



OPINIÓN DEL EXPERTO

Vol. 39. No. 4 Octubre-Diciembre 2016
pp 308-310

Los procesos hospitalarios son adecuados o son incidentes adversos por omisión y provocan la no disminución de la mortalidad materna

Dr. Ángel Augusto Pérez-Calatayud,* Acad. Dr. Raúl Carrillo-Esper,** Acad. Dr. Jesús Carlos Briones-Garduño,*** Acad. Dr. Manuel Antonio Díaz de León-Ponce,**** Dr. Armando Moreno-Santillán*****

* Jefe de la Unidad de Cuidados Intensivos Obstétricos.

** Jefe de División de Medicina Crítica del Instituto Nacional de Rehabilitación. Expresidente del Colegio Mexicano de Medicina Crítica y Terapia Intensiva.

*** Jefe del Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital General «Dr. Eduardo Liceaga» de la SS, Profesor de la Especialidad de Medicina del Enfermo en Estado Crítico, Postgrado de Gineco-Obstetricia y Medicina Crítica en la UNAM.

**** Académico Emérito y Titular de las Academias Nacional de Medicina y Mexicana de Cirugía, Sitial de Medicina Crítica, Exprofesor de pregrado y postgrado de Medicina Crítica y externo de Medicina Crítica en Obstetricia.

***** Médico Gineco-Obstetra y Maestría en Educación Médica e Investigación y Administración en el Hospital de Gineco-Obstetricia del IMSS e Investigador Asociado del IMIEM y Hospital Materno Perinatal «Mónica Pretelini Sáenz»

Solicitud de sobretiros:

Dr. Ángel Augusto Pérez-Calatayud
Unidad de Cuidados Intensivos en Obstetricia del Hospital General «Dr. Eduardo Liceaga».
E-mail: gmemiinv@gmail.com

Recibido para publicación: 24-06-2016

Aceptado para publicación: 11-08-2016

Este artículo puede ser consultado en versión completa en
<http://www.medigraphic.com/rma>

RESUMEN

En este trabajo se describen las causas que provocan la muerte materna, y se analizan los problemas que aparentemente la provocan o causan. Sin embargo, esto no se resuelve en los países en vías de desarrollo y generalmente se señala que el precursor es una mala atención médica por falta de conocimientos del personal médico y paramédico basándose en estudios efectuados por comités mal llamados de muerte materna que están formados por médicos, administradores del sector salud sin los conocimientos del problema o que nunca laboran en el área clínica específica y sus decisiones se utilizan para modificar y determinar los recursos, lo cual no resuelve el problema. También se describen los mecanismos por los cuales se logra esto, del punto de vista médico, basándose en estudios efectuados por médicos con experiencia de varias décadas y se señalan las causas del problema que es falta de decisión política y omisiones de los procesos hospitalarios.

Palabras clave: Muerte materna, decisión política, omisión administrativa.

SUMMARY

In this paper the causes of maternal death are described, and the problems that apparently the cause or causes are analyzed. However, this is not resolved in the developing country and is generally noted that the precursor is poor health care and lack of knowledge of medical and paramedical staff based on studies conducted by committees misnamed maternal death that are formed by medical health sector managers without the knowledge of the problem or never work in the specific clinical area and its decisions are used to modify and determine the resources, which does not solve the problem. Also the mechanisms by which this is achieved, the medical point of view, based on studies conducted by physicians experienced several decades and the causes of the problem is lack of political and omissions of hospital processes described decision point.

Key words: Maternal death, political decision, administrative omission.

INTRODUCCIÓN

La muerte materna ha sido considerada como uno de los indicadores a nivel internacional de inequidad social, mala cobertura y calidad de la atención médica, ya que las muertes derivadas de complicaciones obstétricas son evitables, aparentemente según nuestros dirigentes administrativos. El 8 de septiembre del año 2000, México junto con otros 189 países en la Asamblea General de la ONU, se comprometió a disminuir la muerte materna al firmar la resolución 55/2 «Objetivo del desarrollo del milenio» el compromiso era disminuir la muerte materna en 75% para el año 2015, ya que la mortalidad en el año 2000 fue de 2,203 y en el 2015 sería de 417; lo cual no se logró⁽¹⁾. Esto hizo que las autoridades de salud desde hace dos décadas fundaran los comités de muerte en los hospitales que trataban pacientes obstétricas y las conclusiones siempre se debían a una mala actuación médica⁽²⁾.

Sin embargo, en el 2013 demostramos con trabajos que iniciamos desde los años 70 del siglo pasado en el Hospital de Gineco-Obstetricia # 2 del IMSS que la solución no era médica, sino falta de decisión política y lo corroboramos en la primera década de este siglo en el Estado de México y actualmente en el Hospital General de México de la SS⁽²⁻⁵⁾.

Existe un problema central en el Presupuesto de Egresos de la Federación (PEF), en el cual no especifica el gasto asignado a programas, acciones o estrategias específicas destinadas a disminuir la mortalidad materna. El PEF del 2014 a la fecha se calcula de 1,442.6 millones de pesos al año con un aumento de 7.3% anual al presupuesto de gasto y la ampliación por la Cámara de Diputados para el 2015 de 54.7 millones de pesos más.

Los acuerdos interinstitucionales para garantizar el acceso universal a toda mujer en situación de emergencia, requiere de voluntad política, compromiso institucional y monitoreo continuo de la sociedad civil para monitorear los indicadores financieros, aplicación de los recursos como el Seguro Popular y Embarazo Saludable; recursos ejercidos a través de los AFASPES (acuerdo para transferencia de fondos federales a los estados) y sobre todo del impacto de los mismos; en mujeres atendidas interinstitucionalmente, morbilidad y mortalidad materna⁽⁶⁻⁸⁾.

Las mejoras progresivas para un embarazo seguro deben tener acciones eficientes, sostenidas, homogéneas y progresivas, no basta con mejorar la decisión médica; sino evidencia que demuestre a todos los actores que participan en ello⁽⁹⁻¹²⁾.

Las omisiones y deficiencias en la prestación de los servicios médicos para prevenir y diagnosticar adecuadamente las causas de muerte materna en las clínicas y hospitales públicos pueden generar responsabilidad administrativa. El personal administrativo y médico que labora en las instituciones públicas de salud, está sujeto al régimen de responsabilidad de los servidores públicos. Por lo tanto, el

personal de dichas instituciones debe cumplir su cargo con legalidad, honradez, imparcialidad y eficiencia. De acuerdo con la Ley Federal de Responsabilidades Administrativas de los Servidores Públicos, las y los servidores deben cumplir las obligaciones que correspondan al servicio que les sea encomendado y abstenerse de realizar actos u omisiones que no permitan la prestación del mismo o provoquen que se preste de una manera deficiente. Asimismo, los servidores públicos deben observar buena conducta y tratar con respeto a las personas con las que tengan relación en el desempeño de su servicio. Deben rendir cuentas sobre las funciones que les sean designadas, así como utilizar exclusivamente los recursos asignados para cumplir con los fines para los cuales han sido emitidos. En caso de incumplimiento de sus obligaciones, el servidor público puede ser sometido a un procedimiento administrativo y a las sanciones correspondientes, que pueden ser: amonestación privada o pública; suspensión del empleo o cargo; destitución del puesto; sanción económica e inhabilitación temporal para desempeñar empleos, cargos o comisiones en el servicio público. La investigación, tramitación, desarrollo y resolución del procedimiento administrativo está a cargo de las contralorías internas y de los titulares de las áreas de auditoría, de quejas y de responsabilidad de los órganos internos de control de las dependencias y entidades de la Administración Pública Federal, así como de la Procuraduría General de la República. Para iniciar procedimientos de esta naturaleza se debe presentar una queja o denuncia ante la unidad específica de la dependencia gubernamental (contraloría interna), incluyendo los datos y hechos que permitan verificar si el o la servidora pública ha incurrido, o no, en responsabilidad. Una vez realizada la investigación se aplican las sanciones correspondientes⁽¹³⁾.

Solución médica del problema

Desde 1973 cuando en el Hospital de Gineco-Obstetricia # 2 del Centro Médico Nacional del IMSS se instaló el Comité de Mortalidad como el existente en otros hospitales de dicho centro médico era con el fin constructivo de disminuir los errores que pudieran llevar a la muerte del paciente ya fuera por falta del diagnóstico acertado o retardo en la terapéutica quirúrgica o médica, profiláctica y de rehabilitación o por omisión de no contar con los insumos necesarios para ello y esto causaría un daño desde leve, moderado o severo para lo cual era necesario presentarlo en las sesiones de los servicios de las diferentes divisiones (médico, quirúrgicas, laboratorio y gabinete y patología) y un caso importante cada mes en las sesiones generales de todos los hospitales para evitar el daño; pero no con fines punitivos.

Al aumentar los procedimientos tecnológicos como la cirugía de corazón, trasplantes, áreas críticas esto podría

umentar el riesgo y fue donde se inició el proceso de demostrarlo a las autoridades con los llamados incidentes adversos. Lo cual se inicia como ya se dijo anteriormente en el año de 1973 en el Hospital de Gineco-Obstetricia # 2 del CMN.

Sin embargo, a partir de los años 90 del siglo pasado en los hospitales de obstetricia se instalaron los comités no de mortalidad sino los llamados comités de mortalidad materna con los apellidos de muerte directa e indirecta; sin tener en cuenta que para iniciar esto se deben definir términos, establecer límites, entender diferencias evitando ser punitivos y no satanizar actuaciones o condenar con prejuicios.

Los análisis de estos expedientes deben ser analizados por expertos en la materia por pares de los mismos y no por médicos que forman parte del grupo de poder que en este momento rige el Sector Salud.

Se conoce por este grupo de médicos el problema de fondo y se deben de hacer las siguientes preguntas:

1. Es un error médico o un incidente adverso.
2. Este incidente adverso siempre es evitable.
3. Tiene el médico la intención de cometerlo.
4. La medicina actual ha llegado a un punto de perfección en que todo es curable.
5. Se tienen todos los recursos, técnicos, clínicos, diagnósticos cuando se necesitan.
6. No se desconocen muchos de los riesgos del procedimiento, de fármacos ya que se desconocen las sensibilidades particulares de algunos pacientes.

Porque si así piensan creo que este grupo de dirigentes son de los médicos que dicen: a mí nunca se me ha muerto un paciente, es decir, nunca han tratado a ninguno^(14,15). No lo hacen bajo estas condiciones, queda aquí perfecto el refrán del Quijote de la Mancha escrito por Miguel de Cervantes Saavedra (1547-1616) «Qué locura o qué desatino me lleva a contar las ajenas faltas, teniendo tanto que decir de las mías».

REFERENCIAS

1. Díaz de León PM, Briones GJC. Disminuir la muerte materna. Compromiso no cumplido por nuestro país. *Rev Asoc Mex Med Crit y Ter Int.* 2013;27:68-70.
2. Briones GJC, Gómez-Bravo TE, Ávila EF, Díaz de León PM. Experiencia TOLUCA en preeclampsia-eclampsia. *Cir Ciruj.* 2005;73: 101-105.
3. Díaz de León PM, Briones GJC, Moreno SA, Briones VCG. La importancia de la Medicina Crítica en Obstetricia. *Rev Asoc Mex Med Crit y Ter Int.* 2006;20:142-146.
4. Briones GJC, Díaz de León PM. Propuesta urgente. *Rev Asoc Mex Med Crit y Ter Int.* 2009;23:62-63.
5. Guerrero HA, Briones VCG, Díaz de León PM, Briones GJC. Cuidados intensivos en ginecología y obstetricia en el Hospital General de México. *Rev Asoc Mex Med Crit y Ter Int.* 2011;25:211-217.
6. Díaz-Echeverría D, Freyermuth-Enciso G, Meléndez-Navarro D, Castañeda-Pérez M, Reyes-Zapata H, Neri-Méndez C. Muerte materna y presupuesto público. México: Fundar, Centro de Análisis e Investigación; 2006.
7. Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva. Estrategia Integral para Acelerar la Reducción de la Mortalidad Materna en México. 1-48.
8. LXII Legislatura. Cámara de Diputados. Presupuesto de Egresos de la Federación. Recursos Asignados al Ramo 12 "Salud". 1-10.
9. Díaz de León PM, Briones GJC. La decisión médica no influye en la mortalidad materna, la que determina ésta es la decisión política. *Rev Asoc Mex Med Crit y Ter Int.* 2014;28:195-198.
10. Briones GJC, Díaz de León PM. Economía de la salud, un paradigma crítico. *Rev Asoc Mex Med Crit y Ter Int.* 2007;21:164.
11. Díaz de León PM, Briones GJC. La investigación clínica en las unidades de cuidados intensivos. *Rev Asoc Mex Med Crit y Ter Int.* 2008;22:122-123.
12. Briones GJC, Díaz de León PM, Meneses CJ. Estrategias para reducir la mortalidad materna hospitalaria en el Estado de México. *Rev Asoc Mex Med Crit y Ter Int.* 2009;23:16-24.
13. Ley Federal de Responsabilidades Administrativas de los Servidores Públicos, artículo 7, artículo 8, fracción I, artículo 8, fracción III y IV, artículo 13, artículo 4.
14. Díaz de León PM, Briones GJC, Aristondo MG. Incidentes adversos en las aéreas de medicina aguda. En: *Medicina aguda.* 2a edición. México: Ed. Prado; 2014. pp. 20-36.
15. Secretaría de Salud. Subsecretaría de Regulación y Fomento Sanitario. Dirección General de Regulación de los Servicios de Salud. Dirección de Desarrollo de los Servicios de Salud. Comités Técnico Médicos Hospitalarios. Lineamientos para la organización y funcionamiento. Diciembre 1999.