



# Colombian Journal of Anesthesiology

Revista Colombiana de Anestesiología

www.revcolanest.com.co

OPEN

 Wolters Kluwer

## Caracterización de los procesos de responsabilidad médica contra obstetras afiliados al Fepasde en Colombia, en el periodo 1999–2014. Cohorte Histórica

### Characterization of medical malpractice claims against obstetricians affiliated to FEPASDE in Colombia 1999–2014: historic cohort

**Palabras clave:** Obstetricia, Medicina Legal, Responsabilidad Legal, Reclamos Administrativos en el Cuidado de la Salud, Proceso Legal

**Keywords:** Obstetrics, Forensic Medicine, Liability, Legal, Administrative Claims, Healthcare, Legal Process

Jorge Medina-Parra<sup>a</sup>, Javier Eslava-Schmalbach<sup>a,e</sup>, Gloria Jiménez<sup>b</sup>, Luisa Montoya<sup>c</sup>, Iván Cediell-Carrillo<sup>d</sup>, Hernando Gaitán-Duarte<sup>a,e</sup>

<sup>a</sup> Instituto de Investigaciones Clínicas, Facultad de Medicina, Universidad Nacional de Colombia. Bogotá, Colombia

<sup>b</sup> Asesoría Médica. Sociedad Colombiana de Anestesiología y Reanimación (S.C.A.R.E.). Bogotá, Colombia

<sup>c</sup> División de Investigaciones. Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud (FUCS). Bogotá, Colombia

<sup>d</sup> Coordinación Jurídica. Sociedad Colombiana de Anestesiología y Reanimación (S.C.A.R.E.). Bogotá, Colombia

<sup>e</sup> Hospital Universitario Nacional de Colombia. Bogotá, Colombia.

## Resumen

**Introducción:** Los procesos de responsabilidad médica han tenido un aumento sostenido en el mundo, representando una carga para el profesional y el sistema de salud. En obstetricia el problema es aún mayor dada que es una de las especialidades con más acciones médico legales.

**Objetivo:** Caracterizar los procesos de responsabilidad médica en obstetricia en Colombia, desde las dimensiones del médico, la paciente, la institución, la atención médica provista y el proceso legal.

**Materiales y métodos:** Cohorte histórica descriptiva de procesos médico legales cerrados entre 1999 y 2014 contra obstetras asociados a un fondo solidario especial para auxilio en caso de demandas. Muestreo aleatorio simple ( $n=279$ ) de un universo de 982 procesos. Se midieron variables del proceso, obstetra, la institución, la atención médica y la paciente.

**Resultados:** Los procesos más frecuentes fueron éticos (44,4%). La proporción de procesos desfavorables fue del 7.7%, con mayor frecuencia en procesos civiles (31,8%). Hubo mayor prevalencia de procesos en instituciones privadas (60%). La mayoría de los

Cómo citar este artículo: Medina-Parra J, Eslava-Schmalbach J, Jiménez G, Montoya L, Cediell-Carrillo I, Gaitán-Duarte H. Caracterización de los procesos de responsabilidad médica contra obstetras afiliados al Fepasde en Colombia, en el periodo 1999–2014. Cohorte Histórica. Rev Colomb Anestesiolog. 2018;46:118–124.

Read the English version of this article at: <http://links.lww.com/RCA/A93>.

Copyright © 2018 Sociedad Colombiana de Anestesiología y Reanimación (S.C.A.R.E.). Published by Wolters Kluwer. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Correspondencia: Sociedad Colombiana de Anestesiología y Reanimación (S.C.A.R.E.). Carrera 15a No. 120–74. Bogotá, Colombia. Correo electrónico: [jamedinap@unal.edu.co](mailto:jamedinap@unal.edu.co)

Rev Colomb Anestesiolog (2018) 46:2

<http://dx.doi.org/10.1097/CJ9.0000000000000022>

procesos ocurrió en pacientes en la segunda mitad de la gestación (86%). La acción judicial estuvo relacionada a hechos acaecidos durante la atención del parto en un 74,7% de las pacientes. La causa más frecuente de la acción legal, fue el compromiso del recién nacido (38,9%) seguido por el compromiso del feto (24,7%).

**Conclusiones:** La atención del parto, la mortalidad fetal y del recién nacido son áreas críticas en la generación de procesos médico legales.

## Abstract

**Introduction:** Medical malpractice claims have been increasing at a constant rate worldwide, resulting in a burden for practitioners as well as for the health system. In obstetrics, the problem is even greater considering that it is one of the specialties with the largest number of medical malpractice suits.

**Objective:** To characterize medical malpractice claims in the area of obstetrics in Colombia from the perspectives of the physician, the patient, the institution, the medical care provided, and the legal proceeding.

**Material and methods:** Historical descriptive cohort of closed medical malpractice cases between 1999 and 2014 filed against obstetricians affiliated to a special solidarity fund for support in lawsuit cases. Simple random sampling (n=279) in a universe of 982 proceedings. Variables related to the proceeding, the obstetrician, the institution, medical care, and the patient were measured.

**Results:** The most frequent lawsuits were related to ethics (44.4%). The proportion of unfavorable rulings was 7.7%, more frequently in civil cases (31.8%). The prevalence of lawsuits was higher in private institutions (60%). The majority of the cases were related to patients in the second half of the gestation period (86%). In 74.7% of the cases, legal action was initiated as a result of events occurring during childbirth. The most frequent cause was neonatal compromise (38.9%), followed by fetal compromise (24.7%).

**Conclusions:** Care during childbirth, fetal, and neonatal demise are critical sources of medical malpractice claims.

## Introducción

Los procesos de responsabilidad médica son el recurso por el cual los ciudadanos pueden acudir a la jurisdicción o a las autoridades administrativas, en caso de sentir vulnerados sus derechos en el contexto de una actuación de un profesional de la salud. En Colombia los procesos de responsabilidad médica, pueden ser de distintos tipos: éticos, penales, civiles, administrativos y disciplinarios.<sup>1</sup>

Los procesos éticos son instaurados en tribunales compuestos por miembros de la profesión del investigado de conformidad a la ley 23 de 1981.<sup>2</sup> Los procesos penales y civiles son resueltos por un juez de la República: en los primeros hay una acusación formal del estado a través de

la Fiscalía General de la Nación, contra el médico por afectación a un bien jurídico tutelado; y en el segundo se busca que haya una reparación económica por parte de un particular o su aseguradora, por el daño sufrido por las víctimas. Los procesos administrativos son aquellos donde las instituciones de salud de naturaleza pública son demandadas junto con el médico directamente; o el médico es llamado en garantía por la institución demandada; o la institución inicia una acción de repetición contra el profesional de la salud.<sup>3</sup> Al igual que en el proceso civil, en los procesos administrativos también se busca una reparación económica, sin embargo en el proceso administrativo se busca que la reparación provenga del estado al estar involucrada una institución pública; finalmente, los procesos disciplinarios son iniciados por la institución contra el médico por incumplimiento de sus funciones.<sup>4</sup>

Las acciones de responsabilidad médica se han convertido en un problema para los sistemas de salud, dado el aumento en frecuencia y en costos que afectan a todos los actores del sistema en las últimas tres décadas, fenómeno generalizado en la mayoría de países.<sup>1,5,6</sup> El incremento en el número de acciones médico legales, ha tenido un impacto sobre el médico en varios aspectos: un aumento en el costo de los seguros de práctica médica que afecta la productividad económica del profesional;<sup>7</sup> el impacto en la salud física y mental del profesional accionado, conocido como “fenómeno de segunda víctima”,<sup>8,9</sup> y el ejercicio de medicina defensiva, que conlleva solicitud de exámenes paraclínicos o la no realización de tratamientos opcionales solo por razones legales.<sup>7</sup>

Los factores que se han asociado a un mayor riesgo de ser objeto de una acción legal, son: la especialidad médica;<sup>10</sup> donde la obstetricia se describe como una de las especialidades de mayor riesgo de sufrir acciones médico legales;<sup>1,11-14</sup> el tipo de daño al paciente, y la deficiencia en el desempeño entre otros.<sup>15</sup> En lo que respecta a la causa de la demanda, Cohen et al. señala que la mayoría de los alegatos en Obstetricia están relacionadas al manejo del trabajo de parto;<sup>16</sup> en lo que respecta a la atención médica provista, la demora en el diagnóstico y los problemas en la comunicación entre el equipo médico y el paciente, han sido reportadas como las más frecuentemente asociadas a acciones legales.<sup>17,18</sup>

El conocimiento que se tiene de las características de los procesos médico legales, sus causas y consecuencias en el médico y el sistema de salud, proviene principalmente de países desarrollados,<sup>16,19,20</sup> en los cuales en su mayoría prima el sistema anglosajón, donde los casos de responsabilidad médica confluyen en procesos de mala praxis,<sup>21</sup> análogos a los procesos civiles en el contexto Colombiano. Por esto se considera relevante la caracterización detallada de los procesos de acuerdo a las particularidades del contexto local, de manera que permita a todos los actores (médicos, abogados y tomadores de decisiones) tener un

conocimiento más profundo de esta problemática; En consecuencia, el objetivo de este estudio es describir en detalle las características de los procesos de responsabilidad médica en Obstetricia en Colombia; desde las dimensiones del médico, la paciente, la institución, la atención médica provista y el proceso legal.

## Metodología

### Diseño

Cohorte histórica descriptiva; conformada por procesos médico legales cerrados en el periodo 1999–2014 contra Obstetras afiliados al Fondo Especial para Auxilio Solidario de Demandas (FEPASDE); vinculado a la Sociedad Colombiana de Anestesiología y Reanimación (S.C.A.R.E.) con cobertura nacional. Se excluyeron procesos instaurados por actos que no tenían que ver con la atención directa a una paciente, procesos relacionados con atención ginecológica y aquellos procesos sin información clínica. Se realizó un muestreo aleatorio simple de un universo de 982 procesos cerrados en el periodo, a partir de una frecuencia estimada del 50% para el tipo de proceso ético y un margen de error del 5%, para un tamaño muestral requerido de 279 procesos.

### Descripción del procedimiento

A partir de la base de datos de FEPASDE se identificaron los procesos que cumplían con los criterios de inclusión. Se realizó el muestreo a través del método coordinado negativo,<sup>22</sup> con remplazo de los procesos que no cumplían los criterios de selección en la revisión del documento físico. Se diseñó un formulario de extracción de la información sobre la Institución, el profesional, el proceso y la paciente. Dos profesionales médicos entrenados realizaron la extracción de datos de las diferentes fuentes de información.

### Variables

**De los procesos.** Tipo de proceso, duración, accionante o persona que interpuso la queja; resultado final del proceso el cual se definió como favorable si era benéfico para el médico (sentencia absolutoria, archivo, inhibición de la acción desvinculación, inadmisión de la demanda, revocatoria de llamamiento en garantía o prescripción del proceso). Se definió como proceso desfavorable si el resultado final incluía alguna de las siguientes: sentencia condenatoria, amonestación, sanción con multa, conciliación, indemnización o fallo sancionatorio.

**De la institución de salud.** Naturaleza (pública o privada); ubicación geográfica definida como ciudad principal (Más de un millón de habitantes), ciudad intermedia, (mayor a 200.000 habitantes); y ubicación rural (menor de 200.000 habitantes).

**Del obstetra.** Edad, género, procesos adicionales dentro de la cobertura de FEPASDE.

**De la paciente y la atención médica.** Edad de la paciente, procedencia, afiliación al sistema general de seguridad social, fecha y hora de ingreso, vía del parto, edad gestacional, peso del recién nacido, diagnóstico final y causa de la acción.

### Análisis Estadístico

Se consolidó la base de datos final en el software STATA 13.1. Se realizó un análisis descriptivo de la información. Las variables categóricas se describieron como frecuencias absolutas y relativas; y las variables cuantitativas como medidas de tendencia central y dispersión, dependiendo de la distribución de los datos evaluada mediante la prueba de Shapiro-Wilk ( $p < 0.05$ ). Se realizó análisis bivariado por tipo de proceso para su frecuencia total, frecuencia de resultados desfavorables, tipo de institución y duración de los procesos.

### Aspectos Éticos

El estudio fue evaluado y aprobado por el Comité de Ética de S.C.A.R.E. mediante número de acta CE 201509. En todo momento se garantizó el manejo confidencial de los datos tanto de los obstetras como de las instituciones, pacientes y sujetos relacionados con los procesos.

## Resultados

Se revisaron 1578 procesos candidatos a ingresar al estudio de los cuales 982 cumplieron criterios de inclusión; de éstos, se identificaron 907 casos favorables y 75 casos desfavorables (7,7%). De la muestra inicial de 279 procesos no cumplieron los criterios de selección 56 procesos, los cuales fueron reemplazados (Figura 1).

Los procesos más frecuentes fueron los éticos (44,4%) y penales (36,6%). Los procesos fueron más frecuentes en ciudades intermedias (47,1%) y en instituciones privadas (60,1%). En 77 procesos (27,6%) hubo más de un ginecólogo involucrado dentro del proceso. Un 12,1% de los procesos estaban asociados a otro tipo de proceso para el mismo obstetra; más frecuentemente, éticos asociados a penales. El sexo masculino fue el más predominante (76%). La mediana de edad de los obstetras hombres al momento del evento clínico fue de 42 años (RIC: 28–64, mínima 23 años, máxima 72); y para las mujeres fue de 37 años (RIC: 30–52, mínima 25 años, máxima 60). Un 42,4% de los obstetras tuvieron más de un proceso por eventos clínicos ocurridos en otras pacientes; 40,3% en caso de las mujeres y 43,2% en caso de los hombres obstetras. (Tablas 1 y 2).

**Características de la paciente:** Se identificaron 264 pacientes que terminaron en 279 procesos; 15 pacientes estuvieron involucradas en 2 procesos y dos pacientes en 3

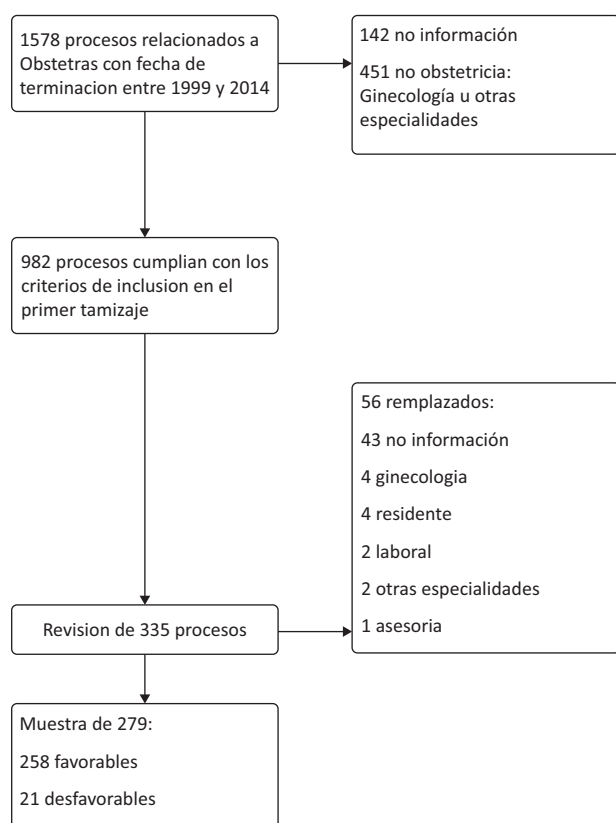


Figura 1. Método de selección de procesos. Fuente: Autores.

procesos. La edad de las pacientes tuvo una mediana de 27 años. La mayoría pertenecían al régimen contributivo (63,7%). (Tabla 3).

Respecto a las comorbilidades y factores de riesgo; el 4,2% de las pacientes tenían gestación múltiple, siete presentaban trastornos hipertensivos asociados al embarazo y tres más padecían trastornos del metabolismo de los carbohidratos; un total de 26 pacientes (10%) eran gestantes mayores de 35 años.

**Características de la atención:** En 12 procesos (4,3%) no hubo compromiso del binomio madre hijo que mediara en la acción legal; en su mayoría fue por inconformidad en la atención. En 39 gestantes (14,8%) el evento desencadenante de la acción judicial ocurrió antes de las 24 semanas, 30 (81%) fueron abortos. En 21 gestantes (56,4%) el evento fue el compromiso de la madre: 7 muertes maternas y 14 maternas sufrieron algún tipo de compromiso (discapacidad permanente o transitoria, lesión traumática, infección, reingreso a sala de cirugía o ingreso a unidad de cuidados intensivos).

Un total de 225 pacientes (85,2%) tenían 24 o más semanas de gestación; de estos, la vía del parto en el 60,4% fue cesárea, de los cuales el 28,1% requirieron reingreso a sala quirúrgica; contra un 19,8% de reingreso en partos vaginales. En 209 (74,7%) pacientes la acción judicial estuvo relacionada a hechos acaecidos durante la atención del parto. Se encontró un compromiso al fruto de la

gestación en 158 procesos (56,6%): 69 óbitos, 34 fallimientos del recién nacido y 55 recién nacidos tuvieron algún tipo de compromiso (discapacidad permanente o transitoria, lesión traumáticas o hipóxico-isquémica, infección o requerimiento de soporte vital avanzado en unidades de cuidado intensivo) (Tabla 3).

## Discusión

El presente estudio encontró una frecuencia de resultados desfavorables en los procesos médico legales del 7,7% para la especialidad de Obstetricia. De los hallazgos se destaca que: los tipos de procesos más frecuentemente instaurados en Colombia son éticos, seguidos de penales; La mayor proporción de resultados desfavorables se encontró en los procesos civiles; los procesos son más frecuentes en las instituciones privadas; la causa más frecuente de los procesos fue el compromiso del recién nacido; finalmente, los procesos se presentan en su mayoría en pacientes en tercer trimestre de gestación sin factores de riesgo o comorbilidades.

La proporción de procesos éticos encontrada en nuestro estudio (44%) fue superior al 20% descrito por López para el año 2004 en procesos de todas las especialidades,<sup>1</sup> estos datos resaltan un aumento paulatino de la proporción de procesos éticos en las últimas dos décadas.

En el sistema anglosajón el porcentaje de resultados desfavorables oscila entre un 25% y un 60%,<sup>19,20,23</sup> lo que es concordante con nuestros resultados en procesos civiles (31,8%), único tipo de proceso comparable con el sistema anglosajón.

La alta frecuencia de procesos en instituciones privadas y de pacientes afiliados al régimen contributivo, sugiere que las acciones legales provienen en su mayoría de pacientes con mayor nivel socioeconómico; esto dada la relación que existe entre el régimen contributivo y estratos socioeconómicos altos;<sup>24</sup> lo que a su vez, se podría relacionar a un mayor grado de empoderamiento de los derechos en salud y una mayor insatisfacción cuando se presentan resultados desfavorables en la atención médica.<sup>7</sup>

Nuestros resultados que muestran un 74,7% de procesos donde la acción judicial estuvo relacionada con la atención del parto, es concordante con lo postulado por Cohen y Schiffrin (2007) quienes sostienen que la mayoría de acciones legales en Obstetricia se relacionan directa o indirectamente a la atención del parto y reportan para los Estados Unidos un 60% de demandas asociadas a esta atención;<sup>16</sup> otros autores como Gomez-Duran et al (2013) indican un porcentaje similar para España (53,5%).<sup>23</sup>

En el mismo sentido nuestro estudio encontró una alta frecuencia de procesos donde se presentó o compromiso del feto (24,7%) o del recién nacido (38,9%), lo cual es similar a lo reportado por autores como Hale (2006); quien describe que las tres primeras causas de demandas en obstetricia en Estados Unidos son lesiones al neonato:



Tabla 1. Características de los procesos apoderados por FEPASDE (S.C.A.R.E.) Colombia 1999- 2014

| Característica                            | Cohorte total n (%) | Obstetras Hombres n=212 | Obstetras Mujeres n=67 |
|-------------------------------------------|---------------------|-------------------------|------------------------|
| Del proceso (n=279)                       |                     |                         |                        |
| Duración del proceso – Mediana RIC (años) | 3,0 (1,5–5,0)       | 3,0 (2,0–5,0)           | 3,0 (1,5–4,0)          |
| Tipo de proceso                           |                     |                         |                        |
| Ético                                     | 124 (44,4)          | 89 (42,0)               | 35 (52,2)              |
| Penal                                     | 102 (36,6)          | 85 (40,1)               | 17 (25,4)              |
| Civil                                     | 22 (7,9)            | 15 (7,1)                | 7 (10,5)               |
| Administrativos                           | 19 (6,8)            | 15 (7,1)                | 4 (6,0)                |
| Disciplinarios                            | 12 (4,3)            | 8 (3,8)                 | 4 (6,0)                |
| Accionante                                |                     |                         |                        |
| Paciente                                  | 151 (55,9)          | 108 (52,7)              | 43 (66,2)              |
| Pareja sentimental                        | 65 (24,0)           | 53 (25,9)               | 12 (18,5)              |
| Familiar                                  | 25 (9,3)            | 22 (10,7)               | 3 (4,6)                |
| De oficio                                 | 27 (10,1)           | 21 (10,2)               | 6 (9,2)                |
| Más de 1 obstetra involucrado             | 77 (27,6)           | 57 (26,9)               | 20 (29,9)              |
| De la Institución (n=278)                 |                     |                         |                        |
| Ubicación                                 |                     |                         |                        |
| Ciudad principal                          | 119 (42,8)          | 84 (39,8)               | 35 (52,2)              |
| Ciudad intermedia                         | 131 (47,1)          | 102 (48,3)              | 29 (43,3)              |
| Población Rural                           | 28 (10,1)           | 3 (4,5)                 | 25 (11,9)              |
| Tipo de institución (Privada)             | 167 (60,1)          | 128 (60,7)              | 39 (58,3)              |
| Del Obstetra (n=279)                      |                     |                         |                        |
| Edad del obstetra - Mediana (RIC) años    | 41 (36–48)          | 42 (28–64)              | 37 (30–52)             |

Sociedad Colombiana de Anestesiología y Reanimación (S.C.A.R.E.); RIC=Rango intercuartílico.

Fuente: Autores.

daño neurológico, muerte y otro tipo de lesiones;<sup>13</sup> y lo reportado por Domingues (2014) quien informa que las dos primeras causas de demandas obstétricas en Portugal son la asfixia perinatal y lesiones traumáticas al neonato.<sup>25</sup>

Las limitaciones del estudio se enmarcan en la calidad de la información dado que se recolectó de manera retrospectiva y que, debido a la calidad de algunos datos, se debió hacer un reemplazo del 16% en el muestreo; lo que a su vez podría haber conllevado a un sesgo de selección. Sin embargo, al cotejar los resultados de género del obstetra y resultado desfavorable en la cohorte total

con respecto a la muestra, la desviación fue mínima (77% de obstetras de sexo masculino en la cohorte contra un 76% en la muestra); y la proporción de procesos desfavorables entre la cohorte y la muestra fue igual (7%). Adicionalmente, el observador no estuvo ciego con respecto al desenlace favorable o desfavorable del proceso, lo que pudo condicionar sesgo de medición.

Como fortalezas se remarcan: el alto número de procesos incluidos en la cohorte basal que fueron revisados en detalle; el extenso periodo de tiempo de seguimiento de los procesos y la heterogeneidad

**Tabla 2. Caracterización por tipo de proceso, de los procesos apoderados por FEPASDE (S.C.A.R.E.) Colombia 1999- 2014**

| Característica                   | Ético (n=124)<br>n (%) | Penal (n=102)<br>n (%) | Civil (n=22)<br>n (%) | Administrativo / Disciplinario (n=31)<br>n (%) |
|----------------------------------|------------------------|------------------------|-----------------------|------------------------------------------------|
| Resultado desfavorable           | 9 (7,3)                | 2 (1,9)                | 7 (31,8)              | 3 (9,6)                                        |
| Ubicación                        |                        |                        |                       |                                                |
| Ciudad principal                 | 57 (46,0)              | 40 (39,2)              | 12 (54,5)             | 10 (32,3)                                      |
| Ciudad intermedia                | 52 (41,9)              | 53 (52,0)              | 10 (45,5)             | 16 (51,6)                                      |
| Tipo de institución (Pública)    | 51 (41,1)              | 35 (34,3)              | 2 (9,1)               | 23 (74,2)                                      |
| Duración - Mediana (RIC) años    | 2,6 (1,5–4,0)          | 4,0 (2,0–6,0)          | 3,5 (1,5–4,0)         | 4,0 (2,0–7,0)                                  |
| Finalización por prescripción    | 37 (29,8)              | 61 (59,8)              | 0 (0)                 | 0 (0)                                          |
| Compensación                     | 0 (0,0)                | 2 (2,0)                | 8 (36,4)              | 4 (12,9)                                       |
| Más de un ginecólogo involucrado | 35 (28,2)              | 22 (21,6)              | 7 (31,8)              | 13 (41,9)                                      |
| Régimen (Contributivo)           | 72 (58,1)              | 63 (61,8)              | 17 (77,3)             | 13 (41,9)                                      |

Sociedad Colombiana de Anestesiología y Reanimación (S.C.A.R.E.); RIC=Rango intercuartílico.  
Fuente: Autores.

**Tabla 3. Características de las pacientes y la atención en procesos apoderados por FEPASDE (S.C.A.R.E.) Colombia 1999- 2014**

| Característica                                | Total<br>n (%)   | Obstetras Hombres n=212<br>n (%) | Obstetras Mujeres n=67<br>n (%) |
|-----------------------------------------------|------------------|----------------------------------|---------------------------------|
| Edad - Mediana (RIC) años                     | 27 (23–32)       | 27 (23–32)                       | 28,5 (23,5–33)                  |
| Edad gestacional - Mediana (RIC) semanas      | 38 (34–40)       | 38 (33–40)                       | 39 (36–39)                      |
| Seguridad Social                              |                  |                                  |                                 |
| Contributivo                                  | 165 (63,7)       | 127 (64,5)                       | 38 (61,3)                       |
| Subsidiado                                    | 58 (22,4)        | 47 (23,9)                        | 11 (17,7)                       |
| Vinculado                                     | 24 (9,3)         | 15 (7,6)                         | 9 (14,5)                        |
| Particular u otro                             | 12 (4,6)         | 8 (4,1)                          | 4 (4,5)                         |
| Diagnóstico del fruto                         |                  |                                  |                                 |
| Aborto                                        | 30 (10,8)        | 26 (12,3)                        | 4 (6,1)                         |
| Óbito                                         | 69 (24,9)        | 47 (22,2)                        | 22 (33,3)                       |
| Nacido Vivo                                   | 165 (59,6)       | 130 (61,6)                       | 35 (53,0)                       |
| No aplica                                     | 13 (4,7)         | 8 (3,8)                          | 5 (7,6)                         |
| Peso del recién nacido - Mediana (RIC) gramos | 3115 (2660–3500) | 3115 (2670–3500)                 | 3090 (2620–3570)                |
| Parto por cesárea                             | 139 (60,4)       | 106 (61,3)                       | 33 (57,9)                       |
| Reingreso a salas post parto                  | 18 (19,8)        | 13 (19,4)                        | 5 (20,8)                        |
| Reingreso a salas post cesárea                | 37 (26,6)        | 30 (28,3)                        | 7 (21,2)                        |
| Días de hospitalización - Mediana (RIC)       | 2 (1–4)          | 2 (1–4)                          | 1 (0–3)                         |
| Diagnóstico Materno al egreso                 |                  |                                  |                                 |
| Mejoría                                       | 215 (77,1)       | 161 (77,0)                       | 54 (80,6)                       |
| Referida                                      | 31 (11,1)        | 24 (11,5)                        | 7 (10,5)                        |
| Fallecida                                     | 30 (10,8)        | 24 (11,5)                        | 6 (9,0)                         |

Sociedad Colombiana de Anestesiología y Reanimación (S.C.A.R.E.); RIC=Rango intercuartílico.  
Fuente: Autores.

geográfica de procesos procedentes de todas las regiones del país.

## Conclusiones

Para la especialidad de Obstetricia la frecuencia de resultados desfavorables es del 7,7%. Los procesos éticos son los más frecuentemente instaurados y los procesos civiles los de mayor frecuencia en resultado desfavorable. Los procesos son más frecuentes en las instituciones privadas. Los procesos se presentan en su mayoría en pacientes en tercer trimestre de gestación sin factores de riesgo o comorbilidades. La atención del parto, la mortalidad fetal y del recién nacido, son áreas críticas en los procesos médico legales y en las que se deberán enfocar futuras investigaciones en detección de deficiencias en la atención y en intervenciones para la disminución del impacto de los procesos en el profesional y el sistema de salud.

## Responsabilidades éticas

**Protección de personas y animales:** Los autores declaran que para esta investigación no se han realizado experimentos en seres humanos ni en animales.

**Confidencialidad de los datos:** Los autores declaran que han seguido los protocolos de su centro de trabajo sobre la publicación de datos de pacientes.

**Derecho a la privacidad y consentimiento informado:** Los autores declaran que en este artículo no aparecen datos de pacientes.

## Agradecimientos

A la Dra. Angie Peñaloza por su contribución en la revisión de los términos jurídicos para la versión en inglés.

## Financiamiento

El presente proyecto de investigación fue patrocinado por la Sociedad Colombiana de Anestesiología y Reanimación. S.C.A.R.E. en su totalidad.

## Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses. Javier Eslava-Schmalbach, Gloria Jiménez e Iván Cediell Carrillo eran funcionarios de la S.C.A.R.E., durante la realización del estudio.

## Referencias

1. López Ordoñez MA, Manrique Bacca I, García Torres C. Demandas a los médicos, observaciones sobre casos. *Rev Col Gastroenterol* 2004; 19:37-43.
2. Restrepo Manotas J. Una mirada en lo ético disciplinario y en la investigación administrativa. Los tribunales de ética médica y el acto médico. *Monitor Estratégico Superintendencia Nacional de Salud* 2012; 1:4-8.
3. Fepasde [Internet]. Tipos de Procesos. [Citado 2017 Nov 1.]. Disponible en: <https://scare.org.co/portal-afiliados/mi-fepasde/36-fepasde/39-tipos-de-procesos.html>.
4. Procuraduría General de la Nación [Internet]. Proceso Disciplinario. [Citado 2017 Nov 1.]. Disponible en: <https://www.procuraduria.gov.co/guiamp/proceso-disciplinario.page>.
5. Markides GA, Newman CM. Medical malpractice claims in relation to colorectal malignancy in the National Health Service. *Colorectal Disease* 2014; 16:48-56.
6. Uphoff R, Hindemith J. Die zivilrechtliche Haftung des Geburtshelfers. (The Civil Liability of Obstetricians). *Z Geburtshilfe Neonatol* 2011; 215:223-229.
7. Soergel P, Schöffski O, Hillemanns P, Hille-Betz U, Kundu S. Increasing Liability Premiums in Obstetrics – Analysis, Effects and Options. *Geburtshilfe Frauenheilkd* 2015; 75:367-376.
8. Ramírez AM, Ramírez SC, Larios EKO. Síndrome posdemanda médico-legal. *Revista CONAMED* 2016; 21:1.
9. Pellino IM, Pellino G. Consequences of defensive medicine, second victims, and clinical-judicial syndrome on surgeons' medical practice and on health service. *Updates Surg* 2015; 67:331-337.
10. Jena AB, Seabury S, Lakdawalla D, Chandra A. Malpractice risk according to physician specialty. *N Engl J Med* 2011; 365:629-636.
11. Huycke LI, Huycke MM. Characteristics of potential plaintiffs in malpractice litigation. *Ann Intern Med* 1994; 120:792-798.
12. Neupauer R. 2014 Medical Malpractice Trend Review. The Risk Authority 2014. [Citado 2017 Nov 1.]. Disponible en: <http://theriskauthority.com/wp-content/uploads/2014-Medical-Malpractice-Trend-Review.pdf>.
13. Hale RW. Legal issues impacting women's access to care in the United States—the malpractice insurance crisis. *Int J Gynecol Obstet* 2006; 94:382-385.
14. Sandoval G, Carolina D. Algunos interrogantes sobre la responsabilidad médica. *Rev Colomb Anestesiol* 2012; 40:131-133.
15. Sakala C, Yang YT, Corry MP. Maternity Care and Liability: Pressing Problems, Substantive Solutions. *Womens Health Issues* 2013; 23:e13.
16. Cohen WR, Schiffrin BS. Medical Negligence Lawsuits Relating to Labor and Delivery. *Clin Perinatol* 2007; 34:345-360.
17. Lambert BL, Centomani NM, Smith KM, Helmchen LA, Bhaumik DK, Jalundhwala YJ, et al. The "Seven Pillars" response to patient safety incidents: Effects on medical liability processes and outcomes. *Health Serv Res* 2016; 51 (S3):2491-2515.
18. Bocanegra-Rivera JC, Arias-Botero JH. Caracterización y análisis de eventos adversos en procesos cerrados de anestesiólogos apoderados por la Sociedad Colombiana de Anestesiología y Reanimación (S.C.A. R. E) en Colombia entre 1993 y 2012. *Rev Colomb Anestesiol* 2016; 44:203-210.
19. Studdert DM, Mello MM, Gawande AA, Gandhi TK, Kachalia A, Yoon C, et al. Claims, errors, and compensation payments in medical malpractice litigation. *N Engl J Med* 2006; 354:2024-2033.
20. Barbieri RL. Professional liability payments in obstetrics and gynecology. *Obstet Gynecol* 2006; 107:578-581.
21. Mello MM, Studdert DM, Kachalia A. The Medical Liability Climate and Prospects for Reform. *JAMA* 2014; 312:2146-2155.
22. Särndal CE, Swensson B, Wretman J. Model assisted survey sampling. 1st ed. 1992; Springer, New York:695 p.
23. Gómez-Durán EL, Mulà-Rosías JA, Lailla-Vicens JM, Benet-Travé J, Arimany-Manso J. Analysis of obstetrics and gynecology professional liability claims in Catalonia, Spain (1986-2010). *J Forensic Leg Med* 2013; 20:442-446.
24. Arévalo D, Cárdenas R, Fresneda O, Agudelo C. ¿Ha mejorado el acceso en salud?: Evaluación de los procesos del régimen subsidiado. Ministerio de la Protección Social. Universidad Nacional de Colombia. Bogotá: 2007. 629 p.
25. Domingues AP, Moura P, Vieira DN. Lessons from a decade of technical-scientific opinions in obstetrical litigation. *J J Forensic Leg Med* 2014; 25:91-94.