

ARTÍCULO DE OPINIÓN

Mortalidad materna en Honduras, ¿Qué podemos hacer en los servicios de salud?

Maternal mortality in Honduras, what can we do in health services?

Carlos Edgardo Claudino Fajardo  <https://orcid.org/0000-0003-2368-1112>.

Profesional independiente; Santa Rosa de Copán, Honduras.

La muerte materna es definida como el fallecimiento de una mujer durante el embarazo o en los 42 días siguientes a la terminación de este, independientemente de la duración y el sitio de la gestación, debida a cualquier causa relacionada con o agravada por el mismo o por su atención, pero no por causas accidentales o incidentales.¹ Su reducción o eliminación es un pilar del desarrollo sostenible según la Organización Mundial de la Salud (OMS), dado el papel esencial que desempeñan las mujeres en la economía, en la sociedad y en el desarrollo de las generaciones futuras. Invertir en la salud de la mujer proporcionaría importantes beneficios. El aumento del gasto sanitario en solo US\$ 5 por persona y año, de 2016 a 2035, podría aportar beneficios económicos y sociales por un valor nueve veces mayor, según algunos estudios.²

Los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) relacionados con la salud proponen que los países deben reducir su razón de mortalidad materna (RMM) en dos terceras partes de lo que era en el año 2010, por lo que, para Honduras, la meta para el 2030 será reducirla a 24 por 100,000 nacidos vivos. La RMM obtenida en el año 2015, cuando se realizó el último estudio para estimarla fue de 60 por 100,000 Nacido Vivos (NV), y según las estimaciones de la Secretaría de Salud en el 2021 fue de 125 por 100,000 NV, incremento que se considera muy condicionado por la pandemia de COVID 19, que no solo incremento el riesgo de morir durante el embarazo y el puerperio sino condiciono un deterioro notable en los servicios de atención a la mujer.^{1,2,3} Esta RMM es similar a la observada en la década de los 90 del siglo pasado, por lo que en un escenario pesimista podríamos estar ante un retroceso de 30 años, considerando además que en los últimos cuatro años nueve de cada 10 muertes ocurrieron dentro de un hospital. Para el año 2023, la razón de mortalidad materna es de 65 muertes maternas por 100,000 nacidos vivos, según información de la Unidad de Vigilancia de la Salud de la Secretaría de Salud (UVS-SESAL).⁴

Alcanzar la meta al 2030 tiene implícito caracterizar apropiadamente el problema, que es sin duda de origen multifactorial. En estos últimos 30 años, Honduras logró una reducción significativa de la mortalidad materna, reducción que se ralentizó en los primeros 18 años, se incrementó durante y después de la pandemia de COVID 19 y probablemente continúe siendo mayor que la observada en el 2015. Las causas de muerte materna siguen siendo de origen obstétrico (hemorragia y preeclampsia principalmente), pero la muerte materna indirecta (afecciones respiratorias, cardiopatías y tromboembolismo) se ha duplicado con relación a lo ocurrido a finales del siglo pasado, evidenciando lo que se conoce como transición obstétrica,^{5,6} agregando mayor complejidad al problema.

Por otro lado, los hospitales públicos desde hace algunos años presentan deficiencias considerables en sus condiciones estructurales (infraestructura, equipo y suficiencia de los recursos humanos) para atender apropiadamente una complicación obstétrica. El mayor número de muertes maternas está ocurriendo en los hospitales públicos, generalmente en las primeras 72 horas postparto y en donde se ha demostrado un incremento en la tercera demora¹ según el marco conceptual de Thaddeus y Maine,^{7,8} cuestionando severamente la calidad de atención en los mismos.

El factor recurso humano constituye una de las grandes debilidades del sistema público de salud para el logro de una sostenida reducción de la supervivencia materna y también neonatal. Las debilidades en el subsistema de recursos humanos son visibles en estos temas relacionados con las competencias técnicas requeridas para la atención prenatal, del parto y las complicaciones obstétricas, sumándose a las deficiencias estructurales ya mencionadas.

Otro aspecto relevante es que la mujer hondureña está iniciando su vida sexual y teniendo su primer parto muy tempranamente en su vida, lo que incrementa el riesgo de enfermar y

Recibido: 02-05-2024 Aceptado: 25-11-2024 Primera vez publicado en línea: 09-12-2024
Dirigir correspondencia a: Carlos Edgardo Claudino Fajardo
Correo electrónico: claudino_carlos@yahoo.com

DECLARACIÓN DE RELACIONES Y ACTIVIDADES FINANCIERAS Y NO FINANCIERAS: Ninguna.

DECLARACIÓN DE CONFLICTOS DE INTERÉS: Ninguna.

Forma de citar: Claudino-Fajardo CE. Mortalidad materna en Honduras, ¿Qué podemos hacer en los servicios de salud?. Rev Méd Hondur. 2024; 92(Supl.2): S49-S51. DOI: <https://doi.org/10.5377/rmh.v92iSupl.2.19504>

© 2024 Autor(es). Artículo de acceso abierto bajo la licencia <https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.es> 

morir en un evento obstétrico. Ocho de cada 10 mujeres hondureñas en edad fértil requieren de un método de planificación familiar y la prevalencia de uso de métodos sigue siendo baja, según lo evidencian las encuestas de epidemiología y salud familiar realizadas por la Secretaría de Salud en el 2012 y el Instituto Nacional de Estadística en el 2019.⁹

Desde el punto de vista del Sistema de Salud, es necesario resaltar que actualmente la Secretaría de Salud, a través de la Unidad de Vigilancia de la Salud y especialmente la vigilancia de la mortalidad materna, intenta implementar un sistema de información donde se pretende captar las muertes maternas del sistema público y privado, esto a partir del año 2022 con el apoyo técnico y financiero de la OPS y el Banco Mundial. Se actualizaron los documentos normativos, como la Guía de vigilancia de la mortalidad materna y los lineamientos para la organización y funcionamiento de los comités para la vigilancia y respuesta de la mortalidad materna, que orientan a realizar la búsqueda intencionada, triangulación de los datos y reclasificación de las muertes maternas, con la intención de disminuir a su menor expresión el subregistro; y a través del análisis de los casos de muertes maternas, identificar los problemas que contribuyeron a la ocurrencia de estas y elaborar planes de trabajo para reducir dichas muertes.

Antes de esto, el sistema de información en salud mostraba muchas debilidades para el seguimiento y evaluación continua de los indicadores principales, por lo que ha sido necesario recurrir a estudios y encuestas para obtener la información requerida. Además, es evidente la debilidad en la función rectora del gobierno, lo que aleja la posibilidad de una articulación intersectorial fuerte, necesaria para la atención de este problema. No están asegurados los recursos financieros, disponibilidad de tiempo, e incentivos sociales y las capacidades organizacionales e individuales para el mejoramiento de las competencias clínicas y gerenciales requeridas para transformar los hospitales y otros centros de atención en organizaciones competentes que puedan innovar y responder, con creciente velocidad y efectividad, a los desafíos clínicos y gerenciales detectados por los sistemas de mejoramiento de calidad, como suele ocurrir cuando se analizan las muertes maternas en los hospitales públicos sin que esta acción genere los cambios requeridos para optimizar los procesos internos y con ello procurar evitar otros fallecimientos futuros.

La mortalidad materna es un indicador claro de injusticia social, vulnerabilidad de la mujer y pobreza: el que un embarazo o parto desemboque en la muerte de la mujer o del niño, refleja problemas estructurales, tanto de acceso como de calidad en la atención. La experiencia nacional e internacional muestra que se podría salvar la vida de muchas madres y niños por medio de medidas nada sofisticadas y eficaces con relación a sus costos. A continuación, se plantean algunas acciones que, desde mi punto de vista, serían útiles para la reducción de la mortalidad materna, el logro de uno de los ODS y contribuir desde los servicios de salud a la reducción de la pobreza:

1. Atención “regionalizada” de las complicaciones obstétricas.

Atender las complicaciones obstétricas que llevan a la muerte (hemorragia obstétrica severa con coagulopatía, eclampsia complicada, síndrome de HELLP, choque séptico, tromboembolismo, colapso materno, acretismo placentario y otras) requiere de alta tecnología, personal multidisciplinario con entrenamiento especial y ambientes hospitalarios adaptados para hacerles frente. Por su costo y otras razones, no es posible tener estas condiciones en todas las maternidades del país, pero sí es razonable pensar que se pueden tener seis u ocho centros distribuidos en el país donde se eleven sus competencias al nivel que puedan atender estas complicaciones con mayor probabilidad de éxito.⁷

Esto es, definir e implementar un modelo de provisión, atención, gestión y financiamiento para la atención regionalizada de las complicaciones obstétricas y neonatales, que incluya para su adecuada articulación la organización de un sistema de referencia y respuesta debidamente gestionado. En términos concretos, estamos hablando de mejorar la capacidad resolutoria en al menos seis centros hospitalarios generales ubicados estratégicamente según la movilidad de los ciudadanos en el territorio nacional y de dos hospitales nacionales que deberán ser capaces de resolver la alta complejidad obstétrica y neonatal. Esto implicará hacer inversiones para mejorar la infraestructura, equipamiento y su gestión eficiente, además de garantizar la dotación suficiente de recursos humanos y desarrollar competencias en el personal encargado de la atención de la mujer y el neonato. Como en todo, se deberán garantizar los recursos financieros para su operación; sin los fondos, cualquier propuesta es nada más que papel inservible.

2. Incrementar al acceso al parto institucional con calidad.

Para implementar la primera propuesta es necesaria esta segunda como requisito previo. Si todas las mujeres se atienden su parto institucionalmente, ya se tienen captadas para su referencia oportuna a cualquiera de los ocho hospitales mencionados anteriormente, que habrán incrementado su capacidad resolutoria en caso de presentar una complicación obstétrica que lo amerite. Para incrementar el parto institucional, se debe estimular la demanda de los servicios de atención de parto a través de estrategias eficientes; se deben implementar mecanismos de búsqueda activa de embarazadas, la organización de la comunidad para el traslado de la mujer a los servicios de atención de parto y a través de campañas de comunicación para el cambio de comportamiento de la mujer y su familia con relación a la demanda de los servicios maternos.

Se podría implementar un esquema de subsidio al transporte de la mujer de su hogar a los sitios de atención en áreas rurales en condiciones de pobreza y de difícil acceso.

La estrategia de hogares maternos debería extenderse a nivel nacional, procurando que la infraestructura y su equipamiento sean provistos por el Estado y su gestión sea responsabilidad de la comunidad.

Debe mejorarse la oferta de servicios de atención de parto incrementando el número de servicios de atención institucional del mismo, para lo cual se debería realizar el estudio pertinente que permita identificar el número requerido de centros con sus camas y su ubicación territorial; cumplir los estándares de habilitación de clínicas y hospitales ya existentes con las capacidades para atender partos según las recomendaciones internacionales y resolver las complicaciones obstétricas más frecuentes y, además, adecuar culturalmente cada servicio de atención para que estos sean amigables y atractivos para la población. Es fundamental que todas las instituciones donde se atienden partos cumplan con los más rigurosos estándares de calidad. Este debiera ser el primer paso para lograr la reducción de la mortalidad materna y su sostenibilidad en el tiempo.

3. Fortalecer el sistema de referencia y respuesta ante la emergencia obstétrica.

Diseñar e implementar un sistema de transporte sanitario apropiadamente equipado y con los recursos humanos entrenados, un sistema de comunicación digital entre las partes y con la comunidad, y un proceso de gestión de la referencia desde el servicio de salida hasta el servicio receptor. Esto es absolutamente necesario para “juntar” las pequeñas clínicas de atención de partos, como las denominadas Clínicas Materno-Infantil, con los hospitales generales, donde deberán resolverse el 85% de las complicaciones, y con los ocho hospitales regionalizados, donde deberán resolverse el 15% de las complicaciones restantes, que serán las de mayor complejidad.

Se propone que este sistema de transporte sea autónomo o al menos separado de la gestión de los hospitales, de tal manera que pueda administrarse bajo estándares modernos y eficientes que no impidan su funcionamiento por problemas de mal estado de la ambulancia, falta de combustible o de personal.

4. Disminuir la demanda insatisfecha de métodos modernos de planificación familiar.

La mujer hondureña debería dejar un lapso de 3 a 5 años entre la finalización de un embarazo y el inicio del siguiente, periodo que la evidencia científica determina como el de menor riesgo obstétrico. De igual forma, el primer embarazo debiera de ocurrir después de los 20 años y hasta los 35 años. Para esto se debe adecuar la infraestructura de los servicios que atienden

partos y/o implementar medidas que hagan eficiente y faciliten la anticoncepción post evento obstétrico y, además, desarrollar competencias en los proveedores de servicios y asegurar los insumos y equipamiento básico.

5. Implementar un esquema de Seguro Público Materno.

El financiamiento para la atención materna debe ser suficiente, estar asegurado y debe permitir el aprovechamiento de todos los recursos disponibles en la sociedad; por eso se sugiere la creación de un seguro público, con fondos provenientes del Estado y gestionado por una institución pública, pero con autonomía y de cobertura nacional. Para empezar, se debe definir un listado de prestaciones priorizadas, explícitas, sujetas de aseguramiento, hacer las estimaciones actuariales pertinentes y garantizar los fondos del esquema de seguro. Las modalidades tradicionales de financiamiento han mostrado ineficiencia y ser susceptibles a la corrupción.

6. Crear un mecanismo de implementación de la propuesta o plan de reducción de la mortalidad materna.

Debe crearse una instancia con alta fortaleza técnica y “blindada”, elevada a categoría de estrategia de Estado, responsable de la investigación, implementación y seguimiento de las intervenciones en el mediano y largo plazo, que asegure, no solo que las intervenciones se implementen tal cual se planificaron, sino que además asegure su permanencia en el tiempo aun con cambios de gobierno. Paralelamente, se deberán hacer todas las acciones que sean necesarias para facilitar la participación ciudadana, el empoderamiento de la mujer, garantizar el ejercicio del derecho a la salud a todas las mujeres, sea cual sea su condición social, el trabajo con adolescentes, capacitación de parteras tradicionales, mejoramiento del control prenatal y muchas otras acciones que sin duda son parte de cualquier estrategia de reducción de muertes maternas, pero estas seis expuestas son las que consideramos, desde los servicios de salud, que tienen el mayor potencial, capacidad de arrastre y motricidad para evitar que mujeres “pierdan la vida dando vida”.

DETALLES DE AUTOR

Carlos Edgardo Claudino Fajardo, Médico especialista en Salud Pública y Especialista en Ginecología y Obstetricia; claudino_carlos@yahoo.com

REFERENCIAS

1. Secretaría de Salud (HN). Actualización de plan nacional para la reducción de la mortalidad materna 2022 -2026. Tegucigalpa: SESAL; 2022.
2. Stenberg K, Axelson H, Sheehan P, Anderson I, Gülmezoglu AM, Temmerman M, et al. Advancing social and economic development by investing in women's and children's health: a new Global Investment Framework. *Lancet*. 2014;383(9925):1333-1354 DOI: 10.1016/S0140 6736(13)62231-X.
3. Centro de Estudios de Estado y Sociedad (AR). Diagnóstico rápido de los determinantes y factores contribuyentes al aumento de la mortalidad materna y perinatal durante la pandemia COVID-19 en la región de América Latina y el Caribe. Buenos Aires: CEDES;2022.
4. Secretaría de Salud (HN). Informe anual de la situación epidemiológica de la vigilancia de la mortalidad materna, Honduras año 2023. Tegucigalpa: SESAL; 2024.
5. Souza JP, Tunçalp Ö , Voge JPI, Bohren M, Widmer M, Oladapo OT, et al. Obstetric transition: the pathway towards ending preventable maternal deaths. *BJOG*. 2014; 121(1):1-4
6. Secretaría de Salud (HN). Actualización de la Razón de Mortalidad Materna en Honduras. 2015 Tegucigalpa: SESAL; 2019.
7. Thaddeus S, Maine D. Too far to walk: maternal mortality in context. *Soc Sci Med*. 1994;38(8):1091-110.
8. Obstetric Care Consensus No. 2: Levels of maternal care. *Obstet Gynecol*. 2015;125(2):502-515. doi: 10.1097/01.AOG.0000460770.99574.9f.
9. Instituto Nacional de Estadística (HN). Encuesta nacional de demografía y salud, Encuesta de indicadores múltiples por conglomerados (ENDESA/MICS 2019). Tegucigalpa: INE; 2021. Disponible en: <https://ine.gob.hn/v4/endesa/>