

Recomendaciones generales para mejorar la calidad de la atención obstétrica

General recommendations for improving medical quality in prenatal care

Campos Castolo EM¹, Casares Queralt S¹, Manuell Lee G¹, Rivera Cisneros AE¹, Sánchez González JM¹, Smeke Darwich A¹, Tena Tamayo C¹, Ahued Ahued JR², Ablanado Aguirre J⁹, Aguilera Beteta E³, Fajardo Dueñas S⁷, Fernández del Castillo OC³, García Cavazos R⁵, Guzmán Huerta M⁵, Hinojosa de los Ríos C⁴, Llaca Rodríguez V⁴, Puente Tovar J³, Ruíz Moreno JA³, Tlapanco Barba R⁵, Vera Gaspar D⁶.

- 1 Comisión Nacional de Arbitraje Médico.
- 2 Enlace de Coordinación con el Grupo de Validación Externa.
- 3 Federación Mexicana de Ginecología y Obstetricia.
- 4 Consejo Mexicano de Ginecología y Obstetricia.
- 5 Instituto Nacional de Perinatología.
- 6 Asociación Mexicana de Ginecología y Obstetricia.
- 7 Hospital Civil de Guadalajara "Dr. Juan I. Menchaca".
- 8 Comisión Estatal de Arbitraje Médico de Guanajuato.
- 9 Hospital de Ginecología y Obstetricia No. 3, "La Raza"

Resumen

ANTECEDENTES. La atención materna representa aproximadamente la mitad de las intervenciones médicas, egresos hospitalarios y las cirugías que se realizan en México. Las demandas por mala práctica relacionadas con atención obstétrica alcanzaron el segundo lugar (14.5%) de los asuntos atendidos por CONAMED. **OBJETIVO.** Analizar la experiencia de CONAMED sobre conflictos por atención obstétrica y expresar recomendaciones para la atención de estas pacientes. **METODOLOGÍA.** Se revisaron 1431 inconformidades relacionadas con atención ginecoobstétrica, radicadas en CONAMED entre junio de 1996 hasta junio de 2001. Se seleccionó una muestra dirigida de 121 casos concluidos por dictamen pericial. Se describen indicadores sociodemográficos, institucionales, clínicos, de comunicación y apego a reglamentación vigente. **RESULTADOS.** Las inconformidades se originaron en el tercer trimestre de gestación (82.8%), en la seguridad social en 72.1%, en hospitales de 2° nivel (62.3%). La calificación de riesgo fue elevado en 57%, con cesárea previa como antecedente más frecuente (21.5%). Las complicaciones eran previsibles en casi la mitad de los casos. La principal desviación fue vigilancia deficiente del trabajo de parto (22.3%). Se identificó mala práctica en 54.5%, desviaciones éticas en 30%, deficiencias institucionales en 40.5%, expedientes mal integrados en 45% y mala comunicación en 76%. **CONCLUSIONES.** Una atención obstétrica adecuada requiere: compromiso y ética profesional, atención minuciosa, identificar los casos de riesgo, reconocer limitaciones personales e institucionales, conocer la normatividad y una comunicación médico-paciente efectiva. Se presentan 9 recomendaciones, dirigidas al personal médico y paramédico que atiende pacientes obstétricas.

PALABRAS CLAVE: CONAMED, recomendaciones, responsabilidad médica, obstetricia, mala práctica, demandas, inconformidades, quejas.

Summary

INTRODUCTION. Maternal care means roughly a half of medical interventions, hospital discharges and surgery realized in Mexico. Obstetrics reached the second place (14.5%) in malpractice complaints in National Commission of Medical Arbitration (CONAMED). **OBJECTIVE:** To analyze the CONAMED's experience about obstetric care claims, and profit recommendations for medical practice. **METHOD:** The authors revised 1431 complaints ob/gin-related, placed in CONAMED between June 1996 to June 2001, and selected a sampling of 121 cases of ruling reports. We describe sociodemographic, institutional, clinical, communication and law-attach indicators. **RESULTS.** Complaints were originated in third quarter of pregnancy (82.8%), in social-security services (72.1%), in second level hospitals (62.3%). Fifty seven percent were high risk pregnancies, with previous cesarean section as frequent medical historial (21.5%). The complications were predictable in almost half of cases. First medical error was a deficient labor surveillance (22.3%). Malpractice was identified in 54.5%, ethical mistakes in 30%, institutional insufficiencies in 40.5%, inaccurate medical records in 45% and inadequate communication in 76%. **CONCLUSIONS.** An accurate obstetric care is composed by professional sense of duty and ethics, conscientious patient care, identify high risk pregnancies, recognize personal and institutional skill restrictions, to know health laws, and effective physician - patient communication. We declare 9 recommendations for medical and paramedical who care obstetric patients.

KEY WORDS: CONAMED, recommendations, medical responsibility, obstetric, malpractice, liability, complaints, claims.

Introducción

La obstetricia es la parte de la medicina que se ocupa de la mujer durante el embarazo, el trabajo de parto y el puerperio, tanto en circunstancias normales como patológicas. Los cuidados maternos perinatales tienen como objetivo conseguir que todo embarazo y parto culminen con una madre y un hijo sanos.

La atención materna representa aproximadamente la mitad de las intervenciones médicas, egresos hospitalarios y las cirugías que se realizan en México¹. La morbilidad y mortalidad materna e infantil tienen un valor epidemiológico muy importante como indicadores de la calidad de atención médica, de las condiciones de salud y del estado de desarrollo de una nación^{2, 3}.

Las complicaciones obstétricas se definen como cualquier contratiempo, acontecimiento o accidente que ponga en peligro la vida de una mujer y/o de su producto durante el embarazo, parto o puerperio, y/o que origine secuelas graves e incluso la muerte⁴. La OMS reportó en los últimos 10 años seis millones de mujeres han muerto por esta causa: una muerte materna cada minuto⁵.

Las causas biológicas de muerte materna en nuestro país, son similares a lo reportado por la OMS, y prácticamente las mismas desde hace décadas (Tabla I)^{6, 7}. Detrás de las causas biológicas están otras más complejas: una cultura de salud pobre o nula, por lo que la mujer y su familia no saben reconocer los signos de alarma y solicitan tardíamente la atención⁸, o no tienen acceso a servicios de salud adecuados por problemas de distancia, transporte o costo⁹.

Para identificar oportunamente las mujeres con mayor predisposición a presentar complicaciones durante la gestación, es necesario que las pacientes reciban un conjunto de consultas y cuidados sistemáticos y periódicos desde que se saben embarazadas, esto es el control prenatal (Tabla II). Sus objetivos primordiales son identificar factores de riesgo, diagnosticar las condiciones generales de la madre y del feto, educar a la madre para limitar las posibilidades de complicación y prepararla para el nacimiento de su hijo^{10, 11, 12}. Aunque la Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-1993, Atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio recomienda un mínimo de 5 consultas prenatales¹³, el promedio es apenas 3.39 consultas por paciente¹⁴.

Tabla I: Magnitud de las causas de mortalidad materna en México y el mundo

CAUSA	MEXICO	OMS
Preeclampsia - Eclampsia	32.8%	12%
Hemorragia obstétrica	19.7%	25%
Aborto	8.5%	13%
Complicaciones infecciosas del puerperio	8.4%	15%

Fuentes: Organización Mundial de la Salud. Reporte de Salud Reproductiva 1997. Secretaría de Salud (México). Estadísticas de mortalidad relacionada con la salud Reproductiva 1997. Salud Pub Mex, marzo-abril 1999;41(2):138-146.

Tabla II: Control prenatal con enfoque de riesgo

ACTIVIDADES QUE SE DEBEN REALIZAR DURANTE EL CONTROL PRENATAL(*)

- Elaboración de historia clínica, valoración del riesgo obstétrico y establecimiento del diagnóstico integral;
- Identificación de signos y síntomas de alarma (cefalea, edemas, sangrados, signos de infección de vías urinarias y vaginales), así como estado de salud del feto;
- Medición y registro de peso, talla, crecimiento uterino, y presión arterial, así como interpretación y valoración;
- Determinación de biometría hemática completa, glucemia y VDRL (en la primera consulta; en las subsecuentes dependiendo del riesgo), grupo sanguíneo ABO y Rho, examen general de orina, detección del virus de la inmunodeficiencia adquirida humana (VIH) en mujeres de alto riesgo (bajo conocimiento y consentimiento de la mujer);
- Prescripción profiláctica de hierro y ácido fólico, y aplicación de al menos dos dosis de toxoide tetánico; la prescripción de otros medicamentos sólo con indicación médica;
- Orientación nutricional y promoción para que la mujer acuda a consulta con su pareja o algún familiar, para integrar a la familia al control de la embarazada;
- Promoción y orientación sobre planificación familiar, lactancia materna exclusiva y medidas de autocuidado de la salud.

(*) Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-1993, Atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido. Criterios y procedimientos para la prestación del servicio, numeral 5.1.6.

El control prenatal con enfoque de riesgo se basa en el análisis de todos aquellos factores intrínsecos o extrínsecos a la mujer, que pueden desarrollar alguna complicación durante la evolución del embarazo, el desarrollo del parto, del puerperio o que puedan alterar de alguna forma el desarrollo normal o la supervivencia del producto^{15, 16, 17}.

Un embarazo de alto riesgo es en el que existe la probabilidad de daño grave o muy trascendente de morbilidad o mortalidad para la madre, el feto o el neonato. Estos incluyen factores maternos generales como edad, condiciones nutricionales, nivel socioeconómico y cultural, hábitos nocivos, antecedentes obstétricos, enfermedades asociadas y

anormalidades del embarazo actual^{18, 19}. La utilización sistemática de tablas de riesgo obstétrico permite una calificación objetiva (Tabla III).

Aproximadamente el 70% de la población obstétrica no tiene factores de riesgo, su control es simple, y no requiere de infraestructura de alto costo^{20, 21}. Desgraciadamente, las complicaciones son difíciles de prever, y requieren de un obstetra competente²² capaz de manejarlas apropiadamente o referir oportuna y adecuadamente a las madres si se requiere atención especializada²³. Se estima que en México, 10.3% de los nacimientos son atendidos por parteras empíricas, en las casas de las pacientes²⁴.

Tabla III: Clasificación del riesgo reproductivo.

FACTORES BIOLÓGICOS		FACTORES SOCIALES
a	b	c
Hipertensión arterial	1 aborto	No unida
Diabetes	Muerte perinatal	Primaria incompleta
Cardiopatía	1 cesárea	
Otras Enfermedades crónicas	Prematurez	
2 o más abortos	Defectos al nacimiento	
2 o más cesáreas	Bajo peso al nacer	
5 o más embarazos	Toxemia, hemorragia o infección puerperal	
Edad mayor de 35 años	Infección de vías urinarias crónica	
	Edad menor de 20 años	
	Menos de 2 años del último embarazo	

a Alto riesgo si hay uno o más factores. b Alto riesgo con dos o más factores. c Si existe un factor asociado a factores biológicos el riesgo se potencializa.

Durante los últimos quince años, las demandas por mala práctica se han incrementado de manera exponencial, y la atención obstétrica es una de las áreas más frecuentemente involucrada. Estudios realizados en el Hospital Central Militar y en el Centro Médico de Occidente, 46.4% de la muertes maternas se relacionan con responsabilidad profesional y 9.7% con responsabilidad hospitalaria²⁵.

En la casuística de CONAMED, las inconformidades por atención obstétrica ocuparon uno de los dos primeros lugares (14.5% del total de asuntos atendidos) durante el periodo 1996-2001^{26 27 28 29 30 31}.

Pero, ¿porqué demandan a los obstetras?

En Inglaterra, Lynch³² y colaboradores analizaron 500 quejas relacionadas con la especialidad recibidas entre 1984 y 1994. Del total, 19% encontraron negligencia, 12% errores de juicio, impericia 9%, comunicación deficiente 7%, supervisión pobre 6%, 1% carencias de personal y 46% de quejas injustificadas. La causa más frecuente de quejas en obstetricia fue *parálisis cerebral* (22%)*.

En nuestro país, los primeros rubros de conflicto son: atención inoportuna, error diagnóstico y complicaciones del tratamiento, especialmente las intervenciones quirúrgicas (lesiones transoperatorias y deficiencias de técnica quirúrgica)^{33, 34}. En contraste, otros autores afirman que la mayoría de las quejas en ginecología y obstetricia se generan por percepciones derivadas de resultados inevitables, es decir, por consecuencias de la historia natural de los padecimientos³⁵.

Objetivo

Con el compromiso de retroalimentar al Sistema Nacional de Salud, se analiza la experiencia de la CONAMED con relación a conflictos derivados de atención obstétrica para expresar recomendaciones que permitan al gremio ejercer una obstetricia de extraordinaria calidad y satisfacción para las gestantes y los especialistas.

* Es muy importante distinguir entre la negligencia médica y el accidente que ocurre durante la atención médica y el tratamiento, sin que haya responsabilidad del médico: a) La negligencia médica comprende la falla del médico a la conformidad de las normas de la atención para el tratamiento de la condición del paciente, o falta de conocimiento, o negligencia al proporcionar la atención del paciente, que es la causa directa de un accidente al paciente; y b) un accidente producido durante un tratamiento médico, que no se pudo prever y que no fue el resultado de falta de conocimiento por parte del médico tratante, es un accidente desafortunado del cual el médico no es responsable.

Metodología

Del Sistema de Atención de Quejas Médicas (SAQMED), se revisaron los indicadores generales y se identificaron 1431 inconformidades relacionadas con atención ginecoobstétrica, que fueron radicadas en CONAMED entre junio de 1996 hasta junio de 2001. De este grupo, se seleccionó una muestra dirigida de 121 casos concluidos por medio de dictamen pericial, relacionados específicamente a obstetricia, solicitados a la Comisión durante 2001. Se analizaron 38 parámetros cuantitativos y cualitativos que fueron validados internamente, de manera independiente, por tres médicos ginecoobstetras, funcionarios de CONAMED, en un grupo interno de trabajo.

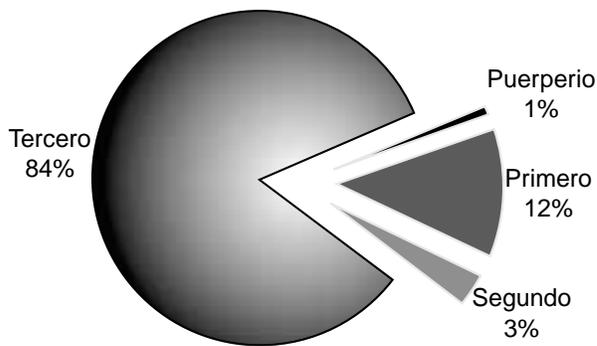
Se describen, mediante frecuencias simples y proporciones porcentuales, indicadores sociodemográficos, institucionales, clínicos, de comunicación y apego a reglamentación vigente, que nos orientan para identificar los momentos y factores de la atención médica que se vinculan con las inconformidades en obstetricia, con lo que se elaboraron recomendaciones para mejorar la atención que se otorga a las pacientes durante el embarazo, parto y puerperio.

Finalmente, se presentó la información estratégica encontrada en este análisis, a un grupo de 12 reconocidos ginecoobstetras, líderes de opinión, que integraron el Grupo de Validación Externa (GVE), pertenecientes al Consejo Mexicano de Ginecología y Obstetricia (CMGO), la Federación Mexicana de Ginecología y Obstetricia (FEMEGO), la Asociación Mexicana de Ginecología y Obstetricia (AMGO), el Instituto Nacional de Perinatología (INPer), y otros hospitales de tercer nivel del Sector Salud. Se coordinaron cuatro reuniones de trabajo en conjunto CONAMED-GVE, para discutir y consensar las Recomendaciones, de las que emergen nueve Recomendaciones Generales para mejorar la calidad de la Atención Obstétrica, dirigidas a todo el personal médico y paramédico que atiende a este grupo de pacientes (Cuadro A).

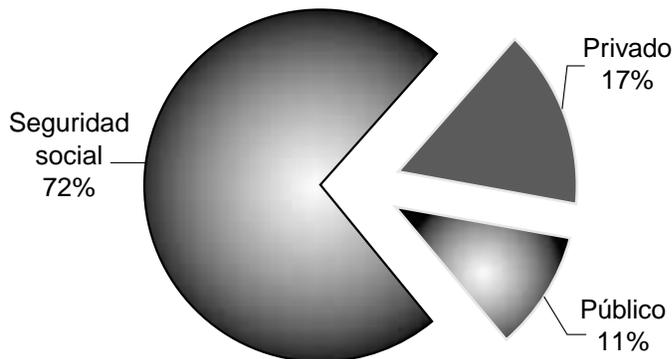
Resultados

Más de la mitad de los casos procedía del Distrito Federal. El 23.8% de las inconformidades que correspondieron a valoraciones médicas integrales, 73.8% a dictámenes periciales y 1.6% a laudos arbitrales.

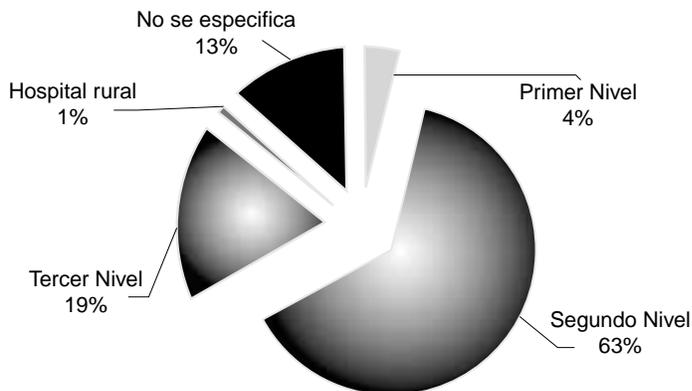
La edad de las pacientes fluctuó entre 15 y 40 años, en promedio 25.3 años (DE=6 años). El 82.8% de las inconformidades se originaron durante el tercer trimestre de gestación (Gráfica 1), 72.1% en los servicios de atención médica de seguridad social, 16.4% en el sector privado y 10.7% en el sector público (Gráfica 2). El 62.3% fueron atendidos en hospitales de 2º nivel, en tercer nivel 18.9% y 4.9% en primer nivel u hospitales rurales (Gráfica 3).



Gráfica 1: Momento de la gestación (Trimestre) cuando ocurrió la atención médica que generó la inconformidad



Gráfica 2: Sector de atención médica donde se generó la inconformidad.



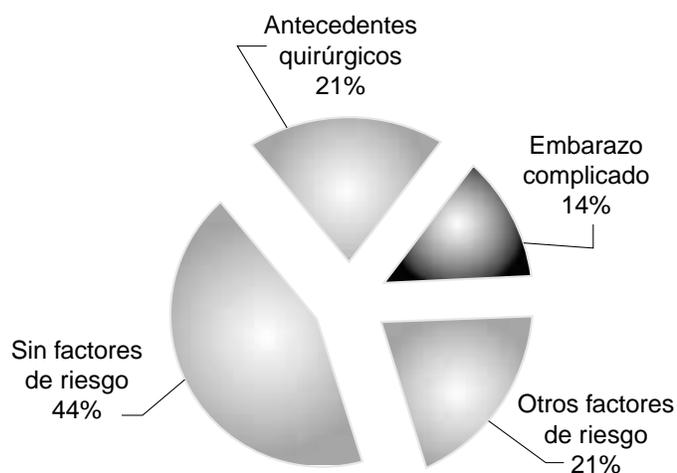
Gráfica 3: Nivel de complejidad de los servicios de salud donde se dió la atención médica.

El 56.2% de los médicos involucrados en los casos eran ginecoobstetras, el 19% médicos en formación (residentes, pasantes e internos de pregrado), 12.4% médicos generales y 12.4% otros especialistas (Gráfica 4). De los ginecoobstetras, sólo 36.8% estaban certificados por el Consejo de especialidad. Las especialidades relacionadas con mayor frecuencia fueron: Pediatría 33% y Anestesiología 26.7%.

La calificación de riesgo fue elevado 57% y bajo 43%. Los antecedentes quirúrgicos (cesárea previa) representa-

ron el factor de riesgo más frecuente, 21.5%, seguidos del embarazo complicado, 14% (Gráfica 5).

Los tres diagnósticos de ingreso más frecuentes fueron: trabajo de parto a término, 28.1%; desproporción cefalopélvica, 10.7% y pérdidas del primer trimestre de la gestación⁴⁵, 9.9% (Tabla IV). Las complicaciones más frecuentes de los embarazos fueron: óbito fetal, 24.8%; trauma obstétrico (materno o fetal), 12.4% y asfisia perinatal 11.6% (Tabla V).



Gráfica 5: Factores de riesgo más frecuentes

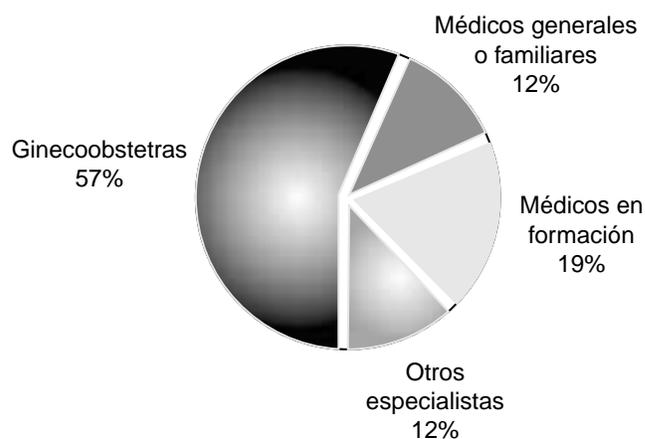


Gráfico 4: Formación de los médicos involucrados

Tabla IV: Diagnóstico clínico principal al momento de ingreso a la unidad médica.

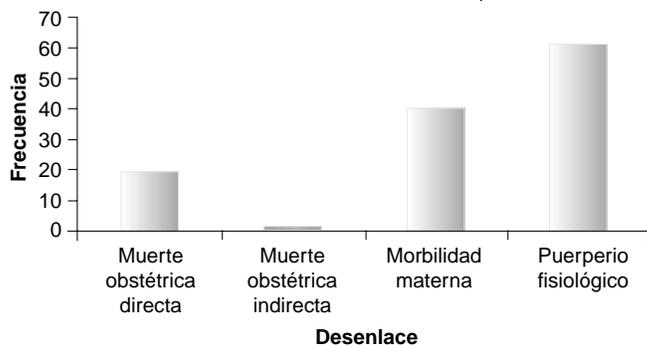
DIAGNOSTICO DE INGRESO HOSPITALARIO	Frecuencia	%
Trabajo de parto a término	34	28.1
Desproporción cefalopélvica	13	10.7
Pérdidas del primer trimestre de la gestación (amenaza, anembriónico, incompleto o en evolución)	12	9.9
Óbito fetal	10	8.3
Preeclampsia	9	7.4
Ruptura prematura de membranas	6	5.0
Embarazo posttérmino	6	5.0
Trabajo de parto pretérmino	5	4.1
Cesárea previa o iterativa	4	3.3
Embarazo gemelar	3	2.5
Hipomotilidad fetal	3	2.5
Presentación pélvica	3	2.5
Sufrimiento fetal agudo	3	2.5
Enfermedades hemorrágicas de placenta	3	2.5
Embarazo ectópico	2	1.7
Complicaciones del puerperio	2	1.7
Otros	6	5.0
TOTAL	121	100

Tabla V: Complicaciones presentadas durante la atención médica.

COMPLICACIONES	Frecuencia	%
Óbito fetal	30	24.8
Trauma obstétrico (materno o fetal)	15	12.4
Asfixia perinatal	14	11.6
Hipotonía y atonía uterina	13	10.7
Embarazo ectópico	7	5.8
Acretismo o desprendimiento de placenta	6	5.0
Ruptura uterina	6	5.0
Sepsis obstétrica	5	4.1
Textiloma intraabdominal	4	3.3
Accidentes de cordón umbilical (nudos y circulares apretadas)	3	2.5
Otras	7	5.8
Ninguna	11	9.1
TOTAL	121	100

El 46.3% de los embarazos se resolvieron mediante cesárea, 37.2% por parto y 8.8% con aplicación de fórceps. Destaca que casi la mitad de los casos (49.6%) tuvieron un desenlace negativo, por morbilidad materna 33.1%, muerte obstétrica directa 15.7%, y muerte obstétrica indirecta 0.8% (Gráfica 6).

Las complicaciones maternas más frecuentes fueron: histerectomía, 10.7%; infecciones, 9.1% y hemorragia obstétrica, 7.4%. En más de la mitad de los casos no ocurrió ninguna complicación (Tabla VI). De los 108 nacimientos ocurridos en nuestra muestra (4 gemelares), hubo 32% de desenlaces perinatales exitosos, morbilidad perinatal recu-



Gráfica 6: Desenlace materno

Tabla VI: Complicaciones maternas más frecuentes.

COMPLICACIONES MATERNAS	Frecuencia	%
Pérdida de órgano y función reproductiva (HTA)	13	10.7
Infecciosas	11	9.1
Hemorragia obstétrica	9	7.4
Lesiones uroginecológicas y enterales	7	5.8
Complicaciones de preeclampsia	4	3.3
Lesiones o secuelas neurológicas	4	3.3
Hematológicas	3	2.5
Otras	9	7.4
Ninguna	61	50.4
TOTAL	121	100

perable 15.2%, y muerte fetal o neonatal 39.2% (Gráfica 7). En 13.6% el embarazo terminó antes de que los productos fueran viables, como abortos o embarazos ectópicos. Veinticuatro por ciento de los nacimientos fueron óbitos fetales. Las complicaciones que provocaron el ingreso de los productos al cuero patológico con frecuencia mayor fueron: asfisia perinatal 15.2%, trauma obstétrico 6.4%, daño neurológico 3.2% y sepsis neonatal 2.4%.

Los daños perinatales al binomio eran previsibles en casi la mitad de los casos (47.9%) (Gráfica 8).

El motivo de inconformidad más importante se relacionó a la percepción de mala práctica médica (44.6%), sin especificar algún momento particular del acto médico. En segundo lugar, con 19% se identificó la percepción de una atención deficiente o inadecuada del trabajo de parto. La muerte del producto de la gestación significó una inconformidad en 8.3% de los casos (Tabla VII).

Las desviaciones identificadas fueron, por frecuencia: vigilancia deficiente del trabajo de parto, 22.3%; equipo o instalaciones inadecuados, 14%; diagnóstico erróneo, 12.4%; expediente clínico incompleto, 9% y técnica quirúrgica deficiente, 10.7% (Gráfica 9).

La actuación de los médicos involucrados tuvo una relación directa de causa-efecto con las complicaciones que se presentaron en las pacientes en más de la mitad de los casos (Gráfica 10). Sesenta y dos por ciento dio un seguimiento y vigilancia inadecuado. Se identificaron desviaciones éticas en la tercera parte de la muestra. Se identificaron deficiencias de comunicación en 76% (Gráfica 11).

Cuarenta y cinco por ciento de los expedientes se encontraron incompletos o con anotaciones deficientes o ilegibles (Gráfica 12).

En 43%, la unidad médica donde se otorgó la atención, no contaba con las instalaciones necesarias para resolver

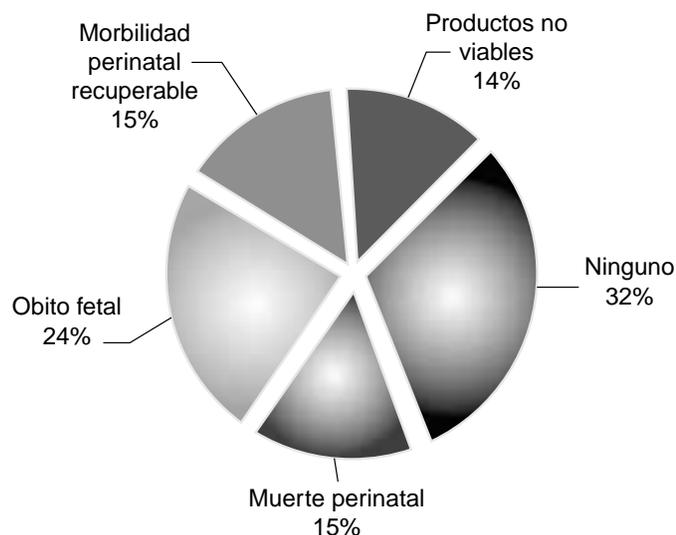


Gráfico 7: Daño perinatal

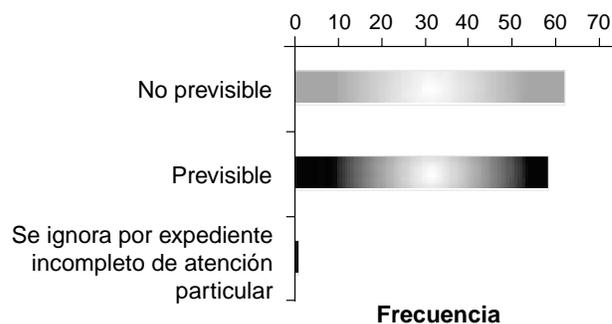
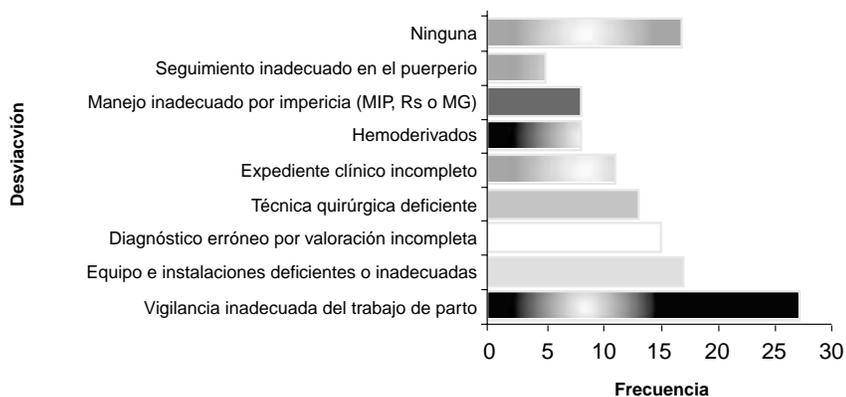


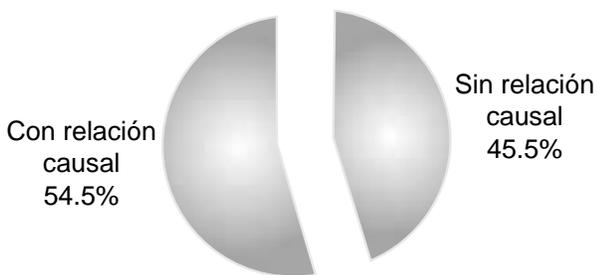
Gráfico 8: Previsibilidad de las complicaciones ocurridas al binomio

Tabla VII: Motivos de inconformidad expresados por los promoventes ante CONAMED.

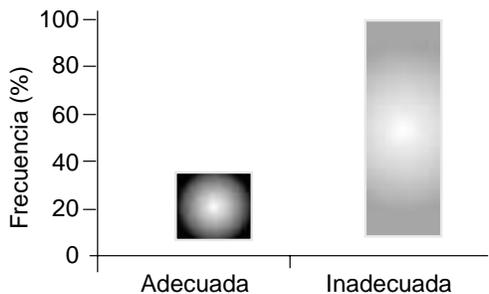
MOTIVOS DE INCONFORMIDAD	frecuencia	%
Negligencia, mala práctica o responsabilidad profesional	54	44.6
Atención deficiente o inadecuada del trabajo de parto	23	19.0
Muerte del producto	10	8.3
Atención médico quirúrgica deficiente	8	6.6
Homicidio o lesiones	7	5.8
Diferimiento o negativa de atención médico quirúrgica	6	5.0
Pérdida de órgano y función reproductiva	5	4.1
Aborto criminal	3	2.5
Otros	5	4.1
TOTAL	121	100



Gráfica 9: Desviaciones identificadas durante la atención médica



Gráfica 10: Relación de causalidad entre las complicaciones ocurridas y la actuación de los médicos involucrados: Buena y Mala práctica.



Gráfica 11: Comunicación en la relación médico paciente.

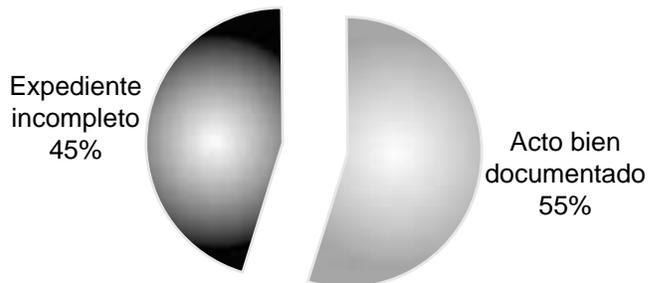


Gráfico 12: Documentación del expediente clínico de acuerdo a lo indicado por la Norma Oficial Mexicana del Expediente Clínico.

las complicaciones que presentaron las pacientes. Se describieron deficiencias institucionales en 40.5% de los expedientes analizados: falta de equipo especializado, 8.3%; falta de hemoderivados, insuficiencia en ginecoobstetras y otro personal especializado y falta de supervisión a médicos en formación, 6.6% cada rubro.

Discusión

La tendencia reconocida en el mundo sobre la relación médico paciente, y declarada por autores como Smith, Stone y Pérez Tamayo^{36, 37, 38}, es sobre el cambio en el modelo vertical y paternalista hacia una relación en que el médico es un prestador de servicios obligado a resultados óptimos y controlables.

En México se atienden al año más de un millón de partos y se realizan más de 500,000 cesáreas, resulta baja la incidencia de inconformidades, una por 10,000 embarazos resueltos; una por 275,000 partos atendidos y una por 270,000 cesáreas. Ante estos datos, Saucedo³⁹ enfoca las inconformidades relacionadas a ginecología y obstetricia, como un problema probabilístico, relacionado con la gravedad de la paciente. En apoyo a lo anterior, Valdés Salgado y Molina Leza aseguran que en nuestro medio las inconformidades son relativamente poco frecuentes, porque nuestra población no ha adquirido la cultura para enfrentar a los médicos como figuras de autoridad.

En nuestra revisión, la letalidad asociada a las inconformidades fue 16.5%, debida a muertes obstétricas directas 15.7%. Son de trascendental importancia las acciones preventivas para el manejo del «error latente», que Lifshitz⁴⁰ describe han permitido una reducción significativa de eventos adversos e indeseables en actividades de «alto riesgo».

Casi tres cuartas partes (73%) de los casos procedieron del Distrito Federal o del Estado de México, probablemente por su elevada proporción de hospitales de concentración. Setenta y dos por ciento de las inconformidades surgieron en instituciones de seguridad social, en concordancia con la Encuesta Nacional de Salud (1994)⁴¹. Es explicable porque son precisamente dichas instituciones las que otorgan alrededor de dos terceras partes de las atenciones médicas que se brindan en el país, afectadas por sobrepoblación de usuarios y la disminución de los recursos destinados al sector salud⁴².

Las inconformidades se originaron con mayor frecuencia durante el tercer trimestre de gestación (82.8%). Aunque no existen estadísticas detalladas al respecto de cuál es el trimestre más afectado por complicaciones del embarazo, es conocido que muchas gestantes, especialmente de zonas rurales, adolescentes y/o bajos ingresos, solicitan atención médica sólo para el nacimiento. Apoyando lo anterior se observan los dos diagnósticos de ingreso más frecuentes: trabajo de parto a término (28.1%) y desproporción cefalopélvica (10.7%).

En México, 2.5 millones de mujeres se embarazan al año, de las cuales, 370,000 partos (14.8%) son atendidos por personal no capacitado, y que 10.3% del total de nacimientos ocurren en la casa de las pacientes, atendidos por parteiras¹⁴. Sin embargo, las atribuciones de la CONAMED sólo la facultan a dirimir controversias entre profesionales de la salud autorizados⁴³, por lo que no se analizó en la muestra ningún caso atendido por no-médicos.

El 62.3% de los casos fueron atendidos en hospitales de 2º nivel, por ginecoobstetras en más de la mitad de ellos (56.2%), de acuerdo con las políticas de salud establecidas por las instituciones (programa de OMS-UNICEF «Hospital Amigo del Niño y de la Madre», incorporado dentro del programa «Arranque parejo en la vida»¹⁴).

En el tercer nivel se atendieron el 18.9% de las pacientes, mientras el 57% de los casos analizados correspondió a pacientes con calificación de riesgo elevado. Estos resultados nos refuerzan, de manera clara, la necesidad y trascendencia de identificar los casos de riesgo especial, para derivarlos oportunamente a la unidad médica con el nivel de complejidad adecuado para resolver las complicaciones que se presentan en la atención obstétrica, que en nuestro grupo, fueron el óbito fetal (24.8%), el trauma obstétrico (materno o fetal, 12.4%), y la asfisia perinatal (11.6%).

El Instituto de Medicina de Estados Unidos (IOM), en 2000, estimó ocurrieron 98,000 muertes anuales por errores médicos en ese país, cifra que excede a otras causas muy importantes, como los accidentes en vehículos de motor, el cáncer de mama y la infección por VIH, lo que convertiría al error médico en un problema de salud pública, y que cerca del 70% de las complicaciones pueden ser prevenibles. Ruíz-Moreno, en una revisión de 25 años en pacientes del Hospital Central Militar, calcula que entre 75% y 85% de las muertes maternas son previsibles con la tecnología y los recursos adecuados disponibles⁴⁴. En nuestra revisión, las complicaciones se consideraron previsibles en menos de la mitad (47.9%) de los casos.

El IOM publicó en 1999 que 13% de los ingresos hospitalarios se deben a efectos adversos del diagnóstico o del tratamiento, pero sólo uno de cada siete pacientes o familiares que han sufrido las consecuencias de un error médico interpone una acción legal, aunque no en todos los casos de inconformidad subyace una negligencia médica⁴⁵. González-Hermoso⁴⁶ en España, apunta que las repercusiones legales ocurren por equivocaciones diagnósticas en tres de cada cuatro casos, omisión de procedimientos 77%, hechos ocurridos en urgencias 70%, y 37.6% a motivos no operatorios. En México, Valdés, Campos y Saucedo señalan las complicaciones en el tratamiento y las intervenciones quirúrgicas como los momentos de la atención médica que originan inconformidades, con entre 45% y 62%. Otros motivos de inconformidad descritos fueron la atención inoportuna (16%), los accidentes (15%) y la relación médico paciente inadecuada (15%). En nuestra serie, los motivos

de inconformidad más importantes se relacionaron con la percepción de mala práctica médica (44.6%), de una atención deficiente o inadecuada del trabajo de parto (19%), y 8.3% con la muerte del producto de la gestación.

El resultado más notable de la atención obstétrica es el nacimiento, y según autores como Johnson⁴⁷ y Rubsamen⁴⁸, los malos resultados médicos con praxis adecuada son, paradójicamente, los que generan el mayor número de demandas por mala práctica. En cerca de la mitad de los casos (46.3%) se atendió mediante operación cesárea, 37.2% por parto, y 8.8% con aplicación de fórceps; de los 108 nacimientos ocurridos en nuestra muestra (4 gemelares), el desenlace perinatal fue exitoso sólo la tercera parte, pues ocurrió 15.2% de morbilidad perinatal recuperable, y 39.2% mortalidad fetal o neonatal. En el resto (13.6%), los productos no eran viables al momento de la terminación del embarazo. Las gestaciones analizadas tuvieron un desenlace desfavorable en casi la mitad de los casos (50.4%), con muertes obstétricas 15.7%, y morbilidad materna en una tercera parte. Los puerperios fueron fisiológicos en poco más de la mitad de los casos (50.4%).

Ward⁴⁹ analizó 500 demandas por atención ginecoobstétrica, y encontró que 27% de ellas no eran defendibles, por haber quebrantado la *Lex Artis* médica, por fallas en la documentación o por ambas. El manejo que se dio a las pacientes de los casos analizados fue acorde a la *Lex Artis* médica vigente en la especialidad 46% de los casos, y presentó desviaciones 54%; principalmente por vigilancia deficiente del trabajo de parto 22.3%, seguidas de equipo o instalaciones inadecuados 14%, y diagnóstico erróneo 12.4%.

El acto médico fue mal documentado en cerca de la mitad de los casos, pues el expediente se encontró incompleto o con anotaciones deficientes o ilegibles, de acuerdo a lo que determinan las Normas Oficiales 168 del Expediente clínico y 007, Atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio^{13, 50}. Es importante consignar en el expediente médico la evolución del trabajo de parto, las condiciones y vía del nacimiento, los procedimientos quirúrgicos y materiales utilizados, hallazgos, incidentes y detallar el tratamiento empleado, datos que tienen gran trascendencia cuando la paciente es atendida por diferentes médicos (cambio de turno) o trasladada a otra institución^{44, 51, 52, 53}.

Se describieron deficiencias institucionales en 40.5% de los expedientes analizados, de las cuales la más frecuente fue la falta de equipo especializado 8.3%, seguida de falta de disposición oportuna de hemoderivados, insuficiencia en ginecoobstetras y otro personal especializado y falta de supervisión a médicos en formación, 6.6% cada rubro. En más de la mitad de los expedientes *no se documentaron* deficiencias institucionales. Aunque es cierto que las instituciones que cuentan con mayores recursos son capaces de brindar una mejor atención médica, existen evidencias de que el uso rutinario de algunos auxiliares diagnósticos como

la cardiocografía, básicos en las unidades tocoquirúrgicas y ampliamente recomendados por grupos promotores de la excelencia como el National Institute for Clinical Excellence en Londres, Inglaterra, no representaron una mejoría significativa en los resultados perinatales, ni en la incidencia de muertes fetales, asfixia perinatal, operación cesárea o parto instrumental. Sin embargo -concluye Impey, quien encabeza este grupo- es deber de todos los obstetras clínicos estar claramente enterados de los riesgos y complicaciones más frecuentes, para tomar las precauciones necesarias para reducir su aparición⁵⁴. Otro grupo de investigadores clínicos, Goley y Kerney⁵⁵, explica que los mejores obstetras y las mejores unidades perinatales se caracterizan por sus esfuerzos para mejorar su práctica profesional, examinando y aprendiendo de los errores que otros han cometido en el pasado.

Esta «epidemia de demandas por negligencia médica» tiene repercusiones relevantes no sólo para el personal de salud, sino inclusive sobre la disponibilidad de la atención médica en el mundo. Copeland describió en 1993, que cada día disminuye el número de médicos que practican la obstetricia en Australia, debido principalmente a la creciente amenaza de demandas y los altísimos costos de los seguros de responsabilidad profesional; algunas aseguradoras han llegado a rehusarse a revalidar las pólizas de ginecoobstetras. El resultado final fue la falta de asistencia obstétrica en las áreas rurales^{56, 57}.

En nuestra revisión, la comunicación en la relación médico paciente fue adecuada en menos de la cuarta parte de los casos analizados (24%). Una relación eficaz entre quien brinda atención a la salud y la paciente se basa en el conocimiento y la habilidad que capacitan al primero, en la comunicación eficaz entre las personas y en los estándares éticos que regulan el comportamiento de los participantes en la relación⁵⁸. Se ha descrito que la comunicación deficiente entre médico y paciente, ya sea por sobrecarga de trabajo u otros factores, es una importante causa de desconfianza para los pacientes, que les predispondrá a atribuir cualquier evento adverso a un error del médico.

La ética es una cualidad de la atención médica que está preservada, aunque un poco desorientada, pues se observó apego a los principios éticos de la práctica de la medicina (beneficencia, no-maleficencia, autonomía y justicia) en más de dos terceras partes de los casos. En el año 2002, se publicó el «Estatuto de profesionalismo para el nuevo milenio»⁵⁹, que podría sustituir al Juramento hipocrático y la Declaración de Ginebra⁶⁰, el cual propone como principio supremo, el bienestar del paciente y el respeto a su autonomía, y como compromisos de los médicos la competencia profesional, la honestidad con los pacientes, el mantener relaciones apropiadas con ellos y mejorar la calidad de la atención, entre otros. Sin embargo, aún prevalece el desconocimiento de los profesionales que atienden pacientes obstétricas acerca de las normativas legales

tales como el derecho de la paciente y sus familiares a información suficiente, clara y veraz; el consentimiento válidamente informado, que implica, más allá de formatos firmados, las explicaciones e instrucciones pertinentes y necesarias.

Conclusiones

Ante el complejo reto de la asistencia en el nacimiento de una nueva vida, se requieren acciones que trasciendan las limitaciones técnicas y económicas de las instituciones

de salud, acciones sencillas al alcance de las habilidades y destrezas de cualquier profesional, para mejorar la salud de la mujer y su hijo: compromiso con los valores intrínsecos de la profesión médica, ser minucioso en la atención de las embarazadas, identificar los casos de riesgo especial, reconocer las limitaciones institucionales y propias, conocer los lineamientos éticos y normativos aplicables a la atención obstétrica, y retomar la esencia de la práctica médica: una buena comunicación en la relación médico-paciente, «una comunicación a nivel emocional y espiritual que... constituye una arma terapéutica poderosa y, muchas veces, imprescindible»⁶¹.

Recomendaciones generales para mejorar la calidad de la atención obstétrica

1. **EL EMBARAZO, PARTO Y PUERPERIO DEBEN SER ATENDIDOS POR PERSONAL CAPACITADO Y DEBIDAMENTE AUTORIZADO.**
 - a) Otorgar la atención con los recursos humanos y materiales suficientes y adecuados.
 - b) Todo embarazo de alto riesgo debe ser atendido por médico especialista en ginecología y obstetricia, en unidades con la capacidad de resolución necesaria.
 - c) Asegurar la actualización continua para mejorar el nivel de conocimientos y destrezas para un mejor desempeño profesional.
 - d) Tomar en cuenta los lineamientos establecidos por la Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-1993, Atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido. Criterios y procedimientos para la prestación del servicio, y por la Norma Oficial Mexicana NOM-168-SSA1-1998, Del Expediente Clínico.
2. **VALORAR INTEGRALMENTE CADA CASO DURANTE LA ATENCIÓN PRENATAL E IDENTIFICAR LAS PACIENTES CON ALTO RIESGO.**
 - a) Elaborar e integrar cuidadosamente el expediente clínico completo.
 - b) Valorar el riesgo reproductivo y obstétrico.
 - c) Dar seguimiento a las variables clínicas de acuerdo a lo indicado en la NOM-007-SSA2-1993 (numeral 5.1.6), para la detección temprana de las complicaciones más frecuentes y relevantes.
3. **ESTRECHAR LA VIGILANCIA PRENATAL DURANTE EL TERCER TRIMESTRE DE LA GESTACIÓN.**
 - a) Citar a las pacientes a revisión cuantas veces la clínica lo indique necesario.
 - b) Utilizar las guías clínicas reconocidas para la detección oportuna y prevención de las complicaciones del embarazo.
 - c) Valorar cada caso en particular y cada momento específico de la gestación.
 - d) Evitar el uso rutinario de las evaluaciones clínicas y estudios paraclínicos que no tengan justificación.
4. **PROCURAR LA MEJOR ATENCIÓN OBSTÉTRICA.**
 - a) Detectar los casos que requieran manejo por especialidad o un mayor nivel de capacidad resolutive.
 - b) Derivar oportunamente al nivel de atención adecuado para la resolución del embarazo según el riesgo identificado.
 - c) Contar o disponer del equipo necesario para la vigilancia y traslado oportuno.
5. **ESTABLECER EL MEJOR PLAN DE NACIMIENTO.**
 - a) Elegir cuidadosamente la vía de nacimiento más apropiada, parto o cesárea, de acuerdo al estado clínico del binomio.
 - b) Realizar una vigilancia clínica adecuada del trabajo de parto para identificar complicaciones de manera oportuna.
 - c) Contar con el consentimiento válidamente informado, cuando así lo amerite.
6. **REDUCIR RIESGOS INNECESARIOS.**
 - a) Asegurar una atención obstétrica acorde a los riesgos establecidos.
 - b) Elaborar el partograma de manera completa y adecuada, para la correcta interpretación de la curva de Friedman.
 - c) Conducir y supervisar la atención obstétrica.
 - d) Participar en la detección oportuna y el seguimiento eficaz del trabajo de parto, especialmente para los embarazos de alto riesgo.
7. **VIGILAR ESTRECHAMENTE A LA PACIENTE DURANTE EL PUERPERIO INMEDIATO.**
 - a) Revalorar el estado clínico de la paciente, documentando sus condiciones, así como las indicaciones, de acuerdo a lo señalado por la NOM-007-SSA2-1993.
 - b) Considerar especialmente el estado mental, coloración tegumentaria, tensión arterial, frecuencia cardíaca y respiratoria, temperatura, estado de hidratación, así como hemorragia transvaginal o de la herida quirúrgica, dolor pélvico, vaginal o perineal, y la función de emuntorios.
 - c) Pasar visita a todas las pacientes puérperas, aún en los puerperios de bajo riesgo y después, las veces que sea necesario.

- d) Realizar una exploración ginecológica completa al momento del egreso.
 - e) Asegurar la comunicación adecuada entre el médico y la paciente.
- 8. DOCUMENTAR TODO EL PROCESO DE ATENCIÓN.**
- a) Documentar debidamente el evento obstétrico en el expediente clínico: nota de valoración inicial, partograma, nota prequirúrgica y postquirúrgica con el nombre completo y firma del médico o los médicos que participaron en la atención de la paciente.
 - b) Anotar en el expediente clínico el razonamiento clínico que sustente los procedimientos a realizar durante toda atención obstétrica.
- 9. REALIZAR, PROMOVER Y FACILITAR LA EDUCACIÓN A LA EMBARAZADA Y SUS FAMILIARES SOBRE LOS RIESGOS INHERENTES A LA GESTACIÓN.**
- a) Favorecer y estimular la educación para la salud a la embarazada por el grupo multidisciplinario que tiene contacto con las pacientes durante la atención obstétrica.
 - b) Explicar desde la primera consulta cuáles son los riesgos generales y específicos del embarazo para cada paciente en particular, y documentarlo en el expediente.
 - c) Explicar de manera sencilla lo que puede ocurrir en la sala de labor, expulsión y quirófano, para tranquilizar a la paciente y sus familiares.
 - d) Enfatizar sobre los datos de alarma y la conducta recomendada para cada uno, durante todas y cada una de las consultas prenatales.
 - e) La información deberá explicarse a la paciente y al familiar responsable que ella designe.

BIBLIOGRAFIA

- 1 Secretaría de salud (México. Estadísticas de Salud 2000. Salud Pub. Mex. Sept-Oct 2001; 43(5): 494-510.
- 2 Rosenfield A, Fathalla MF. Manual de Reproducción Humana de la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO). New York (US): Parthenon Publishing Group; 1994. p: 337-345, 403-419. [Colaboración FIGO-OMS-Center for Population and Family Health, Columbia University]
- 2 Tsui AO, Wasserheit JN, Haaga JG (editores). Healthy Pregnancy and Childbearing. En: Reproductive Health in Developing Countries: Expanding Dimensions, Building Solutions. Washington (US): National Academy Press; 1997.
- 4 Fabre González E. Mortalidad perinatal. Encycl Méd Chir 1997; 5110(A):15.
- 5 Bolsa Médica. Epoca II. Edición No. 20. 1999. World Health Organization Report 1997.
- 6 Estadísticas de mortalidad relacionada con la salud reproductiva. México, 1997. Salud Pub Mex marzo-abril 1999;41(2):138-146.
- 7 Martínez Salazar G, Fernández Díaz H, Cerda R, Calderón Garcidueñas AL. Estudio de correlación clínico patológica en material de autopsias de muerte materna, Hospital de Especialidades, CMNE. Rev Salud Publ Nutr, feb 2001;1(e).
- 8 Rodríguez VS, Rojas HR, Maldonado VME. Estimadores de Calidad de los Servicios de Salud en el Estado de Guanajuato (1995-1998). *CaliMed* 1998; 4(1): 03-07.
- 9 Rendón L, Langer A, Hernández B. Condiciones de vida de la mujer y mortalidad materna en America Latina. Rev Cub Salud Pub 1995;12(1). Resumen disponible en: <http://www.imbiomed.com/1Salud/Cspv21n1/espanol/Wcsp51-05.htm>.
- 10 Instituto Nacional de Perinatología (México). Normas y Procedimientos de Ginecología y Obstetricia 2002. 3ª edición. Marketing y Publicidad de México. México:2002. Registro en trámite.
- 11 Arias F. Guía práctica para el embarazo y el parto de alto riesgo. Ed. Mosby-Doyma Libros. 2ª edición. Madrid, España, 1993:3-5.
- 12 Martin MC. Acercamiento a la paciente. En: De Cherney AH, Pernoll MK. Diagnóstico y Tratamiento ginecoobstétricos. 7ª ed. México (DF): Manual Moderno; 1999. p: 3-6.
- 13 Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-1993, Atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido. Criterios y procedimientos para la prestación del servicio. Diario Oficial de la Federación. México:31 de octubre de 1994.
- 14 Aguilar Moreno V, Muñoz Soto R, Velasco Vite JL, Cabezas García E, Ibarquengoitia Ochoa F, Nuñez Urquiza RM, Cerón Mireles S. Control prenatal con enfoque de riesgo. Una herramienta indispensable para el médico general. Boletín Práctica Médica Efectiva, sept 2001; 3(9). Colaboración del INSP, Dirección General de Salud Reproductiva, Centro Mexicano para la Colaboración COCHRANE iberoamericana y CENIDS. México:2001. ISSN 1665-0506.
- 15 Dirección General de Salud Reproductiva. Enfoque de riesgo reproductivo. Disponible en: URL: <http://cenids.insp.mx/dgsr/prenatal/riesgo-2.htm>
- 16 Chávez AV; Gaña EB. Valoración del riesgo reproductivo en mujeres que trabajan. Rev Med IMSS (Méx). 1993; 31: 119-21.
- 17 Dirección General de Salud Reproductiva. Indicadores del Sistema de Información Perinatal. Disponible en: URL: <http://www.ssa.gob.mx/unidades/dgsr/indicad/definic/indindice.htm>.
- 18 Ahued-Ahued JR, Fernández del Castillo SC, Bailón NR. Ginecología y Obstetricia aplicadas. 2ª edición. Editorial Manual Moderno. México: 2003. Capítulo 55. p:569. ISBN 970-729-009-9.
- 19 Arias F. Guía Práctica para el embarazo y parto de alto riesgo. 2ª edición. Edit. Mosby Doyma. Madrid, 1995.
- 20 Norma Oficial Mexicana NOM-197-SSA1-2000, Que establece los requisitos mínimos de infraestructura y equipamiento de hospitales y consultorios de atención médica especializada. Diario Oficial de la Federación, 17 de abril de 2000.
- 21 Norma Oficial Mexicana Nom-178-SSA1-1998, Que establece los requisitos mínimos de infraestructura y equipamiento de establecimientos para la atención medica de pacientes ambulatorios. Diario Oficial de la Federación, 14 de diciembre de 1998.
- 22 La OMS define como obstetra competente a parteras, enfermeras, enfermeras obstetras y médicos que han completado su curso de obstetricia, y que están registrados o legalmente licenciados para practicarla²².
- 23 Strengthening Midwifery Within Safe Motherhood: Report of a Collaborative ICM/WHO/UNICEF pre-Congress Workshop» May 1996. World Health Organization, Geneva, 1997.
- 24 Secretaría de Salud (México). Programa de Acción: «Arranque pareja en la vida». Subsecretaría de Prevención y Protección a la Salud. México:2002. P:21-24.
- 25 Llaca Rodríguez V, Fernández Alba J. Obstetricia Clínica. Mc Graw Hill-Interamericana Editores. México:2000. Capítulo 38, Muerte Materna. P:477-489.

- 26 Primer Informe de Actividades, Comisión Nacional de Arbitraje Médico. Junio 1996 - Junio 1997.
- 27 Segundo Informe de Actividades, Comisión Nacional de Arbitraje Médico. Junio 1997 - Mayo 1998.
- 28 Tercer Informe de Actividades, Comisión Nacional de Arbitraje Médico. Junio 1998 - Mayo 1999.
- 29 Cuarto Informe de Actividades, Comisión Nacional de Arbitraje Médico. Junio 1999 - Mayo 2000.
- 30 Informe Estadístico Comparativo, Comisión Nacional de Arbitraje Médico. Enero - Diciembre 2000. Enero - Diciembre 2001.
- 31 Informe Anual de Actividades, Comisión Nacional de Arbitraje Médico. 2001.
- 32 Lynch CB, Coker A, Dua JA. A clinical analysis of 500 medico-legal claims evaluating the causes and assessing the potential benefit of alternative dispute resolution. *Br J Obstet Gynaecol Dec* 1996; 103:1236-1242.
- 33 Valdés-Salgado R, Molina-Leza J, Solís-Torres C. Aprender de lo sucedido. Análisis de las quejas presentadas ante la Comisión Nacional de Arbitraje Médico. *Salud Publica Mex* 2001;43(5):444-454.
- 34 Campos-Castolo EM, Valle-González A. Análisis de veinticinco casos de controversias por atención ginecoobstétrica ante la CONAMED. *Ginec Obst Mex* 2001;69:57-64.
- 35 Morales-Ramírez JJ, Saucedo-González LF. La mayoría de las quejas por atención ginecológica y obstétrica se generan por percepciones derivadas de resultados inevitables. *Ginec Obstet Mex* 2001;69:108-117.
- 36 Stone T, Mantese A. Conflicting values and the patient provider relationship in managed care. *J Health Care Finance* 1999;26(1):48-62.
- 37 Pérez Tamayo R. La estructura de la práctica médica actual. En: Rivero-Serrano O (coord). *El ejercicio actual de la medicina. Siglo XXI editores. México 2000.*
- 38 Smith R. Why are doctors so unhappy? *BMJ* 5 May 2001;322:1073-4.
- 39 Saucedo-González LF, Tinoco-Jaramillo G, Morales-Ramírez JJ. Demandas contra ginecoobstetras en la Comisión Nacional de Arbitraje Médico. *Ginecol Obstet Mex dic* 2001;69(12):487-491.
- 40 Lifshitz A. El significado actual de «primus non nocere». Seminario sobre el Ejercicio Actual de la Medicina. Facultad de Medicina. Disponible en: URL: http://www.facmed.unam.mx/eventos/seam2k1/junio_2k2.pdf.
- 41 Ramírez Sánchez TJ, Nájera Aguilar P, Nigenda López G. Percepción de la calidad de la atención en los servicios de salud en México: perspectiva de los usuarios. *Salud Pub Mex ene-feb* 1998;40(1):3-12.
- 42 Secretaría de Salud (México). Programa Nacional de Salud 2001-2006. La democratización de la salud en México: Hacia un sistema universal de salud. 2ª edición. México: julio 2001.
- 43 Comisión Nacional de Arbitraje Médico. Decreto de Creación. México: 3 de junio de 1996.
- 44 Ruiz Moreno JA. Mortalidad materna en el Hospital Central Militar. Reporte de 25 años (1968-1991). *Ginecol Obstet Mex Nov* 1995;63:452-459.
- 45 González Hermoso F. Errores médicos o desviaciones en la práctica asistencial diaria. *Cir Esp* 2001;69:591-603.
- 46 Johnson KD. Malpractice in Obstetrics. *Int J Gyn Obstet Sept* 15 2001;2530(8):4391-4455. Disponible en: URL: <http://www.medical-library.org/index.htm>.
- 47 Rubsamen DS. Doctors and Malpractice: Some Parting Thoughts. *Phys Finan News* 2002;20(4):22-24. Comentado en: *Medscape Reviews* 2002. Disponible en: <http://www.medscape.com/viewarticle/430642>.
- 48 Ward CJ. Analysis of 500 malpractice claims: Causes and Prevention. *Am J Obstet Gynecol* 1991;165:298-306.
- 49 Norma Oficial Mexicana NOM-168-SSA1-1998, del expediente clínico. Diario Oficial de la Federación (México), 14 de septiembre de 1999.
- 50 Angulo Vázquez J, Ornelas Alcantar J, Rodríguez Arias EA et al. Mortalidad materna en el Hospital de Ginecología y Obstetricia del Centro Médico Nacional de Occidente, México. Revisión de 12 años. *Ginecol Obstet Mex Sept* 1999;67:419-24.
- 51 Bobadilla JL, Reyes Frausto S, Karchmer S. Magnitud y causas de mortalidad materna en el DF (1988-1989). *Gac Med Mex* 1996;132(1):5-16.
- 52 Impey L, Reynolds M, MacQuillan K, Gates S, Murphy SO. Admission cardiotocography: a randomised controlled trial. *Lancet* 2003; 361: 465-70.
- 53 Goley RB, Kearney P. Malpractice losses in obstetrics. A review of claims. *N J Med* 2002;99(12):7.
- 54 Cunningham FG, MacDonald PC, Gant NF, Leveno KJ, Gilstrap LC, Hankins GDV, Clark SL. *Obstetricia de Williams*. 20ª ed. Buenos Aires (Argentina): Edit. Médica Panamericana; 1998.
- 55 Purdon TF, MacLennan A. ACOG Calls for Immediate Reform in Liability Insurance. *Med J Aust* 2002;176:425-428.
- 56 Scott JR, Di Saia PJ, Hammond CB, Spellacy WN. Tratado de Obstetricia y Ginecología de Danforth. Editorial Médica Panamericana. 8ª ed. México;2000.
- 57 American Board of Internal Medicine, American College of Physicians, American Society of Internal Medicine, European Association of Internal Medicine. Medical professionalism in the New Millenium: a Physician Charter. *Ann Intern Med* 2002;136:243-246.
- 58 Declaración de Ginebra. 2ª Asamblea General de la Asociación Médica Mundial de Ginebra, Suiza, septiembre 1948, y enmendada por la 22ª Asamblea Médica Mundial de Sydney, Australia, agosto 1986 y la 35ª Asamblea Médica Mundial de Venecia, Italia, octubre 1983, y la 46ª Asamblea General de la AMM de Estocolmo, Suecia, septiembre 1994.
- 59 Jinich H. El paciente y su médico. Primera edición. UNAM-JGH editores. México:1997. p:82.