# Calidad del documento de consentimiento informado en expedientes clínicos de queja por atención obstétrica.

**Calvo-Aguilar O,[1] Torres-Falcón M,[2] Valdez-Santiago MR[3]**

[1]Hospital Regional de Alta Especialidad de Oaxaca
[2]Universidad Autónoma Metropolitana Unidad Azcapotzalco
[3]Instituto Nacional de Salud Pública

**Correspondencia:**
M. en C. Omar Calvo Aguilar

Hospital Regional de Alta Especialidad de Oaxaca
Calle Aldama s/n
San Bartolo Coyotepec,
Oaxaca C. P. 71256

**Teléfono:** (951) 501 8080

**Correo-e:**
omarcalvoaguilar@gmail.com

**Resumen**

**Introducción:** El objetivo del estudio fue evaluar la elaboración y calidad formal del documento de consentimiento informado en quejas por atención materna presentadas en cuatro comisiones de arbitraje médico de México.
**Material y Métodos:** Estudio de tipo observacional, transversal y analítico de la calidad formal del documento de consentimiento informado, basado en siete variables de calidad tomadas de los criterios de Calle-Urra y *cols*. Se seleccionaron cuatros estados del país: Estado de México, Chiapas, Oaxaca y Veracruz. Se realizó un análisis de diferencia de varianza mediante la prueba de *Kruskal-Wallis*, considerándolo significativo con valor de p menor a 0.05.
**Resultados:** Existió diferencia significativa en los datos analizados; el Estado de México, obtuvó los mejores indicadores de calidad de llenado en el consentimiento informado, mientras que Chiapas obtuvó los puntajes más bajos, también se observó la ausencia del consentimiento en los expedientes analizados, situación que atenta contra la mujer por ser una de principales formas de abuso y falta de respeto al nacimiento, observando que el contar con normativas que obliguen a su cumplimiento tampoco mejora su elaboración.
**Conclusiones:** Se omite el documento de consentimiento en los expedientes clínicos de queja por falta de respeto y maltrato al nacimiento hasta en 40% de los expedientes revisados, el rubro de datos del paciente y firmas es el que se llena con menor frecuencia. El Estado de México presentó los mejores indicadores en la calidad en la integración del documento.

**Palabras Clave:** Consentimiento Informado, Expediente Clínico, Calidad, Atención Obstétrica.

## *Quality of informed consent document in clinical records of complaint for obstetric care.*

**Abstract**

**Introduction:** The objective of the study was to evaluate the elaboration and formal quality of the informed consent document in maternal care complaints presented in four medical arbitration commissions in Mexico.
**Material and Methods:** Observational, cross-section and analytic study of formal quality of informed consent document, based on seven quality variables taken from the of Calle-Urra et al criteria. Four Mexican states were selected: State of Mexico, Chiapas, Oaxaca and Veracruz. An analysis of the difference in variance was made using the Kruskal-Wallis test, considering it significant with a p-value less than 0.05.
**Results:** There was a significant difference in the analyzed data; State of Mexico obtained the best indicators of filling quality in informed consent, while Chiapas state obtained the lowest score, the absence of Informed Consent was also observed in the analyzed files, this situation attemps against women because it is the main abuse and lack of respect forms for the birth process, notizing that to have regulations that require compliance does not improve its elaboration either.
**Conclusions:** The consent document is omitted in the clinical files of complaint due to lack of respect and abuse at birth up to 40% of the files reviewed, the item of patient data and signatures is the one that is filled less frequently. State of Mexico presented the best quality indicators in the integration of this document.

**Keywords:** Informed Consent, Medical Records, Quality Indicators Health Care, Obstetrics.

# Artículo Original

**DETALLES DEL ARTÍCULO**

Recibido: 28/julio/2018
Aceptado: 1/septiembre/2018

**Cómo citar este artículo:**
Calvo-Aguilar O, Torres-Falcón M, Valdez-Santiago MR. Calidad del documento de consentimiento informado en expedientes clínicos de queja por atención obstétrica. Avan C Salud Med 2018; 5 (3): 79-87.

## Introducción

El principio ético de la autonomía otorga a las mujeres un papel fundamental en la toma de decisiones respecto a la seguridad de la persona durante la atención médica del parto.[1] Se consideran al menos dos aspectos relevantes de la autonomía de las mujeres durante el parto, primero el derecho a la información y segundo, el derecho a decidir; de manera que se garantice el respeto de las decisiones adoptadas libre y voluntariamente por las mujeres.[2,3]

Conforme a la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO), el consentimiento informado (CI) es un permiso obtenido libremente, sin amenazas o incentivos impropios, después de la revelación apropiada al paciente de información adecuada y comprensible en una forma e idioma entendible; en este caso, sólo la mujer puede decidir si los beneficios de un procedimiento valen los riesgos e incomodidad que puede sufrir, de manera que la obligación ética del médico es la de garantizar que el derecho humano de la mujer de autodeterminación se encuentra con el proceso de comunicación que precede a la obtención.[4]

En varios estudios se ha documentado que la principal forma de falta de respeto y abuso al nacimiento tiene que ver con la falta de obtención del consentimiento informado y la información que se brinda a la mujer durante el parto.[5-7] Al respecto la ACOG (Colegio Americano de Ginecología y Obstetricia) manifiesta que este documento integra los conceptos éticos y prácticos de la medicina reconociendo la importancia de llevarlo a cabo.[8]

En México existen diversos instrumentos regulatorios que sustentan la obligatoriedad del debido llenado del CI, tanto en la Ley General de Salud, como en la Norma Oficial Mexicana 004 del expediente clínico hacen alusión a la integración y requisitos.[9-10]

Las funciones del CI son orientar el proceso de información y de debate sobre la medida diagnóstica o terapéutica propuesta, registrar el proceso que se realizará y, por último, facilitar la protección legal del médico.[11,12] En la parte de rectoría México cuenta con un la CONAMED que regula y resuelve las inconformidades en la atención médica desde 1996. [13,14]

La violación a los derechos reproductivos de las mujeres es una queja que ha aumentado en nuestro país, documentado por medio de los registros en la Comisión Nacional de Arbitraje Médico y en la Comisión Nacional de Derechos Humanos. Desde la perspectiva de ciudadanía se observa que el derecho al acceso a servicios de salud con autonomía y dignidad aún no se cumple conforme a las expectativas de desarrollo social para las mujeres embarazadas. Esta aplicación de la ciudadanía a la salud reproductiva se ve violentada por la imposibilidad de ejercer sus derechos reproductivos observados en investigaciones sobre este rubro, identificando la falta de consentimiento informado como una de las principales formas. Los objetivos del estudio fueron identificar el cumplimiento en la elaboración del documento de CI en quejas por atención materna presentadas en cuatro comisiones de arbitraje médico (CAM) de México y evaluar la calidad formal del documento de consentimiento informado en las quejas por atención materna presentadas en cuatro comisiones de arbitraje médico (CAM) de México.

## Material y métodos

Se realizó un estudio transversal, observacional y analítico. El universo fue de 924 expedientes de queja reportados por CONAMED en los cuadros estadísticos sobre la atención de controversias en salud 2010 – 2015.

La muestra fue obtenida de cuatro CAM conforme a los siguientes criterios: legislación en violencia obstétrica y perfil reproductivo. En relación a la tipificación de la violencia obstétrica, existen cuatro estados en el país que tienen este tipo de violencia, en su marco normativo (Ley de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia), dos entidades además la han tipificado en su código penal (Veracruz y Chiapas), además contemplan la esterilización forzada como delito, por su parte el Estado de México en el año 2016, incluyó las sanciones en su código, en tanto que Guerrero únicamente presenta la definición de violencia

obstétrica en el código penal, pero no cuenta con los criterios para su implementación, el resto de los estados no cuenta con la tipificación.[15]

Referente al perfil reproductivo en México, destacan las características de Chiapas y Oaxaca dado que presentan la tasa global de fecundidad (TGF) más elevada a nivel nacional en el año 2015, con 2.5 y 2.4, respectivamente.[16] Otras características que se consideraron fueron: promedio de consultas de control prenatal, donde nuevamente Oaxaca y Chiapas presentaron indicadores menores a la media nacional y los porcentajes más bajos de atención del parto institucional. Respecto a planificación familiar, Chiapas presenta la cifra más baja a nivel nacional, con una prevalencia de uso de algún método en mujeres unidas de 58.6%, por otro lado, Oaxaca tuvo la cifra más elevada de necesidad insatisfecha de métodos de planificación familiar (8.2%).[17]

Por estas condiciones, la selección incluyó a las CAM de los estados de Chiapas, Estado de México, Veracruz y Oaxaca. El total de expedientes para analizar en el periodo de acuerdo con los reportes anuales de quejas fue de 32 para Chiapas, 29 para Veracruz, 42 para Oaxaca y 42 en el Estado de México.

Los datos se recolectaron del expediente de queja de las CAM de estos cuatro estados. A partir de los criterios de Calle-Urra y *cols*.,[18] se construyó una matriz que incluye ocho categorías para evaluar la calidad del CI, la asignación de los 19 criterios en ocho categorías se basó en los apartados que debe tener el documento de CI, estos son: a) fecha y datos de la unidad médica (fecha, hora, nombre de la unidad y dirección); b) datos de la mujer que solicita la atención (nombre completo del paciente, nombre completo de testigo y firmas); c) datos del profesional de salud (nombre completo, cédula profesional y firma); d) diagnóstico completo (sin abreviar), e) procedimiento a realizar (nombre completo del procedimiento); f) riesgos y beneficios (se escriben beneficios potenciales y riesgo de daño del procedimiento) y; g) alternativas terapéuticas (se escriben otro tipo de tratamientos para el padecimiento). La octava categoría corresponde a la integración de las siete categorías, de manera que los criterios son dicotómicos pero la sumatoria final se expresa en proporción. Se calculó por cada expediente la existencia del documento y porcentaje de incumplimientos de cada criterio, los criterios hacían referencia, en todos los casos, a la presencia o ausencia del aspecto evaluado, no valorándose si el contenido de este era adecuado o no dado que no existen criterios uniformes para evaluación de contenido.

Se calculó la relación de incumplimientos por estado, es decir la ponderación de los criterios hallados respecto del total de criterios considerados, se obtuvo también el promedio global de incumplimiento y la frecuencia relativa de incumplimientos de cada criterio (número de incumplimientos en ese criterio ×100/número total de incumplimientos).

Los datos fueron analizados con el software Stata versión 14. Se presentaron cuadros comparativos por estado de las características de las mujeres que interpusieron las quejas en las CAM, enseguida las características de los profesionales que brindaron la atención y finalmente las variables de apego a criterios de calidad. El análisis de la variable de resultado se realizó mediante la prueba de *Kruskal-Wallis*, considerándolo significativo con valor de p menor a 0.05. Se contó con la aprobación del Comité de Ética en investigación del Instituto Nacional de Salud Pública núm. CI: 850, de fecha 18 de agosto de 2017.

## Resultados

En el periodo de estudio se analizaron 104 expedientes de quejas presentadas ante las CAM, de un total de 145 expedientes de los cuatro estados en los que se realizó la investigación; se excluyeron 35 expedientes por ser quejas relacionadas con atención de mujeres que no estaban embarazadas y se eliminaron 6 por no encontrarse físicamente el expediente.

La mayor parte de las quejas presentadas se distribuyó en las áreas de cirugía y de atención inicial, con 39.5 y 31% respectivamente, siendo Oaxaca el estado que mayor cantidad de quejas presentó en el periodo con 32% del total. La distribución de expedientes por estado conforme a la clasificación de motivo de queja CONAMED se presenta en la tabla 1.

**Tabla 1.** Distribución por motivo de Queja en las CAM de estados consultados.

| Estado | Motivo de queja | | | | Expedientes |
|---|---|---|---|---|---|
| | Atención inicial | Cirugía | Diagnóstico | Tratamiento | |
| Oaxaca | 11 | 15 | 0 | 6 | 32 |
| Veracruz | 7 | 7 | 4 | 7 | 25 |
| Chiapas | 3 | 11 | 4 | 7 | 25 |
| México | 11 | 8 | 1 | 2 | 22 |
| Total | 32 | 41 | 5 | 22 | 104 |

Fuente: Base de datos consentimiento informado elaboración propia 2017.

Respecto a las características sociodemográficas de las mujeres denunciantes ante las CAM se observa que la mayoría de las mujeres que presentaron queja, son de población urbana, con escolaridad de secundaria o media superior y, estado civil casadas; tal como se muestra en la tabla 2.

**Tabla 2.** Características sociodemográficas de las mujeres que presentaron queja ante las CAM

| Característica | | Estados | | | | Total (%) |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | Chiapas | Veracruz | Oaxaca | México | |
| Tipo de población | Rural | 4 | 6 | 7 | 6 | 23 (22.2) |
| | Urbana | 20 | 20 | 25 | 16 | 81 (77.8) |
| Estado civil | Casada | 16 | 18 | 15 | 13 | 62 (59.6) |
| | Soltera | 5 | 3 | 2 | 3 | 13 (12.5) |
| | Unión libre | 2 | 3 | 11 | 6 | 22 (21.2) |
| | Otro | 2 | 1 | 4 | 0 | 7 (6.7) |
| Escolaridad | Analfabeta | 1 | 0 | 3 | 0 | 4 (3.9) |
| | Primaria | 2 | 2 | 5 | 6 | 15 (14.4) |
| | Secundaria | 8 | 11 | 9 | 7 | 35 (33.6) |
| | Bachillerato | 7 | 8 | 14 | 8 | 36 (34.6) |
| | Profesional | 8 | 4 | 1 | 1 | 14 (13.5) |
| | Postgrado | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 (0) |

Fuente: Base de datos consentimiento informado elaboración propia 2017

En cuanto a la afiliación a instituciones de seguridad social, 93.1% contó con algún tipo de derechohabiencia, las afiliadas a Seguro Popular ocuparon el mayor porcentaje de las quejas con 47.11%, en tanto que las afiliadas al IMSS representaron el 30.77%, las quejas restantes correspondieron a otro tipo de seguridad social en salud entre las que se encuentra PEMEX o seguros privados. Destaca que todas las mujeres en el estado de Chiapas contaban con algún tipo de seguridad social en salud, distinto del resto de los estados en los que se encontraron a mujeres sin ningún tipo de afiliación.

Por otra parte, referente a la institución que prestó la atención a la mujer, se observó que la mayoría de las atenciones fueron brindadas en unidades de salud del estado (SESA 37.50%), enseguida las

instituciones privadas subrogadas por el Seguro Popular (31.73%) y el IMSS fue la tercera con más atenciones (27.88%). El ISSSTE tuvo menos del 2% y se reportó un caso que no tuvo atención en ninguna institución, dado que el nacimiento ocurrió en la vía pública.

En relación con el perfil de los profesionales que prestaron la atención a la mujer y que fueron objeto de queja, se observó que 59.62% fueron especialistas en ginecología y obstetricia, 30.77% fueron médicos generales, 5.77% de las atenciones fueron por personal en formación (pasantes de enfermería y medicina), no hubo profesionales de enfermería reportados en la atención del nacimiento. La documentación aportada por los profesionales principalmente fue título y/o cédula, en tanto que la certificación fue un documento que se encontró presente sólo en 3.4% del total de expedientes hallados en los estados de Oaxaca y México, en tanto que en Chiapas y Veracruz no se contó con el documento. El 68.2% de las quejas ocurrió en unidades de segundo nivel de atención, 16.3% en primer nivel de atención y sólo se reporta en el Estado de México atención en unidades de tercer nivel, así mismo diez de las quejas no identifican este rubro.

Los resultados referentes a la calidad del llenado del CI de manera general identifican al Estado de México con el mejor llenado en el rubro de fecha y datos de la unidad médica (en donde se incluye nombre del hospital, división o servicio que proporcionó la atención), con diferencia significativa respecto a las otras tres entidades en el análisis de varianza, observándose como principal incumplimiento la hora y los datos correspondientes a la división o servicio.

El estado de Veracruz presentó el mejor llenado en relación con los datos de la mujer y testigo donde se verificó nombre completo y firma correspondiente en el documento, siendo el principal motivo de incumplimiento la falta de firmas y la ausencia de nombre de testigos.

En lo que respecta a los datos del profesional, el estado que presentó el mejor llenado fue Veracruz con diferencia significativa respecto a los otros tres estados en el análisis de varianza con p de 0.002, el principal motivo de incumplimiento fue la falta de firmas por el profesional y la anotación del número de cédula profesional. Referente al diagnóstico, se observó que la principal problemática en el cumplimiento fue el que se encontrara incompleto o ausente sin ajustarse al deber de información respecto a la naturaleza de la patología. El Estado de México fue la entidad que obtuvo el mayor cumplimiento en este rubro.

**Tabla 3.** Características de los profesionales involucrados en la atención.

| Característica | | Estado | | | | Total |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | Veracruz | Chiapas | Oaxaca | México | |
| Tipo de profesional | Especialidad G/O | 19 | 10 | 19 | 14 | 62 |
| | Licenciatura Medicina | 6 | 12 | 12 | 8 | 38 |
| | Licenciatura Enfermería | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| | No profesional | 0 | 3 | 1 | 0 | 4 |
| Cédula | | 6 | 8 | 18 | 18 | 50 |
| Titulo | | 3 | 4 | 15 | 18 | 40 |
| Certificación | | 0 | 0 | 2 | 2 | 4 |
| Media/años experiencia | | 11 | 9.4 | 7.4 | 8.4 | 9 |
| Nivel de atención | Primero | 1 | 8 | 8* | 0 | 17 |
| | Segundo | 24 | 17 | 24 | 16 | 71 |
| | Tercero | 0 | 0 | 0 | 6 | 6 |

Fuente: Base de datos consentimiento informado elaboración propia 2017

*Una atención fuera de unidad médica de primer nivel

Respecto a la información sobre el procedimiento a realizar donde se incluyera el nombre del procedimiento y detalle de su realización, se observó que en el estado de Veracruz y Estado de México se registró un mayor llenado, en tanto que Oaxaca y Chiapas tuvieron menor proporción de llenado, principalmente por carencia en detalle del procedimiento a realizar. Similar situación se observó por el incumplimiento en el reporte de los riesgos y beneficios, rubro que estuvo ausente en los documentos en muchos de los casos. Finalmente, y respecto a alternativas terapéuticas que se informan a la mujer dada la naturaleza del problema, lo que se obtuvó en cuanto a registro en el documento correspondiente, es que el Estado de México y Veracruz son los que mejor detallaron este apartado. Los datos analizados y significancia estadística se muestran en tabla 4, donde se agregó como variable 8 la integración total de los apartados del documento de consentimiento informado.

**Tabla 4.** Análisis de varianza para variables de calidad del documento de consentimiento informado por Estado.

| Variable | Estado | | | | P |
|---|---|---|---|---|---|
| | Veracruz % | Chiapas % | Oaxaca % | México % | |
| Fecha y datos | 40 | 20 | 18.7 | 95.4 | 0.0001 |
| Paciente | 60 | 16 | 43.7 | 31.8 | 0.04 |
| Profesional | 84 | 20 | 59.3 | 50 | 0.002 |
| Diagnóstico | 80 | 20 | 56.2 | 90.9 | 0.0001 |
| Procedimiento | 80 | 20 | 59.3 | 68.2 | 0.003 |
| Riesgo/beneficio | 88 | 20 | 56.2 | 68.2 | 0.002 |
| Alternativas Tx | 100 | 20 | 56.2 | 95.4 | 0.0001 |
| Integración total | 60 | 19.4 | 50 | 71.4 | 0.003 |

Fuente: Base de datos consentimiento informado elaboración propia 2017

## Discusión

El consentimiento informado es un documento en el que se combinan leyes, medicina y principios bioéticos, en el que la mujer firma una vez comprendidas las necesidades de intervenciones o procedimientos para mantener o mejorar su salud.[19] Este documento representa el alcance en deber de información para el profesional de la salud, en tanto para la mujer representa la voluntad expresa acerca de las características de la atención que desea, fundamentándose en la autonomía a que tiene derecho de acuerdo con los tratados internacionales y la constitución que la respalda.[20]

Todas las mujeres que son atendidas en instituciones de salud sean públicas o privadas, deberán contar con dicho documento, pero las dificultades son principalmente por impedimentos como educación, relaciones de poder desiguales, falta de tiempo, complejidad del procedimiento e inclusive la curiosidad del paciente, situaciones todas que no eximen al profesional en su tarea de elaborarlo correctamente. [21]

La ausencia del documento se considera un incumplimiento de la *lex artis medica ad hoc*, que en todos los casos puede ser interpretado como una falta de diligencia del profesional médico.[22] Esta omisión es considerada como uno de los criterios más importantes propuestos por la OMS para evaluar el abuso y falta de respeto al nacimiento.

A partir de lo anterior, el hecho de identificar en el estudio que en 39.5% de los casos se realicen procedimientos sin autorización de las mujeres es altamente significativo, sobre todo si lo comparamos con lo reportado en otras latitudes, por

ejemplo, en el caso de África que asciende a tan solo 4.8%. [23] Esta tendencia identificada en México está por debajo de lo reportado en otros países de América Latina, donde la prevalencia de procedimientos sin autorización alcanza hasta 74.6%, la brecha entre las regiones es grande, lo cual podría deberse a la falta de uniformidad en los instrumentos utilizados para la medición. [24]

La tendencia a realizar procedimientos sin la información, sin firmar la aceptación del consentimiento para procedimientos (cesárea, episiotomías, histerectomías, transfusiones de sangre, esterilización o uso de oxitocina) y aplicación de tratamientos sin consentimiento parece ser una característica común en América Latina. [21-25]

La vulnerabilidad es la principal problemática del consentimiento, dado que hay una serie de condiciones en las mujeres en trabajo de parto que implican riesgo de daños mayores o adicionales a la salud relacionados con el feto, las principales formas de vulnerabilidad se encuentra en la obtención del consentimiento informado, en la susceptibilidad a la coerción en el trabajo de parto por la exposición a riesgos innecesarios debido a muchas circunstancias, como la falta de apego a procedimientos basados en literatura científica o la falta de actualización de los profesionales de la salud.[26]

Entre otros mecanismos para minimizar la vulnerabilidad en el parto, la promoción de leyes que promuevan la equidad y autonomía de las mujeres en todos los ámbitos es una alternativa, respaldándose en ocasiones en reglamentos penales.[27] En México luego de cinco años de implementación de sanciones penales en los estados de Chiapas y Veracruz, no se observa que haya mejoría respecto de estados sin sanciones penales, por el contrario, se siguen cometiendo las mismas omisiones referentes al CI.

La falta de efectos positivos de la sanción penal, también ha sido observada en otros países como es el caso de Brasil, donde el Reglamento Nacional 368, diseñado por el gobierno para reducir los nacimientos por cesárea, no tiene efecto en la toma de decisiones sobre el modo de nacimiento o para favorecer el nacimiento por parto, aun cuando el diseño es para promover la toma de decisiones informadas, los formularios de consentimiento rara vez se usan, de manera que sólo se aplican como medio de protección legal para el propio personal médico, en lugar de un medio para informar a las pacientes, este hallazgo es consistente con estudios realizados en ese mismo país. [28]

También está descrito que las sanciones que son más duras tienen un efecto negativo en la prevención de delitos, de manera que el sancionar de manera rígida poco aporta para resolver la problemática, por el contrario investigar la conducta humana que hace que los reglamentos sean poco empleados o que los profesionales y las mujeres los pasen por alto, enfocados en resolver el problema de información y transmisión del conocimiento del profesional a la mujer para una mejor toma de decisiones debe ser una prioridad. [29]

En Oaxaca y Chiapas se perpetúa el círculo de pobreza desde hace más de 5 años de acuerdo con CONEVAL, a pesar de contar con afiliación a seguridad social en salud, la segregación social en los sistemas de salud segmentados es un obstáculo importante para la reducción de las brechas en el acceso en salud reproductiva, esta forma de discriminación estructural implica prácticas por profesionales de la salud que generan barreras, de manera que la inequidad y la insuficiente protección social en salud se sigue manifestando en los estados con menor índice de desarrollo humano de México, [30-32] lo que hace pensar que esta diferencia tiene su origen en la discriminación en el sistema de salud hacia las mujeres, sobre todo aquellas más pobres. [33]

Existen pocos estudios sobre este tópico y menos aún referente a la calidad del documento y la información a pesar de encontrarse regulado en normativas, reglamentos y leyes, además de los esfuerzos que se han hecho por favorecer el empoderamiento de las mujeres con la tipificación de la violencia obstétrica, hasta el momento no se ve reflejado en el expediente clínico, de manera que se deben buscar alternativas de mejora en la elaboración y favorecer la calidad de la atención materna, para alcanzar la equidad en el sistema de salud.

Limitaciones: El estudio a pesar de contar con los datos de cuatro comisiones del país, dada la muestra obtenida, no alcanza a mostrar una perspectiva de mayor inclusión nacional.

## Conclusiones

En México el documento de CI sigue sin elaborarse ni llenarse conforme a las normativas nacionales e internacionales, lo que perpetúa la violación de la autonomía de las mujeres durante la atención del nacimiento. Se identificó una brecha entre estados de la República Mexicana referente a la elaboración del documento y las características de calidad en los expedientes clínicos revisados. A partir de los hallazgos, se pudo identificar que los estados con mayor rezago social a su vez con mayor población indígena son los que tienen mayores limitaciones en llenado del CI o una ausencia de este.

La obligatoriedad en la implementación, elaboración y apego a normativas del CI no se cumplen por la falta de monitoreo y rendición de cuentas, de manera que contar con legislaciones, reglamentos e inclusive penas judiciales no garantiza su cumplimiento y menos que cumpla con su cometido.

**Referencias bibliográficas**


1. Kotaska A. Informed consent and refusal in obstetrics: A practical ethical guide. Birth. 2017;44:195–199. https://doi.org/10.1111/birt.12281
2. González-Guillén F. Algunos aspectos jurídicos de la atención al parto. Abril 2009. España. En: http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/AspectosJuridicos.pdf
3. Buedchler EJ. Informed Consent Challenges in Obstetrics. CRICO/RMF Obstetrical Providers Guidelines Committee. En: https://www.rmf.harvard.edu/~/media/Files/_Global/.../Forum_V25N3_consent.pdf
4. FIGO. Committee for the Study of Ethical Aspects of Human Reproduction and Women's Health. Ethical issues in obstetrics and gynecology. Oct 2012. UK. En: https://www.figo.org/sites/default/files/uploads/wg-publications/ethics/English%20Ethical%20Issues%20in%20Obstetrics%20and%20Gynecology.pdf
5. Sando D, Ratcliffe H, McDonald K, Spiegelman D, Lyatuu G, Lager A, et al. The prevalence of disrespect and abuse during facility-based childbirth in urban Tanzania. BMC Pregnancy and ChildbirthBMC series – open, inclusive and trusted201616:236. https://doi.org/10.1186/s12884-016-1019-4
6. Valdez-Santiago R, Hidalgo-Solórzano E, Mojarro-Iñiguez M, Arenas-Monreal LM. Nueva evidencia a un viejo problema: el abuso de las mujeres en las salas de parto. Revista CONAMED, Vol 18, Num 1, 2013, pp. 14-20 ISSN1405-6704.
7. Terán P, Castellanos C, González M. Violencia obstétrica: percepción de las usuarias. Revista de Obstetricia y Ginecología de Venezuela 73, no. 3 (2013). 171-180.
8. ACOG. Committe on Ethics. Inform consent. Commitee opinion. Num 439 aug 2009. Reaffirm 2015.
9. Cámara de diputados H. Congreso de la Unión. Ley General de Salud. Última Reforma DOF 22-06-2017. En: http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/142_220617.pdf
10. SEGOB. Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Aten-

ción Médica. En: http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/compi/rlgsmpsam.html
11. SEGOB. Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, Del expediente clínico. En: http://dof.gob.mx/nota_detalle_popup.php?codigo=5272787
12. Castaño-Molina MA, Carrillo-Navarro F, Miguel-Pastor L. Consentimiento informado en la humanización de la Cesárea. Cuadernos de Bioética XXXVII, 2016/2ª. 249-254.
13. Cámara de Diputados. Reforma constitucional en materia de justicia penal y de seguridad pública. Cuaderno de apoyo. Secretaría de servicios parlamentarios. Centro de documentación y análisis. Proceso legislativo. Junio 2018. En: http://www.diputados.gob.mx/sedia/biblio/archivo/SAD-07-08.pdf
14. Secretaría de Salud. Manual de procedimientos CONAMED. México 2013. En: http://www.conamed.gob.mx/transparencia/marco_juridico/Manual_Procedimientos_CONAMED_19-DIC-2013.pdf
15. GIRE. Informe 2015, Cap. 3 Violencia obstétrica. Negación de acceso y mala atención del parto. En: http://informe2015.gire.org.mx/#/negacion-acceso
16. SSA. Dirección General de Información en Salud. 04 de marzo de 2016. En: http://www.dgis.salud.gob.mx/descargas/xls/3._Tasaglobaldefecundidad_1990_2018.xlsx
17. CEAV. Diagnóstico sobre victimización por violencia obstétrica
18. Calle-Urra JE, Parra-Hidalgo P, Saturno-Hernández PJ, Martínez-Martínez PJ, Navarro-Moya FJ. Evaluación de la calidad formal de los documentos de consentimiento informado en 9 hospitales. Rev Calid Asist. 2013;28(4):234---243
19. Madeira JL, Coyne K, Jaeger MS, Parry JP, Lindheim SR. Inform and consent: more tan just sign here. Fertil Steril. 2017 Jul;108(1):40-41
20. Parra D. La obligación de informar al paciente: Cuestiones sobre el derecho a ser informado. Rev. méd. Chile [online]. 2013, vol.141, n.12 [citado 2018-01-22], pp.1578-1583. Disponible en: <https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872013001200012&lng=es&nrm=iso>. ISSN 0034-9887. http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872013001200012.
21. Altamirano-Bustamante N, Altamirano-Bustamante E, Olaya -Vargas A, de Rubens J, García de la Puente S, Altamirano-Bustamante MM. Consentimiento informado en grupos vulnerables: participación de niños y adolescentes en protocolos de investigación. Bol Med Hosp Infant Mex 67, May-jun 2010. En: http://www.scielo.org.mx/pdf/bmim/v67n3/v67n3a8.pdf
22. Monterroso-Casado E. la cuantificación del daño por la falta de consentimiento informado: la determinación y la reparación del daño. Ponencia premio "Ruiz Vadillo". En: http://www.asociacionabogadosrcs.org/doctrina/Esther%20Moterroso.pdf
23. Abuya T, Warren CE, Miller N, Njuki R,Ndwiga C, Maranga A, et al. (2015) Exploring the Prevalence of Disrespect and Abuse during Childbirth in Kenya. PLoS ONE 10(4): e0123606. doi:10.1371/journal.pone.0123606
24. Montesinos-Segura, R., Urrunaga-Pastor, D., Mendoza-Chuctaya, G., Taype-Rondan, A., Helguero-Santin, L. M., Martinez-Ninanqui, F. W., Centeno, D. L., Jiménez-Meza, Y., Taminche-Canayo, R. C., Paucar-Tito, L. and Villamonte-Calanche, W. (2018), Disrespect and abuse during childbirth in fourteen hospitals in nine cities of Peru. Int J Gynecol Obstet, 140: 184–190. doi:10.1002/ijgo.12353
25. Bowser D, Hill K. Exploring Evidence for Disrespect and Abuse in Facility-Based Childbirth. Report of a Landscape Analysis. Harvard School of Public Health University Research Co., LLC. September 20, 2010. En: http://www.tractionproject.org/sites/default/files/Respectful_Care_at_Birth_9-20-101_Final.pdf
26. Van der Zande ISE, Van der Graaf R, Oudijk MA, et al. Vulnerability of pregnant women in clinical research. J Med Ethics Published Online First: [20 Jan 2018] doi:10.1136/medethics2016-103955
27. Cámara de diputados. Ley general de acceso de las mujeres a una vida libre de violencia. Nueva Ley publicada en el Diario Oficial de la Federación el 1 de febrero de 2007http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/LGAMVLV_220617.pdf
28. R. Galvao, et al., How obstetricians and pregnant women decide mode of birth in light of a recent regulation in Brazil, Women Birth (2017), https://doi.org/10.1016/j.wombi.2017.11.011
29. García-López E, González- Trujeque D. Justicia Restaurativa, perspectivas desde la Psicología Jurídica en México. Iter criminis, 16, cuarta época. 111-142. En: http://www.pensamientopenal.com.ar/system/files/2014/12/doctrina31831.pdf
30. CONEVAL. Índice de Rezago Social 2015 Presentación de Resultados. Mayo 2016. En: https://coneval.org.mx/Medicion/Documents/Indice_Rezago_Social_2015/Nota_Rezago_Social_2015_vf.pdf
31. Cotlear D, Gómez-Dantés O, Knaul F, Atun R, Barreto IC, Centrangolo O, et al. La lucha contra la segregación social en la atención de salud en América Latina. Serie: Cobertura universal de salud en Latinoamérica. MEDICC Review, 2015, Vol 17, Suplemento
32. OCDE. Perspectivas OCDE: México Reformas para el Cambio. Enero 2012. En: https://www.oecd.org/mexico/49363879.pdf
33. Valdez-Santiago R, Arenas-Monreal L, Rojas-Carmona A, Sánchez M. "If we´re here, it´s only because we have no money..." Discimination and violence in Mexican maternity wards. Pregnancy & Childbirth. (2018) In press.