

RETOS Y CONTRIBUCIONES EN LAS CIENCIAS ECONÓMICAS Y SOCIALES

Comp. Carlos Peña



RETOS Y CONTRIBUCIONES DE LAS CIENCIAS ECONÓMICAS Y SOCIALES.

**Carlos Peña
(Compilador)**



Primera edición: 2016.

©Carlos Peña.

© Instituto de Investigaciones Económicas y Sociales

“Dr. Rodolfo Quintero” de la Universidad Central de Venezuela.

Depósito Legal: lfi1752016600435

ISBN: 978-980-00-2826-1

Compilador: Carlos Peña.

Portada: Andrés García López.

Corrección de estilo: Catalina Banko, Cesar Gallo, Brenda Yépez – Martínez
Caracas, Venezuela, 2016.

OBJETIVOS DE DESARROLLO DEL MILENIO Y MORTALIDAD EN VENEZUELA¹

Brenda Yépez-Martínez*

¹ El presente artículo es el resultado de una investigación de la Asociación Venezolana de Población (AVEPO) y el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA).

* Socióloga. Doctora en Ciencias Sociales. Universidad Central de Venezuela. Premio Fernand Braudel 2011.

Introducción

Desde mediados del siglo XX se ha observado un rápido descenso de la mortalidad general en Venezuela. El determinante para esa disminución histórica ha sido la mortalidad infantil, la cual se ha traducido en el aplazamiento continuo de la muerte, y el aumento de esperanza de vida. Este cambio demográfico se ha sustentado en la transformación de las condiciones sanitarias del país, tales como: a) implementación de planes de vacunación, b) desarrollo de infraestructura hospitalaria, c) acceso a agua potable d) instalación de sistemas de eliminación de excretas, e) utilización de insecticidas, f) políticas dirigidas a las madres y a los infantes, entre muchos otros factores que han mejorado la situación epidemiológica del país.

A partir de mejores condiciones de supervivencia surgen elementos claves para el crecimiento de la población. Con la reducción de la mortalidad llegan las cohortes de hombres y mujeres a edad reproductiva. Así, el incremento histórico de la población venezolana (que se evidencia en las cohortes numerosas de población económicamente activa en la actualidad) se puede explicar como consecuencia de la reducción de la mortalidad experimentada en el país.

Ya pasada la primera década de siglo XXI, Venezuela sigue manteniendo los niveles de mortalidad heredados del siglo pasado; en parte por su joven estructura por edad. Pero la mortalidad general invisibiliza el comportamiento de grupos específicos que son vulnerables. En un intento por comparar lo comparable, se estudia la mortalidad según las edades. Un ejemplo es el aumento de la esperanza de vida de las personas mayores y el estancamiento de la mejora de la mortalidad infantil y juvenil. Continuamente los mayores le quitan años a la muerte debido a la transferencia del avance científico médico y su respectiva accesibilidad. Mientras tanto, la democratización de la supervivencia en otras edades se ve afectada.

El capítulo que se presenta a continuación se estructura en tres apartados. El primero introduce de forma breve el marco teórico explicativo a partir de la Teoría de Transición Demográfica y Sanitaria. El segundo trata de la mortalidad infantil; se compara la evolución histórica del país en el contexto latinoamericano y se identifican las diferencias territoriales a escala estatal. Con los mismos criterios de análisis, el tercer apartado aborda la mortalidad materna.

1- Transición demográfica y sanitaria en Venezuela

La transición demográfica es un proceso histórico que permite a las poblaciones pasar de un régimen antiguo e ineficiente a uno moderno y eficiente. Un proceso que lleva a un crecimiento moderno de la población. El cambio del régimen demográfico antiguo a uno moderno se ha observado empíricamente a partir de la evolución histórica de la población en muchos países, particularmente en los europeos. La principal característica de este cambio de régimen es el paso de altos niveles de mortalidad que es compensada por una alta fecundidad, a la disminución de la fecundidad precedida por el descenso de la mortalidad. La transición demográfica comienza y termina con niveles cuasi equilibrados de mortalidad y fecundidad, así como un crecimiento lento de la población. La gran diferencia es que al comienzo existe gran cantidad de nacimientos que suplen el alto número de defunciones. Mientras que al final de la transición, se observa un cuasi

equilibrio en niveles bajos de mortalidad y fecundidad. En palabras de Livi Bacci (2002), es el paso del desorden y la dispersión al orden y la eficiencia.

El modelo de la transición demográfica se divide en cuatro fases según Chesnais (1986): la primera fase caracteriza al régimen antiguo (altas tasas de natalidad y mortalidad). En el caso de Venezuela esta fase se ubica en los años 50 del siglo XX. En la segunda fase se observa el inicio del descenso de la mortalidad, mientras que la fecundidad se mantiene en niveles altos. Esta situación produce la aceleración del crecimiento demográfico dado que el ritmo de los nacimientos continúa y los habitantes tienen más probabilidad de supervivencia; la mortalidad desciende de forma constante. Venezuela entra en la tercera fase y se ubica en la actualidad en plena transición conjuntamente con: Bolivia, Colombia, Ecuador, El Salvador, Honduras, México, Nicaragua, República Dominicana, Paraguay y Perú. Todos estos países observan una disminución de la fecundidad y experimentan una contracción del crecimiento natural de la población. La cuarta y última fase se refiere al régimen moderno o post transicional con niveles de mortalidad y fecundidad bajos. En esta fase se encuentran Argentina, Brasil, Costa Rica, Chile, Cuba y Uruguay.

Con mejores condiciones de supervivencia surgen elementos clave para el crecimiento de la población: reducción de la mortalidad en todos los grupos de edad y, por ende, aumento de mujeres en edad reproductiva. Así, la natalidad en la segunda mitad del siglo XX en Venezuela se pudiera explicar como consecuencia del ritmo del descenso de la mortalidad. Desde el punto de vista reproductivo, el paso de un régimen antiguo a uno moderno significa que las mujeres no necesitan tener el mismo comportamiento reproductivo que sus generaciones pasadas. Históricamente, las mujeres tenían muchos niños para reemplazar los que morían antes de la edad fértil. Ahora el sistema es más eficiente² dado que el riesgo de morir es considerablemente menor, existe más calidad en los cuidados y la educación de los niños que nacen. Así como también, la esperanza de que esos niños vivan más que sus progenitores es cada día mayor.

El estudio de la mortalidad en Venezuela se enmarca en la Teoría de la Transición Sanitaria o de Salud. Esta teoría explica que las conductas sociales que son dinámicas *per se* y las transformaciones de un país establecen el estado de la salud de los individuos. En este sentido, los cambios en la estructura de la población y la llegada de un peso importante de población a edades mayores determinan la mayor o menor incidencia de las enfermedades. Existe entonces un cambio del peso de las enfermedades transmisibles a las enfermedades no transmisibles.

La Venezuela rural acosada por enfermedades endémicas e infecciosas empieza a mejorar desde los años cuarenta. El cambio se observa principalmente en las defunciones de los menores de 1 año nacidos vivos registrados (nvr). En 1936, la Tasa de Mortalidad Infantil (TMI) era de 201 muertes de niños y 174 niñas menores de un año por mil nvr, lo que evidenciaba el precario desarrollo sanitario del país. En 1946, pasa a 146 y 129 defunciones de niños nacidos vivos respectivamente. Esta mejora se explica por el desarrollo de políticas sanitarias dirigidas a las madres y a los infantes, entre otros factores de salubridad. Asimismo, a mediados del siglo pasado, morían 82 niños menores de un año por cada mil nacidos vivos, a principios de 1980 se registran 34, y para finales de siglo XX 17,7 ‰ nvr. Este descenso se debe al aumento de la cobertura de servicios de

² Para mayor información del tema véase la “Revolución Reproductiva” de Pérez Días y Maccines.

atención materno infantil, a la extensión de beneficios sanitarios y a campañas de vacunación obligatoria. A catorce años de entrada el siglo XXI continúa la lucha por la disminución de las enfermedades infecciosas.

La mejora en la probabilidad de supervivencia sigue estrechamente vinculada con la mejora de los servicios de salud. Si en la segunda mitad del siglo XX el descenso en la mortalidad respondió fundamentalmente al mejoramiento de la situación sanitaria y epidemiológica interna³, en la actualidad, la transferencia y la accesibilidad a los avances científico médicos marca la pauta en la mortalidad de los venezolanos.

Este capítulo referente a las edades de la mortalidad muestra como han disminuido o aumentado los factores de riesgo en Venezuela. Por una parte, la disminución en enfermedades infecciosas y, por otra, el aumento de enfermedades sociales como la violencia juvenil masculina. La mortalidad y la morbilidad se han convertido en indicadores que evidencian las desigualdades sociales.

2. Dime cuánto es la tasa de mortalidad infantil de un país y te diré el nivel de salud pública que tiene

La Tasa de Mortalidad Infantil (TMI) es a menudo empleada como indicador de desarrollo socioeconómico y nivel de vida. Este indicador refleja tanto el desarrollo de la salud pública de un país como las condiciones de higiene, atención médica materno infantil y nutrición, entre otros factores relacionados intrínsecamente con la pobreza. No es circunstancial encontrar que uno de los ocho Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM)⁴ proponga reducir la mortalidad de los niños. El Objetivo 4, específicamente la Meta 5, indica el compromiso de los países⁵ en reducir dos terceras partes (entre 1990 y 2015) la mortalidad de los niños menores de 5 años de edad. Para ello se calculan tres indicadores: 1) La tasa de mortalidad de niños menores de 5 años, 2) La tasa de mortalidad infantil y 3) Los niños de 1 año vacunados contra el sarampión. Si bien es cierto que el Objetivo 4 plantea la mortalidad en la niñez (defunciones durante los primeros cuatro años de vida), también es cierto que la Tasa de Mortalidad Infantil⁶ es el indicador más empleado por la División de Población de las Naciones Unidas. La razón fundamental se debe a que la TMI recoge el mayor número de defunciones en el grupo de menores de 5 años de edad. La TMI es un indicador vinculado a la pobreza y es más sensible a la condición médico sanitaria de un país. Por este motivo se utiliza para estudiar la situación de Venezuela en el contexto de América Latina y el Caribe (ALyC), y para identificar las diferencias territoriales a escala sub nacional. La medición de los indicadores antes mencionados está vinculada con los derechos a la salud que tiene la población infantil, sin exclusión alguna. Esta población, vulnerable en principio por su sola condición etaria, no puede ser excluida de los derechos ciudadanos de salud con calidad. Cada país debe

³ El estancamiento de la TBM en los últimos treinta años puede deberse a la joven estructura poblacional.

⁴ Los ocho Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) se miden a través de 21 metas y 60 indicadores. El año base de referencia para medir los avances es 1990 y el plazo de cumplimiento para la mayoría de las metas es el 2015.

⁵ Es importante indicar que los objetivos planteados en la Declaración del Milenio están intrínsecamente relacionados con otras cumbres mundiales donde los países han participado y adquirido compromisos, tales como: a) La Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo, b) Cumbre Mundial de la Infancia, c) Cumbre Mundial sobre el Desarrollo Sostenible, solo por mencionar algunas (BID, 2004).

⁶ La tasa de mortalidad infantil (TMI) es la relación entre las defunciones de niños menores de un año durante un período, y los nacimientos vivos durante ese mismo período. La esperanza de vida al nacer es menor que la esperanza de vida a la edad exacta de 1 año.

crear condiciones sanitarias y aumentar su gasto público corriente para superar las brechas sociales y económicas que heredan automáticamente los recién nacidos. Reducir la mortalidad en la niñez garantiza una mayor esperanza de vida al nacer, un requisito fundamental para el bienestar y el desarrollo humano.

Tal como se observa en el Gráfico 1, la TMI en ALyC ha disminuido notablemente en los últimos 60 años. La región ha mostrado la mayor contracción (40,3%) de mortalidad infantil en el mundo entre 1990 y 2003, periodo que comprende la mitad del tiempo establecido para lograr los ODM (NU, 2005). Cada año, entre 1990 y 2013, AlyC redujo la TMI en 4,8% (UNICEF, 2014). Aun cuando existe un progreso sustancial en la región es necesario seguir intensificando la tendencia para alcanzar la meta en el 2015. En particular, el descenso observado de la Tasa de Mortalidad Neonatal⁷ entre 1990 y 2013 ha sido más lento que el ocurrido con la Tasa de Mortalidad Pos neonatal⁸. La primera se ha reducido solo 58%, mientras que la segunda alcanza 73% de reducción (UNICEF, 2014). Desde una visión regional, y considerando que el objetivo es reducir las cifras de mortalidad de los menores de 5 años en dos terceras partes, pareciera que AlyC llegará justo⁹. No obstante, el descenso de la TMI sigue siendo insuficiente tanto para la región como para muchos de sus países.

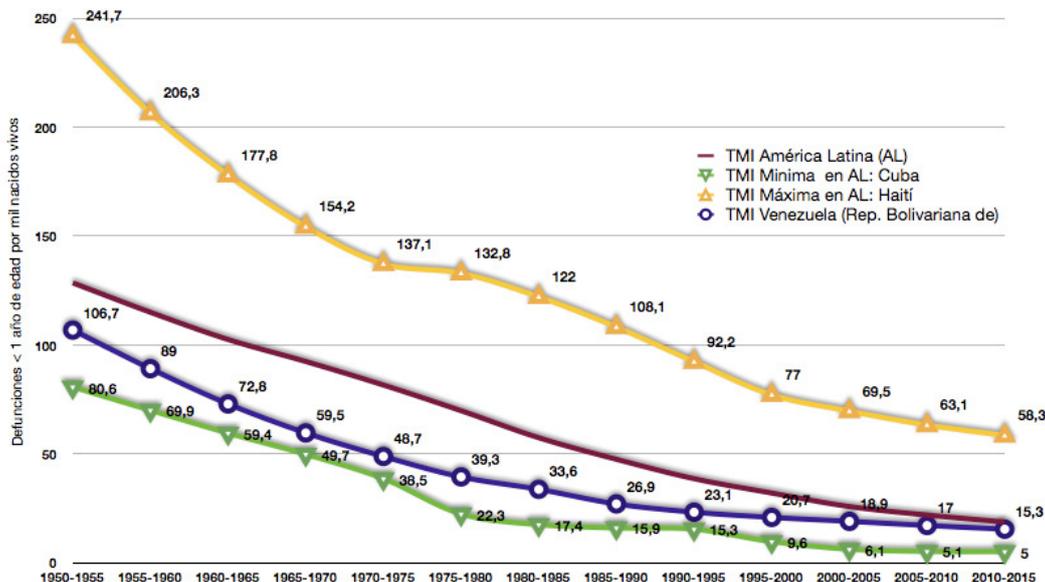
En la actualidad, el nivel de la mortalidad infantil en los países de AlyC oscila entre el máximo de Haití y el mínimo de Cuba (58 y 5 defunciones registradas en menores de un año de edad por mil nacidos vivos respectivamente). Aún las diferencias entre algunos países y dentro de ellos son enormes, sobre todo si consideramos que la TMI actual de Haití es igual a la de Cuba en la década de los 60. En este punto es importante señalar también el ritmo de disminución de dicha tasa en el tiempo. En otras palabras, la caída contundente de la TMI visualiza por una parte la mejora paulatina del sistema de salud desde mediados del siglo XX hasta el presente. Y, por otra, el ritmo de la disminución del indicador se acelera o ralentiza, lo que muestra el nivel de intervención gubernamental dirigido a la disminución de los determinantes de la mortalidad.

⁷ Es la mortalidad que ocurre dentro del primer mes de vida (desde el nacimiento hasta cumplir 28 días). Es la relación entre el total de defunciones de menores de 28 días entre el total de nacidos vivos registrados en un año.

⁸ Es la relación entre las defunciones ocurridas desde los 28 días de nacido hasta 1 año de edad y el total de nacidos vivos registrados durante ese mismo año.

⁹ Véase Grupo Interinstitucional para las Estimaciones sobre la Mortalidad en la Niñez (UN-IGME).

Gráfico 1.
América Latina y países seleccionados. Evolución de la Tasa de Mortalidad Infantil (por 1.000 nacidos vivos registrados) Años: 1950-2015



Fuente: CELADE - División de Población de la CEPAL. Revisión 2013.

Desde 1950 hasta el 2010, la TMI en Venezuela ha disminuido 86%. El nivel se ha situado por debajo del latinoamericano y caribeño. La mayor reducción de muertes menores de un año se observa en la década de los setenta (34%), luego el ritmo de reducción se desacelera en los ochenta (23%). Para los años noventa se impulsa la disminución (31%), y durante la primera década del 2000 disminuye 2,62 puntos porcentuales, lo que representa una disminución de 15%. El descenso de la mortalidad infantil ha experimentado en los últimos años una ralentización, existe un comportamiento casi estancado en el ritmo de su reducción.

Para ilustrar la situación anterior se ofrece el siguiente ejemplo. Supongamos que el ODM ha convocado a una carrera contra la mortalidad de la niñez en un tiempo determinado. En el punto de partida (año 1990) se encuentran todos los países de América Latina y el Caribe con sus respectivos niveles de mortalidad. Venezuela ha acumulado una ventaja en relación con gran parte de los países de la región, gracias al ritmo acelerado de la reducción que alcanzó en décadas anteriores. Pero alcanzar la meta establecida (año 2015) se hace más lejana dado el paso desacelerado que presenta. El ritmo de la reducción anual de la mortalidad de la niñez en Venezuela es 3% desde 1990 hasta el 2013. El descenso de la TMI del país sigue, pero lentamente. Otros países de la región, como por ejemplo Perú y Brasil, han reducido anualmente la mortalidad de la niñez en 7%, incluso AlyC ha alcanzado 5% en el mismo periodo. La meta para Venezuela es una tasa de 9 por 1.000 nacidos vivos registrados, pero su lento descenso hará que llegue a destiempo.

En síntesis, se puede afirmar que la mortalidad infantil en Venezuela está por debajo del nivel observado en AlyC; pero su ritmo de reducción en la actualidad es menor. Llama la atención el cuasi estancamiento registrado de la TMI en la primera década del presente siglo (para el año 2000 la TMI era de 17,7 por mil nacidos vivos y

pasó a 15,08 en el 2010). En la actualidad mueren 14 niños menores de un año por cada mil nacidos vivos registrados, lo que significa alrededor de 8.000 defunciones, la gran mayoría de ellos mueren por causas evitables.

No se puede negar el histórico avance sanitario y médico del país que ha permitido neutralizar en parte los factores exógenos de mortalidad. Más recientemente, el Estado ha creado políticas dirigidas a la población más vulnerable, como por ejemplo la Misión Barrio Adentro y los Centros de Diagnóstico Integral. Pero todavía faltan esfuerzos financieros e institucionales para profundizar en la atención materno infantil y, sobre todo, el control de factores de muerte congénitos.

El comportamiento de la TMI en los últimos años obliga a conocer las causas de muerte registradas de los niños nacidos vivos menores de 1 año de edad. Al observar el cuadro 1, relativo a las cinco principales causas de muertes registradas desde el 2000 hasta el 2011, es claro donde se debe implementar acciones específicas para acelerar el paso en la lucha contra la mortalidad infantil.

Las cinco causas principales de muerte de los menores de 1 año nacidos vivos registrados concentran el 86% de los casos para todos los años. Estas mismas cinco causas de muerte son culpables de poco más del 92% de las defunciones ocurridas entre el 2006 y el 2011.

El comportamiento cuasi estancado que se observa en la TMI de la primera década del presente siglo se debe principalmente a ciertas afecciones originadas en el período perinatal, entre ellas las tres más importantes son: 1) los trastornos respiratorios y cardiovasculares específicos del período perinatal, 2) las infecciones específicas del período perinatal y 3) las afectaciones del feto y recién nacidos por factores maternos y complicaciones del embarazo y del parto. Las afectaciones mencionadas son causantes de la muerte de 6 de cada 10 niños menores de un año nvr en el periodo estudiado. Tal como se observa en el cuadro 1, tanto los valores absolutos como los relativos de la primera causa de muerte se mantienen sin variaciones importantes durante los 12 años observados. La misma situación pasa con la segunda causa de muerte: en las anomalías congénitas existe un congelamiento de los valores absolutos alrededor de las 1.500 muertes, y en valores relativos aumenta de 15% en el 2000 a 19% en el 2011 (con excepción del año 2004).

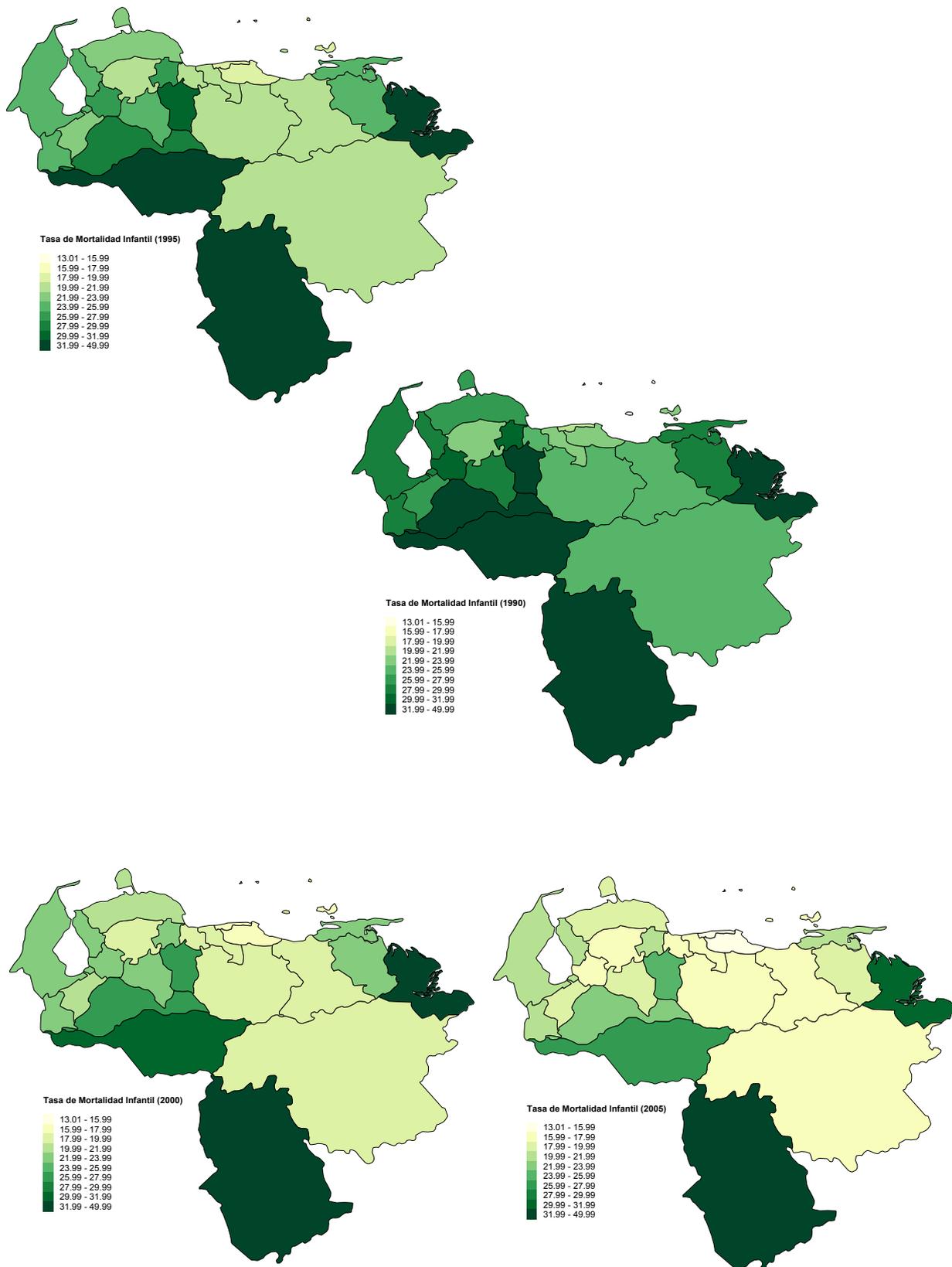
Un comportamiento diferente que salta a la vista entre las principales causas de muerte son las enfermedades infecciosas intestinales, en particular la enteritis y otras enfermedades diarreicas. Aun cuando esta causa de muerte sigue posesionándose en el tercer lugar, su reducción absoluta y relativa es un ejemplo a seguir, disminuye 6 puntos porcentuales entre el 2000 y el 2011.

Un estudio cuantitativo y cualitativo más específico podría explicar por qué los programas de salud del Estado no han tenido el impacto esperado en la disminución rápida de la TMI en la última década. El punto de partida de ese estudio debería ubicarse en las principales causas de muerte mostradas entre el 2000 y el 2011, período en que se registraron 92.600 defunciones de niños menores de un año. Esta cifra absoluta y su valor relativo son indicadores del nivel de atención prenatal, de asistencia en el parto y postparto, así como cuidados del recién nacido. Una explicación del fenómeno observado escapa del alcance de este estudio. No obstante, en un intento por seguir desvelando la situación de la mortalidad infantil en el país se identifican a continuación los contrastes territoriales. ¿Dónde se ubica el mayor riesgo de morir de los menores de 1 año de edad en Venezuela? ¿Dónde deben intensificarse las políticas públicas de salud neonatal?

3. La distribución territorial de la mortalidad infantil

Con la finalidad de tener una visión más acertada de la tendencia y la magnitud de la mortalidad infantil se muestran en la Figura 1 los contrastes geográficos a escala estatal. La tendencia de las TMI disminuye en gran parte del territorio. Este descenso es coherente con el observado en el ámbito nacional. En cuanto a la magnitud, las desigualdades territoriales de la mortalidad infantil son flagrantes.

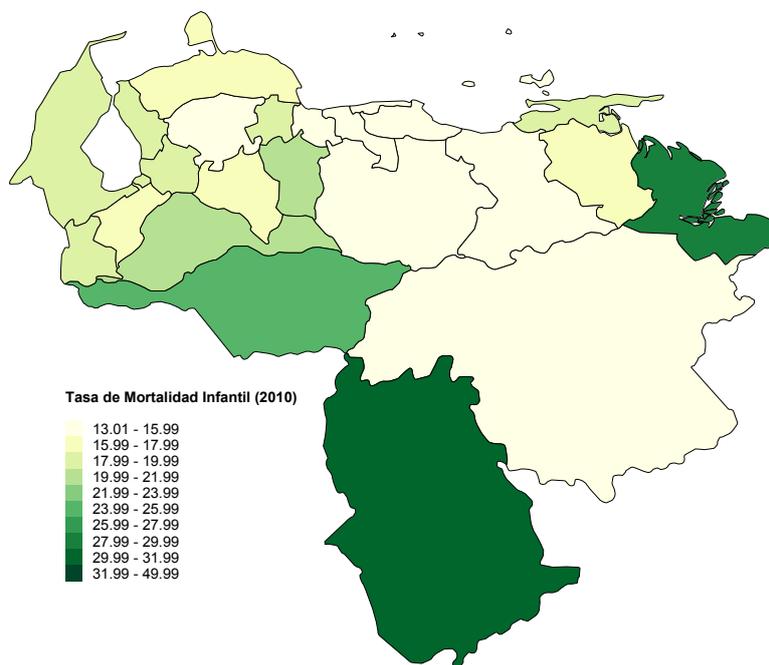
Figura 1.
Venezuela. Distribución territorial de la Tasa de Mortalidad Infantil (por mil nvr)
según Entidades Años: 1990, 1995, 2000, 2005.



Fuente: elaboración propia con base en los datos del INE.

El riesgo de morir varía sustancialmente entre las Entidades. Amazonas, Delta Amacuro y Apure han presentado las mayores TMI del país, seguidamente Barinas y Cojedes. En 1990, en Amazonas morían 50 niños menores de un año por cada mil nvr., la misma situación presentaba Venezuela en 1970. Si bien es cierto que es la Entidad con mayor riesgo de morir para los infantes, se destaca una reducción de 36% entre 1990 y 2010.

Figura 2.
Venezuela. Distribución territorial de la Tasa de Mortalidad Infantil (por mil nvr) según Entidades. Año: 2010.

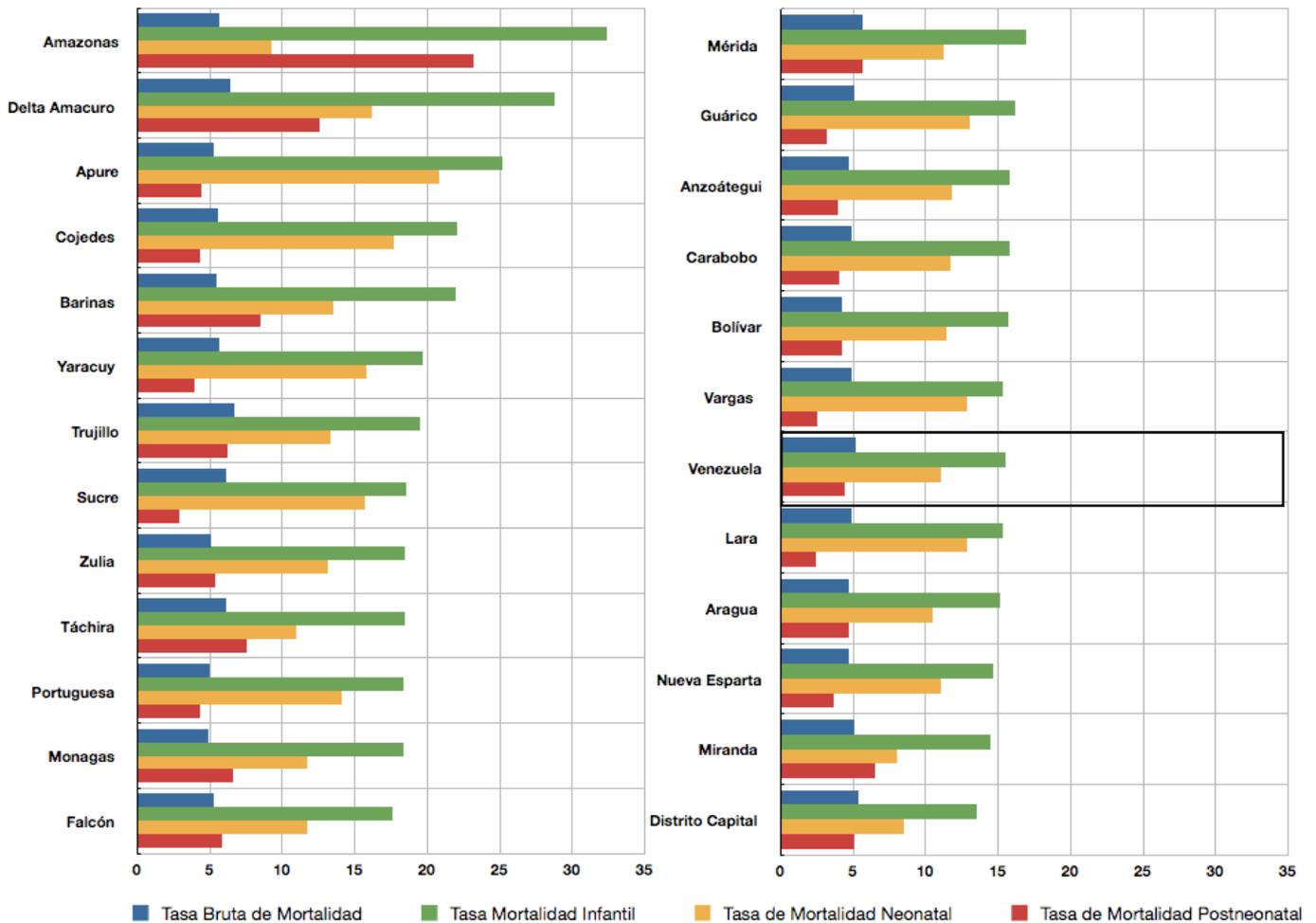


Fuente: elaboración propia con base en los datos del Instituto Nacional de Estadística (INE).

En el 2010, las Entidades siguen mostrando una reducción de la TMI. Para mantener su ritmo de disminución deben mejorar la protección y el tratamiento contra patologías específicas, las cuales requieren inversión e incorporación de profesionales de la salud. Todos los Estados tienen niveles inferiores de 32 defunciones de niños menores de 1 año nvr. Por un lado, se encuentran las Entidades que poseen las menores TMI del país: Distrito Capital, Miranda, Nueva Esparta, Aragua y Lara. Y por otro lado se observan los niveles más altos en: Amazonas, Delta Amacuro, Apure, Barinas y Cojedes (Gráfico 2). Las últimas son particularmente inquietantes por su atraso en la transición demográfica.

Gráfico 2.

Venezuela. Distribución territorial de la Tasa Bruta de Mortalidad, Tasa de Mortalidad Infantil Neonatal y Postneonatal (por mil nvr) según Entidades. Año



2010

Fuente: elaboración propia con base en los datos del Instituto Nacional de Estadística (INE).

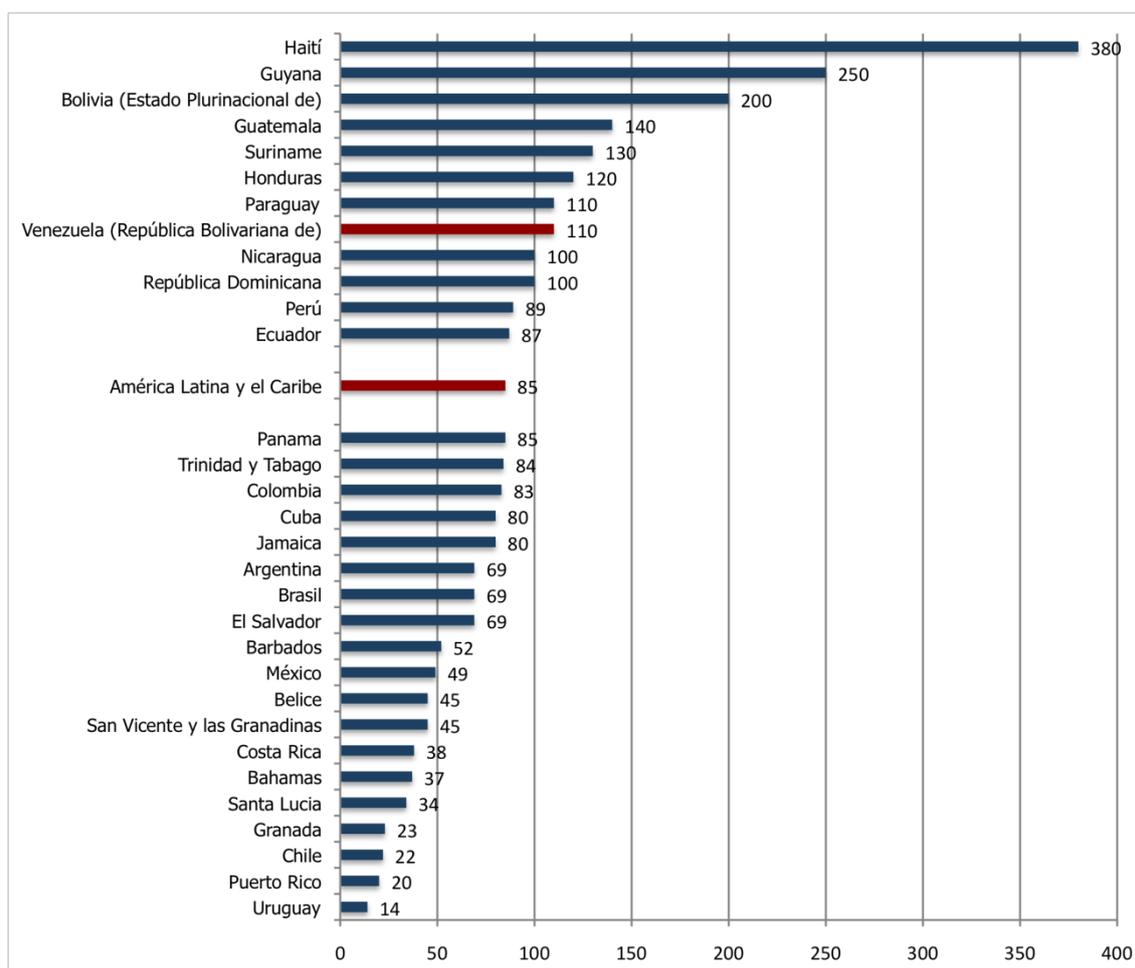
Para el año 2012, la TMI en Venezuela era 14,78‰ defunciones de menores de 1 año nvr. Amazonas y Delta Amacuro siguen siendo las Entidades con mayor riesgo de morir (31 y 27,62‰ nvr de menores de 1 año respectivamente). Distrito Capital (12,96‰) y Miranda (13,90‰) tienen el menor riesgo. Sería interesante disponer de datos actualizados de mortalidad relacionados con la condición socioeconómica de la madre, pertenencia a población indígena y situación urbana y rural. De esta manera se tendrían pistas para un diagnóstico más exhaustivo. Llegado a este punto es importante señalar que el alcance del estudio de la mortalidad infantil está limitado fundamentalmente por la oportunidad de los datos y la cobertura. La primera se puede alcanzar con el impulso de un sistema nacional-local que diligencie el envío, revisión y reenvío de las boletas estadísticas a los organismos encargados y al ente rector de las estadísticas del país. La segunda y más importante limitación tiene que ver con la omisión y datos incompletos en las fuentes primarias. Se debe exigir rapidez en el envío de datos desde las Oficinas de Registros Civil Municipal y Parroquial, Alcaldías, Prefecturas y Jefaturas Civiles. El sentido de oportunidad de los datos promueve la toma de decisiones. La accesibilidad a

las distintas variables recogidas en las boletas estadísticas es un requisito fundamental no solo para el avance en el tema en cuestión, sino también para el desarrollo del país.

4. La mortalidad materna

La reducción de la mortalidad materna en el mundo es el quinto Objetivo de Desarrollo del Milenio. La Razón de Mortalidad Materna (RMM)¹ es un indicador que expresa el riesgo obstétrico de las mujeres embarazadas, y también la vinculación intrínseca con la pobreza, el acceso a la salud y calidad en la atención. Es por ello que en los ODM se plantea reducir la mortalidad materna en tres cuartas partes entre 1990 y 2015.

Gráfico 3.
América Latina y el Caribe. Razón de Mortalidad Materna (RMM) (Por 100.000 nacidos vivos registrados). Año: 2013

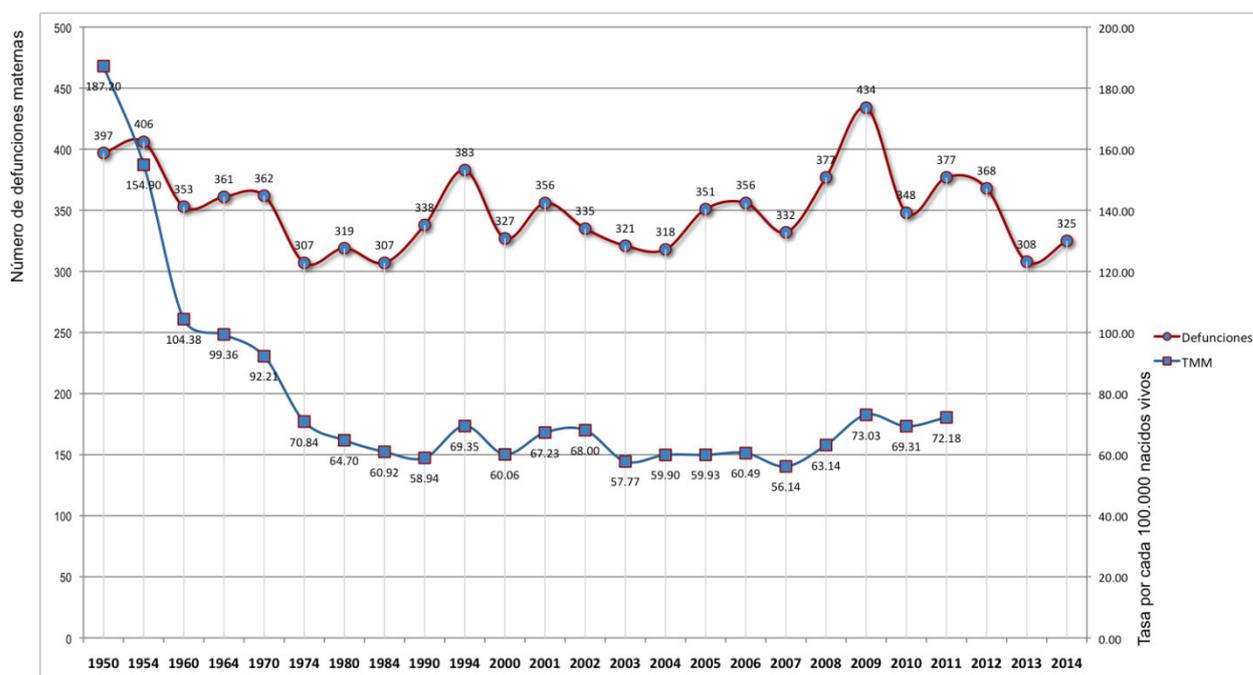


Fuente: Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF).

¹ Es el número de defunciones maternas por 100.000 nacidos vivos registrados. En algunos casos se expresa por 1.000 o 10.000 nacidos vivos. Para realizar comparaciones internacionales es el indicador más empleado y es común medirla por 100.000 nvr.

Los altos niveles de mortalidad materna de los países evidencian las condiciones deficientes de atención, la deficiencia de especialistas en salud y la falta de infraestructura adecuada. En síntesis, este indicador es una muestra fiel de desigualdad y refleja la relación entre el derecho de las mujeres y la capacidad que tiene el Estado en respetar ese derecho a través de políticas públicas eficaces.

Gráfico 4.
Venezuela. Defunciones Maternas y Tasa de Mortalidad Materna¹ (TMM) (Por 100.000 nacidos vivos registrados). Año: 1950-2014



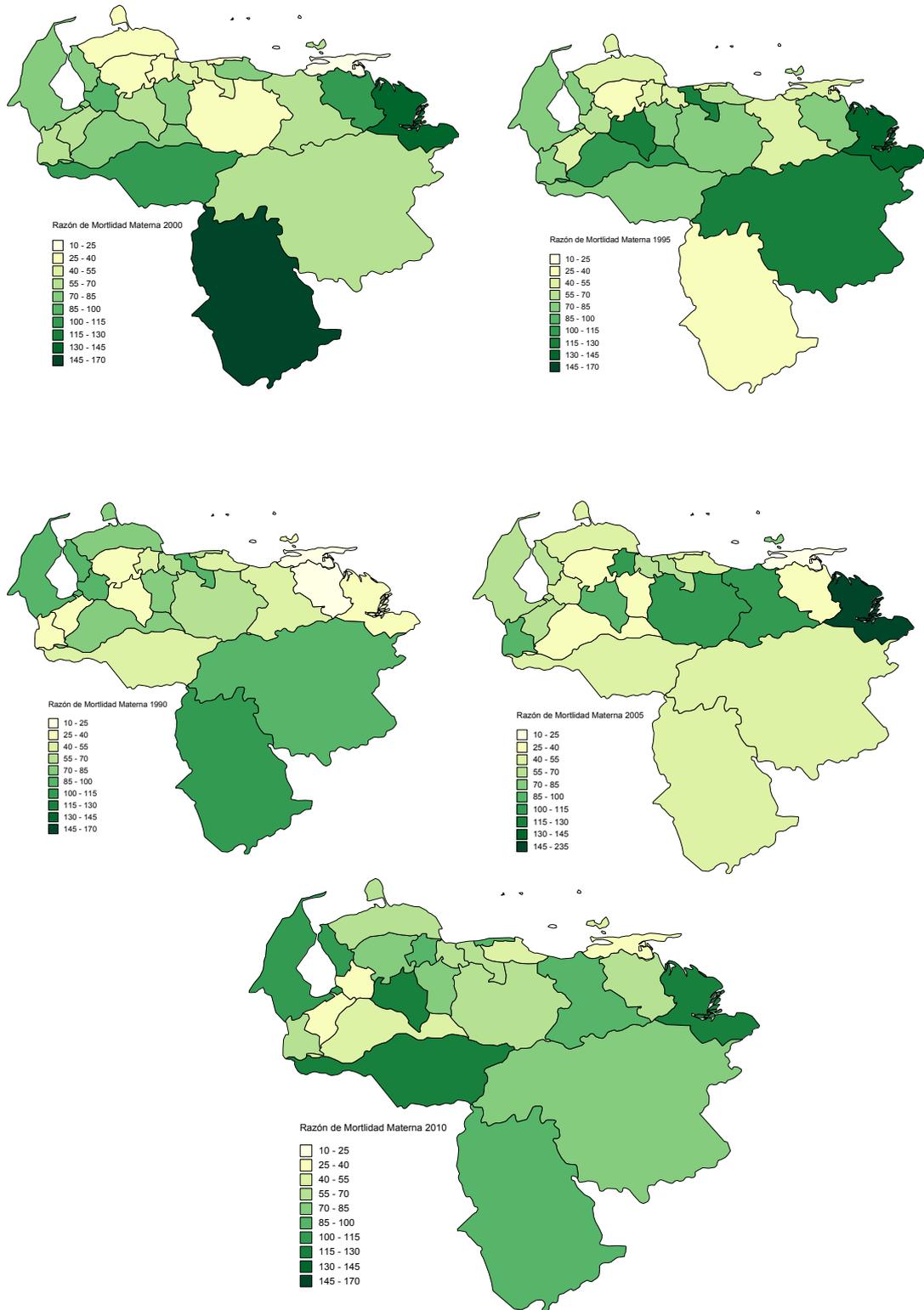
Fuente: Anuarios de Mortalidad del MPPS.

¹ La fuente indica Tasa de Mortalidad Materna pero se refiere a la Razón de Mortalidad Materna.

Nota: las defunciones maternas de 2012, 2013 y hasta la Semana epidemiológica N° 43 de octubre de 2014, Información y Estadísticas de Salud–MPPS.

La disminución de las muertes maternas en Venezuela ha sido una meta difícil de lograr en los últimos 23 años. El descenso espectacular de la RMM ocurrió desde 1950 hasta 1990 (descendió de 187 a 59 muertes maternas por cada 100.000 nacidos vivos registrados). Un nivel bajo al compararlo con muchos países de Latinoamérica en su momento. Después de 1990 se ha mantenido vacilante en altos y bajos. Según las estadísticas del Ministerio del Poder Popular para la Salud (MPPS), en el 2011 la RMM alcanzó 72 muertes maternas por cada 100.000 nvr, lo que representa un nivel superior a la década 70 del siglo pasado. En los valores absolutos más recientes (Semana epidemiológica N°43 de octubre de 2014) se muestran 17 muertes maternas más que el año 2013. Y los valores relativos estimados (no oficiales) no son alentadores ¿Por qué la mortalidad materna no desciende constantemente, aunque sea a un ritmo lento como ocurre con la mortalidad infantil? ¿Por qué los esfuerzos realizados en el Proyecto Madre y la Misión Madres del Barrio no han tenido el impacto esperado? El presente artículo no da respuestas a las preguntas anteriores, se necesita una revisión objetiva y específica que determine las acciones, calidad, y continuidad de los programas en ejecución. El comportamiento disperso de avances y retrocesos que experimenta Venezuela y sus Entidades evidencia que la mortalidad materna sigue siendo una tarea pendiente (Figura 3).

Figura 3.
Venezuela. Distribución territorial de la Razón de Mortalidad Materna por (por 100.000 nacidos vivos registrados) según Entidades. Años: 1990, 1995, 2000, 2005 y 2010



Fuente: elaboración propia con base en los datos del MPPS.

En 1990, año base de los OMD, la RMM era 58,94 por mil nacidos vivos. La meta para el 2015 establece una reducción de una cuarta parte, es decir 14,7%, que en números absolutos representa 85 muertes maternas por cada 100.000 nvr.

Para la interpretación de las medidas de mortalidad materna es necesario ser prudente y considerar tres aspectos. El primero se refiere a la mortalidad materna como un evento relativamente raro. Su nivel puede verse afectado por subregistro y también por la mejora en su cobertura. Del mismo modo, los casos registrados son sensibles a la continuidad o no de políticas y programas de atención.

El segundo aspecto es de orden técnico. Existe diferencia significativa si se emplea la Tasa de Mortalidad Materna o la Razón de Mortalidad Materna (Gráfico 5). La TMM es el número de defunciones maternas por 100.000 mujeres en edad reproductiva (se considera entre 15 a 49 años de edad); mientras que la RMM es el número de defunciones maternas² por 100.000 nacidos vivos. El resultado puede verse afectado por el número de nacimientos cada año. Por razones de comparabilidad la Organización Mundial de la Salud y los documentos técnicos de los ODM recomiendan emplear la RMM. Al seleccionar este indicador se está dando peso a la medición del progreso en los servicios de maternidad específicamente. Mientras que la TMM expresa un conjunto de aspectos de la salud reproductiva del país (fecundidad según edad, planificación familiar, entre otros aspectos de acceso a la salud y atención de las embarazadas). La TMM es más baja que la RMM por el denominador. A comienzos de la década del 2000 en América Latina la TMM era de 32 muertes maternas por 100.000 mujeres entre 15 y 49 años de edad, mientras que la RMM indicaba 265 muertes por 100.000 nacidos vivos registrados.

El tercer aspecto trata de la cobertura. En experiencias de registros se ha evidenciado omisión de casos por falta de vinculación del registro con el antecedente obstétrico. La misma situación de sub-notificación pudiera pasar en regiones donde la calidad de los servicios de salud es deficiente. Debe existir también una cobertura general de fuentes, no es aceptable contabilizar solo las muertes maternas ocurridas en hospitales y maternidades. En este sentido, sería interesante incluir en los Censos de Población y Vivienda preguntas que permitan estimarla para luego compararla con los casos diagnosticados. En la ronda de censos de 2010, algunos países de América Latina y el Caribe recogieron información referida a este tema, entre ellos: Honduras, Paraguay, Nicaragua, El Salvador y República Dominicana que aplicó el método de sobrevivencia de hermanas (Ruiz y Miller, 2011). En adición, como la mortalidad materna en América Latina no es alta según los parámetros establecidos por organismos internacionales, se recomienda evitar su estimación a partir de encuestas dado el requerimiento de grandes tamaños de muestras.

² La defunción materna según la OMS es definida como: “la muerte de una mujer mientras está embarazada o dentro de los 42 días siguientes a la terminación del embarazo, independientemente a la duración o el sitio del embarazo, debida a cualquier causa relacionada con o agravada por el embarazo mismo o su atención, pero no por causas accidentales o incidentales...” (OMS, 1992)

Cuadro 2.
Venezuela. Porcentaje de defunciones maternas según edad. Año: 1999-2009

	10-14	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50+	Total
1999	1,0%	11,2%	20,1%	22,4%	22,7%	14,7%	7,0%	1,0%	0,0%	100%
2000	0,6%	14,1%	17,7%	22,3%	19,3%	18,0%	6,7%	1,2%	0,0%	100%
2001	1,4%	11,2%	23,0%	22,8%	18,5%	16,0%	6,5%	0,6%	0,0%	100%
2002	1,2%	11,0%	20,3%	18,2%	24,2%	17,0%	7,2%	0,9%	0,0%	100%
2003	1,6%	14,6%	19,6%	23,1%	17,1%	16,8%	6,2%	0,9%	0,0%	100%
2004	0,9%	13,5%	25,5%	22,0%	19,2%	13,8%	5,0%	0,0%	0,0%	100%
2005	0,6%	10,5%	25,1%	19,1%	17,9%	17,7%	8,0%	0,6%	0,6%	100%
2006	0,3%	14,9%	17,4%	22,5%	21,3%	13,5%	8,4%	1,7%	0,0%	100%
2007	0,9%	13,9%	22,9%	21,7%	18,4%	17,5%	3,3%	1,5%	0,0%	100%
2008	1,9%	18,0%	21,8%	20,4%	17,5%	14,1%	5,6%	0,8%	0,0%	100%
2009	1,4%	16,4%	22,4%	25,6%	16,8%	11,1%	4,8%	1,6%	0,0%	100%

Fuente: elaboración propia con base en los datos de los Anuario de Mortalidad del MPPS.

Cuadro 3.
Venezuela. Tres principales causas de Mortalidad Materna. Años: 1999-2009

	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Edema, proteinuria y trastornos hipertensivos en el embarazo, el parto y el puerperio. (O10-O16)	35,78%	25,99%	28,09%	34,03%	31,78%	28,62%	25,93%	24,44%	27,71%	28,65%	23,50%
Complicaciones del trabajo de parto y del alumbramiento. (O60-O75)	15,34%	21,10%	15,17%	17,01%	14,33%	22,64%	20,23%	29,78%	17,17%	15,65%	12,67%
Otras afecciones obstétricas no clasificadas en otra parte. (O95-O99)		13,76%		17,01%	21,50%	17,30%	21,94%	15,45%	24,70%	27,85%	38,02%
Embarazo terminado en aborto. (O00-O08)			15,73%								
Hipertensión gestacional con proteinuria significativa (O14)	17,89%			17,01%							
Porcentaje acumulado de las tres primeras causas	69,01%	60,86%	58,99%	68,06%	67,60%	68,55%	68,09%	69,66%	69,58%	72,15%	74,19%

Fuente: elaboración propia con base en los datos del MPPS.

Entre 1999 y 2009 la mortalidad materna se ha concentrado entre 20 y 34 años de edad. Tres causas son las principales responsables de 6 de cada 10 muertes: 1. Edema, proteinuria y trastornos hipertensivos en el embarazo, el parto y el puerperio; 2. Otras afecciones obstétricas no clasificadas en otra parte; 3. Complicaciones del trabajo de parto y del alumbramiento. Luego sigue el embarazo terminado en aborto e hipertensión gestacional con proteinuria significativa (Cuadro 3).

Consideraciones finales: una empresa renovada

La Tasa de Mortalidad Infantil de Venezuela está por debajo del nivel observado en América Latina y el Caribe; sin embargo, su ritmo de reducción actual es menor que el observado en la región. Si bien es cierto que Venezuela experimenta un continuo descenso de la TMI, es necesario advertir que su disminución se ha ralentizado al compararla con décadas pasadas; sobre todo en la primera década del presente siglo (para el año 2000 la TMI era de 17,7 por mil nacidos vivos y se contrajo a 15,08 en el 2010). Actualmente mueren 14 niños menores de un año por cada mil nacidos vivos registrados, lo que significa alrededor de 8.000 defunciones, la gran mayoría de ellos mueren por causas evitables.

No se puede negar el histórico avance sanitario y médico que experimentó el país después de la segunda mitad del siglo XX, lo que ha permitido neutralizar en parte los factores exógenos de mortalidad. Más recientemente, el Estado ha creado políticas dirigidas a la población más vulnerable, como por ejemplo la Misión Barrio Adentro y los Centros de Diagnóstico Integral. Pero todavía faltan esfuerzos financieros e institucionales para profundizar en la atención materno infantil y, sobre todo, el control de factores de muerte congénitos.

A pesar de los avances en la supervivencia infantil, ha sido difícil alcanzar la meta establecida para Venezuela (9.0 defunciones por 1.000 nacidos vivos registrados en el 2015). Esto se debe, en parte, porque la mortalidad postneonatal ha cedido el peso a la mortalidad neonatal, la cual es más difícil de reducir por sus causas endógenas. Se requiere llegar a los niños más vulnerables a través del mejoramiento en las condiciones de salud y del personal médico más especializado.

Pocas cosas han cambiado cuando se analiza la mortalidad materna en Venezuela, la discontinuidad de su tendencia muestra avances y retrocesos. Es urgente la creación de infraestructuras y personal especializado para controlar las enfermedades, patologías y complicaciones maternas específicas.

En el 2012 se retomó el compromiso internacional para erradicar las muertes infantiles prevenibles al horizonte 2035. La promesa renovada la firmaron 179 países conjuntamente con el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia.

Por último, pero no menos importante, el seguimiento y supervisión de los indicadores socioeconómicos y demográficos es fundamental, no solo para redactar informes de avances en la consecución de los compromisos internacionales, sino para garantizar cada vez más el derecho a la vida. En este sentido, se destaca la necesidad de información fiable, oportuna y accesible.

BIBLIOGRAFÍA

BID (2004), *Los objetivos de desarrollo del Milenio en América Latina y el Caribe, retos, acciones y compromisos*, Washington, D.C., enero.

Chesnais, J. (1986), *La transition démographique. Etapes, formes, implications économiques*. Paris: INED-PUF.

Hill, K. et al. (2007), *Estimates of maternal mortality worldwide between 1990 and 2005*. Maternal Mortality Working Group.

Livi-Bacci, M. (2002), *Historia mínima de la población mundial*, Barcelona, Ariel.

Ministerio del Poder Popular para la Salud (2004-2011), *Anuarios de Mortalidad*, MPPS, Caracas.

Naciones Unidas (2003), *Millennium development indicators, World and regional groupings*. New York

Disponible en: <http://mdgs.un.org/unsd/mdg/Host.aspx?Content=Data/RegionalGroupings> revisado el 2 noviembre 2014).

_____ (2005), *Objetivos de Desarrollo del Milenio. Una mirada desde América Latina y el Caribe*. Santiago de Chile.

_____ (2013), *World population prospects: The 2012 Revision*. New York: United Nations Population Division.

UNICEF/UN IGME (2014), *Levels & Trends in Child Mortality. Report 2014*. Estimates Developed by UN Inter-agency Group for Child Mortality Estimation. New York.

Ruiz M. y Miller T. (2011), *Fuentes de datos y métodos para la estimación de la razón de mortalidad materna*. CELADE-División de Población de la CEPAL Reunión del GTR para fortalecer la colaboración para el monitoreo de ODM 5. 13– 14 Septiembre, Bogotá, Colombia.

WHO (2011), *Mortality and burden of disease estimates for WHO Member States in 2008*. Geneva. World Health Organization.

_____ (2013), *Guidance for measuring maternal mortality from a census*. Geneva: World Health Organization.

WHO, UNICEF, UNFPA, UN (2014), *Trends in Maternal Mortality: 1990 to 2013*. Estimates by WHO, Geneva: World Health Organization.

World population prospects (2013), *The 2012 Revision*. New York: United Nations. Population Division.

El libro digital *Retos y contribuciones de las Ciencias Económicas y Sociales* es una contribución del Instituto de Investigaciones Económicas y Sociales “Dr. Rodolfo Quintero” al desarrollo del conocimiento, a la promoción de la investigación y a la difusión de sus trabajos. En esta publicación están recogidos ensayos que representan el producto de la indagación crítica y del análisis de la realidad económico – social. Esos estudios han sido elaborados por profesores e investigadores de la Universidad Central de Venezuela y de otras instituciones académicas y organismos públicos. Los artículos abarcan una amplia y variada gama de materias pertenecientes al campo de las Ciencias Sociales, Ciencias Económicas y de las Humanidades.

El Dr. Carlos Peña, es Economista Universidad Central de Venezuela, UCV. PhD. Profesor Titular UCV. Director del Instituto de Investigaciones Económicas y Sociales “Dr. Rodolfo Quintero”.

