

Instructivo de Llenado y Codificación
del Formato de Codificación y
Control de Datos Básicos

Anexo Técnico No. 3

INSTRUCTIVO DE LLENADO y CODIFICACION DEL “FORMATO DE CODIFICACION Y CONTROL DE DATOS BASICOS PARA EL PROCESAMIENTO DE LA INFORMACIÓN ESTADISTICA DE QUEJAS CONCLUIDAS POR LAUDOS “

Introducción

El “Formato de Codificación y Control de Datos Básicos para el Procesamiento de la Información Estadística de Quejas concluidas por Laudos” (FEL-1) es un instrumento elaborado por la Dirección General de Difusión e Investigación de la CONAMED en el contexto del Proyecto de sistematización de la información contenida en los expedientes de Laudos emitidos por la propia Comisión.

Como se comentó previamente, proyecto se enmarca en el contexto del proceso de mejora de la calidad de los servicios de salud, mismo que requiere como requisito fundamental contar con información estadística que permita el conocimiento de la calidad de la atención, la cual se refleja, entre otros aspectos, mediante la queja médica presentada por los usuarios de los servicios médicos.

En ese sentido, el formato que nos ocupa se enfoca de manera muy particular hacia la obtención de los datos estadísticos vinculados con la emisión de los laudos, considerados como la resolución final del arbitraje; es la decisión de cualquier controversia o disputa extrajudicial, que da la persona designada como árbitro, para su solución.

El propósito del Formato en cuestión es facilitar las etapas del proceso de obtención de los datos de manera sistemática, enfatizando la transcripción y codificación de las variables estadísticas, para su posterior captura, procesamiento y explotación. Es importante señalar que dicho formato es aún de carácter preliminar, al igual que el presente instructivo, en la medida que ambos serán probados durante la prueba piloto próxima a realizarse y de la cual se obtendrán las observaciones necesarias para ajustar los instrumentos de carácter definitivo.

I.- Descripción del Formato de Codificación y Control de Datos Básicos para el Procesamiento de la Información de Laudos.

El contenido del formato mediante el cual se trabajará la sistematización de la información estadística sobre las quejas concluidas mediante la emisión de Laudos, se ha estructurado en siete apartados generales y algunos anexos específicos de carácter temático (para este primer momento, y como parte de la prueba piloto solo se ha desarrollado el correspondiente a la

Atención Obstétrica). Lo anterior implica el manejo de 65 ítems generales distribuidos en los diferentes apartados y 13 variables de tipo temático.

Los grandes apartados, que por cierto responden al Marco Conceptual del proyecto, son los siguientes:

1. Datos del Proceso
2. Datos de la Queja
3. Datos del Usuario
4. Datos del Prestador de servicios
5. Datos sobre el Daño y/o Padecimiento
6. Datos sobre Seguridad en el Paciente
7. Datos sobre la Conclusión del Laudo

CEDULA TEMATICA I: Atención Obstétrica

A continuación se describe el propósito de cada uno de ellos así como su contenido en cuanto a las categorías y variables más relevantes.

1.- DATOS DEL PROCESO

Incluye los datos generales vinculados al proceso, desde el año de creación del expediente, el número de apertura de éste, las fechas de inicio y conclusión del proceso de conciliación, las fechas de inicio y conclusión del proceso arbitral, así como la identificación del módulo que atendió el caso y los consultores médico y jurídico vinculados al mismo. En total considera los apartados del 1 al 9 de Formato FEL-1.

2.- DATOS DE LA QUEJA

Identifica los aspectos relativos a la presentación de la queja, su vía de entrada, la forma de recepción, los motivos que la originaron, el tipo de pretensión del usuario y en su caso el monto de la pretensión económica. Incluye cinco apartados, del 10 al 14.

3.- DATOS DEL USUARIO

Identifica las características esenciales del usuario, relevantes para la queja; desde las iniciales de su nombre, su edad y sexo, su lugar de residencia, escolaridad y ocupación, así como su condición de derechohabiente y la institución a la que se encuentra afiliado. Se cuestiona sobre el posible promovente y la calidad de éste, incluyendo el tipo de parentesco, así como los posibles motivos de ausencia del usuario cuando no fuera él personalmente quien presente la queja. Comprende un total de 11 rubros, incluidas en las preguntas de la 15 a la 25.

4.- DATOS DEL PRESTADOR DE SERVICIOS

Comprende tres apartados referentes a posibles eventos relativos a igual número de atenciones médicas en relación a la queja que se presenta. Cada apartado se compone de 9 rubros, mismos que consideran desde el sector de atención al que pertenece la institución que inició la atención del caso, el nombre de la institución y la unidad médica involucrada, la ubicación geográfica de ésta, el tipo de establecimiento, los servicios médicos relacionados con el caso, el tipo de personal médico mencionado por el quejoso, las especialidades médicas involucradas y la precisión del sitio exacto donde se otorgó la atención. Cada expediente, según el caso que se trate, podrá requisitar uno, dos o los tres apartados mencionados.

5.- DATOS SOBRE EL DAÑO/PADECIMIENTO

Consta de seis apartados, que van del rubro 29 al 34. Su contenido se refiere a los daños, padecimientos, enfermedades que originaron la queja, así como los procedimientos médicos o quirúrgicos involucrados en la misma, el tipo de daño y la gravedad sufrida, así como la descripción de la discapacidad, en caso que la hubiera y el señalamiento de la ocurrencia potencial del daño máximo: la muerte, y la determinación de las causas vinculadas a ésta.

6.- DATOS SOBRE SEGURIDAD DEL PACIENTE

Este capítulo consta de 11 apartados, del ítem 35 al 45, todos ellos relacionados con la seguridad del paciente y la ocurrencia de incidentes adversos y eventos centinela. Incluye espacio para la transcripción de incidentes adversos relacionados con la gestión de los servicios, la comunicación, el diagnóstico, la aplicación de procedimientos, la medicación, los cuidados, las infecciones nosocomiales, de otros incidentes adversos; así como la descripción de posibles eventos centinela y los llamados eventos cero (never events).

7.- DATOS SOBRE LA CONCLUSIÓN DEL LAUDO

Este último apartado consta de 8 rubros, comprendidos del 46 al 53 y se refieren a las decisiones tomadas durante el proceso arbitral, respecto a la responsabilidad institucional, la evaluación del acto médico y en su caso los motivos de mala práctica encontrados, la forma de conclusión del laudo, la condena emitida, el monto de la indemnización dictada, las evidencias de cumplimiento de pago y en su caso la existencia de demandas de amparo relativas al caso de referencia.

CONTENIDO TEMATICO I: ATENCION OBSTÉTRICA

Se pretende que paulatinamente se vaya contando con anexos temáticos sobre los principales problemas vinculados a las quejas, con preguntas particulares solo con el tema a tratar, y que serán complementarias a las mencionadas en el formato FEL-1. Para el momento actual, en la prueba piloto se considerará el único anexo disponible hasta el momento y que se refiere a la atención obstétrica.

En dicho formato anexo se encontrarán 13 diferentes ítems, referentes a la condición de embarazo del usuaria, su edad gestacional, los datos del personal médico involucrado en la queja, la valoración del riesgo reproductivo, los factores de riesgo identificados, el diagnóstico clínico de la mujer en el momento de ingreso a la unidad médica, la forma de resolución del embarazo, el desenlace materno del caso, las complicaciones encontradas respecto al binomio madre-hijo, la información existente sobre el daño perinatal, los motivos de inconformidad por los que se presenta la queja y las principales desviaciones encontradas en el acto médico a que se refiere el expediente en cuestión.

En el Anexo I del presente documento se incluye el diseño del “Formato de Codificación y Control de Datos Básicos para el Procesamiento de la Información Estadística de Quejas concluidas por Laudos (FEL-1)”

II Consideraciones Generales para el adecuado manejo del formato FEL-1

- 1.** La información recabada a través del “Formato de Codificación y Control de Datos Básicos para el Procesamiento de la Información Estadística de Quejas concluidas por Laudos (FEL-1)”, cumple con los principios de confidencialidad de información que señala la Ley de Protección de Datos Personales y las medidas que al respecto considere la CONAMED.
- 2.** El Formato de codificación y control de datos básicos para el procesamiento de la información estadística de quejas concluidas por laudos, debe ser requisitado a partir de los expedientes de Laudos toda vez que estos hayan sido CONCLUIDOS.
- 3.** El acceso a dichos expedientes se hará conforme lo determine el área responsable de su resguardo y bajo las consideración que ésta defina, teniendo acceso solo aquellas personas autorizadas tanto por la Dirección General de Arbitraje como por la Dirección General de Difusión e Investigación, ambas de la CONAMED.
- 4.** El personal técnico al que se asigne el proceso de codificación y control de la información estadística transcrita del expediente de Laudos será responsable del resguardo y la confidencialidad del mismo, hasta su captura y entrega al responsable del proyecto.

5. El objetivo del formato es coadyuvar a la integración de una base de datos que tenga información estadística sobre Laudos conformada de manera homogénea y que considere en su llenado y su codificación criterios únicos para cada una de las variables y clasificaciones contenidas en el formato e referencia.
6. Para alcanzar el objetivo propuesto, cada formato deberá pasar por cuatro etapas diferentes, que según se determine internamente (DGDI) podrán ser realizadas o no por la misma persona. Las cuatro etapas son las siguientes: Transcripción de los datos, proceso de validación de éstos, proceso de codificación de variables y fase de captura de la información.
7. En relación a la primera fase del proceso de obtención de la información estadística, una instrucción de la mayor relevancia es asegurar la transcripción completa y textual de los conceptos solicitados, en la medida que de ellos dependerá la precisión de la codificación, cuando ese sea el caso.
8. Cada formulario deberá incluir de manera íntegra toda la información requerida, exceptuando aquellas preguntas que no apliquen. Para las preguntas cuya respuesta no esté contemplada en el expediente, deberá anotarse la opción “no disponible”.
9. A fin de asegurar la calidad de la información recabada, se sugiere que al final de la transcripción se revise integralmente el llenado correspondiente, tratando con ello de asegurar la congruencia interna del documento (fase de validación). Para ello deberá asegurarse la revisión de los criterios de validación que para tal efecto se proporcionaran en éste mismo documento.
10. La tercera fase implica el proceso de codificación de la información recabada a través del formato en cuestión. Para ello deberán utilizarse únicamente las Clasificaciones y Catálogos a los que haga mención el presente documento (ver anexos mencionados en el siguiente capítulo).
11. La última etapa del proceso implica la captura de la información validada y codificada, lo que dará como resultado la conformación de una base de datos homogéneamente integrada.
12. A partir de dicha base de datos, se elaborarán los tabulados e indicadores que permitan el análisis de la información generada, lo que a su vez propiciará su difusión y toma de decisiones por parte de las instancias respectivas.

13. Para fines de control interno, cada formato requisitado, validado y codificado deberá incluir al final del documento las iniciales del personal técnico que lo trabajó, así como la fecha en la que se concluyó.

Por ningún motivo la información contenida en el formato FEL-1 podrá ser utilizada para fines diferentes a los estadísticos. La contravención a lo dispuesto en este lineamiento será sancionado conforme a lo establecido por la CONAMED y la Ley de Protección de Datos Personales

III Instrucciones Específicas para el Manejo, Control y Uso del “Formato de Codificación y Control de Datos Básicos para el Procesamiento de la Información Estadística de Quejas concluidas por Laudos” (FEL-1).

III.1.- DATOS DEL PROCESO

Para el llenado de este apartado, debe consultarse la hoja frontal del Expediente de Laudos, así como la primera hoja en la cual se incluye la información solicitada.

1) Número del Expediente

Es el número de control asignado a un expediente, entendiéndose por este al conjunto de documentos con los que se identifica al usuario que presenta la queja y donde se registran el relato de hecho, los documentos probatorios de la atención médica, las pretensiones y las conclusiones del laudo. Es de carácter legal, confidencial y se considera que es propiedad de la Institución.

2) . Año del expediente

Este dato se refiere al año de apertura del expediente, y generalmente constituye el primero de los datos del documento; se incluye en la hoja frontal. La indicación es anotar el dato a cuatro dígitos.

Su importancia radica en que esta variable se constituye en la llave de entrada y de identificación del usuario para fines de la conformación de la base de datos y el manejo de información estadística, en la medida que no se registra el nombre de quien presenta la queja.

Para su llenado utilizar números arábigos, colocando un solo carácter en cada espacio. Rellenar con ceros a la izquierda en el caso de que así se requiriera.

3) Fecha del incidente que motivó la queja

Esta información resulta indispensable para el cálculo de la duración del proceso en su conjunto, por lo cual es importante la claridad en su transcripción.

- La fecha debe ser anotada en el formato DD/MM/AAAA, completando
- ceros a la izquierda si el número del día y/o mes es de un dígito.
- Utilizar números arábigos (0, 1, 2, ... , 9)
- Colocar un sólo carácter en cada espacio.

4) Fecha inicio de la conciliación y

5) Fecha término de la conciliación

Esta información resulta indispensable para el cálculo de la duración del proceso conciliatorio, por lo cual es importante la claridad en su transcripción. Se requiere que:

- La fecha debe ser anotada en el formato DD/MM/AAAA, completando
- ceros a la izquierda si el número del día y/o mes es de un dígito.
- Utilizar números arábigos (0, 1, 2, ... , 9)
- Colocar un sólo carácter en cada espacio.

6) Fecha inicio del arbitraje (laudo) y

7) 6) Fecha término del arbitraje (laudo)

Al igual que el caso anterior, esta información resulta fundamental para el cálculo de la duración del proceso arbitral, es decir el número de días transcurridos para la conclusión de un laudo, por lo cual es importante la claridad en su transcripción. Se requiere que:

- La fecha debe ser anotada en el formato DD/MM/AAAA, completando
- ceros a la izquierda si el número del día y/o mes es de un dígito.
- Utilizar números arábigos (0, 1, 2, ... , 9)
- Colocar un sólo carácter en cada espacio.

8) Sala que atendió el proceso Arbitral

Anotar el número de módulo que atendió el proceso arbitral correspondiente al expediente. En caso de ser de un solo dígito anote ceros a la izquierda.

9) Titular de la Sala Arbitral y

10) Arbitro Jurídico del proceso Arbitral

Esta información aparece también en la parte inicial del expediente. Anote en forma clara el nombre de los consultores en cuestión, tanto el del área médica como el del área jurídica. (Posteriormente se conformará un catálogo y solo se anotará el número de referencia que les corresponda, al igual que sus iniciales).

III.2.- DATOS DE LA QUEJA

En términos generales los datos de este apartado pueden encontrarse descritos en la primera parte del expediente.

11) Vía de entrada

Anote claramente cómo es que llegó el caso a la CONAMED; si el usuario se presentó directamente, si envió su queja por correo electrónico o si bien el caso fue remitido por otra institución. La codificación deberá efectuarse a partir del Catalogo 1.

12) Forma de recepción

Se refiere a la Forma o el medio a través del cual la CONAMED recibió la queja, por lo cual deberá anotarse la instancia, institución, organismo o asociación que remitieron el caso. En caso de que sea una Comisión Estatal no olvide anotar a que entidad federativa pertenece.

Es importante observar que debe haber congruencia con la respuesta de la pregunta anterior. Anotar de manera completa y codificar según el Catalogo 2.

13) Motivo de la Queja:

Las razones que motivan al usuario (litis) a presentar la queja pueden ser una o varias. Anote textualmente un máximo de tres causas, en los espacios previstos por el formato para tal fin.

Causa 1-----

Causa 2-----

Causa 3-----

Posteriormente, durante el proceso de codificación se trabajará con el Catalogo 3 para la clasificación de las causas. En caso de que este catalogo no fuese suficiente, se espera que la prueba aporte elementos para que, en su caso, sea modificado Y70 ajustado.

14) Tipo de pretensión solicitada por el usuario

Durante la exposición de la queja, el usuario manifiesta las pretensiones, expresadas en forma de aspiración, deseo o propósito, que reclama al prestador o institución con motivo de su insatisfacción con el servicio médico que se le otorga.

Anote clara y textualmente, en el espacio correspondiente el tipo de peticiones que hace el usuario (médica, económica, de otro tipo...), de forma tal que durante el proceso de codificación pueda clasificarse según los catálogos del 5 al 7.

15) Monto de Pretensión Económica solicitada por el usuario.

En el caso de que el usuario haya manifestado una pretensión económica de cualquier tipo (indemnización, reembolso o condonación) anote claramente el monto de lo solicitado.

Durante el proceso de codificación los montos anotados serán organizados según el catálogo número 7 del documento correspondiente.

III.3 DATOS DEL USUARIO

16) Iniciales del nombre del usuario.

Dentro del expediente de Laudos, la identificación del usuario que presenta la queja inicia con el nombre completo de la persona. No obstante, por motivos de confidencialidad en el formato de transcripción y codificación se solicita que se anoten exclusivamente las iniciales de los nombres y apellidos del usuario.

17) Sexo del usuario.

Si bien en forma textual los datos contenidos en el expediente no mencionan si se trata de un hombre o una mujer, esto deberá deducirse mediante el documento de identificación que se presenta (credencial del IFE, pasaporte, identificación laboral,...) y no solo por el nombre de la persona, ya que pudiera haber malas interpretaciones con nombres como Guadalupe, Refugio,...etc.

La respuesta anotada deberá ser siempre hombre o mujer y solo en caso de tratarse de muertes perinatales, podría incluirse la opción de “se ignora” o “no especificado”. El catálogo de apoyo a la codificación es el Número 9.

18) Edad del Usuario.

En la mayoría de los expedientes el usuario declara su edad, misma que en esos términos deberá ser anotada en el formato de transcripción y codificación, precisando que se trate de años cumplidos. En caso de que esto no sucediera, el dato tendría que inferirse de su fecha de nacimiento o de las identificaciones presentadas (la mayoría incluye la edad).

Cuando el usuario fuese un menor de menos de un año, su edad tendría que ser anotada en meses cumplidos.

Al ser una pregunta abierta no existe catálogo, aunque para fines de presentación se presentaran los datos organizados en grupos quinquenales de edad.

19) Residencia habitual del usuario.

Anotar los datos donde habita generalmente el usuario, es decir donde declara vivir actualmente.

Inicie anotando el nombre del municipio y la entidad federativa de residencia. En el caso del Distrito Federal, deberá señalar la delegación política. Si la información no aparece textualmente en el cuerpo del expediente, apóyese en los documentos de identificación presentados por el usuario para tratar de inferir dichos datos.

Si el lugar de residencia del quien presenta la queja fuese el extranjero, es decir estuviera fuera de la República Mexicana, anote “otro país” y especifique el nombre de éste. Si no fuese posible identificar el lugar de residencia (municipio o estado) anote “no especificado”.

La codificación de esta información se realizará posteriormente con base en los catálogos 10 y 11 mencionados en el documento correspondiente.

20) Escolaridad del Usuario. La importancia de contar con esta información reside en que a partir de ella podría inferirse el nivel de vulnerabilidad de los usuarios de la CONAMED. No obstante, la información sobre escolaridad o grados de estudio cubiertos por el usuario no es un dato que se pregunte en las audiencias del proceso de arbitraje, por lo que raramente aparecerá textualmente en los expedientes. Se sugiere tratar de inferir el nivel de estudios de la persona a partir de la presentación que hace de su persona en la descripción de hechos. Puede apoyarse en la ocupación que en ocasiones se describe en el expediente, por ejemplo...”soy ingeniero en la

Cia.....” o “soy enfermera en”, etc. No existe un catálogo predefinido, pues se desconoce las opciones que pudieran obtenerse; a partir de las respuestas, se conformará el catálogo número 12 sobre esta variable.

21) **Ocupación del usuario.** Esta variable presenta una problemática semejante a la anterior. Al no ser una información obligatoria para el proceso que se sigue, se desconoce en que medida podrá ser posible rescatarla, ya que difícilmente aparecerá descrita textualmente en el expediente; razón por la cual deberá hacerse un esfuerzo para inferirse de la lectura de la descripción de hechos, y en su caso anotar textual y clara mente la información al respecto, misma que posteriormente será codificada con base en el catálogo numero 12. Lo importante es tratar de rescatar a que se dedicaba el usuario en el momento de presentar la queja (maestro, obrero en una fábrica, ingeniero,..etc) Anotar en caso de que no trabaje si era ama de casa, estudiante, jubilado, etc. Si no hay ninguna mención al respecto, anote que se desconoce dicha información. Cabe señalar que al igual que la escolaridad, la ocupación puede ser un indicador de vulnerabilidad de la población afectada que presenta una queja.

22) **Es derechohabiente de alguna Institución de Seguridad Social el usuario.** El usuario que presenta la queja puede o no ser derechohabiente de una institución de seguridad social, lo que no necesariamente se expresa en el texto del expediente. En algunos casos es fácilmente identificable al estar asociado a la variable “Institución” de atención, ya que si esta es de la Seguridad Social (IMSS, ISSSTE, PEMEX, DEFENSA y MARINA), el usuario Sí es derechohabiente. Por otro lado, si el usuario se atendió en la Secretaría de Salud, el IMSS-Oportunidades, o los Servicios Estatales de Salud (incluyendo los hospitales del DF, los Institutos Nacionales, el ISSEMyM, etc...) puede inferirse que NO es derechohabiente de la seguridad social. La duda surge cuando la persona se trató en una institución privada, ya que puede o no tener derecho a la seguridad social. Por tal razón, en el espacio asignado a esta pregunta, anota textualmente la información que apoye la clasificación de la información según el catalogo 14: SI, NO y no disponible.

23) **A cual Institución se encuentra afiliado el usuario.** Esta pregunta está íntegramente vinculada con la anterior, pues en caso de que exista la derechohabiencia del usuario, la institución de afiliación resulta fácilmente identificable. Se sugiere REVISAR la congruencia del dato con la información de la variable institución y la unidad médica donde se atendió. Con el propósito de validar el tipo de respuesta, en el catálogo (15) de apoyo a la pregunta se consideran como posibles alternativas el seguro Popular y las Aseguradoras privadas.

- 24) **En la presentación de la queja, participó directamente el usuario?** En caso que el usuario directamente haya presentado la queja la respuesta es SI, de lo contrario es NO (codificación a partir del Catálogo 16).
- 25) **En caso de ausencia del usuario, quien es el promovente?** En caso de que la queja haya sido presentada por otra persona, es decir por un promovente, deberá anotarse si éste tiene asiste con una Representación Legal o bien es una persona con algún grado de parentesco con el usuario; en tal caso especifique claramente cuál es la relación mencionada. La codificación de ésta pregunta se hará con apoyo del Catálogo 17.
- 26) **Motivo de ausencia del usuario.** La respuesta a ésta pregunta deberá ser congruente con quien presentó la queja. En caso de ser el promovente, explicar cual es la razón que explica la ausencia del usuario. Se sugiere anotar en forma completa y textual la explicación que aparece en el cuerpo del expediente. Para el proceso decodificación, la información se organizará conforme al Catálogo 18.

III.4 DATOS DEL PRESTADOR DE SERVICIO

Mediante la información que se presenta en este apartado, y que deberá tomarse del Relato de Hechos que realiza el usuario en la primera parte del expediente, se pretende identificar a los servicios médicos involucrados en la queja de referencia. Según la complejidad del caso, el paciente pudo haber transitado por más de una institución o servicio involucrado, por lo cual el formato ha sido organizado para recibir la información de al menos tres tipos de Servicios Médicos en los cuales fue atendido por la misma causa motivo de la presente queja. Revise el expediente y anote claramente, en orden cronológico las características del tipo de atención recibida por el usuario.

El contenido de cada uno de los tres apartados de que consta esta sección se integra de 9 variables, cuya información deberá ser anotada claramente, en forma textual en el espacio reservado para cada caso.

27) PRIMER SERVICIO MÉDICO INVOLUCRADO

Transcriba en los espacios reservados los datos estadísticos de la primera instancia involucrada a la cual acudió el usuario para la atención de su problema de salud.

27.1) Sector de Atención a la que pertenece la institución.

Deberá anotar si la institución pertenece al ámbito público o privado, y si es una institución de seguridad social o asistente social. Se sugiere ser muy preciso en la descripción de los términos. Para fines del proceso de codificación, se empleará el Catálogo 19 como apoyo a la organización de la información.

27.2) Institución que inició la atención del caso.

Escribir en forma precisa el nombre de la primera institución a la que acudió el usuario en busca de atención. Se sugiere buscar congruencia con lo anotado en preguntas previas. Para fines de la organización de los datos estadísticos, se empleará en el proceso de codificación el Catálogo 20 del documento correspondiente.

27.3) Unidad Médica Involucrada

Es de gran importancia que la transcripción de la información sobre la unidad médica involucrada se realice de la forma más completa posible respecto al relato de hechos y los documentos de comprobación que presente el usuario durante el desahogo de pruebas, debido a la similitud de nombres y tipos de establecimiento en el país.

Con la finalidad de dar cumplimiento a la normatividad establecida en materia de información estadística en salud, a partir de los datos anotados en este apartado se codificará la unidad médica a través de la Clave Única de los Establecimientos de Salud (CLUES), a través de la Página Web de la Dirección General de Información en Salud.

27.4.- Ubicación Geográfica del Establecimiento.

Anote claramente el municipio y la entidad federativa donde se ubica el establecimiento de salud al cual acudió el usuario por primera vez para su atención. Dicha información puede encontrarse en algunos casos, de manera indirecta, por ejemplo con la afirmación: “me atendieron en el Hospital Regional de Toluca”, o en el Hospital de Especialidades de Pachuca”, ...etc. De ahí podemos inferir que el municipio es Toluca, o Pachuca, en tanto que la entidad federativa sería el estado de México o Hidalgo respectivamente.

Los Catálogos que se emplearán para la codificación de estas variables con el 10 y el 11, ya que son los mismos que se emplean para la variable de residencia habitual del usuario.

27.5.- Tipo de Establecimiento.

Esta variable permite contar con un mayor conocimiento del establecimiento de salud que atendió al usuario, ya que en forma indirecta aporta información sobre el nivel de complejidad de la unidad médica de que se trata. Entre los tipos de establecimiento que se relacionan más frecuentemente, están las clínicas, los consultorios, los hospitales, los laboratorios, otros establecimientos de apoyo, etc.

Es por ello importante transcribir en forma completa la información relativa a las unidades médicas, ya que a partir de estas podrá codificarse la información según lo establece tanto el Catálogo 21.

Revisar lo referente al Catálogo 26, que se refiere al Tipo de Atención involucrada (atención ambulatoria o atención hospitalaria).

27.6.- Servicios Médicos Involucrados.

El ingreso de un paciente al interior de una unidad médica inicia con la atención en uno o varios servicios. Según la narrativa del usuario que consta en el expediente, anote en forma clara los servicios involucrados en la atención de la primera unidad médica que visitó.

La codificación de los servicios mencionados se hará a partir del Catálogo 23 del Manual correspondiente.

27.7.- Personal Médico Involucrado.

En el Relato de Hechos que realiza el usuario respecto a la experiencia de la primera unidad médica que lo atendió, aparece generalmente la mención del o los personajes involucrado en la atención que originó la queja, señalándose no solo el nombre de dicha persona sino también el cargo, la especialidad y la posición que éste tiene dentro del establecimiento.

En el espacio asignado a este apartado, transcriba puntualmente los datos del personal de salud involucrados en la queja, por ejemplo, “el médico titular del servicio de gastroenterología”, “el residente de obstetricia”, “la enfermera de urgencias”,...etc.

La codificación de dicha información se hará conforme lo establece el Catálogo 24

La precisión de los datos permitirá complementar de la mejor manera no solo la información de éste rubro sino también la correspondiente a la pregunta siguiente del formato.

27.8.- Especialidades Médicas involucradas.

Anotar claramente, según lo que consta en el relato de hechos del expediente, la totalidad de especialidades que se mencionan como parte de la atención médica que dio origen a la queja. Para fines de congruencia interna revisar la información anotada en la pregunta anterior de este mismo cuestionario.

La codificación de las especialidades se hará a partir del Catalogo 25 que aparece en el documento técnico que presenta la lista de Catálogos.

28) SEGUNDO SERVICIO MÉDICO INVOLUCRADO

Las mismas preguntas del punto 26 se aplicarán en aquellos casos donde hubiesen sido tratados en una segunda institución o establecimiento de salud.

29) TERCER SERVICIO MEDICO INVOLUCRADO

Las mismas preguntas del punto 26 se aplicarán en aquellos casos donde hubiesen sido tratados en una tercera institución o establecimiento de salud.

III.5 DATOS SOBRE EL DAÑO O EL PADECIMIENTO

En este apartado se registrarán los daños sufridos por los usuarios y que gracias a la queja levantada han quedado debidamente documentados en el expediente del caso; se anotarán los padecimientos y enfermedades, los procedimientos médicos y quirúrgicos, y las discapacidades resultantes de una mala práctica a causa de problemas en la atención. Es de suma importancia la transcripción completa de cada una de las entidades nosológicas mencionadas, así como de los procedimientos puntuales que se realizaron, pues de ello depende que se logre una adecuada y precisa codificación.

30) Daños, padecimientos y enfermedades que originan la queja.

Se cuenta con un espacio suficiente para anotar un máximo de tres padecimientos, los cuales deberán ser señalados en forma clara y concisa, respetando el orden de mención en el que aparecen en el relato de hechos incluido en el expediente.

El proceso de codificación de cada uno de los padecimientos incluidos en la relación, implicará el manejo de la Clasificación Internacional de Enfermedades, en su décima revisión (CIE-10), lo cual asegura que la información tendrá el mayor nivel de homogeneidad para fines comparativos entre países e instituciones de salud, toda vez que se conformen las bases de datos correspondientes.

El Catálogo 28 del documento técnico sobre clasificadores, muestra los grandes capítulos de la CIE-10, que permite codificar a nivel de capítulos a dos dígitos. De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud, la codificación mínima aceptable deberá realizarse a tres dígitos, para lo cual se encuentra disponible el catálogo electrónico de dicha clasificación.

31) Procedimientos médicos y quirúrgicos que originan la queja

Al igual que para los padecimientos y enfermedades, en lo referente a los procedimientos el formato incluye espacio para anotar un máximo de tres de ellos. Se sugiere anotar en forma precisa y clara, respetando el orden en que dichos procedimientos aparecen mencionados en el expediente del usuario.

El proceso de codificación se hará a partir de la Novena Clasificación Internacional de Enfermedades y Procedimientos, en su modificación clínica (CIE-9- MC), cuyos códigos aseguran la homologación de los datos y la posibilidad de compararlos tanto a nivel internacional como nacional.

El Catálogo 29 del documento técnico sobre clasificadores, muestra los grandes apartados de la lista tabular de la CIE-9-MC, que permite codificar a nivel de capítulos a dos dígitos. Considerando la recomendación internacional por parte de la OMS de que la codificación mínima aceptable sea de tres dígitos, deberá consultarse el catálogo electrónico para la codificación con mayor desagregación.

32) Tipo de daño sufrido

Transcriba en el formato lo declarado por el usuario en relación al tipo de daño sufrido a consecuencia de los problemas de atención, y por el cual se presenta la queja. Describa textualmente, especificando los detalles. El Catálogo 30 muestra los tipos de daño reportados: físico, patrimonial (o económico), moral o psicológico.

33) Gravedad del daño sufrido

Cuando el tipo de daño reportado sea de carácter físico, es importante determinar cual es la gravedad del mismo. Si bien hay diferentes enfoques para medirlo, la clasificación final dependerá de lo declarado por el usuario. En el catálogo 31 se observan algunas posibilidades de respuesta, como son: sin daño físico, con daño temporal, daño prolongado, daño permanente, muerte. Si el usuario no hace mención sobre el tema, la respuesta sería “no especificada”.

Es importante hacer la validación de esta pregunta respecto a la anterior; es decir, por ejemplo que si la pregunta 31 menciona la existencia de un “daño físico”, la 32 no puede reportar “sin daño físico”. Como en todos los demás catálogos, el nivel de integridad de éstos dependerá de las respuestas aportadas por los usuarios.

34) Presencia de discapacidad

Lea cuidadosamente el relato de hechos que aparece en el expediente y anote cualquier referencia que haga el usuario respecto a la presencia de algún tipo de discapacidad, surgida a consecuencia de la atención recibida. En todo momento trate de obtener la mayor precisión posible, ya que en función del detalle relatado por el usuario, la información podrá codificarse con mayor nivel de desagregación.

El catálogo 32 muestra una desagregación muy general de la discapacidad, organizada según los principales tipos de ésta: motriz, sensorial, mental, múltiple,....

35) Daño máximo, la muerte

Del relato de hechos se desprenderse la existencia o no del daño máximo a la persona: la muerte. Señale de manera clara la ocurrencia de una defunción, corroborando que aparezca en el formato el certificado de defunción correspondiente.

36) Causa de la defunción (Certificado de Defunción)

A partir de la información anotada en el certificado de defunción de la persona fallecida, transcriba al formato FEL-1 lo referente a las causas de la muerte: incisos a), b), c) y d) del apartado de causas de muerte.

Dicha información será codificada según la CIE-10, siendo válidas las observaciones mencionadas en relación al catálogo 28.

III.6 DATOS SOBRE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE

La principal recomendación para codificar cada uno de los diez subincisos que componen este apartado, es asegurar una lectura minuciosa del relato de hechos y la presentación de pruebas posteriores, así como conocer con detalle la desagregación de conceptos que maneja la Clasificación Internacional de Seguridad en el Paciente.

III.7 DATOS SOBRE LA CONCLUSION DEL LAUDO

La información estadística que respecto a este tema será transcrita y codificada al "Formato de Codificación y Control de Datos Básicos para el Procesamiento de la Información Estadística de Quejas concluidas por Laudos" (FEL-1), deberá ser tomada de la última parte del expediente, concretamente del apartado que representa la sentencia del laudo.

A diferencia de los capítulos anteriores, para los cuales se requería una transcripción clara y textual de los conceptos manifestados por los usuarios a fin de poder interpretarlos adecuadamente sin perder la esencia de éstos, en esta parte final del documento las preguntas son concisas y no admiten respuestas alternativas a las proporcionadas por los catálogos que a continuación se mencionan.

47) Dictamen del caso en relación a la Responsabilidad institucional.

Anote en el espacio previsto para esta pregunta la decisión tomada durante el proceso arbitral respecto a la responsabilidad de la institución frente a la queja del usuario.

Codifique según el Catálogo 44, que permite tres respuestas: con responsabilidad institucional, sin responsabilidad institucional, y sin elementos para determinar.

48) En relación a la evaluación documental del acto médico

Señale con claridad para este tema cual fue el dictamen de la CONAMED en relación a la queja y la práctica médica. La codificación se realizará a partir del catálogo 45, el cual permite las siguientes opciones: mala práctica, buena práctica y sin elementos de juicio.

49) En caso se señalarse mala práctica anote los Motivos

Anote en el formato los motivos de mala práctica dictaminados por el laudo. Solo deberán señalarse estos cuando la evaluación documental del acto médico haya sido de mala práctica. Según el Catálogo 46 estos motivos pueden ser: imprudencia, negligencia, impericia, entre los más frecuentemente mencionados.

50) Señale claramente la Forma de conclusión del laudo

Describa de manera clara la forma en que se concluye el laudo, la cual según el catálogo 47 solo puede ser absolutoria o condenatoria.

51) Describa la Condena Emitida por el laudo

Describa en el formato cual es la condena emitida por el laudo.

Por el momento no existe un catalogo definido, pero a partir de las respuestas observadas se trabajará una propuesta para el mismo.

52) Monto de la indemnización, reembolso o condonación dictada.

Esta pregunta debe ser congruente con la anterior únicamente en el caso que la condena emitida sea de carácter económico (o patrimonial). Escriba de manera libre el monto a pagar al usuario. Aun cuando como parte del proceso de codificación, deberá recurrirse al catálogo 48 para estratificar los montos para una mayor facilidad de presentación estadística.

53) Existe Comprobación de cumplimiento de pago.

Deberá verificarse si entre los documentos comprobatorios que se incluyen en el expediente se encuentran aquellos que dan fé de haber dado cumplimiento al pago correspondiente a la condena emitida (puede ser una orden de transferencia bancaria, un cheque, una transacción electrónica,...etc). El catalogo 49 permite solo dos opciones posibles: Si hay comprobación y No hay comprobación.

54) En algún momento se presenta Demanda de Amparo

Describa en el espacio correspondiente a la última pregunta del formato, si en algún momento del proceso arbitral, el caso presentó una Demanda de Amparo. El catálogo 50 solo presenta dos opciones posibles: Si hubo amparo; No hubo amparo.