



**PROCEDIMIENTO GENERAL SOBRE LA ATENCIÓN A LAS QUEJAS
MÉDICAS (CQ) Y SOLICITUDES DE REEMBOLSO DICTAMINADAS
POR EL COMITÉ DE QUEJAS MÉDICAS**

1. OBJETIVO

Establecer el procedimiento para la atención de las Quejas Médicas y Solicitudes de Reembolso, emitidas por los Derechohabientes, no Derechohabientes y Familiares Derechohabientes.

2. COMPETENCIA

Del Comité:

- Recursos de Reconsideración.
- Quejas y/o Reembolso cuyo origen sea el Centro Médico Nacional "20 de Noviembre" (C.M.N.).
- Opiniones Técnicas solicitadas por el Órgano Interno de Control (OIC) o la Dirección Normativa de Procedimientos Legales.
- Quejas y/o Reembolso en las que se reclame el pago de Indemnización por Daño Físico del Instituto y/o solicitud del pago de Gastos Médicos Extrainstitucionales por el fallecimiento o pérdida de algún órgano vital del paciente.
- Quejas Médicas presentadas ante la Comisión Nacional de los Derechos Humanos.
- Quejas Médicas ante la Comisión Nacional de Arbitraje Médico de Ámbito Central.

De las Comisiones:

- Solicitudes de Reembolso.
- Quejas Médicas.
- Quejas con solicitud de Indemnización por Daño Físico del Instituto.
- Quejas y/o Solicitud de Reembolso, ante la Unidad de Atención al Derechohabiente y Comunicación Social de las Delegaciones Estatales, la Comisión Nacional de Arbitraje Médico o el Órgano Interno de Control delegacional en el Instituto.
- Quejas y/o Reembolso en el que además de presentar una Queja Médica se reclame o solicite el pago de Gastos Médicos Extrainstitucionales independientemente del monto.
- Quejas y/o Reembolso cuyo origen sea un Hospital Regional ubicado dentro del ámbito territorial de competencia de la Comisión.

3. ELEMENTOS DE LOS INFORMES TRIMESTRALES RENDIDOS POR LAS COMISIONES

- Número de procedimientos iniciados.





- Número de procedimientos resueltos y el sentido de la Resolución.
- Número de procedimientos en sustanciación.
- Recurrencias de deficiencias en la atención médica.
- Recurrencias de deficiencias administrativas.
- Unidades Médicas a las que se atribuyen Deficiencias Médicas.
- Cantidades reclamadas por concepto de Gastos Médicos Extrahospitalarios, identificando el monto.
- Resaltar si se resolvió o se denegó totalmente.

4. GLOSARIO DE TERMINOS EN LA DICTAMINACIÓN DE QUEJAS MEDICAS Y REEMBOLSOS DE ACUERDO CON EL REGLAMENTO DE QUEJAS MÉDICAS Y SOLICITUDES DE REEMBOLSO DEL ISSSTE

Queja Médica: El escrito mediante el cual el Promovente expresa su inconformidad respecto del servicio médico, en el que puede o no solicitar el Reembolso de Gastos Médicos Extrahospitalarios o el pago de una Indemnización.

Solicitud de Reembolso: La petición del Promovente del pago de la cantidad que haya erogado por concepto de Gastos Médicos Extrahospitalarios.

Daño Físico: Las omisiones o actos en la prestación de los servicios de salud por parte del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, unidades subrogadas y de los servidores públicos que laboran en las Unidades Médicas del Instituto, que dañan o afectan la salud del Derechohabiente o no Derechohabiente.

Reembolso.- El pago de Gastos Médicos Extrahospitalarios derivado de la imposibilidad, negativa o deficiencia del servicio médico solicitado en las unidades médicas del Instituto, misma que al ser procedente se paga de conformidad con el tabulador correspondiente.

Gastos Médicos Extrahospitalarios: Las cantidades erogadas por los Derechohabientes, o la persona que haya realizado el pago, con motivo de la recepción de servicios médicos de salud en unidades médicas externas al Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, por no haber sido prestados por el mismo, por imposibilidad, negativa, deficiencia médica o administrativa de su personal.

Indemnización: La cantidad líquida determinable a pagar por el daño causado a un Derechohabiente o no Derechohabiente, derivado del daño físico por parte del personal del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado.

5. REQUISITOS DEL EXPEDIENTE CLÍNICO

- Cumplir con la NOM-004-SSA3-2012, Del expediente clínico.
- Expedientes Clínicos deben estar debidamente integrados.





- Cumplir con los términos establecidos en el Reglamento de Quejas Médicas y Solicitudes de Reembolso.
- Deben contener los elementos clínicos y administrativos para que el Comité de Quejas Médicas se encuentre en posibilidad de realizar el análisis correspondiente.

6. CONTENIDO DEL EXPEDIENTE CLÍNICO DE CONFORMIDAD CON LOS APARTADOS 5 AL 10 DE LA NORMA OFICIAL MEXICANA 004-SSA3-2012

- Notas médicas completas, legibles y sin abreviaturas (nombre y firma de quien elabora).
- Hojas de enfermería.
- Indicaciones médicas.
- Estudios de laboratorio y gabinete (ultrasonidos, radiografías, tomografías, etc).
- Consentimientos informados debidamente requisitados.
- Notas de defunción.

7. INTEGRACIÓN DEL EXPEDIENTE ADMINISTRATIVO

Debe contener:

- Hojas diarias de atención.
- Responsivas médicas.
- Actas administrativas.
- Bitácoras de urgencias.
- Informe de los Médicos involucrados y del Director de la Unidad.

8. INCURRENCIA DE RESPONSABILIDAD CON RELACIÓN AL EXPEDIENTE CLÍNICO

- Los reclamos por una presunta responsabilidad médica generalmente tienen origen en una ruptura de la relación médico-paciente.
- El trato adecuado, la buena comunicación, la información suficiente, el consentimiento informado y el respeto al conjunto de los derechos del paciente son elementos clave en la prevención de reclamos por responsabilidad médica.
- Integración del expediente clínico de manera deficiente o incompleta en términos de la norma.
- Permitir la sustracción parcial o total.
- No entregar el expediente clínico o cualquier información que sea solicitada al paciente, su representante legal o persona autorizada por el propio, así como a autoridades judiciales administrativas.

9. PROCEDENCIA DEL ASUNTO CONFORME AL REGLAMENTO DE QUEJAS MÉDICAS Y SOLICITUDES DE REEMBOLSO DEL INSTITUTO.





- **DEFICIENCIA ADMINISTRATIVA:** Por el incumplimiento por parte de los servidores públicos en el envío de la documentación necesaria y en el trámite administrativo, en los tiempos y forma establecidos en el manual de procedimientos que se expida, para resolver una queja médica que contenga o no solicitud de indemnización y/o la solicitud de reembolso de gastos médicos extrainstitucionales, así como en los trámites administrativos del servicio médico prestado.
- **DEFICIENCIA MÉDICA:** La omisión o actuación irregular del personal del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado vinculado con la prestación del seguro de salud, que genere daño o afectación a la salud o a la persona requirente de dichos servicios, que contravenga los procedimientos técnicos médicos establecidos en la normativa relativa al otorgamiento del seguro de salud, de conformidad con la normativa aplicable.
- **IMPOSIBILIDAD:** La circunstancia por la cual el personal del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado está impedido para brindar el servicio médico al Derechohabiente o no Derechohabiente.
- **NEGATIVA DE SERVICIO MÉDICO:** El acto o la omisión voluntaria o involuntaria, mediante el cual se rehúsa brindar la prestación del servicio médico encomendado al Instituto.

10. CONCEPTOS BASICOS ESTABLECIDOS EN EL REGLAMENTO DE SERVICIOS MÉDICOS DEL INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS TRABAJADORES DEL ESTADO.

• CAPACIDAD RESOLUTIVA

Artículo 12. El funcionamiento de los Servicios de Atención Médica en las Unidades Médicas de menor a mayor complejidad, se realizará a través del escalonamiento de servicios tomando en cuenta la capacidad resolutive, existencia de recursos y la definición de criterios de distribución del universo de Usuarios y del esquema de Regionalización.

• REGIONALIZACIÓN

Artículo 13. Cuando a juicio del Médico Tratante la Atención Médica de un Paciente requiera medios especializados y la unidad no cuente con ellos, se procederá a la Referencia del Paciente a una Unidad Médica del siguiente nivel de atención, de conformidad con el esquema de Regionalización y las disposiciones que al efecto emita la Dirección Médica.

• TRASLADOS

Artículo 15. Cuando la atención a un Paciente, por la naturaleza de su padecimiento, requiera que ésta se proporcione en una Unidad Médica distinta a la de su adscripción, el Instituto a través de **la Unidad Médica** y con base en las tarifas establecidas, cubrirá los





gastos de traslado del Paciente y los de un acompañante, cuando así se justifique por el Médico Tratante. (No constituye gasto médico extrainstitucional).

- **SUBROGACIÓN EN CASO DE NEGATIVA**

Artículo 33. En los casos en que el Instituto no cuente con la posibilidad, infraestructura o medios para la prestación de los Servicios de Atención Médica se podrán celebrar contratos o convenios con personas físicas y morales, públicas y privadas, para subrogar los mismos conforme a lo dispuesto en la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público y su Reglamento, la Ley de Asociaciones Público Privadas y la demás normatividad aplicable.

11. CRITERIOS GENERALES PARA VALIDAR

- Comparar los datos contra los sistemas del SAT.
- Verificar que los datos del promovente o paciente coincidan con la factura.
- En caso de comprobantes de atención médica, verificar que el emisor haya emitido nota médica.
- Identificar el nivel de atención, caso contrario se considerará de nivel 1.
- En caso de comprobantes de laboratorio e imagenología, se deberá desglosar el costo individual de cada prueba.
- El desglose deberá de ir dentro del comprobante fiscal o en estado de cuenta o detalle anexo.
- Siempre sumar el costo total de los servicios o insumos (precio + IVA) y sobre esa base validar contra el tabulador.
- Recuerde no pagar más de lo que solicita el promovente, ni más de lo que indica el tabulador.

12. DOCUMENTACIÓN NECESARIA PARA LA GESTIÓN DE PAGOS

- Copia certificada de las actas emitidas por el Comité y/o Comisión, en las que se determina la procedencia y se autoriza el monto a pagar.
- Acuse de la Notificación al interesado.





- Copia del desglose de la validación y cuantificación de facturas en caso de reembolso y de la resolución que la incluya.
- Datos de contacto del promovente.
- Copia simple de identificación vigente.
- Copia certificada de la acreditación del interés jurídico en los casos de muerte.

Las solicitudes de emisión de pago enviadas por las Comisiones a la Jefatura de Servicios de Conciliación y Dictaminación de Quejas y Reembolsos son sujetas a revisión y, en su caso, a supervisión por el Comité de Quejas Médicas del Instituto, de conformidad con el Artículo 24 fracción VIII del Reglamento.

13. CÁLCULO PARA LA INDEMNIZACIÓN TOTAL O PARCIAL

El 19 de enero de 2018 se reformó el artículo 1915 del Código Civil Federal, entrando en vigor el 22 del mismo mes y año.

Como punto principal, para calcular indemnización por daño se toma de referencia la Unidad de Medida de Actualización (UMA) en lugar del Salario Mínimo y se elimina la multiplicación al cuádruplo.

Luego entonces, en hechos ocurridos previo al 22 de enero de 2018 se tomará como base para el cálculo el Salario Mínimo y en cuanto a hechos ocurridos posterior a esa fecha se tomará como base la UMA. Para determinar el monto total se contemplarán los siguientes elementos:

Salario Mínim.	UMA (Unidad de Medida de Actualización).
Cuádruplo (Artículo 1915, párrafo II, Código Civil Federal).	1095 días de salario. (Artículo 495 de la Ley Federal del Trabajo).
1095 días de salario. (Artículo 495 de la Ley Federal del Trabajo).	-





Finalmente, para determinar el monto a pagar se tomará en cuenta el porcentaje de daño determinado por el médico especialista en la valoración médica. (de conformidad con el numeral 514 de la Ley Federal del Trabajo).

Ejemplos:

Con una indemnización cuyo monto de daño determinado por el médico especialista se haya fijado en 35%.

Salario mínimo	UMA
Fecha de Hechos: 2016 Salario Mínimo: 73.04 Por 4= \$ 292.16 Por 1095= \$ 319,915.20 Por (% 35) = \$ 111,970.32	Fecha de Hechos: 2018 UMA: \$80.60 Por 1095= \$88,257.00 Por (%35) = \$30,889.95

14. RESOLUCIÓN DE LA QUEJA CONAMED

- I. La Subcomisión elabora el proyecto de dictamen.
- II. El proyecto de dictamen se sesionará en la Comisión.
- III. Resuelta la Queja por el Comité o la Comisión se elabora el Dictamen.
- IV. Emitido el Dictamen se remite un tanto o copia certificada a la SAD.
- V. En términos del Reglamento, la SAD está facultada para continuar o concluir el asunto ante CONAMED.
- VI. La SAD se encarga de solicitar audiencia conciliatoria y de la notificación del dictamen al promovente.

