméricos deberán respetarse.
4. El registro de los campos correspondientes a montos deberá realizarse en moneda nacional y no al millar u otra conversión.
5. Los montos reportados no deberán contener comas, pero contendrán el punto decimal (cuando así lo requiera el campo correspondiente) y cuando se trate de cifras negativas, deberán iniciar con el signo “**-**“, antepuesto al monto correspondiente.
6. Todas las cantidades en pesos deberán considerar no más de dos cifras decimales, cuando así lo requiera la descripción del campo correspondiente. Para los montos solicitados sin decimales, deberán ser redondeados, así como aquellos montos solicitados a dos decimales y que provengan de algún cálculo, deberán ser redondeados a la primera centésima.
7. El formato para los campos de fechas será **“aaaammdd”**.
8. En aquellos campos que requieran caracteres alfabéticos, éstos deberán ser reportados con mayúsculas (no deberán utilizar minúsculas) excepto en el campo correspondiente al número de póliza.
9. En ningún caso deberán registrarse signos especiales dentro de los campos, por ejemplo: **/**, **$**, **%**, **&**, **?**, **#**, |, **@**, etc., es decir, ningún signo diferente al alfabeto castellano en mayúsculas, o diferente a los números arábigos del 0 al 9. Primera excepción, el signo “**-**“ (negativo) para los campos numéricos que lo ameriten, segunda excepción en los campos que hacen referencia a número de póliza y número de seguridad social, y tercera excepción el signo “pipe”, que significa fin de campo.
10. Los números de póliza e Identificador Único que se reporten en más de un archivo plano y/o en diferentes ejercicios, deberán coincidir en su captura.
11. Las variables de Prima Emitida, Prima Devengada, Monto de Hospitalización, Monto de Honorarios Médicos y Monto de Atenciones se reportarán con 2 decimales.
12. La suma de los montos de hospitalización, honorarios médicos y atenciones deberá guardar consistencia con el sistema RR7 del archivo denominado COSTO\_SINIESTRALIDAD en nivel\_1=570, nivel\_2=01, nivel\_3=01 y clave\_cto\_sin=050 de Salud al cierre del ejercicio que se reporta.
13. Todas las cantidades deberán reportarse en pesos, incluyendo las pólizas en moneda extranjera o indizada y se deberá considerar el tipo de cambio o valor de referencia utilizado al momento de su registro contable.
14. Al final de cada registro deberá agregarse el signo “**;**” (punto y coma, que es el separador de registros), antecedido del signo “|” pipe, así como un salto de registro al final del renglón (Enter).

A continuación, se presenta la lista de campos de los archivos de la información solicitada, considerando las principales características de cada uno de los campos que conforman el Sistema Estadístico del Seguro de Salud, es decir, se identifica la descripción de cada campo, su longitud máxima, su tipo y si el campo está ligado a un catálogo:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Archivo Plano “Datos Generales”** | | | | |
| **No.** | **Campo** | **Tipo** | **Tamaño** | **Catálogo** |
| 1 | **Número de Póliza** | Alfanumérico | 16 |  |
| 2 | **Identificador Único** | Alfanumérico | 12 |  |
| 3 | **Descripción del Integrante del Grupo Familiar** | Alfanumérico | 2 | 60 |
| 4 | **Fecha de Nacimiento** | Fecha | 8 | aaaammdd |
| 5 | **Género** | Alfanumérico | 1 |  |
| 6 | **Entidad de Residencia** | Alfanumérico | 2 | 16.1 |
| 7 | **Estado Civil** | Alfanumérico | 1 | 12.1 |
| 8 | **Nacionalidad** | Alfanumérico | 1 | 14.2 |
| 9 | **Actividad Económica** | Alfanumérico | 4 | 80 |
| 10 | **Estatus del Asegurado** | Alfanumérico | 1 | 22.3 |
| 11 | **Tipo de Seguro** | Alfanumérico | 1 | 61 |
| 12 | **Fecha Inicio de Vigencia de la Póliza** | Fecha | 8 | aaaammdd |
| 13 | **Fecha Fin de Vigencia de la Póliza** | Fecha | 8 | aaaammdd |
| 14 | **Antigüedad** | Numérico | 2 |  |
| 15 | **Año Póliza** | Numérico | 2 |  |
| 16 | **Fecha de Alta (Asegurado)** | Fecha | 8 | aaaammdd |
| 17 | **Fecha de Baja (Asegurado)** | Fecha | 8 | aaaammdd |
| 18 | **Subtipo de Seguro** | Alfanumérico | 1 | 83 |
| 19 | **Plan de Cobertura** | Alfanumérico | 5 | 236 |
| 20 | **Forma de Venta** | Alfanumérico | 2 | 1 |
| 21 | **Prima Emitida** | Numérico | 17 |  |
| 22 | **Prima Devengada** | Numérico | 17 |  |
| 23 | **Límite Máximo de Responsabilidad** | Numérico | 17 |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Archivo Plano “Siniestros de Eventos Hospitalarios”** | | | | |
| **No.** | **Campo** | **Tipo** | **Tamaño** | **Catálogo** | |
| 1 | **Número de Póliza** | Alfanumérico | 16 |  | |
| 2 | **Identificador Único** | Alfanumérico | 12 |  | |
| 3 | **Número de Siniestro** | Alfanumérico | 16 |  | |
| 4 | **Número de Reclamación** | Alfanumérico | 16 |  | |
| 5 | **Clave Diagnósticos (CIE 10)** | Alfanumérico | 4 | 10.1 | |
| 6 | **Procedimientos (CPT4)** | Alfanumérico | 5 | 82 | |
| 7 | **Tipo de Evento Hospitalario** | Alfanumérico | 1 | 62 | |
| 8 | **Fecha de Ingreso** | Fecha | 8 | aaaammdd | |
| 9 | **Procedencia de Ingreso** | Alfanumérico | 1 | 63 | |
| 10 | **Motivo de Egreso** | Alfanumérico | 1 | 64 | |
| 11 | **Monto de Hospitalización** | Numérico | 17 |  | |
| 12 | **Monto de Honorarios Médicos** | Numérico | 17 |  | |
| 13 | **Días Estancia Hospitalaria** | Numérico | 3 |  | |
| 14 | **Número de Hospital o Centro Ambulatorio** | Alfanumérico | 15 | 81 | |
| 15 | **Monto de Deducible o Copago** | Numérico | 17 |  | |
| 16 | **Monto de Coaseguro** | Numérico | 17 |  | |
| 17 | **Fecha de reporte de la reclamación** | Fecha | 8 | aaaammdd | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Archivo Plano “Siniestros de Eventos NO Hospitalarios”** | | | | |
| No. | Campo | Tipo | Tamaño | Catálogo |
| 1 | **Número de Póliza** | Alfanumérico | 16 |  |
| 2 | **Identificador Único** | Alfanumérico | 12 |  |
| 3 | **Número de Siniestro** | Alfanumérico | 16 |  |
| 4 | **Numero de Reclamación** | Alfanumérico | 16 |  |
| 5 | **Fecha de Prestación de Servicio** | Fecha | 8 | aaaammdd |
| 6 | **Clave Diagnósticos (CIE 10)** | Alfanumérico | 4 | 10.1 |
| 7 | **Procedimientos (CPT4)** | Alfanumérico | 5 | 82 |
| 8 | **Tipo de Atención** | Alfanumérico | 2 | 232 |
| 9 | **Monto de Atenciones** | Numérico | 17 |  |
| 10 | **Monto de Deducible o Copago** | Numérico | 17 |  |
| 11 | **Número de Semanas de Gestación Aborto** | Numérico | 2 |  |
| 12 | **Detección de Cáncer Cérvico Uterino / Mama / Próstata** | Alfanumérico | 3 | 67 |
| 13 | **Detección de Diabetes / Hipertensión / Dislipidemias** | Alfanumérico | 3 | 67 |
| 14 | **Fecha de reporte de la reclamación** | Fecha | 8 | aaaammdd |

**III. DEFINICIÓN DE LAS VARIABLES**

A continuación, se definen cada una de las variables que conforman la base de datos estadística:

**1.DATOS GENERALES**

1. **Número de Póliza:** Se debe capturar la clave asignada por la Institución aseguradora a cada una de sus pólizas.
2. **Identificador Único**: Se reportará el identificador único del asegurado a quien corresponde el registro, ya sea del titular o integrante del grupo familiar. La clave única de identificación se determinará de acuerdo con el siguiente algoritmo:

El algoritmo mencionado se calcula de la siguiente forma:

1. Se requiere el nombre completo del asegurado como se presenta en el acta de nacimiento, pasaporte, INE o cédula profesional y considerando lo siguiente: el nombre completo debe estar en mayúsculas y sin acentos, diéresis, apóstrofos, puntos, guiones, abreviaturas, números de descendencia como parte del apellido (3°, II, etc.), títulos (Conde, Don, Señora de, Ingeniero, etc.), o cualquier clase de caracteres especiales diferentes a las letras mayúsculas del abecedario. En el caso de nombres con alfabeto diferente, éstos se deberán castellanizar.
2. Cambiar la(s) letra(s) “Ñ” por “N”, guardando la posición original dentro del nombre. En los casos de apellidos o nombres compuestos, no se consideran los espacios en blanco, es decir, se unen todos los caracteres que lo conforman para ser utilizado como apellido o nombre, respectivamente.
3. Del primer apellido existente se obtiene la inicial (consonante o vocal) y la primera vocal intermedia (cuando no contenga vocal intermedia, se deberá usar la letra “W”); como primer apellido se deberá utilizar el apellido paterno y cuando éste no exista hacer uso del apellido materno. Asimismo, se obtiene la inicial (consonante o vocal) del segundo apellido (utilizar el apellido materno y cuando éste no exista o se haya utilizado como primer apellido, usar la letra W) y la inicial (consonante o vocal) del primer nombre.

Cabe señalar que, si el asegurado no tiene más que un sólo apellido, la inicial utilizada para el segundo apellido será la letra “W”.

1. Cada una de las cuatro letras obtenidas según la metodología descrita en el punto anterior, se cambia por su letra inmediata posterior del abecedario. En caso de que la letra obtenida sea una “Z”, ésta se cambiará por la letra “A”.
2. Se obtiene la suma de los productos de los valores ASCII de cada uno de los caracteres del nombre completo (primer apellido, segundo apellido y nombre), multiplicado por el valor de su posición (sin considerar espacios en blanco). De la suma obtenida, se extraen los últimos cinco dígitos y a esa cantidad se le suma el número formado por los dígitos restantes. En caso de que los dígitos extraídos contengan ceros a la izquierda, éstos se mantendrán, siempre y cuando no cambien su valor al sumar el número formado por los dígitos restantes después de la extracción.

Si la suma de los productos es un número que contiene menos de cinco dígitos, se completará éste con ceros a la izquierda hasta obtener cinco posiciones y no habrá remanente que sumar.

1. Se requieren los cuatro dígitos del año de nacimiento del asegurado y se obtiene la suma de los cuatro productos, resultado de multiplicar cada uno de los dígitos del año por su posición dentro de éste.

Al valor así obtenido, se le asigna una letra del abecedario en mayúsculas, de acuerdo a la tabla del Anexo 1.

1. Se unen en una sola cadena las cuatro letras obtenidas en el punto 3 de este documento, con los cuatro dígitos del año de nacimiento.

Se obtiene la suma digital de la suma de los valores ASCII para cada uno de los ocho caracteres que conforman la cadena descrita anteriormente.

Al valor así obtenido, se le asigna una letra del abecedario en mayúsculas, de acuerdo a la tabla del Anexo 1.

1. Se obtiene la suma digital de la suma de los valores ASCII de la última letra de cada uno de los componentes del nombre completo (primer apellido, segundo apellido y nombre), multiplicada por 1, 2 y 3, respectivamente.

En caso de que sólo exista un apellido del asegurado, se considerará la letra W como última letra del segundo apellido.

Al valor así obtenido, se le asigna una letra del abecedario en mayúsculas, de acuerdo a la tabla del Anexo 1.

1. Se unen todos los resultados obtenidos en los puntos 4 (cuatro letras), 5 (cinco dígitos), 6 (una letra), 7 (una letra) y 8 (una letra), para definir el identificador del asegurado, siendo éste de 12 caracteres.
2. En el caso de asegurados nonatos o neonatos (sin registro oficial de nombre), se utilizará como identificador el texto “**NODISPONIBLE**” (en mayúsculas y sin espacios), en tanto se obtienen los datos necesarios para asignar su identificador.

La Institución deberá anexar, junto con la información estadística de cada entrega oficial, una lista de todos los casos previstos en el párrafo anterior, en la cual se especificará, por cada asegurado con identificador “NODISPONIBLE”, el sexo, el número de póliza y el integrante de grupo familiar al que pertenece; adicionalmente, se deberá indicar cuáles de estos asegurados fueron dados de baja durante el periodo de reporte. Lo anterior se deberá realizar en tanto el asegurado no tenga un identificador propio y no haya sido reportado como "**dado de baja**".

Asimismo, se deberá entregar, para aquellos asegurados cuyos identificadores fueron “**NODISPONIBLE**” en la entrega inmediata anterior y que para la actual entrega ya cuentan con un identificador propio, un listado que contenga los datos referentes al sexo, número de póliza, integrante de grupo familiar al que pertenece e identificador propio, independientemente de que durante el periodo que se reporta se haya "**dado de baja**".

**EJEMPLO 1:**





**EJEMPLO 2:**

**ANEXO 1**

Para la asignación de las letras se tiene:

| Letras | **Números** | **Números** | **Números** | **Números** |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **A** | 1 | 27 | 53 | 79 |
| **B** | 2 | 28 | 54 | 80 |
| **C** | 3 | 29 | 55 | 81 |
| **D** | 4 | 30 | 56 | 82 |
| **E** | 5 | 31 | 57 | 83 |
| **F** | 6 | 32 | 58 | 84 |
| **G** | 7 | 33 | 59 | 85 |
| **H** | 8 | 34 | 60 | 86 |
| **I** | 9 | 35 | 61 | 87 |
| **J** | 10 | 36 | 62 | 88 |
| **K** | 11 | 37 | 63 | 89 |
| **L** | 12 | 38 | 64 | 90 |
| **M** | 13 | 39 | 65 | 91 |
| **N** | 14 | 40 | 66 | 92 |
| **O** | 15 | 41 | 67 | 93 |
| **P** | 16 | 42 | 68 | 94 |
| **Q** | 17 | 43 | 69 | 95 |
| **R** | 18 | 44 | 70 | 96 |
| **S** | 19 | 45 | 71 | 97 |
| **T** | 20 | 46 | 72 | 98 |
| **U** | 21 | 47 | 73 | 99 |
| **V** | 22 | 48 | 74 |  |
| **W** | 23 | 49 | 75 |  |
| **X** | 24 | 50 | 76 |  |
| **Y** | 25 | 51 | 77 |  |
| **Z** | 26 | 52 | 78 |  |

Esta variable será para uso de esta Comisión y de la Secretaría de Salud, exclusivamente para los fines de Inspección y Vigilancia de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, así como las Reglas para la Operación y Desarrollo del Ramo de Salud.

1. **Descripción del Integrante del Grupo Familiar**: Se especificará el integrante del grupo familiar a quien corresponde el registro de acuerdo con el catálogo 60.
2. **Fecha de Nacimiento**: Se especificará la fecha de nacimiento del asegurado a quien corresponda el registro.
3. **Género**: Se identificará el género del asegurado a quien corresponda el registro, mediante la letra “**M**” si es masculino o “**F**” si es femenino.
4. **Entidad de Residencia**: Se especificará el estado de la República (o el extranjero) en donde radique el asegurado a quien corresponda el registro, clasificado de acuerdo con el catálogo 16.1.
5. **Estado Civil**: Se identificará mediante las claves definidas en el catálogo 12.1, el estado civil del asegurado a quien corresponde el registro al momento de contratar la póliza.
6. **Nacionalidad**: Se especificará para cada asegurado si es mexicano o extranjero, de acuerdo con el catálogo 14.2.
7. **Actividad Económica**: Se especificará la actividad económica que desempeñaba el aseguradocuando se tenga, clasificada conforme al catálogo 80.
8. **Estatus del Asegurado**: Se reportará mediante las claves del catálogo 22.3, la situación en que se encuentra el asegurado o certificado a la fecha de reporte.
9. **Tipo de Seguro**: Se especificará si la póliza corresponde al seguro individual o al seguro colectivo, de acuerdo con el catálogo 61.
10. **Fecha de Inicio de Vigencia de la Póliza**: Registrar la fecha en que inicia la vigencia de la póliza. El formato de su registro es el siguiente.

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| a | a | a | a | M | m | d | d |

1. **Fecha de Fin de Vigencia de la Póliza**: Registrar la fecha en que finaliza la vigencia de la póliza. El formato de su registro es el siguiente:

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| a | a | a | a | M | m | d | d |

1. **Antigüedad**: Se identificará para cada asegurado el número de años en que la póliza ha estado en vigor desde su primera emisión, incluyendo el año en curso. En esta variable se deberá incluir la antigüedad que la Institución le haya reconocido al asegurado por haber contratado un plan de salud con otra Institución anteriormente.
2. **Año póliza:** Se identificará para cada asegurado el número de años de antigüedad en la póliza. En caso de que el asegurado a la fecha de reporte se encuentre antes de cumplir su primer año póliza, deberá ser considerada con antigüedad igual a 1. Si se trata de una póliza diferida, se reportará 1 en este campo.
3. **Fecha de la Alta (Asegurado):** Se registrará la fecha en que inicia la cobertura o la fecha de inicio de endoso del asegurado. El formato de su registro es el siguiente:

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| a | a | a | a | m | m | d | d |

1. **Fecha de la Baja (Asegurado):** Se registrará la fecha en que termina la cobertura o la fecha de fin de endoso del asegurado. El formato de su registro es el siguiente:

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| a | a | a | a | m | m | d | d |

Si el certificado o endoso se encuentra en vigor, este campo se reportará vacío.

1. **Subtipo de Seguro:** Se reportará el subtipo de seguro de acuerdo con la clave del catálogo 83.
2. **Plan de Cobertura:** Se especificará el tipo de plan de la cobertura que tiene la póliza, de acuerdo con el catálogo 236
3. **Forma de Venta:** Se reportará mediante las claves del catálogo 1, el canal de distribución a través del cual se contrató la póliza
4. **Prima Emitida**: Se identificará el importe total de la prima emitida del ejercicio, misma que deberá guardar consistencia con el sistema RR7 del archivo denominado PRIMAS en nivel\_1=510 y nivel\_2=01 de Salud al cierre del ejercicio que se reporta.
5. **Prima Devengada:** Se debe reportar la parte proporcional de la prima emitida que corresponde al periodo transcurrido a la fecha de cierre del ejercicio.

Para efectos de devengamiento de la prima emitida, esta deberá considerarse desde la fecha de inicio de vigencia de la cobertura. Si el fin de vigencia es menor o igual a la fecha de cierre del ejercicio entonces la prima devengada deberá ser igual a la prima emitida

La forma de cálculo es la siguiente:

Donde:

PD = Prima devengada.

Dp = Número de días transcurridos desde la fecha de inicio de vigencia del endoso a la fecha del cierre del ejercicio o al fin de vigencia si este es menor a la fecha de cierre del ejercicio.

Dv =Número de días de vigencia de la cobertura.

PE =Prima emitida, incluye la emisión de cualquier año de las pólizas que se reportaron en la tabla de datos generales (incluye pólizas multianuales).

1. **Límite Máximo de Responsabilidad**: Se reportará el monto de límite máximo de responsabilidad especificado en la póliza. En caso de que el límite sea por especie, por ejemplo, número de consultas, estas deben ser valorizadas a lo que se considere la máxima responsabilidad en la empresa. En caso de que se trate de una póliza sin límite se realizará un estimado de la pérdida máxima.

**2. EVENTOS HOSPITALARIOS**

1. **Número de Póliza:** Se debe capturar la clave asignada por la Institución aseguradora a cada una de sus pólizas. La póliza deberá coincidir con lo reportado en el archivo de Datos Generales.
2. **Identificador Único:** Se reportará el identificador único del asegurado a quien corresponde el registro, ya sea del titular o integrante del grupo familiar. La clave única de identificación deberá coincidir con lo reportado en el archivo de Datos Generales.
3. **Número de Siniestro:** Se reportará el número de siniestro asignado cuya reclamación se registró en el ejercicio que se reporta. El número de siniestro es único y sólo podrá repetirse dentro de una misma póliza cuando se afecten diferentes coberturas de forma simultánea o cuando se tengan diferentes reclamaciones derivadas de un mismo siniestro, en caso de que la Institución por cuestiones administrativas registre con el mismo número a dos o más siniestros de la póliza, deberá diferenciarlos de manera única al reportarlos en la estadística, considerando que los números de siniestro asignados deberán ser consistentes con el archivo actual y futuro de siniestros, recordando que a cada combinación de número de reclamación y plan de cobertura afectada le corresponderá un registro.
4. **Número de Reclamación:** Se reportará el número de reclamación derivado de una atención registrada en el ejercicio que se reporta; en caso de que la institución por cuestiones administrativas registre el mismo número de reclamación a dos o más reclamaciones derivadas de un mismo evento, deberá diferenciarlos de manera única al reportarlos en la estadística, considerando que los números de reclamaciones asignados deberán ser consistentes con el archivo actual y futuro de siniestros.
5. **Clave Diagnósticos (CIE 10):** Se reportará el padecimiento por el cual el asegurado fue atendido de acuerdo con el catálogo 10.1 o CIE-10. Esta clave se reportará con 4 caracteres sin considerar el punto decimal, esto es, las tres primeras posiciones de la enfermedad o accidente genérico y la especificación del mismo.
6. **Procedimientos (CPT4):** Se reportará el procedimiento por el cual el asegurado fue atendido de acuerdo con el catálogo 82 o CPT-4.
7. **Tipo de Evento Hospitalario:** Se reportará el evento hospitalario por el cual el asegurado fue atendido, internamiento o ambulatorio de acuerdo con el catálogo 62.
8. **Fecha de Ingreso**: Se reportarán según corresponda la fecha de ingreso al hospital para cada una de las reclamaciones. De acuerdo con el siguiente formato

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| a | a | a | a | m | m | d | d |

1. **Procedencia de Ingreso**: Se reportará según corresponda la procedencia de ingreso al hospital por el cual el asegurado fue atendido, de acuerdo con el catálogo 63.

Se entiende por urgencias a la atención o consulta que se da al ingreso de un paciente al hospital efectuado por servicio de urgencias, que por su condición crítica de salud no ha pasado por el servicio de consulta externa correspondiente. En el caso de que la procedencia de ingreso sea diferente a consulta externa o urgencias, se especificará como referencia de otra unidad.

1. **Motivo de Egreso:** Se identificará mediante clave según el catálogo 64, el último motivo de egreso del hospital.
2. **Monto de Hospitalización**: Se identificará según corresponda el importe reclamado neto del copago, deducible y coaseguro a la fecha de reporte por hospitalización, incluyendo los gastos por hospitalización, exámenes de laboratorio y de imagenología, estudios de gabinete, medicamentos y demás gastos por otros conceptos.
3. **Monto de Honorarios Médicos**: Se identificará según corresponda el importe reclamado neto de copago, deducible y coaseguro a la fecha de reporte por los honorarios médicos.
4. **Días de Estancia Hospitalaria**: Se registrará el número de días de estancia en el hospital.
5. **Número de Hospital o Centro Ambulatorio (RFC del Hospital)**: Se registrará según corresponda la clave de identificación según el Directorio de Unidades Médicas por Entidad Federativa de la Secretaria de Salud (DUMEF – Catálogo 81) del hospital o del centro ambulatorio principal (en caso de no tener la clave del mismo, se deberá capturar el RFC correspondiente).
6. **Monto de Deducible o Copago:** Se reportará la cantidad que quedó a cargo del asegurado por concepto de deducible o copago.
7. **Monto de Coaseguro**: Se reportará la cantidad que el asegurado asumió en esta reclamación por concepto de coaseguro.
8. **Fecha de reporte de la reclamación**: Se reportará la fecha en que fue notificada a la Institución la reclamación.
9. **SINIESTROS DE EVENTOS NO HOSPITALARIOS**
10. **Número de Póliza:** Se debe capturar la clave asignada por la Institución aseguradora a cada una de sus pólizas. La póliza deberá coincidir con lo reportado en el archivo de Datos Generales.
11. **Identificador Único:** Se reportará el identificador único del asegurado a quien corresponde el registro, ya sea del titular o integrante del grupo familiar. La clave única de identificación deberá coincidir con lo reportado en el archivo de Datos Generales.
12. **Número de Siniestro:** Se reportará el número de siniestro asignado cuya reclamación se registró en el ejercicio que se reporta. El número de siniestro es único y sólo podrá repetirse dentro de una misma póliza cuando se afecten diferentes coberturas de forma simultánea o cuando se tengan diferentes reclamaciones derivadas de un mismo siniestro, en caso de que la Institución por cuestiones administrativas registre con el mismo número a dos o más siniestros de la póliza, deberá diferenciarlos de manera única al reportarlos en la estadística, considerando que los números de siniestro asignados deberán ser consistentes con el archivo actual y futuro de siniestros, recordando que a cada combinación de número de reclamación y plan de cobertura afectada le corresponderá un registro.
13. **Número de Reclamación:** Se reportará el número de reclamación derivado de una atención registrado en el ejercicio que se reporta; en caso de que la institución por cuestiones administrativas registre el mismo número de reclamación a dos o más reclamaciones derivadas de un mismo evento, deberá diferenciarlos de manera única al reportarlos en la estadística, considerando que los números de reclamaciones asignados deberán ser consistentes con el archivo actual y futuro de siniestros.
14. **Fecha de Prestación de Servicio:** Se reportarán según corresponda, la fecha atención o prestación de servicio. De acuerdo con el siguiente formato.

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| a | a | a | a | m | m | d | d |

1. **Clave Diagnósticos (CIE 10):** Se reportará el padecimiento por el cual el asegurado fue atendido de acuerdo con el catálogo 10.1 o CIE-10. Esta clave se reportará con 4 caracteres sin considerar el punto decimal, esto es, las tres primeras posiciones de la enfermedad o accidente genérico y la especificación del mismo.
2. **Procedimientos (CPT4):** Se reportará el procedimiento por el cual el asegurado fue atendido de acuerdo con el catálogo 82 o CPT-4.
3. **Tipo de atención:** Se reportará el tipo de atención o consulta de acuerdo al catálogo 232.
4. **Monto de Atenciones:** Se deberá reportar el monto o importe ocurrido (contable) que se requirió para cubrir los gastos de atención que se especifiquen, ya sea mediante recursos propios o de terceros. Este monto deberá ser neto de copago y coaseguro.
5. **Monto de Deducible o Copago:** Se reportará la cantidad a cargo del asegurado en la atención recibida, en caso de que la participación se establezca como un porcentaje en la carátula de la póliza, esta deberá expresarse en monto en este campo.
6. **Número de Semanas de Gestación Aborto:** En caso de que el asegurado al que corresponda el registro sea mujer y haya tenido un aborto (cubierto por la póliza), se especificará el número de semanas de gestación del producto de la concepción al ocurrir el aborto.
7. **Detección de Cáncer Cérvico Uterino / Mama / Próstata:** En caso de que el asegurado a quien corresponda el registro haya acudido a consultas de detección de cáncer cérvico uterino, de mama o de próstata, se especificará el resultado de cada una de las pruebas, de acuerdo al catálogo 67. Este campo tiene 3 caracteres, en el primero se registrará el resultado de la prueba de detección de cáncer cérvico uterino, en el segundo el correspondiente al cáncer de mama y en el tercero al cáncer de próstata.
8. **Detección de Diabetes / Hipertensión / Dislipidemias:** En caso de que el asegurado a quien corresponda el registro haya acudido a consultas de detección de diabetes, de hipertensión o de dislipidemias, se especificará el resultado de cada una de las pruebas, de acuerdo al catálogo 67. Este campo tiene 3 caracteres, en el primero se registrará el resultado de la prueba de detección de diabetes, en el segundo el correspondiente a hipertensión y en el tercero dislipidemias. Las dislipidemias se refieren a alteraciones en el metabolismo de los lípidos, colesterol y triglicéridos, así como de las partículas que los transportan.
9. **Fecha de reporte de la reclamación:** Se reportará la fecha en que fue notificada a la Institución la reclamación.

**IV Catálogos**

Los catálogos referidos en el presente anexo se darán a conocer mediante las disposiciones administrativas que para tal efecto emitirá esta Comisión.

**V Glosario**

**Estatus de la póliza:**

● **Expirada o Terminada:** Es aquella póliza o certificado cuyo periodo de cobertura terminó durante el ejercicio que se está reportando.

● **Cancelada:** Es la póliza en la cual el derecho a los servicios del plan, han terminado por cualquier causa para todos los integrantes de la póliza.

● **En Vigor**: Es aquella póliza o asegurado cuyo plazo de cobertura es mayor al 31 de diciembre del ejercicio que se reporta, además la póliza o cobertura no se encuentra cancelada o expirada.

● **Anticipada:** Es aquella póliza o certificado cuyo inicio de exposición al riesgo es posterior al 31 de diciembre del ejercicio reportado

Para facilitar el manejo de las variables que componen la base de datos, se establecen a continuación las siguientes definiciones:

● **Contratante:** Se refiere a la persona física o moral que solicita la celebración de la póliza del plan de Salud para sí o para terceras personas y además se compromete a pagar las primas.

● **Titular del Seguro:** Es el asegurado principal, es decir, la persona física por cuya previsión y cobertura se expide la póliza, en la cual aparece su nombre como asegurado principal.

● **Beneficiario:** Se refiere a cada uno de los dependientes del titular o a cada uno de los demás integrantes del seguro que tendrán derecho a los beneficios del plan de Salud y que aparecen especificados en cada una de las pólizas del seguro individual y en cada uno de los certificados de los seguros de grupo y colectivo.

● **Integrante del seguro:** Se refiere tanto al titular como a cada uno de los beneficiarios en un plan de Salud.

● **Baja:** Se refiere a la salida de la póliza y pérdida de derecho a servicios del plan de Salud de cualquier integrante del seguro.

● **Evento hospitalario:** Se refiere a la actividad realizada para la restauración de la salud, que involucra un internamiento o un evento ambulatorio.

● **Internamiento:** Se refiere al servicio que requiere el uso de una cama censable para ser sometido a observación, diagnóstico, cuidado o tratamiento del paciente.

● **Evento ambulatorio:** Se refiere al servicio que requiere de una estancia menor a 24 horas para la observación, diagnóstico, cuidado o tratamiento del paciente.

● **Monto:** Se refiere al monto o importe ocurrido (contable) que se requirió para cubrir los gastos de atención que se especifiquen, ya sea mediante recursos propios o de terceros. Este monto deberá incluir el importe correspondiente al copago, deducible o coaseguro. La suma del total de las variables de monto en la base estadística representa el monto total en atención médica o servicios de salud en que se incurrió en beneficio del asegurado.

● **Consulta externa:** Se refiere a la atención médica que se imparte tanto en el consultorio, como en el domicilio del paciente, sin la utilización de cama hospitalaria. En las consultas externas se incluyen tanto las de primer contacto como las de especialidad. Cuando la consulta externa se derive de un padecimiento o enfermedad, estos términos se utilizarán indistintamente a lo largo del presente Manual.

● **Consulta externa de primer contacto:** Se refiere a la atención que ejecuta el médico general, familiar, pediatra, ginecólogo o internista, siempre que la consulta no se realice por referencia de una consulta de primer contacto, que coordine las acciones de salud en beneficio del asegurado a los pacientes ambulatorios en la unidad médica o a domicilio, con objeto de proporcionar asistencia médica o procedimientos preventivos.

● **Consulta externa de especialidad:** Es la atención que imparten los médicos especialistas, con excepción de los definidos anteriormente, a pacientes ambulatorios, incluyendo los casos referidos por médicos en consultas de primer contacto.

● **Examen de laboratorio clínico:** Se refiere al análisis físico, químico y biológico de diversos componentes y productos del cuerpo humano e incluye servicios de patología clínica, anatomía patológica, histopatología y citología exfoliativa, cuyos resultados coadyuvan en el diagnóstico y tratamiento de los problemas médicos.

● **Exámenes de imagenología:** Se refieren a exámenes auxiliares de diagnóstico, en los que se utilizan las siguientes técnicas: rayos X, ultrasonografía, tomografía axial computada, resonancia magnética nuclear, espect y similares**.**

● **Estudios de gabinete:** Se refiere a los estudios de diagnóstico en los que se utilizan los siguientes procedimientos: electrocardiograma, audiología, espirometría, electroencefalograma, pruebas electrofisiológicas, medicina nuclear y similar.

Para las pólizas renovables, se registrará por separado cada una de las vigencias que haya tenido dicha póliza, incluyendo la póliza que estaba vigente al 1º de enero del año de reporte y todas las renovaciones que haya tenido la misma durante dicho periodo, con el estatus que le corresponda a cada una de ellas al cierre del ejercicio. En caso de que la Institución operativamente asigne el mismo número de póliza a la o las renovaciones, éste deberá ser modificado para que sea diferenciable en cada renovación, cuidando que los siniestros de cada póliza se asignen a la renovación que le corresponda; una forma para diferenciar el número de póliza para cada renovación, podría ser generado al unir al número de póliza (igual para todas) el año y mes de inicio de vigencia, con el formato “aaaamm” o cualquier otro procedimiento que la Institución considere conveniente para poder diferenciar las pólizas en sus diferentes vigencias.

Para el caso de pólizas en administración de riesgos conocidas como “cash flow”, en donde la Institución no cubre riesgo alguno, sino que solamente administra un fondo para siniestros, no deberán formar parte de la estadística. En caso de que las primas de este tipo de planes se registren en el RR7 en el archivo PRIMAS, deberá especificar este hecho en la carta de aclaraciones correspondiente, pero ninguno de estos registros deberá incluirse en el reporte de la estadística.