Artículo Original

Costos directos del reembolso o indemnización por prestadores de servicios en quejas médicas*

Direct cost of reimbursement or compenstion to provide services for medical complaints

* **Ganador del Primer lugar del XX Premio Nacional de Investigación en Economía de la Salud, otorgado por FUNSALUD y la Fundación GSK, 2009**

Dr. Germán Fajardo-Dolci[1], Dr. Javier Santacruz-Varela[2], Dr. Francisco Hernández-Torres[3], T.E.S.P. Maria Teresa Aguilar Romero[4], Lic. José Vicente Bautista Estrada[5]

Resumen

La atención de quejas médicas en la Conamed incluye un análisis de la atención médica, que se realiza en forma detallada considerando los principios científicos, éticos y legales que la regulan, con el fin de valorar si existe o no evidencia de mala práctica (EMP). Cuando se demuestra mala práctica la reparación del daño puede ser económica, dependiendo de la gravedad e impacto en los usuarios de servicios de salud.

Material y métodos. El objetivo fue determinar los costos directos que ocasiona el rembolso o indemnización por los prestadores de servicios de salud, producto de las quejas médicas calificadas en conciliación o arbitraje médico; se trata de un estudio descriptivo, retrospectivo y polietápico, sobre quejas médicas atendidas en la Conamed entre 2002 y 2008.

Resultados. Las quejas médicas se conciliaron a través de diversas modalidades de compromiso, agrupadas en tres categorías: con compromiso económico, sin compromiso económico y con otro tipo de compromiso; sólo una tercera parte de las quejas conciliadas representaron un costo económico directo para el prestador de servicios. El costo global de 1,465 quejas conciliadas fue de $60.06 mdp, en donde 64% se pagó por indemnizaciones, 35% se pagó por reembolsos y 1.0% correspondió a condonaciones. El costo económico varía de acuerdo a la especialidad, es mayor en urgencias médicas y quirúrgicas, así como en la cirugía general, en tanto que el menor costo se observa en odontología y oftalmología.

Discusión. Sólo en la tercera parte de las quejas atendidas el prestador termina pagando un monto al paciente o su familia. Se encontró que en los promoventes de la queja médica no existe dolo y sí reclaman la devolución del gasto efectuado en su atención; en la tercera parte de las quejas conciliadas sólo requirió de aclaración o explicación del prestador de servicios.

Conclusiones. Quienes presentan una queja médica, no parecen estar motivados por el beneficio económico ya que sólo en la tercera parte (33.7%) de las quejas atendidas mediante conciliación se llegó a un arreglo mediante algún compromiso económico. La importancia de la explicación y la disculpa al paciente por parte del prestador del servicio, quedó manifiesta en la tercera parte de las quejas que fueron conciliadas sin ningún compromiso económico. *Rev. CONAMED. 2009; 14 (3): 35-43.*

Palabras clave: queja médica, mala práctica, costo directo, reembolso e indemnización.

Abstract

The attention of medical complaints in the Conamed includes an analysis of health care that it is realized in detailed form considering scientific, ethical and legal issues regulate that it in order to assess whether there is evidence or not of malpractice (EMP). When it is demonstrated malpractice, the damage repair could be economical, depending on the severity and impact on health service users.

1 Comisionado Nacional de Arbitraje Médico, CONAMED.
2 Director de Calidad, CONAMED.
3 Director General de Calidad e Informática, CONAMED.
4 Subdirectora de Estadística, CONAMED.
5 Encargado de Sistema de Estadística Institucional, CONAMED.

Correspondencia: Dr. Francisco Hernández Torres. Dirección General de Calidad de Informática. Mitla 250, Esq. Eje 5 Sur (Eugenia), Col. Vertiz Narvarte, Del. Benito Juárez, C.P. 03020, México D.F. Correo electrónico: fhernández@conamed.gob.mx.

Material and methods. The objective was to determine the direct cost incurred for reimbursement or compensation of health service providers, product of medical complaints in conciliation or medical arbitration qualified; it is about a study multi-stage, retrospective and descriptive on medical complaints taken care in Conamed between 2002 and 2008.

Results. The medical complaints were reconciled through different forms of commitment, grouped into three categories: with economic engagement, without economic engagement, and with other kind of commitment, only a third of the conciliated complaints represented a direct economic cost to the provider services. The overall cost of 1,465 conciliated complaints was of 60.06 million of mexican pesos, where 64% was paid for compensation, 35% was paid by reimbursements and 1.0% was condoned. The economic cost varies according to speciality, is higher in surgical and medical emergencies as well as general surgery, while the lowest cost was seen in dentistry and ophthalmology.

Discussion. Only a third of the complaints dealt with the provide services ends up paying an amount patient or his family. It was found that who promote the medical complaint if there is fraud and is seeking to recover the expenditure incurred in their care, the third part of conciliated complaints only required for clarification or explanation of the service provider.

Conclusions. The people who promote a medical complaint does not seem to be motivated by profit and only in one third (33.7%) of complaints dealt with by conciliation settlement was reached through a financial commitment. The importance of explanation and apology to the patient of the provider of service is evident from the third part of the complaints were settled without any economic commitment.

Key words: medical complaint, evidence of malpractice, direct cost, reimbursement and compensation.

Fecha de Recibido: 10 de septiembre de 2009.
Aceptado para publicación: 18 de septiembre de 2009.

Introducción

Cuando no se cumplen las expectativas en la prestación de servicios médicos o éstos son negados, el ciudadano tiene como alternativa interponer una queja en la Comisión Nacional de Arbitraje Médico (Conamed).

La atención de las quejas por esta instancia conlleva el análisis de la atención médica, el cual se realiza en forma detallada y de manera integral, tomando en cuenta los principios científicos, éticos y legales que la regulan a fin de valorar si hubo mala práctica; ésta se entiende como el daño ocasionado al paciente debido a impericia, negligencia o dolo. La impericia se manifiesta durante la ejecución de acciones y la negligencia como el incumplimiento u omisión de la atención y diligencia; el dolo, por otra parte, se refiere a la manipulación o engaño al paciente.

Si el acto médico no fue adecuado a normas y principios mencionados o bien cuando se presentan factores contribuyentes y factores modificantes durante el proceso de la atención médica, el conjunto de todos estos elementos o alguno de ellos puede tener implicaciones en la salud del paciente.

Cuando se demuestra mala práctica, de acuerdo a las atribuciones de la Conamed, limitadas al ámbito civil, la reparación del daño puede ser económica. La intensidad y duración del daño ha dado origen en la Conamed a clasificar su gravedad.

El daño es definido como: la alteración estructural o funcional del organismo y/o cualquier efecto perjudicial derivado de aquella. El daño físico, es la alteración del estado de completo bienestar físico y la eficiencia funcional del organismo. El daño físico puede ser temporal, permanente e incluso la pérdida de la vida (muerte).

Por otro lado, el error es un acontecimiento de naturaleza humana y su reconocimiento en la práctica médica, fue el primer paso para estudiar su frecuencia e investigar sus causas.[1,2,3,4.] Las primeras publicaciones sobre el error médico datan de mitad del siglo pasado y algunas de ellas refieren la frecuencia con que se presenta en la práctica médica.[5,6,7] La publicación "Error is Human" del Instituto de Medicina de los Estados Unidos en 1986,[8] contribuyó a renovar el interés por el estudio de los errores médicos y en particular, estimuló la medición de los *"eventos adversos", que se definen como "errores de la atención sanitaria que producen daño o lesión al paciente"*.[9,10,11,12,13] Además de afectar el patrimonio familiar, los errores médicos también producen pérdidas económicas para los prestadores de servicios de salud. En el Reino Unido se estimó que esas pérdidas ascienden a 4,800 millones de libras esterlinas por año y en los Estados Unidos, ocasionan gastos anuales de 17,000 a 20,000 millones de dólares.[14] Debido a estos cuantiosos gastos, pero no sólo por ello, diversos sistemas de salud desarrollan acciones para reducir el error médico y las quejas o reclamos a los que dan lugar.[15,16,17] Si bien hay varios estudios sobre el costo de los errores médicos en los hospitales, se ha estudiado menos el costo para los prestadores de servicios, de las quejas y reclamos de los pacientes ante las instancias especializadas en atenderlos.

En 2007 el Instituto Mexicano del Seguro Social, institución que proporciona servicios médicos aproximadamente a la mitad de la población mexicana, determinó que el costo promedio de las 6,916 quejas que atendió ese año fue de $ 19,100 (aproximadamente 1,900 dólares americanos al tipo de cambio en ese año), con un rango de entre $6,254 y $66,118 por queja.[18] Otro estudio realizado en el 2008 por la Conamed, refiere que el costo promedio del reembolso e indemnización pagados ese año a pacientes que presentaron su queja ante dicha institución, fue de $21,059 y $96,802, respectivamente (aproximadamente 2,100 y 9,700 dólares).[19]

La Conamed utiliza para atender las quejas un modelo de atención organizado en tres niveles de complejidad creciente.[20, 21] En el primer nivel de atención se resuelve el 87% del total de asuntos que recibe mediante acciones de orientación, asesoría y gestión. El 13% restante se consideran propiamente quejas, de las que la mayoría, aproximadamente el 11%, se resuelve en el segundo nivel de atención mediante la conciliación y el 2% restante en el tercer nivel a través de arbitraje.[22] En cada queja atendida en estos dos niveles de atención, se determina si existe o no evidencia de mala práctica, la que operativamente se define como "situación en que la atención del paciente no se apega a la lex artis o buena práctica médica". Los datos de la atención de quejas son registrados electrónicamente en el Sistema de Atención de Quejas Médicas (SAQMED). En la experiencia empírica se ha observado que el costo económico de las quejas atendidas para el prestador del servicio, es diferente según se trate de quejas con mala práctica o sin ella, por lo que se decidió llevar a cabo el presente estudio para determinar la magnitud del costo y corroborar esa apreciación, bajo la siguiente hipótesis: "el costo directo para el prestador del servicio, de las quejas atendidas en la Conamed, es mayor en las que tienen evidencia de mala práctica y evento adverso asociado, que en aquellas que no la tienen".

Si bien en México existen algunas estimaciones preliminares del costo de las quejas para los prestadores de servicios de salud, se consideró necesario mejorar la información y compartirla con ellos, a fin de estimularlos a que inviertan en la mejora de la calidad de atención, en vez de financiar el pago de indemnizaciones y reembolsos a los pacientes.

Material y métodos

Se llevó a cabo un estudio descriptivo, retrospectivo y polietápico de las quejas médicas atendidas en la Conamed entre 2002 y 2008. Las etapas fueron:

Primera Etapa. Las quejas recibidas en la Conamed en el periodo citado, se dividieron en dos categorías y para cada una se estimó el costo:

A. Quejas atendidas y conciliadas.
B. Quejas atendidas y con laudo.

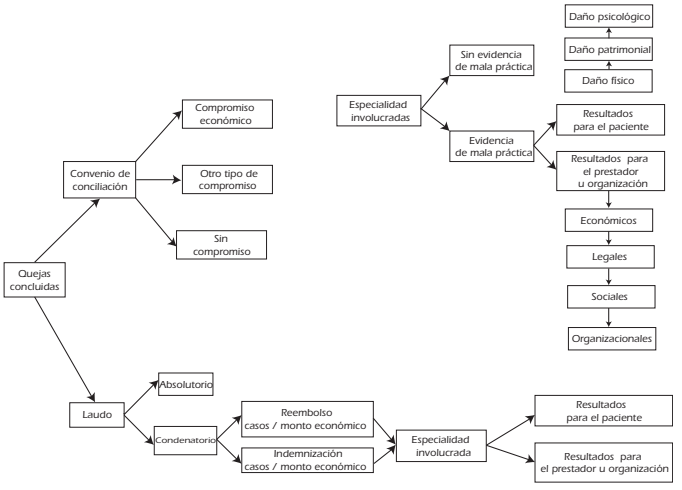
Segunda Etapa. Las dos categorías citadas se subdividieron en quejas con y sin *"evidencia de mala práctica"* y se estudiaron las diferencias de unas y otras:

Quejas conciliadas con evidencia de mala práctica médlca.

A1. Quejas conciliadas sin evidencia de mala práctica médica.
A2. Laudos con evidencia de mala práctica médica.
A3. Laudos sin evidencia de mala práctica médica.
A4. Tercera Etapa. En la tercera se analizaron quejas con evidencia de mala práctica concluidas por conciliación o laudo con "evento adverso" y se determinó su costo directo:

A1.1 Quejas conciliadas con evidencia de mala práctica médica y evento adverso.
A1.2 Quejas conciliadas con evidencia de mala práctica médica y sin evento adverso.
B1.1 Laudos con evidencia de mala práctica médica y evento adverso.
B1.2 Laudos con evidencia de mala práctica médica y sin evento adverso.

La metodología expuesta y la estratificación se esquematizan en el siguiente diagrama.



Los datos se procesaron en Cristal Reports de Business Objects y Excel de Microsoft. Se efectuaron cálculos estadísticos para determinar algunas medidas de dispersión y tendencia central de los costos económicos de las quejas atendidas.

Resultados

Entre 2002 y 2008 en la Conamed se atendieron 10,485 quejas, de las cuales el presente estudio incluyó únicamente 5,187 resueltas mediante un convenio de conciliación y 362 a través de la emisión de un laudo; esto debido a que la diferencia numérica fue concluida por otra forma distinta que impidió conocer su impacto económico.

Quejas conciliadas según modalidad de compromiso. Las quejas se conciliaron a través de diversas modalidades de compromiso que en la Conamed se agrupan en tres categorías: con compromiso económico, sin compromiso económico y con otro tipo de compromiso. De 5,187 quejas conciliadas, 1,788 fueron mediante compromiso económico del prestador de servicios, en 1,750 no generó compromisos y en 1,649 la conciliación se efectuó a través de otro tipo de compromiso. Por ello, sólo una tercera parte de las quejas conciliadas representaron costo económico directo para el prestador de servicios (Figura 1).

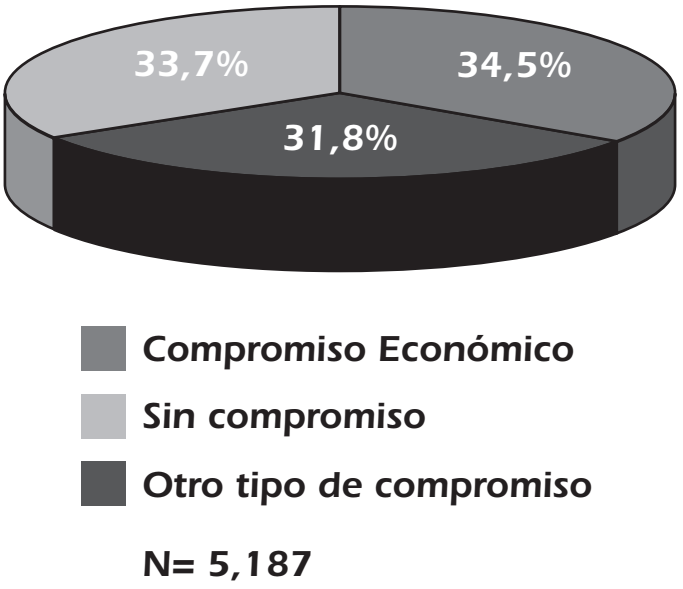


Figura 1. Quejas conciliadas según modalidad de compromiso.

Quejas conciliadas mediante compromiso económico**.** Las 1,788 quejas conciliadas mediante compromiso económico por modalidad de pago, en la Conamed se agruparon en tres tipos: por reembolso 1,322 (73.9%), por indemnización 432 (24.2%) y por condonación de la deuda 34 (1.9%). Predomina el reembolso con relación a la indemnización en una razón de 3:1; es decir, por cada 3 reembolsos los prestadores pagaron una indemnización.

Quejas conciliadas mediante otro tipo de compromiso. De éstas características se conciliaron 1,649 quejas, en el que requirió una acción de tipo asistencial por parte del prestador de servicios. De este subconjunto de quejas 786 (47.7%) se resolvió a través de atención médica especializada; 621 (37.7%) mediante explicación médica; 119 (7.2%) mediante valoración y revaloración médica y 123 (7.4%) con otras modalidades. En suma, una tercera parte de las quejas conciliadas requirieron acción asistencial para atender expectativas de atención no satisfechas del paciente; de éstas, sólo una parte requirió una explicación.

Quejas conciliadas sin compromiso económico. De 1,750 quejas conciliadas sin compromiso económico o asistencial, la documentación refiere que bastó que el prestador del servicio aclarara, explicara o se disculpara con el paciente, acerca de las acciones realizadas durante el proceso de atención. Esto representa la tercera parte de las quejas conciliadas y éstas, sólo requirieron aclaración o explicación del prestador de servicios al usuario o paciente de los servicios médicos.

Costo para el prestador de servicios de quejas conciliadas mediante compromiso económico. El análisis de 1,788 quejas conciliadas mediante compromiso económico se redujo a 1,465 (en 244 no se especificó el monto del beneficio económico y en 79 los pacientes recibieron más de un pago o "beneficio económico combinado", por ejemplo: reembolso e indemnización, condonación e indemnización o reembolso y condonación); 1,113 (76.0%) recibieron reembolso, 335 (22.8%) indemnización y 17 (1.2%) recibieron condonación. Con éstos resultados resalta que el pago por reembolso es tres veces más frecuente que el pago por indemnización y que en las tres cuartas partes de las quejas con compromiso económico, el paciente sólo reclama lo que pagó por su atención.

El costo directo global de 1,465 quejas conciliadas fue de $60.09 mdp que se distribuyen como sigue: $38.5 mdp (64%) se pagó por indemnizaciones que representaron 22.8% del total de estas quejas; $21.2 mdp (35%) se pagó por reembolsos que representaron 76.0% del total de quejas conciliadas y $0.336 mdp (1.0%) correspondió a condonaciones. No obstante que el número de indemnizaciones es tres veces menor que el de reembolsos, su costo es 1.8 mayor que el de estos.

El promedio de pago mínimo y máximo en los tres tipos: el reembolso fluctuó entre $352 y $195,384; la indemnización entre $ 13,658 y $ 229,729 y la condonación entre $ 3,811 a $49,775. Debido a la amplitud de los rangos en cada tipo de pago se calculo la mediana: reembolso $10,636; indemnización $123,396 y condonación $13,302. La mediana de la indemnización es 11.6 veces mayor que la del reembolso y 9.3 veces mayor que la condonación (Cuadro 1).

Cuadro 1. Costo de quejas conciliadas, por tipo de pago.*

TIPO DE PAGO	QUEJAS	COSTO	PROMEDIO MÍNIMO	PROMEDIO MÁXIMO	MEDIANA
REEMBOLSO	1,113	21,229.799	352	195,384	10,635
INDEMNIZACIÓN	335	38,502,156	13,658	229,729	123,396
CONDONACIÓN	17	336,764	3,811	49,775	13,302
TOTAL	**1,465**	**60,068,179**			

Fuente: Conamed. Datos del SAQMED 2002 – 2008.

Costo de quejas conciliadas por tipo de pago y especialidad. La mediana del costo de quejas conciliadas es variable: en las conciliadas por reembolso, la mediana de menor costo se encontró en odontología con $2,625; la más alta fue urgencias quirúrgicas con $24,554 y presenta la menor mediana de costo con $65,864 en las quejas conciliadas por indemnización. La más alta fue urgencias médicas con $132,933. Finalmente, la mediana de menor costo de las quejas conciliadas por condonación, correspondió nuevamente a odontología con $1,700 y la de mayor costo fue obstetricia con $20,607. Estos resultados refieren que el costo económico varía de acuerdo con la especialidad, pero es mayor en urgencias médicas y quirúrgicas, así como en cirugía general; por otra parte, el menor costo se observa en odontología y oftalmología (Cuadro 2).

Cuadro 2. Costo de quejas conciliadas por tipo de pago y especialidad.*

ESPECIALIDAD	REEMBOLSO		INDEMNIZACIÓN		CONDONACIÓN	
	CASOS	MEDIANA	CASOS	MEDIANA	CASOS	MEDIANA
URGENCIAS QUIRÚRGICAS	50	24,554	8	65,864	0	N.A.
CIRUGÍA GENERAL	99	21,500	37	123,078	2	20,607
URGENCIAS MÉDICAS	140	18,426	38	132,933	0	N.A.
MEDICINA FAMILIAR	72	16,474	23	110,814	0	N.A.
GINECOLOGÍA	68	13,667	48	122,976	3	12,500
ORTOPEDIA GENERAL	35	12,114	17	77,176	0	N.A.
OBSTETRICIA	34	10,762	47	132,100	1	47,000
OFTALMOLOGÍA	28	9,473	13	83,077	2	2,994
ODONTOLOGÍA	157	2,625	0	N.A.	1	1,700
OTRAS	430	7,452	104	127,458	8	8,484
TOTAL	1,113	11,424	335	120,717	17	11,838

Fuente: Conamed. Datos del SAQMED 2002 – 2008.
* En pesos mexicanos.

En el Cuadro 2 destaca odontología, urgencias médicas y cirugía general en el reembolso; por otra parte, ginecología, obstetricia, urgencias médicas y cirugía general en indemnizaciones. Los resultados muestran que todas las especialidades con excepción de obstetricia, tienen mayor probabilidad de pagar un costo bajo por reembolso que un costo alto por indemnización, ya que la razón entre reembolso e indemnización (R:I) varia de 6.2:1.0 en urgencias quirúrgicas hasta 1.4:1.0 en ginecología. Sólo en obstetricia esa razón se invierte para 1.4:1.0 a favor de indemnización. En la mayoría de especialidades hay mayor probabilidad que el prestador pague un costo bajo al usuario mediante reembolso.

Evidencia de mala práctica (EMP) en quejas conciliadas

Los médicos y abogados de la Conamed con apoyo de médicos expertos y certificados en diferentes especialidades, analizan cada queja y determinan con base en *"lex artis"*, en qué casos existe o no EMP. La determinación de mala práctica se basa en la revisión documental y del expediente clínico, los testimonios que aportan las partes y en el meta-análisis de la bibliografía científica, sobre medicina basada en evidencias.

EMP en quejas conciliadas mediante compromiso económico. El análisis de 1,448 quejas conciliadas en que existió pagó de reembolso o indemnización reveló que 1,037 quejas presentaron EMP; 313 no tuvieron evidencia y en 98 casos no fue posible dictaminar por información insuficiente (estos casos se excluyeron del análisis). Las razones por las que en estos últimos casos los prestadores de servicios pagan a los usuarios no fueron estudiadas, no obstante, se ha referido que se debe a combinación de factores entre ellos: el tiempo a invertir en audiencias de conciliación, exposición pública en audiencias, temor a perder prestigio profesional y riesgo de exponerse a denuncia judicial (Figura 2).

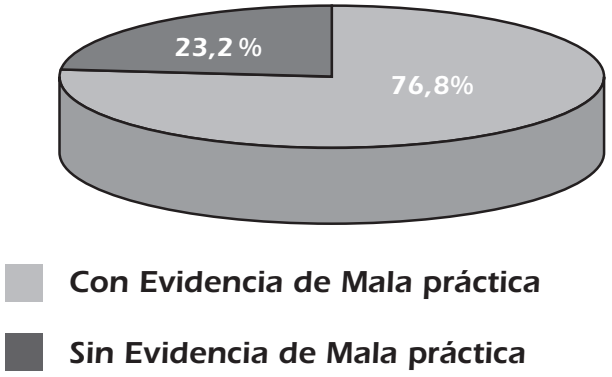
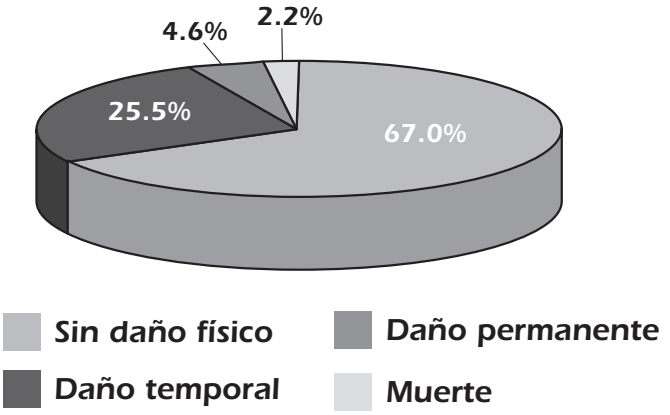


Figura 2. Evidencia de mala práctica en quejas conciliadas mediante compromiso económico.

Fuente: Conamed. Datos del SAQMED 2002 – 2008.



N= 600 quejas conciliadas mediante reembolso y EMP

Figura 3. Daño físico en quejas conciliadas por reembolso y EMP.

Fuente: Conamed. Datos del SAQMED 2002 – 2008.

Costo del reembolso e indemnización de quejas conciliadas con y sin EMP. Tanto en las quejas conciliadas por reembolso como por indemnización, el monto pagado fue mayor cuando existió EMP que cuando no la hubo; sin embargo, esa diferencia es mayor en el pago por reembolso donde la mediana de pago con y sin EMP son de $15,498 y $5,222 respectivamente (Cuadro 3). El costo para el prestador del servicio por queja conciliada y reembolsada con EMP, es tres veces mayor que cuando no existe dicha evidencia. Para el caso de quejas conciliadas e indemnizadas si bien el costo es ligeramente superior en las que tuvieron EMP, la diferencia es de 8.1% entre ambas.

Cuadro 3. Costo del reembolso e indemnización en quejas conciliadas con y sin EMP.

MODALIDAD DE PAGO	CON EVIDENCIA DE M.P.		SIN EVIDENCIA DE M.P.	
	No. de casos	Mediana del pago	No. de casos	Mediana del pago
REEMBOLSO	737	$15,498	286	$5,222
INDEMNIZACIÓN	300	$124,356	27	$114,316
TOTAL	1,037		313	

Fuente: Conamed. Datos del SAQMED 2002 – 2008.

Daño físico en quejas conciliadas por reembolso y EMP. De 737 quejas conciliadas mediante reembolso y con EMP en 137 no se consignó el daño físico en el expediente de las quejas atendidas, por lo que se excluyeron y sólo se analizaron 600 quejas. De estas quejas 406 no tuvieron daño físico, 153 tuvieron daño físico temporal, 28 daño físico permanente y 13 fallecieron. En las quejas conciliadas con reembolso y EMP, sólo en la tercera parte (32.3%) se identificó daño físico: daño temporal, daño permanente y muerte. Estos resultados describen que en 67% las quejas conciliadas y con EMP no se presentó daño físico en pacientes (Figura 3).

Costo para el prestador de servicios por tipo de daño físico en quejas conciliadas mediante reembolso y EMP. El 67% de las quejas conciliadas mediante reembolso y EMP no tuvieron daño físico asociado (también conocido sin evento adverso) y en ese subgrupo, la mediana del pago efectuado por el prestador al paciente fue de $13,613. En las quejas en que se encontró daño físico en el paciente, la mediana del pago por reembolso varió entre los diferentes tipos de daño físico: con daño temporal $21,793, con daño permanente $25,989 y con muerte $29,926. Si bien existe diferencia en el costo de las quejas con y sin daño físico, entre los diversos tipos, las diferencias son sutiles ya que van desde $21,793 para las que presentaron daño físico leve, hasta los $29,926 en las que hubo defunción. En el caso de los pacientes que fallecieron, para los familiares no parece que el beneficio económico sea lo más importante, sino que demandan beneficio moral como mecanismo de superación del duelo (Figura 4).

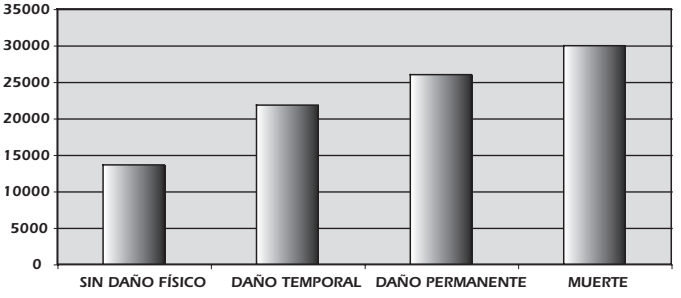


Figura 4. Mediana del costo por daño físico, en las quejas conciliadas por reembolso y EMP.

Fuente: Conamed. Datos del SAQMED 2002 – 2008.

Daño físico en quejas conciliadas mediante indemnización y EMP. De 300 quejas conciliadas en que se pagó indemni-

zación y hubo EMP, en 66 no se consignó el resultado del daño físico, por lo que sólo fueron analizadas 234 quejas, cuyos resultados fueron: 3 sin daño físico, 17 con daño físico temporal, 81 con daño permanente y 133 defunciones. Estos resultados son diferentes a las quejas conciliadas mediante reembolso y EMP, ya que casi el total de quejas conciliadas mediante indemnización y EMP (98.7%), tuvieron daño físico (conocido como evento adverso asociado). El daño físico predominante fue la muerte y luego siguen en orden decreciente: daño permanente y por último daño temporal (Figura 5).

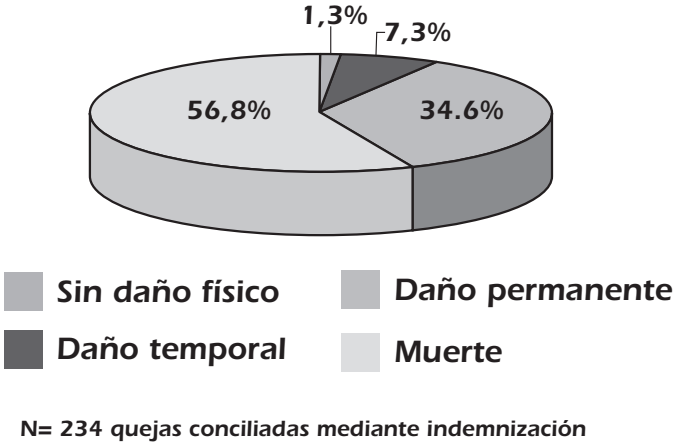


Figura 5. Daño físico en quejas conciliadas por indemnización y EMP.
Fuente: Conamed. Datos del SAQMED 2002 – 2008.

Costo para el prestador de servicios por tipo de daño físico, en quejas conciliadas mediante indemnización y EMP. La mayoría de este tipo de quejas tuvieron daño físico. La mediana del pago efectuado por el prestador al paciente fue: sin daño físico $48,550; con daño temporal $76,011; con daño permanente $91,068 y con muerte $134,747. En estas quejas el costo para el prestador de servicios aumenta de acuerdo a la gravedad del daño. El monto pagado cuando falleció el paciente es 2.8 veces mayor, que cuando no se presentó ninguna lesión física. Ello se explica por la indemnización que se sustenta en la Ley Federal del Trabajo. Las quejas donde hubo defunción se observó la menor variación en el monto pagado por el prestador y osciló entre $122,961 y $141,910. Por el contrario, en el daño permanente el rango del pago es muy amplio y osciló entre $1,778 y $213,240; para el caso del daño temporal, entre $11,742 y $192,930. Al igual que en las quejas con EMP y conciliadas mediante reembolso, en estas quejas se observa una tendencia creciente del monto de acuerdo a la gravedad del daño (Figura 6).

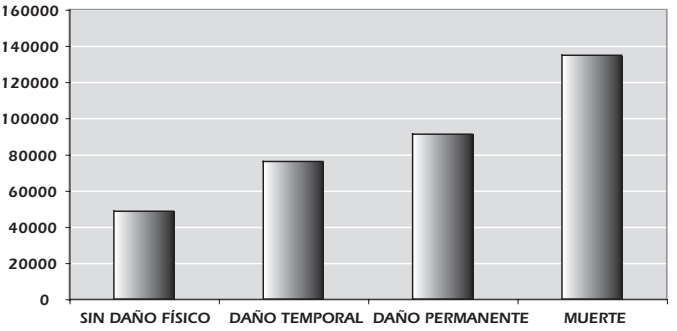


Figura 6. Mediana del costo por daño físico, en las quejas conciliadas por indemnización y EMP.
Fuente: Conamed. Datos del SAQMED 2002 – 2008.

Quejas atendidas mediante arbitraje y costo para el prestador del servicio

Como ya se mencionó en el período de 2002 a 2008, 362 quejas concluyeron con un laudo arbitral que puede ser condenatorio o absolutorio dependiendo de si existe o no EMP.

Costo de laudos según tipo de compromiso económico. En la normatividad aplicable, sólo en los casos que se dictamina laudo condenatorio, el prestador se ve obligado a pagar reembolso o indemnización al paciente. De 362 laudos emitidos en el periodo, sólo 56 se pudieron obtener los datos del costo por reembolso e indemnización (Cuadro 4).

Cuadro 4. Costo de los laudos, por tipo de pago. *

TIPO DE PAGO	No. DE LAUDOS	COSTO TOTAL ($)	PROMEDIO MÍNIMO	PROMEDIO MÁXIMO	MEDIANA
REEMBOLSO	50	2,952,237	520	606,213	20,092
INDEMNIZACIÓN	6	654,445	27,281	184,818	105,065
TOTAL	**56**	**3,606,682**			

Fuente: Conamed. Datos del SAQMED 2002 – 2008.
* En pesos mexicanos.

Laudos con daño físico. De 56 laudos, sólo en 52 se pudo determinar daño físico producido a los pacientes, ya que cuatro laudos carecían de la información necesaria. La proporción de laudos sin daño físico asociado fue mayor en los que se pagó reembolso con 78%, que en los que se pagó indemnización donde sólo fue 33%, (el número de casos estudiados de estos últimos fue seis). Por cuanto al daño físico de mayor severidad que es la defunción, se encontró que en los laudos pagados con reembolso fue 4% y en los que se pagó indemnización fue 17% (Figura 7).

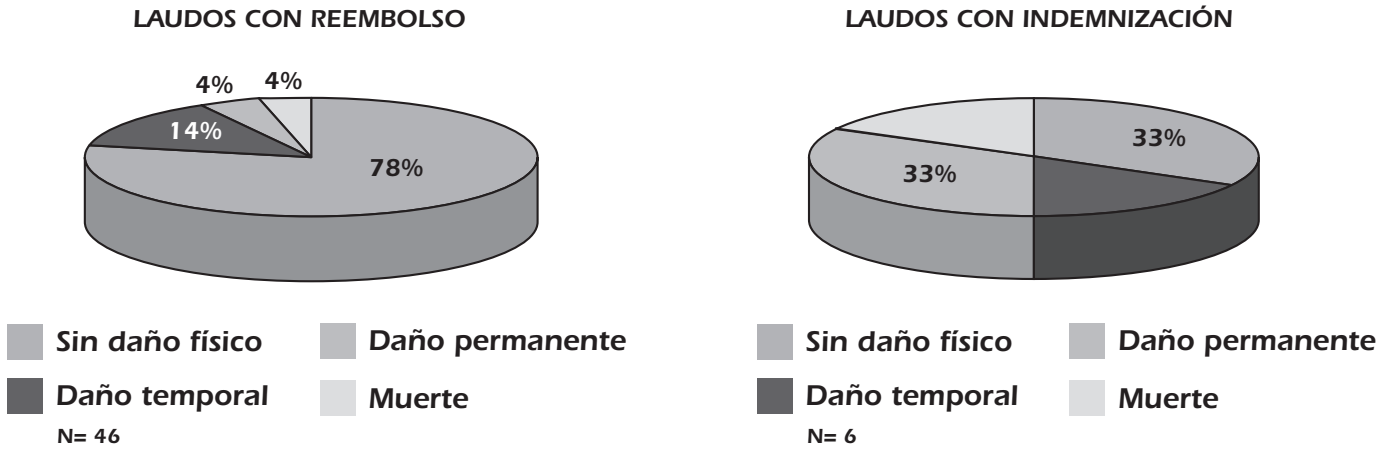


Figura 7. Daño físico en laudos pagados con reembolso e indemnización.

Discusión

El costo económico de las quejas médicas se complementa con variables epidemiológicas, para analizar su comportamiento en la población y variables, que pudieran explicar su incidencia en el Sistema Nacional de Salud de México, como: EMP, tipo de especialidad con mayor frecuencia y los impactos emocionales en pacientes, familiares y prestadores de servicio, entre otros (17).

De los resultados que llaman la atención, es que sólo en una tercera parte de las quejas atendidas (34.5%), el prestador de servicios médicos realmente termina pagando un monto al paciente o su familia. Este hecho debiera utilizarse para informar que acudir a la Conamed, no implica necesariamente terminar pagando un costo directo a los pacientes. Adicionalmente, se apoya la aseveración de que en dicha institución se actúa de manera imparcial. Estos datos permiten inferir que no parece existir dolo del paciente hacia el prestador del servicio, ya que lo que más demanda es la devolución del gasto efectuado en su atención y no una cantidad mayor por reparación de daños o perjuicios.

Por otra parte, los costos que asume el prestador de servicios para pagar el reembolso o la indemnización al paciente, probablemente son menores que los que pagaría por un procedimiento judicial y en tribunales. Este beneficio no sólo es para el prestador sino también para el paciente, cuya economía se deteriora cuando enfrenta procedimientos judiciales. Los resultados de costos pueden ser referencia para estudiarlos comparativamente con los costos directos, para los prestadores de servicios de salud, en los procesos judiciales. Describe claramente el proceso que si los prestadores otorgan explicación durante el proceso de atención, se puede evitar una proporción de quejas, con la ventaja de que ello afianza la relación médico paciente, en vez de deteriorarla. Esto se fortalece con el hallazgo de que la tercera parte de las quejas conciliadas, sólo requirieron aclaración o explicación del prestador de servicios al usuario o paciente de los servicios médicos. Ello refleja la importancia de la comunicación y transparencia de los prestadores de servicios, como medida profiláctica de la queja médica.

Llama la atención que de 10,485 quejas remitidas a conciliación, en 1,609 las partes involucradas no iniciaron o abandonaron el procedimiento conciliatorio y otras 2,449 en que si se concluyó ese procedimiento, pero no se conciliaron las partes y no aceptaron el procedimiento arbitral que ofrece la Conamed, ambos universos suman 4,058 quejas (38.7%). Es probable que estos resultados reflejen la escasa cultura de pacientes y prestadores de servicios de salud, para acudir a mecanismos no judiciales para dirimir sus controversias.

En el análisis de las aquejas resueltas mediante conciliación se encontró que el reembolso predomina sobre las indemnizaciones (razón de 3.3:1). Llama la atención que la mediana del pago por reembolso a los hombres fue prácticamente el doble del que se pagó a las mujeres ($15,895 y $8,744 respectivamente). Esa diferencia de pago a hombres y mujeres no se observa en las quejas conciliadas mediante indemnización, lo cual parece tener relación con la cantidad que se determina con base en tarifas del Código Civil y la Ley Federal del Trabajo y no en la discrecionalidad o argumentos de las partes. La mediana del pago por reembolso de las quejas resueltas mediante arbitraje a través de un laudo, en términos generales es cuatro veces mayor que para las quejas conciliadas, pero no existe diferencia sustancial en el pago a hombres y mujeres, lo cual entre otras causas, podría deberse a que en esos casos es la Conamed la que emite un dictamen basado en la revisión de la documentación presentada y no en el criterio de las partes.

En cuanto a la evidencia de mala práctica en las quejas resueltas por conciliación y con compromiso económico se encontró en 77% de las quejas analizadas, lo cual refleja que al menos en estas quejas, la percepción de los pacientes de EMP fue correcta. La proporción de EMP en las quejas conciliadas mediante compromiso económico y en las que se pagó indemnización, aumentó a 91.7%.

Cabe señalar que se encontró diferencias importantes en la proporción de daño físico entre las quejas con EMP conciliadas mediante reembolso y aquellas conciliadas mediante indemnización, ya que en las primeras corresponde 33.0% y en las segundas 98.7%. Este refleja que los usuarios de servicios de salud, cuando perciben que el daño físico es atribuible a mala práctica, acuden a la Conamed, no en busca de un reembolso sino de una indemnización. Los resultados presentados confirman la hipótesis que señala: que *"el costo directo para el prestador del servicio de las quejas atendidas en la Conamed, es mayor en las que tienen evidencia de mala práctica y evento adverso asociado, que en aquellas que no los tienen".*

Conclusiones

- Quienes presentan una queja médica en la Conamed, principalmente pacientes y en ocasiones, familiares o representantes formales, parecen no estar motivados por un beneficio económico, ya que sólo en la tercera parte (33.7%) de las quejas atendidas mediante concilia-ción, se llegó a un arreglo mediante algún compromiso económico.
- La modalidad de pago que predomina es reembolso, que es casi cuatro veces mayor que la indemnización (1,113 versus 335). Ello pudiera traducir que cuando el paciente está insatisfecho con la atención médica recibida, su expectativa principal es obtener la devolución del gasto realizado para la atención médica; no obstante, en uno de cada cuatro casos, demanda una indemnización como forma de reparación del daño causado.
- La importancia de la explicación y la disculpa al paciente de parte del prestador del servicio, se manifestó como resultado sobresaliente, ya que una tercera parte de las quejas se conciliaron sin ningún compromiso económico y otra tercera parte de las quejas conciliadas mediante arreglo no económico, se debió a explicación del prestador del servicio.
- El costo del reembolso en las quejas en que las partes se ponen de acuerdo mediante la conciliación, es cuatro veces menor que aquellas en las que la Conamed emite un laudo mediante el arbitraje.
- El costo directo de las quejas para el prestador del servicio es directamente proporcional a la existencia de mala práctica médica.
- Esta investigación forma parte de un proyecto de mediano plazo, que tiene como propósito evaluar el costo beneficio del arbitraje médico en México. En este primer acercamiento los primeros resultados servirán de base para líneas de investigación subsecuentes.

Bibliografía

1. Klein R. Complaints againts doctors. Who is a patient´s friend ? Role of Ombudsman. Br. Med. J. 1973; 2: 729 – 730.
2. Allsopp K. Deal with a complaint by a patient. Br. Med. J. 295: 1987; 1257–1258.
3. Jain A. Ogden J. General practitioners' experiences of patients' complaints: qualitative study. Br. Med. J. 1999; 318: 1596 – 1599.
4. Hickson G B. et al. Patient complaints and malpractice risk. JAMA. 2002; 287: 2951-2957.
5. Barr D. Hazards of modern diagnosis and therapy – the price we pay. JAMA 1955; 1455, 159.
6. Moser R. Diseases of medical progress. NEJM. 1956; 255: 606.
7. Chantler C. The rol and education of doctors in the delivery of health care. Lancet. 1999; 353: 1178.
8. Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS To Err Is Human: Building a Safer Health System. Washington, DC: National Academy Press; 1999.
9. Blendon R, DesRochies C, Brodie M, et al. Views of practicing physicians and the public on medical errors. NEJM. 2002; 347: 1933-1940.
10. Gallagher TH. et al. Patients' and physicians' attitudes regarding the disclosure of medical errors. JAMA. 2003; 289: 1001-1007.
11. Sharek PJ, Classen D. The incidence of adverse events and medical error in pediatrics. Pediatr. Clin. North Am. 2006; 53 (6): 1067-77.
12. Malaty W, Crane S. How might acknowledging a medical error promote patient safety. J. Fam. Pract. 2006; 55 (9): 775-80.
13. Michael P, Quenon JL, De Sarasqueta AM, Soemama, O. Comparison of three methodos for estimating rates of adverse events and rates of preventable adverse events in acute care hospitals. BMJ. 2004; 328: 199.
14. World Health Organization. Quality of care: patient safety. 55a. World Health Assembly. 23 March 2002.
15. Campaña G. Errores médicos en el ambiente quirúrgico. Como prevenirlos. Rev. Chilena Cirugía. 2006; 58: 235-238.
16. Weingart SN, WilsonRM, Gibberd RW, Harrison B. Epidemiology of medical error. BMJ 2000;320: 774-7.
17. Piñeiro, D.J. Presidente de la Sociedad Argentina de Cardiología. La Sociedad Argentina de Cardiología frente al error médico. Rev. Argent. Cardiol. 2005; 73(3): 241-243.
18. IMSS. Dirección Jurídica. Coordinación Técnica de Atención a Quejas e Información Pública. Área de Investigación Médica de Quejas. Quejas, causa raíz y calidad de la atención. Septiembre 2008.
19. Aguirre-Gas H. y cols. Análisis crítico de la queja médica. Rev. CONAMED. 2008; 13; 5-16.
20. Poder Ejecutivo Federal. Presidencia de la República. Decreto por el que se crea la Comisión Nacional de Arbitraje Médico. D. O. F. 03 de junio de 1996.
21. Hernández TF, Fajardo DG y Santacruz VJ. La queja médica: elemento para el fortalecimiento de la seguridad del paciente. Rev. CONAMED. 2008; 13: 30-38.
22. Fajardo Dolci GE y cols. Perfil epidemiológico de las quejas médicas atendidas en la Comisión Nacional de Arbitraje Médico, 1996 – 2007. Salud Publ. 2009; 51 (2): 119-125.