

La mortalidad materna en Venezuela: un reflejo del fracaso de las políticas de salud pública

The maternal mortality in Venezuela: A mirror of the failure of public health policies

José R. Urdaneta M^{a,1,2}, Ana Donnino^{b,2,3}

RESUMEN

La mortalidad materna (MM) es un indicador de salud que mide el desarrollo de un estado y el éxito o no de sus políticas públicas; en Venezuela constituye un grave problema de salud pública con un incremento continuado de las tasas de MM e inexistencia de datos oficiales que permitan formular políticas sanitarias eficaces para combatirla. En este ensayo se presenta un análisis del marco legal que rige esta problemática y una reflexión acerca de las razones del fracaso de los diferentes planes y programas de salud que han venido estableciéndose para enfrentarla.

DOI: <https://doi.org/10.47307/GMC.2025.133.1.23>

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-6972-1522>^a

ORCID: <https://orcid.org/0009-0005-2061-3220>^b

^{1,2}Dr. en Ciencias Médicas
E-mail: doctorjrurum@hotmail.com

^{2,3}Dra. en Ciencias Médicas
E-mail: anadonni@yahoo.es

Recibido: 19 de diciembre 2024
Aceptado: 6 de febrero 2025

Palabras clave: *Mortalidad materna, políticas públicas, salud pública, Venezuela.*

SUMMARY

Maternal mortality (MM) is a health indicator that measures a state's development and the success or otherwise of its public policies. In Venezuela, MM constitutes a serious public health problem, with a continuous increase in MM rates and the lack of official data that allows effective health policies to be formulated to combat it. This essay analyzes the legal framework that governs this problem and reflects on the reasons for the failure of the different health plans and programs established to combat it.

Keywords: *Maternal mortality, public policies, public health, Venezuela.*

¹Instituto de Anatomía Histología y Patología. Facultad de Medicina. Universidad Austral de Chile.

²Doctor en Ciencias Médicas. Facultad de Medicina. Universidad del Zulia.

³Hospital Dr. Manuel Noriega Trigo. Instituto Venezolano de los Seguros Sociales (IVSS).

Autor correspondencia: Dr. José Ramón Urdaneta Machado.
E-mail: doctorjrurum@hotmail.com

INTRODUCCIÓN

La mortalidad materna (MM) es uno de los indicadores más críticos para evaluar el estado de los sistemas de salud y el cumplimiento de los derechos humanos en una sociedad (1). Las defunciones maternas representan un indicador de calidad de vida y de las políticas sanitarias, por diversas implicaciones que tienen en la población, puesto que inciden en la fecundidad, en el crecimiento de la población, su composición etaria, y su estructura poblacional (2).

De acuerdo con estimaciones de la Organización Mundial de Salud (OMS) (3), a nivel mundial, Venezuela se ubicó entre los ocho países del mundo que habían aumentado su tasa o razón de muertes maternas de manera significativa entre 2000 y 2020, con un incremento del 182,8 %; estimándose una razón promedio de 259 muertes maternas por cada 100 mil nacidos vivos, en un margen de 191 y 381, como las tasas más baja y alta posibles, con lo cual se pudiese considerar que para 2020 pudieron haber fallecido un total de 1 208 mujeres en Venezuela por razones ligadas al embarazo, parto o puerperio.

Las muertes maternas se definen como todas aquellas defunciones cuya causa básica de muerte fue la asociada a embarazo, parto y puerperio (4). Las mujeres mueren de complicaciones durante o tras el embarazo o el parto, que mayormente aparecen durante el embarazo y son prevenibles o tratables; prácticamente el 75 % de todas las muertes maternas son atribuibles a hemorragias graves, infecciones, hipertensión arterial durante el embarazo (preeclampsia y eclampsia), complicaciones en el parto o abortos peligrosos (5). Sin embargo, existen los conocimientos científicos y médicos para prevenir la mayoría de las muertes maternas, por lo que la OMS (3) viene trabajando en pro de la reducción de la MM aumentando el caudal de datos obtenidos de investigaciones, proporcionando orientaciones clínicas y programáticas basadas en la evidencia, estableciendo estándares mundiales y brindando apoyo técnico a los Estados Miembros para que desarrollen y apliquen unas políticas y unos programas eficaces.

A pesar de los compromisos internacionales y los avances registrados en otros países de la

región, la MM en Venezuela ha aumentado de manera significativa en las últimas dos décadas, lo que evidencia una crisis estructural en las políticas de salud pública (6). Este aumento progresivo de la MM en la nación constituye una violación del derecho a la vida, a la salud y a la no discriminación de las adolescentes y mujeres por parte del estado venezolano (1). Aunque, el Estado Venezolano ha mostrado preocupación al realizar múltiples reuniones, acuerdos, declaración de principios e incluso ha propuesto metas que no se han alcanzado o las cifras han quedado muy lejos de los objetivos planteados, esta problemática sigue vulnerando los derechos de la mujer a ejercer una maternidad en condiciones óptimas de salud que le genere seguridad y bienestar tanto a ella como a su neonato (7).

En Venezuela, este indicador refleja una realidad alarmante y un evidente fracaso en las políticas públicas destinadas a garantizar la salud de las mujeres durante el embarazo, parto y puerperio (8). Uno de los factores determinantes del fracaso ha sido la debilidad del sistema de salud venezolano, donde es notoria la escasez de insumos médicos, el deterioro de los equipos y la falta de personal capacitado en hospitales y centros de salud, lo cual ha conllevado a una precariedad en la atención sanitaria; lo cual se ha venido agravando por el éxodo masivo de profesionales de la salud, quienes al igual que millones de venezolanos, han tenido que abandonar el país en busca de mejores condiciones laborales (9).

Cuando un país muestra altas tasas de MM revela que la cobertura y la calidad de su sistema de salud, así como su uso oportuno, son bajos e inadecuados (1). Aunque el 87,9 % de la población venezolana depende del sistema sanitario público para la atención de sus necesidades de salud, a raíz de un largo período de desfinanciamiento, desestructuración y debilitamiento, los servicios de atención del sistema han venido cayendo a un estado de inoperatividad, parcial o completa; la incapacidad del Estado para retener y formar personal sanitario capacitado ha generado un déficit crítico en la atención obstétrica, especialmente en áreas rurales y periurbanas (10).

En 2022 se cumplió una década del inicio del colapso del sistema sanitario público venezolano,

la caída de las capacidades del sistema sanitario público llegaron a un punto crítico entre 2017-2019 y se agravaron aún más con los embates de la pandemia de COVID-19, que recayeron principalmente en el personal de salud, provocando su retiro masivo por la sobrecarga de trabajo, los exiguos salarios, el hostigamiento y la persecución por hacer denuncias o protestar, y la enfermedad o el fallecimiento al correr altos riesgos de contraer el virus en los centros de salud, sin garantías de adecuadas condiciones de protección (11).

La crisis económica, social y política que enfrenta Venezuela ha profundizado las desigualdades sociales y ha limitado el acceso a servicios de salud de calidad. Las mujeres embarazadas se enfrentan a barreras económicas significativas, como el costo elevado de medicamentos esenciales y servicios privados, que muchas veces son la única opción viable debido al colapso de los hospitales públicos; la hiperinflación y el deterioro del poder adquisitivo han reducido drásticamente la capacidad de las familias para cubrir necesidades básicas, incluyendo una nutrición adecuada durante el embarazo, factor esencial para prevenir complicaciones (12).

Por otra parte, se entienden las políticas públicas como soluciones particulares o formas de manejar situaciones problemas u asuntos públicos en general, es decir, herramientas que cualquier ente en funciones de gobierno crea para tratar de resolver o mejorar una situación social particular. Los gobiernos son los responsables de articular los intereses de los distintos actores que confluyen en torno a una situación particular y tomar la decisión que mejor satisfaga los intereses de los actores y del país en general; en el caso particular de las políticas públicas en materia de salud sexual reproductiva requiere acometerse trans-disciplinariamente (13).

En esta línea, en el país se ha visto como las políticas de salud reproductiva han sido insuficientes y en muchos casos desarticuladas. La falta de programas integrales y sostenidos para la educación sexual y reproductiva, así como la deficiencia en la distribución de anticonceptivos, han incrementado las tasas de embarazos no planificados, incluidos aquellos en mujeres en situación de vulnerabilidad o en adolescentes,

que es otro de los grandes problemas de salud pública que se evidencian en la nación; lo cual ha contribuido a un aumento significativo en el riesgo de complicaciones durante el embarazo, especialmente en contextos donde los servicios de salud son inaccesibles o inexistentes (14). Por tanto, se requiere de un abordaje que tome en cuenta el acceso universal, efectivo y oportuno a servicios de calidad de salud sexual y reproductiva que incluyan atención durante el embarazo, el parto y puerperio; para lo cual el Estado debe proveer, por una parte, la asignación de recursos humanos calificados, materiales y servicios de atención dirigidos a la atención obstétrica (1).

Marco jurídico

El tema de la MM ha sido relevante y motivo de preocupación para la comunidad internacional desde el siglo pasado. A continuación se presentan una serie de acuerdos y tratados internacionales, leyes, planes y programas de salud e inclusive guías detalladas de los procesos y procedimientos a seguir, promulgados en el ámbito internacional y nacional, con el propósito de combatir el flagelo de la MM.

A nivel internacional, desde el año 1948, cuando se promulga la Declaración de los Derechos Humanos (15), se reconoce el derecho de todo ser humano a la salud, en su capítulo 25.2 señala que “la maternidad y la infancia tienen derecho a cuidados y asistencia especiales, todos los niños y todas las niñas, nacidos de matrimonio o fuera de matrimonio, tienen derecho a igual protección social”; sin embargo, no fue sino hasta 1990 cuando se formula el primer Plan de Acción para reducir la MM en la Cumbre Mundial de la Infancia, el cual proponía la reducción en un 50 % para el año 2000 de la cifra existente en ese momento, lo cual desafortunadamente no se logró alcanzar.

Por su parte, en 1966, el Pacto Internacional de Derechos Económicos Sociales y Culturales (PIDESC) (16), establece a los Estados Parte la obligación de conceder especial protección a las madres durante un período de tiempo razonable antes y después del parto y, una de las cuatro medidas que se obligan a tomar para garantizar el derecho a la salud es la reducción de la mortinatalidad y de la mortalidad infantil.

Nuevamente, la Organización de Naciones Unidas (17) en la Resolución 34/180 de su Asamblea General de las Naciones Unidas, realizada el 18 de diciembre de 1979, adoptó y dejó abierta a la firma y ratificación, o adhesión la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW); conforme a ella, los Estados Parte se comprometieron a garantizar a la mujer servicios apropiados, gratuitos cuando fuere necesario, en relación con el embarazo, el parto y el período posterior al parto.

En 1987, se realizó en Nairobi, Kenia, la Conferencia Internacional sobre la Maternidad sin Riesgos, en la cual se identificó a la MM como un problema de salud individual y colectiva, así como el indicador de salud que refleja la mayor diferencia entre los países ricos y los países pobres (18). A su vez, en 1994 se celebró en El Cairo, Egipto, la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (19), cuyo Programa de Acción sostiene que la salud reproductiva lleva implícito el derecho a recibir servicios adecuados de atención de la salud que permitan los embarazos y los partos sin riesgos, instando a los países a promover la salud de las mujeres y la maternidad sin riesgo a fin de lograr una reducción rápida y sustancial en la morbilidad y MM y una reducir las disparidades en la MM dentro de los países y entre las regiones geográficas y los grupos socioeconómicos y étnicos.

De igual manera, la Recomendación General N° 24 emanada en 1999 del Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer, creado por la CEDAW (20), señaló que la falta de servicios adecuados de salud materna que satisfagan las necesidades particulares y específicas de salud, infringen tanto el derecho a la salud como el derecho a la no discriminación.

En el año 1995, en Beijing, China, se celebró la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer (21), de la que resultó una declaración y plataforma de acción, en la cual los países firmantes reconocieron que las complicaciones relacionadas con el embarazo y el parto, en los países en desarrollo, eran entre las principales causas de mortalidad y morbilidad de las mujeres en edad reproductiva. Asimismo, se reconoció el derecho de las mujeres a tener un embarazo seguro y se comprometieron a mejorar su acceso a servicios

adecuados de atención de la salud, incluidos los métodos de planificación de la familia eficaces y sin riesgos y la atención obstétrica de emergencia.

En el año 2000 las Naciones Unidas adoptaron la Declaración del Milenio (22), en asamblea que reunió a jefes de gobierno y dirigentes de 140 países, en la que se formulan los ocho objetivos del milenio (ODM), dentro de los cuales, el objetivo 5.A planteaba reducir la MM en tres cuartas partes antes del año 2015 y el 5.B lograr el acceso universal a la salud reproductiva; sin embargo, las condiciones socioeconómicas, políticas, y de violencia en que se encontraba la mayor parte del mundo en esos momentos, imposibilitó alcanzarlos. Asimismo, en este mismo año, en la Observación General N° 14 formulada por el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (23), órgano encargado de supervisar la aplicación del PIDESC, se estableció el contenido normativo del Derecho a la salud, se fijan los elementos esenciales para evaluar su cumplimiento; y, se insta a los Estados a adoptar medidas y recursos que contribuyan a mejorar la salud infantil y materna, los servicios de salud sexuales y genésicos (acceso a la planificación de la familia, la atención anterior y posterior al parto, servicios obstétricos de urgencia y acceso a la información).

El flagelo de la MM se vincula principalmente con dos artículos de la Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos (24), como su artículo 10 que se refiere a la igualdad, justicia y equidad o el artículo 14 que hace mención a la responsabilidad social y salud, donde tanto los gobiernos como todos los sectores de la sociedad son responsables de la promoción de la salud y el desarrollo social. Asimismo, es importante destacar otra norma en el ámbito de la salud relacionada con la salud de las personas indígenas, la Declaración de las Naciones Unidas sobre los Derechos de los Pueblos Indígenas (25), promulgada en el año 2007, la cual señala en su artículo 24, numeral 2, que “las personas indígenas tienen derecho a disfrutar por igual del nivel más alto posible de salud física y mental”; mientras que en el artículo 44 se establece que “todos los derechos y las libertades reconocidos en la presente Declaración se garantizan por igual al hombre y a la mujer indígenas”.

En 2008, la Organización de Estados Americanos, a través de la Comisión de Derechos Humanos (26), presentan los Lineamientos de la Comisión Interamericana de los Derechos Humanos, para la evaluación y monitoreo de

derechos económicos, sociales y culturales previsto en el Protocolo de San Salvador, los cuales tienen por propósito conocer el grado de progresividad en el cumplimiento de los derechos económicos, sociales y culturales; para lo cual, entre otros, se desarrollaron indicadores estructurales, de procesos y de resultado relacionados con el embarazo y la maternidad, tales como: porcentaje de personas con acceso a servicios de saneamiento básico, cantidad de partos atendidos por profesionales y porcentaje de mujeres en edad reproductiva con anemia; tasa de MM y perinatal, distribución de MM según causas por grupos de edad, tasa de mortalidad perinatal y estimaciones sobre casos de aborto.

En 2009, el Consejo de Derechos Humanos de Naciones Unidas (27), emite la Resolución 11/8 sobre la mortalidad y morbilidad materna prevenible y los derechos humanos emanada, en la que se reconoce la MM como un problema de los derechos humanos de las mujeres derivado de la discriminación, desigualdad, pobreza, entre otros factores que lo agravan. Asimismo, en 2010 la Corte Interamericana de Derechos Humanos (28), emite las sentencia sobre casos de MM como violación a los derechos humanos, en el caso de dos comunidades indígenas contra el Estado del Paraguay, resaltando en la primera, que es deber de los Estados prestar especial atención y cuidado a la protección de las gestantes y adoptar medidas especiales que garanticen a las madres, en especial durante la gestación, el parto y el período de lactancia, el acceso a servicios adecuados de atención médica”; en tanto que en la segunda, relacionada con el caso de una mujer que murió por causas propias de la MM, la Corte se pronunció sobre la relación entre la MM, los derechos humanos, la discriminación y la pobreza.

En 2012 el Alto Comisionado para el Consejo de Derechos Humanos de las Naciones Unidas (29) publican las orientaciones técnicas sobre la aplicación de un enfoque basado en los derechos humanos a la ejecución de las políticas y los programas destinados a reducir la mortalidad y morbilidad prevenibles asociadas a la maternidad, con el objetivo de ayudar a los responsables de la formulación de políticas a mejorar la salud y promover los derechos de la mujer, ofreciendo orientación sobre la ejecución de las políticas y

los programas destinados a reducir la morbilidad y MM, de acuerdo con los derechos humanos.

Como puede verse, la comunidad internacional se ha mantenido vinculada a este problema y otro ejemplo de ello es el lanzamiento de la Estrategia Global para la Salud de Mujeres, Niños y Adolescentes 2016-2030, durante la Asamblea General de las Naciones Unidas en Nueva York en el 2015, por parte del Secretario General Ban Ki-Moon, con la reducción de las MM como uno de los propósitos de los Objetivos de Desarrollo Sostenibles (ODS). Es por ello que la “Agenda al 2030 para el Desarrollo Sostenible” de las Naciones Unidas (30), acordada en el 2016, propone reducir mundialmente la TMM a menos de 70 por 100 000 nacidos vivos, poniendo fin a todas las muertes prevenibles y a fin de garantizar el cumplimiento del tercer objetivo de la agenda asociado con garantizar una vida sana y promover el bienestar de todos y todas; asimismo, el flagelo de la MM tiene inferencia en el logro de los objetivos 1, 5 y 10 de esta agenda relacionados con la pobreza, igualdad de género y la desigualdad; por lo que la disminución de la MM es un nuevo desafío para los años venideros.

En 2015, la Organización Mundial de la Salud (31), en su asamblea general celebrada en Nueva York, Estados Unidos de Norteamérica, presentó la Estrategia Mundial para la Salud de la Mujer, el Niño y el Adolescente 2016-2030, la cual se trataba de una hoja de ruta para la agenda posterior a 2015, que tiene como meta acabar con las muertes evitables de mujeres, niños y adolescentes, además de crear un entorno en el que estos grupos de población no solo sobrevivan, sino que además se desarrollen y vean transformarse sus entornos, su salud y su bienestar.

Por su parte, en Venezuela el artículo 83 de la Constitución de la República Bolivariana de Venezuela (32) 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; asimismo, sus artículos 82-87 destacan la gratuidad, universalidad de la salud y la atención en salud de los pueblos indígenas. A su vez, la carta magna en su artículo 76 destacan la protección integral a la maternidad, por lo que

“el Estado garantizará asistencia y protección integral a la maternidad, en general a partir del momento de la concepción, durante el embarazo, el parto y el puerperio”.

Antes de la llegada de la revolución bolivariana se habían implementado políticas públicas en pro de la reducción de la MM, con la creación del otrora Ministerio de Sanidad y Asistencia Social en 1961 se implementaron varias políticas y programas para mejorar la atención médica prenatal y obstétrica, así como para reducir la MM (33). En 1989, se lanzó el Programa Ampliado Materno-Infantil (34), que constaba de tres componentes: Atención en Salud, Educación y Promoción en Salud, Programa Alimentario Materno Infantil.

Asimismo, en 1997 se lanzó el Programa de Atención Materno-Infantil (PAMI) (33), el cual beneficiaba a cerca de 500 000 madres y niños menores de años, y se fundamentaba en mejorar la infraestructura sanitaria, capacitar al recurso humano y fortalecer la vigilancia epidemiológica, con el propósito de mejorar la atención médica prenatal y neonatal en Venezuela; incorporó los dispensarios parroquiales y persiguió el mejoramiento de los aspectos educativos y la inclusión en los Multihogares de Cuidado Diario.

Para fines del siglo pasado, el antiguo Ministerio de Salud y Desarrollo Social (35), en aras de reducir de manera significativa la MM, resuelve crear el “Comité Nacional de Vigilancia, Análisis y Respuesta para la Prevención y Control de la Morbilidad Materna Grave, la Mortalidad Materna y Mortalidad Neonatal”, 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.

En 2003, se lanzó el Plan Nacional de Salud Sexual y Reproductiva, el cual tenía como objetivo mejorar la salud sexual y reproductiva de la población venezolana y eliminar las causas

de morbilidad y MM. El mismo publicó la Norma Oficial para la Atención Integral en Salud Sexual y Reproductiva, en la que se establecen las directrices fundamentales de la Política Pública en Salud Sexual y Reproductiva, así como las competencias y funciones de los niveles administrativos, y los procedimientos para la atención integral en este ámbito; cabe acotar que la aplicación de los preceptos dirigidos a la promoción y el desarrollo de la salud sexual y reproductiva son de obligatorio cumplimiento para todas las instituciones públicas y privadas que desarrollan acciones en este ámbito (36).

Para finales de 2005, el Ministerio del Poder Popular para la Salud (37) crea el Proyecto Madre, el cual perseguía reducir la morbimortalidad de la madre y de los niños menores de cinco años de edad por causas que se pueden evitar, buscando contribuir a mejorar la calidad de vida y salud de las comunidades, por medio de la capacitación de los comités de salud y de las redes sociales, la promoción de la salud de las madres, niños y niñas, para fortalecer los servicios de salud en los diferentes niveles y la vigilancia epidemiológica en forma permanente; entre las prioridades establecidas estaba mejorar la red hospitalaria pública en el área de atención materno-infantil, para lo cual debía rehabilitarse la infraestructura hospitalaria y la modernización tecnológica del equipamiento médico.

De igual manera, en 2009, el MPPS (38) pone en marcha el Programa Nacional de Atención Materno-Infantil “Misión Niño Jesús”, con el objetivo de proteger a la población materno-infantil del país, a través de planes y programas que pudieran mejorar su calidad de vida y garantizar, con ello, prestaciones de salud a embarazadas, durante la gestación y el momento del parto; fijándose como meta disminuir la MM en menos de cinco años. Dentro de las acciones contempladas en este programa resaltan las casas de abrigo, las cuales son instalaciones de baja complejidad para alojar a mujeres embarazadas con algún factor de riesgo, y las clínicas populares, las cuales son centros destinados a atender partos normales y de bajo riesgo con el objetivo de descongestionar los hospitales. En este mismo año, también aprobaron el programa “Maternidad Segura, Deseada y Feliz” y el “Plan Nacional para la Protección de los Derechos Sexuales y Reproductivos”.

El Proyecto Vida (33), enmarcado en la Misión Barrio Adentro y bajo la rectoría de Ministerio del Poder Popular para la Salud, se concentra en la vigilancia y reducción de la MM, para lo cual orienta la atención a la embarazada mediante la consolidación de tres niveles de atención: nivel primario, nivel secundario y nivel terciario. 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 MM. A este nivel primario, pertenecen las estrategias de atención que 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; en tanto que 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 el año 2014 se publican los “Protocolos de Atención en Cuidados Prenatales y Atención Obstétrica de Emergencia”, documento realizado por el Ministerio del Poder Popular para Salud (MPPS), la Organización Panamericana de la Salud (OPS), el Fondo de Población para las Naciones Unidas (UNFPA) y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), el cual para que sirva de guía de consulta, con normas aprobadas a nivel mundial y nacional (39).

En 2018, se decretó la “Promoción y Protección del Parto y el Nacimiento Humanizado” (40), que tenía como objetivo reducir la MM y mejorar la experiencia de las mujeres durante el parto. El plan incluye política y programas para mejorar la atención médica prenatal y obstétrica, así como para promover el parto vaginal y reducir el uso innecesario de cesáreas.

Para finales del año 2018, se conoce la Resolución 348 del MPPS (41), mediante la cual se crea el “Comité Nacional de Vigilancia, Análisis y Respuesta para la Prevención y Control de la Morbilidad Materna Grave, la Mortalidad Materna y la Mortalidad Neonatal”, el cual se trata de un equipo multidisciplinario que tiene por objeto orientar un conjunto de acciones dirigidas a la toma de decisiones, así como implementar actividades dirigidas a la reducción de la morbilidad materna grave, la MM y la mortalidad neonatal y, en consecuencia, la mortalidad infantil, y velar por la supervisión nacional, regional, local e institucional de la red de atención comunal, de hospitales y/o maternidades que integran el Sistema Público Nacional de Salud. Este comité estaría encargado de dictar políticas, lineamientos, normas, orientaciones metodológicas, estrategias y acciones direccionadas a reducir la morbilidad materna grave, la MM y la mortalidad neonatal, así como disponer de un sistema de vigilancia de dichos eventos.

Igualmente, desde 2018, se crea el programa “Ruta Materna” como una estrategia de articulación para la atención integral a las embarazadas desde la concepción hasta el momento del alumbramiento, de manera equitativa, humanista y de calidad, y se les prioriza la atención a todas las féminas en su proceso gestacional; la cual se vio fortalecida al ser oficialmente publicada en Gaceta Oficial en el mes de enero de 2019 bajo la resolución No. 011 (42). A su vez, publica también la resolución No. 007 (43), mediante la cual se crea el “Área de Salud Integral Comunitaria” (ASIC), definida como la unidad básica de integración y unificación del Sistema Público Nacional de Salud, en la cual se establecen las normas para la creación de los comités de vigilancia, análisis y respuesta para el control de la morbilidad materna grave, MM y neonatal en diferentes niveles de acción: nacional, regional, institucional y local.

De igual manera, también en el año 2019, fue publicada la Resolución 041 del MPPS (44), la cual obliga a todos los establecimientos y servicios de salud, independientemente de la capacidad de resolución obstétrica y neonatal, brindar atención inmediata a las mujeres gestantes o posterior a evento obstétrico, así como a los neonatos, a fin de resguardar sus vida y gestionar la referencia de forma segura para asegurarle la

atención en otros establecimientos y servicios de salud.

El Plan de la Patria vigente en la actualidad (año 2019-2025) (45) 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; no se conoce si esta propuesta llegó a implementarse y cuáles fueron sus resultados.

Fracaso de las políticas sanitarias ante la problemática de la MM

En la actualidad, el país se encuentra en una crisis social y económica sin precedentes, con un retroceso de la sanidad pública con cifras comparables a la década de 1960. A las vulneraciones de los derechos civiles, la disminución de ingresos, las políticas económicas restrictivas y altos niveles de corrupción, entre muchos factores que tienen al país en esta profunda crisis, se les suma también el deterioro extremo del sistema público de salud, como consecuencia del colapso de las capacidades estatales; aunque desde antes de la instauración de la República Bolivariana las mujeres venezolanas no han contado con una garantía real de sus derechos en salud sexual y reproductiva, con su llegada esta situación de vulnerabilidad solo empeoró y se evidencia con el aumento astronómico de cifras que dan cuenta de la profunda crisis en la que se encuentran las mujeres venezolanas en la actualidad (46).

A pesar que se han implementado numerosas políticas públicas para mejorar la situación de la MM en el país, muchas de estas estrategias han sido fallidas debido a la falta de su continuidad y de su cumplimiento pleno. Así pues, desde el Ministerio de Salud venezolano se han venido implementando diversas estrategias en conjunto con la Organización Panamericana de la Salud (47), tales como el Plan Anticoncepción inmediata post evento obstétrico (AIPE), la aspiración manual endouterina (AMEU) o la formación profesional del equipo de salud perinatal.

Según Sánchez y col. (33), desde la instauración de la llamada quinta república la política de salud orientada a atender las necesidades de este grupo de población han comprendido diversos planes o programas que orientan sus acciones hacia la mejora de la cobertura y calidad de la consulta prenatal y de la calidad de la atención al parto, la implantación de la atención integral en los ambulatorios y el aumento de su capacidad resolutoria; así como al fortalecimiento de los servicios de planificación familiar y la aplicación de normas de buenas prácticas y supervisión en los servicios. Sin embargo, los mismos no han sido capaces de lograr la disminución de las tasas de MM; por lo que la combinación de políticas públicas, con lineamientos asistenciales claros y el análisis de la MM y la morbilidad materna extrema por premisas teóricas, incluyendo los determinantes sociales de la salud, podrían ser parte de la solución para alcanzar las metas de desarrollo sostenible en la atención obstétrica con la cobertura y calidad requeridas.

De acuerdo con González (8), una de las mayores restricciones de la gestión del sistema sanitario venezolano fue la eliminación del Programa de Atención Materno Infantil (PAMI), con la que aproximadamente 500.000 embarazadas y niños menores de seis años dejaron de recibir salud y alimentos; factor que ha influido en el aumento de la MM y que representa un claro aspecto de las debilidades del sistema para identificar riesgos individuales, familiares y colectivos. En esta línea, Aponte (48) señala que los deplorables registros venezolanos en primordiales indicadores de prevención en salud como la tasa de embarazo entre adolescentes, la tasa de mortalidad infantil y la razón de MM evidencian los deficientes resultados que pueden

atribuirse a Barrio Adentro en materia de atención primaria en salud, en la que se le asignó el papel estelar. Asimismo, Guerrero-Duque (46) señala que las mujeres venezolanas llevan años viviendo las consecuencias de la combinación de la negligencia en cuanto a políticas públicas efectivas en salud sexual y reproductiva, el colapso del sistema público de salud y la ausencia de métodos contraceptivos.

En este sentido, Delgado-Blanco (1), describe que dada la opacidad e irregularidad o ausencia de datos oficiales en materia de salud, para tener una aproximación a lo que sucede en términos de la MM en Venezuela debe acudir a los datos publicados por entes multilaterales de las Naciones Unidas, así como a los reportes emanados de organizaciones no gubernamentales, nacionales e internacionales e investigaciones de especialistas en el tema, los cuales en general, obedecen a proyecciones y estimaciones, según criterios de confiabilidad y validez. Es crucial acceder a información oficial que permita enfrentar este problema de salud pública y tener una mayor precisión del nivel de la MM, monitorear los cambios en su ocurrencia, las causas y formas de evitarlas; a la par que permita conocer la magnitud y gradualidad de las desigualdades e inequidades sociales vinculadas a esta situación y, avanzar en la garantía efectiva de los derechos humanos de las mujeres e incluso brindar mayor eficiencia al Plan de asistencia humanitaria en curso.

Cursos de acción

La situación de la MM genera un impacto no solo a nivel familiar, sino en el ámbito económico y legal de una población (49). La lucha contra este fenómeno es entendida como la capacidad de los estados para probar el cumplimiento de metas definidas en agendas globales, que se traduce en mayores posibilidades de acceder a préstamos del Fondo Monetario Internacional o del Banco Mundial, con lo cual se deduce que el asunto no es solo sanitario sino también económico y político, dada la presencia de esta temática en las agendas políticas globales (50).

Dado el desafío que representa para los países implementar programas y políticas en todo su territorio, al momento de determinar estrategias

para contrarrestar la MM, se sugiere dejar a un lado los paradigmas positivista y el interpretativo, para comenzar a utilizar un paradigma socio-crítico, por cuanto no se limita a lo que ya está escrito, sino que permite que se pueda dar una opinión y fundamentarla con lo que ha pasado en la sociedad, dando un enfoque particularizado y específico, debido a los distintos puntos de vista, o a través de las experiencias vividas (49). Tang y col. (51) recomienda que las políticas de salud pública deben transformarse y llegar a ser políticas integradoras que permitan evidenciar los verdaderos escenarios detrás de una muerte materna y a la vez, que sean políticas coordinadas con herramientas para atender las diferencias en salud por etnia, género, territorio social o ciclos de vida, de modo que permitan poder evitar las muertes maternas.

Así pues, el abordaje efectivo de la problemática de la MM requiere la implementación de políticas públicas que prioricen la salud materna como un tema de urgencia nacional, lo cual ayudaría al fortalecimiento del sistema de salud mediante inversiones sostenidas que garanticen la disponibilidad de insumos médicos y equipos, así como desarrollar programas de capacitación y retención del personal sanitario. En este sentido Goenaga y Díaz -Barrios (13), señalan que para que las políticas de salud públicas dirigidas para la reducción de la MM sean eficaces, se requiere una política sectorizada y heterogénea que respondan a las diferentes realidades de la nación, e incluya sus determinantes sociales y no se limite sólo a la participación de los ministerios de salud; por el contrario, debe propiciar la inclusión de todos los entes nacionales, públicos y privados que de alguna manera tienen en sus manos propiciar o ayudar en los cambios económicos, sociales y culturales necesarios para que la maternidad represente siempre un momento feliz y no el fin prematuro pero evitable de una vida.

Los determinantes sociales en salud influyen positiva o negativamente en la salud de la mujer gestante y deben ser usados como fundamento en la generación de políticas de salud pública que pretendan reducir este fenómeno de importancia mundial (52). Por tanto, es de vital importancia considerar los factores de riesgo determinantes de salud que influyen sobre este fenómeno, de manera que se puedan establecer programas a corto, mediano y largo plazo, que encaminen

las metas planteadas por las organizaciones mundiales con el objetivo de disminuir las inequidades en salud (53).

Así pues, para que las políticas de salud pública destinadas a disminuir la MM sean realmente efectivas, se considera necesario adoptar un enfoque integral y multidimensional que aborde tanto los factores estructurales como las necesidades inmediatas de las mujeres, que incluya educación, acceso a métodos anticonceptivos y atención especializada para las mujeres en situaciones de riesgo. Las estrategias a adoptar deberán apalancarse en acciones clave como las siguientes:

(a) Fortalecimiento del sistema de salud mediante inversiones sostenibles, capacitación y retención del personal de sanitario y una ampliación significativo de la cobertura, especialmente en áreas rurales y marginadas, para que las mujeres tengan acceso a servicios obstétricos de calidad.

(b) Acceso universal a servicios de salud sexual y reproductiva que garanticen la disponibilidad y distribución de anticonceptivos, educación sexual integral y programas para la prevención del embarazo adolescente.

(c) Fortalecimiento de la atención prenatal, intraparto y durante el puerperio, promoviendo una atención prenatal temprana y continua, establecimiento de unidades especializadas para atender emergencias relacionadas con el embarazo y parto, y garantizar el seguimiento durante el posparto de la salud de las madres y la de sus neonatos.

(d) Enfoque intersectorial e inclusión social, no limitarse a la participación de las autoridades de salud sino que incorpore diversos actores a fin de implementar políticas sociales dirigidas a la reducción de la pobreza, empoderamiento femenino y la atención a poblaciones vulnerables.

(e) Mejorar los sistemas de vigilancia epidemiológica, de manera que permitan la recopilación y uso de datos confiables para identificar causas y tendencias de la MM; aunado a un monitoreo y evaluación periódica de los planes y programas de salud.

(f) Solicitar colaboración internacional y financiación externa, que permita obtener de organismos internacionales tanto asistencia

técnica y financiera, como transferencia de conocimientos.

(g) Voluntad política y Gobernanza efectiva, que priorice la salud materna como política de estado, asigne recursos adecuados y garantizar transparencia y rendición de cuentas de los fondos asignados a la salud pública, para que estos sean utilizados de manera eficiente y sin corrupción.

La implementación de estas medidas requiere una visión clara, compromiso a largo plazo y la colaboración entre diversos actores, incluyendo el Estado, la sociedad civil y las organizaciones internacionales; solo así será posible garantizar que las políticas de salud pública logren su objetivo de reducir la MM y proteger los derechos de las mujeres.

Reflexiones finales

Sin lugar a dudas, el contexto político que atraviesa el país ha jugado un papel clave en el fracaso de las políticas de salud. A lo largo de los más de 20 años de la llegada de la revolución bolivariana, se ha marcado una excesiva centralización, falta de transparencia y politización de los programas públicos, lo cual ha venido dificultando la implementación efectiva de iniciativas orientadas a reducir la MM; aunado a la ausencia de datos confiables y la opacidad en las cifras oficiales que han impedido una evaluación precisa de la situación y la adopción de medidas correctivas basadas en evidencia (10).

Pese a la amplitud y variada cantidad de leyes, normas y principios, de derecho internacional e interno en relación con la MM, que pueden verse en el marco legal presentado, los cuales están dirigidos a la protección del embarazo y preservar la vida materna, aunado a un arsenal de planes y programas de salud destinados para la atención de las gestantes en los diferentes niveles de atención, el país presenta altos índices de MM y el crecimiento de estas parecen ser indetenibles. Por tanto, se requiere un análisis exhaustivo de las razones del fracaso de los planes y programas de salud ejecutados y la toma de medidas eficaces que puedan contribuir a frenar esta importante problemática de salud pública; por lo que impresiona que tal vez el problema radique en la ejecución de esas políticas de salud pública que no han sido suficientes para frenar el flagelo

de la MM y no están llegando a las poblaciones más vulnerables, donde existe un mayor índice de desigualdades sociales e inequidades en salud.

En conclusión, el incremento de la MM en Venezuela no es solo una consecuencia de la crisis económica, sino también de una falta de voluntad política y de la ausencia de políticas públicas efectivas. Abordar este fenómeno requiere un compromiso real por parte del Estado y la colaboración de la sociedad civil y organismos internacionales para garantizar el derecho a la salud y a la vida de las mujeres venezolanas.

Conflictos de intereses: Ninguno

Financiamiento: Ingresos propios

REFERENCIAS

1. Delgado-Blanco A. La mortalidad materna como problema de derechos humanos: el caso venezolano. *Espacio Abierto*. 2021;30(3):76-99.
2. Quispe MR. Tendencias Demográficas del Perú: Proyecciones al 2050. *Desafíos: Economía y Empresa*. 2022;(1):67-82
3. Organización Mundial de la Salud. Tendencias de la mortalidad materna de 2000 a 2022. Estimaciones de la OMS, UNICEF, UNFPA, el Grupo del Banco Mundial y el Departamento de Asuntos Económicos y Sociales de las Naciones Unidas y la División de Población. 2023. Disponible en: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/366225/9789240068759-eng.pdf?sequence=1>
4. Flores M, Garmendia ML. Tendencia y causas de la mortalidad materna en Chile de 1990 a 2018. *Rev Méd Chile*. 2021;149(10):1440-1449.
5. Say L, Chou D, Gemmill A, et al. Global Causes of Maternal Death: A WHO Systematic Analysis. *Lancet Global Health*. 2014;2(6): e323-e333.
6. Organización Panamericana de la Salud. Health in the Americas 2022. Perfil de País Venezuela (República Bolivariana de). Disponible: <https://hia.paho.org/es/paises-2022/perfil-venezuela>
7. Cabrera C, Uzcátegui O. Muerte materna: causas médicas, sociales y políticas públicas. *Tiempo y Espacio*. 2020;38(74):273-323.
8. González M. Las políticas de salud en Venezuela: alternativas para su mejoramiento. Instituto Latinoamericano de Investigaciones Sociales. 2008. Disponible en: https://www.researchgate.net/profile/Marino-Gonzalez-2/publication/318711318_Las_politicas_de_salud_en_Venezuela_Alternativas_para_su_mejoramiento/links/5979265caca27203ecc6341d/Las-politicas-de-salud-en-Venezuela-Alternativas-para-su-mejoramiento.pdf
9. HumVenezuela. Informe de seguimiento a la emergencia humanitaria compleja en Venezuela. 2023. Disponible en: <https://humvenezuela.com/wp-content/uploads/2024/01/Informe-deSeguimiento-de-la-EHC-HumVenezuela-Noviembre-2023-2.pdf> Fecha de consulta: 17- 11-2024
10. Observatorio Venezolano de la Salud. Informe cualitativo OVS 2022. Caracas, Venezuela. 2022 Disponible en: <https://www.ovsalud.org/publicaciones/informes/informe-cualitativo-ovs-2022/> Fecha de consulta: 09-12-2024.
11. Provea. Informe Anual 2022. Derecho a la Salud. Disponible en: <https://provea.org/wpcontent/uploads/2021/05/09-Salud-2022-1.pdf>
12. Páez A, Delgado G. Impacto de la crisis socioeconómica en la salud materna en Venezuela. *Rev Salud Soc*. 2020;11(2):45-58.
13. Goenaga N, Díaz-Barrios J. Políticas públicas contra la mortalidad materna en Colombia. *Mujer Polít Públ*. 2022;1(1):32-44.
14. UNICEF. Desafíos de la pandemia de COVID-19 en la salud de la mujer, de la niñez y de la adolescencia en América Latina y el Caribe. PNUD LAC C19 PDS No. 19. 2020. Disponible en: <https://www.undp.org/es/latin-america/publicaciones/desafios-de-la-pandemia-de-covid-19-en-la-salud-de-la-mujer-de-la-ninez-y-de-la-adolescencia-en-america-latina-y-el>
15. Organización de las Naciones Unidas. Asamblea General de la ONU 183a. Declaración universal de los derechos humanos. 1948. Disponible en <https://www.un.org/es/about-us/universal-declaration-of-human-rights>
16. Oficina del Acto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos. Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. 16 de diciembre de 1966. Disponible en: https://www.ohchr.org/sites/default/files/cescr_SP.pdf
17. Organización de Naciones Unidas. Resolución 34/180. Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer. 18 de diciembre de 1979. Disponible en: <https://documents.un.org/doc/resolution/gen/nr0/385/09/pdf/nr038509.pdf>
18. Organización Mundial de la Salud. Hoja informativa sobre maternidad sin riesgo preparada para la Conferencia de Nairobi. OMS, 1987 Disponible en: <https://www.unfpa.org/sites/default/files/SP-MHTE-summary-print.pdf>
19. Fondo de Población de las Naciones Unidas. Programa de acción de la Conferencia Internacional sobre

- la Población y el Desarrollo. Fondo de Población de las Naciones Unidas: Edición 20 aniversario. Disponible en: https://www.un.org/en/development/desa/population/publications/ICPD_programme_of_action_es.pdf
20. Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos. La mujer y la salud: 02/02/99. CEDAW Recomendación General No. 24. Disponible en: <https://www.acnur.org/fileadmin/Documentos/BDL/2001/1280.pdf>
 21. Organización de las Naciones Unidas. Declaración y Plataforma de Acción de Beijing. ONU mujeres. 2015. Disponible en: https://www.unwomen.org/sites/default/files/Headquarters/Attachments/Sections/CSW/BPA_S_Final_WEB.pdf
 22. Organización de las Naciones Unidas. Asamblea General de la ONU. Declaración del Milenio. 2000. Disponible en <https://www.un.org/spanish/milenio/ares552.pdf>
 23. Organización de las Naciones Unidas. UN Economic and Social Council, Observación general N° 14 (2000) : El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud (artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales), E/C.12/2000/4, ONU: Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (CESCR), 11 Agosto 2000. Disponible en: <https://www.refworld.org/es/leg/coment/cescr/2000/es/36991>
 24. UNESCO. Declaración universal sobre Bioética y Derechos Humanos. Constitución de la UNESCO; 2005. Disponible en: https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000146180_spa
 25. Organización de las Naciones Unidas (2007). Declaración de las Naciones Unidas sobre los Derechos de los Pueblos Indígenas. ¿Quiénes son los pueblos indígenas? 2007. Disponible en: https://www.un.org/esa/socdev/unpfii/documents/DRIPS_es.pdf
 26. Organización de Estados Americanos. Comisión Interamericana de Derechos Humanos. Lineamientos para la elaboración de indicadores de progreso en materia de derechos económicos, sociales y culturales. OEA Documentos Oficiales. OEA/Ser.L/V/II. Doc 14. 19 julio de 2008. Disponible en: <https://www.oas.org/es/cidh/docs/pdfs/lineamientos.pdf>
 27. Organización de las Naciones Unidas. Consejo de Derechos Humanos. Resolución 11/8. La mortalidad y morbilidad materna prevenible y los derechos humanos. 17 de junio de 2009. Disponible en: https://ap.ohchr.org/documents/s/hrc/resolutions/a_hrc_res_11_8.pdf
 28. Corte Interamericana de los Derechos Humanos (CIDH). Sentencias de las comunidades indígenas Sawhoyamaya, y Xákmok Kásek, 2010. Disponible en: <https://www.corteidh.or.cr/tablas/r32459.pdf>
 29. Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos. Seguimiento de la aplicación de las orientaciones técnicas sobre la aplicación de un enfoque basado en los derechos humanos a la ejecución de las políticas y los programas destinados a reducir la mortalidad y morbilidad prevenibles asociadas a la maternidad. A/HRC/33/24. Disponible en: <https://documents.un.org/doc/undoc/gen/g16/158/87/pdf/g1615887.pdf>
 30. Organización de las Naciones Unidas. Transformar nuestro mundo: La Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible. Resolución aprobada por la Asamblea General el 25 de setiembre del 2015. Nueva York. Disponible en: https://unctad.org/system/files/official-document/ares70d1_es.pdf
 31. Organización Mundial para la Salud. Estrategia Mundial para la Salud de la Mujer, el Niño y el Adolescente (2016-2030): salud del adolescente: informe de la Secretaría. Organización Mundial de la Salud. Consejo Ejecutivo, 140. 2017. <https://iris.who.int/handle/10665/273363>
 32. Asamblea Nacional Constituyente. Constitución de la República Bolivariana de Venezuela. (1999). Gaceta Oficial de la República Bolivariana de Venezuela, No. 5.908 (Extraordinario) del 19 de febrero de 2009. Ediciones de la Asamblea Nacional: Caracas, Venezuela. Disponible en: <http://www.minci.gob.ve/wp-content/uploads/2011/04/CONSTITUCION.pdf>
 33. 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.
 34. Ministerio de Sanidad y Asistencia Social (MSAS), Fundación PAMI. Programa Ampliado Materno Infantil: Caracterización general de la estrategia (mimeo). 1989. Caracas. Venezuela .
 35. Ministerio de Salud y Desarrollo Social. Resolución mediante la cual se crea el Comité Nacional de Vigilancia, Análisis y Respuesta para la Prevención y Control de la Morbilidad Materna Grave, la Mortalidad Materna y Mortalidad Neonatal. Gaceta Oficial N° 41.553. Fecha: 27-12-2008. Disponible en: http://spgoin.imprentanacional.gob.ve/cgi-win/be_alex.cgi?Acceso=T028700027141/0&Nombrebd=spgoin&Sesion=1385103273&SFmt=Movil
 36. Ministerio de Salud y Desarrollo Social. Programa Nacional de Salud Sexual y Reproductiva. Decreto Ministerial No. 364. Gaceta Oficial N° 37.705. Fecha: 03-06-2003. Disponible en: https://venezuela.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/NormaOficial%20SSR%202013_1.pdf
 37. D'Ávila MC, Mejía MA. Proyecto Madre. Espacio para la participación social en Venezuela. Fermentum. Rev Venez Sociol Antropol. 2010;20(57):118-129.

38. Misiones Bolivarianas. Programa Nacional de Atención a la Salud Materno Infantil. "Misión Niño Jesús". Caracas, Venezuela. 2011. Disponible en: <https://www.misionesbolivarianas.com/mision-nino-jesus/>
39. Castellanos D, Toro-Merlo J, González-Blanco M. Protocolos de atención. Cuidados prenatales y atención obstétrica de emergencia. Caracas: Ministerio del Poder Popular para la Salud. 2013 Disponible en: <https://www.unicef.org/venezuela/media/801/file/Protocolos%20de%20atenci%C3%B3n.%20Cuidados%20prenatales%20y%20atenci%C3%B3n%20obst%C3%A9trica%20de%20emergencia.pdf>
40. Asamblea Nacional Constituyente. Decreto Constituyente para la Promoción y Protección del Parto y el Nacimiento Humanizado. Gaceta Oficial de la República Bolivariana de Venezuela No. 41.376. Fecha: 12-04-2018. Disponible en: <https://www.ghm.com.ve/wp-content/uploads/2018/04/41376.pdf>
41. Ministerio del Poder Popular para la Salud. Resolución Número 348. Gaceta Oficial de la República Bolivariana de Venezuela. No. 41.553. Fecha: 27-12-2018. Disponible en: <https://www.ghm.com.ve/wp-content/uploads/2019/01/41553.pdf>
42. Ministerio del Poder Popular para la Salud. Resolución No. 011. Gaceta oficial de la República Bolivariana de Venezuela. No. 41.564. Fecha: 15-01-2019 Disponible en: http://spgoin.imprentanacional.gob.ve/cgi-win/be_alex.cgi?Documento=T028700027326/0&Nombrebd=spgoin&CodAsocDoc=1676&t04=1&t05=png&Sesion=1324522729
43. Ministerio del Poder Popular para la Salud. Resolución No. 007. Gaceta oficial de la República Bolivariana de Venezuela. No. 41.564. Fecha: 15-01-2019 Disponible en: http://spgoin.imprentanacional.gob.ve/cgi-win/be_alex.cgi?Documento=T028700027326/0&Nombrebd=spgoin&CodAsocDoc=1676&t04=1&t05=png&Sesion=1324522729
44. Ministerio del Poder Popular para la Salud. Resolución No. 041. Gaceta oficial de la República Bolivariana de Venezuela. No. 41.584. Fecha: 12-02-2019. Disponible en: <https://www.ghm.com.ve/wp-content/uploads/2019/02/41584.pdf>
45. República Bolivariana de Venezuela. Plan de la Patria 2025. Proyecto Nacional Simón Bolívar, Tercer Plan Socialista de Desarrollo Económico y Social de la Nación 2019-2025. Gaceta oficial de la República Bolivariana de Venezuela. No. 6446 (Extraordinario). Fecha: 08-04-2019. Disponible en: https://drive.google.com/file/d/122_Fm1wQd1hYL63SeJz5SscnypBs394V/view
46. Guerrero-Duque A. Casi medio siglo sin garantías: un análisis de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres venezolanas antes, durante y después de la Revolución. En: Rojas-Silva N, Bohórquez-Polo V, Angel S, editores. ¿Cómo han cambiado las revoluciones las vidas de las mujeres. Bogotá: Universidad Sergio Arboleda. 2024.p.135-160 Disponible en: https://www.programacuba.com/_files/ugd/85411d_9ed10f14e06d4f6b82fdb029e41bffe.pdf#page=135
47. Organización Mundial de la Salud. Recomendaciones de la OMS sobre intervenciones de promoción de salud para la salud materna y neonatal 2015. Ginebra: OMS. 2015. Disponible en: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/250591/9789241508742-spa.pdf?sequence=1>
48. Aponte C. Misión Barrio Adentro: Atención fracturada y salud en crisis. Observatorio Misiones. 2018: 1-10 Disponible en: <http://saber.ucv.ve/bitstream/10872/19257/1/2018%20Mision%20Barrio%20Adentro%20Atenci%C3%B3n%20fracturada%20y%20salud%20en%20crisis.pdf>
49. Bendack Zambrano FR, García Zambrano KS, Vásquez Giler Y, Zambrano Acosta JM. Apuntes 250 sobre la mortalidad materna en el contexto de la Agenda 2030, Manabí, Ecuador 2017-2021. *Estud Desarro Soc Cuba Am Lat.* 2024;12(1):22-31.
50. Bello-Urrego AR. Sufrimientos invisibles y crueldad normalizada: El caso de la exclusión del feminicidio en gestantes de la definición de la Mortalidad Materna de la OMS. *Rev Via Iuris.* 2021;(30):151-167.
51. Tang M. Escenarios ocultos de la muerte materna. Desde la mirada de mujeres sobrevivientes. *Rev Salud Bien Colec. RESBIC.* 2020;4(3):3-21.
52. Briceño-Arias S, Cano-Lizcano PA, Bocanegra-Moreno MC, García Mayorca-Madera S. Cifras estadísticas y políticas de salud pública que inciden en la mortalidad materna en gestantes entre las edades de 15 a 49 años en el departamento de Guainía comparado con el departamento de Antioquia en el periodo de 2018. *Rev Cuarzo.* 2021;27(1):7-17.
53. Contreras L, Doria-Medina J, Chipia J. Descripción de la mortalidad materna en Mérida-Venezuela: periodo 2013-2018. *Enferm Histe Invest.* 2021;8(1):24-34.