

**UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA DE MEDICINA "LUIS RAZETTI"
DEPARTAMENTO DE MEDICINA PREVENTIVA Y SOCIAL
CÁTEDRA DE SALUD PÚBLICA
ASOCIACIÓN VENEZOLANA DE ESTUDIOS DE LA POBLACIÓN
COMISIÓN CIENTÍFICA DE ESTUDIOS DE SALUD POBLACIONAL**

**MORTALIDAD MATERNA MEDIDA A TRAVÉS DE LAS TASAS DE MORTALIDAD
Y LOS AÑOS DE VIDA POTENCIALES PÉRDIDOS EN LA POBLACIÓN CON
EIDADES ENTRE 15 Y 29 AÑOS Y SEGÚN CAUSAS DE MUERTE. VENEZUELA.
2000-2010**

AUTORES.

RÓMULO ORTA C.¹

DIANA JELENKOVIC A.²

RUBÉN LÓPEZ M.³

AUTORES

1. Sociólogo. Demógrafo. Profesor Titular de la Facultad de Medicina de la UCV. Doctor en Ciencias Sociales.
2. Médico. Fisiatra. Instructora por Concurso de Oposición de la Facultad de Medicina de la UCV. Doctora en Ciencias Médicas.
3. Médico. Farmacólogo. Instructor por Concurso de Oposición. Facultad de Medicina de la UCV. Doctor en Ciencias Médicas.

Contenido

Resumen	4
Introducción.....	5
Objetivos.....	7
Materiales y métodos.....	¡Error! Marcador no definido.
Objetivos y metas para la reducción de la mortalidad materna en el mundo.....	9
Magnitud, vulnerabilidad y trascendencia de la mortalidad materna. ..	¡Error! Marcador no definido.9
El descenso de la mortalidad materna en Chile.....	16
Contenidos e impactos de los programas de prevención de la mortalidad materna en Venezuela, durante el lapso 2000-2010	19
La mortalidad femenina por accidentes de transporte: un problema de gran magnitud no priorizado.....	21
Conclusiones.....	22
Recomendaciones.....	23
Bibliografía.....	24

Resumen.

La Declaración del Milenio de 2000, de la Organización de las Naciones Unidas, pautó que en 2015 la mortalidad materna debía reducirse en un 75 por ciento respecto a su valor de 1990.

En Venezuela, en 2010, era muy evidente que esa meta no se cumpliría. Y que en lugar de disminuir, los indicadores de la mortalidad materna expresaban un incremento.

La mortalidad femenina venezolana presenta realidades que por su magnitud respecto a otras causas de muerte hacen incomprensible que la prioridad de las políticas de salud sea casi exclusivamente dirigida a la atención de la mortalidad materna y al diseño y ejecución de políticas y programas de salud sexual y reproductiva. En Venezuela mueren anualmente más mujeres por causas externas que por mortalidad materna. Esa realidad es irrefutable, por ejemplo, en lo que concierne a la mortalidad femenina por Accidentes de Transporte que es más de tres veces la mortalidad materna. Tampoco queda suficientemente claro por parte de los organismos gubernamentales nacionales e intergubernamentales internacionales por qué si la pobreza es señalada como factor muy determinante de la mortalidad materna, y habiendo en nuestro país un número anual de mujeres embarazadas y parturientas no menor a 600 mil, de las cuales por lo menos la mitad deben ser mujeres pobres, la magnitud de la mortalidad materna apenas sobrepasa recientemente las 400 muertes. Otros países no altamente desarrollados social y económicamente que han reducido significativamente las cifras de la mortalidad materna lo han hecho mediante intervenciones gubernamentales directas dirigidas consciente y planificadamente a favorecer el acceso de la mujer embarazada a la atención calificada, profesional, competente y oportuna en los servicios de salud.

Palabras clave: Mortalidad. Mortalidad materna.

Introducción.

En septiembre de 2000 tuvo lugar en Nueva York la Cumbre del Milenio de la Organización de las Naciones, evento del cual emanaron los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM), cuyos orígenes se ubican en los compromisos y metas establecidos durante la década de los años 90 del siglo 20, en anteriores cumbres mundiales. Los ODM fueron diseñados para favorecer la reducción de la pobreza, la educación, la salud materna, la equidad de género y el combate de la mortalidad infantil y de enfermedades como el VIH y el sida¹.

El quinto ODM contiene la meta de que para 2015 deberá haberse registrado un descenso del 75 por ciento de la mortalidad materna¹. Lo cierto es que en Venezuela ese objetivo no se logrará. En efecto para el año 2000, según cifras del Ministerio del Poder Popular para la Salud, la tasa de mortalidad materna en Venezuela fue igual a 60,1 muertes maternas por cada 100.000 nacimientos vivos ocurridos en ese año. En 2009, dicha tasa alcanzó una cifra igual a 73 muertes por 100.000 nacimientos vivos. El número absoluto de muertes maternas en el año 2000 fue igual a 327, para 2009 se elevó a 434². Entonces tenemos que de acuerdo con las estadísticas gubernamentales, no solo no se redujo la mortalidad materna venezolana, tampoco se mantuvo estable, sino que aumentó. Recordemos que la Declaración del Milenio de las Naciones Unidas, suscrita en 2000 en Nueva York tiene como meta que para 2015, la mortalidad materna deberá haberse reducido en un 75 por ciento respecto a su valor correspondiente al año 1990. En este último año, la tasa de mortalidad materna venezolana fue igual a 58,9 muertes maternas por cada 100 mil nacimientos vivos y ocurrieron 338 muertes maternas².

Para el año 2015, Venezuela debería alcanzar una tasa igual 14,7 muertes por 100.000 nacimientos vivos. Sin embargo, los indicadores de mortalidad antes referidos indican que Venezuela está muy lejos de lograr la meta de una reducción de la mortalidad materna en un 75 por ciento, para dar así cumplimiento a lo señalado en los Objetivos y Metas del Milenio. Y el logro de esa reducción tampoco se aprecia en las cifras de la mortalidad materna observada en la población femenina con edades de 15 a 29 años, que es la más expuesta al riesgo de la fecundidad. Nuestros cálculos revelan que dentro del grupo etario de 15 a 29 años, le correspondió la más alta tasa de mortalidad materna a las mujeres con edades de 25 a 29 años (en 2005= 44,8 muertes por cada 100 mil nacimientos vivos; en 2010 = 71,6 muertes por cada 100 mil nacimientos vivos). Igualmente en el grupo de 25 a 29 años se incrementó la tasa de años de vida potenciales perdidos (mortalidad

prematura) al fluctuar de 2,9 años por cada 1.000 mujeres que murieron por causas asociadas con la mortalidad materna, en 2005, a 3,9 años en 2010.

Consideramos que debe producirse una reflexión serena, objetiva, no ideologizada por versiones feministas o que le atribuyen exageradamente a la pobreza material la explicación y/o justificación de los problemas, ni populista, sobre la verdadera significación de la mortalidad materna como problema de Salud Pública, a la luz de las cifras de su magnitud. Porque si tenemos que anualmente en Venezuela ocurren entre 500 mil y 600 mil partos, la ocurrencia de entre 300 y 400 muertes maternas obliga a aquella reflexión sobre la naturaleza prioritaria de la mortalidad materna como problema de salud pública, y en torno al hecho de que la Declaración del Milenio de las Naciones Unidas haya convertido su reducción en el quinto objetivo de desarrollo del milenio; ello es consecuencia de la impronta dejada por los acuerdos establecidos en El Cairo, en 1994. También es muy cierto que miles de fallecimientos suceden como consecuencia de la violencia y de los accidentes, y sin embargo, esta mortalidad no recibe un tratamiento prioritario al definir las políticas y los programas de salud poblacional en las cumbres mundiales de población y desarrollo. Ya lo hemos señalado de manera reiterada en anteriores trabajos de investigación; la Cumbre Mundial sobre Población y Desarrollo, celebrada en El Cairo en 1994, definió como prioridad a las políticas y los programas de salud sexual y reproductiva, dejando de lado otras realidades que también merecen especial y mayor atención societal y gubernamental. Nos preocupa que las resoluciones de El Cairo sigan orientando las estrategias en salud a nivel mundial, regional y nacional. Diez años después debió efectuarse una cumbre mundial sobre población y desarrollo, pero no se hizo, y opinamos que hoy día las resoluciones de El Cairo 1994 están desfasadas de las nuevas realidades sobre la mortalidad y la morbilidad.

Objetivos.

Dicho lo anterior y dados esos registros obtenidos de la mortalidad materna, nos hemos planteado obtener los siguientes objetivos:

1. Establecer el comportamiento cronológico de las tasas de mortalidad materna en Venezuela dentro del grupo de edades de 15 a 29 años, atribuibles a la mortalidad materna, para el período 2005-2010..
2. Determinar el comportamiento cronológico de los Años de Vida Potenciales Perdidos (AVPP) dentro del grupo etario de 15 a 29 años de edad para el lapso 2005-2010, atribuibles a la mortalidad materna.
3. Describir y analizar el comportamiento de las tasas de mortalidad femenina para las edades de 15 a 29 años de edad por Accidentes de Transporte (V01-V99), en 2000 y 2010.
4. Describir y analizar el comportamiento de los Años de Vida Potenciales Perdidos por Accidentes de Transporte, en la población femenina con edades de 15 a 29 años en 2000 y 2010.
5. Revisar los contenidos y los impactos de los programas de prevención de la mortalidad materna en Venezuela, durante el lapso 2000-2010.

Materiales y métodos.

Se trata de un estudio documental y descriptivo de la serie cronológica (2005-2010) de la mortalidad materna y de la mortalidad femenina por accidentes de transporte (2005 y 2010)

Fueron calculadas las tasas específicas de mortalidad, los años de vida potenciales perdidos (AVPP), la tasa de los AVPP, la tasa de mortalidad materna (TMM), las tasas específicas de natalidad por edad de las mujeres y la edad promedio de las mujeres que murieron por causas atribuibles a la mortalidad materna y por accidentes de transporte.

Se emplearon cuadros y gráficos para presentar la información cronológica.

La información de base fue tomada de los Anuarios de Mortalidad y Natalidad del Ministerio del Poder Popular para la Salud. Las proyecciones y estimaciones de población, así como la esperanza de vida al nacer provienen de la página WEB del Instituto Nacional de Estadística. Se tomó como expectativa de vida promedio del sexo femenino para el lapso 2005-2010 el valor de 76 años.

Objetivos y metas para la reducción de la mortalidad materna en el mundo.

Nairobi fue, en 1987, sede de la Primera Conferencia Internacional sobre la Maternidad sin Riesgo, la cual se planteó el objetivo de disminuir para el 2000, en un 50 por ciento los indicadores que, en 1990, registraba la mortalidad materna. Dicha meta fue asumida por varios gobiernos y por la Cumbre Mundial a favor de la Infancia, realizada en 1990 en Nueva York, también por la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo, celebrada en El Cairo en 1994, por la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer, en Beijing, en 1995 y por la Consulta Técnica sobre la Maternidad de Riesgos, realizada en Colombo, en 1997.

En 2000 tuvo lugar en Nueva York la Cumbre del Milenio de la Organización de las Naciones Unidas. Allí se estableció la meta de alcanzar en 2015 una reducción en un 75 por ciento en las cifras de la mortalidad materna. Los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) se nutrieron de los compromisos y las metas establecidos en las cumbres efectuadas en los años 90 del siglo 20¹.

Los ODM tienen como propósitos el favorecer la reducción de la pobreza, la educación, la salud materna, la equidad de género. También enfrentar la mortalidad infantil, el VIH, el SIDA y otras enfermedades. Por tanto, con el horizonte puesto en el año 2015, los ODM refieren en su declaración ser... “un conjunto de objetivos acordados que se pueden cumplir si todos los actores hacen su parte. Los países pobres se han comprometido a gobernar mejor e invertir en sus poblaciones con salud y educación”¹.

Magnitud, vulnerabilidad y trascendencia de la mortalidad materna.

Cifras recientes informan que alrededor del 50 por ciento de las muertes maternas ocurre 24 horas después del parto, siendo una de sus causas la realización de abortos bajo condiciones sanitarias precarias².

Ya en 1999, en una declaración conjunta de la OMS, FNUAP, UNICEF y Banco Mundial sobre la reducción de la mortalidad materna, se había establecido que aproximadamente 600.000 mujeres fallecen anualmente en el mundo, en edades comprendidas entre los 15 y los 49 años, por complicaciones durante el embarazo y el parto, y que la mayoría de esas muertes se pudieron evitar mediante la aplicación de medidas preventivas y atención adecuada. También se ha advertido que siendo la problemática de la mortalidad materna de origen multicausal, las intervenciones sobre ella deben efectuarse en correspondencia... “con programas de salud más amplios (...) de asesoramiento nutricional y suplemento de micronutrientes, supervivencia y desarrollo del niño, inmunización, agua salubre y saneamiento, planificación de la familia, evitación de embarazos no deseados y prevención y lucha contra el paludismo, HIV/SIDA y otras enfermedades de transmisión sexual”³.

Por otra parte, y luego de divagar por diversos asuntos, la declaración reconoce la necesidad de que a la mujer embarazada se le deben ofrecer servicios de buena calidad, proveedores de cuidados esenciales durante el embarazo y el parto y contando con la asistencia brindada por personal competente³.

Se indica en la declaración conjunta que las mujeres de los países menos desarrollados son más vulnerables a los riesgos de la mortalidad materna. Y dentro de esos países lo son más aquellas mujeres en situación de pobreza. La declaración lo manifiesta en los siguientes términos al referirse a la mortalidad materna, como un problema de incumplimiento de los derechos humanos de la mujer en las naciones subdesarrolladas, afectando ...“más agudamente a los pobres, los desfavorecidos y las personas que carecen en absoluto de poder”³.

Nuestra opinión es que el discurso de la pobreza material de las personas y el subdesarrollo de las naciones asociado a la mortalidad materna ha convertido a la pobreza y al subdesarrollo en una explicación exagerada como factor causal fundamental de la mortalidad materna, y encubridora de causas de más fácil identificación directa e intervenibles mediante políticas de Estado relacionadas con la calidad de la atención y el funcionamiento adecuado de los servicios de salud; pero cuya identificación, en lo que respecta al inadecuado funcionamiento y la escasa capacidad resolutoria de los servicios públicos de salud no sería bien recibida en las cumbres intergubernamentales. Nosotros apuntamos más bien hacia la valoración justa de la deficiencia de los servicios de salud y la falta de atención permanente y oportuna a la mujer antes, durante y posterior a su embarazo como el eslabón más importante en la causalidad de la mortalidad materna. Más adelante, la revisión de casos como el de Chile, que ha avanzado mucho en la reducción de las cifras de la mortalidad materna, nos permitirá verificar que estamos en lo cierto; esto es, que la pobreza es un argumento encubridor de la causa más determinante de la mortalidad materna; esto es, servicios de salud que no dan atención competente, adecuada y oportuna a las mujeres antes, durante y posterior a su embarazo.

CUADRO N° 1. INDICADORES DE LA MORTALIDAD MATERNA EN EDADES DE 15 A 29 AÑOS. VENEZUELA. AÑOS 2005-2010

	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Indicador						
Media¹	23,3	23,2	23,2	22,7	23,2	23,1
xMn²	5,3	5,3	5,2	6	7,3	6,2
AVPP³	10.122	10.298	10.249	12.100	14.727	12.632
TAVPP⁴	2,8	2,8	2,7	3,2	3,9	3,3
Nac vivos⁵	490.727	474.553	455.608	428.866	439.321	438.317
TMM⁶	39,1	41,1	42,6	52,9	63,5	54,5
xFn⁷	135	129	122	114	115	114

- (1) Media: se refiere al promedio aritmético de las edades de las mujeres que fallecieron como consecuencia de las causas de la mortalidad materna.
- (2) xMn: corresponde a las tasas específicas de la mortalidad femenina para el grupo de edades de 15 a 29 años, calculadas en función de cada 100.000 mujeres con esas edades.
- (3) AVPP: es el número absoluto de años de vida potenciales perdidos por muertes sucedidas en mujeres que al morir tenían entre 15 y 29 años de edad.
- (4) Tasa AVPP: es el número de AVPP perdidos por cada 1.000 mujeres con edades entre 15 y 29 años.
- (5) Nacimientos vivos entre mujeres con edades entre 15 y 29 años.
- (6) TMM: se refiere a la tasa de mortalidad materna por cada 100 mil nacimientos vivos, calculada para las mujeres que fallecieron teniendo edades entre 15 y 29 años
- (7) xFn: la tasa específica de natalidad para las mujeres con edades entre 15 y 29 años, calculadas por cada 1.000 mujeres con esas edades.

Fuente: Anuarios de Mortalidad Años 2005 - 2010. Dirección de Información y Estadísticas de Salud – MPPS (cálculos propios).

El cuadro estadístico número 1 pone en evidencia los siguientes hechos respecto al comportamiento de la mortalidad materna venezolana, a lo largo del período 2005-2010:

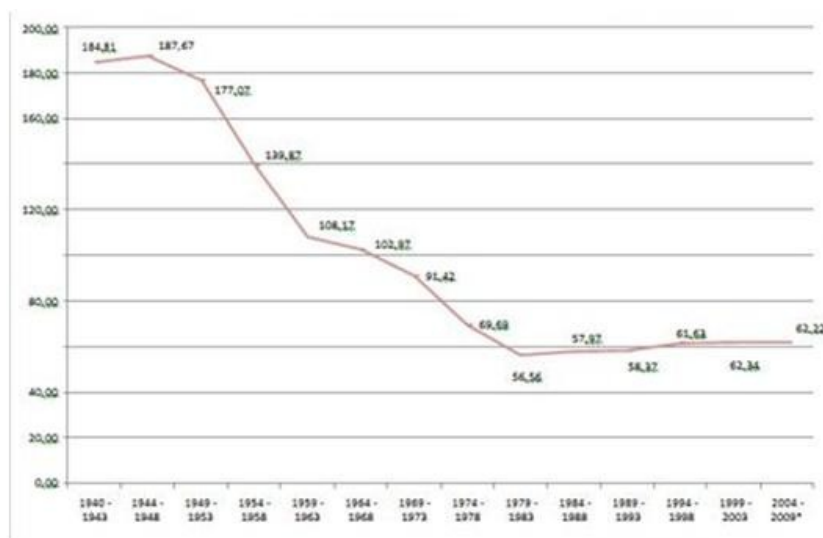
1. La media aritmética de las edades de las mujeres muestra una tendencia estable, con un muy ligero descenso al variar de 23,3 años a 23,1 años, entre 2005 y 2010. En 2000, el porcentaje de muertes maternas entre 15 y 29 años de edad fue igual a 54 por ciento. En 2010 fue del 58 por ciento. En 2000, las muertes maternas con edades por encima de los 29 años fue igual a 45,3 por ciento; en 2010 fue del 40,5 por ciento. Es decir, la tendencia fue a que creciera el porcentaje de muertes maternas en las edades de 15 a 29 años y disminuyera el porcentaje en edades por encima de los 29 años.
2. Todos los demás indicadores observables en el cuadro 1 revelan que en Venezuela no se ha producido una reducción de las cifras de la mortalidad materna como lo recomendó la Organización de las Naciones Unidas (ONU) dentro de los Objetivos y las Metas del Milenio. En efecto, estamos muy cerca de alcanzar la fecha límite establecida por la ONU, y respaldada por los líderes mundiales para alcanzar los Objetivos y Metas del Milenio, estamos muy cerca del año 2015, y en relación con la muerte materna el objetivo 5 señaló la necesidad de su disminución en el 75 % o tres cuartas partes en relación con las cifras del año 1990¹ . Es decir, que para los países latinoamericanos la meta para el 2015 es

de 47,5 muertes por cada 100 mil niños nacidos vivos. Y las cifras de la mortalidad materna venezolana son muy elevadas en el grupo etario de 15 a 29 años.

3. En el cuadro n° 1 nuestros cálculos dejan observar que la tasa específica de mortalidad para las mujeres de 15 a 29 años de edad que murieron por las causas atribuibles a la mortalidad materna muestra un crecimiento, al pasar de 5,3 muertes por cada 100.000 mujeres con esas edades en 2005, a 6,2 muertes por 100.000 en 2010. También creció el número absoluto de años de vida potenciales perdidos, al pasar de 10.121 años en 2005 a 12.632 años en 2010. También se elevó la tasa de años de vida potenciales perdidos, variando de 2,8 AVPP por cada 1.000 mujeres con esas edades, en 2005, a 3,3 AVPP por cada mil mujeres en 2010. La frecuencia de nacimientos vivos varió de 490.727, en 2005, a 438.317 en 2010. También decreció la tasa específica de fecundidad, variando de 135 por cada 1.000 mujeres con edades de 15 a 29 años a 114 por cada 1.000 mujeres. Y finalmente, la tasa de mortalidad materna entre las mujeres cuyas edades variaban entre 15 y 29 años registró un incremento entre 2005 y 2010, pasando de 39,1 muertes por cada 100 mil nacimientos vivos a 54,5

Cuidado hay que tener con las cifras de la mortalidad prematura, recogidas por los indicadores de los AVPP, en un país que estando en situación de bono demográfico desde 2002, caso de Venezuela, estaría perdiendo por causa de la mortalidad materna años de potencial productivo humano. Sobre todo cuando se sabe que los países que atraviesan por la etapa de bono demográfico deben aprovechar esa ventaja realizando significativas inversiones en salud y educación. Y Venezuela no lo está haciendo en los términos que lo exige estar en situación de bono demográfico.

GRÁFICO 1 MORTALIDAD MATERNA. TASA QUINQUENAL VENEZUELA 1949-2009



Fuente: Anuarios de Mortalidad Años 1940 - 2009. Dirección de Información y Estadísticas de Salud – MPPS.

Ahora bien, nos preguntamos ¿es la pobreza la explicación más convincente del comportamiento de la mortalidad materna venezolana?

Para responder a esa interrogante vayamos a lo que nos informa el Ministerio del Poder Popular para la Salud respecto a las causas de la mortalidad materna en Venezuela, para el año 2009:

CUADRO N° 2 PRINCIPALES CAUSAS DE MORTALIDAD MATERNA (EMBARAZO, PARTO Y PUERPERIO (O00-O99)) VENEZUELA AÑO 2009

Causas de Mortalidad Materna	Total
Edema, proteinuria y trastornos hipertensivos en el embarazo, el parto y el puerperio (O10-O16)	102
Hipertensión preexistente que complica el embarazo, el parto y el puerperio (O10)	
Hipertensión gestacional con proteinuria significativa (O14)	14
Eclampsia (O15)	37
Hipertensión materna no especificada (O16)	1
Resto de causas (O11) (O12)	
Otras afecciones obstétricas no clasificadas en otra parte (O95-O99)	165
Enfermedades maternas infecciosas y parasitarias clasificables en otra parte, pero que complican el embarazo, el parto y el puerperio (O98)	5
Otras enfermedades maternas clasificables en otra parte, pero que complican el embarazo, el parto y el puerperio (O99)	159
Resto de causas (O95) (O96) (O97)	1
Complicaciones del trabajo de parto y del alumbramiento (O60-O75)	55
Anormalidad de la dinámica del trabajo de parto (O62)	21

Otras obstrucciones del trabajo de parto (O66)	
Otro trauma obstétrico (O71)	13
Hemorragia postparto (O72)	12
Complicaciones de la anestesia administrada durante el trabajo de parto y el parto (O74)	
Resto de causas (O60) (O61) (O63) (O64) (O65) (O67) (O68) (O69) (O70) (O73) (O75)	9
Embarazo terminado en aborto (O00-O08)	41
Embarazo ectópico (O00)	9
Mola hidatiforme O01)	2
Otros productos anormales de la concepción (O02)	7
Otro aborto (O05)	
Aborto no especificado (O06)	23
Resto de causas (O03) (O04) (O07) (O08)	
Complicaciones principalmente relacionadas con el puerperio (O85-O92)	41
Sepsis puerperal (O85)	19
Embolia obstétrica (O88)	14
Complicaciones de la anestesia administrada durante el puerperio (O89)	1
Complicaciones del puerperio no op (O90)	5
Resto de causas (O85) (O87) (O91) (O92)	2
Otros trastornos maternos relacionados principalmente con el embarazo (O29-O29)	4
Complicaciones venosas en el embarazo (O22)	
Infección de las vías genitourinarias en el embarazo (O23)	
Diabetes Mellitus en el embarazo (O24)	3
Resto de causas (O20) (O21) (O25) (O26) (O27) (O28) (O29)	1
Atención materna relacionada con el feto y la cavidad amniótica y a posibles problemas del parto (O30-(O48))	26
Placenta previa (O44)	7
Desprendimiento prematuro de la placenta (abruptioplacentae) (O45)	16
Resto de causas (O30) (O31) (O32) (O33) (O34) (O35) (O36) (O37) (O38) (O39) (O40(O41) (O42) (O43) (O46) (O47) (O48)	3

FUENTE: Anuarios de Mortalidad 2009. Dirección de Información y Estadísticas de Salud – MPPS.

Por mortalidad materna se entiende a todo fallecimiento de la madre que ocurra durante el embarazo, el parto o hasta 42 días después del parto, como consecuencia de las causas obstétricas directas o indirectas que lo produzcan. En este conjunto de causas registradas en el cuadro N° 2 por el Ministerio del Poder Popular para la Salud (MPPS), es oportuno recordar que según la causa médica, las muertes maternas, para su clasificación, se pueden subdividir en dos grupos: obstétricas y no clasificables. De la misma manera es conveniente subrayar que la muerte materna obstétrica directa, según la Clasificación Internacional de Enfermedades, de la Organización Mundial de la Salud (OMS)

(CIE-10), se refiere a las muertes maternas que resultan de complicaciones obstétricas del embarazo, parto y puerperio, de intervenciones, de omisiones, de tratamiento incorrecto o de una cadena de acontecimientos originada en cualquiera de tales circunstancias⁴.

Por su parte, la muerte materna obstétrica indirecta: comprende las muertes maternas que resultan de una enfermedad existente desde antes del embarazo o de una enfermedad que evoluciona durante el mismo, no debida a causas obstétricas directas pero si agravadas por los efectos fisiológicos del embarazo, entendiendo embarazo como el continuo: embarazo, parto o puerperio⁴ A su vez las causas obstétricas se pueden subdividir en directas e indirectas, y todas las causas también se pueden clasificar como evitables o no⁵.

Al revisar las investigaciones y literatura publicadas, pareciera que la mortalidad materna observada en los datos reportados por el MPPS durante el año 2009, cuadro número 2, está estrechamente relacionada principalmente con factores biológicos, el número de hijos, nivel cultural, educativo, ocupación, número de embarazos, enfermedades infecciosas, y otros factores predisponentes así como también con programas que garanticen la salud sexual y reproductiva. Es decir, cobra protagonismo principal la mortalidad materna debida a causas obstétricas directas, y esto tiene correspondencia con los hallazgos obtenidos a partir de la experiencia mostrada en otros países, donde estas causas muestran tener un mayor peso como determinantes principales de la mortalidad materna, más que la explicación de la mortalidad materna basada mayoritariamente en la causa de pobreza socioeconómica en este grupo poblacional, que ha sido un discurso persistentemente sostenido durante años en todas las cumbres y encuentros relacionados con el tema de la mortalidad materna. El análisis de las causas directas en el lapso estudiado ha revelado, para algunos autores, que se ha sucedido un desplazamiento de posición de los factores directamente involucrados. Por tanto, ello obliga a tomar medidas educativas y asistenciales, pues son causales prevenibles donde la promoción de la salud materna, el diagnóstico y tratamiento precoz tienen un efecto benéfico reconocido⁶.

Con los datos provistos en el cuadro N° 2, no resulta fácil sub-clasificar cuáles de las causas allí expuestas se podrían deber principalmente a tales factores. Sin embargo, cabe destacar, que dentro de las llamadas muertes evitables, el conjunto de enfermedades maternas que complican el embarazo, el parto y el puerperio (v.gr., hipertensión arterial, diabetes, hemorragia, etcétera) y que son prevenibles y manejables desde la perspectiva de la atención médica cualificada y oportuna, representan en este cuadro cerca del 31% del total de las causas de mortalidad materna, cifra para nada despreciable dentro del análisis del contexto esta situación de salud.

Por tanto, creemos firmemente que la mejora de la disponibilidad y accesibilidad a la atención gineco-obstétrica especializada antes, durante y posterior a la concepción y parto, el aumento de la cobertura, la mejoría de la calidad y de equidad en el acceso de los servicios médicos para las mujeres en edad de procrear, son determinantes en la disminución de la mortalidad materna⁷, como se puede observar en el ejemplo chileno citado más adelante en este trabajo.

Para aproximarnos objetivamente a una mejor comprensión del impacto de esos factores o circunstancias de riesgo, se hace necesario destacar y citar algunos factores que Thaddeus y col. señalan como los factores que afectan el intervalo entre la aparición de las complicaciones obstétricas y sus resultados a posteriori; es el llamado esquema de las tres demoras. Ese esquema se refiere a que: 1) Se demora la decisión de buscar atención. 2) Hay demora para llegar a un centro de salud y 3) Se demora la prestación de una atención adecuada. Así que aunque ciertas pacientes tomen una decisión oportuna de acudir a dichos servicios, pueden sufrir un retraso, debido a problemas de accesibilidad a los mismos, que se agrava en ciertas regiones o ciudades de los países en vías de desarrollo, y al retardo en la obtención de atención profesional oportuna y capacitada⁸

De manera que si nos acercamos desde el punto de vista de salud a un enfoque proactivo del manejo de la salud materna, que busque evitar que una situación similar tenga el mismo desenlace, seguramente se podrá contribuir significativamente a la reducción de la mortalidad materna⁹.

Resulta importante destacar, para analizar y orientar el trabajo sobre mortalidad materna en nuestros países, el comportamiento de la mortalidad materna en los países de la América Latina que han logrado reducir significativamente las cifras de la mortalidad materna como es el caso de Chile.

El descenso de la mortalidad materna en Chile.

Nuestra hermana República de Chile es la nación latinoamericana que muestra las reducciones más significativas de las cifras de la mortalidad materna. En ese país, la tasa de la mortalidad materna en 1951 era de 276 muertes por cada 100.000 nacimientos vivos, pero en 1989 se había reducido a 41. Reducción que se atribuye al aumento de la atención del parto por personal competente, la disminución del aborto en hospitales que hasta 1965 causaba aproximadamente el 50 por ciento de las defunciones maternas y al empleo de los métodos anticonceptivos¹⁰. Habiéndose registrado en la primera década del siglo 21 un aumento de las muertes maternas entre mujeres con edades avanzadas (40 a 49 años), la Sociedad de Obstetricia y Ginecología chilena ha recomendado el desarrollo de estrategias encaminadas a estimular la planificación familiar, el embarazo en edades más jóvenes, el control hospitalario del embarazo y la educación para la salud reproductiva¹¹. Como se

verá se trata de intervenciones directas que procuran corregir conductas de la sexualidad y la reproducción, educando para la salud sexual y reproductiva, facilitando el acceso a los servicios de salud y promoviendo el control profesional y competente del embarazo, más que de intervenciones dirigidas a lo económico personal y familiar.

Los resultados obtenidos en Chile referidos al descenso de la mortalidad materna, durante la década de los años 90 del siglo 20 se debieron en gran medida al control del embarazo no deseado, lo que produjo una significativa disminución de las muertes maternas por aborto. Se ha señalado que “actualmente las principales causas de muerte materna son las relacionadas con el embarazo, parto y puerperio y las enfermedades maternas pregestacionales, por lo tanto, la reducción del indicador radica en mejorar la calidad del control prenatal, de la atención del parto y del puerperio, y la planificación familiar en las mujeres con enfermedades crónicas”¹²

No abrigamos duda alguna de que para lograr la disminución de la mortalidad materna toda la población debe participar en el diseño, aplicación, seguimiento, evaluación y cambios de los programas de salud sexual y reproductiva requiriéndose para ello que la población avance sustancialmente en sus condiciones educativas y socioeconómicas. Se ha comprobado que las cifras más altas de mortalidad materna están asociadas con bajo nivel educativo y baja calidad de vida. Sin embargo, la poca cantidad de muertes maternas en la población embarazada permite sostener que no es la pobreza socioeconómica el factor preponderante, porque si así lo fuese, el número de muertes maternas, por lo menos en nuestras realidades latinoamericanas debería alcanzar cifras de cuatro o más dígitos.

En los países en los que se han obtenido importantes logros en la reducción de los valores de la mortalidad infantil y la mortalidad materna ha habido una fuerte intervención del Estado para alcanzar esos avances... “mediante políticas sanitarias estructuradas y sostenidas –enfocadas hacia la salud materno infantil y el entorno del hogar- y otras políticas sociales relevantes, como la universalización de la educación básica”¹³

En Chile, desde 1952, se tomaron medidas en el Sistema Público de Salud para integrar en él a seis instituciones de salud que trabajaban de manera separada en diversas áreas de la seguridad social y de la acción sanitaria, incluyendo a las universidades; todo ello para alcanzar los siguientes objetivos: reducir la mortalidad materna y la mortalidad infantil, controlar las enfermedades infecciosas, erradicar la desnutrición y coordinar las labores del sector salud con las de otros entes y sectores sociales asociados con los factores condicionantes de la salud poblacional. Estos hechos corresponden a una primera etapa de desarrollo de políticas y programas para la salud materna

e infantil, que constituyó el principal foco de acción del sistema público de salud chileno¹³

La atención sanitaria chilena se basó en criterios científicos y en un enfoque sistémico. Dichos criterios fueron los siguientes:

1. Perspectiva integradora de la salud y el ciclo de vida con el medio ambiente, dándole prioridad a la atención ambulatoria y en la comunidad.
2. Diseño de estrategias holísticas para brindar una asistencia sanitaria integrada y la integración entre las organizaciones sanitarias.
3. Conformación de equipos profesionales multidisciplinarios para la atención sanitaria.
4. Integración de los servicios públicos de salud con las universidades para labores de entrenamiento e investigación.
5. Evaluación continua de los programas e instrumentos.
6. Mejoramiento permanente de la calidad y confiabilidad de los procesos de recolección de la información epidemiológica¹³.

Sin embargo, ahora Chile atraviesa por una situación de crecimiento de la paridez entre las mujeres con 30 o más años de edad. En la primera década del siglo 21, en Chile, el número de partos en mujeres primíparas con edades iguales o superiores a los 30 años creció de un 5 por ciento a casi un 8 por ciento. O sea, son mujeres de alto riesgo obstétrico, lo cual sería la causa de la no variación significativa que registra la tendencia descendente que venía presentando la mortalidad materna chilena^{11,14}. En Venezuela esa situación no se ha presentado durante el lapso 2005-2010, sino que más bien en 2005 hubo 158.804 nacimientos vivos en mujeres con edades iguales o mayores a los 30 años, en 2010 hubo 141.283 nacimientos vivos en mujeres con esas edades.

Contenidos e impactos de los programas de prevención de la mortalidad materna en Venezuela, durante el lapso 2000-2010

En torno a los impactos de los programas de prevención de la mortalidad en Venezuela ya las estadísticas presentadas en páginas anteriores ponen en evidencia que Venezuela no logrará para el año 2015 una reducción del 75 por ciento de la tasa de mortalidad materna.

La Cumbre del Milenio tuvo lugar en septiembre de 2000, y el gobierno nacional nos informa que “Desde el punto de vista de las políticas de salud destaca la puesta en marcha de programas y normas (Proyecto Madre, La Norma Oficial Venezolana para la Atención Integral de la Salud Sexual y Reproductiva de 2004; La Norma Oficial Venezolana para la Atención Integral de las y los Adolescentes de 2003 (...)) el 23 de diciembre de 2009 se inició la Misión Niño Jesús, con el objetivo de mejorar la atención a la mujer embarazada, recién nacidos y niños menores de 5 años”¹⁵.

Es decir, entre 4 y 9 años después de la Cumbre del Milenio es cuando el gobierno nacional diseñó y empezó a ejecutar políticas para la atención de la mortalidad materna. A ello se le agrega el conocimiento directo que tenemos sobre la existencia en paralelo de dos sistemas públicos de salud que no se complementan ni integran; ellos son la Misión Barrio Adentro y el Sistema Público Nacional de Salud que corresponde a la Ley Orgánica del Sistema Público Nacional de Salud, vigente desde el 11 de noviembre de 1998. En el área de la formación de los profesionales y técnicos del sector salud también funcionan en paralelo y sin integración dos modelos de formación, el de las Universidades Nacionales, especialmente las Autónomas, y el de la Medicina Integral Comunitaria. De manera tal que la enseñanza de integración interinstitucional e intersectorial de Chile no ha sido acogida en Venezuela.

Aunque en sus contenidos y proposiciones de políticas y programas la llamada Revolución Bolivariana ha planteado acciones muy similares a los de la experiencia chilena a los fines de asegurar el acceso de las mujeres embarazadas a la atención profesional, oportuna y de calidad, la protección a la sexualidad y a la reproducción sana, responsable y sin riesgos. Pero no cabe duda de que en la mayoría de las situaciones eso es mera retórica gubernamental porque persiste el paralelismo y la no integración de los servicios de salud. La legislación en salud en correspondencia con la Ley Orgánica del Sistema de Seguridad Social, vigente desde diciembre de 2002, ni siquiera ha sido aprobada por la Asamblea Nacional, y persisten las situaciones conflictivas en los hospitales públicos por carencia de recursos de toda índole y por ello dentro del mismo Sistema Público de Salud no existe integración de los hospitales con los centros de salud del primer y segundo nivel de atención; por lo que tampoco funciona la referencia y la contrarreferencia entre los tres

niveles del sistema: También hay incumplimiento de las metas de capacidad resolutiva de cada nivel de atención en salud.

La mortalidad femenina por accidentes de transporte: un problema de gran magnitud no priorizado.

No finalizaremos sin dejar de mostrar nuestra preocupación por la falta de atención y otorgamiento de condición prioritaria a otras causas de mortalidad femenina, con tanta trascendencia familiar y social como la de la mortalidad materna, y que además, por su magnitud constituyen un problema de salud pública de mayor envergadura que la mortalidad materna. Es el caso de la mortalidad por Accidentes de Transporte (V001 - V99),

El análisis de la mortalidad por esa causa revela que en 2010, en Venezuela ocurrieron entre las mujeres un total de 1.258 decesos, de los cuales 444 (35,3 %) fueron de mujeres con edades de 15 a 29 años. Es decir, casi la misma cantidad de muertes correspondientes a la mortalidad materna para todas las edades de las mujeres en riesgo de fallecer por causas propias de la mortalidad materna. En el año 2000 hubo 1.035 muertes de mujeres causadas por accidentes de transporte, también 444 de esas defunciones (42,9 %) fueron de mujeres con edades entre 15 y 29 años.

En 2010, las mujeres que fallecieron por accidentes de transporte, cuando tenían entre 15 y 29 años, produjeron 23.479 años de vida potenciales perdidos; cifra que expresada mediante la tasa de AVPP corresponde a 6,1 años de vida potenciales perdidos por cada 1.000 mujeres que tenían esas edades. Respecto al año 2000. Las mujeres con aquellas edades que murieron por esa misma causa produjeron una pérdida de 23.434 años potenciales de vida, para una tasa de AVPP igual a 5,4 AVPP por cada 1.000 muertes de mujeres con edades entre 15 y 29 años.

Sin embargo, a pesar de esas magnitudes de la mortalidad femenina venezolana por accidentes de transporte, para los organismos internacionales, regionales y nacionales la mortalidad femenina por causas externas, como lo son los accidentes de tránsito, no constituye una prioridad ni recibe un tratamiento expresado en metas y objetivos para el desarrollo como si lo recibe la mortalidad materna. Esa tendencia podría ser explicada como consecuencia de la permanencia desde 1994 de los lineamientos estratégicos emanados de la Cumbre Mundial sobre Población y Desarrollo de El Cairo, centrados de manera exagerada en la sexualidad y la reproducción humanas y en la salud materno infantil, dejando muy de lado y sin priorizar la situación de salud por la que atraviesa la población económicamente activa femenina y masculina, bastante afectada por la mortalidad prematura. Lo cual es preocupante en un país en pleno proceso de bono demográfico..

Conclusiones.

Venezuela no alcanzará en 2015 la meta de reducir la mortalidad materna en un 75 por ciento. Meta que aparece muy lejana porque son muy elevadas las cifras de la mortalidad materna en las mujeres de 15 a 29 años de edad, que es el componente de la población femenina que presenta los más altos valores de fecundidad y por ende, de exposición al riesgo de la mortalidad materna.

Más que la pobreza material de la mujer y su grupo familiar, nuestra investigación indica que son las dificultades presentes en cada una de esas mujeres y su grupo social para el acceso oportuno a la atención por profesionales competentes de la salud el factor más influyente en la producción de muertes maternas.

Existen en Venezuela otras causas de la mortalidad femenina que alcanzan magnitudes muy superiores a las de la mortalidad materna, y sin embargo no son objeto del tratamiento prioritario que requieren por parte del Estado venezolano, afectando al segmento poblacional femenino con más expectativas en lo que se refiere al pleno aprovechamiento de la situación actual de bono demográfico por la que atraviesa Venezuela.

Recomendaciones.

Venezuela debe rigurosa y oportunamente asumir las metas que en materia de mortalidad materna han sido establecidas en diversas oportunidades por organismos internacionales, para lo cual debe basarse en experiencias que de manera significativa muestran reducciones sustanciales en las cifras de la mortalidad materna, como es el caso de Chile, fundamentada en intervenciones directas sobre los servicios de salud que garanticen atención oportuna y profesional de alta calidad a la mujer embarazada durante todo el proceso que va desde la gestación hasta el parto y el puerperio.

También es conveniente que Venezuela diseñe y desarrolle masivamente políticas y programas eficaces para promocionar la salud sexual reproductiva y prevenir las enfermedades pregestacionales y durante el embarazo, para lo cual es recomendable implicar a las comunidades y a los grupos familiares de las mujeres embarazadas.

Es perentorio y necesario revisar y superar los lineamientos estratégicos prioritarios que en términos de la salud poblacional emergieron de la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo, realizada en 1994, en El Cairo. Ya ellos no se corresponden con realidades internacionales, regionales y nacionales surgidas después de 1994; especialmente no son adecuados para atender los requerimientos que en salud presentan las poblaciones que están en plena situación de bono demográfico.

Bibliografía.

1. Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo en Venezuela (2007-2008): Objetivos del Desarrollo del Milenio; en: www.pnud.org.ve/view/18 .
2. Ministerio del Poder Popular para la Salud: Mortalidad Materna e Infantil. República Bolivariana de Venezuela. 1990-2009. Disponible en: http://www.mpps.gob.ve/index.php?option=com_phocadownload&view=category&download=782:1-.mortalidadmaternaeyinfantilvenezuela1999-2009-1de25&id=39:mortalidad-materna-e-infantil&Itemid=915
3. OMS/FNUAP/UNICEF/Banco Mundial (1999): Declaración conjunta: Reducción de la mortalidad materna. Ginebra. Disponible en: www.who.int/reproductivehealth
4. Organización Panamericana de la Salud (OPS), OMS. (Internet) Clasificación estadística internacional de enfermedades y problemas relacionados con la salud; Washington 1995 (consultado 29 Sep 2013). En: www.cemece.salud.gob.mx/fic/cie/index.html).
5. Mazza María Margarita, Vallejo Carla María, González Blanco Mireya. Mortalidad materna: análisis de las tres demoras. RevObstetGinecolVenez [revista en la Internet]. 2012 Dic [citado 2013 Sep 28]; 72(4): 233-248. Disponible en: www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0048-77322012000400004&lng=es
6. Khan KS, Wojdyla D, Say L, Gülmezoglu AM, Van Look PF. WHO (2006) Analysis of causes of maternal deaths: A systematic review. Lancet. 2006;367(9516):1066-1074.
7. Organización de las Naciones Unidas. Metas propuestas en la cumbre del milenio de Septiembre de 2000. Conferencia internacional de las naciones unidas para la financiación del desarrollo; México 2002. Disponible en: www.un.org/spanish/conferences/ffd/Encaché-Similares .
8. Thaddeus S, Maine D. Toofartowalk: Maternal mortality in context. SocSciMed. 1994;38:1091- 1110.
9. Vélez G, Gallego L, Jaramillo D. (2004) Modelo de análisis de la muerte materna: Camino para la supervivencia. Libros Nacer Bogotá, Colombia, p.36-38. Disponible en: <http://www.nacer.udea.edu.co/pdf/libros/libro1/modelodeanalisisdelamuertematerna.pdf>
10. FLACSO: Mortalidad materna. Disponible en: www.eurosur.org/FLACSO/mujeres/chile/salu-7.htm

11. Sociedad Chilena de Obstetricia y Ginecología: Mortalidad Materna en Chile, los últimos 50 años.

Disponible en: www.informandoyformando.org/mortalidad-materna-en-chile-los-ultimos-50-años

12. Donoso S., E (2002): Mortalidad materna en Chile: Tras el cumplimiento de una meta. Rev. chil. obstet. ginecol. 2002, vol. 67, pp. 44-46. Disponible en: www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262002000100009&lng=es&nrm=iso

13. Organización Panamericana de la Salud (2013): reducción de la mortalidad infantil en Chile: un éxito en dos etapas. Rev Panam Salud Publica, 2007, vol. 21, n° 4, pp. 252-253. Disponible en: www.scielosp.org.php?script=sci_pdf&pid=S1020-4989200700300010

14. González, R., Koch, E., et.al: Consenso salud materna para Chile en el nuevo milenio, Rev Chil Obstet Ginecol 2013; 78(2) 142-147
Disponible en: www.revistasoch.cl/articulos/ver/624

15. República Bolivariana de Venezuela (septiembre de 2010): Cumpliendo las Metas del Milenio. 2010. Disponible en www.pnud.org.ve/INFORME OBJETIVOS_MILENIO_2010_INE.pdf