

Mortalidad Materna en Venezuela: aspectos médicos y Políticas Públicas (1940-2016)

Maternal Mortality in Venezuela: medical issues and Public Policy (1940-2016)

Sánchez, Rut; Machado, Alicia; Gledhill, Teresa; Gómez, Álvaro



 Rut Sánchez

sanchitarut@gmail.com

Hospital Universitario de Caracas y Policlínica Santiago de León, Venezuela

 Alicia Machado

aliciamaribi@gmail.com

Universidad Central de Venezuela, Venezuela

 Teresa Gledhill

teresagledhillr@gmail.com

Universidad Central de Venezuela, Venezuela

 Álvaro Gómez

gomezalvaro579@gmail.com

Instituto Venezolano de seguros Sociales, Venezuela

Revista Digital de Postgrado

Universidad Central de Venezuela, Venezuela

ISSN-e: 2244-761X

Periodicidad: Cuatrimestral

vol. 12, núm. 3, e375, 2023

revistadpmeducv@gmail.com

Recepción: 15 Agosto 2023

Aprobación: 10 Octubre 2023

URL: <http://portal.amelica.org/ameli/journal/101/1014656004/>

DOI: <https://doi.org/10.37910/RDP.2023.12.3.e375>

©Los autores, 2023



Esta obra está bajo una Licencia Creative Commons Atribución 4.0 Internacional.

Cómo citar:: Sánchez R, Machado A, Gledhill T, Gómez A. Mortalidad Materna en Venezuela: aspectos médicos y Políticas Públicas (Años 1940-2016). Rev. Digit Postgrado.2023;12(3):e375.doi:10.37910/RDP.2023.12.3.e375

Resumen: En la actualidad Venezuela se encuentra en una crisis social y económica sin precedentes. La mortalidad materna (MM) es un indicador en salud importante, debido a que permite tener idea de la atención médica de un país; se mide a través de dos indicadores: Razón de Mortalidad Materna (RMM) y Tasa de Mortalidad Materna (TMM). Objetivo: Revisar y comparar la evolución de ambos indicadores de MM desde la década de 1930 hasta la década 2000. Métodos: Se realizó una revisión de la literatura y de informes técnicos de organismos gubernamentales y no gubernamentales para el análisis de la situación previa y reciente de esta situación en Venezuela. Los resultados señalan que existe una notable disminución de las cifras de MM como ha de esperarse con el mejoramiento de la tecnología desde la década de 1930 hasta el año 2000; posteriormente ocurre un retroceso de la sanidad pública con cifras comparables a la década de 1960. Concluimos que la MM ha sido desde tiempos pasados un problema constante en la salud pública; al pasar los años y gobiernos, se han implementado numerosas políticas públicas para mejorar esta situación, muchas de estas estrategias han sido fallidas debido a la falta de su continuidad y de su cumplimiento pleno.

Palabras clave: Mortalidad materna, Venezuela, Indicador, Salud pública.

Abstract: Venezuela is currently in an unprecedented social and economic crisis. Maternal mortality is an important health indicator because it provides an idea of a country's medical care. Maternal mortality is usually measured through two indicators: Maternal Mortality Ratio (MMR) and Maternal Mortality Rate. Objective: Review and compare the evolution of both health indicators from the 1930s to 2016. Methods: A review of the literature and technical reports from governmental and non-governmental organizations was carried out to analyze the previous and recent situation of this situation in Venezuela. The results indicate that there is a notable decrease in the figures of maternal mortality, as should be expected with the improvement of technology from the 1930s to the year 2000. Subsequently, there is a decline in public health with figures comparable to the 1960s. We conclude that maternal mortality has been a constant problem in public health since ancient times. Over the years and governments, numerous public policies have been implemented to improve this situation. Many of these strategies have been

failed due to lack of continuity and in the absence of its full compliance.

Keywords: Maternal mortality, Venezuela, Indicator, Public health.

INTRODUCCIÓN

La mortalidad materna (MM) se define como el fallecimiento de una mujer durante el embarazo o 42 días después de culminado el mismo, independientemente de la duración y sitio del embarazo, sin que existan causas accidentales o incidentales.⁽¹⁾ Es un indicador que está relacionado con el éxito o el fracaso de una política de salud pública, a nivel mundial fallecen aproximadamente 530 mil mujeres al año, de las cuales 23000 corresponden a América Latina y el Caribe. En Venezuela se calcula que la Razón de Mortalidad Materna (RMM) actualmente está alrededor de 125 muertes por cada 100 mil nacidos vivos registrados (NVR).⁽¹⁾

En la actualidad Venezuela se encuentra en una crisis social y económica sin precedentes, el sector salud es uno de los más afectados y la atención a la mujer embarazada no se escapa de esta situación.⁽²⁾ En el país, la RMM es elevada, debido sobre todo a la inequidad en la que se encuentra la mujer, sumado a la desigualdad, pobreza, desnutrición, falta de higiene y carencia de servicios sanitarios que se necesitan durante el embarazo y el parto.⁽³⁾

La Organización Panamericana de la Salud (OPS), en el contexto de las metas para el milenio de la Organización de las Naciones Unidas (ONU), señaló que la región de las Américas debería reducir la mortalidad materna en tres cuartos para el año 2015.⁽²⁾

Para el año 2017, se presentaron 295 000 MM en todo el mundo, con una RMM de 211 defunciones maternas con un intervalo de confianza (IC) : 99 a 243 por cada 100 000 recién nacidos vivos (NV), lo que representó una reducción del 38 % desde 2000, año en el que se calculó una RMM de 342 por cada 100 000 NV. (4) Para 2015, la razón de MM (RMM) fue de 239 por 100 000 NV en países en desarrollo, mientras que en los países desarrollados fue de 12 por 100 000 NV . Las estadísticas revelan que el riesgo promedio mundial de mortalidad materna a lo largo de la vida para una niña de 15 años en 2017 fue de 1 en 190, casi la mitad del nivel de riesgo en el año 2000, 1 en 100 (5). En ese periodo, las estimaciones puntuales de RMM de Venezuela en los años 2000, 2005, 2010, 2015 y 2017 fueron de 119, 113, 115 y 125 por cada 100 000 NV, respectivamente, con un cambio total de - 5 %, mientras a nivel mundial la reducción fue de 38 %.⁽⁴⁾

Entre los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS)⁽⁵⁾, presentados para la agenda del periodo 2016- 2030 por la Organización de las Naciones Unidas (ONU), figura el ODS 3: Garantizar una vida sana y promover el bienestar de todos, a todas las edades. La meta 3.1 de los ODS: de aquí a 2030, es reducir la RMM a nivel mundial, a menos de 70 por cada 100 000 NV. El quinto Objetivo de Desarrollo del Milenio (ODM 5) establecido en el año 2000, determinó que se debía disminuir la razón de mortalidad materna a 75 % entre 1990 y 2015.⁽⁵⁾ El mayor riesgo estimado de MM a lo largo de la vida es de 1 en 4900 en los países desarrollados en comparación con 1 en 54 en los países de bajos ingresos.

El uso de la MM como indicador en salud es importante debido a que permite tener idea de la atención médica de un país, la reducción de la misma es un objetivo de organismos multilaterales como las Naciones Unidas, y su bidireccionalidad no solo afecta la mujer, también genera impacto en la salud de los niños, así como consecuentemente en la sociedad.⁽⁶⁾

La MM suele ser medida a través de dos indicadores: Razón de mortalidad materna (RMM) y tasa de mortalidad materna. El primero representa el riesgo asociado con el embarazo y lo obstétrico, toma en

cuenta dos sujetos de atención: madres y recién nacidos; mide el riesgo obstétrico una vez que la mujer queda embarazada (atención preventiva que se expresa en el control de la madre y el niño, enfermedades o condiciones que pueden ser tratadas o identificadas tempranamente; circunstancias asociadas con la atención del parto o la cesárea como medicamentos, salas de parto, recursos humanos, tecnología hospitalaria). Representa el riesgo de muerte materna en relación con el número de nacidos vivos y básicamente captura el riesgo de muerte en un solo embarazo o en un solo nacimiento vivo (mide el riesgo de morir).⁽⁶⁾

La RMM se calcula dividiendo el número de madres embarazadas o puérperas fallecidas durante un año determinado a causa de complicaciones relacionadas con el embarazo (independientemente de la duración de la gestación), parto o puerperio, entre el total de NVR durante ese mismo año. Por eso, para efectos de comparabilidad, siempre se habla del índice por cada 100000 nacidos vivos o registrados.⁽⁷⁾

El segundo indicador es la tasa de mortalidad materna que mide el riesgo de morir durante el embarazo o el puerperio (incluye la posibilidad de quedar embarazada, posibilidad de fecundidad y muerte) y se representa con el número de muertes maternas ocurridas en un mismo período, por cada 100000 mujeres en edad reproductiva entre 15-49 años.⁽⁶⁾

Las causas de mortalidad materna pueden ser de tipo obstétricas y no obstétricas, a su vez las obstétricas serán directas o indirectas. Entre las causas obstétricas directas tenemos hemorragias, hipertensión del embarazo, las infecciones y complicaciones durante el parto. En el caso de las indirectas están relacionadas con enfermedades de la mujer que se agravan o aparecen durante el embarazo, por ejemplo, diabetes, enfermedades cardiovasculares, VIH-SIDA, anemia, enfermedades infectocontagiosas que se complican durante el embarazo o el parto.⁽⁸⁾

La mortalidad materna refleja las desigualdades existentes en una sociedad, viene dado por el número de hijos, factores biológicos, enfermedades infecciosas, ausencia de programas de educación, y sobre todo falta de información de tipo sexual y reproductivo. También revela las fallas de los servicios institucionales en especialidades obstétricas, adecuadas, restricción, dificultad en el acceso a estos centros sumado a la ausencia y disponibilidad para tener una atención médica de calidad.^(4,6)

Dentro de los factores relacionados con la MM están los descritos por Thaddeus et al.⁽⁹⁾ como lo son:

1. Demora por parte de la paciente embarazada de consultar a un centro especializado ante la presencia de signos y síntomas de riesgo.
2. Demora en acudir al centro por problemas de acceso, identificación de localización del centro obstétrico.
3. Demora por la ausencia de los tratamientos necesarios para resolver las emergencias que se presenten durante el embarazo y / o parto.

Estas demoras representan los obstáculos para la atención prenatal y obstétrica oportuna y adecuada tanto en calidad y cobertura de servicios como en la disponibilidad de recursos humanos y materiales que garanticen su capacidad resolutoria, lo que contribuye a identificar las limitaciones del sistema de salud pública.⁽¹⁰⁾ La primera demora constituye el retardo que se produce para identificar algunos síntomas o signos de alarma y darle la debida importancia, esto puede estar influido por malas experiencias que generaron traumas en la mujer y su entorno, nivel de educación deficiente o falta de conocimiento que conllevan a ignorar las señales o algunos síntomas asociados a enfermedades del embarazo o crónicas agravadas por el propio estado.⁽¹¹⁾

La segunda demora es la aquella que transcurre desde identificar hasta acceder a un servicio de salud apropiado, muestra que la accesibilidad a los servicios de salud es un factor determinante, asociado a la distancia existente entre el lugar de habitación de la gestante y el centro de salud más cercano, la pobreza o falta de recursos necesarios para traslado en o adquisición de atención adecuada recuerda que se pueden identificar los factores propuestos en la primera demora pero si no se cuenta con los medios para el traslado a un centro asistencial se crea una brecha que poco a poco va afectando el estado de salud de la mujer y el

producto de la concepción. Cabe destacar que los niveles de pobreza en nuestro país según la última encuesta ENCOVI 2020 se estima en el 51,5 % con niveles de pobreza general del 96 % aunado a la situación del combustible y de transporte que afecta con mayor crudeza a las zonas rurales de nuestro país.⁽⁹⁾

La tercera demora, en recibir el tratamiento adecuado en el centro de salud, se relaciona con la capacidad del servicio de atender las necesidades de las embarazadas de una manera oportuna, eficaz, adecuada y rápida está influenciada por el deterioro de los centros de salud, la falta de recurso humano en medio de la diáspora del personal médico y técnico, la falta de medicinas, equipos, deterioro de la infraestructura, la ausencia de protocolos o falta de su cumplimiento y la falta de conocimientos del personal a cargo que a manera de círculo vicioso está relacionado a todo lo demás y al deterioro de la educación.⁽⁹⁾

De esta forma podemos ver que la mayoría de las muertes maternas son evitables. Las soluciones sanitarias para prevenir o tratar las complicaciones son bien conocidas, están resumidas por pautas de la OMS.⁽¹²⁾ En Venezuela según los entes oficiales las principales causas de MM son “edema, proteinuria y trastornos hipertensivos” con un 28,21%, según el Ministerio del Poder Popular para la Salud (MPPS), La mayor parte de estas muertes son intrahospitalarias en el 100 % de los registros, aunque se conoce que de manera extrainstitucional existe un importante subregistro.⁽¹³⁾

Cabrera et al.⁽¹⁴⁾, plantearon seis premisas teóricas para el análisis de la MM, las cuáles son pertinentes al análisis de la MM:

1. El término muerte materna define mejor que el de mortalidad materna, la tragedia de una gestante que espera un evento feliz y culmina con su fallecimiento.
2. La adecuada planificación familiar impacta significativamente en la muerte materna, junto con la apropiada educación sexual y reproductiva y el adecuado acceso a la diversidad de métodos anticonceptivos.
3. Ninguna mujer debería fallecer por no darse cuenta de que está en situación de riesgo.^(9,15)
4. Las gestantes deberían estar próximas a centros de salud con atención obstétrica y la posibilidad de poder transportarse ante cualquier evento de riesgo para su debida atención.⁽⁹⁾
5. La asistencia obstétrica de emergencia a la gestante debe ser realizada de manera oportuna, con un diagnóstico que debe ser verificado para recibir el tratamiento oportuno incluyendo la activación de los protocolos clínicos para atención de emergencias obstétricas y casos de MME.⁽⁹⁾
6. Es indispensable realizar políticas públicas en salud sexual y reproductiva de manera oportuna y efectiva. La investigación realizada concluye que existe una gran demora en las políticas públicas, más allá del rotundo fracaso en alcanzar el ODM 5⁽⁴⁾, para disminuir la RMM de la MCP a cifras acorde a el ODS 3⁽⁵⁾, atendiendo debidamente los casos de MME.

Objetivo: Revisar y comparar la evolución de Razón de Mortalidad Materna (RMM) y Tasa de Mortalidad Materna (TMM) como indicadores en salud desde la década de 1930 hasta la década 2000

MÉTODOS

Revisión sistemática de la literatura disponible en internet que incluyó publicaciones científicas, trabajos especiales de grado universitario, boletines informativos con datos estadísticos de Venezuela, relacionados con salud pública y mortalidad materna en Venezuela, durante el periodo comprendido entre 1940 y 2016. Se consultaron las bases de datos PubMed y Google Scholar, empleando las palabras claves en inglés y español y se procedió a analizar cada una de estas cifras y artículos encontrados.

RESULTADOS

Al revisar el comportamiento en el tiempo de la mortalidad materna, con un cambio de una RMM de 258 por 100 mil NVR en la época de Juan V Gómez, a presentar cifras en la década de los 40 y 50 de 134 por 100 mil NVR.⁽¹⁶⁾

Aunque la TMM en la década de los 40 y 50 era más elevada que el milenio siguiente, la atención médica y los servicios de salud en el momento eran distintos, la industrialización, la era petrolera más la migración de la población rural a la ciudad, incidió positivamente en esta disminución de las cifras de la mortalidad materna, sumado a la creación de instituciones como el Seguro Social, Ministerio de Sanidad y fundación de hospitales centrales especializados en Obstetricia, que en décadas subsiguientes formaron parte de algunos de los esfuerzos para mejorar la atención en salud de la paciente embarazada.⁽¹⁶⁾

En la década de 1960 según los datos de la OPS, las cifras de MM eran de 120 a 150 por cada 100 nacidos vivos lo que representó una disminución respecto a la década anterior, esto en parte atribuible a la implementación de políticas públicas durante el gobierno de Rómulo Betancourt, entre las cuales figuraron la implementación, por parte del Ministerio de Sanidad y Asistencia Social, de programas de salud materna, campañas de información y educación a nivel nacional de salud materna y prevención de embarazos no deseados.⁽¹⁷⁾

Según cifras estimadas de MM en la década de 1970 por la OMS, se observó reducción a 115 muertes por cada 100,000 nacidos vivos, durante los gobiernos de Carlos Andrés Pérez y Rafael Caldera (años 1968-1978). En este periodo se continuó invirtiendo en mejorar el sector salud, con algunas iniciativas de creación de programas de atención prenatal y postnatal, promoción de planificación familiar, mejora de la infraestructura de salud, sin embargo todas estas iniciativas se vieron afectadas por crisis económicas y políticas durante este período, lo que podría haber afectado la capacidad del gobierno para invertir en salud y mejorar los indicadores de salud materna, dentro de estas crisis se destaca la crisis petrolera, cambio de gobierno con ausencia de continuidad de las políticas implementadas, y endeudamiento externo.⁽¹⁷⁾

En la década de los 80 hasta 1994 la RMM disminuyó a 69,9; representa una merma notable a pesar de los desafíos que enfrentó el país en la década de los 80 como la devaluación monetaria, disminución de ingresos económicos en petróleo y desigualdad económica, resultado de inadecuadas políticas fiscales, corrupción, continuar con la dependencia del petróleo como fuente principal de ingresos, y falta de inversión en infraestructura.⁽¹⁸⁾ En el resto de la década de 1990 la RMM continuó disminuyendo, aunque a una velocidad más lenta, con un total en esta década según la OMS de 60-68 muertes por cada 100.000 nacidos vivos, esto a pesar de vivir un entorno político que continuaba teniendo problemas similares a los antes mencionados. Para el año 1992, se registraron 299 muertes maternas, con una tasa de mortalidad de 53,30%.⁽¹⁹⁾

En la década del 2000 hubo un notable cambio político en Venezuela, con retroceso de la sanidad pública, con una RMM en el 2001 en 67, 2 por 100 mil, en el 2009 a una RMM del 73 por 100 mil, y en el 2015 a 95 muertes por 100 mil nacidos vivos registrados.⁽²⁰⁾ Al revisar las cifras nacionales observamos que el último boletín epidemiológico data del 2016, publicándose cifras escandalosamente elevadas de 125 muertes por 100 mil NVR.⁽¹³⁾

La Academia Nacional de la Medicina (ANM) publica unas cifras donde hace mención a la variación en los últimos años del registro de RMM, donde se observa un reporte de 113 muertes maternas por cada 100 mil NVR.⁽²¹⁾ Es de importancia destacar que el 100 % de estas cifras están reportadas de manera intrahospitalaria lo que presume un notable subregistro extra hospitalario.⁽¹³⁾

Mortalidad Materna en la población indígena

Los pueblos indígenas son poblaciones que a lo largo de la historia han presentado un amplio espectro de condiciones que afectan la sustentabilidad de su modo de vida, que se ve manifestada en tres problemas fundamentales: la tenencia de la tierra, la salud y las actividades de subsistencia, problemas que, al pasar los años, se le han añadidos algunos otros más; el tema de la MM en esta población debe ser analizada de una manera más acuciosa.⁽²²⁾

Las cifras de mortalidad materna indígena son un dato no oficial, sin embargo existen asociaciones no gubernamentales como la fundación Wanaaleru, de las mujeres indígenas amazónicas, quienes han abogado por mejoras en las políticas públicas implementadas en estos pueblos, y han dado a conocer la situación en un informe técnico publicado en donde para el año 2012, tasa de mortalidad materna entre los pueblos indígenas de Amazonas se ubicaba en 120,5 por 100.000 NVR (Dato del año 2012) en comparación con un promedio nacional del mismo año de 73,34 por 100.000 NVR. Para el 2011, Amazonas constituyó el segundo estado con mayor tasa de mortalidad materna (123,3 por 100.000 NVR), después de Delta Amacuro (179,8 por 100.000 NVR), siendo la mayor parte de las causas de muertes maternas originadas por el embarazo terminado en aborto, que concentró el 60% del total de muertes.

La variable pueblo indígena tiene muchísimo peso en esta situación, pues nos muestra que el 100% de las muertes correspondía a indígenas, siendo un 80% mujeres del pueblo Jivi, y el 20% del pueblo Kurripaco. Situación que afecta el punto N°5 de los objetivos del milenio e incide negativamente en las metas trazadas por la Misión Niño Jesús del Estado venezolano. Aunado, encontramos las deficiencias en la vigilancia epidemiológica que agravan el panorama pues no se registran muchas muertes maternas e infantiles indígenas.^(23,24)

En el año 2021 la asociación civil Kapé Kapé, en el boletín 23, planteó la situación de salud a la que se enfrentan mujeres indígenas, para quienes el acto de convertirse en madre está cargado de un simbolismo ancestral, que no se equipara con la atención médica. Las mujeres indígenas en Venezuela son una población cuyo índice de analfabetismo es del 25 %, por esta y algunas otras razones, atraviesan constantemente una lucha de desigualdades en los distintos sistemas y discriminación. En la atención al parto, estas poblaciones cuentan con mujeres veteranas parteras que no tienen nivel superior de educación ni formación médica, ellas vigilan el embarazo hasta el nacimiento. Las mujeres embarazadas no cuentan con ambulatorios locales con las condiciones adecuadas, hay deficiencia de equipos quirúrgicos básicos, transporte fluvial y terrestre para atender casos de emergencia que garantice la calidad humana. Las indígenas embarazadas son las más afectadas cuando ameritan ser trasladadas a un hospital moderno, porque corren el peligro de perder la vida dentro de la selva o comunidad, por estar a gran distancia de la ciudad, aunado a problemas de otras poblaciones agravados en regiones rurales.⁽²⁵⁾

A pesar que la información censal en Venezuela incluye preguntas sobre etnia, no incluye información sobre MM indígena oficial.⁽²⁴⁾

DISCUSIÓN

En el artículo 83 de la Constitución de la República Bolivariana de Venezuela del año 1999 se establece la salud como “un derecho social fundamental, obligación del Estado” que lo garantizará como parte del derecho a la vida. El Estado debe garantizar promover y desarrollar políticas orientadas a elevar la calidad de vida, el bienestar colectivo y el acceso a los servicios. Esto contrasta con la Constitución previa del 1961 con un enfoque limitado de la salud en cuanto al papel del Estado, asignándole responsabilidades solamente para la asistencia social a aquellos sectores de población que no pueden satisfacer sus necesidades por sus propios medios, restringiendo, de esta manera, su acción a los pobres e indigentes.

En Venezuela, durante el período de 1950 a 2022, se han implementado varias políticas públicas para abordar y tratar de reducir la mortalidad materna.⁽²⁶⁾

Las políticas públicas más destacadas son:

- En 1961 se creó el Ministerio de Sanidad y Asistencia Social de Venezuela, que tenía como objetivo mejorar la salud de la población del país. Desde entonces el Ministerio ha implementado varias políticas y programas para mejorar la atención médica prenatal y obstétrica, así como para reducir la mortalidad materna.
- En 1997, se lanzó el Programa de Atención Materno-Infantil (PAMI), que tenía como objetivo mejorar la atención médica prenatal y neonatal en Venezuela. El programa se centró en la capacitación de personal de salud, la mejora de la infraestructura de salud y el fortalecimiento de los sistemas de vigilancia epidemiológica.
- En 2003, se lanzó el Plan Nacional de Salud Sexual y Reproductiva (PNSyR), que tenía como objetivo mejorar la salud sexual y reproductiva de la población venezolana.
- En 2007, se lanzó el Plan Nacional de Parto Humanizado, que tenía como objetivo reducir la mortalidad materna y mejorar la experiencia de las mujeres durante el parto. El plan incluía políticas y programas para mejorar la atención médica prenatal y obstétrica, así como para promover el parto vaginal y reducir el uso innecesario de cesáreas.
- En 2017 se lanzó el Plan Nacional de Reducción de la Mortalidad Materna, que tenía como objetivo reducir la tasa de mortalidad materna en Venezuela.

El Plan de la Patria vigente en la actualidad (año 2019-2025) expone entre sus 5 objetivos: “Contribuir con la preservación de la vida en el planeta y la salvación de la especie humana”, aunque directamente no tiene un objetivo dirigido específicamente a la MM, este último objetivo está vinculado a la protección de ecosistemas y aprovechamiento de recursos naturales. Entre los indicadores de salud menciona solamente la mortalidad infantil y no la muerte materna.

En el año 2022 el Ministerio del Poder Popular para la Salud realiza la primera edición del manual operativo para la implementación de la ruta materna cuyo objetivo principal es contribuir a elevar la calidad y calidez de la atención de la gestante, puérpera, recién nacido en todo el ámbito nacional, esta propuesta se encuentra enlazada con otros planes del gobierno nacional como lo es parto humanizado, plan de protección de derechos sexuales y reproductivos de las mujeres (2014-2019), protocolo de atención de cuidados prenatales y atención obstétrica de emergencia por el MPPS (2014), no se conoce si esta propuesta llegó a implementarse y cuáles fueron sus resultados.

La nueva orientación del Plan Estratégico Social en las políticas públicas se resume en el imperativo ético de responder a las necesidades sociales de calidad de vida y salud con universalidad y equidad, adoptando la estrategia de promoción de calidad de vida y salud que busca la preservación y el desarrollo de la autonomía de individuos y colectividades.⁽²⁷⁾

Para reducir la mortalidad materna se debe reorientar el modo de atención hacia la construcción de redes sociales para la promoción de la calidad de vida y salud, como mecanismo institucional y comunitario que garantice alcanzar el objetivo de una maternidad segura como derecho social, sexual y reproductivo.⁽²⁸⁾ A estos fines, el Proyecto Vida, enmarcado en la Misión Barrio Adentro, se concentra en la vigilancia y reducción de la mortalidad materna, para lo cual orienta la atención a la embarazada mediante la consolidación de tres niveles de atención: nivel primario, nivel secundario y nivel terciario.⁽²⁹⁾

El nivel primario está integrado por los Comités de Salud fortalecidos a través de la capacitación comunitaria y la capacitación en derechos sexuales y reproductivos a través del Club de Adolescentes, el Club de Embarazadas y el Club de Infancia, debido a que son estos los tres grupos poblacionales estratégicos en materia de mortalidad materna. A este nivel primario, pertenecen las estrategias de atención se concentran

en la Psicoprofilaxis Obstétrica; el Registro y la Vigilancia Epidemiológica; la Capacitación Comunitaria y la Promoción de la Lactancia Materna exclusiva durante los primeros seis meses de vida.

El nivel secundario se concreta en la Clínica Popular, garantiza la mejor situación de salud para la mujer embarazada y el recién nacido. Para ello se realizan las siguientes actividades: consultas en casos de embarazos de alto riesgo y exámenes de laboratorio durante el embarazo, estudios del bienestar y la madurez fetal, suministro de hierro y ácido fólico durante la atención materna, hospitalización de corta estadía, atención a casos de aborto, pesquisa neonatal, exámenes paraclínicos y evaluación por especialistas.

El nivel terciario de atención tiene su manifestación palpable en el Hospital del Pueblo, que permite el diagnóstico y tratamiento in útero de malformaciones congénitas, al tiempo que ejerce las acciones relativas a la psicoprofilaxis obstétrica de la embarazada o puerpera, posee una unidad de cuidados intensivos neonatal y pediátrica, realiza exámenes paraclínicos especializados y dispone servicios de atención en imagenología y medicina nuclear. En la actualidad, el Proyecto Vida ha logrado extenderse a 26 municipios priorizados en 16 entidades federales, bajo la rectoría del Ministerio Salud y Desarrollo Social.

Para reducir de manera significativa la mortalidad materna, el Ministerio de Salud y Desarrollo Social (MSDS) instaló desde el año 2000 el Comité Nacional de Prevención y Control de la Mortalidad Materna e Infantil, instancia intersectorial encargada del diseño y la ejecución del Plan Nacional de Prevención y Control de la Mortalidad Materna e Infantil, así como de promover esta iniciativa en el ámbito regional. Las acciones de este programa se proponen generar avances en el sistema de registro y de investigación de las muertes además de evaluar las condiciones de eficiencia de los establecimientos en la atención al parto, la calidad de atención de las emergencias obstétricas y la promoción de las casas comunitarias, entre otras acciones prioritarias.⁽³⁰⁾

Igualmente, como parte de la garantía del derecho a la salud materna, el Estado instrumenta una serie de estrategias enmarcadas fundamentalmente en la Misión Barrio Adentro, la cual busca garantizar el acceso a los servicios de salud de la población excluida mediante un modelo de gestión de salud integral con un modo de atención en forma de Redes Sociales Orgánicas que permitan el posicionamiento comunitario de las instituciones del Estado para elevar la calidad de vida de las y los venezolanos. También se plantea mejorar la cobertura y calidad de la consulta prenatal y la calidad de atención del parto, la creación de casas comunitarias, la atención integral en los ambulatorios, el aumento de la capacidad resolutoria de los establecimientos y la implantación de normas y supervisión.

Objetivos estratégicos de la política de salud para la prevención y el control de la mortalidad materna e infantil.

La política de salud orientada a atender las necesidades de este grupo de población comprende los siguientes planes o programas:⁽²⁷⁾

- Misión Barrio Adentro.
- Programa Nacional de Salud Sexual y Reproductiva.
- Plan Nacional para la Prevención y Control de la Mortalidad Materno Infantil.
- Promoción de Atención en Salud Sexual y Reproductiva.
- Proyecto de Desarrollo de Autonomía en Salud Sexual y Reproductiva.
- Capacitación Nacional en Salud Sexual y Reproductiva.

Estos planes y programas orientan sus acciones hacia el logro de los siguientes objetivos:

- Mejorar la cobertura y calidad de la consulta prenatal.
- Mejorar la calidad de la atención al parto.
- Implantar la atención integral en los ambulatorios.

- Aumentar la capacidad resolutoria en los ambulatorios.
- Fortalecimiento de los servicios de planificación familiar.
- Aplicar normas de buenas prácticas y supervisión en los servicios.

Faneite (7), al analizar la MM, recomendó lineamientos de actividades asistenciales que, en correlación con el análisis por premisas teóricas de Cabrera et al.⁽¹⁴⁾, son beneficiosas para cambiar las cifras actuales de RMM, principalmente por causas directas y en menor grado por causas indirectas, bajo el conocimiento que la mayoría de las MM son evitables con intervenciones viables y económicas. Entre dichas actividades destacan:

1. Organizar a nivel distrital programas de asistencia perinatal institucionalizada por el Estado, con estrategias de ataque específicas contra las causas directas e indirectas de MM.
2. establecer programas de asistencia perinatal jerarquizada por nivel de riesgo, haciendo énfasis a nivel primario, lo cual aumentaría la cobertura y mejoraría los sistemas de referencia entre los niveles de asistencia en pacientes de alto riesgo obstétrico, con dotación adecuada por niveles de complejidad.
3. Mejorar el funcionamiento y dotación de la consulta hospitalaria de embarazo de riesgo, dotándolo adecuadamente, vigilando y estimulando el servicio que preste, con prioridad para las pacientes portadoras de las patologías de morbilidad materna extrema (MME) locales detectadas como los trastornos hipertensivos del embarazo (THE).
4. Establecer rutinariamente el sistema de identificación y predicción de embarazos de riesgo de MME y MM, de manera precoz.
5. Integración multidisciplinaria de los profesionales de salud en la atención de la gestante con MME

A pesar de la implementación de diferentes políticas y programas, la mortalidad materna en Venezuela ha aumentado significativamente en los últimos años debido a la crisis económica y política que enfrenta el país. Sin embargo, estas políticas y programas siguen siendo importantes para mejorar la salud y el bienestar de las mujeres embarazadas y sus hijos.

CONCLUSIONES

La MM se encuentra unida al desarrollo económico y social de los países. Se admite que los avances científicos y los procedimientos terapéuticos en la especialidad contribuyen a la atención, prevención y control de la MM. Sin embargo, en aquellas sociedades donde existen fallas en los servicios de salud y se presentan situaciones de pobreza, la salud de las madres se encuentra en riesgo. La MM en Venezuela ha sido un problema de salud pública durante muchos años.

Las causas y situaciones que rodean la mortalidad materna suelen ser complejas. Existen numerosos factores que juegan un papel importante en la salud de la mujer embarazada. Las consecuencias de la mortalidad materna se traducen en número elevado de huérfanos, aumento de la deserción escolar, ingreso de forma prematura al mercado laboral de los niños y adolescentes, y la desintegración de la familia.

Por ello mejorar este aspecto de la mujer, puede prevenir muchas muertes maternas, conocer esos factores causales, le permite a los proveedores de atención médica, y a las embarazadas, trabajar juntos, para realizar controles antes, durante y después del embarazo, del parto, identificando problemas y tomar medidas para solucionarlos, antes de que se agrave la salud de la mujer embarazada.

En este sentido, la combinación de políticas públicas, con lineamientos asistenciales claros y el análisis de la MM y la MME por premisas teóricas, incluyendo los determinantes sociales de la salud, son parte de la solución para alcanzar las metas de desarrollo sostenible en la atención obstétrica con la cobertura y calidad requeridas.

Se recomienda realizar investigaciones en morbilidad materna extrema (MME) en los centros asistenciales del tercer nivel de atención nacional en los cuidados obstétricos de emergencia, que soporte lo académico-docente a la acción asistencial-sanitaria en adición a las políticas públicas en salud sexual y reproductiva del Estado, así como ampliar los registros de MM extra hospitalaria. De igual forma, se recomienda profundizar las estrategias de capacitación del personal sanitario que forma parte del equipo de salud de atención a la gestante, con el objeto de prevenir y controlar de manera apropiada la MME. Por último, pero no menos importante, es necesario mantener el seguimiento del impacto de dichas acciones sobre los indicadores de salud perinatales, con relación a los términos y recomendaciones nacionales e internacionales.

REFERENCIAS

1. González M. Mortalidad materna en Venezuela. ¿Por qué es importante conocer las cifras?. *Rev Obstet Ginecol Venez* 2017; 77(1):1-4.
2. Banco Interamericano del Desarrollo. Estudio del sector salud en Venezuela; 2019. Informe nro. VE-T107.
3. Tang M. Muerte materna en Venezuela y sus desafíos en el marco de la epidemiología del nuevo milenio. *Comunidad y salud*. 2010; 8 (2): 89-93.
4. Organización Mundial de la Salud, Fondo Internacional de Emergencia de la Naciones Unidas para la Infancia, Grupo del Banco Mundial, División de Población de las Naciones Unidas [Internet]. Ginebra (Suiza): Tendencias en la Mortalidad Materna. De 2000 a 2017. OMS; 2020 [consultado 28 de febrero de 2021]. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/332475/WHO-RHR-19.23-spa.pdf?ua=1>.
5. Organización de las Naciones Unidas [Internet]. Ginebra (Suiza): La agenda para el desarrollo sostenible. OMS; 2020 [consultado 28 de febrero de 2021]. Disponible en: <https://www.un.org/sustainabledevelopment/es/development-agenda/>.
6. Delgado A. La mortalidad materna como problema de derechos humanos: el caso venezolano. *Espacio abierto*. 2021; 30 (3): 76-99.
7. Faneite P. Mortalidad materna: evento trágico. *Gaceta Médica de Caracas*. 2010; 118 (1): 11-24.
8. Ministerio de salud argentina. Análisis de la Mortalidad Materno Infantil 2007-2016 a partir de la información proveniente del Sistema de Estadísticas Vitales de la República Argentina. 2017.
9. Thaddeus S, Maine D. Too far to walk: maternal mortality in context. *Soc Sci Med*. 1994; 38(8):1091- 110. doi: 10.1016/0277-9536(94)90226-7.
10. Cabrera C, Gómez J, Faneite P, Uzcátegui O. Tendencia actual de la mortalidad materna. *Maternidad "Concepción Palacios" 2014-2020*. *Rev Obstet Ginecol Venez*. 2021; 81 (4): 342-353.
11. Mazza M, Vallejo C, González M. Mortalidad materna: análisis de las tres demoras. *Rev Obstet Ginecol Vzla*. 2012; 72 (4): 233-248.
12. Organización Mundial de la Salud. Vigilancia y respuesta a la muerte materna y perinatal, Material de apoyo para la implementación. Web: <https://www.who.int/es/publications/i/item/9789240036666>
13. Convite A. MPPS: Análisis sobre cifras de mortalidad materna en Venezuela. Conviteblog.wordpress.com.
14. Cabrera C, Uzcátegui O, Gómez J, Faneite P, Kizer S. Premises for maternal death analysis. *Gac Méd Caracas*. 2021; 129(1): 211-219.
15. Maine D, Akalin M, Ward V, Kamara A. The design and evaluation of maternal mortality programs. Center for Population and Family Health School of Public Health Columbia University; 1997 [consultado abril de 2021]. Disponible en: <https://www.publichealth.columbia.edu/sites/default/files/pdf/designevalmm-en.pdf>
16. Yopez B, Marrero G. El siglo XX en Venezuela: una revolución demográfica. Venezuela. Prodavinci. Publicado 31/1/2021. <https://prodavinci.com/el-siglo-xx-en-venezuela-una-revolucion-demografica-2/>.
17. Ruiz M. La mortalidad en Venezuela por sexo, edad y causas 1968-1978 . Centro latinoamericano de demografía Celade-Santiago. Chile. Trabajo de investigación para optar al título de maestría en demografía.
18. Faneite P. Mortalidad materna y perinatal. Tendencias 1969-2004. *Rev Obstet Ginecol Venez*. 2006; 66(2): 75-80.

19. Uzcátegui O, Centanini L, Armas R. Mortalidad materna: 1981-1994. *Rev Obstet Ginecol Venez.* 1995; 55:89-92.
20. Faneite P. Análisis quinquenal de 30 años la mortalidad perinatal. *Rev Obstet Ginecol Venez.* 2000; 60: 23-25.
21. Lozada C. OPS y socios lanzan campaña para acelerar la reducción de la mortalidad materna en América Latina y el Caribe. Publicado 08/03/2022. [https:// academianacionaldemedicina.org](https://academianacionaldemedicina.org).
22. Organización Panamericana de La Salud. Situación de salud de pueblos indígenas de Venezuela. Washington: 1998. 98.07.
23. Organización de Mujeres Indígenas Amazónicas. Informe para el examen periódico universal - república bolivariana de Venezuela. Situación de los Derechos Humanos de las mujeres indígenas en la Amazonía venezolana. Amazonas, Venezuela: 2015. Sitio web: <https://wanaaleru.wordpress.com/>.
24. Márquez L, Villarroel A. Mortalidad materna en pueblos indígenas y fuentes de datos: alcances y desafíos para su medición en países de América Latina. Santiago de Chile: 2017. ISSN: 1680-9009.
25. Kappé-Kappé. Mujer indígena: la voz silente de la violencia. Bolívar- Venezuela: 2021. Boletín 23.
26. Agüero O, Torres J. Mortalidad materna en la Maternidad "Concepción Palacios". 1939-1974. *Rev Obstet Ginecol Venez.* 1977; 37: 361-366.
27. González H. Cumpliendo las metas del milenio. 1ra ed. República Bolivariana de Venezuela- Gabinete social. CDB publicaciones; 2004.
28. Cabrera C. Muerte materna: Aspectos médicos, sociales y políticas públicas [Tesis Doctoral]. Caracas: Universidad Central de Venezuela; 2019 Y González Helena. Cumpliendo las metas del milenio. 1ra ed. República Bolivariana de Venezuela- Gabinete social. CDB publicaciones; 2004.
29. Rincón L, Sánchez H, Sánchez E. Mortalidad materna en Venezuela: un análisis del período 2010-2016. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud.* 2019; 17 (2): 605-620.
30. Alvarado R, Alvarado E. Mortalidad materna en Venezuela y su relación con los derechos humanos. *Revista de la Facultad de Medicina.* 2015; 38 (1): 87-94