



UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA  
FACULTAD DE MEDICINA  
COORDINACIÓN DE ESTUDIOS DE POSTGRADO  
PROGRAMA DE MAESTRÍA Y DOCTORADO INDIVIDUALIZADO

**MUERTE MATERNA:  
CAUSAS MÉDICAS, SOCIALES Y POLÍTICAS PÚBLICAS**

**Tesis Doctoral que se presenta para optar al título de  
Doctor en Ciencias de la Salud**

M.Sc. Carlos Cabrera

Caracas, mayo 2019



UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA  
FACULTAD DE MEDICINA  
COORDINACIÓN DE ESTUDIOS DE POSTGRADO  
PROGRAMA DE MAESTRÍA Y DOCTORADO INDIVIDUALIZADO

**MUERTE MATERNA:  
CAUSAS MÉDICAS, SOCIALES Y POLÍTICAS PÚBLICAS**

**Tesis Doctoral que se presenta para optar al título de  
Doctor en Ciencias de la Salud**

M.Sc. Carlos Cabrera Lozada

Tutora: Dra. Ofelia Uzcátegui Uzcátegui

Caracas, mayo 2019



UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA  
 FACULTAD DE MEDICINA  
 COORDINACIÓN DE ESTUDIOS DE POSTGRADO



VEREDICTO

Quienes suscriben, miembros del jurado designado por el Consejo de la Facultad de Medicina y el Consejo de Estudios de Postgrado de la Universidad Central de Venezuela, para examinar la **Tesis Doctoral** presentada por: **CARLOS RAMÓN CABRERA LOZADA**, Cédula de identidad N° **3.984.101**, bajo el título **“MUERTE MATERNA: CAUSAS MÉDICAS, SOCIALES Y POLÍTICAS PÚBLICAS”**, a fin de cumplir con el requisito legal para optar al grado académico de **DOCTOR EN CIENCIAS DE LA SALUD**, dejan constancia de lo siguiente:

1.- Leído como fue dicho trabajo por cada uno de los miembros del jurado, se fijó el día 23 de Mayo de 2019 a las 09:00 AM., para que el autor lo defendiera en forma pública, lo que éste hizo en el Salón de Sesiones del Consejo de la Facultad de Medicina de la UCV, mediante un resumen oral de su contenido, luego de lo cual respondió satisfactoriamente a las preguntas que le fueron formuladas por el jurado, todo ello conforme con lo dispuesto en el Reglamento de Estudios de Postgrado.

2.- Finalizada la defensa del trabajo, el jurado decidió **APROBARLO**, por considerar, sin hacerse solidario con las ideas expuestas por el autor, que se ajusta a lo dispuesto y exigido en el Reglamento de Estudios de Postgrado

En fe de lo cual se levanta la presente ACTA, a los 23 días del mes de Mayo del año 2019, conforme a lo dispuesto en el Reglamento de Estudios de Postgrado, actuó como Coordinadora del jurado Ofelia Uzcátegui Uzcátegui.

Saúl Kizer C.I. V. 947.215  
 Academia Nacional de Medicina  
 Jurado designado por el Consejo de la Facultad

Josefa Orfila C.I. V. 2.643.220  
 Facultad de Medicina  
 Jurado designado por el Consejo de la Facultad

Isabeł Magal C.I. V. 959.984  
 Instituto de Biomedicina  
 Jurado designado por el Consejo de Estudios de Postgrado

Huniades Urbina C.I. V. 5.173.779  
 Universidad del Zulia  
 Jurado designado por el Consejo de Estudios de Postgrado

Ofelia Uzcátegui Uzcátegui C.I. V.655.135  
 Universidad Central de Venezuela  
 Tutora



CERTIFICACIÓN DEL TUTOR  
PARA LA ENTREGA DEL TRABAJO ACADÉMICO  
EN FORMATO IMPRESO Y FORMATO DIGITAL

Yo, Ofelia Uzcátegui Uzcátegui portadora de la Cédula de Identidad N° V 655.135, tutora de la Tesis Doctoral: "Muerte materna: aspectos médicos, sociales y políticas públicas", realizado por el doctorando: Carlos Ramón Cabrera Lozada.

Certifico que este trabajo es la **versión definitiva**. Se incluyó las observaciones y modificaciones indicadas por el jurado evaluador. La versión digital coincide exactamente con la impresa.

  
Dra. Ofelia Uzcátegui

En caracas a los 24 días del mes de mayo de 2019

UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA  
VICERRECTORADO ACADÉMICO  
SISTEMA DE INFORMACIÓN CIENTÍFICA, HUMANÍSTICA Y TECNOLÓGICA  
(SICHT)

Caracas, 24 de mayo de 2019

**AUTORIZACIÓN PARA LA DIFUSIÓN ELECTRÓNICA DE LOS TRABAJOS DE  
LICENCIATURA, TRABAJO ESPECIAL DE GRADO Y TESIS DOCTORAL DE LA  
UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA**

Yo, Carlos Ramón Cabrera Lozada, autor de la Tesis Doctoral: “Muerte materna: aspectos médicos, sociales y políticas públicas” Presentado para optar al título de Doctor en Ciencias de la Salud.

Autorizo a la Universidad Central de Venezuela, a difundir la versión electrónica de este trabajo, a través de los servicios de información que ofrece la Institución, sólo con fines académicos y de investigación, de acuerdo a lo previsto en la Ley sobre Derecho de Autor, Artículo 18,23 y 42 (Gaceta Oficial N° 4.636 Extraordinaria, 01-10-1993).



---

Carlos Cabrera Lozada

C.I. N° V 3.984.101

[carloscabreralozada@gmail.com](mailto:carloscabreralozada@gmail.com)

## CONSTANCIA DE ASIGNACIÓN DEL NÚMERO DE DEPÓSITO LEGAL

Yo, **MAGHIDA GRISEIDA ACOSTA**, venezolana, mayor de edad, titular de la cédula de identidad N° 6.208.739, en mi carácter de Directora de Programa de Servicios Técnicos Bibliotecarios, Según consta en Providencia Administrativa N° 009-2017 de fecha 22 de mayo de 2017, emanada de la Dirección del Instituto Autónomo Biblioteca Nacional y de Servicios de Bibliotecas en uso de la atribución legal contenida en el Artículo 14° de la Ley de Depósito Legal, en concordancia con los Artículos 31° y 41° del Reglamento de la citada Ley; por medio del presente documento doy constancia que se le ha asignado a el editor / productor: **CARLOS RAMON CABRERA LOZADA**.

TÍTULO DE LA OBRA / PRODUCTO / PRODUCCIÓN	NÚMERO DE DEPÓSITO LEGAL
MORTALIDAD MATERNA. CAUSAS MEDICAS, SOCIALES Y POLITICAS	DC2019000885

Cabe destacar que el (los) número (s) indicado (s) deberá (n) ser impreso (s) conforme a lo establecido en los Artículos 16°, 17°, 18° y 19° del Reglamento de la Ley de Depósito Legal, y deberá consignar ante la División de Depósito Legal los ejemplares de la obra, producto o producción dentro de los treinta (30) días siguientes a su publicación y antes de su circulación, distribución y venta. En consecuencia dentro del lapso antes citado, deberá remitir un escrito indicando la cantidad de ejemplares que consigna con las especificaciones contenidas en los Artículos 15° y 21° del Reglamento de la Ley de Depósito Legal. El incumplimiento de las obligaciones que impone la Ley de Depósito Legal, acarreará la imposición de una multa conforme a lo previsto en el artículo 11° en concordancia con el Artículo 51° del Reglamento de la citada Ley. El número asignado de Depósito Legal es valido para el año en curso tal y como lo contempla el artículo 31 del Reglamento de la Ley de Depósito Legal. En caso de que el número otorgado no sea utilizado, el mismo deberá ser devuelto por medio de notificación a la División de Depósito Legal, tal y como lo contempla el Artículo 34° del citado Reglamento. Constancia que se expide en Caracas, el día Lunes, 10 de Junio de 2019.

**MAGHIDA GRISEIDA ACOSTA**



16834



DC2019000885

## **Dedicatoria:**

A la espiritualidad que impulsa al ser humano a avanzar en la creencia de la existencia de **Dios**.

A la **Universidad Central de Venezuela (UCV)**, la casa que vence la sombra.

A los ancestros ya ausentes pero que lograron moldear lo que sigo logrando hoy día, **Luisa y Carlos**, mis padres, que seguro tendrían un inmenso orgullo.

A mi esposa **Khaay**, quien además de ser la gran compañera de mi vida, es el lucero que le da luz a todas mis noches con su hermosa sonrisa, en los brillos de las estrellas, como también en los muy escasos momentos de penumbras.

A mis hijos; **Kharl Saúl, Carlos David y Kharleann** quienes han sabido seguir el ejemplo del estilo de vida honrosa, basada en principios.

A mis eternos profesores: **Armando Peña Odremán**, quien con sus grandes enseñanzas de ese currículo oculto que lleva la enseñanza de la vida, que nunca se quebró ya que jamás desconfió de mí.

**Manuel Ávila**, quien marcó con sus enseñanzas que para ser buen médico y buen profesor no hay que ser mala persona, al contrario, ver la luz siempre en el que quiere aprender.

**Saúl Kízer**, a quien me ha tocado seguir sus pasos en su brillante carrera, todo cargo que él dejaba de una u otra forma me aplicaba en tomarlo y siempre intentar igualarlo, y esas cosas de la vida lo más reciente es en el tema que el escoge para la investidura de Individuo de Número, es el mismo que escojo para realizar esta Tesis Doctoral, sin ponernos siquiera de acuerdo, y en esas conversaciones llegando y compartiendo en reserva, esos sentimientos que nos dejan el haber tenido cargos hospitalarios que nos pusieran tan de cerca ver la "Muerte Materna".

A la memoria de la **Dra. Fanny Fleitas** quien siempre me tomó en cuenta para crecer y que muy seguro, hoy estuviese orgullosa de mí, a pesar de cualquier cosa.

A mi gran querido amigo, profesor, estímulo y orgullo **Edgard Jiménez Villegas**, con quien compartí: aprender, enseñar y tener profundas reflexiones de estilo de vivir, de manera de actuar en las buenas y en las malas, nunca fue egoísta ni envidioso para enseñarme, así como tampoco se reservó ninguna intimidad, fue como mi padre y confesor.

### **Agradecimiento:**

Agradezco profundamente a la **Dra. Ofelia Uzcátegui**, quien siempre estuvo dispuesta a colaborar conmigo en cada uno de los logros, tutora siempre de mis mejores logros académicos, severa, siempre corrigiendo todo, hasta los puntos y las comas, esperando que, con esta Tesis Doctoral en un tema tan intrincado como la **Muerte Materna**, haya logrado poder plasmar el gran interés que ha tenido en que yo me haya superado, para ella siempre mi eterno agradecimiento, a pesar de ser solo uno más de sus miles de alumnos, siempre con ella mi más respetuosa estima y consideración personal.

## ÍNDICE DE CONTENIDO

	pp.
RESUMEN	i
INTRODUCCION	1
<b>I EL PROBLEMA</b>	<b>4</b>
Planteamiento del Problema	4
Formulación del Problema	9
Justificación e importancia	9
<b>II MARCO TEORICO</b>	<b>14</b>
Antecedentes de la Investigación	14
Abordaje conceptual	23
Aspectos bioéticos	25
Marco Jurídico	27
Objetivo General	34
Objetivos Específicos	34
<b>METODOS</b>	<b>35</b>
Tipo y diseño de la investigación	35
Definición de Variables	37
Población y Muestra	43
Criterios inclusión	43
Criterios de exclusión	43
Procedimientos	44
Tratamiento estadístico	45
Cronograma	46
REFERENCIAS	47

## Muerte materna: Causas médicas, sociales y políticas públicas

**Cabrera Lozada, Carlos Ramón**, C. I. 3984101. Sexo: Masculino, e-mail: [carloscabreralezada@gmail.com](mailto:carloscabreralezada@gmail.com) Telf.: Celular 04143208493/ Casa02125500841. Dirección: Maternidad Concepción Palacios.  
Tutora: **Ofelia Uzcátegui**, C.I.655135. Sexo: Femenino, email: [ofelia135@yahoo.es](mailto:ofelia135@yahoo.es) Telf.: 0414-3312105.  
Dirección: Sociedad de Obstetricia y Ginecología de Venezuela. Dra. En Ciencias Médicas.

### Resumen

La muerte materna es un indicador muy sensible por sus implicaciones en la sociedad. La presente tesis doctoral tiene como objetivo general identificar los principales indicadores de muerte materna y las tendencias de la mortalidad materna según las políticas de salud en los diferentes períodos presidenciales, causas sociales, causas directas e indirectas y políticas públicas, entre 1939-2018 en la Maternidad “Concepción Palacios”, Caracas, Venezuela. **Métodos** Estudio documental, descriptivo y retrospectivo. La población objeto de estudio estuvo conformada por aquellas gestantes que murieron en la Maternidad “Concepción Palacios” desde 1939-2018. Se aplicó el tratamiento estadístico apropiado. **Resultados** Hasta diciembre de 2018, hubo 2 710 muertes maternas, 1 691 779 recién nacidos vivos para una razón de mortalidad materna de 160,18 x 100 000 nacidos vivos. Las causas de muertes maternas fueron: sepsis, hemorragias y los trastornos hipertensivos del embarazo. La edad mínima fue de 13 años y la máxima de 44, el grupo etario donde mas muerte hubo fue de 21 a 25 años. La mayoría no realizó control prenatal, de estado civil solteras, 20 % adolescentes, en una sociedad que hasta casi el final del siglo pasado cuestionaba las relaciones extramatrimoniales. En cuanto a políticas públicas, cada gobierno aplicó planes, obras de infraestructura pública; en los últimos años firmaron convenios y compromisos internacionales que no se cumplieron. Se proponen seis (06) premisas teóricas para continuar como línea de investigación sobre la muerte materna

**Palabras clave:** Muerte materna. Mortalidad materna. Razón de mortalidad materna. Morbilidad materna extrema. Políticas públicas. Incidencia pública. Período presidencial.

## **Maternal Death: Medical, Social and Public Policy Causes**

### **Abstracts**

Maternal mortality is a very sensitive indicator for its implications in society. The following doctoral thesis overall objective is the identification of the main indicators of maternal death and tendencies of maternal mortality according to health prevention politics in each of the different presidential terms, social determinants, direct and indirect causes and public politics in maternity “Concepción Palacios” in Caracas, Venezuela during the 1939 - 2018 time period. **Methods** It is a documental, descriptive no experimental, retrospective, study. The study population was composed of all the pregnant or postpartum patients that were admitted and died in the maternity “Concepción Palacios” during the 1939-2018 time. The proper statistical treatment was applied. **Results** Until December of 2018, there were 2 710 maternal deaths, 1 691 779 living new borns for a ratio of maternal mortality of 160,18 x 100 000 newborn. The principal cause of death was sepsis, followed by hemorrhages and then hypertensive disorders of pregnancy. The minimum age of maternal death was 13 years old and the maximum was 44 years old, the age range with the most deaths was between 21 to 25 years old. The vast majority didn't realize prenatal control, their marital status was single and a 20% were teenagers which lived in a society that almost at the end of the last century questioned the extramarital relationships. In terms of public policies, each government applied plans, public building projects, in the recent years international agreements and commitments were signed that were not fulfilled. Six (06) theoretic premises are proposed to continue as lines of investigation about maternal death.

**Key words: Maternal death. Maternal mortality. Ratio of maternal mortality. Extreme maternal morbidity. Public politics. Public incidence. Presidential Term.**

## INTRODUCCIÓN

La gestación explica con evidencias el origen del individuo y al igual que la muerte son inherentes al ser vivo, para el ser humano suele ser un evento de alegría, regocijo y de perpetuación de la especie, sin embargo, en muy eventuales circunstancias ocurre como evento catastrófico, la muerte de la embarazada.

Al principio de la humanidad, la muerte en el embarazo y el nacimiento, ocurrían con innegable frecuencia, luego con los avances tecnológicos, específicamente en el área de la medicina se fueron haciendo menos frecuentes. El número de fallecimientos se fue registrando y fue recopilándose como otra cifra aislada, la Mortalidad Materna (MM) luego con el tiempo se hizo un indicador de salud, al que se le llamó Tasa de Mortalidad Materna (TMM), y actualmente Razón de Mortalidad Materna (RMM), pero un número al fin, después se conocieron causas específicas y se clasificaron en obstétricas: directas, indirectas y no obstétricas. En el presente trabajo se plantea el término de muerte materna, como algo más allá de números, pues es un evento tan trágico que impacta la familia y a la sociedad. Sin embargo, en la mayoría de los casos puede ser prevenible, a excepción de los abortos realizados en condiciones inseguras que pueden generar muertes maternas indeseables por negligencias e imprudencias de las mismas gestantes.

De allí que, la RMM viene a ser una problemática que requiere de ocupación y atención por parte del Ministerio del Poder Popular para la Salud (MPPS), que es en la actualidad el ente gubernamental encargado de ofrecer servicios de salud pública a las embarazadas a fin de mejorar la calidad de salud materna y disminuirla.

En virtud de ello, el Estado Venezolano ha mostrado preocupación al realizar múltiples reuniones, acuerdos, declaración de principios e incluso se han propuesto metas que no se han alcanzado o las cifras han quedado muy lejos de los objetivos planteados para solventar esta problemática que vulnera los derechos de la mujer a ejercer una maternidad en condiciones óptimas de salud, tanto emocional como física, que le genere seguridad y bienestar a ella y al recién nacido.

Dentro de este contexto, la investigación se orientó no solo a investigar la RMM que han ocurrido durante los períodos presidenciales desde 1939 hasta 2018, sino a profundizar un poco acerca de los indicadores que inciden en esta situación tan preocupante que afecta a la sociedad venezolana, con el objeto de hacer un aporte significativo y poner al alcance de las Políticas Públicas preventivas y a los diversos equipos de salud, los conocimientos y resultados investigativos que permitan hacer incidencia pública para aminorar la alta RMM y brindarle a las embarazadas un servicio de calidad en los diferentes centros de salud pública.

De igual manera, la investigación en el marco de la salud preventiva, también hizo énfasis en conocer ciertos factores que tienden a influir en el incremento de las altas cifras de MM como: la pobreza crítica, las familias disfuncionales, el deterioro social caracterizado por la crisis de valores morales y la escasa información sobre la educación sexual y la salud reproductiva, que ha traído como consecuencia un alto índice de adolescentes embarazadas, a las cuales se les ha vulnerado el derecho humano fundamental, como lo es la salud, incluyendo la salud sexual y reproductiva, por no estar debida y oportunamente informadas.

Sin duda que, estos factores juegan un papel importante en una sociedad que amerita unos adecuados niveles sanitarios desde el punto de vista preventivo, con miras a evitar la mayor cantidad de fallecimientos durante la gestación, el parto y el puerperio; fomentando de esta forma el derecho a la vida que tiene la mujer cuando está embarazada.

Bajo esta perspectiva se estudió la muerte materna en la Maternidad “Concepción Palacios” (MCP), desde su fundación hasta el presente, tomando en cuenta las causas que influyeron desde el punto de vista médico, los eventos sociales que hayan podido influir en la MM y las políticas públicas como factores que colaboraron a disminuir o aumentar la MM tomando los períodos presidenciales como lapsos válidos para establecer los límites de influencia.

## **Planteamiento del problema**

La MM es un grave problema de salud pública, afecta a la mayoría de países pobres del mundo y tiene un gran impacto a nivel familiar, social y económico. Se asocia a la cota del desarrollo económico y social, conformando un excelente indicador de la calidad de vida del género femenino. Por lo tanto, en cada muerte materna inciden una serie de factores como: la ausencia de un buen control prenatal, el bajo nivel económico, la escasa escolaridad, la mala alimentación, el poco acceso a los servicios públicos de salud, así como la limitada planificación familiar y la poca información sobre la educación sexual entre otros <sup>(1-3)</sup>.

Desde esta perspectiva, se puede inferir que existe una rémora institucional en las políticas preventivas de salud para responder de una forma oportuna y adecuada, que permita solventar la problemática existente que genera una alta RMM en el embarazo, parto o puerperio. De allí que, este terrible flagelo puede verse como el reflejo extremo de una realidad mucho más compleja y poco visibilizada, representada por un amplio espectro de mujeres en el que se deben incluir también las que logran un embarazo saludable y las que sufren morbilidad materna extrema (MME) y llegan casi a la muerte. Dentro de este marco de ideas, conviene destacar que el desarrollo del ser humano, desde el punto de vista integral está directamente vinculado con el derecho a la salud, para que pueda existir una verdadera justicia social, pues la salud es pieza clave en el bienestar de las sociedades fructíferas a escala mundial.

En ponencias de la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO) en 2009, reportaron que cada año ocurrieron entre 180 a 200 millones de embarazos, de los cuales 75 millones son embarazos no deseados, acontecieron casi 600 000 muertes maternas, una muerte por cada 30 morbilidades maternas extremas <sup>(3)</sup>.

Hay organizaciones y autores <sup>(4-12)</sup> que también exponen que cada minuto 380 quedan embarazadas, 190 se enfrentan a un embarazo no planificado o no deseado, 110 sufren de complicaciones relacionadas con el embarazo, 1 muere por complicaciones relacionadas con el embarazo, por lo cual es un verdadero reto pues mundialmente el mensaje es claro: miles y quizá millones de mujeres, están muriendo debido a complicaciones del embarazo o durante el puerperio mediato cada año y muchas ni siquiera están contabilizadas. Por lo que los encargados del área de la salud, cada día

estamos más comprometidos a ampliar los esfuerzos para evitarlas, impedir elevar las cifras y disminuir los riesgos del parto, este debe ser nuestro interés superior global. Sin duda que estas cifras permiten tener una impresión de lo grave que es la situación de la MM y de su repercusión en la sociedad.

En este marco de referencia se estima que en el año 2013 ocurrieron 292 982 muertes maternas en el mundo, una disminución con respecto a las 376 034 registradas en 1990. La tasa anual de descenso de la RMM entre 2003 y 2013 fue de 2,7 %, con una aceleración en el descenso anual. La mayor proporción de muertes ocurrieron durante el parto o en el posparto <sup>(5,8,10,12,13)</sup>.

Por otro lado, los países con mejor índice de bienestar de las madres en orden de frecuencia del 1-10. Corresponde a Finlandia, Noruega, son los que figuran entre los primeros lugares, seguidos de Suecia, Islandia, Países Bajos, Dinamarca, España, Alemania, Australia, Bélgica <sup>(13)</sup>.

Se ha estimado una reducción en las cifras de MM entre 1990 y 2015, aunque la magnitud de la reducción difiere sustancialmente entre las regiones. La mayor reducción en este período fue observada en Asia del Este (72 %). En el 2015, las dos regiones con mayor índice fueron África Subsahariana 546 y Oceanía 187 <sup>(14)</sup>.

En lo que respecta a países, Nigeria e India tienen un tercio de las muertes maternas mundiales en 2015, con un aproximado de 58 000 (19 %) y 45 000 muertes maternas (15 %) respectivamente. Se estima que Sierra Leona tiene el índice más alto en 1 360. Un extenso número de países, todos en el África Sub-Sahariana, presentaron muy alto índice de MM en el 2015, con un rango estimado que varía desde 999 descendiendo a 500 muertes por cada 100 000 RNV: La República de África Central 881, Chad 856, Nigeria 814, Sudan del Sur 789, Somalia 732, Liberia 725, Burundi 712, Gambia 706, República Democrática del Congo 693, Guinea 679, Costa de Marfil 645, Malawi 634, Mauritania 602, Camerún 596, Mali 587, Níger 553, Guinea-Bissau 549, Kenia 510 <sup>(14)</sup>. Los diez países con peor desempeño de bienestar de las madres en lugar N° 169 -179, corresponden a Costa de Marfil, Chad, Nigeria, Sierra Leona, República Central Africana, Mali, Níger, República Democrática del Congo, Kenia y Somalia. Las condiciones para las madres y sus hijos en los países ubicados en los últimos lugares

de la lista son desalentadoras. En promedio, para el 2013, una mujer de cada 27 muere por causas relacionadas con el embarazo <sup>(13,15)</sup>.

Para el 2015 la RMM es de 239 por 100 000 (RNV) en países en desarrollo mientras que en los países desarrollados es de 12 por 100 000. El mayor riesgo estimado de MM a lo largo de la vida es de 1 en 4 900 en los países desarrollados en comparación con 1 en 54 en los países de bajos ingresos <sup>(14,15)</sup>.

En el caso de América Latina y el Caribe, según cifras oficiales publicadas por la Organización Panamericana de la Salud (OPS), se registraron 9 500 muertes maternas (RMM: 88,9 por 100 000); nueve países muestran cifras de RMM por encima del promedio regional: Bolivia, Guatemala, Guyana, Haití, Honduras, Paraguay, Perú, República Dominicana y Surinam <sup>(16)</sup>. Casi ningún país mostró un ritmo de reducción de la RMM suficiente para lograr los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM, 2000-2015) correspondiente al objetivo 5: mejorar la salud materna cuya meta era reducir la TMM en tres cuartas partes <sup>(17,18)</sup>.

Un estudio realizado en Argentina mostró que, de las 65 033 mujeres analizadas, 50,4 % de las cuales tuvieron embarazos no planificados, 518 presentaron morbilidad materna extrema (MME) y 34 murieron, generando la RMM intrahospitalaria 52,3 por 100 000 RNV. Las causas principales de MME fueron las hemorragias 38,0 % y la hipertensión arterial 29,7 %, mientras que las principales causas de MM fueron las complicaciones por aborto 29,4 % y la sepsis puerperal 23,5 %. La tasa de letalidad específica para la sepsis fue de 18,6 % es decir 41,0 % mayor en sepsis posaborto que en sepsis puerperal y la tasa de uso general de intervenciones beneficiosas para controlar las principales causas de MME fue de 54,3 % <sup>(18,19)</sup>.

En Venezuela la MM es uno de los problemas de mayor importancia para el país, en el período 1990 al 2000 se registró un discreto aumento del 60,0 al 60,1 por 100 000 RNV, cifras que se ha mantenido relativamente estables hasta el 2015 <sup>(20)</sup>. Estas cifras neurálgicas están expresadas en el documento sobre los retos del milenio en Venezuela y en ellas se señala la imperiosa necesidad de disminuir en 75% las muertes para el 2015 en relación a las ya elevadas de 1990 <sup>(20,21)</sup>. Sin duda que, estos resultados reflejan la alta RMM en Latino América que debe disminuir si se quiere aminorar estos altos valores de MM en la población <sup>(21,22)</sup>.

En base a este señalamiento es conveniente destacar que la muerte materna no es un suceso fortuito aislado, sino el producto de la multi causalidad que puede involucrar diversos determinantes, como: bajo nivel económico, social, pobre escolaridad de la madre y del padre; muchas gestantes sin pareja estable, sin actividades remuneradas, la edad; el estado civil; las características de la comunidad donde residen y las condiciones sanitarias de su domicilio; los hábitos y costumbres; la alimentación; el acceso a servicios de salud y la capacidad de esos centros de reconocer los signos y síntomas de una enfermedad grave; la atención y cuidados que les proporcionan a sus hijos, entre otros muchos factores sociales y biológicos, datos observados también en zonas pequeñas y poblaciones con pobreza importante como en México<sup>(23)</sup>.

Por otra parte, a escala global, entre el 11 % y el 17 % de las defunciones maternas se producen durante el parto, y entre el 50 % y el 71 % durante el puerperio. Aproximadamente el 45 % de las defunciones maternas puerperales se producen durante las primeras 24 horas después del parto, y más de las dos terceras partes durante la primera semana. La causa más frecuente de MM es la hemorragia puerperal, seguida de sepsis puerperal, el aborto realizado en condiciones de riesgo, el parto obstruido y la eclampsia <sup>(13)</sup>. En cuanto al sub registro de las defunciones maternas es necesario conocer la verdadera dimensión de este problema, pues el mismo impide reflejar las verdaderas causas de esta problemática que limita hacer un abordaje del mismo basado en datos reales totalmente confiables, para buscar apropiadas soluciones, se requiere que en las regiones existan sistemas de recopilación, registros de datos de nacimientos y defunciones de calidad <sup>(5-7)</sup>.

En el marco de la teoría del desarrollo humano y las libertades humanas, la salud está directamente relacionada con los derechos y la justicia social, de cuya mano va la noción de equidad, de esta manera la salud juega una función primordial en la calidad de vida, considerando que, la salud es una pieza clave y la falta de ella es una amenaza para el bienestar social y económico del país <sup>(21,24)</sup>.

Con respecto a las condiciones de riesgo materno posiblemente pueden existir algunos factores endógenos de la madre que incluyen factores biológicos como: hábitos y estilos de vida individual y familiar que determinan peligros para la evolución natural del embarazo; entre los cuales destacan la condición nutricional, anemia, desnutrición

y obesidad, multiparidad, intervalo intergenésico corto, adolescencia, enfermedades subyacentes, diabetes, hipertensión, cardiopatías, tuberculosis, síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA), hábito tabáquico, alcohólico y las adicciones ilegales; los cuales deben ser canalizados a través de políticas públicas de prevención en salud. Puesto que su vulnerabilidad viene a ser el producto de la carencia o limitación de un conjunto de condiciones protectoras objeto de los derechos sociales que debilitan las capacidades de la madre y su familia para anticiparse a los riesgos del embarazo, parto, puerperio o nacimiento, crecimiento y desarrollo que incluyen aspectos geográficos, socioeconómicos, culturales, educativos y sanitarios <sup>(24,25)</sup>.

En cuanto a los factores de riesgo en la MM el 50 % involucra la participación de los estilos de vida, las condiciones sociales, el ambiente en un 20 %, las estructuras y condiciones sociales; el ambiente repercute en la enfermedad o la salud, la herencia interviene en un 20 % y los sistemas de salud repercuten en un 10 % <sup>(25)</sup>.

Existe un lado oculto representado por factores culturales, económicos, educación, nutrición, acceso a los servicios de planificación familiar. A mayor número de embarazos, mayor riesgo de complicación o muerte. Debido a ello la importancia de estudiar la MM como base de las políticas o directrices en un contexto integral u holístico para generar políticas públicas e incidencia social no sólo sustentable sino eficiente y de carácter sostenido en el tiempo. En el caso de Venezuela, la MM se mantienen en cifras que triplican las razones alcanzadas por otros países y muestran importantes diferencias territorio poblacionales que reflejan desigualdades injustas en las condiciones de vida y entre ellas de disponibilidad y acceso oportuno a servicios de salud. De acuerdo con los Objetivos del Milenio (ODM, 2000-2015), Venezuela debería haber reducido la RMM desde 53,10 hasta 13,3 x 100 000 RNV y reducir la mortalidad infantil desde 25,80 hasta 8,78 muertes por 1 000 RNV registrados <sup>(20,21,26)</sup>. Lamentablemente esta reducción no solo no se logró, sino que más bien se incrementó la RMM.

Evidentemente la MM en el país tiene un impacto negativo para el bienestar de la población de mujeres jóvenes que integran el núcleo familiar y en los recién nacidos que quedan huérfanos y que en muchas ocasiones quedan desamparados, esto repercute en toda la sociedad ya que no es un tema que quede en las meras

estadísticas, sino que involucra alrededor de ésta una serie de factores que determinan un fracaso: de la sociedad, de la comunidad médica, de la familia y aún más de las políticas públicas que han debido tomarse como medida preventiva considerando su incidencia y mejorando las condiciones de vida de las mujeres y que no pueden dejarse de lado al momento de su estudio.

### **Formulación del problema**

En base a estos planteamientos surgió el presente estudio denominado, Muerte Materna: causas médicas, sociales y políticas públicas, en la Maternidad “Concepción Palacios” desde su creación en 1939 hasta 2018, con el propósito de profundizar, ampliar y aportar posibles soluciones, a través del estudio y no con el tradicional término de mortalidad materna, ya que no es solo un número o un proceso estadístico, es un contexto amplio, es ir más allá en lo axiológico y teleológico, es considerar las políticas preventivas de salud, de ahí surgen las siguientes interrogantes: ¿Cuál es la Razón de Mortalidad Materna ocurrida durante el período 1939-2018 en la Maternidad “Concepción Palacios” (MCP)? ¿Cuáles son las causas de mortalidad materna y su clasificación en la MCP durante el período 1939-2018? ¿Que indicadores inciden en las altas razones de muerte materna en la MCP? ¿Cuáles políticas públicas de salud creadas por el Estado Venezolano en los períodos presidenciales del 1939-2018 influyeron en la prevención de la MM?

### **Justificación e Importancia**

La especie que más ha modificado al planeta tierra es la humana, para ello la procreación ha sido el pilar fundamental y con ello la mujer con el gran poder fundamental de albergar en sus entrañas a un nuevo ser vivo y como este efecto y su consecuencia ayuda a perpetuar la existencia en el estatus ontológico del ser humano. Es así que la vida en su mejor expresión pasa por la función reproductiva de la mujer, ya que en su naturaleza está la vida del ser humano y de allí la gran importancia del cuidado y protección de la mujer antes, durante y mientras está embarazada.

Es por eso que cuando una mujer fallece ejerciendo esa función es un evento dramático y axiológicamente inaceptable, de ahí la importancia de conocer en profundidad la frecuencia y las causas por las cuales una gestante muere. Este concepto es de tanta importancia que el indicador epidemiológico de MM, expresa las condiciones de las políticas preventivas de un Estado.

Para conocer esta problemática se presentan algunos datos importantes: en el año 2013, se estimó que 289 000 mujeres murieron; es decir, durante el embarazo y el parto, más de una vida de una mujer se perdió cada 2 minutos. El 52 % de las muertes maternas ocurren durante el embarazo, parto o en el puerperio y pueden atribuirse a tres principales causas prevenibles: hemorragia, septicemia y trastorno hipertensivo del embarazo (THE). El 28 % de la MM se debe a causas no obstétricas, tales como malaria, infección por el virus de inmunodeficiencia humana (VIH), diabetes, enfermedades cardiovasculares y la obesidad. El 8 % de la MM puede atribuirse a abortos inseguros. 225 millones de mujeres tienen necesidad de planificación familiar y no son debidamente atendidas. Las dos principales causas de muerte en jóvenes adolescentes entre 15 y 19 años son el suicidio y las complicaciones durante el embarazo y el parto, 2,5 millones de mujeres menores de 15 años dan a luz <sup>(26)</sup>.

Cuando una mujer se embaraza, marca el inicio de una responsabilidad económica y social a largo plazo para lo cual, las mujeres cuentan con pocos recursos, tanto personales como gubernamentales lo que, aunado a las limitadas oportunidades laborales, que con el embarazo se limitan todavía más, favorece un círculo vicioso cada vez más arraigado de pobreza <sup>(27-29)</sup>.

El riesgo individual para cada mujer, asociado a morir por alguna causa durante el embarazo, está influenciado por la cantidad de veces que se embaraza. Cada vez que una mujer se embaraza, enfrenta el riesgo de morir, y los riesgos se acumulan durante su vida <sup>(21,27,30)</sup>. El riesgo de morir que una niña de 15 años tiene por alguna causa relacionada con la maternidad varía de un país a otro. Suponiendo que los niveles actuales de fecundidad y mortalidad no varíen en el futuro, en África es 1:40, en el Mediterráneo Oriental es 1:180, en Asia Sudoriental es 1:210. A nivel mundial para el año 2015, la República Central Africana reportó una RMM de 880 por cien mil RNV, Chad 980 por cien mil, la República Democrática del Congo es 730 por cien mil <sup>(4)</sup>. Una

gestante en África subsahariana tiene cien veces más chances de morir durante el parto, si se la compara con las de los países industrializados <sup>(4)</sup>. Países como Finlandia, la RMM es 4, Japón de 6, Alemania de 7 y Francia de 9 por cien mil RNV respectivamente <sup>(3,4)</sup>. En América Latina y el Caribe de 1:520. En Europa 1:3 300 <sup>(27,31)</sup>. En las Américas, en el año 2016, se notificaron un total de 6 269 defunciones maternas, de las cuales 570 correspondían a América del Norte con una RMM de 12,1 por cien mil RNV. Canadá con 22 defunciones y una RMM de 5,8. Los Estados Unidos con 548 defunciones, la RMM de 12,7. En América Latina y el Caribe se registraron 5 699 muertes maternas y la RMM es de 60,8. En América Latina se notifican 5 625 defunciones, siendo la RMM de 61,9 por cien mil RNV <sup>(10,16,18,31)</sup>.

En Lima, Perú, en la XV conferencia internacional sobre población y desarrollo en el año 2009 en que se concreta: ninguna mujer debería morir por causas reproductivas. Los abortos en condiciones de riesgo representan un problema de salud pública grave. Se requiere de una mayor participación de actores claves; comunidad médica y jurídica. Dar prioridad a la prevención del embarazo no deseado, mediante la planificación familiar, la legislación que castiga el aborto a fin de abolir las medidas punitivas impuestas a mujeres sometidas a abortos. Garantizar el acceso a los servicios de salud de calidad en caso de complicaciones del aborto y los gobiernos deberían tomar medidas de salud preventiva para evitar el aborto <sup>(32)</sup>.

No obstante, para Sanahuja en el año 2015; muchos países como Bolivia, Haití, Honduras, Nicaragua y Paraguay y hay que agregar Venezuela no hubo descenso de la pobreza. La región en su conjunto no alcanzó las metas fijadas de educación, igualdad de género, descenso de la MM, salud reproductiva y sostenibilidad ambiental. La pobreza extrema se concentra a partir de una desigualdad interior dentro de los países, es la que incide en el desarrollo económico y socialmente en la salud y calidad de vida de los niños, mujeres y de la población en general y en particular en estados frágiles bajo violencia. Revela profundas implicaciones sociales y políticas, y riesgos, tanto en su dimensión social y de derechos, como en términos de gobernabilidad democrática y estabilidad política. Se añade a ello los efectos de ausencia de cohesión social, de buena educación y falta de legitimidad democrática que devienen como factores causales de inseguridad, violencia y deterioro de la salud e incremento

morbimortalidad materna, se agrega la emergencia de enfermedades nuevas como el Zika y reemergencia de enfermedades ya controladas entre ellas la malaria, la tuberculosis, la difteria <sup>(33)</sup>.

Las consideraciones bioéticas de la muerte materna ponen de manifiesto, la violación de un conjunto de derechos económicos, sociales y culturales de las mujeres, que terminan afectando el propio derecho a la vida. De allí que cuando muere en ejercicio de su maternidad, es necesario establecer no solo las causas de esa muerte, sino también las responsabilidades de quienes pudiendo evitarlas no lo hicieron <sup>(7)</sup>. Por lo tanto, una alta proporción de estas defunciones son evitables y las mismas están vinculadas con la escasa educación y concientización de la población para el uso oportuno de los servicios médicos ante datos de alarma de complicaciones obstétricas que se agravan por el difícil acceso a la atención obstétrica ambulatoria y hospitalaria, así como por la calidad limitada de esta última <sup>(31)</sup>.

Sin duda que cada muerte materna nos debe servir para identificar errores, ya sea por omisión, por dilación o por la insuficiente calidad con la que se brindó un servicio. Del análisis de eslabones deriva la identificación de mejoras indispensables para evitar el fallecimiento de las mujeres <sup>(31)</sup>. Pues, existen determinantes que no forman parte de las responsabilidades del sistema de salud, tales como la desigualdad social y la exclusión de la seguridad social <sup>(33,34)</sup>.

Por otro lado, las causas de la MM directa son las que mejor reflejan la calidad de la atención obstétrica brindada a cada paciente porque muchas ocurren durante el ingreso al hospital, a servicios como emergencias y terapias intensivas, ya que las pacientes llegan en franco deterioro, con pocas probabilidades de una asistencia médica exitosa. Un alto porcentaje de las pacientes habían recibido atención médica previa a su ingreso y fueron referidas después a otra institución <sup>(24,29, 30, 34,35)</sup>.

La buena calidad de la atención en el parto, es una inversión que tiene un rendimiento que triplica el valor de las inversiones al salvar vidas de madres y recién nacidos y prevenir la mortalidad. El suministro de atención eficaz en el parto y en el centro sanitario a la totalidad de las gestantes y los recién nacidos permitiría prevenir cada año un número estimado de 113 mil defunciones maternas, 531 mil casos de mortinatos y 1,3 millones de defunciones neonatales de aquí hasta 2020, con un costo

anual estimado de US\$ 4 500 millones (US\$ 0,9 por persona) <sup>(27)</sup>. Hoy más que nunca Venezuela debería hacer mayor énfasis en las condiciones de vida en que viven nuestras mujeres es decir; las características sociales, culturales, grado escolaridad, empleo, ingreso económico, estado nutricional, ocupación y capacitación.

Se necesita respuesta a los problemas que enfrentan en salud las mujeres. Por lo que amerita, incentivar la realización de trabajos de investigación que sirvan de aporte y motivación a las siguientes generaciones de profesionales que laboran en salud y que su trabajo no representa ningún lucro personal en el ámbito hospitalario. El sistema actual de salud, no está acorde a las presiones financieras que representa la carga de la morbilidad y MM e infantil. Para el año 2013, Venezuela registra una RMM de 110 por 100 000 RNV <sup>(7)</sup>. Ningún otro indicador de salud muestra tan claramente como la MM, las crudas discrepancias entre los países de altos y bajos ingresos. Estas discrepancias tienen que ver con las desiguales condiciones de salud y de vida de distintas poblaciones de mujeres del mundo, así como de la cobertura y la calidad de los servicios de atención a la mujer en edad fértil que son distintos en cada país <sup>(3,27,36,37)</sup>. Desde la perspectiva de la salud, con esta investigación una vez que dé a conocer la problemática, pretende ser una herramienta para disminuir la RMM, al ofrecer algunas alternativas para una mejora en la atención médica, buscar soluciones o concientizar a los actores involucrados en el estudio, como son: El Estado, los ejecutores de las políticas de salud, el personal de atención de las embarazadas e incluso de las que deberían estar debidamente informadas para el ejercicio de la procreación, beneficiándose la institución de la familia, la sociedad y finalmente al país que debería mejorar sus indicadores, su cultura en cuanto a la salud sexual y reproductiva, al bienestar social de sus ciudadanos, a la mejor distribución de la riqueza, en síntesis a tener un país más saludable <sup>(37)</sup>.

## MARCO TEÓRICO

### Antecedentes de la investigación

La primera publicación sobre MM en la Maternidad “Concepción Palacios” (MCP) fue realizada por los doctores: Manuel Sánchez Carvajal, José María Aurrecoechea y José Torres en el año de 1955, los autores estudiaron la MM en el período de 1939 a 1953 (38).

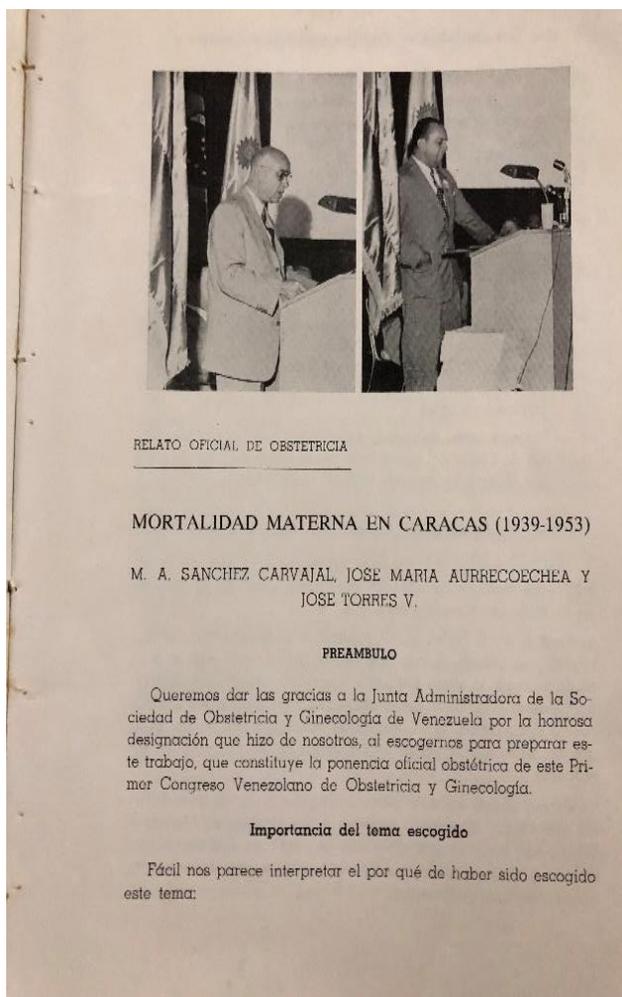
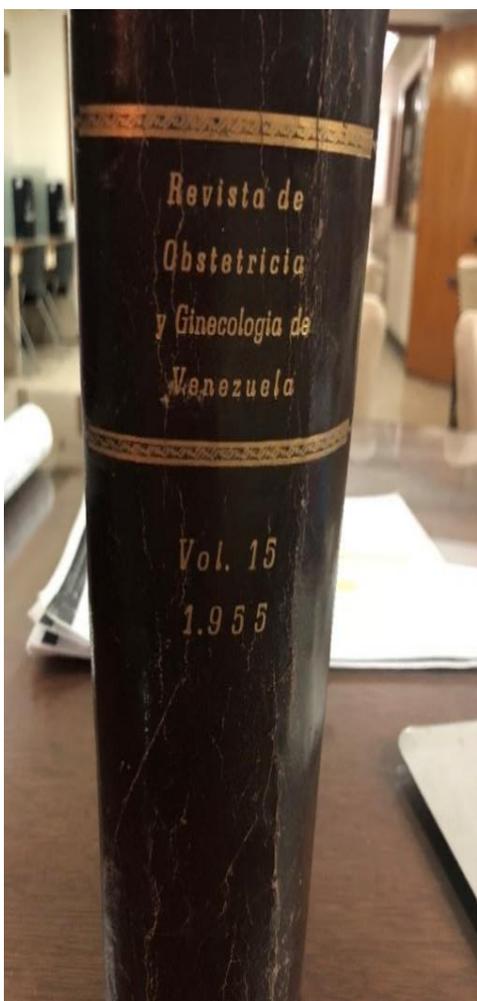


Foto No 1: Primera publicación Mortalidad Materna en Caracas (1939 – 1953)

En la foto No 1 se muestra este primer trabajo que se encuentra en el volumen 15 del año 1955 de la revista de la Sociedad de Obstetricia y Ginecología de Venezuela. Luego se realizaron varios estudios sobre la MM en la MCP con la autoría del Dr. Oscar

Agüero y el Dr. José Torres, revisando y ampliando el primer trabajo y realizando el trabajo de investigación desde 1939 hasta 1963, luego de 1939 hasta 1974 y después de 1975 hasta 1981 <sup>(39-43)</sup>. Otros autores han descrito la MM de la MCP, en los períodos 1982–1991; 2001–2008; 2009–2013 <sup>(44-46)</sup>. Es importante destacar que durante el período 1992 – 2000 no existe ninguna publicación que describa la MM en la MCP. Todas esas publicaciones, se realizaron en un contexto epistemológico sobre la epidemiología, se conocieron los números, la clasificación e incluso con diferentes maneras de hacer los cálculos. Realmente del aspecto sociocultural y más aun de las políticas de salud, no hay absolutamente nada que pueda dar a conocer la muerte materna en la profundidad conceptual, como la estamos planteando en la presente investigación.

En el contexto internacional, en el año 2006; la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), evidencian que existen muchos factores durante el embarazo y el parto que contribuyen a la MM, que se fomentan con la pobreza, la condición social de la mujer, falta de educación, la nutrición deficiente, excesiva carga de trabajo y la violencia <sup>(4,15-18,37)</sup>.

El indicador Razón de Mortalidad Materna (RMM) ha sido tomado en cuenta por los gobiernos del mundo, lo cual despertó algunas alarmas y se han realizado esfuerzos para acordar metas y objetivos, como las descritas en la Declaración de Alma Ata en septiembre de 1978 con el lema “salud para todos en el año 2000” producto de la Primera Conferencia Internacional sobre Atención Primaria en Salud (APS) en Kazajistán, antigua Unión Soviética donde fueron convocados 134 países y 67 organizaciones internacionales<sup>(47)</sup>, incluyendo las metas del milenio de la Organización de las Naciones Unidas (ONU), donde se planteó una reducción de la MM en un 75% de los niveles de 1990 para ser cumplidas en el año 2015 y que no se alcanzaron <sup>(18,20,21,48)</sup>. La MM es considerada de obligatoria vigilancia en cada centro donde se preste asistencia a las gestantes, por ello debe ser de absoluta y periódica vigilancia, revisar razones expresadas luego en tendencias, exponer de manera gráfica y documentada la pertinencia de nuestras acciones en ese particular, para elevarlas a los Distritos Sanitarios y de ahí a la Dirección General de la Vigilancia Nacional de la MM <sup>(49)</sup>.

En el Cairo, 1994<sup>(50)</sup>, se realizó la Conferencia Internacional de Población y Desarrollo, donde participaron Organizaciones No Gubernamentales (ONG) así como en Beijing, en la Cuarta Conferencia Mundial sobre la mujer en 1995<sup>(51)</sup>, se expresó que la mayoría de los casos de morbilidad y MM ocurren debido a la falta de servicios obstétricos de emergencia y a abortos mal practicados. Para el año 2000 se reconoció el incumplimiento de la conferencia del Cairo. La ONU en septiembre del mismo año se planteó un nuevo reto a principios del milenio. Adoptando la Declaración del Milenio sobre el Desarrollo, e incluye la meta de disminución de la MM<sup>(51,52)</sup>. Sin lugar a dudas estas fueron propuestas políticas que implicaban un compromiso de los gobiernos, pero quedaron muy lejos los logros obtenidos y las metas planteadas. En septiembre de 2015 se vuelven a reunir más de 150 dirigentes mundiales adoptando oficialmente una nueva y ambiciosa agenda para el desarrollo sostenible. El nuevo programa fue denominado: “Transformar nuestro mundo: La agenda 2030 para el desarrollo sostenible” Se compone de 17 objetivos de desarrollo sostenible y 169 metas. En su objetivo 3.1 propone para el año 2030 reducir la Razón de Mortalidad Materna (RMM) a menos de 70 por cada 100 000 RNV<sup>(53)</sup>.

Thadeus y Maine en 1994<sup>(54)</sup>, desde el punto de vista epistemológico se refieren al positivismo que se articula con el paradigma cuantitativo, ellos realizaron una investigación titulada “*Too far to walk: Maternal mortality in context*”. Donde plantean las tres demoras que influyen en la MM: Reconocimiento de signos de alarma, traslado al centro asistencial y atención en el establecimiento asistencial. Este modelo plantea el estudio de la MM desde el punto de vista epistemológico el área cuantitativa, que considera las condiciones y calidad de la atención de los servicios de salud, y por el otro lado la falta de información de las pacientes para percatarse de los riesgos de las patologías obstétricas<sup>(54)</sup>. Es importante esta propuesta teórica porque permite inferir que los “tiempos “son importantes para que ocurra una muerte materna, sin embargo, se considera incompleta.

Karolinski<sup>(1)</sup>, para abordar MM y MME, plantea una cuarta demora que es el acceso a la anticoncepción. Esta propuesta nos parece muy importante, sobre todo si se consideran las gestantes que fallecen intentando abortar y muchas veces por carencias o dificultad en los accesos para los métodos anticonceptivos.

Karolinski y col <sup>(1)</sup> en el 2015 proponen un modelo para abordar la MM, lo establecen en siete campos: Priorización y conocimiento del problema que se refiere a su definición, causas y consecuencias, a la caracterización contextual que implica la territorialidad, el contexto social y político. La amplitud metodológica que significa triangular la información cuantitativa con la información cualitativa para el análisis de los resultados. La gestión del conocimiento, implica recoger información de la problemática para tomar decisiones y luego formular las políticas que se articulen con la investigación. La innovación genera nuevas herramientas para el abordaje de nuevas problemáticas y por último su implementación.

Con ese modelo se involucran muchos aspectos en el estudio de la MM, sobre todo en la segunda fase en lo que se refiere a la “caracterización contextual” ya que ahí se precisan facetas políticas, socioeconómicas, culturales, territoriales e institucionales, aproximándose a lo planteado en el presente trabajo al igual que a la gestión del conocimiento.

En cuanto a los aspectos socio económicos en Latinoamérica, es en sus condiciones diferentes de país en país, de ahí en México, entre los años del 2004 al 2006 se realizaron diversas investigaciones con el objeto de analizar las historias clínicas y “autopsias verbales” buscando los determinantes sociales de la MM, se evidenciaron las causas médicas y que el 80 % eran debidas a causas directas, y lo relacionaron con el bajo nivel socio-económicos en que se encontraban las gestantes que fallecieron y encontraron que les era limitado el acceso a la educación, a fuentes de ingreso, a una buena alimentación y a servicios médicos asistenciales, entre otros aspectos, lo cual repercute en la capacidad de decisión de las mujeres con respecto a su salud <sup>(27,33,34,38,55-57)</sup>.

Se ha hecho imprescindible en esta revisión la consideración de las clasificaciones que se han realizado en los diferentes países ya que, las argumentaciones varían y nos dan luces sobre cuales muertes han podido evitarse para ponerle atención y tomar medidas pertinentes <sup>(57-59)</sup>

Es así que se incluyen los modelos presentados como sustentos a la investigación, el aspecto de la Políticas Públicas, como un nuevo elemento que creemos influye en las RMM.

## Muerte materna

Definición oficial:

La OMS define la MM como “la muerte de una mujer durante su embarazo, parto o dentro de los 42 días después de su terminación por cualquier causa relacionada o agravada por el embarazo, parto o puerperio o su manejo, pero no a causas accidentales”. Sin embargo, se hace la diferenciación entre MM directa e indirecta, siendo la muerte materna directa el resultado de una complicación del propio embarazo, parto o su manejo, y la causa de muerte indirecta la muerte asociada al embarazo en una paciente con un problema de salud preexistente o de reciente aparición <sup>(60)</sup>.

La certificación y codificación de las causas de muerte materna ha constituido un reto permanente, en los diferentes trabajos realizados en la MCP; ese ha sido un desafío, por la incomprensión y adecuación de las causas de MM, incluso cuando se dispone del resumen clínico, la autopsia anatómo patológica o verbal de los casos confirmados y sospechosos de muerte materna. Esta dificultad es responsable en parte de la “mala clasificación”, la cual, junto con el reporte incompleto, resulta en el sub registro de las MM <sup>(37-43)</sup>, pero desde el 2012 la OMS se rige por la Clasificación Internacional de Enfermedades, Mortalidad Materna (CIE-MM), que es la propuesta dirigida a la concreción de una verdadera clasificación de causas y a una manera universal de registro de la MM <sup>(61)</sup>

Agüero, Torres y Aure <sup>(39)</sup> en 1966 expresaban que la clasificación de las causas de MM tropezaba con insalvables escollos, por la multicausalidad y exponían que las clasificaciones propuestas adolecían de serios defectos y por eso los autores contractaban y cuestionaban las más utilizadas de la OMS y la de la Asociación Médica Americana, por imprecisa, artificial, no práctica e incompleta la de la OMS; y la segunda porque separa incomprensiblemente las embolias e incluye a unas como “causas directas” y otras en “causas indirectas”.

Hoy día, se sabe que la MM no es un concepto rígido, sino que se ha ido transformando acorde a la nueva visión social, económica, tecnológica y del conocimiento.

La clasificación que usamos en la investigación es la Clasificación Internacional de

Enfermedades y Problemas relacionados con la Salud 10<sup>a</sup>. Revisión de 1992 (ICD-10) <sup>(62)</sup> y más específicamente al ítem de la MM o CIE-MM <sup>(61)</sup>. En la actualidad ya se planteó, se discutió y se espera aprobación para los próximos años de la ICD-11 en el capítulo de muertes, estando actualmente en consulta la revisión de MM <sup>(63)</sup>. Recientemente, y con todos los avances médicos con los que cuenta la humanidad, la MM es considerada entre los principales problemas de salud pública, ya que solo ciertos sectores padecen esta problemática, por lo que representa una violación a los derechos humanos de las mujeres, particularmente a sus derechos sexuales y reproductivos, y al respecto la *International Pregnancy Advisory Services (IPAS)* <sup>(64)</sup>, Servicios Internacionales de Asesoría sobre el Embarazo, señala que: Toda muerte materna es el reflejo de una suma de inequidades y de discriminaciones que mantienen a las mujeres alejadas de la educación, de la toma de decisiones, conceden poca o nula importancia al cuidado de su salud, coartan sus opciones reproductivas, afectan severamente su salud hasta llegar a la pérdida de su vida, de igual modo, en los protocolos de atención diseñados por la OPS también lo establecen <sup>(64,65)</sup>.

En el año 2009. Uribe <sup>(66)</sup>, señala como ejemplos de mortalidad materna obstétrica directa (MMOD) la presencia de pre-eclampsia o eclampsia, síndrome Hellp, hemorragias y sus secuelas como los trastornos de la coagulación; la anestesia y sus complicaciones motivadas por una indicación obstétrica como la cesárea o el manejo inadecuado o deficiente de esos eventos. Entre los ejemplos que da para la mortalidad materna obstétrica indirecta (MMOI) están: los casos de las cardiopatías, la nefropatía o en procesos neoplásicos que se agudizan en el embarazo <sup>(46,48)</sup>.

Estas investigaciones tienen una gran vinculación con el tema en estudio, pues se refieren a investigar la RMM en diferentes países y cuáles fueron las causas que incidieron en esos decesos, intentando establecer una apropiada taxonomía <sup>(67-69)</sup>.

De igual manera la investigación objeto de estudio, apuntó a la indagación de las altas RMM y los posibles indicadores que influyen en esas muertes maternas e intentar unificar la clasificación de las MMOD y las MMOI, debido a que muchos autores aún no están de acuerdo con las diferentes clasificaciones de la MM.

## **Políticas públicas**

Las políticas públicas denominadas también como Ciencias de la Política, surgen por su búsqueda del mejoramiento en el desempeño administrativo y la acción gubernamental, considerando la participación de un equipo que viabilice su gestión, así la Ciencia Política es la encargada de estudiar el “es”, lo positivo, mientras que las Políticas Públicas estudian el “cómo y para que”, es la mezcla de lo positivo y lo normativo – prescriptivo con la intención de mejorar la decisión política y en conocimiento que las políticas públicas se relacionan con el conglomerado de instituciones que toman decisiones para resolver los problemas de la sociedad <sup>(70)</sup>.

Las Políticas Públicas tienen que ver más con las acciones, decisiones y omisiones por parte de los distintos actores involucrados en los asuntos públicos; por eso Política (en singular) es cuando nos referimos a las acciones de poder; Políticas (en plural) es cuando nos referimos a las Políticas Públicas ya que son las relaciones de poder en el proceso de acciones de gobierno con la sociedad <sup>(71)</sup>.

Son el marco donde los individuos, las organizaciones, las empresas y las asociaciones de una comunidad pueden ejercer su actividad y condicionan además la forma y el contexto en el que se desenvuelven nuestras vidas. Las políticas tienen que ver con los procesos y el poder para situar los valores (recursos e ideas) en la sociedad.

Estas se dan a varios niveles, desde el que se produce a nivel legislativo (macro) como las decisiones que se toman a nivel micro en las instituciones, centros de salud etc. Hacemos políticas de salud cuando decidimos realizar unas cosas y no otras y cuando estas las realizamos de un modo único y expedito <sup>(72)</sup>.

Definición de Políticas Públicas en salud:

Es la asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar, en todas y cada una de las etapas de su desarrollo, con un espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación <sup>(72)</sup>.

Otro de los ángulos imprescindibles de analizar es lo referente al término políticas públicas el cual está asociado con el gobierno y sistemas políticos o como actividades inherentes a las instituciones públicas que van destinadas a producir determinada influencia sobre la vida de los ciudadanos. Para considerarse pública tiene que haber sido generada, o al menos procesada en el marco de los procedimientos, instituciones y organizaciones gubernamentales <sup>(69,70)</sup>.

El término remite al tópico de la calidad del gobierno en cuanto a su desempeño y toma de decisiones. Es una medida de evaluación y resultados. Es un aspecto fundamental, aunque a veces desechado si se evalúa una gestión oficial. Sin embargo, el éxito de una política pública apartando la ideología que la fundamenta, es el logro en la implementación, seguimiento y evaluación frente a las decisiones que se toman en un momento dado por el gobierno de turno.

En sociedades en crisis, como el caso venezolano, el enfoque de las políticas públicas tiene en términos de la respuesta que produzca en la población un partidario o no a la causa. La eficiencia del gobierno tiene que ver con la efectividad de la política y la coherencia en los términos de ejecución política, aquí se incluye la incorporación o no de todos los actores, el logro de los objetivos y las metas logradas en el menor tiempo posible. En Venezuela poco han importado los participantes mientras la autoridad sea lo que se imponga, lo cual ha tergiversado el concepto incluyente de la política pública per se. La política pública debe articular eficiencia medida en resultados con la aceptación de los interesados sin confrontación ni clientelismo. Así, tanto las políticas públicas y el Estado deben estar en armonía indisociable. La gobernabilidad no se consigue con mayor autoridad sino con calidad en sus políticas, lo cual no sólo alude al diseño técnico y los posibles costos sino a la participación de los actores estratégicos, y que esa formulación produzca un resultado político incluyente, satisfactorio y trascendente <sup>(73,74)</sup>.

El norte de las políticas públicas no es lograr gobiernos perfectos, la meta es afinar el desempeño del mismo, frente al mar de obstáculos, carencias, intereses opuestos, posiciones ideológicas contrarias y las distintas demandas de las sociedades emergentes que exigen cambios en el sistema político. Aunque la política siempre será

la que defina el rumbo, el enfoque de las políticas públicas es que cuando se decida el camino, este se ponga en práctica con criterios de eficiencia medible, por lo cual las políticas públicas deben implementarse con criterios científico-técnicos en el manejo de las decisiones <sup>(74,75)</sup>.

Las políticas públicas son importantes en el momento de depurar la información y evaluar resultados de una decisión política de relevancia en una sociedad. Un estado no debe separar esta orientación por basarse en una determinada racionalidad instrumental o sólo establecerse en una determinada ideología política, debe hacer uso crítico de ambas raíces. La política pública debe brindar un enfoque que sustituya la improvisación, la permisología o burocracia, entre otros vicios que estructuran la gestión pública y en muchos casos, hasta la privada y que generen respuesta tanto en la sociedad donde se postulen y ejecuten como en la gestión pública de los entes rectores de las mismas <sup>(71,74,76)</sup>.

En Venezuela, hasta el año de 1938, la asistencia obstétrica en Caracas, estaba reducida a un pequeño número de camas: 50 en la Sala No 18 del Hospital Vargas y 30 en el instituto privado Simón Rodríguez, para esa fecha, la población de Caracas era de 206 532 habitantes con 5 840 partos para 1937 y 6 377 para 1938 <sup>(77)</sup>.

### **Políticas Públicas en la Maternidad “Concepción Palacios”**

El primer aspecto político en la disciplina de obstetricia y ginecología ocurre con la inauguración oficial de la Maternidad “Concepción Palacios” el 17 de diciembre de 1938, por el Presidente de la República, General José Eleazar López Contreras, y el Gobernador del Distrito Federal, General Elbano Mibelli, en la foto No 2 se aprecia al ciudadano Presidente de la República acompañado de su Sra. Esposa y respectivos edecanes en el acto de inauguración.

El nombre de “Concepción Palacios”, Madre del Libertador Simón Bolívar fue escogido para la maternidad por el Presidente de la República.

Además hicieron uso de la palabra el Dr. Gonzáles Rincones Presidente de la Junta de Beneficencia y el doctor Leopoldo Aguerrevere Director de la MCP y el doctor Luis Prieto Presidente del Concejo Municipal.

Al ser este acto primer momento político que influye en la MM se cita al Gobernador, General Elbano Mibelli, quien pronunció las siguientes palabras, reseñadas en el diario El Universal, el 18 de diciembre de 1938 <sup>(78)</sup>:



**Foto No 2:** Presidente Eleazar López Contreras y esposa el día de la inauguración de la Maternidad "Concepción Palacios" <sup>(71)</sup>

"Ciudadano Presidente de la República, Ciudadanos ministros del Despacho, Señoras, Señores:

Con íntimo gozo de venezolano preocupado por los problemas fundamentales de la nacionalidad, ponderados desde la misma fuente que les da la vida y les dará

grandeza, os veo aquí reunidos en el acto inaugural de esta obra dedicada a la dignificación y saludables cuidados de la madre y de la prole venezolana.

La institución que aquí pronto empezará a prestar sus servicios, tiene su inspiración en los principios de justicia y solidaridad que animan hoy al pueblo de Venezuela y a sus gobernantes. Moralmente es éste que lleva en sí mismo la expresión realizada de nuestras posibilidades. Una obra semejante no está al alcance del Erario de una Municipalidad, aun cuando ella sea la de la Capital de la República, pero el espíritu de colaboración aplicado a la empresa hoy concluida, la hizo posible, gracias a la eficaz y atenta cooperación del Ejecutivo Nacional, sin cuyo aporte y el de la Junta de Beneficencia, no hubiera entrado tan prontamente a servir los altos fines que animaron su creación.

Esta Casa está en capacidad de asegurar a todas las mujeres de Caracas, de condición económica precaria, los servicios obstétricos más completos, la asistencia en el delicado trance de la maternidad. Para ello cuenta con una organización interna basada en los principios más modernos de la ciencia: Salas de hospitalización con cabida de 144 puestos; Servicio de Aislamiento para evitar el contagio de las parturientas sanas por parte de las enfermas; Guardería para recién nacidos; Consulta Externa, cuyo objeto principal es vigilar a la mujer en el curso de la gestación; Laboratorios, Farmacia, etc. Todo, en una palabra, está condicionado para que este servicio, de trascendencia social que a nadie escapa por estar en él interesado el porvenir de la Patria, cumpla a perfección sus fines de humanidad y de justicia.

La Municipalidad debe sentirse orgullosa de este esfuerzo y de la espontánea colaboración de Gobierno nacional.

Veinticinco meses han bastado para erigir esta Casa, tributo digno y sobrio homenaje a la madre venezolana, colocado al amparo de la madre del Libertador, a los pies de cuya femenina delicadeza criolla es ésta una humilde ofrenda de sus hijos.

Declaro solemnemente inaugurada la Casa de Maternidad "Concepción Palacios".

Ciudadano Presidente de la Junta de Beneficencia, en mi carácter de Primera Autoridad Ejecutiva en lo Administrativo y económico de la Municipalidad del Distrito Federal, pongo a disposición del Honorable Organismo que usted preside, el nuevo instituto hospitalario" <sup>(77)</sup>. En momento histórico se presenta en la foto No 3.



**Foto No 3:** Acto inaugural de la MCP. Palabras del Gobernador de Dto. Federal. General Elbano Mibelli <sup>(71)</sup>

Se puede inferir que esta inauguración es el primer acto político de justicia social y que inicia todas las acciones de políticas públicas que trascenderán en la MM como un número estadístico y en la muerte materna como un hecho relevante y de alto impacto social. En la foto No 4 se aprecia la placa inaugural de la MCP.



**Foto No 4:** Placa Inaugural de la MCP <sup>(71)</sup>

No fue sino el año siguiente que entra en funcionamiento, como lo evidencia la siguiente foto No 5 del oficio donde se participa a la autoridad competente sobre la primera asistencia obstétrica <sup>(77)</sup>. Ese 7 de enero de 1939 fue admitida la gestante, Alejandrina de Landaeta, de 15 años, en período expulsivo y fue atendida a las 15:17 por la Interna, Aura Marina Colmenares. Al neonato se le dio el nombre María

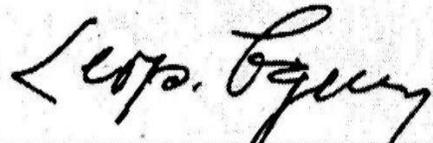
Concepción, la cual después el 18 de abril de 1959, también fue atendida en la MCP.

Caracas, 3 de enero de 1939

Ciudadano Inspector General de Los Hospitales

Su Despacho

Tengo el honor de participar a Ud. que hoy a las 3 y 17 p. m., ha iniciado sus actividades esta Maternidad con el nacimiento de una niña, hija de la Señora Alejandrina Acosta de Landaeta.



Leopoldo Aguerrevere

Foto No 5: Oficio de notificación del primer nacimiento en la MCP (71)

En la foto N° 6 se aprecia la primera historia elaborada en la MCP a la Sra. Alejandrina Acosta de Landaeta de quince (15) años de edad.

Después de este momento, es el comienzo oficial de la actividad asistencial de la MCP y con ello, las muertes maternas comienzan a aparecer, es por esa razón que desde ahí se considerarán las Políticas Públicas y para ello se estudian según cada Período Presidencial.

**MATERNIDAD MUNICIPAL "CONCEPCION PALAÇIOS"**

Nombre: *Algodina A de Landaeta* No. 2  
 Dirección: *Barriada de la Iglesia, Salto*

Año 1939  
Cama No. 1

NO. DE ENTRADA	
CONTRATO	AÑO 31
/	/
NO. DEL PARTO	
CONTRATO	AÑO 31
/	/

Fecha de entrada: a la maternidad *7-II-39*  
a la Sala de partos *7-II-39*

### INTERROGATORIO

Lugar de nacimiento: *La Guaya, Estado El H. Casado Profesión J. domést. Edad 15 años*

**INTERVENCIONES**

**Historia:**  
 Placenta: *no*  
 Lactancia: *ignora*  
 Abortivos: *con hembras*  
 Neomutaciones: *no*

**Genética:** *no*  
 Menarquia a los 13 años. Tipo *g/so*  
 Caracteres: *Poliorreica, feli-*  
*dad.*  
 Genética: *Puntidista*

**Patología:**  
 Ginecologías: *no*

Wassermann a Ksho del marido: *no se ha hecho (no tratamiento)*

### ANTECEDENTES QUÍNICOS

EDAD	ENFERMEDAD	PARTE	PERIODO	CAUSAS	TRAT.	RESULT.
1°						
2°						
3°						
4°						
5°						
6°						
7°						
8°						
9°						
10°						
11°						
12°						

*I gesta*

### PRESEZ ACTUAL

Inicio de las últimas reglas: *6 de abril de 1938*  
 Percepción de los movimientos fetales: *a los 5 meses*

Dato probable del: *al de*

### EXPLORACION UTERO-ABDOMINAL

CLAS.	Forma	Examinación	PRESENTACION	EXAM. VAGINAL	POSICION	Amplio	ESPEJ.	PARITOCESARICA	OTROS DATOS
									<i>Poliorreica</i>
<i>Ingresó en periodo de expulsión</i>									

Foto 6: Primera historia clínica de la MCP

En la foto No 7 se aprecia el podograma del producto de la gestación de la Sra. Acosta de Landaeta.

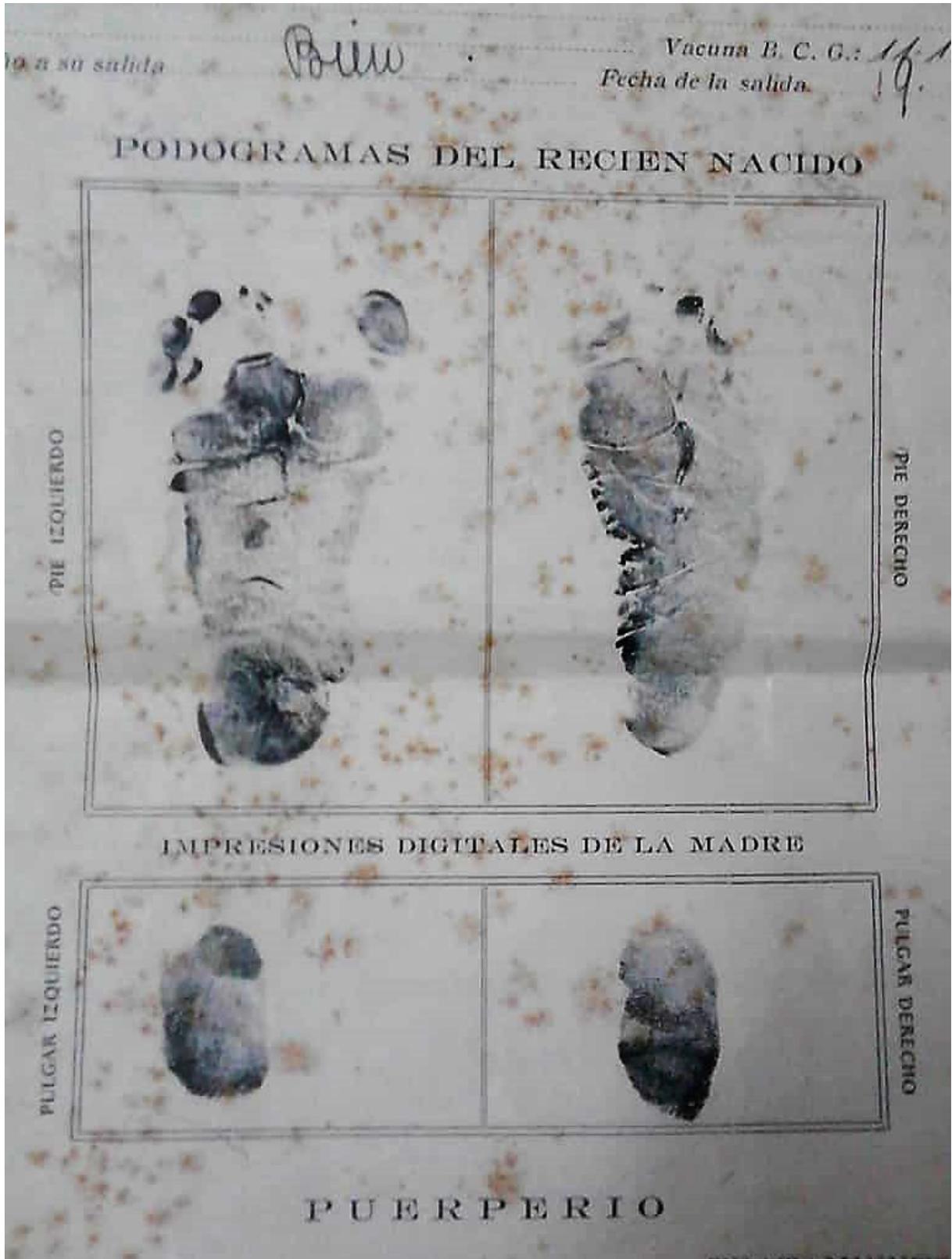


Foto 7: Podograma del primer recién nacido en la MCP, María Concepción Landaeta Acosta.

## **Períodos Presidenciales:**

El Presidente de la República de Venezuela es a la vez el Jefe de Estado y Gobierno, dirige el Poder Ejecutivo Nacional de Venezuela y es el Comandante en Jefe de la Fuerza Armada Nacional. Asimismo, el cargo corresponde a la más alta magistratura del país y al funcionario público nacional de mayor jerarquía.

Los períodos de mandato presidencial son continuos, con la posibilidad garantizada por la Constitución del lapso de un mandato presidencial.

La designación de presidente abarca solo a las personas que juraron sus cargos como Presidente de Venezuela. El primer presidente fue Cristóbal Mendoza, el asumió el cargo el 5 de marzo de 1811, por decisión del Congreso Nacional y oficializado el 5 de julio de 1811 con la Declaración de Independencia de la Corona Española <sup>(79)</sup>.

Debido a la profunda agitación por las guerras de independencia en América del Sur, desde 1814 a 1818 España establece de nuevo su Gobierno con el país en guerra, hasta que el Congreso de Angostura, nombró a Simón Bolívar «Jefe Supremo de la República de Venezuela» (Comandante Supremo de la República de Venezuela) desde 1819 hasta 1821. Posteriormente el Libertador se desempeñó como presidente de la Gran Colombia (que unía a Venezuela, Colombia, Panamá y Ecuador) desde 1821 a 1830. Luego de ser dividida la Gran Colombia Simón Bolívar es desterrado de su naciente república, tomando el cargo José Antonio Páez.

Si bien el papel de presidente de la República y significación han experimentado cambios a lo largo de 200 años de historia, al igual que su posición y relaciones con los demás actores de la organización política nacional, ha sido y es una de las figuras políticas más destacadas <sup>(80)</sup>.

Después del fallecimiento del General Juan Vicente Gómez el 17 de diciembre de 1935, se inicia una transición del país hacia un Estado Democrático, asume la presidencia encargada de la República José Eleazar López Contreras, hasta el 19 de abril de 1936. Posteriormente es elegido por el Congreso Nacional y se convierte en presidente constitucional a partir del 25 de abril de 1936 por 7 años, plantea la reforma de la constitución en julio del mismo año, orienta sus políticas hacia la salud pública,

reduce el período presidencial de siete a cinco años aplicables a su propio período. En su primer año de gobierno, el 25 de febrero de 1936 crea el Ministerio de Sanidad y Asistencia Social (MSAS), donde promulga el reglamento de Clínicas y Casas de Salud, se promulga en el Congreso Nacional la Ley de Defensa contra el paludismo, se crea la Dirección Especial de Malariología siendo su primer Director el Dr. Arnoldo Gabaldón, a quien se le deben muchas innovaciones, que fueron traídas de la conferencia de directores de salud pública, celebrada en Washington en ese mismo año. Se trataba de una época en la que se requería controlar las epidemias, es en este punto donde se evidencia el carácter complejo de las políticas públicas en el área de salud, que se proyectan a todo el estado y a pesar de ser sólo el Hospital Vargas el único centro público de salud junto a las Clínicas de la Industria Petrolera, que dictaban muchos de los parámetros requeridos para el momento; empieza ahí la presión para la creación de diferentes establecimientos de salud. Es en el período de 1936 – 1945 donde se promueve el primer Plan Nacional de creación de hospitales desarrollados por el Ministerio de Obras Públicas (MOP) <sup>(79,80)</sup>.

En la tabla N° 1 se presentan los diversos períodos presidenciales desde la inauguración de la MCP, período 32, hasta el presente, período 57. A continuación presentaremos a los presidentes de la República y la duración de cada uno de sus mandatos, es de hacer notar que algunos períodos tuvieron carácter transitorio, otros de encargaduría, pero debido a que se debe tener continuidad administrativa, se reseñan aun cuando no llegaron a tener políticas públicas definidas en el área de salud. Algunos fueron interrumpidos por el fallecimiento de los presidentes: uno por magnicidio y otro por enfermedad; otros por derrocamientos o “golpes de estado” y que incluso hubo cuatro constituciones.

Períodos presidenciales: desde la inauguración de la MCP han pasado 26 períodos presidenciales, algunos constitucionales, otros dictatoriales, de Juntas de Gobierno y otros transicionales, con diferentes variaciones en el tiempo, algunos muy largos otros muy breves, como se muestra en la siguiente tabla, donde se presentan continuando el orden de presentación desde la fundación de la MCP, hasta el 31 de diciembre de 2018 <sup>(79)</sup>.

**Tabla No 1**  
República de Venezuela. Períodos Presidenciales

No	NOMBRE DEL PRESIDENTE	INICIO	FINAL DEL MANDATO
32	José Eleazar López Contreras	17-12-1935	05-05-1941
33	Isaías Medina Angarita	05-05-1941	18-10-1945
34	Rómulo Antonio Betancourt Bello	10-10-1945	17-02-1948
35	Rómulo Ángel Gallegos Freire	17-02-1948	24-11-1948
36	Carlos Román Delgado Chalbaud	24-11-1948	13-11-1950
37	German Suárez Flamerich	27-11-1950	02-12-1952
38	Marcos Evangelista Pérez Jiménez	19-04-1953	23-01-1958
39	Wolfgang Enrique Larrazábal Ugueto	23-01-1958	14-11-1958
40	Edgar Sanabria Arcia	14-11-1958	13-02-1959
41	Rómulo Antonio Betancourt Bello	13-02-1959	13-03-1964
42	Raúl Leoni Otero	13-03-1964	11-03-1969
43	Rafael Antonio Caldera Rodríguez	11-03-1969	11-03-1974
44	Carlos Andrés Pérez Rodríguez	12-03-1974	12-03-1979
45	Luis Antonio Herrera Campins	12-03-1979	02-02-1984
46	Jaime Ramón Lusinchi	02-02-1984	02-02-1989
47	Carlos Andrés Pérez Rodríguez	02-02-1989	21-05-1993
48	Octavio Lepage Barreto	21-05-1993	05-06-1993
49	Ramón José Velásquez Mujica	05-06-1993	02-02-1994
50	Rafael Antonio Caldera Rodríguez	02-02-1994	02-02-1999
51	Hugo Rafael Chávez Frías	02-02-1999	30-07-2001
52	Hugo Rafael Chávez Frías	30-07-2001	11-04-2002
53	Pedro Francisco Carmona Estanga	11-04-2002	13-04-2002
54	Diosdado Cabello Rondón	13-04-2002	14-04-2002
55	Hugo Rafael Chávez Frías	14-04-2002	04-02-2007
56	Hugo Rafael Chávez Frías	04-02-2007	05-03-2013
57	Nicolás Alejandro Maduro Moros	09-01-2013 05-03-2013 19-04-2013	2018

## Período Presidencial: José Eleazar López Contreras



**Foto No 8:** Gral. José Eleazar López Contreras

El período presidencial de Eleazar López Contreras se inicia como encargado después de la muerte del General Juan Vicente Gómez el 17 de diciembre de 1935, luego asignado por el Congreso de la República desde el 25 de abril 1936 hasta el 5 de mayo 1941, es el 32º Presidente de los Estados Unidos de Venezuela, el régimen se caracterizó por la legalidad donde se respetarían las garantías constitucionales, se dió atención a la higiene pública y a la asistencia social; se crea el MSAS. Se le denominó el gobierno de “calma y cordura”.

En febrero de 1936 establece el Programa para diagnosticar los principales problemas de la nación, entre ellos los de salud pública. Creación de MSAS que reemplaza al Ministerio de Salubridad, Agricultura y Cría. Se crea el Hospital Anticanceroso Luis Razetti, en Cotiza y se instala el Plan Nacional de Construcción de Hospitales (1936-1945).

En 1938 se establece el Plan Trienal de 1938, para fortalecer el plan anterior y la consigna fue: “Educar, Sanar y Poblar”.



**Foto No 9:** Edificio de la MCP en su inauguración <sup>(72)</sup>

El 17 de diciembre de 1938 se inaugura la MCP, siendo el primer acto de política pública, relacionado con la acción directa de abatir la MM, se tardó dos años en su construcción.

Características socio-económicas: Para la época de transición la población total venezolana en 1936 era de más de 3,5 millones de habitantes. La población de Caracas era de 206 532 habitantes con el número de partos registrados de 5 840 en 1937 y de 6 377 en 1938; a partir de la década de 1940 esta situación cambió. El auge de la explotación petrolera y el inicio de los procesos de expansión urbana y desarrollo industrial, produjeron un incremento de la población total, así como un aumento sostenido de su tasa de crecimiento natural, y una transformación en la estructura interna de la relación población urbana - población rural, modificando el paisaje demográfico y cultural del país <sup>(79,80)</sup>.

Durante este período, hubo un descenso en la MM, debido a que las gestantes en su mayoría asistían MCP, pues contaban con una atención médico científica que les garantizaba el bienestar de su salud en el momento del parto y por ende el derecho a la vida. Desde esta perspectiva, disminuyó la atención de partos atendidos por comadronas empíricas con escasos conocimientos obstétricos.

## Período Presidencial: Isaías Medina Angarita



Foto No 10: Gral. Isaías Medina Angarita

El período presidencial de Isaías Medina Angarita se inicia el 5 de mayo 1941 hasta el 18 de octubre 1945, es el 33º Presidente de los Estados Unidos de Venezuela, elegido por elecciones indirectas, efectuadas por el Congreso Nacional (28 de abril de 1941), Isaías Medina Angarita es electo para la primera Magistratura, con 120 votos; contra 13 obtenidos por su más cercano contrincante, Rómulo Gallegos. Al asumir la presidencia, la humanidad padecía los efectos de la Segunda Guerra Mundial. Tenía orientación democrática, con una política de tolerancia, modernización, por lo que se ganó el respeto de los intelectuales y dirigentes políticos, su plan se dirige a las reformas para garantizar las libertades públicas, destaca dentro de su plan, la Ley del Seguro Social Obligatorio y en 1941 se crea el Instituto Venezolano de los Seguros Sociales (IVSS). En 1943 se inicia la construcción de la edificación más grande de toda América Latina, el Hospital Clínico de la Ciudad Universitaria, en Caracas, con capacidad para 1 200 camas <sup>(77)</sup>.

Para este momento, Venezuela tenía 3 870 771 habitantes y Caracas 269 000, siendo el presupuesto nacional de Bs. 300 000 000. Luego de ser derrocado el 18 de octubre de 1945, por un golpe cívico-militar, fue detenido y expulsado del país <sup>(79,80)</sup>.

En este período presidencial la RMM de Venezuela sigue disminuyendo en el país. De igual manera se ve reflejada en la MCP, aunque aumenta la demanda de embarazadas, todas reciben atención obstétrica. Sin embargo, como políticas públicas de salud se plantea ampliar el número de camas y servicios en la institución.

## Período Presidencial: Rómulo Antonio Betancourt Bello



**Foto No 11:** Rómulo Antonio Betancourt Bello

Período Presidencial de una “Junta Revolucionaria de Gobierno” integrada por civiles y militares, representada por Rómulo Antonio Betancourt Bello quien se constituye en el 34º presidente. Es un tipo de Gobierno Provisional, desde el 19 de octubre 1945 hasta el 17 de febrero 1948, dentro de sus alcances se estableció el voto para las mujeres, se desarrolló una efectiva política de vivienda por medio del Banco Obrero. En julio de 1947, se promulga la nueva Constitución de la República y se considera la más democrática de América, al contemplar los principios de “igualdad social y gobierno democrático” En 1947 surge el Hospital Municipal Risquez en Cotiza y surge la Clínica “Santa Ana” en San Bernardino <sup>(79,80-82)</sup>.

En 1944, era imperiosa la necesidad de ampliar el número de camas en la MCP, se procedió entonces en 1946 a la construcción de un tercer piso que sumaron 72 camas, además de guarderías para recién nacidos y habitaciones para médicos residentes, se eliminó el pequeño departamento de tuberculosas, Este nuevo piso entró en funcionamiento en noviembre de 1946 <sup>(77)</sup>, aumentando el número de camas a 255 <sup>(38)</sup>.

Durante este período la RMM presenta un descenso significativo en el país, quizás porque las políticas públicas de salud propuestas en el gobierno de Isaías Medina Angarita fueron implementadas, dándole continuidad a los planes de ampliar la atención obstétrica en la MCP, la cual se convirtió en el principal centro de salud que atiende a las embarazadas en esa época.

## Período Presidencial: Rómulo Ángel del Monte Carmelo Gallegos Freire



Foto No 12: Rómulo Ángel del Monte Carmelo Gallegos Freire

El Período Presidencial 35º corresponde a Rómulo Gallegos Freire se inicia el 15 de febrero 1948 hasta el 24 de noviembre del mismo año, fue el primer presidente del siglo XX elegido en forma ampliamente democrática, bajo elecciones que se realizaron según las normas del estatuto electoral que consagró el voto universal directo y secreto a mayores de 18 años de edad. Nueve meses duró el ejercicio presidencial, debido a que fue derrocado por una junta de gobierno; en cuanto a políticas públicas en salud, no hubo mayor significancia. En la MCP el 30 de marzo de 1948 se inaugura el nuevo servicio de aislamiento donde eran ingresadas las pacientes infectadas, tenía una capacidad de 60 camas, con cuartos individuales para casos especiales y dos salas de trabajo y partos, con estos adicionales aumentó el número de camas a 292 <sup>(38,77)</sup>.

Derrocado Rómulo Gallegos, el gobierno militar que se instaura tendrá desde el principio un hombre fuerte que será el que comanda las acciones, al principio elementos secundarios aparecen en los primeros puestos, siendo Marcos Evangelista Pérez Jiménez el verdadero comandante de aquella revolución. Esta se extendió de 1948 hasta 1958, y se puede dividir en tres períodos: El provisional de Carlos Delgado Chalbaud, el de Germán Suárez Flamerich y el de Marcos Pérez Jiménez <sup>(79)</sup>. Se reseña esta etapa como un retorno al positivismo de la época de Gómez “marcada por un pragmatismo e inmediatez como por una aguda represión política” según Tito Lacruz <sup>(83)</sup>. La RMM en Venezuela es de 184,7 y aumenta la de MCP.

## Período Presidencial: Carlos Román Delgado Chalbaud Gómez



**Foto No 13:** Cnel. Carlos Román Delgado Chalbaud Gómez

El 36º período presidencial inicia el 24 de noviembre 1948 hasta el 13 de noviembre 1950. El tipo de Gobierno es una Dictadura Militar y el apoyo político era de una Junta Militar de Gobierno. Se crearon Colonias Agrícolas que se poblaron con ciudadanos extranjeros en su condición de inmigrantes. Se disuelven los organismos sindicales y sus dirigentes son perseguidos y encarcelados o desterrados <sup>(79)</sup>. Siempre sostuvo la necesidad de ir a elecciones, le preocupaba que se le catalogara de dictador.

En ese período presidencial se solidifica la planificación de las infraestructuras hospitalarias, iniciando un proceso de modernización del país, en cuanto a las políticas públicas se inicia el proyecto de reubicación de la población que habían inmigrado a la capital.

Este gobierno duro hasta el 13 de noviembre de 1950, debido al único magnicidio que ha ocurrido en el país, se traspasa el poder por un Gobierno Interino asignado por la Junta Militar de Gobierno a Germán Suárez Flamerich.

Con respecto a la RMM en la MCP, para esta época se incrementó un poco, sin embargo, hubo una expansión en cuanto al número de camas hospitalarias y servicio de atención médica obstétrica en dicho centro asistencial.

## Período Presidencial: Germán Suárez Flamerich



**Foto No 14:** Dr. Germán Suárez Flamerich

Con apoyo de la Junta Militar de Gobierno de la cual era el Consultor Jurídico, asume el 37º Período Presidencial German Suárez Flamerich 1950 – 1952, luego del secuestro y magnicidio del Cnel. Carlos Delgado Chalbaud, al mediodía del 27 de noviembre de 1950 es juramentado como presidente de la Junta de Gobierno en el Palacio de Miraflores; y desde ahí se ordena la liberación de presos políticos de la Unión Republicana Democrática (URD), para llevar al país a un proceso de elecciones. En su período se dictó el Estatuto Electoral, norma por la que se debían escoger los ciudadanos que integrarían a la asamblea constituyente <sup>(79)</sup>.

Los aspectos más resaltantes fueron: La Elección directa de los representantes del pueblo para todos los niveles: nacional, estatal y municipal; al igual que se permite elegir al Presidente de la República por medio del ejercicio obligatorio del derecho al sufragio. En este período se avanza en la construcción de la Ciudad Universitaria y la autopista Caracas - La Guaira. A pesar de las expectativas, su función fue la de encubrir a los verdaderos dueños del poder Pérez Jiménez y Llovera Páez <sup>(79-80)</sup>.

La intención básica era los aspectos de política pública, con el control de los partidos políticos y sindicatos. En cuanto a la RMM a nivel nacional, esta disminuyó un poco durante el período presidencial, lo cual generó un discreto descenso de las muertes maternas en la MCP.

## Período Presidencial: Marcos Evangelista Pérez Jiménez



Foto No 15: Gral. Marcos Evangelista Pérez Jiménez

El período presidencial 38<sup>o</sup> fue ejercido por el Gral. Marcos Evangelista Pérez Jiménez desde el 19 de abril 1953 hasta el 23 de enero 1958, fue un gobierno dictatorial militar, con apoyo político de la Junta de Gobierno, varias autoridades dicen que era quien gobernaba desde finales de 1948. En marzo de 1953 promulgó la nueva carta constitucional cuya característica resaltante fue la inmensa autoridad de la que se revistió al Presidente de la República. La juramentación y toma de posesión como Presidente Provisional la realizó el 19 de abril de 1953 y con ello empezó “el nuevo ideal nacional” lema político doctrinario del régimen hacia un nacionalismo de derecha (79). Realizó apertura al capital extranjero: petroleras e hierro, captando millonarios recursos que invirtió en parte, en la política pública de “Concreto Armado”.

Surgen súper bloques como los del 23 de enero, con el propósito de acabar con las viviendas pobres; se concluyó la construcción de la Ciudad Universitaria de Caracas; se erigieron proezas arquitectónicas como el hotel Humboldt y obras turísticas como los teleféricos de Caracas y de Mérida. Su Ministro de Sanidad y Asistencia Social fue: **Pedro Antonio Gutierrez Alfaro**, vale resaltar que era médico obstetra de la MCP, permanece en el cargo desde el inicio hasta el final del período presidencial. Situación que favorece las políticas públicas hacia la MCP.

Las obras de carácter medico asistencial que se reseñan en este período fueron:

- Ampliación del Hospital Vargas a 600 camas (Caracas).
- Construcción del Instituto Nacional de Tuberculosis de El Algodonal (Caracas).
- Construcción del Hospital Médico-Quirúrgico de Emergencia del Sur-Oeste (Caracas).
- Construcción Hospital J.M. de los Ríos. (Caracas).
- **Construcción del edificio nuevo de la Maternidad Concepción Palacios. (Caracas).**
- Construcción Hospital Riskey. (Caracas).
- Construcción del Hospital de Emergencia de Salas. (Caracas).
- Construcción del Hospital de El Valle. (Caracas).
- Construcción del Hospital de Catia. (Caracas).
- Construcción del Hospital de Maiquetía (Vargas).
- Construcción del Hospital Clínica Santa Ana (Caracas).
- Construcción de la Casa de Observación de Menores (Caracas).
- Construcción del Retén de prematuros J. D. Villegas (Caracas).
- Construcción del Hospital J. M. España (Caracas).
- Construcción del Hospital Eudoro González (Caracas).
- Construcción del Centro Pediátrico de El Valle (Caracas).
- Construcción del Centro Pediátrico de Salas (Caracas).
- Construcción del Hospital Pediátrico de Catia (Caracas).
- Construcción del Hospital Vargas de la Guaira con servicio pediátrico y de adultos. (Vargas).
- Construcción del Hospital Clínico Universitario de la UCV (Caracas).
- Construcción de la sede del Banco de Sangre (Caracas).
- Construcción del Hospital Central de San Cristóbal (Táchira).
- Construcción del Hospital Central de Maracaibo (Zulia).
- Construcción del Hospital Central de Barquisimeto (Lara).
- Construcción del Hospital Central de las Fuerzas Armadas (Caracas).
- Ampliación del Hospital de niños de Barcelona (Anzoátegui).
- Reconstrucción del Hospital "Rafael Rangel" (Anzoátegui).
- Construcción de la medicatura rural del Pao (Anzoátegui).
- Construcción del Dispensario y medicatura de La Victoria (Apure).
- Construcción del Centro Materno Infantil de Maracay (Aragua).
- Construcción de los dispensarios en Turmero, San Casimiro, Cagua, San Sebastián, Las Delicias, Las Tejerías, Santa Cruz, Palo Negro y Camatagua (Aragua).
- Reacondicionamiento del Hospital "Nuestra Señora del Carmen" (Barinas).
- Construcción del Seguro Social de Catia (Caracas).
- Construcción del Seguro Social de San Cristóbal (Táchira).
- Construcción del Cuartel de Bomberos de San Cristóbal (Táchira).
- Construcción del Hospital de San Félix (Bolívar).
- Construcción del Seguro Social de Ciudad Bolívar (Bolívar).
- Ampliación del Hospital Central de Valencia (Carabobo).

- Construcción del Cuartel de Bomberos de Valencia (Carabobo).
- Construcción de la Colonia Psiquiátrica de Bárbula: Sala de recreación, residencia para el médico-director, pabellones de gatistas, pabellón de niños anormales, vialidad y obras anexas (Carabobo).
- Ampliación del Hospital de Puerto Cabello (Carabobo).
- Construcción del edificio para la centralización de Servicios Sanatorios Antituberculosos A y B (Carabobo).
- Construcción del Hospital principal de Punto Fijo (Falcón).
- Construcción del Centro Materno Infantil en Milla (Mérida).
- Construcción del Centro Médico de Seguros Sociales de Chacao (Miranda).
- Ampliación general del Hospital Policlínico de los Teques (Miranda).
- Reconstrucción de la medicatura de Quiriquire (Monagas).
- Construcción del Dispensario Central "Dr. M. A. Betancourt" de Maturín (Monagas).
- Construcción de las medicaturas de Altigracia, Tacarigua, Los Robles y Los Millanes (Nueva Esparta).
- Ampliación del Hospital Portuguesa (Portuguesa).
- Construcción del Hospital General de Güiría (Sucre).
- Reconstrucción del Hospital San Antonio de Carúpano (Sucre).
- Ampliación y remodelación del Hospital de niños, Hospital Cumaná y la Casa Hogar "Nuestra Señora del Valle" de Cumaná (Sucre).
- Construcción de la Maternidad y Casa-Cuna de Caigüiré (Sucre).
- Construcción de la Unidad Sanitaria de San Antonio del Táchira (Táchira).
- Ampliación del Sanatorio Antituberculoso de San Cristóbal (Táchira).



**Foto No 16:** Edificio de MCP "Maternidad nueva"

El ideal nacional se basaba en la modernización del país, por lo cual la atención médico asistencial cobró vigencia con el desarrollo de una infraestructura hospitalaria respaldadas por estudios geopolíticos, pudiera suplir las necesidades de la creciente población, Surge el concepto de Ciudad Universitaria, los hospitales universitarios a los que se favorecen en su accesibilidad por contemplarse, entre otros aspectos el desarrollo vial urbano. Se desarrollaron reglamentos, normas y procedimientos técnicos para la ejecución de sus proyectos, promoviendo el desarrollo tecnológico constructivo y la consolidación de profesionales y empresas constructoras <sup>(80,81)</sup>.

En cuanto a la MCP, en octubre de 1956 se finalizan los planos de una nueva maternidad y son sometidos a la aprobación de la Presidencia de la República, fueron rechazados alegándose razones estéticas de erigir un edificio moderno al lado de la llamada “Maternidad vieja”. Así fue decretada la edificación de una nueva MCP <sup>(77)</sup>.

La construcción de esta obra se concibió en dos partes. La primera la edificación de 9 pisos y la segunda la demolición de la “Maternidad vieja” y construcción de un nuevo edificio.

La primera fase se inició el 27 de marzo de 1957 y terminada en diciembre del mismo año <sup>(77)</sup>, en solo nueve meses fue construida con grandes elementos tecnológicos para la construcción, la segunda fase no se logró realizar por el derrocamiento del gobierno.

El 22 de enero de 1958 se reúnen los altos jefes militares en la Academia Militar para considerar la situación. Se forma una Junta Militar de gobierno que le pide la renuncia. Derrocado en la madrugada de ese 23 de enero de 1958, viajó hacia República Dominicana en “la vaca sagrada”.

En lo que se refiere a la RMM en Venezuela, esta disminuye considerablemente, pues las políticas públicas de salud, favorecen la atención obstétrica, específicamente en la MCP, ya que se amplía su infraestructura y por ende los servicios de atención médica al contar con un edificio nuevo para atender la demanda de las usuarias; al igual de la formación científica que reciben los obstetras que participan y asisten a congresos internacionales.

## Período Presidencial: Wolfgang Enrique Larrazábal Ugueto



Foto No 17: Vicealmirante. Wolfgang Enrique Larrazábal Ugueto

Período Presidencial 39º: 1958-1959, el apoyo político es de una Junta de Gobierno, después del derrocamiento de Pérez Jiménez; Se impulsó como líder carismático y populista, creó el llamado “Plan de Emergencia” o “Plan de Obras Extraordinarias”, mediante el cual se realizaron obras públicas populares que propiciaron el éxodo de la población campesina a las grandes ciudades particularmente Caracas y Maracaibo; el incremento poblacional en la ciudad de Caracas se incrementa porque se les facilitaban materiales de construcción para edificar viviendas en la periferia de la ciudad.

Se veía como un hombre cordial, sin intereses extraños, traspasó el gobierno de manera provisional para que se realizaran elecciones directas <sup>(79)</sup>.

No hubo obras o políticas públicas que se encuentren reseñadas que pudieran ser realizadas durante esta gestión en pro de la salud.

En este período de un año que prácticamente fue de transición la RMM en Venezuela se mantuvo en la misma tendencia del período anterior y en la MCP se incrementa discretamente, probablemente al incremento de la migración interna propiciado por las políticas públicas del “Plan de Emergencia”.

## Período Presidencial: Edgard Sanabria Arcia



Foto No 18: Edgard Sanabria Arcia

Período presidencial 40º de carácter provisional debido a la renuncia de Wolfgang Larrazábal el 14 de noviembre 1958, entregando el poder el 13 de febrero 1959.

El 4 de enero de 1959 se inaugura el edificio nuevo de la MCP con la asistencia del Presidente de la República, Doctor Edgard Sanabria <sup>(77)</sup>.

El derrocamiento del gobierno en enero de 1958 detuvo la realización de la segunda parte de la planificación proyectada, ya que hubo resistencia ante la idea de demoler el antiguo edificio, realizando sólo una comunicación interna con el edificio nuevo.

A partir del año 1958, la población de Caracas experimentó un crecimiento vertiginoso, debido a las migraciones internas de grandes masas de población provenientes de la zona rural, con escasos recursos económicos, en la MCP se hacen insuficientes las 496 camas del edificio nuevo, debiendo reaperturar el edificio viejo y adaptar para nuevas camas de hospitalización <sup>(77)</sup>.

En el resto del gobierno no hubo ningún tipo de políticas públicas en salud, lo que imperaba era resolver la transición política, no hay registros de alguna modificación en este período ni de la RMM en Venezuela, como tampoco en la MCP.

## Período Presidencial: Rómulo Antonio Betancourt Bello



**Foto No 19:** Rómulo Antonio Betancourt Bello

Período presidencial 41º. Desde el 13 de febrero 1959 hasta el 13 de marzo 1964. Tipo de Gobierno Democrático, comienza a cumplirse el “Pacto de Punto Fijo” ya que fue un “Gobierno de Coalición Democrática”, dio apoyo al movimiento sindical y a la reactivación de la Federación de Trabajadores de Venezuela. Bajo la Dirección de Juan Pablo Pérez Alfonzo se creó la Organización de Países Exportadores de Petróleo (OPEP) iniciando la política de “no concesiones”. Se promulga la Constitución de 1961. Para este período presidencial las políticas públicas de salud se basaron en concluir algunas obras públicas entre la que destaca la culminación del Hospital Universitario de Maracaibo inaugurado en 1960, pero con una construcción que duró 10 años, de alta tecnología constructiva, siendo diseñado en Suiza, con capacidad para 600 camas y 75 000 m<sup>2</sup> de construcción. Surge el Programa de Medicina Simplificada, del cual fue pionero el MSAS en toda Latinoamérica y es reconocida por la OMS como el primer país que logra erradicar el paludismo en 2/3 de su territorio <sup>(84)</sup>.

En este período en la MCP se reinauguran el 1 de diciembre de 1960 las 72 camas de la “maternidad vieja” con lo que se llega a un total de 640 camas para hospitalización de pacientes obstétricas.

En relación a la RMM mantiene la tendencia a disminuir tanto a nivel nacional como en la MCP, la que se convierte en centro de referencia nacional.

## Período Presidencial: Raúl Leoni Otero



**Foto No 20:** Raúl Leoni Otero

Período Presidencial 42º desde el 13 de marzo 1964 hasta el 11 de marzo 1969, ocho meses después constituye su lema de: “Gobierno de Amplia Base”, Se incrementaron los gastos destinados a financiar programas de educación y servicios sanitario asistenciales, mediante una política fiscal orientada a lograr una mayor justicia tributaria y la canalización del gasto público hacia áreas de mayor beneficio social.

En este período presidencial, las políticas públicas de salud enfatizaron en la medicina curativa se invirtieron sumas importantes destinadas a viviendas y urbanismo, como a la construcción de acueductos y obras sanitarias, El ejecutivo incrementa la asignación presupuestaria al Ministerio de Sanidad y Asistencia Social, los indicadores epidemiológicos mejoran notablemente. El Seguro Social fue objeto de reformas administrativas y asistenciales, y el 1 de enero de 1967, entró en vigencia la nueva ley del Seguro Social, Se creó la Fundación del Niño <sup>(79)</sup>, a quien la Primera dama “Doña Menca de Leoni “le puso todo su entusiasmo y con diferentes proyectos y planes, se ofrecía protección a las mujeres de bajos recursos y a los niños, sobre todo a los de escasos recursos; este proyecto administraba su propio presupuesto y fue sostenido en el tiempo por otras primeras damas.

La RMM del país y de la MCP mostró una tendencia a la baja.

## Período Presidencial: Rafael Antonio Caldera Rodríguez



**Foto No 21:** Rafael Antonio Caldera Rodríguez

Período Presidencial 43º, desde el 11 de marzo 1969 hasta el 11 de marzo 1974, de carácter: Democrático. Hereda un país convulsionado, la guerrilla urbana y rural mantenía un clima de violencia y zozobra. Las garantías constitucionales nunca fueron suspendidas y las Fuerzas Armadas nunca fueron acuarteladas, empieza el proceso de distensión con Cuba inicia las relaciones diplomáticas con más de veinte países incluyendo la Unión Soviética. Aplica la “política de pacificación”. Las Fuerzas Armadas fueron dotadas con equipos de última generación. Se asigna a la educación primera prioridad, dándole mayor porcentaje del Presupuesto General de la Nación. Reforma los programas educativos desde el preescolar hasta la educación superior, con una orientación al desarrollo integral del hombre, Se crean medio millón de nuevos empleos y se firman más de 6 500 contratos colectivos, logrando mejoras en la calidad de vida de los trabajadores organizados, se permite la sindicalización de los empleados públicos, se sanciona la Ley de Carrera Administrativa <sup>(79,80)</sup>.

Se hicieron hospitales de 120 – 150 y 200 camas, y hospitales regionales de 320, 400 y 600 camas como el Hospital Dr. José Gregorio Hernández, “Los Magallanes de Catia” en 1973. Se formó en el MOP la División de Arquitectura Médico Asistencial, donde se realizaron todos los proyectos y construcciones <sup>(79,80)</sup>. En cuanto a la Política Pública en este Gobierno ocurren cambios del personal técnico del MSAS que habían sido respetados desde su creación; la RMM mantiene la tendencia a su disminución con cifras por debajo de 100 y en la MCP al contrario la RMM tiende al aumento.

## Período Presidencial: Carlos Andrés Pérez Rodríguez

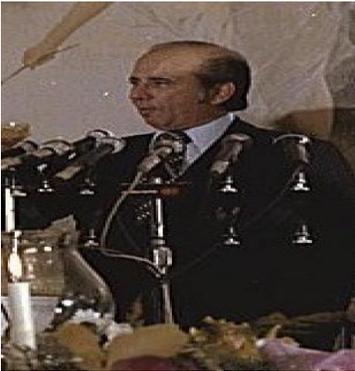
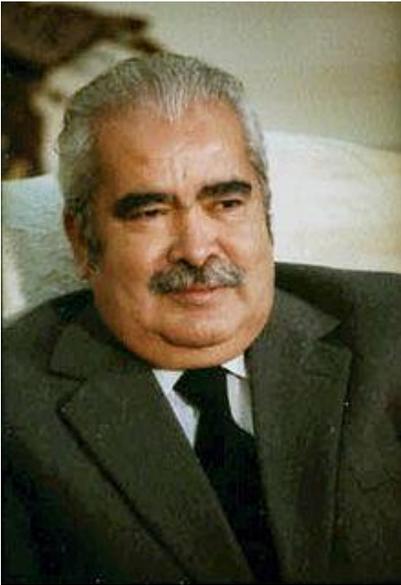


Foto No 22: Carlos Andrés Pérez Rodríguez

Período presidencial 44<sup>o</sup> desde el 12 de marzo 1974 hasta el 12 de marzo 1979, tipo de gobierno: Democrático, con el apoyo político de Acción Democrática (AD), su lema fue: “Democracia con energía”. En su primer año de gobierno desarrolló dos iniciativas relacionadas con el ámbito cultural: La biblioteca Ayacucho con obras maestras de la literatura latinoamericana y el Programa de Becas Gran Mariscal de Ayacucho, para la capacitación de millares de estudiantes venezolanos en los centros más prestigiosos del mundo. En 1975 nacionaliza la industria del hierro y al año siguiente nacionaliza la industria del petróleo, creando la empresa Petróleos de Venezuela (PDVSA); intentó aplicar la política de “pleno empleo” que por un lado castigaba a los empresarios y por el otro por medio de la Ley contra los despidos injustificados de 1974, daba un poder inmenso a los sindicatos y trabajadores independientes. Esto dio como resultado un crecimiento de la liquidez circulante e impactó el consumo hasta 1977, con crecimiento del Producto Interno Bruto (PIB) más grande de la historia de Venezuela hasta el momento <sup>(79)</sup>. El sistema de servicios de salud en Venezuela se caracterizó por la falta de financiamiento, la privatización directa e indirecta, la desinversión en mantenimiento de infraestructura y la fragmentación y desarticulación entre los actores que debían cumplir funciones de regulación y provisión de servicios. En el Dto. Federal, durante la Gobernación de Diego Arria Salicetti, se hacen modificaciones y mantenimiento mayor a los hospitales bajo su jurisdicción entre ellos la MCP <sup>(79)</sup>. Para este período la RMM aumento discretamente.

## Período Presidencial: Luis Antonio Herrera Campins



**Foto No 23:** Luis Antonio Herrera Campins

Período Presidencial 45º desde 1979 hasta 1984, tipo de Gobierno Democrático Constitucional, con apoyo político del partido COPEI, su lema fue: “El Gobierno de los pobres” Se completaron importantes obras de infraestructura: Parque Central, Teatro “Teresa Carreño” la primera fase de la línea del Metro de Caracas, Parque de las Naciones Unidas, se inició la autopista a oriente y se impulsó el agro. Presentó la reforma al Código Civil, la Ley de Educación y autorizó la emisión de televisión a color en el país.

Reformó el Programa de Educación, materia que consideró prioritaria, implementando el Ciclo Básico Común de nueve años corridos. Los precios del petróleo llegaron entre 1980 y 1981 a valores no antes vistos, pasaron a 30 \$ el barril, debido a las políticas de bloqueo que realizaron los países árabes. No obstante, los inmensos recursos petroleros el país vio aumentar su deuda externa. Las presiones para el pago de la deuda produjeron la devaluación del bolívar desde el llamado “viernes negro” en febrero de 1983. Este fue el peor hecho acaecido y que sin duda lesionó la economía nacional por causas de torpes políticas públicas en lo fiscal y monetario, se incrementó

la corrupción administrativa, tres ministros de la defensa huyeron del país señalados como autores de hurto al Fisco Nacional <sup>(79)</sup>.

En cuanto a salud tras la conferencia de Alma Ata (Rusia 1978), cambia la visión de la atención de la salud a nivel mundial y América Latina apoya la estrategia de la atención primaria integral y ambulatoria por medio de la OPS, Venezuela se apega con el MSAS (47,84).

La clasificación de los establecimientos de salud en Venezuela, según la Gaceta Oficial de la República de Venezuela N° 32 650 del 21 de enero de 1983, se mantiene vigente con las siguientes disposiciones:

- i. Ambulatorio rural tipo I
- ii. Ambulatorios rurales tipo II
- iii. Ambulatorios urbanos tipo I
- iv. Ambulatorios urbanos tipo II
- v. Ambulatorios urbanos tipo III
- vi. Hospitales tipo I
- vii. Hospitales tipo II
- viii. Hospitales tipo III
- ix. Hospitales tipo IV

La RMM en Venezuela se mantiene en niveles aceptables, manteniendo una franca tendencia a la disminución, las políticas de protección a la infancia mantenidas en el tiempo por las primeras damas dan su fruto en esta oportunidad en manos de la Sra. Betty Urdaneta Campins.

En la MCP la RMM presentan incremento con respecto a los períodos anteriores. Hay que resaltar en este período que, también empiezan a disminuir el número de pacientes atendidas en la MCP con un total de 148 905 RNV durante los cinco años de Gobierno.

## Período Presidencial: Jaime Ramón Lusinchi



Foto No 24: Jaime Ramón Lusinchi

Período presidencial 46º desde 1984 hasta 1989, tipo de Gobierno: Democrático, Constitucional y apoyo político del partido AD, Su administración tuvo que enfrentar la deuda externa, heredada, lo cual no le permitió desarrollar una obra político administrativa a favor del pueblo. Para tratar de controlar la crisis se implementó un bono compensatorio para todos los trabajadores, se ordenó a los ministros controlar el gasto público. En 1984 se creó la Comisión Presidencial para la Reforma del Estado (COPRE), que debió sentar las bases para la creación de un estado moderno, democrático y eficiente como lo expresaba el VII Plan de la Nación, lo cual no fue posible. Fue un Gobierno golpeado por la crisis económica que trajo como secuela desempleo, inseguridad social; la moneda fue aún más devaluada, se incrementaron los casos de corrupción y abuso de poder.

Durante ese período se da inicio a la construcción del edificio anexo para consultas de la MCP, ofrecieron construirlo rápidamente a través de Centro Simón Bolívar quien era el propietario <sup>(79)</sup>; pero no lo logran y se mantiene durante muchos años sin concluir. Se promueve el aumento de la productividad en las edificaciones hospitalarias existentes y completar la infraestructura de atención de segundo nivel, que se prestaba en los ambulatorios tipo II y III. (MSAS, 1984). A finales de los 90 el gobierno nacional a través del MSAS, inició el “Proyecto Salud”, dirigido a mejorar la calidad de la atención hospitalaria, teniendo como sub proyectos la modernización del sector salud, con apoyo financiero y técnico del Banco Mundial y el Banco Interamericano de Desarrollo <sup>(79,83,84)</sup>. La MM presentó, leve tendencia a disminuir en el país y en la MCP.

## Período Presidencial: Carlos Andrés Pérez Rodríguez



Foto No 25: Carlos Andrés Pérez Rodríguez

Período presidencial 47<sup>o</sup> desde el 02 de febrero 1989 hasta el 21 de mayo 1993, tipo de gobierno: Democrático, Constitucional y apoyo político de AD,

Pérez ganó las elecciones el 4 de diciembre de 1988 los resultados significaron que AD no contaría con mayoría absoluta en el Congreso Nacional, como la tuvo en el período anterior, siendo necesario hacer negociaciones con partidos minoritarios para la aprobación de las políticas del gobierno. Anunció el plan de austeridad consistente en la liberación de las importaciones, eliminación de control de precios, privatización de las empresas no estratégicas en manos del estado, aumento de precio de la gasolina, congelación de salarios y reducción del gasto público. Ocurre una protesta popular el “Caracazo”. Su gobierno se sobrepone a dos intentonas de “Golpe de Estado” y en marzo de 1993 el Fiscal General de la República, introdujo solicitud de ante juicio de mérito por el delito de “peculado doloso” y malversación de 250 000 000 de bolívares. El 30 de mayo de 1996 la Corte Suprema de Justicia lo condenó por “malversación genérica agravada” a dos años y cuatro meses de arresto domiciliario. No se le pudo comprobar la apropiación indebida de fondos públicos <sup>(79,80)</sup>.

El gobierno nacional en ese período a través del MSAS continuó el “Proyecto Salud” dirigido a mejorar la calidad de la atención hospitalaria, la modernización de hospitales y del sector salud. Se promueve la construcción de ambulatorios, con un concepto de mantenimiento menos complejo, menos voluminoso y destinado a la Atención Primaria de Salud (APS) <sup>(81,83,84)</sup>. En este período no hay logros importantes para la MCP.

## Período Presidencial Octavio Lepage Barreto



Foto No 26: Octavio Lepage Barreto

Período presidencial 48º desde el 21 de mayo 1993 hasta el 5 de junio 1993, presidente temporal designado por el Congreso Nacional.

## Período Presidencial: Ramón José Velásquez Mujica



Foto 27: Ramón José Velásquez Mujica

Período presidencial 49º, tipo de Gobierno: Provisional. Apoyo político: AD. Es elegido para resolver políticamente la culminación del período constitucional del Presidente Pérez recién suspendido. La RMM en Venezuela se incrementa en el país, mientras que en la MCP hay ya leve tendencia a la baja.

## Período Presidencial: Rafael Antonio Caldera Rodríguez



Foto No 28: Rafael Antonio Caldera Rodríguez

Período presidencial 50º, desde el 02 de febrero 1994 hasta el 02 de febrero 1999, tipo de Gobierno: Democrático, Constitucional, Apoyo Político: Partido Convergencia. Desde junio de 1994 hasta julio de 1995 suspendió las garantías constitucionales, medida que suplió por el denominado “Quinto Plan Caldera”, encaminado también a contener la grave crisis económica y que consistió en la aplicación de medidas neoliberales que causaron mejor acogida en el exterior que entre la propia población venezolana. Asumió al país en bancarrota. El año 1994 fue el año de la crisis bancaria y financiera, fueron liquidadas: Banco Progreso, Maracaibo, Latino, entre otros. Liberó a los presos de las intentonas políticas del Gobierno de Carlos Andrés Pérez Rodríguez <sup>(79)</sup>.

La MCP en conjunto con el hospital Vargas y el J.M. de Los Rios se decretan Servicios autónomos de salud, permitiéndoles administrar y tener fondos de recaudación.

Realizaban sus propios presupuestos que se defendían ante la Comisión de Finanzas del Congreso Nacional, y la Oficina Central de Presupuesto (OCEPRE), les aprueba las nuevas estructuras organizacionales, Se asignan a los Directores de hospitales que eran Directores de línea a la categoría de Directores Generales, lo que le daba rango para debatir los asuntos de estos establecimientos hospitalarios, directamente con las autoridades gubernamentales como el Gobernador del Dtto. Federal, formando parte del Consejo de Gobierno de esta Gobernación. Había auditorias de tanto la Contraloría

Distrital, como de la Contraloría General de la República; ya que en este período se implementa la Ley de Contraloría General de la República que era muy estricta tanto en los controles previos como en el control perceptivo. Ley que luego es modificada por el siguiente gobierno, eliminando de manera expresa el control previo.

La RMM en Venezuela mantiene la tendencia a la baja cerrando el período en 1998 con una RMM de 51 la mas baja desde la creación del MSAS; en la MCP también hay una disminución de la RMM obteniendo en dos años del período RMM por debajo de 100; al tener en cuenta que la mayoría de la muertes maternas eran referidas desde otros centros hospitalarios.

### **Período Presidencial: Hugo Rafael Chávez Frías**



**Foto No 29:** Hugo Rafael Chávez Frías

Período presidencial 51<sup>o</sup> desde el 02 de febrero 1999 hasta el 30 de julio 2001 tipo de gobierno: Democrático. Constitucional, con apoyo político del Movimiento V República (MVR). Una de las primeras decisiones es convocar a un referéndum para que el pueblo decidiera si aprobaba o rechazaba la propuesta de convocar a una Asamblea Nacional Constituyente. El objetivo era elaborar una nueva Constitución de Venezuela, ya que afirmaba que la Carta Magna vigente y sancionada en 1961, estaba caduca. El 25 de julio de 1999 surgen elecciones para nombrar a los miembros de la Asamblea. Salieron favorecidos representantes que apoyaban al presidente, y por tercera vez en 1999, se convoca a un nuevo referéndum, para decidir sobre el proyecto presentado por la asamblea y fue aprobada con el 79 % de los votos emitidos.

Novedades de la constitución:

- i) Se decretó el nombre del país como: “República Bolivariana de Venezuela”.
- ii) Se estableció la unicameralidad del poder legislativo.
- iii) Permitió el voto a los militares.
- iv) Reconoció importantes derechos humanos.
- v) Reconoció a los pueblos indígenas.
- vi) Consagró los poderes ciudadano y electoral.
- vii) Elevó los períodos presidenciales a 6 años.

Otra de las decisiones fue llamar a elecciones para la relegitimación de los poderes públicos. Este proceso fue llamado “Las mega elecciones”, hecho que ocurrió el 30 de julio del año 2000. En estas elecciones se eligió Presidente de la República nuevamente a Hugo Chávez Frías.

En cuanto a salud, los recién creados servicios autónomos de salud regresan a la administración central, al principio a la Alcaldía Metropolitana, pero al perder las elecciones de Alcalde Metropolitano, pasan a centralizarse aún más y pasan todos los hospitales que eran de la extinta Gobernación del Dto. Federal a formar parte del MSAS.

### **Período Presidencial: Hugo Rafael Chávez Frías**



**Foto No 30:** Hugo Rafael Chávez Frías

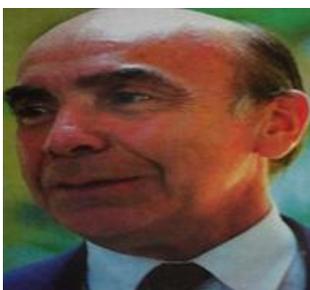
Período presidencial 52º desde 30 de julio 2001 hasta 11 de abril 2002 tipo de Gobierno: Democrático.

Fusionó el MSAS con el Ministerio de la Familia, creándose el Ministerio de Salud y Desarrollo Social (MSDS), órgano rector del sector salud. En el año 2000 una vez finalizado el “Proyecto Salud” se emprende un nuevo plan, por parte del gobierno

central: “El Plan Bolívar 2000”, para la reestructuración y mantenimiento de algunas edificaciones hospitalarias. En el 2001 surge el “Plan Estratégico Social “que promueve la estrategia de calidad de vida y salud, orientando al “Plan de Desarrollo Económico y Social de la Nación”.

Cambian las políticas públicas de salud y comienza a disminuir el número de pacientes atendidas en la MCP y así mismo se observa una disminución del número de RNV en la institución. La MCP deja de ser Servicio Autónomo y regresa a ser un hospital dependiente de la Dirección General de Salud. Desde 1999 hasta el 2002 hay un ligero incremento de la MM llegando la RMM a 68 x 100 000 RNV en todo el país; en la MCP también se aprecia un incremento en las muertes maternas.

### **Período Presidencial: Pedro Francisco Carmona Estanga**



**Foto No 31:** Pedro Francisco Carmona Estanga

Período presidencial 53<sup>o</sup> desde 11 de abril 2002 hasta el 13 de abril 2002. No hubo muerte materna en la MCP.

### **Período Presidencial: Diosdado Cabello Rondón**



**Foto No 32:** Diosdado Cabello Rondón

Período presidencial 54<sup>o</sup> desde el 13 de abril 2002 hasta el 14 de abril 2002 no hubo muerte materna en la MCP.

## Período Presidencial: Hugo Rafael Chávez Frías



**Foto No 33:** Hugo Rafael Chávez Frías

Continuación de su período constitucional desde el 14 de abril 2002 hasta el 14 de abril 2007.

En el mes de abril de 2003 se crea “Barrio Adentro” en el cual la Alcaldía del Municipio Libertador suscribe un convenio con la República de Cuba, para implementar un plan que ofreciera atención médica en los barrios de Caracas. En septiembre de 2003, la Coordinación Nacional de Atención Primaria del MSDS, asume con la Comisión Médica Cubana en Venezuela la implantación de “Barrio Adentro”. En diciembre de 2003, el Presidente crea la Comisión Presidencial “Misión Barrio Adentro” de conformidad con lo previsto en el artículo 226 de la Constitución de la República Bolivariana de Venezuela y en ejercicio de la atribución que le confiere el artículo 71 de la Ley Orgánica de la Administración Pública, según Gaceta Oficial N° 37 865 de fecha 26 de enero de 2004, Decreto presidencial N° 2 745.

En cuanto a la MCP el primer Alcalde Metropolitano inaugura la Unidad de Medicina Materno Fetal (MMF), en un área del servicio de sala de partos, su uso fundamental era atender a las pacientes con complicaciones que ingresaban a la MCP, poniendo mucho en énfasis en las patologías de los trastornos hipertensivos del embarazo y atiende a los casos perinatales. Esta Unidad causa una incidencia política importante y logra tener el apoyo de las autoridades de la MCP, para luego planear y plantear

antes las autoridades competentes la transformación y traslado de la Unidad a Servicio de Medicina Materno Fetal y al reconocimiento universitario de esta especialidad.



Foto No 34: Placa de inauguración de la Unidad de Medicina Materno Fetal adscrita al servicio de sala de parto



Foto No 35: Reconocimiento del programa de especialización en MMF por la UCV

La RMM en la MCP en el 2003 presenta el valor más alto de 280,24 x 100 000 RN.V. Después de ahí, con la creación de la unidad de medicina materno fetal dependiente del servicio de sala de partos se disminuye progresivamente la MM en la institución, obteniéndose para el 2004 una RMM de 123,80 x 100 000 RN.V.

## Período Presidencial: Hugo Rafael Chávez Frías



**Foto No 36:** Hugo Rafael Chávez Frías

Período presidencial 55º desde 4 de febrero 2007 hasta el 5 de marzo 2013. Este período es culminado al final por el Vicepresidente Nicolás Maduro Moros ya que, el presidente enferma y no es vuelto a ver en el ámbito público a pesar de haber ganado las elecciones para continuar por un cuarto período.

En ese período también se culmina el Edificio Anexo de la MCP destinado para consultas, que había empezado su construcción en el período presidencial del Dr. Jaime Lusinchi. Y es nombrado por el ciudadano presidente, Anexo Negra Matea.



**Foto No 37:** Edificio Anexo "Negra Matea"

## Período Presidencial: Nicolás Alejandro Maduro Moros



**Foto No 38:** Nicolás Alejandro Maduro Moros

Período presidencial 56º encargado desde el 9 de enero 2013 hasta el 5 de marzo 2013, que se declara la muerte del presidente Hugo Chávez Frías; transitorio hasta celebrar las nuevas elecciones y toma de posesión el 19 de abril de 2013, hasta la fecha del presente estudio ya que este período culminó en diciembre de 2018. Ha gobernado por Leyes Habilitantes, con una Asamblea Nacional y una Asamblea Nacional Constituyente.

Plantea programas de corte populista e inentendibles para la población general, se ve en la obligación de replantear medidas económicas quitándole cinco 0 a la moneda y crea el Bolívar soberano BsS en sustitución del Bolívar fuerte BsF, el punto es que existe un gran abandono de la medicina pública y una fuerte presión y amenaza con los servicios privados, y proponiendo a la Asamblea Nacional Constituyente una serie de modificaciones a las diferentes Leyes que rigen al país en materia de salud, luego de la celebración de un Congreso Revolucionario de Salud Pública..

En este período la RMM en el país ha aumentado considerablemente ofreciendo datos oficiales solo hasta el 2016, en la MCP ha disminuido considerablemente el número de pacientes asistidas con una disminución importante de menos de 10 000 RNV por año y para la MCP un incremento de la RMM.

## **Abordaje conceptual**

### **Muerte materna**

La OMS <sup>(37)</sup> define a la MM como la de defunción de la mujer durante el embarazo, parto o dentro de los 42 días siguientes a la terminación del embarazo, debida a cualquier causa relacionada con o agravada por el embarazo o su atención, pero no por causas accidentales o incidentales <sup>(61,84-86)</sup>.

### **Muerte materna probable**

Se refiere a toda defunción ocurrida en una mujer durante el embarazo, parto o puerperio o con antecedente de haber tenido un evento obstétrico en los últimos 12 meses de vida, independiente de la causa de defunción. La concurrencia del evento obstétrico califica al caso como probable porque cumple con la definición y es a partir de esta definición que se complementa la investigación para clasificar la muerte como: no materna u obstétrica. También están sujetas a estudio las muertes ocurridas en un período de hasta 12 meses de concluido el evento obstétrico.

Para la clasificación se usará la establecida en la décima revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades y problemas relacionados con la salud (CIE-10) que se copian de manera textual a continuación <sup>(61)</sup>. Es de hacer notar que ya está en vigencia la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-11), pero el capítulo de la propuesta de la MM está ahora en consulta y se estima que estará listo para el 2019, justificado por la “mala clasificación” existente, según la OMS. <sup>(87)</sup>.

### **Muerte no materna**

Defunción ocurrida en una mujer durante el embarazo, el parto o hasta un año siguiente a la terminación del embarazo, ocasionada por envenenamientos, homicidios o accidentes, no relacionado con eventos obstétricos diagnósticos o terapéuticos.

### **Muerte materna tardía**

Es la muerte de una mujer por causas obstétricas directas o indirectas después de los 42 días, pero antes de un año de la terminación del embarazo.

### **Muerte materna obstétrica directa (MMOD)**

Son aquellas que resultan de complicaciones obstétricas del embarazo parto o puerperio, de intervenciones, de omisiones, de tratamiento incorrecto o de una cadena de acontecimientos originada en cualquiera de las circunstancias mencionadas.

### **Muerte materna obstétrica indirecta (MMOI)**

Son las que resultan de una enfermedad existente desde antes del embarazo o de una enfermedad que evoluciona durante el mismo, no debidas a causas obstétricas directas, pero si agravadas por los efectos fisiológicos del embarazo.

### **Indicadores para medir la mortalidad materna <sup>(84)</sup>**

#### **Razón de MM (RMM)**

Representa el riesgo asociado con el embarazo y el riesgo obstétrico. Se calcula número de mujeres que fallecen durante un año determinado a causa de complicaciones relacionadas con el embarazo, parto o puerperio por cada 100 000 nacidos vivos registrados ese mismo año.

$$\text{RMM} = \frac{\text{Número de muerte maternas}}{\text{Numero de nacidos vivos}} \times 100\ 000$$

#### **Tasa de la MM (TMM)**

Representa el número de muertes maternas ocurridas en un período, cuyo denominador son las mujeres en edad reproductiva entre 15-49 años de edad por 100 000.

$$\text{TMM} = \frac{\text{Número de muerte maternas}}{\text{Número de mujeres en edad reproductiva}} \times 100\ 000$$

### **Morbilidad materna extrema (*Near Miss*)**

Es la proporción de embarazadas afectadas por alguna complicación grave durante el período de gestación, el parto o los 42 días posteriores a la terminación del embarazo, sin causarles la muerte <sup>(1,88)</sup>.

### **Política pública**

Una política es un comportamiento propositivo, intencional, planeado, no simplemente reactivo, casual. Se pone en movimiento con la decisión de alcanzar ciertos objetivos a través de ciertos medios: es una acción con sentido. Es un proceso, un curso de acción que involucra todo un conjunto complejo de decisiones y operadores <sup>(72)</sup>.

### **Políticas públicas**

Medidas regulatorias, leyes, y prioridades de gasto sobre un tema promulgadas por una entidad gubernamental <sup>(72)</sup>.

Las políticas públicas son acciones de gobierno con objetivos de interés público que surgen de decisiones sustentadas en un proceso de diagnóstico y análisis de factibilidad, para la atención efectiva de problemas públicos específicos, en donde participa la ciudadanía en la definición de problemas y soluciones <sup>(70,73)</sup>.

### **Incidencia pública**

Un proceso deliberado y sistemático que contempla la realización de un conjunto de acciones políticas de la ciudadanía organizada, dirigidas a influir en aquellos que toman decisiones sobre estrategias dirigidas, mediante la elaboración y presentación de propuestas que brinden soluciones efectivas a los problemas de la ciudadanía <sup>(75,76)</sup>.

## **Aspectos bioéticos**

Considerando que los métodos, técnicas y estrategias propuestos para la realización del estudio no involucran en ninguna fase la intervención o modificación intencionada de las variables epidemiológicas o sociales de los individuos bajo estudio, o la identificación de aspectos sensitivos de su conducta, esta investigación, puede ubicarse en la categoría de investigación sin riesgos.

Hay muchas formas de morir, y muchas formas de interpretar el evento, lo cierto es que es completamente seguro e inseparable de la naturaleza humana. Nada más sensible y dramático que la línea tan estrecha de dar la vida y morir por ello. Nadie debería morir por intentar o traer una vida al mundo, pero este evento sin lugar a dudas impacta al ser humano y a todas las esferas de la sociedad, con cada muerte materna, no solo se pierde una madre, se pierde la estructura familiar, con los diferentes impactos sobre la sociedad en lo cultural, lo económico, lo educativo y lo socio político.

La muerte materna es sin dudas un evento a todas luces catastróficas que nos involucra a todos y, por ende, deberíamos unir todos los esfuerzos posibles para que no ocurriesen. Son muchos los valores y principios involucrados, desde la santidad de la vida hasta la no maleficencia y ellos en conjunto, enmarcan la calidad de vida de las mujeres.

Estudiar la MM, tiene el mayor compromiso de sumar todos los esfuerzos posibles para tratar de evitarlas, compromisos que van desde la paciente misma con su responsabilidad y compromiso con el nuevo ser humano por nacer, hasta cada uno de los actores que influyen en la salud sexual y reproductiva, aceptando en cada instancia, las responsabilidades que se tienen en cada una de las actuaciones, desde el Estado, como el gran garante de velar por los Derechos Humanos Fundamentales, hasta el personal de salud que debe ejercer su actividad cualquiera que sea, con el mayor respeto y solidaridad hacia la gestante.

De igual forma se declara no tener ningún conflicto de intereses en la realización de la presente investigación.

## Marco Jurídico

La presente investigación se fundamentará desde la perspectiva jurídica en los instrumentos legales, que sirven de base legal al trabajo investigativo para poder dictar y establecer las políticas públicas enmarcadas dentro del marco jurídico establecido en derecho por la pirámide de Kelsen <sup>(89)</sup>.

La pirámide Kelseniana es la representación gráfica de la idea de sistema jurídico escalonado. De acuerdo con Hans Kelsen, citado por Ridall <sup>(89)</sup>, el sistema no es otra cosa que la forma en que se corresponden un conjunto de normas jurídicas y la principal forma de relacionarse éstas, dentro de un sistema, es sobre la base del principio de jerarquía <sup>(89)</sup>. Todas las personas tienen derecho a la protección de la salud, así como el deber de participar activamente en su promoción y defensa, y el de cumplir con las medidas sanitarias y de saneamiento que establezca la ley, de conformidad con los tratados internacionales, leyes de la República y las diferentes normas establecidas.

La salud es un derecho social fundamental, y es obligación del Estado, que lo garantizará como parte del derecho a la vida. El sistema organizacional de todas las normas se realiza por medio de la pirámide de Kelsen, con la intención de visualizar de forma gráfica y de este modo, observar la jerarquización de las leyes y normas de un país. Se empieza por la Constitución de la República, como el cerebro jurídico del país, se continúa con las Leyes Orgánicas, que son consideradas, como las de mayor nivel, para después tener las Leyes Ordinarias y después los decretos con fuerza de ley, reglamentos, normas y resoluciones. Es de hacer notar que en todos los ámbitos desde la Constitución de la República Bolivariana de Venezuela (CRBV), hasta un simple reglamento hay muchos articulados referentes a la salud y unos cuantos que se refieren a la concepción, gestación y maternidad, de allí la preponderancia que se pretende en este trabajo cuando visibilizaremos el engranaje del Estado, la MM y las políticas públicas que a lo largo del tiempo se han articulado y relacionado para su mejor evolución <sup>(70,73)</sup>.

FIGURA 1



Ridall J. Teoría del Derecho <sup>(89)</sup>.

En concordancia con el orden jerárquico que nos señala la pirámide de Kelsen, en el gráfico No 1 expone el marco jurídico donde se enmarca el tema de la salud materna, en cuanto a la Constitución de la República Bolivariana de Venezuela, para lo cual se citan los siguientes artículos:

**CRBV Artículo 75.** “El Estado protegerá a las familias como asociación natural de la sociedad y como el espacio fundamental para el desarrollo integral de las personas. Las relaciones familiares se basan en la igualdad de derechos y deberes, la solidaridad, el esfuerzo común, la comprensión mutua y el respeto recíproco entre sus integrantes. El Estado garantizará protección a la madre, al padre o a quienes ejerzan la jefatura de la familia”.

“Los niños, niñas y adolescentes tienen derecho a vivir, ser criados o criadas y a desarrollarse en el seno de su familia de origen. Cuando ello sea imposible o contrario a su interés superior, tendrán derecho a una familia sustituta, de conformidad con la ley. La adopción tiene efectos similares a la filiación y se establece siempre en beneficio del adoptado o la adoptada, de conformidad con la ley. La adopción internacional es subsidiaria de la nacional”<sup>(90)</sup>.

**CRBV Artículo 76.** “La maternidad y la paternidad son protegidas integralmente, sea cual fuere el estado civil de la madre o del padre. Las parejas tienen derecho a decidir libre y responsablemente el número de hijos o hijas que deseen concebir y a disponer de la información y de los medios que les aseguren el ejercicio de este derecho. 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, y asegurará servicios de planificación familiar integral basados en valores éticos y científicos”.

“El padre y la madre tienen el deber compartido e irrenunciable de criar, formar, educar, mantener y asistir a sus hijos o hijas, y éstos o éstas tienen el deber de asistirlos o asistirles cuando aquel o aquella no puedan hacerlo por sí mismos o por sí mismas. La ley establecerá las medidas necesarias y adecuadas para garantizar la efectividad de la obligación alimentaria”<sup>(91)</sup>.

En los artículos 75 y 76 señalan la responsabilidad del Estado en la protección de la madre, al padre o a quien ejerza la jefatura de la familia, lógicamente entendiendo la integralidad de la familia, no solo desde el punto de vista de la obligatoriedad del sostén por parte de sus integrantes sino que el Estado se compromete en corresponder con los derechos y necesidades del grupo familiar, incluyendo el acatamiento en la decisión de la paternidad y su número, es así como tanto la maternidad como la paternidad serán protegidas integralmente, independiente del estado civil, se les adjudica el derecho de decidir el número de hijos que deseen concebir. El Estado garantizará asistencia y protección integral a la maternidad, desde la concepción, el embarazo, parto y puerperio, y asegurará el acceso a la planificación familiar <sup>(91,92)</sup>.

**CRBV Artículo 83.** “La salud es un derecho social fundamental, obligación del Estado, que lo garantizará como parte del derecho a la vida. El Estado promoverá y desarrollará políticas orientadas a elevar la calidad de vida, el bienestar colectivo y el acceso a los servicios. Todas las personas tienen derecho a la protección de la salud, así como el deber de participar activamente en su promoción y defensa, y el de cumplir con las medidas sanitarias y de saneamiento que establezca la ley, de conformidad con los tratados y convenios internacionales suscritos y ratificados por la República” <sup>(90)</sup>.

**CRBV Artículo 84.** “Para garantizar el derecho a la salud, el Estado creará, ejercerá la rectoría y gestionará un sistema público nacional de salud, de carácter intersectorial, descentralizado y participativo, integrado al sistema de seguridad social, regido por los principios de gratuidad, universalidad, integralidad, equidad, integración social y solidaridad. El sistema público nacional de salud dará prioridad a la promoción de la salud y a la prevención de las enfermedades, garantizando tratamiento oportuno y rehabilitación de calidad. Los bienes y servicios públicos de salud son propiedad del Estado y no podrán ser privatizados. La comunidad organizada tiene el derecho y el deber de participar en la toma de decisiones sobre la planificación, ejecución y control de la política específica en las instituciones públicas de salud” <sup>(90)</sup>.

**CRBV Artículo 85.** “El financiamiento del sistema público nacional de salud es obligación del Estado, que integrará los recursos fiscales, las cotizaciones obligatorias de la seguridad social y cualquier otra fuente de financiamiento que determine la ley. El Estado garantizará un presupuesto para la salud que permita cumplir con los objetivos de la política sanitaria. En coordinación con las universidades y los centros de investigación, se promoverá y desarrollará una política nacional de formación de profesionales, técnicos y técnicas y una industria nacional de producción de insumos para la salud. El Estado regulará las instituciones públicas y privadas de salud” <sup>(92)</sup>.

**CRBV Artículo 86.** “Toda persona tiene derecho a la seguridad social como servicio público de carácter no lucrativo, que garantice la salud y asegure protección en contingencias de maternidad, paternidad, enfermedad, invalidez, enfermedades catastróficas, discapacidad, necesidades especiales, riesgos laborales, pérdida de empleo, desempleo, vejez, viudedad, orfandad, vivienda, cargas derivadas de la vida familiar y cualquier otra circunstancia de previsión social. El Estado tiene la obligación de asegurar la efectividad de este derecho, creando un sistema de seguridad social universal, integral, de financiamiento solidario, unitario, eficiente y participativo, de contribuciones directas o indirectas. La ausencia de capacidad contributiva no será motivo para excluir a las personas de su protección. Los recursos financieros de la seguridad social no podrán ser destinados a otros fines. Las cotizaciones obligatorias que realicen los trabajadores y las trabajadoras para cubrir los servicios médicos y asistenciales y demás beneficios de la seguridad social podrán ser administrados sólo con fines sociales bajo la rectoría del Estado. Los remanentes netos del capital destinado a la salud, la educación y la seguridad social se acumularán a los fines de su distribución y contribución en esos servicios. El sistema de seguridad social será regulado por una Ley Orgánica especial” <sup>(92)</sup>.

El artículo 86 expresa también el compromiso del Estado en garantizar la seguridad social y la salud en situaciones de contingencia incluyendo la maternidad y será regulado por una Ley especial, se le proporcionara seguridad integral en el entendido que el derecho a la salud materna es inalienable e irrevocable. El estado como garante tiene la obligación de obtener los recursos bien sea a través de las obligaciones del Estado como principal Patrón y/o velar por el cumplimiento de las obligaciones que

para con el empleado tengan los entes privados a fin de preservar y sostener un sistema de seguridad social eficiente.

No solo la Constitución Nacional protege la maternidad, la Declaración Universal de los Derechos Humanos, proclamada por las Naciones Unidas en 1948, en su artículo 24 numeral 2 expresa: “La maternidad y la infancia tienen derecho a cuidados y asistencia especiales” (91-94).

La OMS (47), celebró la Primera Conferencia Internacional sobre Atención Primaria en Salud (APS) en Alma-Ata, Kazajistán, antigua Unión Soviética, en 1978. La conferencia estableció la atención primaria como estrategia para alcanzar la meta de Salud para todos para el 2000. Como respuesta la OPS (67) emitió la resolución CD44.R6 del Consejo Directivo en 2003; enunciando la Declaración de Montevideo, donde los gobiernos de América se comprometieron a tomar la APS como estrategia.

El Gobierno de la República Bolivariana de Venezuela (61) se ha comprometido en disminuir la MM con convenios suscritos bajo el apoyo y orientación de la OMS, OPS, (UNICEF) y el (UNFPA); con el apoyo de estas instituciones EL (MPPS), ha publicado documentos para la atención materna como los Protocolos de Atención Obstétrica y Cuidados Perinatales (65,67).

La ley para la Protección de las Familias, la Maternidad y la Paternidad (91), promulgada en 2007, contiene la normativa específica para la protección de la familia y la maternidad. Incluye la planificación familiar, como recurso para disminuir la MM (93,94).

La Ley Orgánica del Sistema de Seguridad Social, promulgada en 2008, expresa que, de acuerdo al nuevo sistema sociopolítico, sustentado sobre la base de un Estado social de derecho y justicia, resalta los valores de solidaridad, responsabilidad social, igualdad, democracia, justicia, libertad, participación, cooperación y corresponsabilidad; El Estado garantiza la calidad de vida de los ciudadanos en procura del beneficio de los sectores más desfavorecidos de la sociedad. En su Artículo 18 expresa: “El Sistema de Seguridad Social garantizará: atención y protección en caso de maternidad y paternidad...” (92,95).

Otro de los marcos jurídicos que hay que tener en cuenta para la atención obstétrica es La Ley Orgánica sobre el Derecho de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia, sancionada en 2007, que desde su artículo 1 expresa: “La presente ley tiene por objeto garantizar y promover el derecho de las mujeres a una vida libre de violencia creando condiciones para prevenir, atender, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres en cualquiera de sus manifestaciones y ámbitos”. El estado ha creado desde los organismos policiales, la fiscalía y tribunales para asegurar el cumplimiento de esta Ley. Esta destaca la violencia obstétrica (Artículo 51) y la esterilización forzada (Artículo 52). Sin lugar a dudas en esta se enmarca cualquier acto médico que pueda terminar en una muerte materna <sup>(96)</sup>.

Otra norma a considerar es la Ley Orgánica para la Protección de Niños, Niñas y Adolescentes (LOPNA) <sup>(94)</sup>, promulgada en 2007, cuya inspiración legislativa, es garantizar a todos los niños, niñas y adolescentes, el ejercicio y disfrute de sus derechos a través de la protección integral del Estado, la sociedad y las familias desde el momento de su concepción (Artículo 1). En el Artículo 44 se protege la maternidad debiendo garantizar el Estado servicios y programas de atención, gratuitos y de alta calidad, durante el embarazo, el parto y el puerperio. También en su artículo 50 expresa sobre la educación sexual y reproductiva para una paternidad responsable y sin riesgos, por último, los adolescentes mayores de 14 años de edad tienen derecho a solicitar y recibir servicios en salud sexual y reproductiva <sup>(95)</sup>.

La Ley Orgánica del Trabajo (LOT) <sup>(95)</sup>, promulgada en 2012, toma en cuenta la protección integral de la familia y le otorga protección a la gestante trabajadora, la cual tendrá inamovilidad desde el inicio del embarazo hasta dos años después del parto. Desde los Artículos 330 al 352 se enmarcan los beneficios y protecciones a la embarazada y de los derechos de la mujer a una vida libre de violencia <sup>(96)</sup>.

La Ley Ordinaria del Ejercicio de la Medicina <sup>(97)</sup>, promulgada en 1982 y modificada en 2011, norma el ejercicio de la medicina y expresa que el Ministerio del Poder Popular para la Salud regulará las instituciones de salud que deben estar en ambientes apropiados; con personal capacitado; material y suministros adecuados.

Finalmente se considera dentro del marco jurídico El Código de Deontología Médica presentado y aprobado en Asamblea de la Federación Médica Venezolana en 2003 que norma la conducta del médico y establece las condiciones del ejercicio de la profesión <sup>(97,98)</sup>.

Código por cierto que en un principio se denominó de manera correcta, “Codigo de Ética Médica”; pero que al revisar la “Ley del Ejercicio de la Medicina”, hubo la necesidad de regresar a su antiguo nombre de “Codigo de Deontología Médica” excluyendo solo conceptualmente la Diceología, como si el ejercicio de la medicina solo fuera de deberes, sin tomar en cuenta los derechos que también tienen los médicos en el ejercicio de su profesión.

He ahí, el objetivo básico de los principios de la Bioética, el principio de la beneficencia, donde se establece el gran compromiso moral y académico de procurar lo mejor posible en el área médica para que toda mujer que vaya a ser madre, tenga las mayores posibilidades en cuanto a los cuidados prenatales; El principio de la no maleficencia, evitando por sobre cualquier cosa, someter a la gestante a cualquier situación riesgosa para su vida, lo que va desde una mala indicación hasta cualquier actividad de investigación que pueda ponerle en peligro su embarazo, su vida o el producto de la concepción; El principio de autonomía, informándola suficiente y oportunamente sobre su condición de embarazo, y principalmente respetándole su voluntad en lo máximo posible, teniendo la seguridad de que ella ha comprendido los alcances del evento, las posibles complicaciones bajo el precepto inseparable que habrá acompañamiento médico en cualquier decisión sin juicio de valor en aquella; la mayor expresión de este principio es el consentimiento informado.

El principio de justicia, donde cada gestante tenga exactamente lo que se merece y sea de la mejor condición posible y de manera que la equidad sea el norte de la atención de todas las embarazadas, y no la igualdad donde todas tienen los mismos derechos, todas con las condiciones similares, todas con la mejor atención sanitaria posible, cuando mas bien todas deberían ser atendidas de acuerdo a sus necesidades y a sus específicas condiciones de salud.

Ahora bien, para dar respuesta a las interrogantes de esta investigación se plantean los siguientes objetivos:

### **Objetivo general**

Identificar los principales indicadores de muerte materna y las tendencias de la MM según las políticas preventivas de salud en los diferentes períodos presidenciales 1939-2018 en la Maternidad “Concepción Palacios”.

### **Objetivos específicos**

1. Calcular la razón de MM ocurridas durante el período 1939-2018 en la Maternidad “Concepción Palacios”.
2. Determinar las causas de las muertes maternas, directas e indirectas acaecidas en la institución durante el período de 1939-2018.
3. Describir los indicadores socioeconómicos, educativos y de salud preventiva que inciden en las altas razones de mortalidad materna en la Maternidad “Concepción Palacios”.
4. Investigar las diferentes políticas públicas de salud creadas por el Estado venezolano en los períodos de 1939-2018, para la prevención de las muertes maternas.

## **MÉTODOS**

En este capítulo se hizo el abordaje del contenido metodológico, igualmente se describirán el tipo y diseño de la investigación, la definición conceptual y la operacionalización de las variables, la población objeto de estudio, la técnica e instrumento para la recolección de datos y el procedimiento.

### **Tipo de investigación**

El presente estudio se orientó hacia el tipo de investigación documental, considerando que la recolección de datos se hizo de fuentes integradas por diferentes documentos escritos y electrónicos que representaron el interés del investigador por analizar esos datos y obtener información relevante sobre hechos pasados referidos a las muertes maternas en la Maternidad “Concepción Palacios” (MCP).

Desde esta perspectiva, Stracuzzi y Pestana en 2010 afirman que la investigación documental “se concreta exclusivamente en la recopilación de información en diversas fuentes. Indaga sobre un tema en documentos escritos” <sup>(99)</sup>. Igualmente, Arias (1997) señala que “es aquella que se basa en la obtención y análisis de datos provenientes de materiales impresos u otro tipo de documentos” <sup>(100)</sup>.

Para estos autores, la investigación documental se refiere a la recolección de información, a través de la revisión de documentos que contienen datos sobre la temática o el objeto de estudio y que son de gran interés para el investigador como las historias clínicas.

Dentro de ese contexto, la investigación se apoyó en un nivel descriptivo que según Hernández, Fernández y Baptista (2004), este nivel “busca especificar características, propiedades y rasgos importantes de cualquier fenómeno que se analice”. De allí que, en este nivel se pudieron hacer descripciones, registros y análisis del fenómeno objeto de estudio. En el caso de la investigación se describen algunos aspectos relacionados con las muertes maternas ocurridas en la MCP en los períodos presidenciales desde 1939 hasta el 2018 <sup>(101)</sup>.

Puntualizando en este mismo orden de ideas, la investigación también se sustentó en el nivel histórico, por considerar que en la misma se recopiló y analizaron los datos del pasado con el fin de interpretar los hechos ocurridos que se relacionan con el fenómeno objeto de estudio. En este sentido, Stracuzzi y Pestana sostienen que el nivel histórico se: “orienta hacia el análisis del pasado, a reconstruir e interpretar los hechos, ideas y transformaciones del pensamiento... El investigador no puede repetir lo ocurrido dentro del contexto en que sucedió; debe conformarse con examinar los testimonios que lo refieren y se han conservado en el tiempo” (99).

De acuerdo con lo planteado por estos autores, se puede inferir que el investigador solo se limitó a recopilar información y analizarlas para ampliar y enriquecer la investigación, lo cual significa que no puede repetir el acontecimiento ocurrido dentro del contexto donde sucedió.

### **Diseño de la investigación**

Según Tamayo y Tamayo (2009), el diseño de la investigación “es la estructura a seguir en una investigación, ejerciendo el control de la misma a fin de encontrar resultados confiables y su relación con las interrogantes surgidas de los supuestos” (102). Para este autor, el diseño constituye la mejor estrategia que puede seguir el investigador, con la finalidad de responder en forma adecuada a la solución del problema planteado.

Al respecto Stracuzzi y Pestana señalan que el diseño bibliográfico se: “fundamenta en la revisión sistemática, rigurosa y profunda de material documental de cualquier clase. Se procura el análisis de los fenómenos o el establecimiento de la relación entre dos o más variables. Cuando se opta por este tipo de estudios, el investigador utiliza documentos; los selecciona, analiza y presenta resultados coherentes” (99).

En base a lo citado, se infiere que este tipo de diseño se enmarca en paradigma mixto, es decir cuantitativo y cualitativo, pues se efectuaron tablas y gráficas (cuantitativo) y se efectuó discusión de resultados (cualitativo) por medio de la revisión de material documental, en donde el investigador efectúa un proceso de abstracción científica, generalizando sobre la base de lo fundamental. Luego analiza los diferentes contenidos de los documentos que se relacionan con el fenómeno objeto de estudio

para dar respuesta a la problemática planteada. Tomando en cuenta este planteamiento, en la investigación se seleccionará el diseño bibliográfico, considerando que se revisarán y recogerán datos de material documental relacionado con las muertes maternas que han sido utilizados y procesados por otros, los cuales permiten redescubrir hechos y hacer aportes dirigidos hacia la prevención de la salud de las embarazadas <sup>(102,108,109)</sup>.

### **Definición de variables**

Para identificar las variables que fueron estudiadas en la investigación hay que describir su significado. Al Respecto Hernández, Fernández y Baptista en 2001 <sup>(101)</sup>, definen la variable como: “Una propiedad que puede variar y cuya variación es susceptible de medirse”. Para estos autores es importante que la variable pueda medirse, por esta razón constituye el centro de la investigación y es menester valerse de la definición conceptual y la operacional. En la tabla N° 2 se presentan las definiciones conceptuales de las variables; luego se procedió a operacionalizarlas, esta tarea es importante y necesaria. Se trata de descomponer, luego de la definición nominal, cada una de las variables en los aspectos que la componen: dimensiones, que expresa una o varias facetas desde donde puede ser estudiada. El conjunto de estas facetas constituye los rasgos característicos de la variable en estudio. Extraídas las dimensiones, estas sufrieron un proceso de descomposición similar al sufrido por las variables, sacando de ellas los indicadores que la definen como tales. Un indicador podríamos conceptualizarlo como un referente empírico, concreto, tangible, cuya presencia en la realidad nos revela la presencia de la dimensión de la cual se desprende y, por ende, de la variable en estudio. Los indicadores son los aspectos más concretos que definen una dimensión. Este criterio no es arbitrario, siempre responde a una clasificación justificada teóricamente, bien desde los postulados de una teoría elaborada por otros y que el investigador asume como válida, o por una clasificación propuesta por el propio investigador sobre la base que considera válida sobre lo investigado <sup>(103-105)</sup>. En ambos casos, la argumentación se hace explícita en el marco referencial teórico como se aprecia en la tabla N° 3.

**Tabla N° 2**

**Definición conceptual de las variables**

Variables	Definición conceptual
Razón de MM	<p><b>Razón de mortalidad materna:</b> Es el número de mujeres que fallecen durante un año determinado a causa de complicaciones relacionadas con el embarazo, parto o puerperio por cada 100 000 nacidos vivos registrados ese mismo año <sup>(16)</sup>.</p>
MM directa e indirecta	<p><b>Muerte Materna:</b> Muerte de una mujer mientras está embarazada o dentro de los 42 días siguientes a la terminación del embarazo <sup>(88)</sup>.</p> <p><b>Muerte materna obstétrica directa:</b> Son aquellas muertes que resultan de complicaciones obstétricas del embarazo, parto o puerperio <sup>(88)</sup>.</p> <p><b>Muerte materna obstétrica indirecta:</b> Muertes que resultan de una enfermedad existente desde antes del embarazo que evoluciona y agrava por los efectos fisiológicos del embarazo <sup>(88)</sup>.</p> <p><b>Muerte materna tardía:</b> Es la muerte de una mujer por causas obstétricas directas o indirectas después de los 42 días, pero antes de un año antes de la terminación del embarazo <sup>(88)</sup>.</p>
Indicadores sociales y de salud preventiva	<p><b>Un indicador social:</b> Es una medida de resumen, de preferencia estadística, referente a la cantidad o magnitud de un conjunto de parámetros o atributos de una sociedad. ... con respecto al concepto o conjunto de variables que se están analizando <sup>(103)</sup>.</p> <p><b>Indicador de salud:</b> Un indicador de salud es “una noción de la vigilancia en salud pública que define una medida de la salud (i.e., la ocurrencia de una enfermedad o de otro evento relacionado con la salud) o de un factor asociado con la salud (i.e., el estado de salud u otro factor de riesgo) en una población especificada” <sup>(103)</sup>.</p>
Políticas públicas de salud	<p><b>Políticas Públicas:</b> Medidas regulatorias, leyes, y prioridades de gasto sobre un tema promulgadas por una entidad gubernamental <sup>(74)</sup>.</p>

**Tabla N° 3**

**Operacionalización de las variables**

Objetivos específicos	Variables	Dimensión	Indicadores
Calcular la razón de mortalidad materna ocurridas durante el período 1939-2018 en la Maternidad “Concepción Palacios”	Mortalidad materna	Razón de mortalidad	Muertes maternas ocurridas desde 1939 hasta 2018 por períodos presidenciales
Determinar las causas de las muertes maternas directas e indirectas acaecidas en la institución durante el período 1939-2018	Causas de muertes directas e indirectas	Obstétrica	<p>Obstétricas Directas:</p> <p>Complicaciones obstétricas del embarazo, parto y puerperio; tratamiento incorrecto; intervenciones; aborto inseguro.</p> <p>Obstétricas Indirectas:</p> <p>Enfermedades existentes antes del embarazo y que evoluciona durante el mismo. Cardiovascular y pulmonar.</p>
Describir los indicadores socio económicos, educativos y de salud preventiva que inciden en las altas razones de mortalidad materna en la MCP	Indicadores socio económicos, educativos y de salud preventiva que inciden en las altas razones de muerte materna	Elementos	<p>Condiciones socioeconómicas:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pobreza crítica</li> <li>• Ingresos precarios</li> </ul> <p>Nivel educativo:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Analfabeta</li> <li>• Primaria</li> <li>• Media</li> <li>• Superior</li> </ul> <p>Salud preventiva:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Control prenatal</li> <li>• Atención médica</li> <li>• Educación sexual</li> <li>• Embarazo en adolescentes</li> </ul>

Continuación Tabla 3

Operacionalización de las variables

Objetivos específicos	Variables	Dimensión	Indicadores
<p>Investigar las diferentes políticas públicas de salud creadas por el Estado Venezolano en los períodos presidenciales de 1939-2018 para la prevención de muertes maternas</p>	<p>Políticas públicas</p>	<p>Leyes, decretos, normas y reglamentos en salud</p>	<p>Políticas públicas del gobierno de <b>Eleazar López Contreras</b>.</p> <p>Políticas públicas del gobierno de <b>Isaías Medina Angarita</b>.</p> <p>Políticas públicas del 1<sup>er</sup> gobierno de <b>Rómulo Betancourt Bello</b>.</p> <p>Políticas públicas del gobierno de <b>Rómulo Gallegos Freire</b>.</p> <p>Políticas públicas del gobierno de <b>Carlos Delgado Chalbaud</b>.</p> <p>Políticas públicas del gobierno de <b>German Suárez Flamerich</b>.</p> <p>Políticas públicas del gobierno de <b>Marcos Pérez Jiménez</b>.</p> <p>Políticas públicas del gobierno de <b>Wolfgang Larrazábal Ugueto</b>.</p>

Continuación Tabla 3

Operacionalización de las variables

Objetivos específicos	Variables	Dimensión	Indicadores
<p>Investigar las diferentes políticas públicas de salud creadas por el Estado Venezolano en los períodos presidenciales de 1939-2018 para la prevención de muertes maternas</p>	<p>Políticas públicas</p>	<p>Leyes, decretos, normas y reglamentos en salud</p>	<p>Políticas públicas del 2º gobierno de <b>Rómulo Betancourt Bello</b>.</p> <p>Políticas públicas del gobierno de <b>Raúl Leoni Otero</b>.</p> <p>Políticas públicas del 1º de <b>Rafael Caldera Rodríguez</b>.</p> <p>Políticas públicas del 1º gobierno de <b>Carlos Andrés Pérez</b>.</p> <p>Políticas públicas del gobierno de <b>Luis Herrera Campins</b>.</p> <p>Políticas públicas del gobierno de <b>Jaime Lusinchi</b>.</p> <p>Políticas públicas del 2º gobierno de <b>Carlos Andrés Pérez</b>.</p> <p>Políticas públicas del gobierno de <b>Ramón J. Velásquez</b>. Políticas públicas del 2º gobierno de <b>Rafael Caldera Rodríguez</b>.</p>

Continuación Tabla 3

Operacionalización de las variables

Objetivos específicos	Variable	Dimensión	Indicador
<p>Investigar las diferentes políticas públicas de salud creadas por el Estado Venezolano en los períodos presidenciales de 1939-2018 para la prevención de muertes maternas</p>	<p>Políticas públicas</p>	<p>Leyes, decretos, normas y reglamentos en salud</p>	<p>Políticas públicas del 1<sup>er</sup> gobierno de <b>Hugo Chávez Frías.</b></p> <p>Políticas públicas del 2<sup>o</sup> gobierno de <b>Hugo Chávez Frías.</b></p> <p>Políticas públicas del 3<sup>o</sup> gobierno de <b>Hugo Chávez Frías.</b></p> <p>Políticas públicas del 4<sup>o</sup> gobierno de <b>Hugo Chávez Frías.</b></p> <p>Políticas públicas del gobierno de <b>Nicolás Maduro Moros.</b></p>



## **Técnicas e instrumentos de recolección de datos**

Las técnicas de recolección de datos, son aquellas que permiten de diferentes maneras obtener la información que se requiere para llevar a cabo el proceso investigativo. En lo que respecta, al objeto de estudio se seleccionó el fichaje, considerando que es la que más se adecua al tipo de investigación documental.

En este orden de ideas, Stracuzzi y Pestana <sup>(99)</sup>, opinan que “el fichaje consiste en registrar los datos que se van obteniendo en la revisión bibliográfica, durante las diferentes etapas y procesos que se van desarrollando”. Para el autor, esta técnica permite recoger información acerca de los diferentes aspectos que se desean estudiar y posibilita la estructuración ordenada y lógica de los datos obtenidos en la investigación.

En relación al instrumento, se seleccionó la ficha, la cual se considera como una unidad de almacenamiento de información bajo un formato o esquema, que puede ser una base de datos o un archivo entre otros. Se revisaron y registraron documentos del acervo histórico del Gobierno del Distrito Federal y de la nación, para cotejar los eventos históricos con las muertes maternas.

Igualmente se utilizó una fuente secundaria establecida a nivel nacional de la vigilancia centinela de la mortalidad materna e infantil, la cual fue instaurada por el MPPS en el 2006.

Esta fuente de información, se encuentra disponible en la Unidad de Epidemiología de la MCP. Por lo tanto, para recolectar los datos pertinentes a la investigación, se revisaron aquellos documentos que tenían información relacionada con las variables del trabajo investigativo, utilizando las historias médicas y los sistemas de vigilancia de mortalidad materna (SIVIGILA) que allí se encuentren disponibles.

Para la ejecución de esta investigación; se solicitó por escrito ante la Unidad de Epidemiología de MCP las fichas de SIVIGILA MMI y SIVIGILA MM2 manteniendo la confidencialidad, respetando el derecho de los datos presentes en la ficha de vigilancia epidemiológica de muerte materna.

## **Procedimiento**

El proyecto del trabajo de investigación se efectuó por fases, las cuales contienen una serie de aspectos que forman parte de la temática y el objeto de estudio. A continuación, se describe el contenido de las siguientes fases:

Fase I: La investigación comenzó con una revisión bibliográfica sobre el tema en estudio, para ello se revisaron documentos oficiales y materiales electrónicos como Medline, Pubmed, LILACS, Scielo, Dialnet (Tesis Doctorales) y WHOSIS. Igualmente, libros, revistas científicas, artículos y trabajos de investigación entre otros. Los cuales permitieron recoger información pertinente con la temática y a la vez tener una visión más amplia de la problemática planteada.

Fase II: En esta fase se revisaron y analizaron algunos trabajos relacionados con el tema objeto de estudio, a fin de saber hasta que punto ha sido estudiado. De igual manera, se revisaron algunos instrumentos jurídicos que sirvieron de fundamento legal a la investigación y para finalizar se elaboró el marco conceptual.

Fase III: Aquí se describieron todos los aspectos que contiene el marco metodológico como: el tipo y diseño de la investigación, la conceptualización y operacionalización de las variables, la población en estudio y las técnicas e instrumentos de la investigación.

Fase IV: Se presentan y analizan los resultados obtenidos, y los cálculos necesarios de la RMM por períodos presidenciales, se relacionaron con los factores sociales que predominaban en cada época según cada período, estos resultados se presentan en las tablas y gráficas que corresponden.

Fase V: Se contrastan los resultados con las políticas públicas que se tomaron desde el Estado y que se relacionaron con la salud sexual y reproductiva, para luego realizar un análisis de los resultados comparados con otros autores, y así evidenciar el logro de los objetivos planteados.

Fase VI: Se desarrollan las conclusiones y premisas basadas rigurosamente en los datos obtenidos e información debidamente elaboradas. Finalmente se presenta un listado de auditoria de las referencias bibliográficas y electrónicas donde se dan a conocer, las fuentes citadas en el desarrollo de la investigación.

Para Arias (1997), el cronograma de actividades “se elabora mediante una tabla en el cual se especifican las actividades en función al tiempo de ejecución” <sup>(101)</sup>. Por esta razón, se desarrolló el cronograma con las actividades y el proceso investigativo se efectuó en el tiempo determinado.

### **Tratamiento estadístico apropiado**

Toda la información cuantitativa se registró de manera anualizada, en una base de datos con el programa de Excel versión 2016 para Windows; se resumió en tablas estadísticas de distribución de frecuencias absolutas y relativas y la razón de la mortalidad materna. La información cualitativa se registró en fichas.

Se calculó las frecuencias y porcentajes de las variables nominales, a su vez, se estimaron las razones de mortalidad materna (RMM) como el cociente de defunciones maternas por 100 000 RNV; como también la mortalidad materna directa (MMOD) y número (MMOI) como el cociente del número de defunciones por causas relacionadas con el embarazo parto o puerperio por 100 000 RNV. Las tendencias en las diferencias de la MMOD y MMOI en cada período presidencial se realizaron con la prueba de chi-cuadrado de Pearson. Los resultados son presentados en tablas estadísticas del tipo serie cronológica, expresados en cifras absolutas y relativas mediante razón. En su análisis calculamos las variaciones, se construyeron curvas de tendencia logarítmica de las cifras de RMM, MMOD y MMOI según un modelo de regresión lineal donde la variable explicativa, relacionada al tiempo, se estandarizó en términos ordinales no numerables, así, cada año transcurrido se asumió como un valor fijo, siendo que a partir de dicho modelo se estimaron los cambios medios de la RMM, MMOD y MMOI. Se consideró un valor de contraste estadísticamente significativo si  $p < 0,05$ . La tabulación y el análisis de datos fueron realizados con Restudio versión 1.1.456 <sup>(105-107)</sup>.

## RESULTADOS

El país bajo el gobierno del General Juan Vicente Gómez, tenía características representativas de tipo rural como dominante, pero con una ciudad capital creciente, el primer hospital moderno construido a finales del siglo XIX, fue el Hospital Vargas de Caracas (1892), que siguió las normas establecidas por la Academia de Ciencias de Paris, usadas por primera vez en el diseño del Hospital Lariboisière. Sin embargo, entrado el siglo XX y en medio del período dictatorial del General Gómez, hasta el 17 de diciembre de 1935 el país estuvo estancado y no se aprecia evolución significativa en materia de estructuras hospitalarias <sup>(81)</sup>.

La RMM para esa época se estima superior a 730 por 100 000 RNV, no se pueden aportar mayores datos porque no existen datos fidedignos en alguna reseña histórica referente a la salud.

Es desde 1940 que empiezan a existir registros confiables de los datos epidemiológicos debido a la creación del MSAS, y se registra la información en unos libros llamados anuarios de epidemiología y estadísticas vitales, anuarios de mortalidad y luego se crea la Dirección de Información Social y Estadísticas donde se encuentra que para el período estudiado de 1940 hasta 2016, hubo en Venezuela la cantidad de 27 283 muertes maternas con la frecuencia absoluta menor en 2007 con 200 casos y la mayor en 2016 con 756 según el último boletín epidemiológico del MPPS <sup>(106,107)</sup>; en la MCP hubo una frecuencia absoluta total para el mismo período de 2 659 se registran en el servicio de estadísticas y archivo de ese establecimiento de salud, lo que implica que en la MCP se han producido el 9,74 % de las muertes del país, con una mayor frecuencia de 74 en 1980 y la menor en 2009 y 2010 con 2 muertes maternas cada año.

Hay que considerar que muchas de las muertes maternas se deben a varios factores o causas desencadenantes, una de ellas es el aborto, que pueden fallecer, por sepsis, hemorragia u otras consecuencias, aquellas en las que tenían causas multifactoriales y que no se pudo determinar cuál pudo haber predominado se le contabilizó como aborto, porque fue el detonante que ocasionó los eventos.

### **Período Presidencial del Gral. José Eleazar López Contreras**

La MCP durante el período presidencial de Eleazar López Contreras, funcionó durante un lapso de tres años ya que se inaugura en 1938 e inicia labores en enero de 1939, y el registro de la MM para la época se muestra en la siguiente tabla, donde se clasifica la MM por razones directas e indirectas:

**Tabla 4**

Mortalidad materna por año  
Maternidad "Concepción Palacios"  
Período Presidencial de Eleazar López Contreras

Años	Muertes maternas	RNV	RMM	MMOD	Razón MMOD	MMOI	Razón MMOI
1939	21	2850	736,84	17	596,49	4	140,35
1940	20	3768	530,79	18	477,71	2	53,08
1941	33	4188	787,97	30	716,33	3	71,63
<b>Total</b>	<b>74</b>	<b>10 806</b>	<b>684,80</b>	<b>65</b>	<b>601,51</b>	<b>9</b>	<b>83,28</b>

$\chi^2 = 1,311$  ( $p = 0,519$ )

Para esa parte del período presidencial hubo en la MCP una frecuencia absoluta de muertes maternas que incrementan de año a año para una RMM que es variable ya que también incrementan el número de RNV.

Es de precisar que la MMOD tiene mayor relevancia por ser exclusivamente debido a consecuencia de las condiciones en que se atienden a las pacientes durante el embarazo, parto o puerperio.

En cuanto a las causas de muerte materna obstétrica directas resultaron 87,83 % y las indirectas 12,16% la distribución de frecuencias absolutas por año y causas se aprecian en la tabla a continuación:

**Tabla 5**  
Causas de mortalidad materna por año  
Maternidad “Concepción Palacios”  
Período Presidencial de Eleazar López Contreras

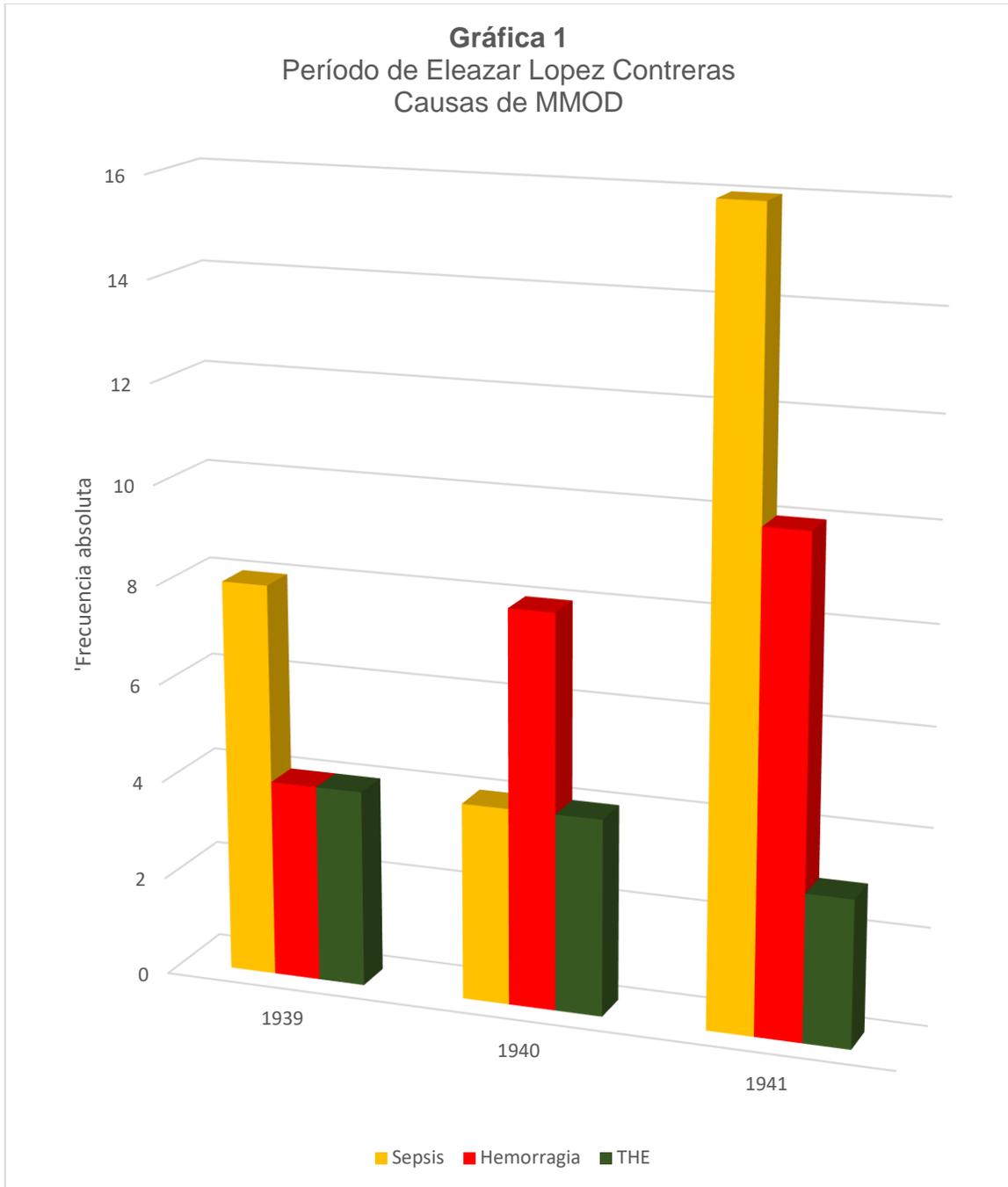
Años	Muertes maternas	Sepsis	Hemorragia	THE	Aborto	Anestesia	Obstétrica Indirecta
1939	21	8	4	4	1		4
1940	20	4	8	4	1	1	2
1941	33	16	10	3	1		3
<b>Total</b>	<b>74</b>	<b>28</b>	<b>22</b>	<b>11</b>	<b>3</b>	<b>1</b>	<b>9</b>

$\chi^2 = 5,930$  ( $p = 0,655$ )

En la tabla anterior se expresa que ocurrieron sesenta y cinco (65) MM por causas directas. Estas se distribuyeron en los tres años del período de manera irregular, para el primer y tercer año la sepsis como primera causa de muerte y la hemorragia para el segundo año.

Considerando que la mayor cantidad de muertes maternas ocurren por causas infecciosas o sepsis, hemorragias y THE se decide graficar estas causas en todos los períodos presidenciales para tener una impresión visual de las mismas. Para los períodos en estudio se presentan en frecuencias absolutas para mayor comprensión y visualización. En el siguiente gráfica se presentan las de este período presidencial:

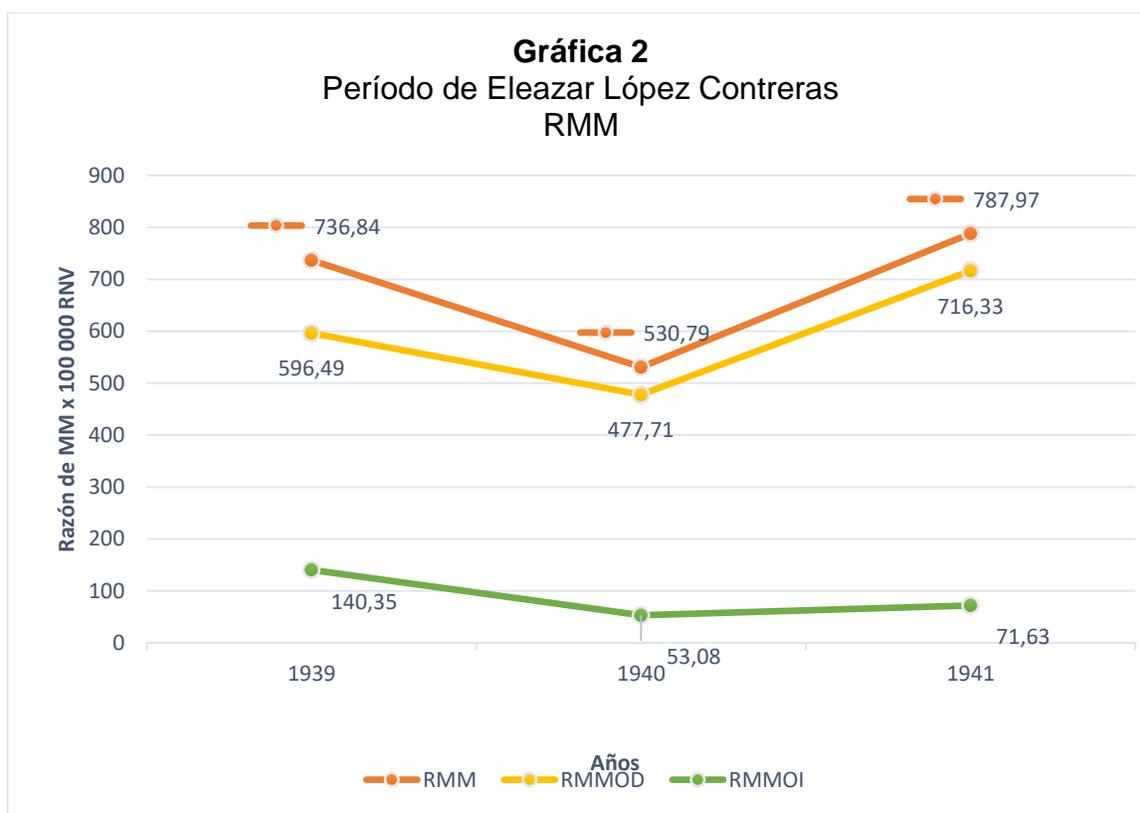
**Gráfica 1**  
 Período de Eleazar Lopez Contreras  
 Causas de MMOD



La sepsis ocupó el primer lugar durante este período con el 37,83 % de los casos, hay que hacer notar que en estos casos están las infecciones puerperales, las infecciones debidas a la práctica de las cesáreas y a los abortos en condiciones inseguras y que se infectaron; hemorragia en segundo lugar con el 29,72 % de la MM considerando aquí los casos de desprendimiento prematuro de placenta (DPP), las placentas previas (PP) y los abortos que complicaron con sangrado importante llegando a la hipovolemia

y la muerte; y los trastornos hipertensivos del embarazo (THE) con el 14,86 % tal y cual como están clasificados hoy en día. Al igual que las tres que fallecieron por múltiples causas hoy conocido como fallas de múltiples órganos y que desde su ingreso estaban catalogadas como de maniobras abortivas y habían ingresado en malas condiciones y que se decidieron registrar simplemente como abortos.

Con el objetivo de conocer la tendencia a través del período presidencial se presenta la gráfica 2.



Razón x 100 000 nacidos vivos

En la gráfica se aprecia la tendencia de las RMM que disminuyen en el año de 1940 para luego incrementarse en 1941.

El modo aritmético que se registró en la edad de las fallecidas fue de 27 años, con una edad mínima de 14 y una máxima de 39 años; 45 eran solteras y 29 casadas, ninguna realizó control prenatal; de las fallecidas 29 eran primigestas. Del total de pacientes asistidas, fueron atendidas 936 por aborto y 7 por embarazos ectópicos. Mueren 3 por abortos por múltiples causas y una fallece por incidente anestésico.

### **Período Presidencial del Gral. Isaías Medina Angarita**

Este período presidencial fue ejercido por 4 años, cuando es interrumpido por un “golpe de estado” la distribución de frecuencia absoluta y por RMM se puede apreciar en la tabla 6:

**Tabla 6**

Mortalidad materna por año  
Maternidad “Concepción Palacios”  
Período presidencial Isaías Medina Angarita

Años	Muertes maternas	RNV	Razón MM	MMOD	Razón MMOD	MMOI	Razón MMOI
1942	30	5 162	561,80	24	464,94	6	116,23
1943	37	5 395	685,82	29	537,53	8	148,29
1944	31	5 731	540,92	23	401,33	8	139,59
1945	26	6 262	415,20	19	303,42	7	111,79
Total	124	22 550	549,88	95	421,28	29	128,60

$\chi^2 = 0,539$  (p = 0,910)  
Razón x 100 000 nacidos vivos

En la tabla se visualiza que el número de pacientes que fallecieron para esa época y ocurrieron en la MCP van en disminución y solo del primer para el segundo año se incrementan, al igual que se van incrementando progresivamente el número de RNV. En cuanto a la MM fueron clasificadas en directas 76, 61 % e indirectas 23,38 % En cuanto a las causas de muerte materna obstétrica resultó la siguiente distribución de frecuencia que se aprecia por año y causas en la tabla 7.

**Tabla 7**

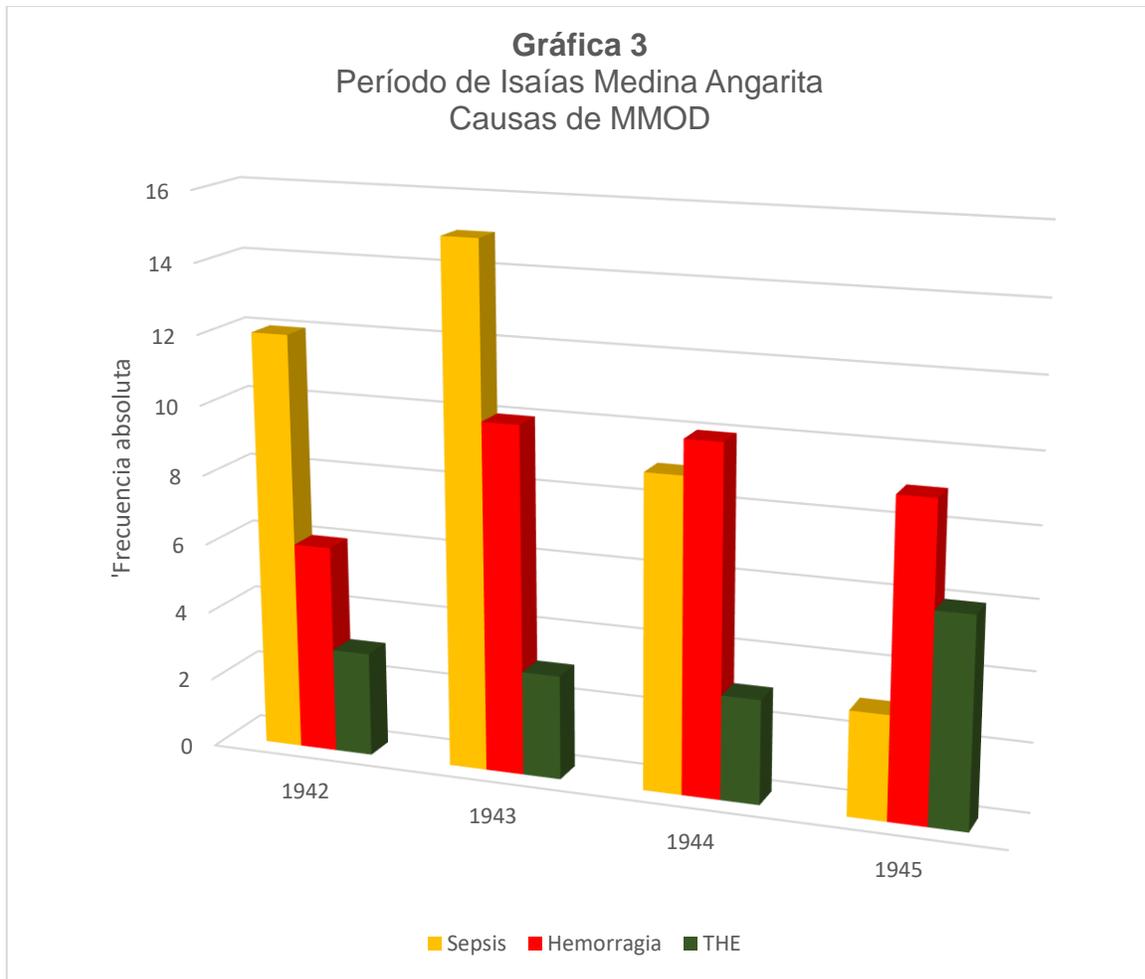
Causas de mortalidad materna por año  
Maternidad "Concepción Palacios"  
Período Presidencial de Isaías Medina Angarita

Años	Muertes maternas	Sepsis	Hemorragia	THE	Aborto	Anestesia	Obstétrica Indirecta
1942	30	12	6	3		2	6
1943	37	15	10	3	1		8
1944	31	9	10	3		1	8
1945	26	3	9	6	1		7
Total	124	39	35	15	2	3	30

$\chi^2 = 13,126$  ( $p = 0,360$ )

Se observa en la tabla que la sepsis es la primera causa de MM seguido de las hemorragias con un aporte del 28,22 % de la MM y luego THE con 12,09 %. Es relevante mencionar que en ese período se atendieron 2 311 pacientes con abortos de las que fallecieron 11 por sepsis y 2 por fallas de múltiples órganos.

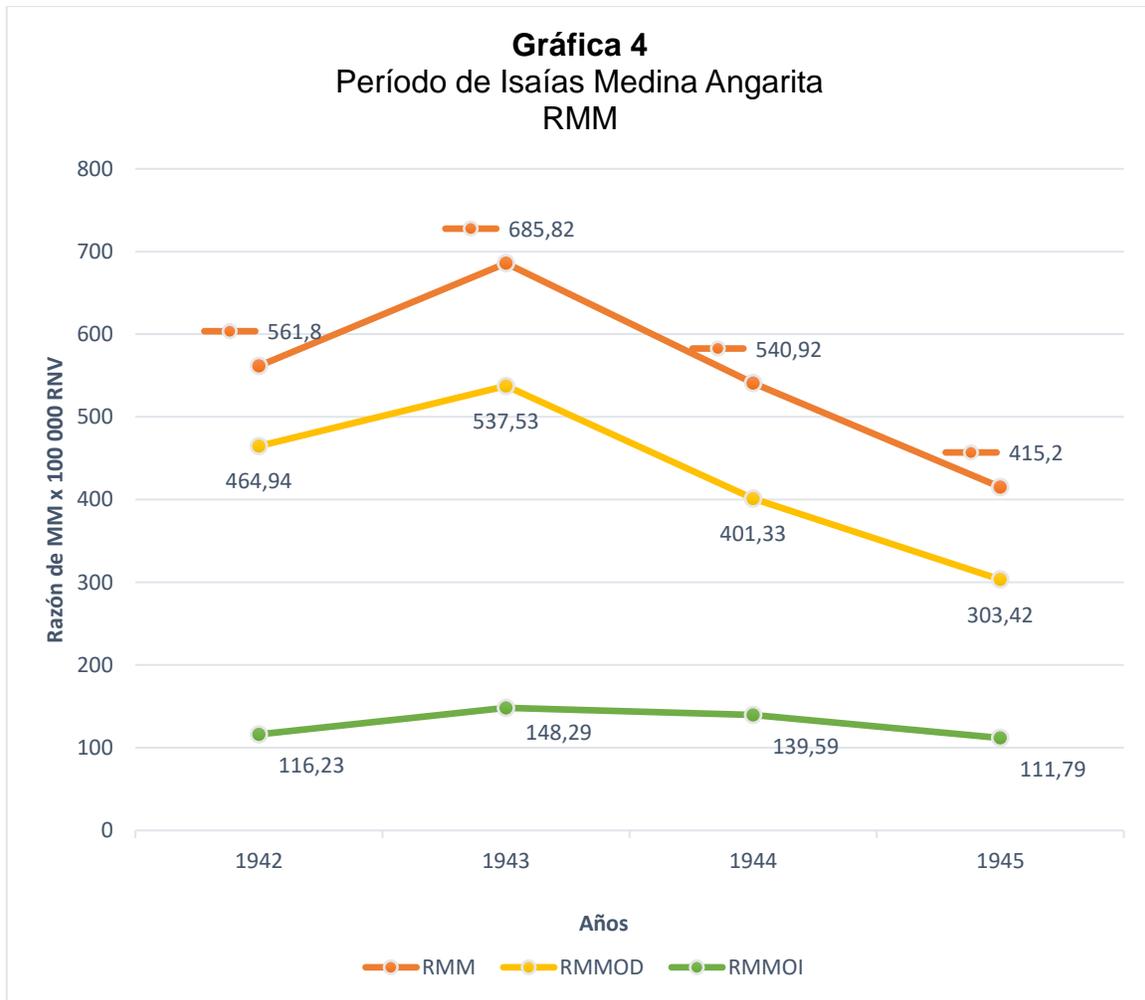
La distribución de frecuencia absoluta de las tres principales causas de muerte: Sepsis, hemorragias y THE se aprecian en la siguiente gráfica 3:



En el la gráfica se puede observar que la sepsis prevalece en los dos (2) primeros años de gobierno y luego se aprecia que la hemorragia se incrementa en los siguientes dos (2) años; al igual que en el último año se aprecia un ascenso de THE.

Es importante destacar que ocurrieron 3 incidentes anestésicos, y uno de los dos abortos es ingresado con fallas de múltiples órganos es ingresado como aborto provocado con trementina que causó una peritonitis.

A manera de tener una impresión visual del comportamiento de la MM, en el siguiente grafico se pueden apreciar, las tendencias por año de las RMM y el comportamiento durante el período presidencial.



Razón x 100 000 nacidos vivos

Comienza a notarse después del pico en 1943 una disminución de la RMM como de la RMMOD en los dos años siguientes.

El modo aritmético para la edad que se registró en las fallecidas fue de 26 años, con una edad mínima de 14 y una máxima de 40 años; 30% realizó control prenatal. El 73 % eran solteras, 19 % casadas y el 8 % desconocido. Los partos domiciliarios que se atendieron: 1 104 en 1942, 1 114 en 1943, 959 en el año de 1944 y 751 para 1945. Las pacientes que acudieron a la MCP para esta época se incrementaron, de tal manera que se atendieron, 22 734 partos se practicaron 409 cesáreas, acudieron para resolución de abortos 2 311 pacientes y se resolvieron 24 embarazos ectópicos (EE); 7 386 pacientes eran primigestas y 18 892 multigestas.

### **Período Presidencial de: Rómulo Antonio Betancourt Bello**

Para este período presidencial de transición hubo dos años de ejercicio presidencial, ya que ocurre después del derrocamiento de Isaías Medina Angarita es una Junta Cívico Militar quien gobierna y ocurre el siguiente resultado de la MM en la MCP se presenta en la tabla 8.

**Tabla 8**

Mortalidad materna por año  
Maternidad "Concepción Palacios"  
Período presidencial Rómulo Betancourt

Años	Muertes maternas	RNV	Razón MM	MMOD	Razón MMOD	MMOI	Razón MMOI
1946	26	7 195	361,36	24	333,56	2	69,49
1947	20	8 838	226,30	17	192,35	3	22,63
Total	46	16 033	286,90	41	255,72	5	31,18

$\chi^2 = 0,097$  (p = 0,755)  
Razón x 100 000 nacidos vivos

En ese período presidencial las muertes maternas disminuyen y los RNV, continúan incrementando en más de mil los RNV.

Para conocer las causas y su distribución de frecuencia absoluta por años se presenta la tabla 9, con su respectiva significancia estadística calculada con el chi cuadrado.

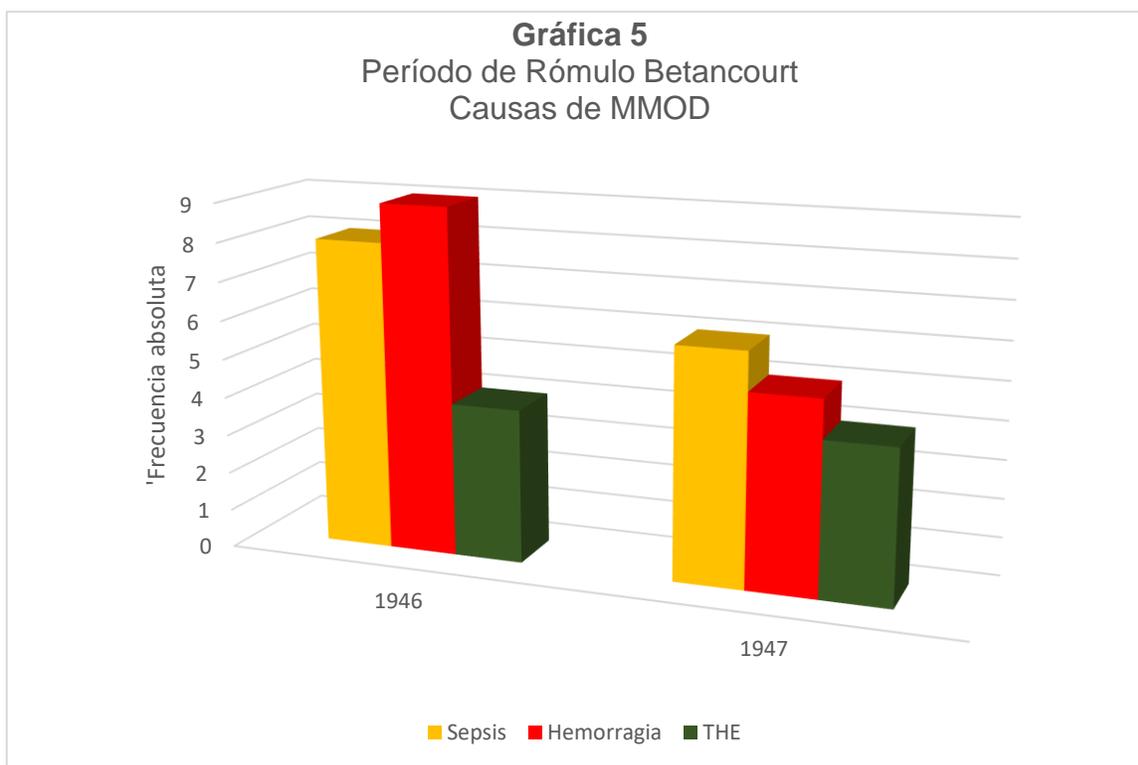
**Tabla 9**

Causas de mortalidad materna por año  
Maternidad “Concepción Palacios”  
Período Presidencial de Rómulo Betancourt

Años	Muertes maternas	Sepsis	Hemorragia	THE	Aborto	Anestesia	Obstétrica Indirecta
1946	26	8	9	4	2	1	2
1947	20	6	5	4	2		3
Total	46	14	14	8	4	1	5

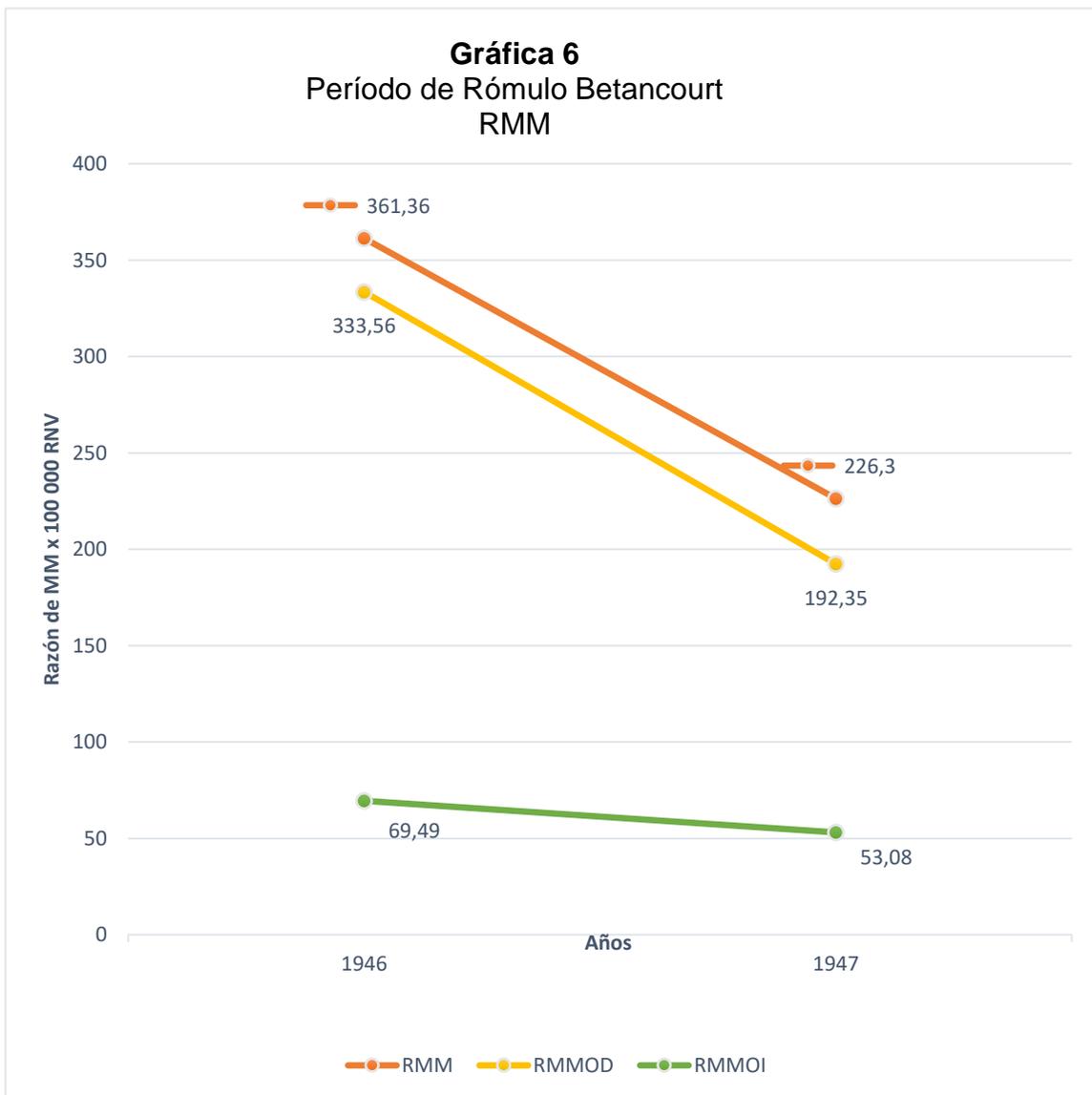
$\chi^2 = 0,539$  ( $p = 0,910$ )

Se aprecia en la tabla 9 que la sepsis y la hemorragia aportan catorce (14) muertes maternas cada una y THE ocho (8) MM, hubo además un fallecimiento por un incidente anestésico, y cuatro (4) por fallas de múltiples órganos ocasionados por abortos en condiciones inseguras; para un total de 46 muertes maternas.



En la gráfica se aprecia que la hemorragia es la principal causa de MM con el 30,43 % de los casos, al igual que para la sepsis que se igualan al comparar los dos años, pero hay más muertes por hemorragia al superar a la sepsis como causa de MM en el primer año de gobierno, con respecto a THE también se evidencia un discreto aumento a 17,39 %.

Para conocer las tendencias por años de las RMM se presenta la siguiente gráfica en líneas de tendencia en la Gráfica 6.



En la gráfica 6 se observa la tendencia de la RMM al igual que la RMMOD disminuyen en los dos años del período presidencial. La demanda de atención a las gestantes se había incrementado, tanto que los RNV se incrementan en más del millar y medio de un año al otro de 7 195 RNV en 1946 a 8 838 RNV en 1947. Sin embargo, se logra una disminución en la RMM, tan solo la MMOI se mantiene en valores bajos, como puede apreciarse en la gráfica.

Durante este período gubernamental en la MCP se asistieron 16 064 partos se practicaron 379 cesáreas, se atendieron 1 925 abortos y 20 EE., de todas las pacientes que se ingresaron en esos dos años 5 309 eran primigestas y 13 079 eran multíparas, nacieron en total 16 661 de los cuales 16 033 eran RNV.

El modo aritmético que se registró en las fallecidas en cuanto a la edad fue de 25 años, con una edad mínima de 16 y una máxima de 44 años; el 36% eran casadas, 60% solteras y el resto se desconocía; 26% realizó control prenatal; 32% primigestas, 68% con 2 hijos o más.

En ese período se atendieron en la MCP 1 925 abortos de las cuales fallecen 23, de ellas 4 mueren por fallas de múltiples órganos, pudiéndose inferir que una gran parte de los casos imputados a las sepsis y a las hemorragias eran debidas a las prácticas de los abortos en condiciones inseguras. Hubo un caso que fallece por incidente anestésico. Hay que hacer notar que de las causas no obstétricas hubo 2 casos de viruela, 1 de paludismo, 1 perforación del estómago por envenenamiento y 2 tétanos, se nombran estas patologías para tener una idea de las condiciones socioeconómicas que imperaban en el país y que formaban parte de las epidemias no controladas aún por la salud pública.

Este era un período transicional, participaron militares que luego llegaron a ser presidentes y civiles que habían pertenecido a la generación del 28, las presiones políticas predominaron sobre las políticas públicas de salud las cuales realmente fueron pocas.

### **Período Presidencial de Rómulo Gallegos Freire**

El primer gobierno por elección democrática dura solamente un año, ya que es derrocado por una “asonada militar”.

**Tabla 10**

Mortalidad materna por año  
Maternidad “Concepción Palacios”  
Período presidencial Rómulo Gallegos

Años	Muertes maternas	RNV	Razón MM	MMOD	Razón MMOD	MMOI	Razón MMOI
1948	33	9 229	357,57	23	249,21	10	108,35

Razón x 100 000 nacidos vivos

Se expresa en la tabla 10 que en ese año ocurren en la MCP 33 muertes maternas y 9 229 RNV lo que significa un incremento tanto en las MM como de los RNV, al igual que a un incremento en la RMM con respecto al período anterior.

**Tabla 11**

Causas de mortalidad materna por año  
Maternidad “Concepción Palacios”  
Período Presidencial de Rómulo Gallegos

Años	MM	Sepsis	Hemorragia	THE	Aborto	Parto Obstruido	Anestesia	MMOI
1948	33	5	7	8	1	1	1	10

Se observa en la tabla 11 que la principal causa de muerte son los THE seguidos por hemorragias y luego sepsis para un total de veinte (20) MM en solo estas tres causas.

### **Período Presidencial del Cnel. Carlos Delgado Chalbaud**

Para ese período presidencial lo asume por un golpe de estado de características militaristas, Carlos Delgado Chalbaud quien era ministro de la defensa de Rómulo Gallegos a quien le cuesta creer que “Carlitos” como le decía, lo hubiera derrocado.

**Tabla 12**  
Mortalidad materna por año  
Maternidad “Concepción Palacios”  
Período Presidencial de Carlos Delgado Chalbaud

Años	Muertes maternas	RNV	Razón MM	MMOD	Razón MMOD	MMOI	Razón MMOI
1949	37	9 113	406,01	31	340,17	6	65,84
1950	30	11 591	258,82	20	172,55	10	86,27
Total	67	20 704	323,60	51	246,32	16	77,27

$\chi^2 = 1,812$  (p = 0,178)  
Razón x 100 000 nacidos vivos

En la tabla 12 se observa que hubo una disminución en el número de muertes maternas de un año al otro para ese período y un aumento de más de dos mil RNV, lo que hace que la RMM disminuya.

En cuanto a la distribución de frecuencia absoluta en este período hay que considerar también la MMOI ya que ofrece una ligera disminución; en cuanto a la presentación de las frecuencias por año y las principales causas de MM y su respectiva significancia estadística se aprecia en la tabla 13 que se muestra a continuación:

**Tabla 13**

Causas de mortalidad materna por año  
Maternidad "Concepción Palacios"  
Período Presidencial de Carlos Delgado Chalbaud

Años	Muertes maternas	Sepsis	Hemorragia	THE	Parto Obstruido	Anestesia	Obstétrica Indirecta
1949	37	4	13	8	1	2	9
1950	30	3	13	4			10
Total	67	7	26	12	1	2	19

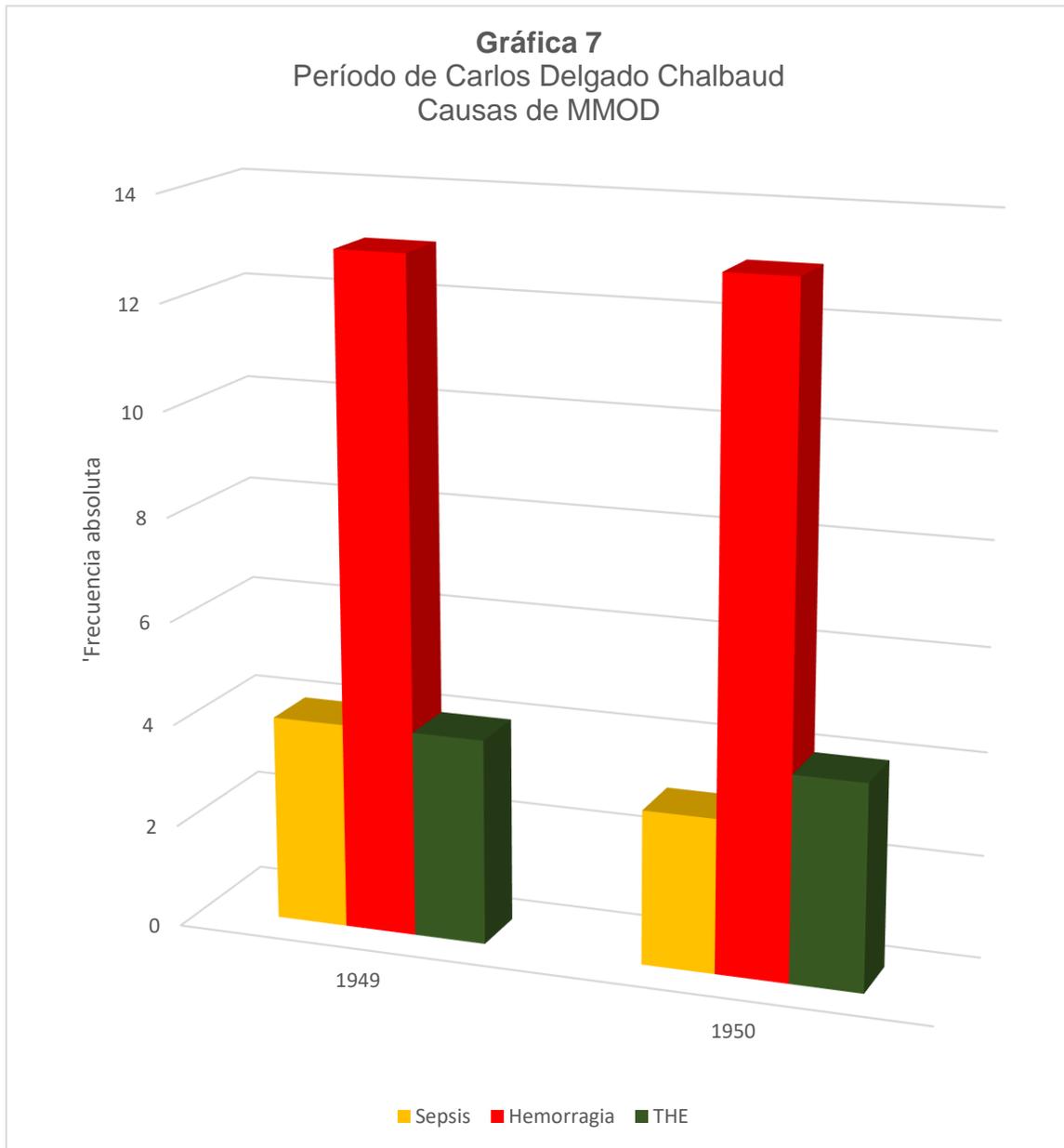
$\chi^2 = 2,684$  (p = 0,612)

Durante este período presidencial hubo sesenta y siete (67) muertes maternas, de las cuales en los dos años predominaron las hemorragias. Dentro de las otras causas ocurrieron, una (1) por parto obstruido y dos (2) por incidentes anestésicos.

Igualmente hubo una disminución en la MMOI distribuidas en un 68% en cardiopatías seguidas en un 16 % en patologías pulmonares, el resto en cirrosis hepática y un caso de Drepanocitosis.

La frecuencia relativa de las tres patologías más importantes: sepsis, hemorragia y THE fue del 69,23 % de todas las causas incluyendo la MMOI.

En el gráfica 7 se puede apreciar la frecuencia absoluta de las tres primeras causas de MM durante el período presidencial del Cnel. Carlos Delgado Chalbaud.

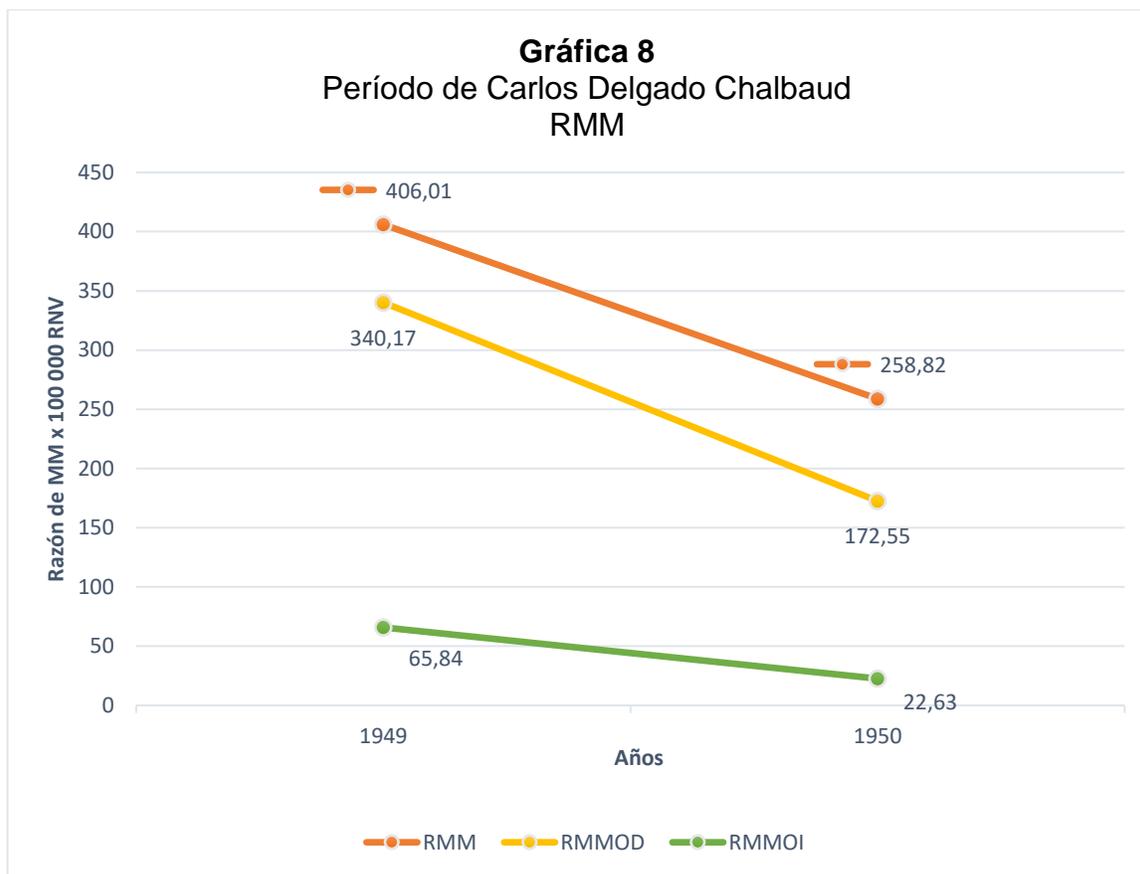


En la gráfica 7 se observa que la hemorragia supera a la sepsis manteniéndose los THE en cifras más o menos estables durante ambos años.

El incremento de la MMOI obliga a calcular las frecuencias relativas solo entre aquellas gestantes que fallecieron por causas directas, o sea 48 fallecidas. Siendo entonces la causa más frecuente de MMOD la hemorragia con el 54,16 % de los casos, seguido de THE con el 25 % y en tercer lugar sepsis con el 14,58 %. Es de hacer notar una muerte materna debido a “cansancio obstétrico” suponemos hoy que esos casos

son los actualmente llamados partos obstruidos. Cabe destacar que en este período hubo dos incidentes de anestesia que fallecieron.

Es también importante conocer la tendencia de las RMM por año para poder observar el comportamiento durante este corto período presidencial.



En la gráfica se aprecia una disminución importante de año a año desde 406,01 en 1949 a 258,82 x 100 000 RNV en 1950, apreciándose una marcada disminución de la RMMOD que cae de 340,17 a 172,55 en los años precitados.

La edad expresada en modo aritmético fue de 29 años con una edad mínima de 16 y una máxima de 42; El 65 % eran solteras 30 % casadas y el 5 % se ignoraba el estado civil; solo el 46 % había realizado control prenatal; 16 % eran primigestas el resto con más de dos gestas 84 %.

### **Período Presidencial del Dr. Germán Suárez Flamerich**

Después del primer y único magnicidio ocurrido en la historia republicana de Venezuela se asume por dos años la presidencia de nuevo un civil, en la MCP la MM ocurre de la siguiente manera.

**Tabla 14**

Mortalidad materna por año  
Maternidad "Concepción Palacios"  
Período Presidencial de Germán Suárez Flamerich

Años	Muertes maternas	RNV	Razón MM	MMOD	Razón MMOD	MMOI	Razón MMOI
1951	23	13 613	168,96	19	139,57	4	29,38
1952	33	15 023	219,66	29	193,04	4	26,63
Total	56	28 636	195,55	48	167,62	8	27,93

$\chi^2 = 0,028$  (p = 0,868)  
Razón x 100 000 nacidos vivos

En la tabla 14 se visualiza que el número de MM que ocurrieron y los RNV que hubo de un año al otro incrementó, lo que hace que la RMM se incrementó en 50.7 por año.

La RMM para el período fue de 195,55 x 100 000 RNV, la RMMOD de 167,62 y la indirecta de 27,93.

En la tabla 15 se presentan las tres principales causas de MM por año y por frecuencia absoluta.

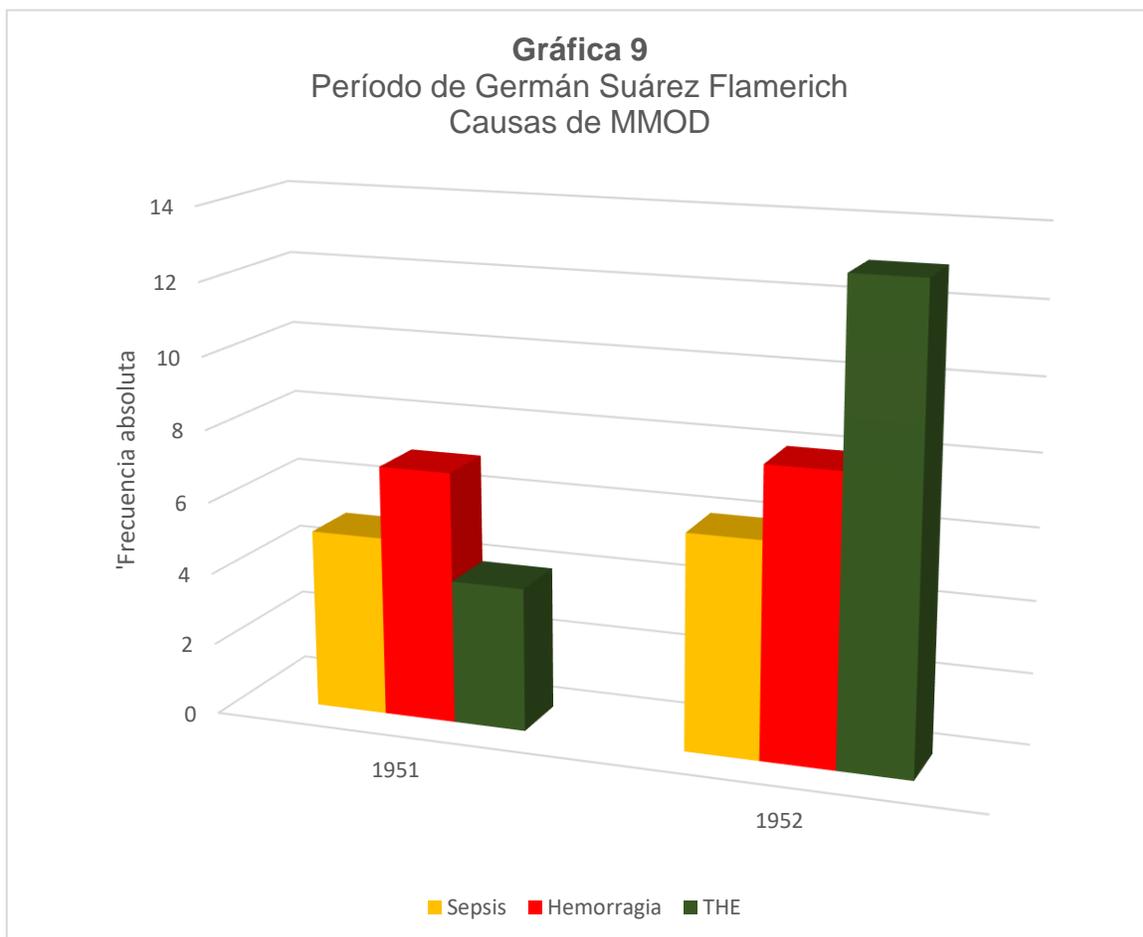
**Tabla 15**

Causas de mortalidad materna por año  
Maternidad "Concepción Palacios"  
Período Presidencial de Germán Suárez Flamerich

Años	Muertes maternas	Sepsis	Hemorragia	THE	Shock operatorio	Aborto	Obstétrica Indirecta
1951	23	5	7	4	3		4
1952	33	6	8	13		2	4
Total	56	11	15	17	3	2	8

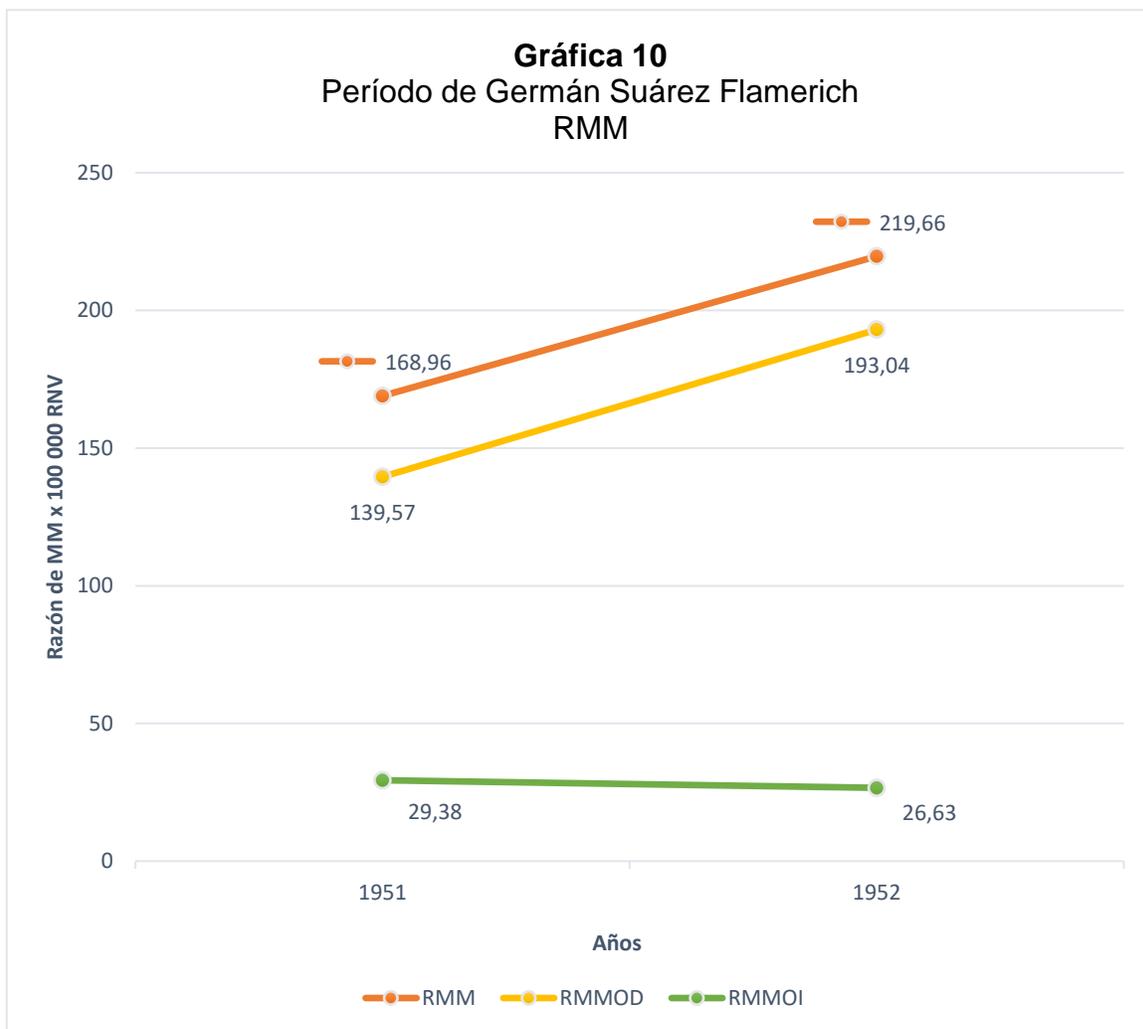
$\chi^2 = 8,405$  (p = 0,135)

La distribución de frecuencia absoluta de las principales muertes maternas se aprecia en la siguiente gráfica 9



Se aprecia como la sepsis disminuye en ambos años, ocupa la hemorragia el primer lugar en 1951 y al final del período los THE ocupan el primer lugar, en cuando a la frecuencia relativa, los THE aportan el 35,4 % de los casos, seguidos de hemorragia con una frecuencia relativa de 31,25 % de las MMOD, y luego sepsis con el 22,9 %.

En el grafico 10 se presenta las tendencias por años de las razones de la MM en el período estudiado.



En la gráfica se nota un incremento de las RMM tanto totales como las directas de 168,96 x 100 000 RNV a 219,66, un aumento significativo de más de 150 en la RMM.

### **Período Presidencial del Gral. Marcos Pérez Jiménez**

En este período presidencial de 5 años, se realizaron en la MCP 96 911 partos, 2 850 cesáreas, se atendieron 19 346 abortos y 255 embarazos ectópicos. Distribuidas las razones por año en la siguiente tabla:

**Tabla 16**

Mortalidad materna por año  
Maternidad "Concepción Palacios"  
Período Presidencial de Marcos Pérez Jiménez

Años	Muertes maternas	RNV	Razón MM	MMOD	Razón MMOD	MMOI	Razón MMOI
1953	24	16 353	146,76	14	85,61	10	61,15
1954	34	18 755	181,28	29	154,63	5	26,66
1955	32	20 868	153,34	28	134,18	4	19,17
1956	21	21 910	95,85	15	68,46	6	27,38
1957	36	20 596	174,79	28	135,95	8	38,84
Total	147	98 482	149,26	114	115,75	33	33,50

$\chi^2 = 8,535$  (p = 0,074)  
Razón x 100 000 nacidos vivos

Se observa en la tabla 16 que en el período presidencial hubo ciento cuarenta y siete (147) muertes maternas y también se incrementaron año a año el número de RNV, teniendo inclusive una RMM menor de 100 para el año de 1956 cuando ella fue de 95,85 por 100 000 RNV

**Tabla 17**

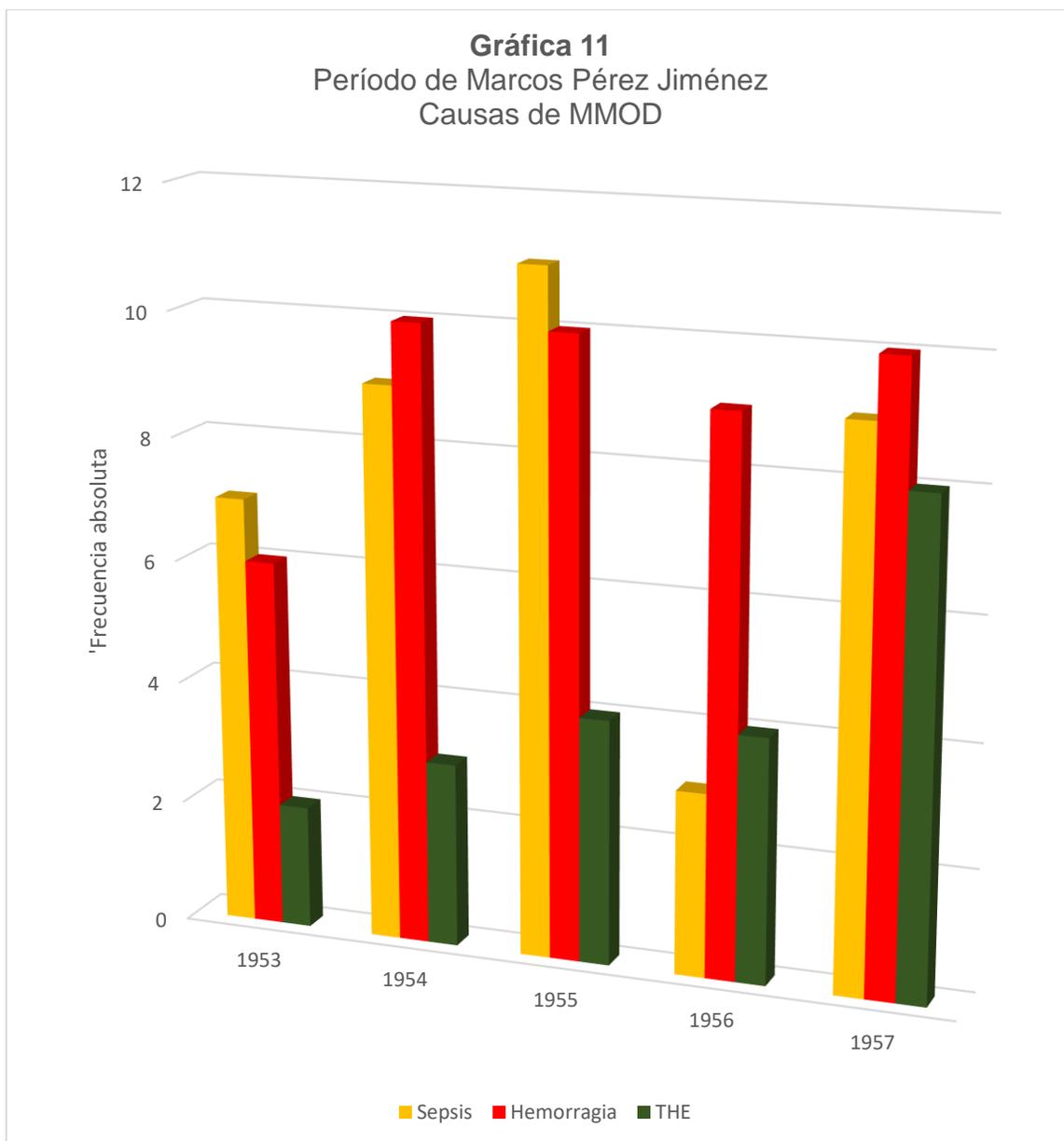
Causas de mortalidad materna por año  
Maternidad "Concepción Palacios"  
Período Presidencial de Marcos Pérez Jiménez

Años	Muertes maternas	Sepsis	Hemorragia	THE	Aborto	Embolismo	Obstétrica Indirecta
1953	24	7	6	2	1	1	10
1954	34	9	10	3	1		5
1955	32	11	10	4			4
1956	21	3	9	4	1	1	6
1957	36	9	10	8	1		8
Total	147	39	48	24	4	2	30

$\chi^2 = 20,961$  ( $p = 0,399$ )

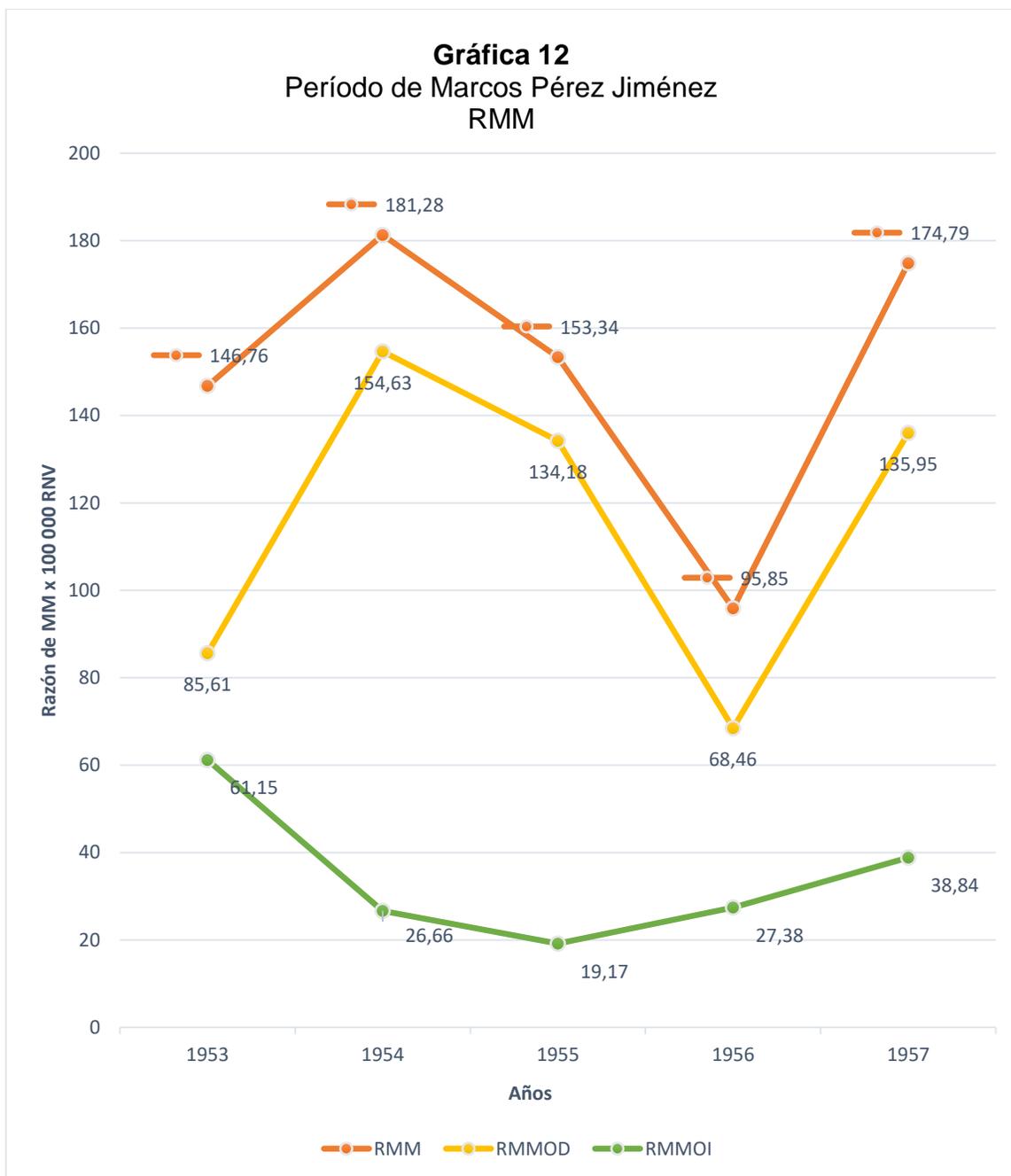
En este período hubo un total de 147 muertes maternas, de las cuales cuarenta y ocho (48) se debieron hemorragias, treinta y nueve (39) sepsis y veinticuatro (24) a THE. Hubo tres casos lamentables dentro de las causas hemorrágicas debido a embarazos ectópicos que no fueron intervenidos.

En el año de 1954 se elimina definitivamente la atención al parto domiciliario debido a su poca cobertura. Este servicio se mantuvo desde 1941 hasta el 31 de julio cuando fue suspendido temporalmente, reabierto en 1952 y posteriormente eliminado. Por este método se atendieron un total de 8 577 partos, no se encontró registro preciso de MM que pudieran haber ocurrido por este servicio de atención.



En esta gráfica se puede apreciar como la sepsis y las hemorragias se disputan el primer lugar en cuanto a frecuencias absolutas y los THE van aumentando poco a poco a través del tiempo. Las causas de muertes en frecuencia relativa de las MMOD son: 33,33 % para procesos infecciosos, 41,02 % para hemorragias, 20,51 % para THE. 3,4 % para los abortos complicados con fallas de múltiples órganos y 1,7 % por embolismo de líquido amniótico.

En la siguiente gráfica 12 se aprecian las tendencias de las RMM del período presidencial en estudio:



La edad mínima registrada fue de 15 años, la máxima de 43 años con un modo aritmético de 25 años; el 62 % eran solteras y 38 % casadas; el 68 % no realizaron control prenatal; 43 (29,25 %) eran primigestas, 104 (70 %) tenían más de dos gestas.

En este período se establecen las causas de muertes con mayor precisión, pues el ministro del MSAS era obstetra perteneciente a la MCP, por lo que las políticas públicas impactaron en las causas de MM.

**Período Presidencial del Vicealmirante Wolfgang Enrique Larrazábal Ugueto**

La duración de este período presidencial fue de un año y la frecuencia y la RMM se expresan en la siguiente tabla:

**Tabla 18**

Mortalidad materna por año  
Maternidad "Concepción Palacios"  
Período Presidencial de Wolfgang Larrazábal

Años	Muertes maternas	RNV	Razón MM	MMOD	Razón MMOD	MMOI	Razón MMOI
1958	38	22050	172,34	29	131,52	9	40,82

Razón x 100 000 nacidos vivos

En cuanto a las causas de MM se expresan en la siguiente tabla volviendo la sepsis a colocarse en el primer lugar, seguido de hemorragias y luego THE.

**Tabla 19**

Causas de mortalidad materna por año  
Maternidad "Concepción Palacios"  
Período Presidencial de Wolfgang Larrazábal

Años	Muertes maternas	Sepsis	Hemorragia	THE	Aborto	Embolismo	Obstétrica Indirecta
1958	38	12	8	5	3	1	9

### **Período Presidencial de Rómulo Antonio Betancourt Bello**

En este período presidencial se inicia una nueva etapa en la república ya que comienza un ciclo de períodos presidenciales de talante democrático, período difícil para poder controlar diferentes insurrecciones tanto internas como externas, el comportamiento de la MM se expresa en la tabla 20.

**Tabla 20**

Mortalidad materna por año  
Maternidad "Concepción Palacios"  
Período Presidencial de Rómulo Betancourt

Años	Muertes maternas	RNV	Razón MM	MMOD	Razón MMOD	MMOI	Razón MMOI
1959	50	29 136	171,61	40	137,29	10	34,32
1960	30	32 964	91,01	23	69,77	7	21,24
1961	35	33 954	103,08	25	73,63	10	29,45
1962	39	35 245	110,65	24	68,09	15	42,56
1963	51	34 922	146,04	44	126,00	7	20,04
Total	205	166 221	123,32	156	93,85	49	29,47

$\chi^2 = 8,292$  (p = 0,081)  
Razón x 100 000 nacidos vivos

En la tabla 20 se observa que durante este primer período constitucional de 5 años disminuyó la MM y se incrementó en número de RNV también se aprecia el predominio de las MMOD sobre las indirectas.

En cuanto a las causas de la MM, puede observarse en la tabla 21.

**Tabla 21**

Causas de mortalidad materna por año  
 Maternidad "Concepción Palacios"  
 Período Presidencial de Rómulo Betancourt

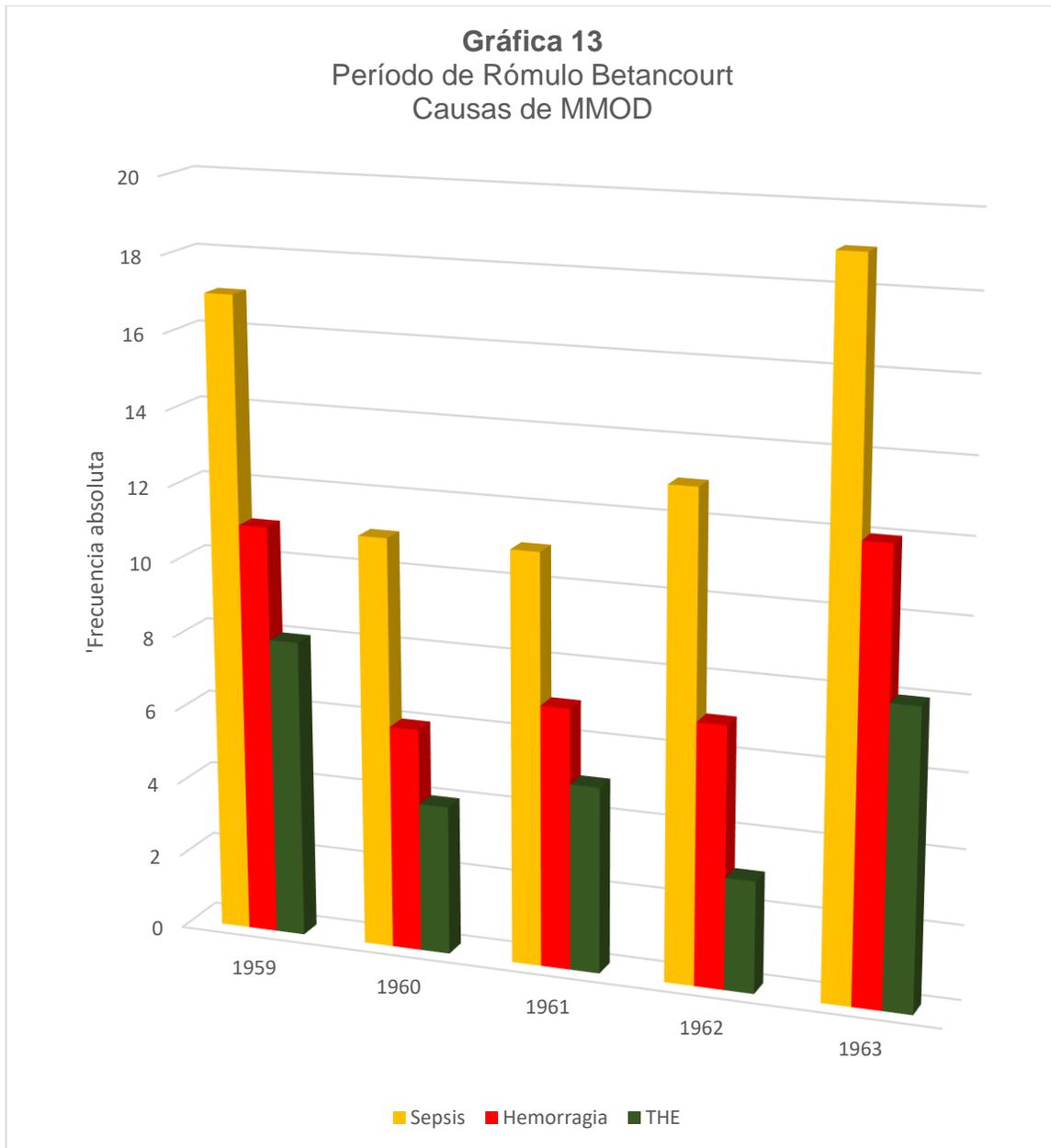
Años	Muertes maternas	Sepsis	Hemorragia	THE	Aborto	Anestesia	Obstétrica Indirecta
1959	50	17	11	8	2	2	10
1960	30	11	6	4	2		7
1961	35	11	7	5	1	1	10
1962	39	13	7	3		1	15
1963	51	19	12	9	2	2	7
Total	205	71	43	29	7	6	49

$\chi^2 = 13,985$  ( $p = 0,831$ )

En la tabla 21 se aprecia que en este período aparece de nuevo un incremento de la sepsis, este incremento de los casos sépticos se relacionó con el aumento de los casos de abortos, seguido de los procesos infecciosos de las heridas operatorias, no sólo de cesáreas sino también de atención al parto, los abortos sépticos son registrados con mayor precisión y formaron parte del 48 % de las muertes ocasionadas por sepsis.

Es de notar que la hemorragia también se mantuvo en el segundo lugar, en todos los años del período.

La distribución por frecuencia absoluta por años de las tres primeras causas puede apreciarse en la siguiente gráfica 13:



En la gráfica 13 se observa que por sepsis fallecieron setenta y un (71) pacientes, apreciando diecisiete (17) al inicio del período y finalizando con diecinueve (19) muertes maternas; al igual hemorragias empezaron con once (11) al inicio y finalizó el período con doce (12); THE inician con ocho (8) y concluye con nueve (9) muertes maternas.

Las tendencias de la MM por años fueron variables, como se aprecia en la siguiente gráfica estadístico 14:

**Gráfica 14**  
**Período de Rómulo Betancourt**  
**RMM**



El período inicia con una alta razón que luego disminuye para volver a incrementarse al final del período tanto para las MM totales y las directas, las indirectas al contrario antes de finalizar el período incrementan para luego disminuir.

En este período se atendieron en la MCP 159 316 partos, se practicaron 8 167 cesáreas, acudieron 41 816 abortos y 550 embarazos ectópicos fueron atendidos. La edad mínima fue de 14 años y la máxima de 42, con el modo aritmético para esta serie de 26 años. El 76 % eran solteras y 20 % casadas el resto no está registrado en las historias. Solamente el 37 % realizó control prenatal.

### **Período Presidencial del Abogado: Raúl Leoni Otero**

En este período presidencial de carácter democrático, elegido por elecciones libres, con entrega del mismo partido político (AD) a otro presidente, el comportamiento de la MM se expresa en la siguiente tabla 22.

**Tabla 22**

Mortalidad materna por año  
Maternidad "Concepción Palacios"  
Período Presidencial de Raúl Leoni

Años	Muertes maternas	RNV	Razón MM	MMOD	Razón MMOD	MMOI	Razón MMOI
1964	54	35 957	150,18	36	100,12	18	50,06
1965	40	37 422	106,89	21	56,12	19	50,77
1966	54	38 937	138,69	34	87,32	20	51,37
1967	49	40 371	121,37	40	99,08	9	22,29
1968	39	41 673	93,59	29	69,59	10	24,00
Total	236	194 360	121,42	160	82,32	76	39,10

$\chi^2 = 9,962$  (p = 0,041)  
Razón x 100 000 nacidos vivos

En este período presidencial ocurren en la MCP una disminución de la MM y un aumento en el número de RNV.

La distribución de frecuencia según clasificación por año puede apreciarse en la siguiente tabla 23:

**Tabla 23**

Causas de mortalidad materna por año  
Maternidad "Concepción Palacios"  
Período Presidencial de Raúl Leoni

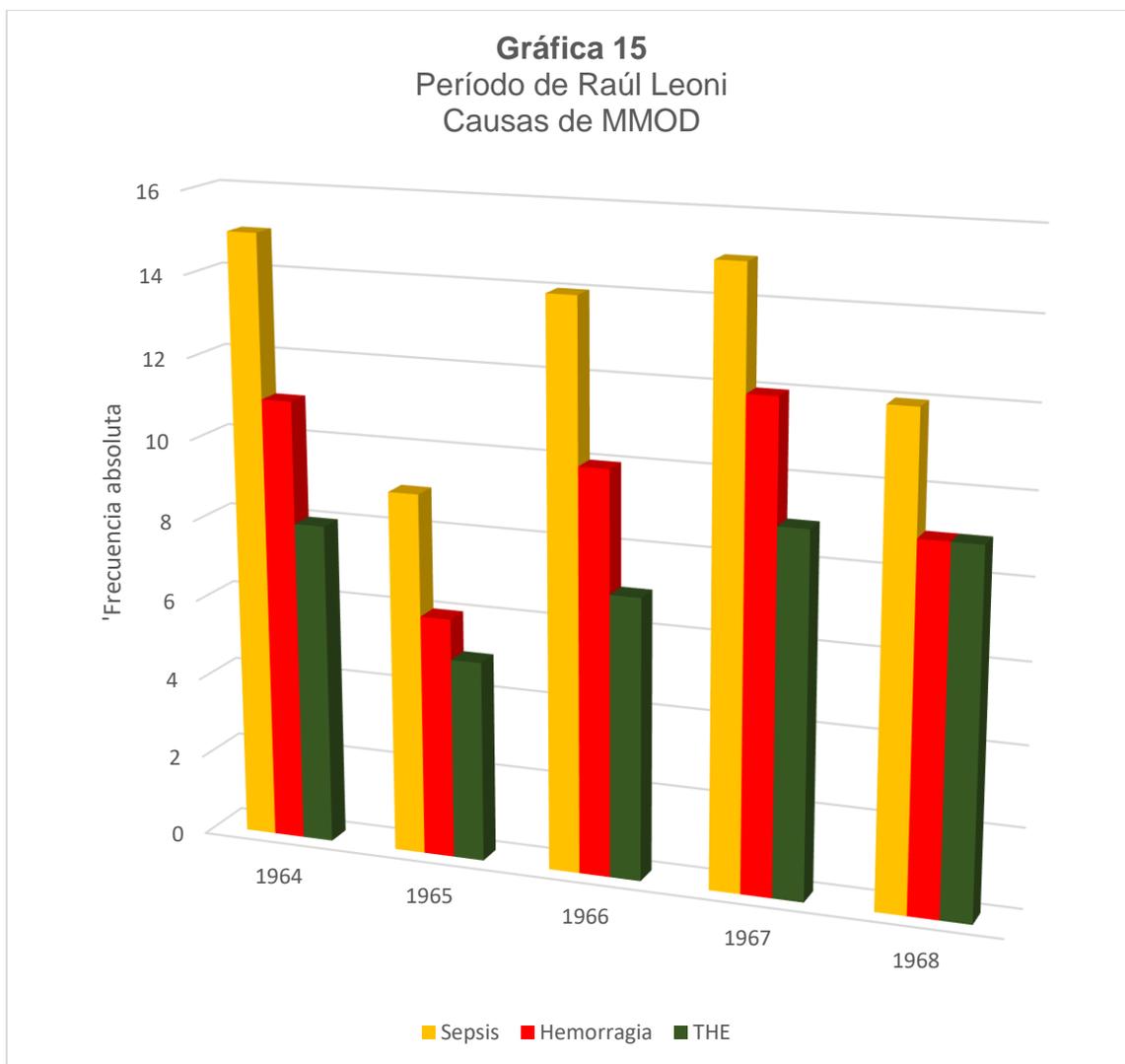
Años	Muertes maternas	Sepsis	Hemorragia	THE	Embolismo	Otros	Obstétrica Indirecta
1964	54	15	11	8	2		18
1965	40	9	6	5		1	19
1966	54	14	10	7	2	1	20
1967	49	15	12	9	2	2	9
1968	39	12	9	6		2	10
Total	236	65	48	35	6	6	76

$\chi^2 = 17,688$  ( $p = 0,608$ )

En la tabla 23 se observan como primera causa de MM la sepsis que ocupó el 40,6 % de la MMOD con sesenta y cinco (65) casos, hemorragias el 30 % con cuarenta y ocho (48) casos y THE con 21,8 % con treinta y cinco (35) casos.

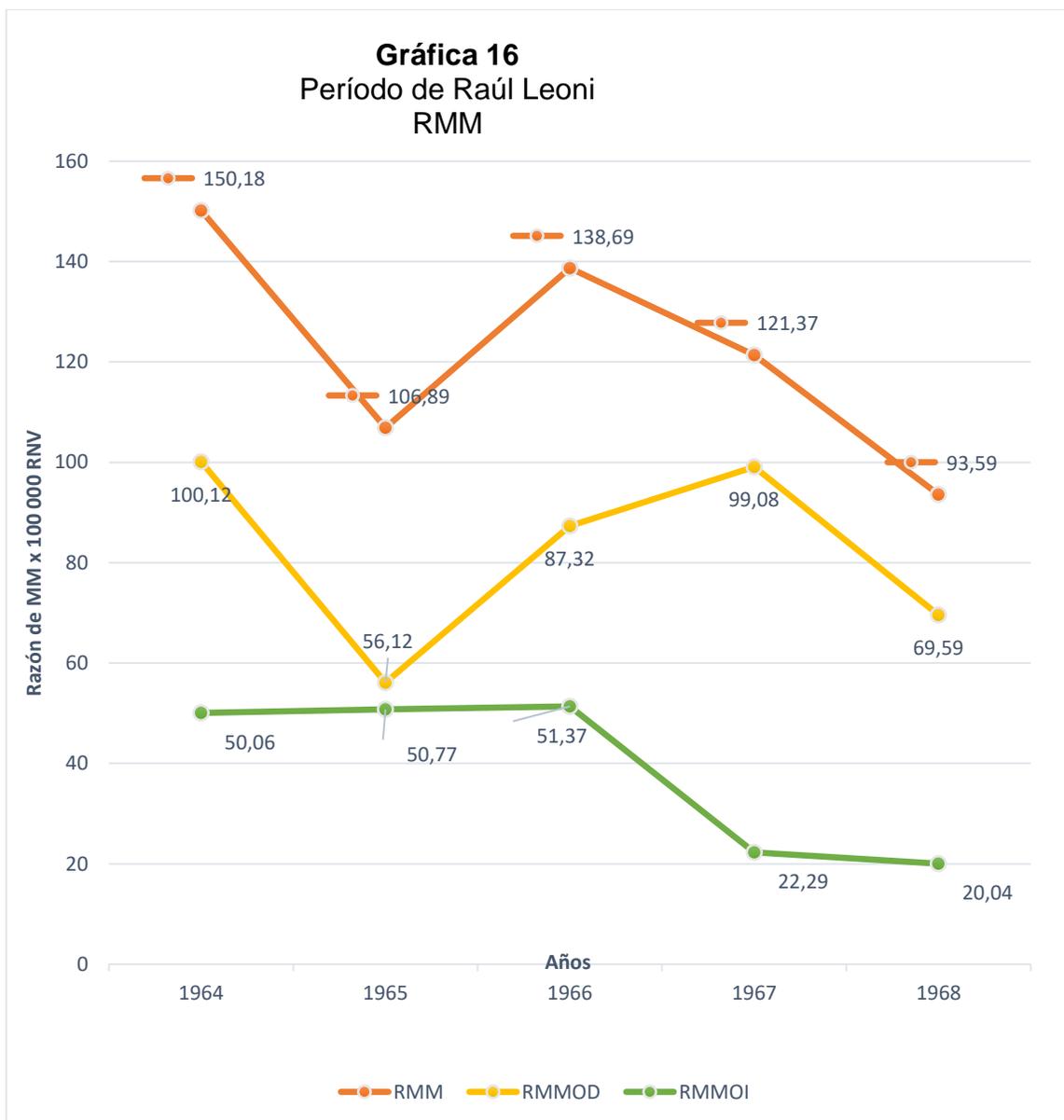
Hubo dos (2) muertes por hiperémesis gravídica, seis (6) por embolismo pulmonar y de líquido amniótico, dos (2) por coriocarcinoma y dos (2) por incidentes anestésicos.

La distribución de frecuencia en valores absolutos por causas y por año se puede apreciar en la siguiente gráfica 15:



En la Gráfica 15 se observa que la sepsis estuvo como primera causa en todos los años, seguidas de hemorragias y luego THE; la participación del aborto influye en el aumento de las MM por sepsis, se acentúa mucho en estos períodos al igual que la aparición de MM por infecciones pos cesáreas y aún en la atención del parto vaginal, en el lapso en estudio el 25 % de las muertes por sepsis ocurrieron por cesárea o por partos. La hemorragia presentó descensos importantes bajando a un 15 %. Los THE se mantuvieron estables.

Las tendencias de las RMM de este período se presentan en la gráfica 16



En estos años del período presidencial, se asistieron 183 803 partos, se practicaron 12 502 cesáreas, acudieron para atención 59 888 pacientes con abortos y 651 EE. Hubo un total de 39 694 de pacientes primigestas y 195 996 con más de un embarazo, se practicaron 16 124 fórceps.

El modo aritmético para la edad de las gestantes que fallecieron fue de 28 años con extremos entre 15 y 49 años, la mayoría eran solteras 81 % solo el 19 % eran casadas, pocas realizaron control prenatal 27 %. En cuanto a los números de embarazos 18 % eran primigestas el resto ya habían concebido.

### **Período Presidencial del Dr. Rafael Antonio Caldera Rodríguez**

Período presidencial donde por primera vez por vía democrática de voto secreto y universal ocurre alternancia desde el partido social demócrata AD al partido socialcristiano COPEI.

La distribución por años y clasificación se puede ver en la siguiente tabla 24:

**Tabla 24**

Mortalidad materna por año  
Maternidad "Concepción Palacios"  
Período Presidencial de Rafael Caldera

Años	Muertes maternas	RNV	Razón MM	MMOD	Razón MMOD	MMOI	Razón MMOI
1969	56	42 138	132,90	36	85,43	20	47,46
1970	67	43 111	155,41	48	111,34	19	44,07
1971	71	46 657	152,17	58	124,31	13	27,86
1972	69	47 378	145,64	54	113,98	15	31,66
1973	72	47 851	150,47	59	123,30	13	27,17
Total	335	227 135	147,48	255	112,26	80	35,22

---

$\chi^2 = 7,783$  ( $p = 0,997$ )

Razón x 100 000 nacidos vivos

En la tabla 24 se aprecia que en este período ocurren en la MCP un incremento tanto del número absoluto de MM como un aumento significativo del número de RNV que se atienden en la institución, llegando a la más alta cifra en 1973.

La distribución por año y por causas se puede apreciar en la siguiente tabla 25:

**Tabla 25**

Causas de mortalidad materna por año  
 Maternidad “Concepción Palacios”  
 Período Presidencial de Rafael Caldera

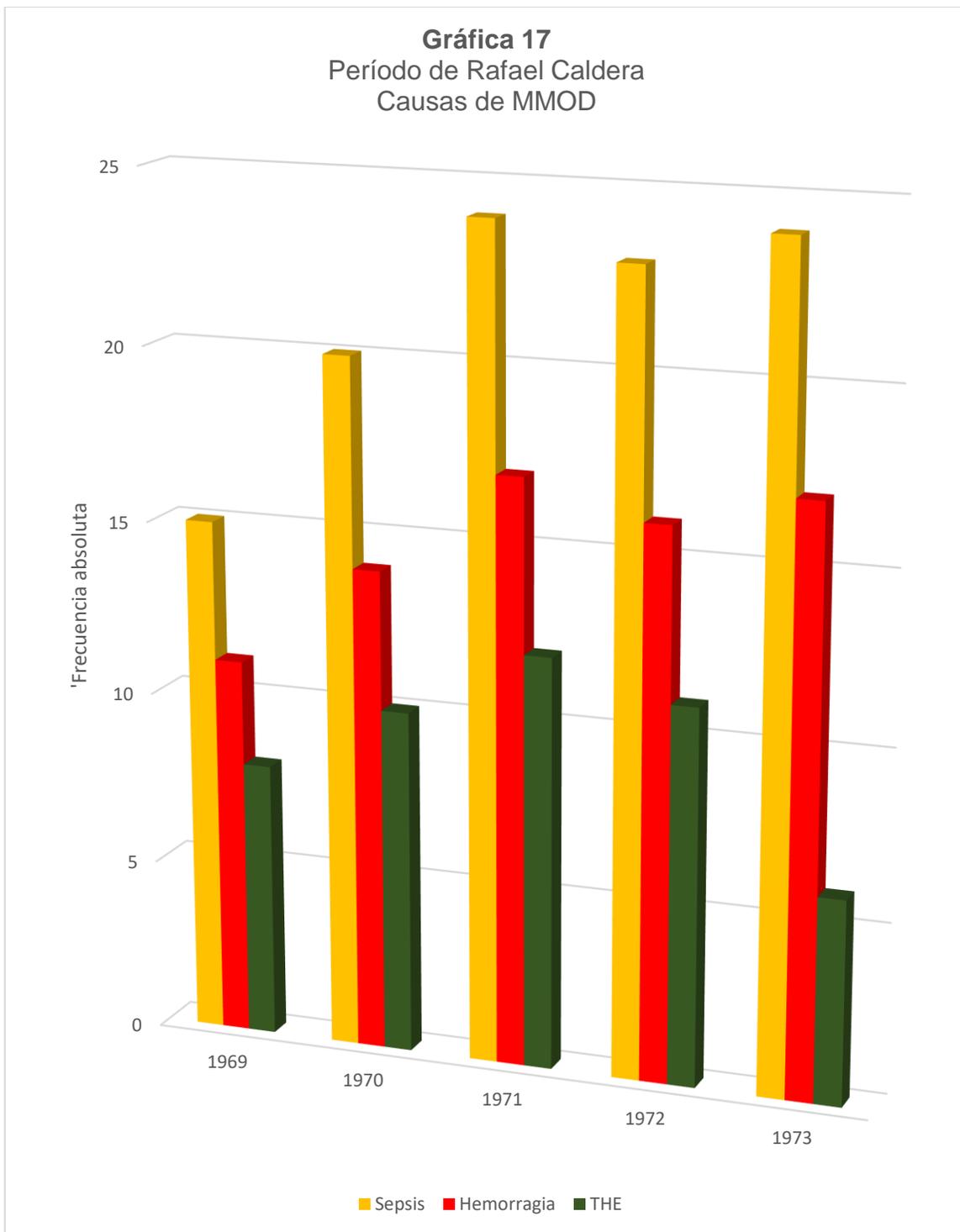
Años	Muertes maternas	Sepsis	Hemorragia	THE	Aborto	Otros	Obstétrica Indirecta
1969	56	15	11	8	2		20
1970	67	20	14	10	3	1	19
1971	71	24	17	12	2	3	13
1972	69	23	16	11	1	3	15
1973	72	24	17	12	2	4	13
Total	335	106	75	53	10	11	80

$\chi^2 = 12,427$  ( $p = 0,901$ )

Para el período presidencial que se visualiza en la tabla 25 que ocurrieron trescientas treinta y cinco (335) muertes maternas, de las cuales doscientas cincuenta y cinco (255) fueron por causas directas y ochenta (80) por causas indirectas, por sepsis fallecieron ciento seis (106), las hemorragias en segundo lugar con setenta y cinco (75) muertes maternas y por THE cincuenta y tres (53), hubo diez (10) por fallas de múltiples órganos relacionadas con maniobras abortivas y once (11), por diversas causas ,como las cardiopatías cuarenta y uno (41), ocho (8) por patologías pulmonares, cuatro (4) por roturas de aneurismas y el resto por una variada gama de patologías que complicaron con el embarazo. En cuanto a las MMOI, estas ocurrieron por múltiples patologías.

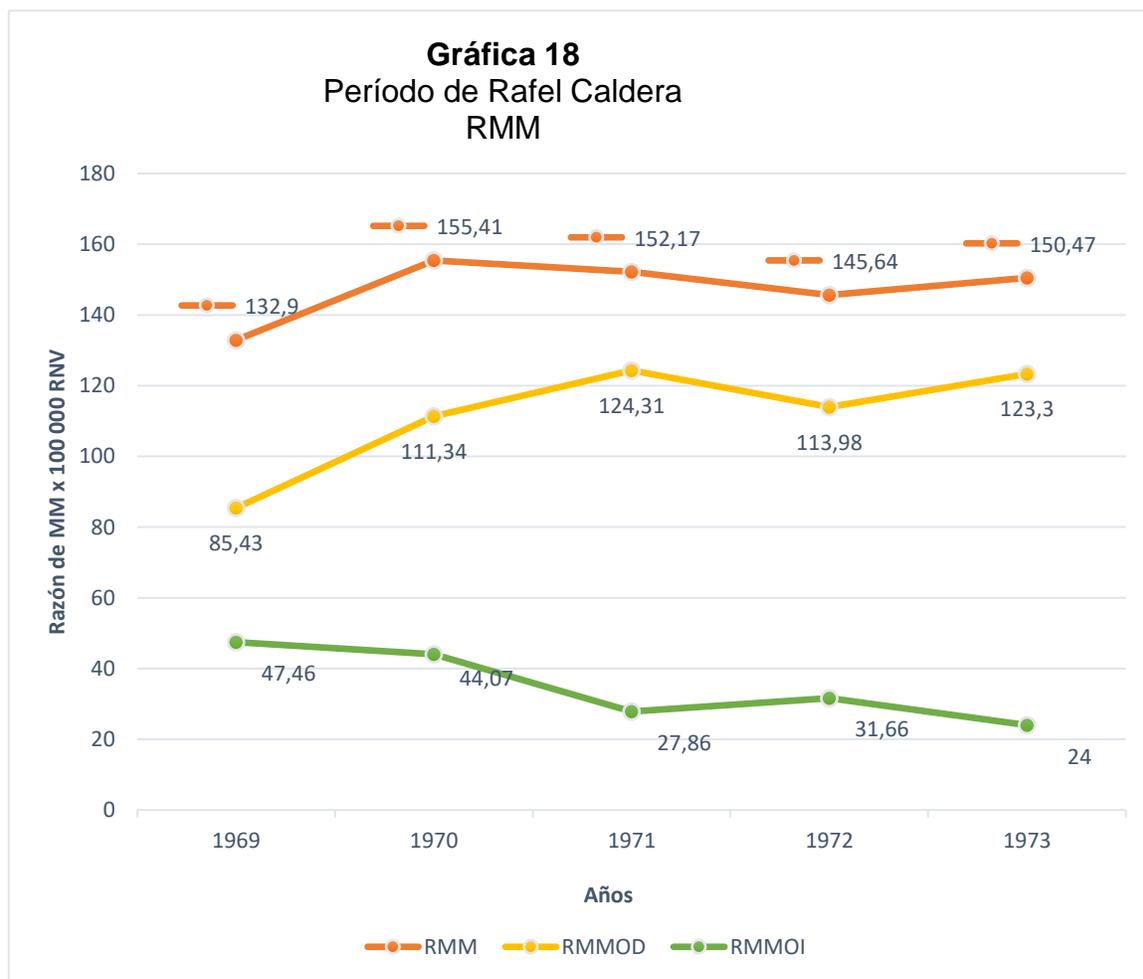
Las tres principales causas de MMOD expresadas en frecuencia absoluta se aprecian en la siguiente gráfica estadística 17:

**Gráfica 17**  
 Período de Rafael Caldera  
 Causas de MMOD



Se puede apreciar que la sepsis se colocó como primera causa de muertes con ciento seis (106) casos, 41,56 % de las causas de muertes directas, seguida de hemorragias con 29,41 % y luego THE que aportaron 20,78 %. El resto se distribuyó en abortos complicados con varios trastornos, sin mayor significancia estadística.

En cuanto a la tendencia de las RMM por año se aprecia en la gráfica 18.



En este período presidencial se asistieron 211 624 partos, se practicaron 17 404 cesáreas, se atendieron 54 138 pacientes por aborto y 725 por EE.

Las pacientes primigestas atendidas en la MCP durante éste período fueron 74 730 y 209 161 eran con más gestas; se aplicaron 22 091 fórceps.

La edad de las pacientes fallecidas se encontró en mayor frecuencia en el rango de 26 a 30 años con 27,84 %, el modo aritmético a los 27 años, sorprende que el rango de grupo etario que le continúa es el de 16-19 años, la edad mínima fue de 16 y la máxima de 42 años. Solo el 39 % realizó control prenatal, 28,40 % sin control y el resto se desconoce; en cuanto a las primigestas hubo el 24,6 %, 36,3 de 2 a 4 gestas y 39,1 con 5 o más gestas.

### **Período Presidencial de Carlos Andrés Pérez Rodríguez**

Período de gobierno desde 1974 a 1978, de orden democrático y además de cambios de partidos políticos gobernantes de COPEI a AD, en el mismo hubo bonanza petrolera.

El comportamiento por frecuencia, por razón y por año puede apreciarse en la siguiente tabla 26:

**Tabla 26**

Mortalidad materna por año  
Maternidad "Concepción Palacios"  
Período Presidencial de Carlos Andrés Pérez

Años	Muertes maternas	RNV	Razón MM	MMOD	Razón MMOD	MMOI	Razón MMOI
1974	57	41 572	137,11	45	108,25	12	28,87
1975	47	29 361	163,48	41	146,45	6	17,03
1976	59	27 793	237,47	47	172,71	12	64,76
1977	51	29 592	192,62	42	145,31	9	47,31
1978	44	31 178	144,33	30	99,43	14	44,90
Total	258	159 496	161,75	205	128,52	53	33,22

$\chi^2 = 6,827$  (p = 0,145)  
Razón x 100 000 nacidos vivos

En ese período hubo en la MCP doscientas cincuenta y ocho (258) muertes maternas, van disminuyendo año a año, pero también empiezan a disminuir el número de RNV.

La distribución de frecuencia según las causas se aprecia en la tabla estadística siguiente 27:

**Tabla 27**

Causas de mortalidad materna por año  
 Maternidad "Concepción Palacios"  
 Período Presidencial de Carlos Andrés Pérez

Años	Muertes maternas	Sepsis	Hemorragia	THE	Aborto	Embolismo	Anestesia	Obstétrica Indirecta
1974	57	29	8	7	3			10
1975	47	26	7	7			2	5
1976	59	34	9	8	3	1		4
1977	51	29	8	7	1		3	3
1978	44	22	6	6	1	1		8
Total	258	140	38	35	8	2	5	30

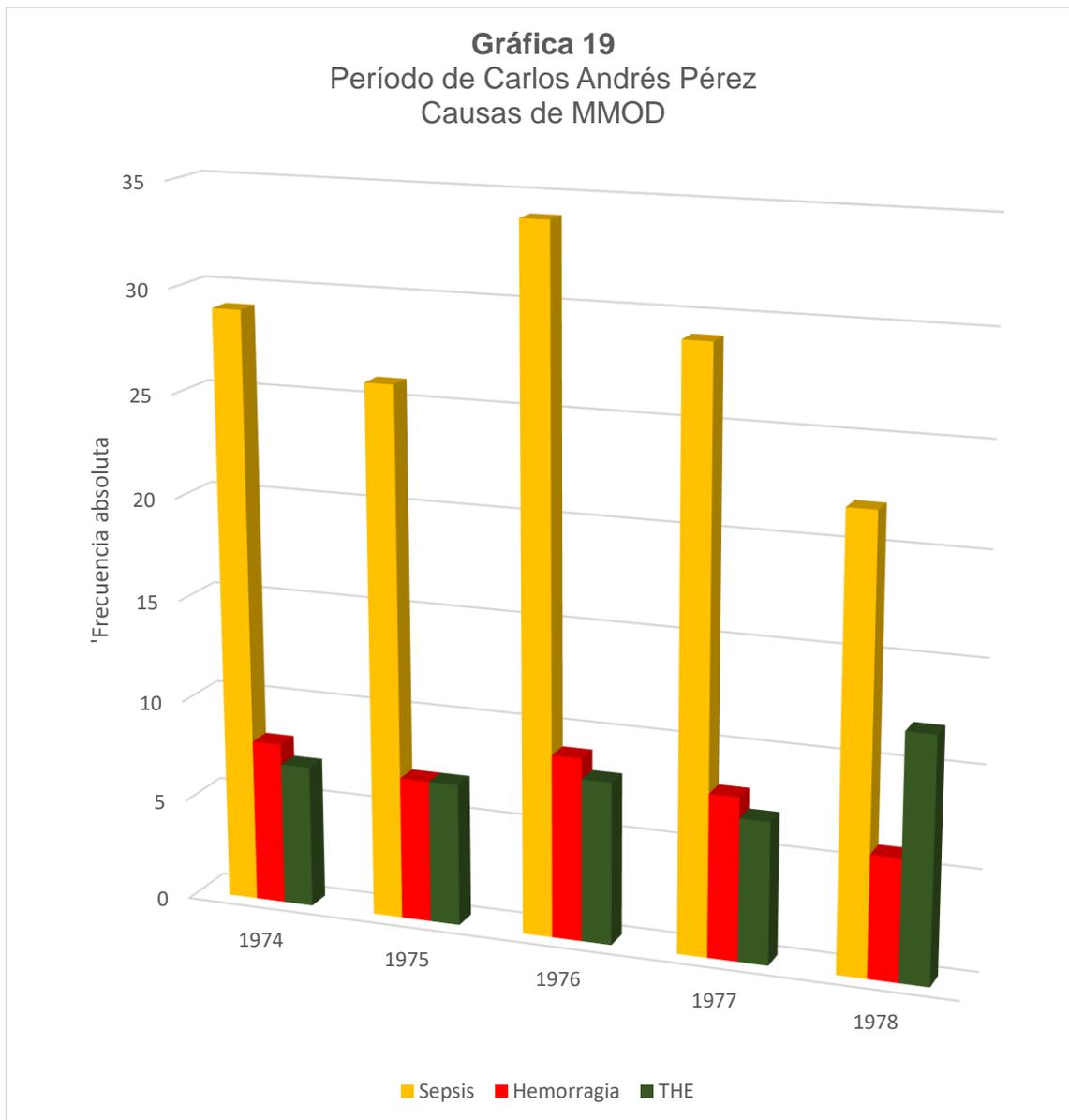
---


$$\chi^2 = 11,360 \text{ (p} = 0,936\text{)}$$

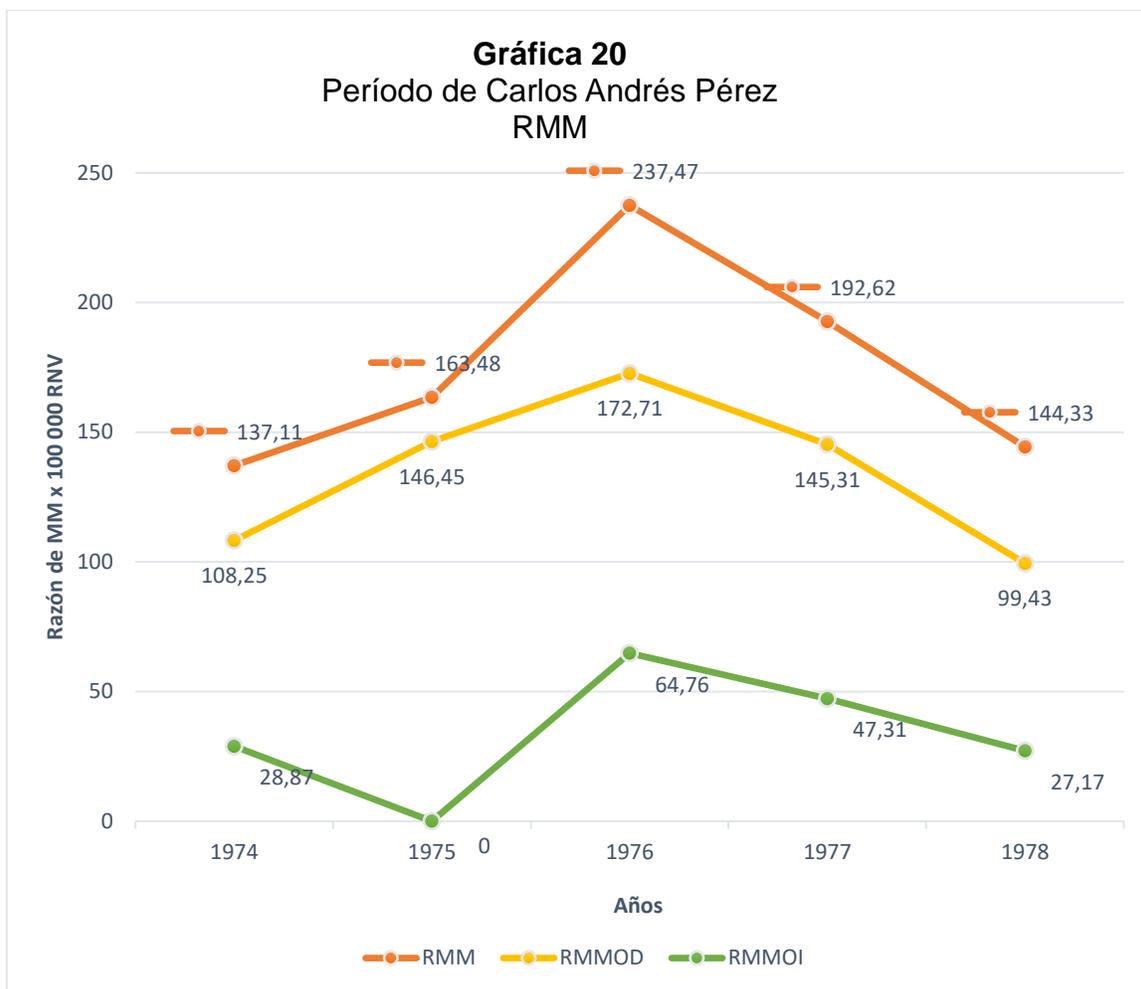
En la tabla 27 se muestra que la causa más frecuente sigue siendo la sepsis con ciento cuarenta (140) muertes maternas, y con un aporte importante de los abortos sépticos, ciento uno (101) sumados a los 8 casos que fallecieron por múltiples causas vinculadas con el aborto, catorce (14) fueron relacionados con la atención obstétrica por vía vaginal, un (1) caso sin parir por una corioamnionitis, treinta (30) casos resueltos por cesáreas, una rotura uterina y un embarazo ectópico.

Las hemorragias ocuparon el segundo lugar con treinta y ocho (38), con causas como rotura uterina diez (10) pacientes, una de las cuales fue un acretismo placentario, nueve (9) por desprendimiento prematuro de placenta (DPP), seis (6) por atonía uterina pos parto, cuatro (4) roturas hepáticas y una (1) mola. Con respecto a THE hubo treinta y cinco (35).

La distribución de frecuencia absoluta de las tres principales causas puede apreciarse en la siguiente gráfica 19:



En la gráfica se aprecia que los procesos infecciosos, están muy por encima de las otras dos patologías, ellos marcan sustancialmente los casos de MM es también denotar que los trastornos hipertensivos del embarazo comienzan a tener mayor figuración, tanto, que para el último año del período sobrepasa a los trastornos hemorrágicos, los cuales empiezan a disminuir o mejor dicho a tenerse un mejor control de los mismos. Las causas de MM por causas obstétricas indirectas se distribuyen fundamentalmente por los trastornos cardiológicos, catorce (14) cardiopatías y por problemas hematológicos tipo drepanocitosis.



En esta gráfica de líneas de tendencias se aprecia que en año de 1976 hubo un incremento de todas las RMM.

En este quinquenio fueron asistidos 143 038 partos, se practicaron 18 055 cesáreas, se aplicaron 12 000 fórceps, se atendieron 33 728 abortos y 516 EE; hubo 59 517 primigestas y 135 815 con más de 1 gesta. El rango mayor de edad de las pacientes estuvo entre los 20 a 25 años de edad con una mínima de 13 y una máxima de 47 años, cuarenta y tres (43) fallecieron siendo menores de 19 años; el 46,35 % con gestaciones menores a 28 semanas y el 53 % con gestaciones superiores a estas semanas. El 25,17 % eran primigestas; 61,53 % tenían entre 2 a 7 gestas y el 16,78 tenían más de 8 gestaciones, el 41,1 de las fallecidas terminaron el embarazo por aborto, el 27,5 % terminaron por cesárea, el 26 % por parto el 4,5 % sin parir y el 0,3 % por embarazo ectópico; el 59,4 % fueron referidas de otros centros hospitalarios.

### **Período Presidencial del abogado: Luis Antonio Herrera Campins**

Período presidencial de carácter democrático con nueva transición, ahora desde el partido AD al partido social cristiano COPEI. En la MCP, a partir de esta gestión gubernamental, se dejan de registrar los boletines de reporte de casos atendidos, lo que comienza a dificultar la obtención de los datos de manera práctica.

La frecuencia absoluta y la razón de los diferentes años de este período se aprecian en la siguiente tabla 28:

**Tabla 28**

Mortalidad materna por año  
Maternidad "Concepción Palacios"  
Período Presidencial de Luis Herrera Campins

Años	Muertes maternas	RNV	Razón MM	MMOD	Razón MMOD	MMOI	Razón MMOI
1979	55	32 253	170,52	36	111,61	19	58,91
1980	74	30 283	244,36	62	171,71	12	72,65
1981	67	29 598	226,37	53	179,07	14	47,30
1982	50	27 578	181,30	38	137,79	12	43,51
1983	50	29 193	171,27	39	133,59	11	37,68
Total	296	148 905	198,78	228	153,11	68	45,66

$\chi^2 = 3,727$  ( $p = 0,440$ )

Razón x 100 000 nacidos vivos

En este período presidencial comienza apreciarse una sostenida disminución del número de RNV y de la razón global de la mortalidad materna.

La distribución de frecuencia por causas de muertes por año se aprecian en la tabla 29:

**Tabla 29**

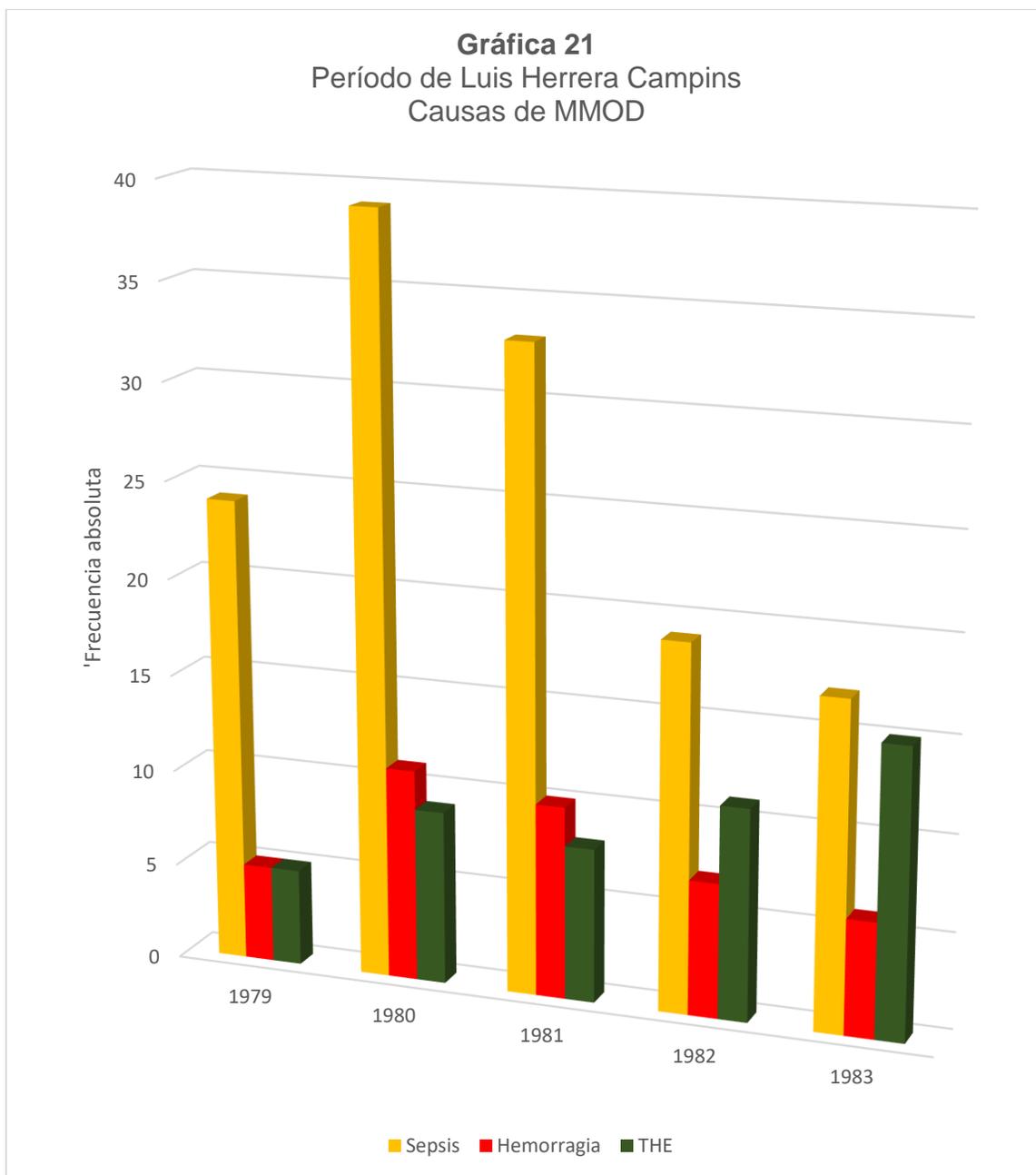
Causas de mortalidad materna por año  
 Maternidad "Concepción Palacios"  
 Período Presidencial de Luis Herrera Campins

Años	Muertes maternas	Sepsis	Hemorragia	THE	Aborto	Embolismo	Anestesia	Obstétrica Indirecta
1979	55	24	5	5		2		19
1980	74	39	11	9	2		1	12
1981	67	33	10	8	1		1	14
1982	50	19	7	11	1			12
1983	50	17	6	15		1		11
Total	296	132	39	48	4	3	2	68

$$\chi^2 = 27,311 \text{ (p} = 0,127)$$

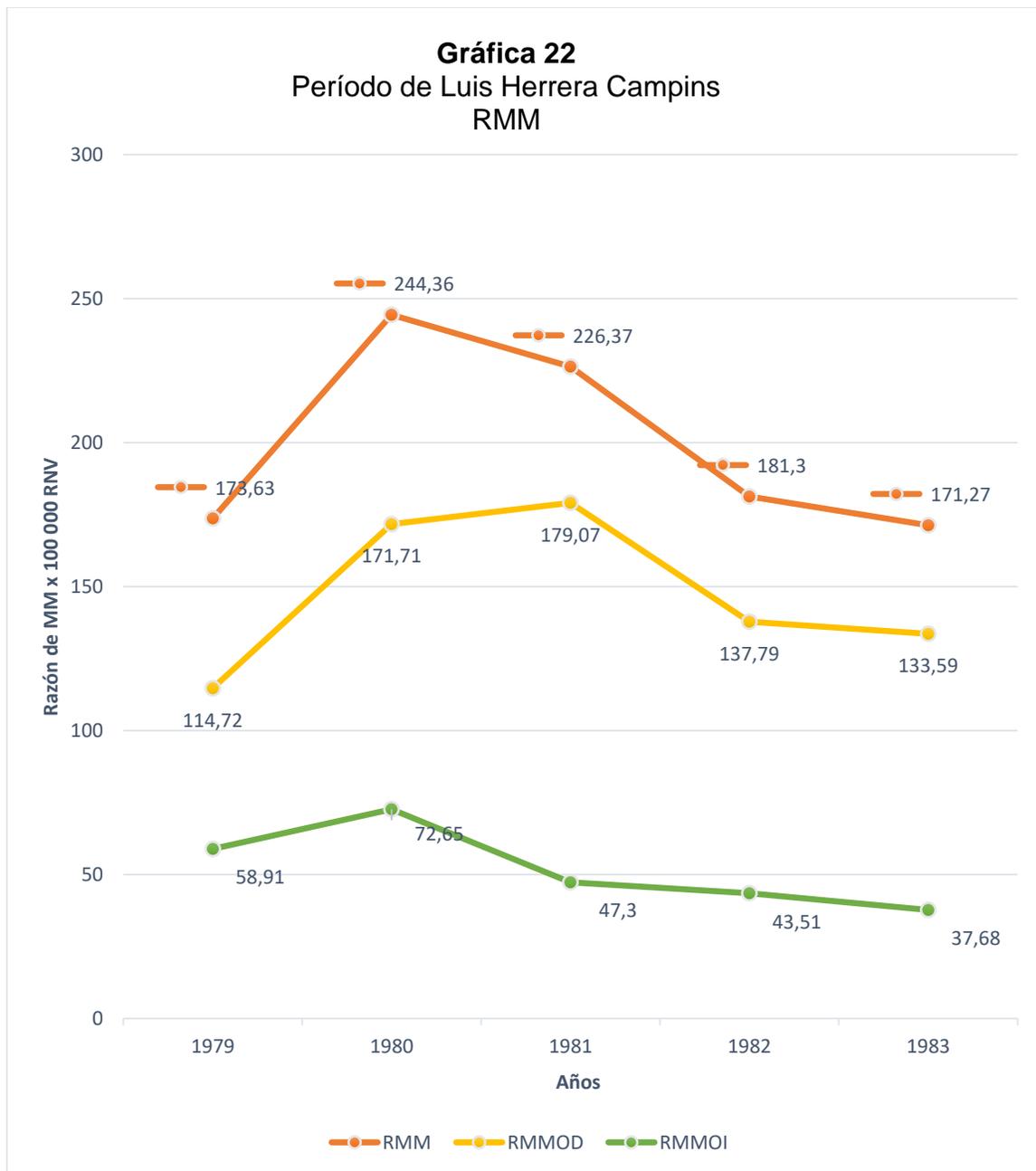
La sepsis sigue ocupando el primer lugar con ciento treinta y dos (132) pacientes que corresponde al 57,64 %, de la MM directa de las sepsis, setenta (70) que implican el 53,03 % de la mortalidad por sepsis se relacionan con abortos; los THE pasan a un segundo lugar con cuarenta y ocho (48) casos que representan el 20,96%; seguidos hemorragias con treinta y nueve (39) para el 17,03 %. Hubo cuatro (4) casos de múltiples causas asociadas con maniobras abortivas y 3 casos debido a tromboembolismo de líquido amniótico. Los incidentes anestésicos aportaron 2 casos de MM.

En la siguiente gráfica 21 se expresan las tres principales causas de muerte materna en frecuencias absolutas por año:



Como se aprecia en la gráfica la sepsis, continúa en primer lugar, en el primer año hay una discreta disminución de las tres principales causas, pero ya para el segundo año se aprecia un incremento de ellas, sin embargo, en los dos últimos años se observa un importante incremento de muertes maternas por THE y una leve disminución por hemorragias.

Para tener una adecuada impresión visual se grafican los datos de las tendencias como se muestra a continuación distribuidos por años.



Las razones de mortalidad se incrementan del primer año hacia el segundo y luego entran en una estabilidad alrededor de 133 x 100 000 RNV que siguen siendo muy altas.

El modo aritmético para la edad fue de 23 años con una mínima de 13 y una máxima de 41 años, el 60 % eran solteras, 36 % casadas, el resto no registrado en las historias, 73% no realizó control prenatal.

### **Período Presidencial del médico Jaime Lusinchi**

En este período constitucional, gobernó un médico pediatra, la duración fue de cinco años, los detalles de la MM y su razón por año pueden observarse en la siguiente tabla 30:

**Tabla 30**  
Mortalidad materna por año  
Maternidad “Concepción Palacios”  
Período Presidencial de Jaime Lusinchi

Años	Muertes maternas	RNV	Razón MM	MMOD	Razón MMOD	MMOI	Razón MMOI
1984	39	26 913	144,91	29	107,75	10	37,16
1985	45	25 073	179,48	34	135,60	11	43,87
1986	32	25 273	126,62	24	94,96	8	31,65
1987	36	23 902	150,62	28	117,15	8	33,47
1988	35	22 726	154,01	25	110,01	10	44,00
Total	187	123 887	150,94	140	113,00	47	37,93

$\chi^2 = 0,399$  (p = 0,983)  
Razón x 100 000 nacidos vivos

Hubo para el período 123 887 RNV y fallecieron ciento ochenta y siete (187) gestantes dando una RMM de 150 x 100 000 RNV de estas, ciento cuarenta (140) fueron relacionadas directamente con el embarazo, parto o puerperio dando una RMMOD de 113,00 en el quinquenio; y de cuarenta y siete (47) por causas indirectas.

La distribución por causas y por año se aprecia en la siguiente tabla 31:

**Tabla 31**

Causas de mortalidad materna por año  
 Maternidad "Concepción Palacios"  
 Período Presidencial de Jaime Lusinchi

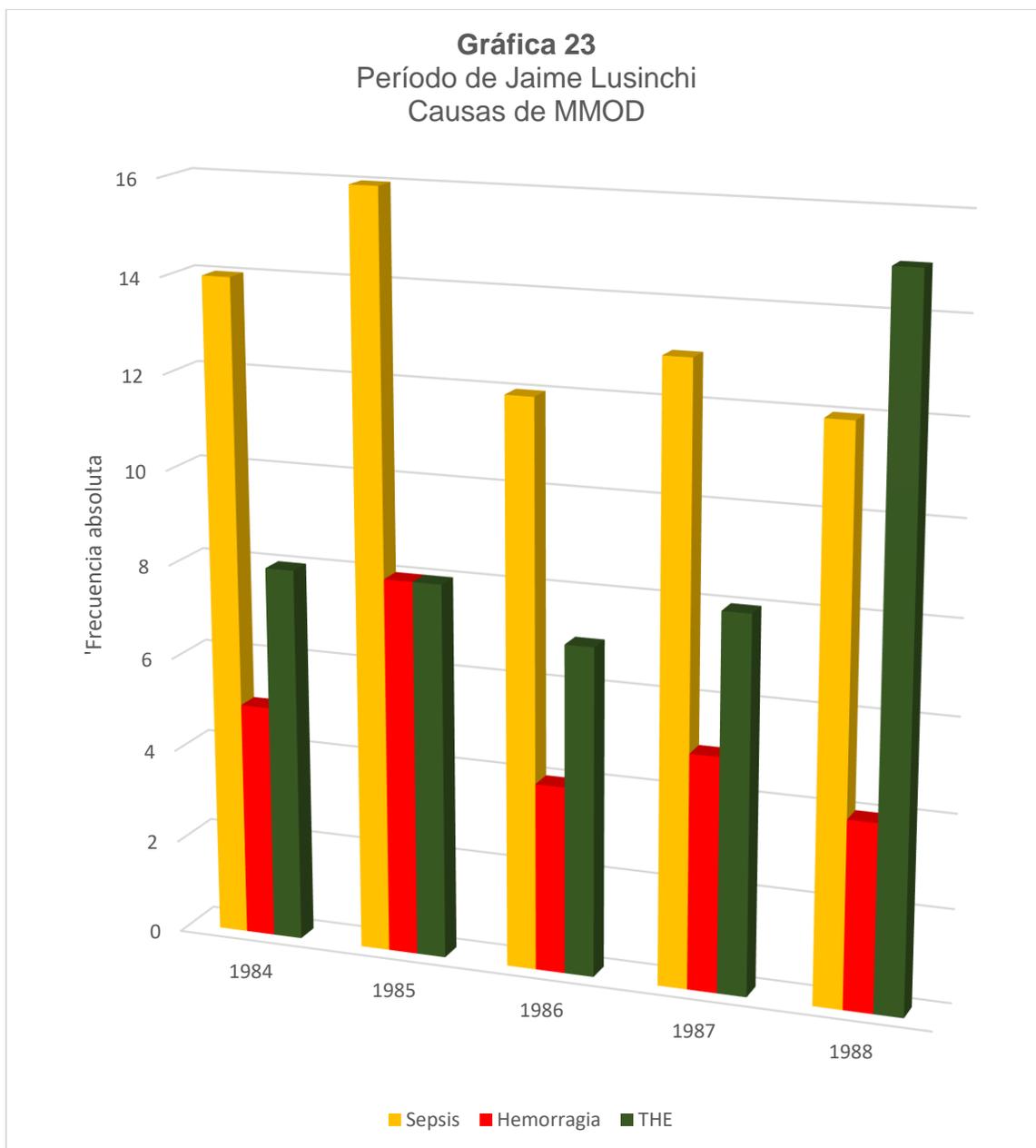
Años	Muertes maternas	Sepsis	Hemorragia	THE	Anestesia	Embolismo	Obstétrica Indirecta
1984	39	14	5	8	2		10
1985	45	16	8	8	1	1	11
1986	32	12	4	7	1	1	8
1987	36	13	5	8	2		8
1988	35	12	4	7	1		10
Total	187	67	26	38	7	2	47

$\chi^2 = 5,386$  (p = 0,998)

La sepsis continúa siendo la primera causa de muerte en este quinquenio con sesenta y siete (67) que representa el 47,85 % de los casos, de los cuales cuarenta y tres (43) fallecieron por causas sépticas relacionadas con el aborto que expresa el 64,4 % de las sepsis; quince (15) fallecieron por complicaciones infecciosas de las cesáreas al igual que quince (15) posparto. Los THE ocuparon el segundo lugar con treinta y ocho (38) casos. Por causas hemorrágicas veintiséis (26) pacientes fallecieron, veintiuna (21) por atonía uterina, tres (3) por DPP y dos (2) por rotura uterina; siete (7) pacientes por incidentes anestésicos y dos (2) por embolismo de líquido amniótico.

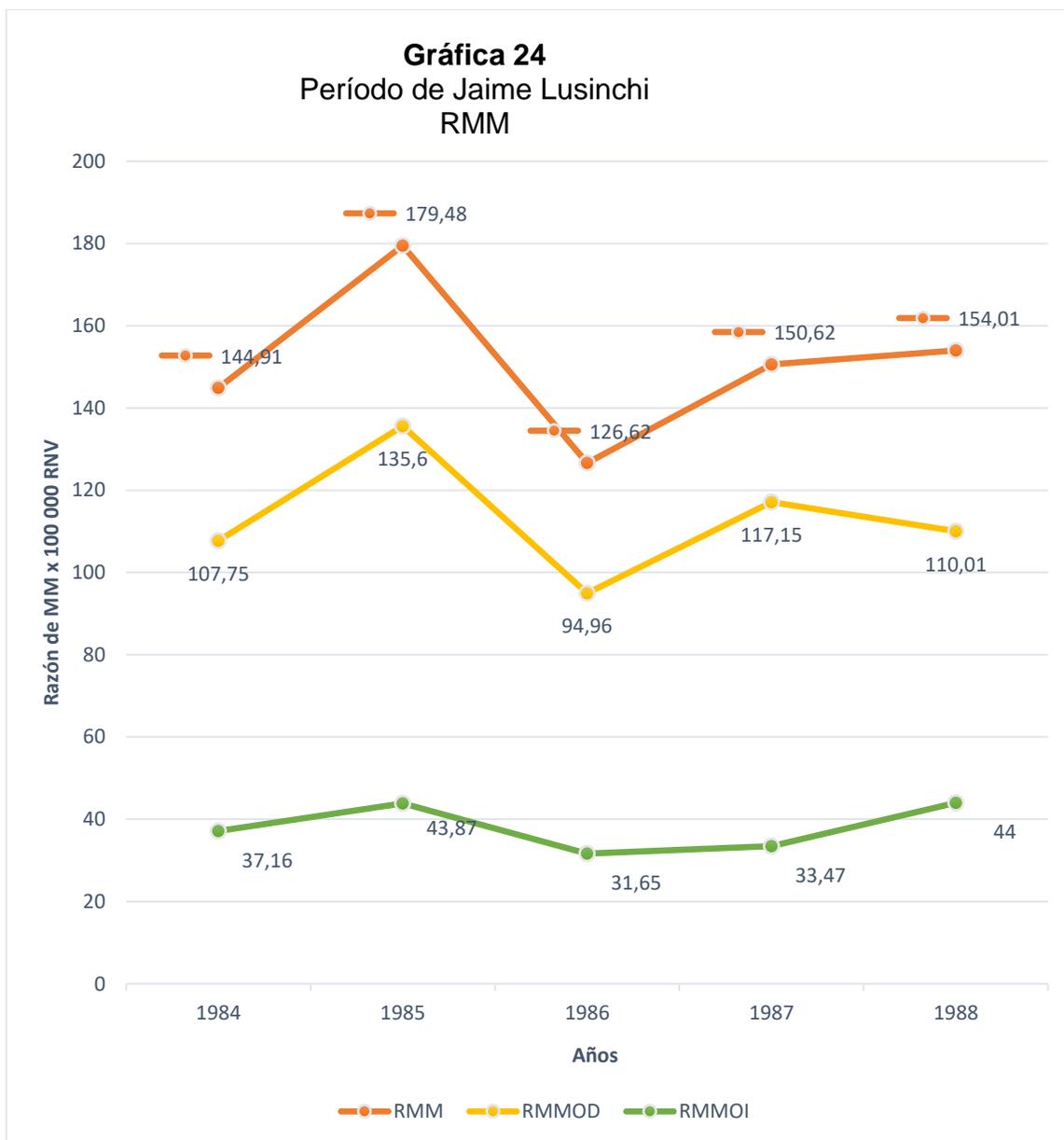
Las causas indirectas predominantes fueron: neumonías por varicela y tuberculosis.

La distribución de frecuencia absoluta por años del período se aprecia en la gráfica 23.



En esta gráfica del período presidencial en estudio se aprecia como la sepsis se sigue manteniendo elevada, pero también se observa una franca disminución en los trastornos hemorrágicos, tomando en segundo lugar y de manera marcada los THE, incluso se aprecia en el último año de este período como la pre eclampsia se acerca mucho al primer lugar, hecho que sin lugar a dudas es significativo.

En la gráfica 24 se presentan las tendencias por año de las diferentes RMM.



La tendencia fue al descenso, aunque de nuevo la tendencia del primer al segundo año es al incremento, si se trazase una línea de tendencia central sería de trazo estable con un leve descenso.

Solo el 20 % controló el embarazo y hay un 58,1 % no reportado. El mayor rango de edad de las pacientes que fallecieron estuvo entre los 25 a 29 años de edad; El 53 % fueron referidas de otros centros hospitalarios, el 20,6 % eran primigestas el resto más de 2 gestas siendo el 31 % mayor de 5 gestas, al 67 % se les practicó autopsia.

### **Período Presidencial de Carlos Andrés Pérez Rodríguez**

El 2º período constitucional de Carlos Andrés Pérez Rodríguez ejerció la presidencia durante cuatro años. La distribución por años y frecuencia se aprecia en la siguiente tabla 32:

**Tabla 32**

Mortalidad materna por año  
Maternidad "Concepción Palacios"  
Período Presidencial de Carlos Andrés Pérez Rodríguez

Años	Muertes maternas	RNV	Razón MM	MMOD	Razón MMOD	MMOI	Razón MMOI
1989	50	26 733	187,03	37	138,41	13	48,63
1990	47	27 451	171,21	36	131,14	11	40,07
1991	39	25 903	150,56	30	115,82	9	34,75
1992	41	22 564	181,71	36	159,55	5	22,16
Total	177	102 651	172,42	139	135,41	38	37,01

$\chi^2 = 2,865$  ( $p = 0,413$ )  
Razón x 100 000 nacidos vivos

En ese tiempo ocurrieron en la MCP ciento setenta y siete (177) muertes maternas con 102 651 RNV obteniendo para su ejercicio presidencial una RMM de 172, 42 x 100 000 RNV de las cuales las razones se distribuyeron: ciento treinta y nueve (139) para una razón de 135,41 por causas obstétricas directas y ochenta y ocho (88) que expresa 37,01 por razones indirectas,

En cuanto a las causas de MM, en sus variables MMOD y MMOI se aprecian en la siguiente tabla 33:

**Tabla 33**

Causas de mortalidad materna por año  
 Maternidad "Concepción Palacios"  
 Período Presidencial de Carlos Andrés Pérez Rodríguez

Años	Muertes maternas	Sepsis	Hemorragia	THE	Embolismo	Otros	Obstétrica Indirecta
1989	50	18	7	9	2	1	13
1990	47	17	4	12	2	1	11
1991	39	17	6	6	1	2	9
1992	41	21	5	5	2	1	5
Total	177	73	22	32	7	5	38

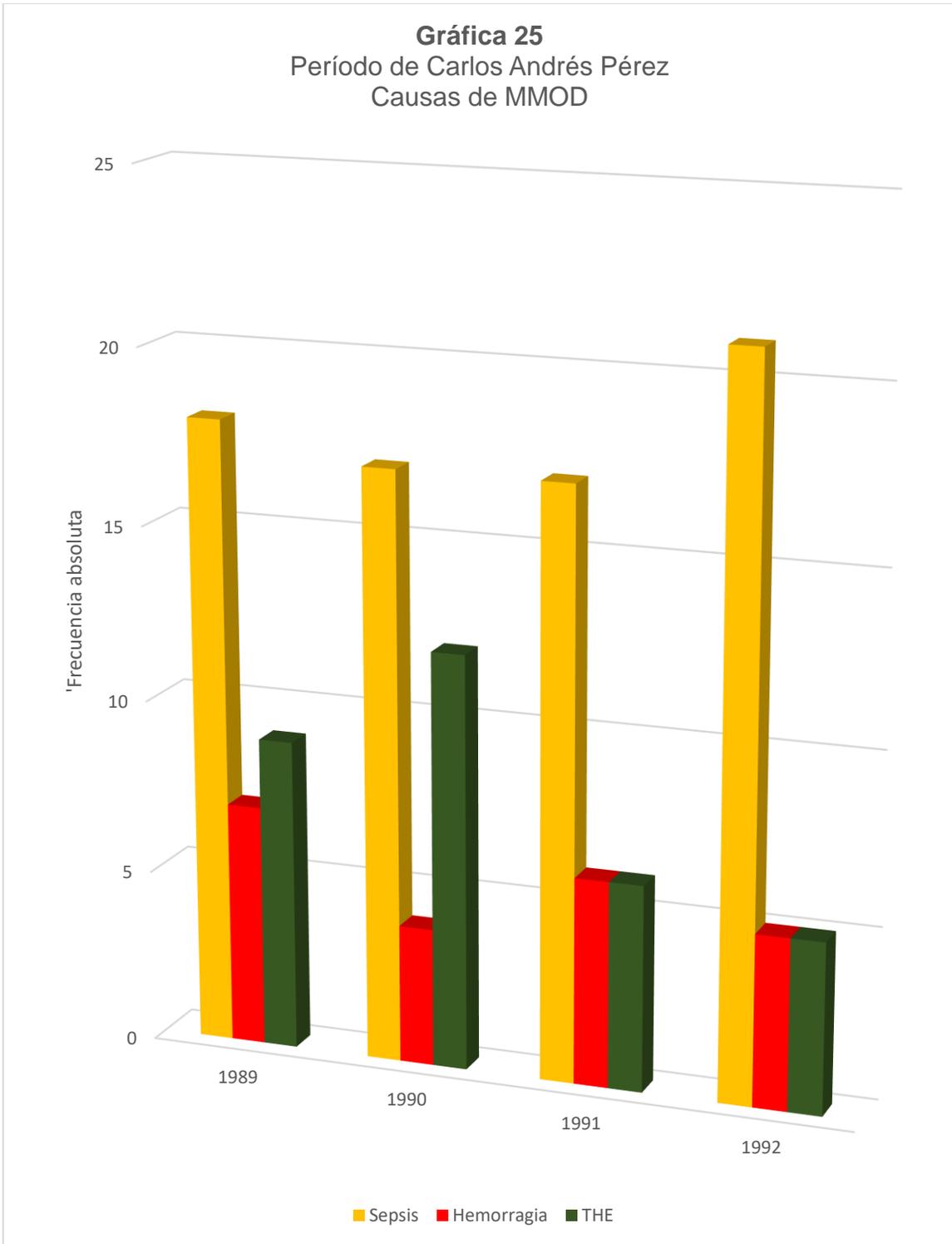
$\chi^2 = 13,081$  ( $p = 0,596$ )

En esta tabla se puede apreciar que la sepsis ocupó la mayor frecuencia de MMOD con setenta y tres (73) gestantes fallecidas y representa un 52,51 %, hemorragias como causa de mortalidad veintidós representaron el 15,82 % y THE con treinta y dos (32) un 23,02 % ocuparon el segundo lugar.

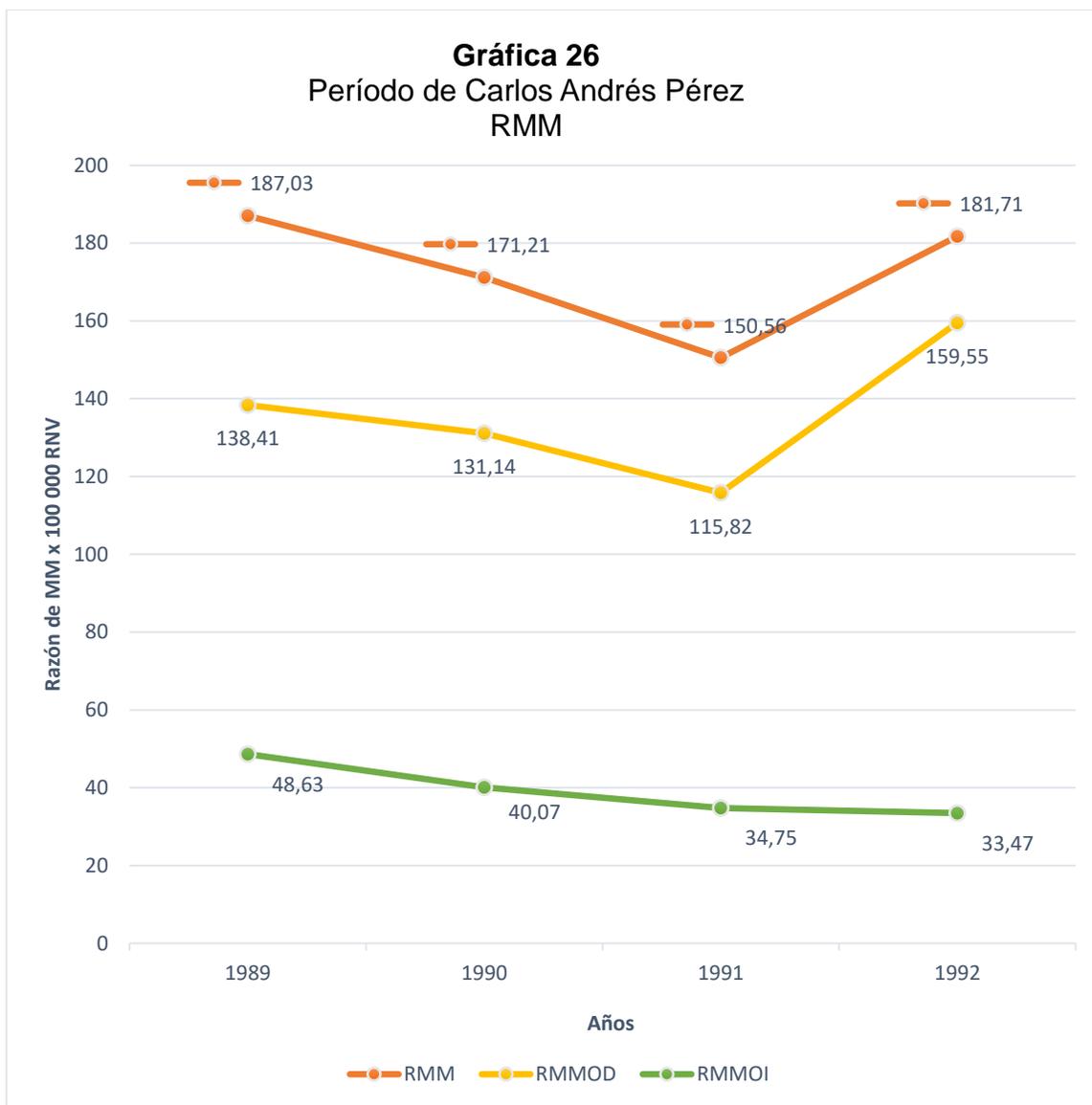
Hubo siete (7) embolismo de líquido amniótico y cinco (5) por causas diversas.

En la gráfica de barras 25 se muestra la distribución de frecuencia absoluta de las tres primeras causas de muerte materna durante este segundo período de Carlos Andrés Pérez Rodríguez.

**Gráfica 25**  
Período de Carlos Andrés Pérez  
Causas de MMOD



En la gráfica 26 se aprecia que la sepsis ocupó el primer lugar durante todo el período presidencial, seguido de los trastornos hipertensivos del embarazo y luego las hemorragias.



En este período presidencial desde el inicio se observa una disminución de la tendencia en las RMM, sólo en el último año se aprecia un incremento de las mismas; sin embargo, las MMOI mantienen su descenso a través de todo el período constitucional.

En ese período en cuanto a la edad. La mínima fue de 13 años, la máxima de 47 y el modo aritmético en el rango de 20 a 25 años, la mayoría de las pacientes eran solteras 63%; sin control prenatal 74 %, la mayoría tenía más de II gestas, 38 de ellas con más de VIII gestas; 40% terminaron el embarazo por aborto, 25,6 % por cesáreas y 6,5 % sin parir. La mayoría 75 % habían culminados estudios primarios.

### **Período Presidencial del abogado Ramón José Velásquez**

Período presidencial de transición con una duración de un año, durante el cual ocurrieron 26 MM y 15 791 RNV para una RMM de 164,65 x 100.000 RNV, en la tabla siguiente se muestra la clasificación de la MM:

**Tabla 34**

Mortalidad materna por año  
Maternidad "Concepción Palacios"  
Período Presidencial de Ramón José Velásquez

Años	Muertes maternas	RNV	Razón MM	MMOD	Razón MMOD	MMOI	Razón MMOI
1993	26	15 791	164,65	21	132,98	5	31,66

Razón x 100 000 nacidos vivos

En el siguiente se muestran las causas que predominaron durante ese año:

**Tabla 35**

Causas de mortalidad materna por año  
Maternidad "Concepción Palacios"  
Período Presidencial de Ramón J. Velásquez

Años	Muertes maternas	Sepsis	Hemorragia	THE	Embolismo	Obstétrica Indirecta
1993	26	14	2	3	2	5

### **Período Presidencial del Dr. Rafael Antonio Caldera Rodríguez**

Segundo período del Dr. Rafael Caldera, duró cinco años, con bastantes dificultades sociopolíticas y económicas, en la siguiente tabla se puede apreciar la distribución de frecuencia y las razones por año y según la clasificación respectivas de las muertes maternas:

**Tabla 36**

Mortalidad materna por año  
Maternidad "Concepción Palacios"  
Período Presidencial de Rafael Caldera

Años	Muertes maternas	RNV	Razón MM	MMOD	Razón MMOD	MMOI	Razón MMOI
1994	28	19 109	146,53	20	104,66	8	41,87
1995	9	15 120	59,52	9	59,52		
1996	20	19 207	104,13	18	93,72	2	10,41
1997	17	19 982	85,08	14	70,06	3	15,01
1998	18	17 546	102,59	13	74,09	5	28,50
Total	92	90 964	101,13	74	81,35	18	19,78

$\chi^2 = 5,606$  ( $p = 0,440$ )  
Razón x 100 000 nacidos vivos

Durante ese período fallecieron noventa y dos (92) gestantes en la MCP y se observa una disminución tanto de las muertes como en el número de RNV durante este período presidencial.

Las causas de MM pueden apreciarse en la siguiente tabla 37:

**Tabla 37**

Causas de mortalidad materna por año  
Maternidad "Concepción Palacios"  
Período Presidencial de Rafael Caldera

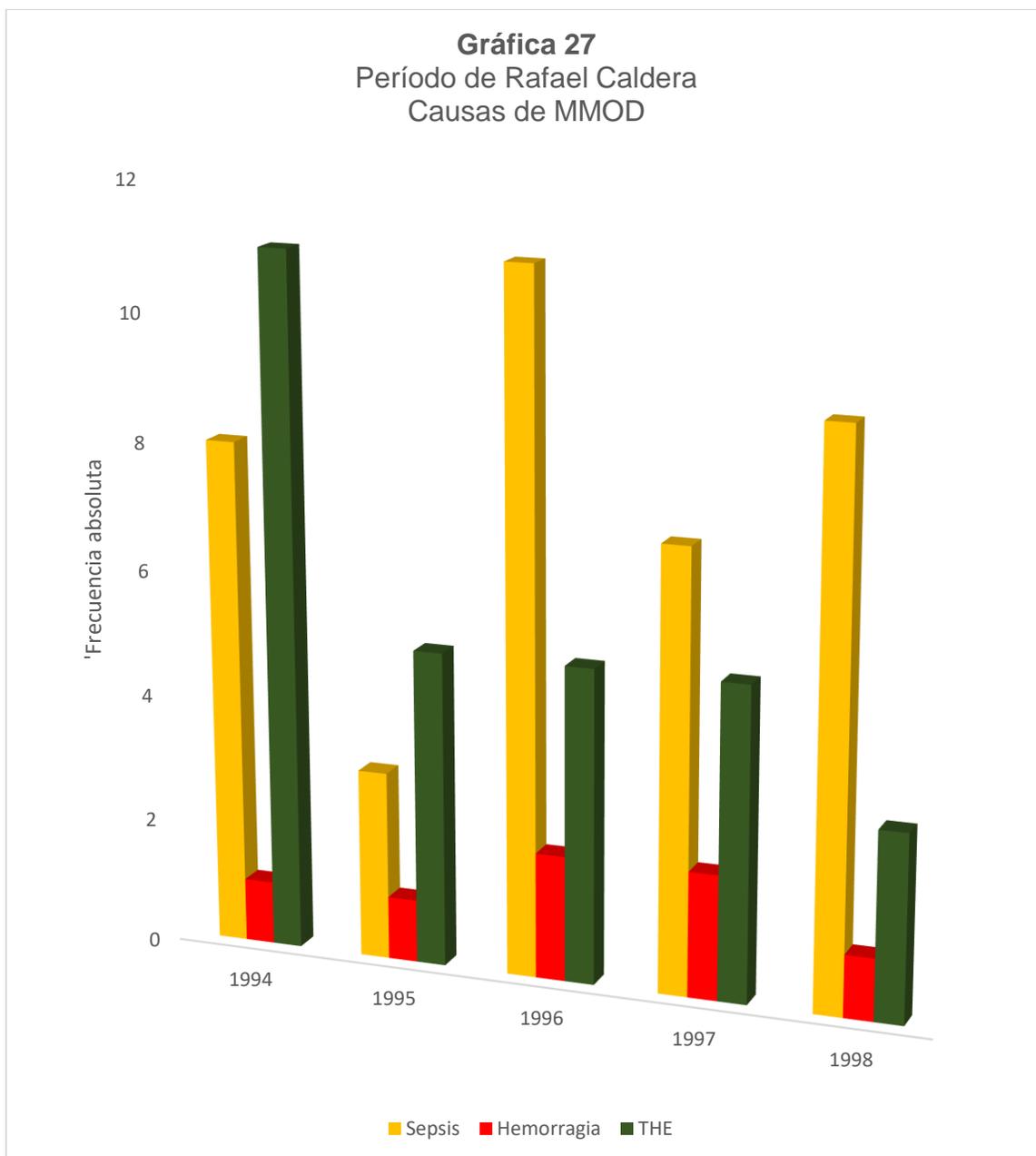
Años	Muertes maternas	Sepsis	Hemorragia	THE	Obstétrica Indirecta
1994	28	8	1	11	8
1995	9	3	1	5	
1996	20	11	2	5	2
1997	17	7	2	5	3
1998	18	9	1	3	5
Total	92	38	7	29	18

$\chi^2 = 12,104$  ( $p = 0,437$ )

Como puede observarse treinta y ocho (38) gestantes 51,35 % fallecieron por sepsis, de las cuales el 79 % fue por causas relacionadas con la práctica del aborto en condiciones inseguras, el 18 % por septicemias debido a cesáreas y el 3 % por complicaciones puerperales. El 39,18 % de las causas obstétricas fueron debidas a THE, fallecieron veintinueve (29) gestantes; y siete (7) 9,45 % fue por hemorragias.

En la gráfica 27 es de notar las causas de MM por causas y por año, destacando las tres principales causas de muerte materna.

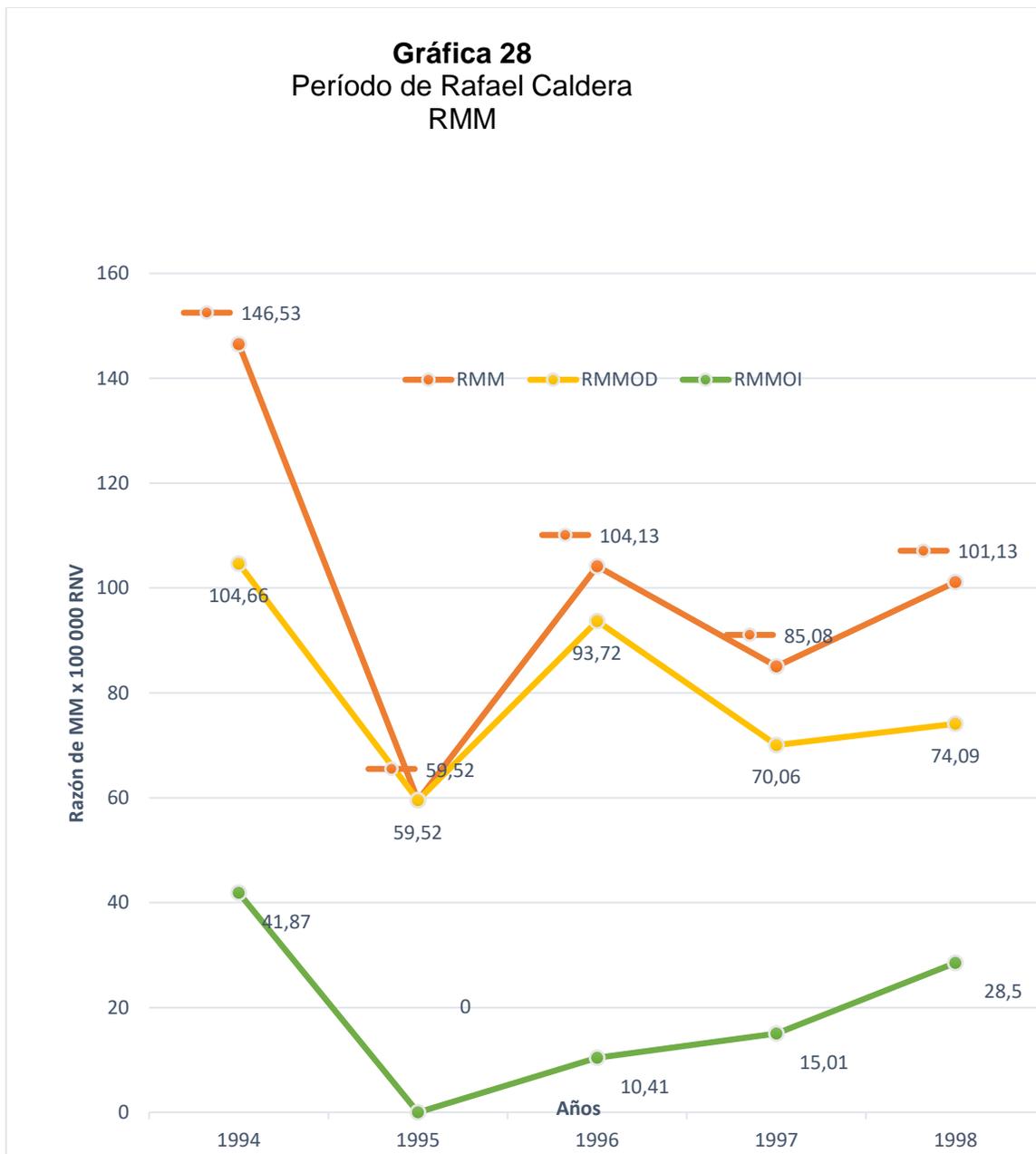
**Gráfica 27**  
Período de Rafael Caldera  
Causas de MMOD



En el primer año de gobierno se observa que los THE igual que en el segundo se mantienen en el primer lugar seguido de la sepsis, cambiando esta situación en los tres últimos años del gobierno donde las sepsis regresan a ocupar el primer lugar. En cuanto a las hemorragias se mantienen en menor cuantía en un tercer lugar durante todo el período presidencial.

En el siguiente grafico 28 se muestran las tendencias con las que se comportaron las RMM.

**Gráfica 28**  
Período de Rafael Caldera  
RMM



La tendencia en este período fue la de disminuir en 1995 para luego ascender en el resto del período.

El grupo etario que con más frecuencia falleció estuvo en el rango de 25 a 29 años, con una edad mínima de 14 años y una máxima de 42; el 71 % tenían el estado civil de solteras, el 20 % estaban casadas y el 9 % se desconocía el dato en los sistemas de registro; solamente el 32 % realizó control prenatal, y el 38 % eran primigestas el 62 % tenían más de dos gestaciones.

### **Períodos Presidenciales del TCnel. Hugo Rafael Chávez Frías**

El Presidente Hugo Chávez, duró desde 1999 hasta su fallecimiento declarado en marzo de 2013 sin embargo, es de hacer notar que él gana un primer período presidencial en la llamada “cuarta república”, cambia la Constitución de la República de Venezuela y comienza un segundo período presidencial desde el 2001 al 2006 con la nueva Constitución de la República Bolivariana de Venezuela; es reelecto para un tercer período desde el 2006 al 2012 y vuelto a reelegir para un cuarto período pero se ausenta del país desde finales de 2012 aun habiendo ganado las elecciones para un próximo período presidencial, pero no se llegó a juramentar.

El comportamiento de las MM en la MCP durante estos períodos se presenta a continuación:

**Tabla 38**  
Mortalidad materna por año  
Maternidad “Concepción Palacios”  
Primer Período Presidencial de Hugo Chávez Frías

Años	Muertes maternas	RNV	Razón MM	MMOD	Razón MMOD	MMOI	Razón MMOI
1999	8	19 384	41,27	5	25,79	3	15,48
2000	21	16 269	129,08	18	110,64	3	18,44
TOTAL	29	35 653	81,33	23	64,51	6	16,82

$\chi^2 = 3,380$  (p = 0,337)  
Razón x 100 000 nacidos vivos

En la tabla 38 se aprecia que en esos dos años hubo un incremento de un año al otro de la MM, con una disminución de los RNV que permiten calcular un incremento en la RMM de un primer año en 1999 de 41,27 x 100 000 RNV hasta una RMM de 129,08 x 100 000 RNV, en el año 2000.

**Tabla 39**

Causas de mortalidad materna por año  
 Maternidad "Concepción Palacios"  
 Primer Período Presidencial de Hugo Rafael Chávez Frías

Años	Muertes maternas	Sepsis	Hemorragia	THE	Obstétrica Indirecta
1999	8	5			3
2000	21	12	2	4	3
<b>Total</b>	<b>29</b>	<b>17</b>	<b>2</b>	<b>4</b>	<b>6</b>

$\chi^2 = 3,823$  (p = 0,431)

En la tabla 39 se aprecia que de las veintinueve (29) gestantes que fallecen en ese período, la mayoría fueron por sepsis, de las cuales, doce (12) fueron en el año 2000. En cuanto a las causas obstétricas indirectas predominaron las infecciones,

**Tabla 40**

Mortalidad materna por año  
 Maternidad "Concepción Palacios"  
 Segundo Período Presidencial de Hugo Chávez Frías

Años	Muertes maternas	RNV	Razón MM	MMOD	Razón MMOD	MMOI	Razón MMOI
2001	27	15 301	176,46	24	156,85	3	19,61
2002	23	15 129	152,03	18	118,98	5	33,05
2003	42	14 987	280,24	38	253,55	4	26,69
2004	16	12 924	123,80	11	85,11	5	38,69
2005	21	13 637	153,99	19	139,33	2	14,67
2006	19	13 619	139,51	15	110,14	4	29,37
<b>TOTAL</b>	<b>148</b>	<b>85 597</b>	<b>172,90</b>	<b>125</b>	<b>146,03</b>	<b>23</b>	<b>26,87</b>

$\chi^2 = 6,263$  (p = 0,282)

Razón x 100 000 nacidos vivos

En este segundo período presidencial de Hugo Chávez Frías se observa que en esos seis años hubo ciento cuarenta y ocho (148) gestantes fallecidas para una razón del período de 172,90 x 100 000 RNV como resultado de los seis años; de las cuales ciento veinticinco (125) fueron por causas directas con una RMOD de 146,03; en cuanto a las de causas indirectas hubo veintitrés (23) para una RMOI de 26,87 x 100 000 RNV. Llama la atención que para el año 2003 se aprecia un incremento de hasta 280,23 MM por cada 100 000 RNV, cifra muy alta para un período de tanto avance tecnológico.

**Tabla 41**

Causas de mortalidad materna por año  
Maternidad “Concepción Palacios”  
Segundo Período Presidencial de Hugo Rafael Chávez Frías

Años	Muertes maternas	Sepsis	Hemorragia	THE	Obstétrica Indirecta
2001	27	7	5	12	3
2002	23	4	5	9	5
2003	42	13	7	18	4
2004	16	3	2	6	5
2005	21	4	5	10	2
2006	19	4	2	9	4
<b>TOTAL</b>	<b>148</b>	<b>35</b>	<b>26</b>	<b>64</b>	<b>23</b>

$$\chi^2 = 8,969 \text{ (} p = 0,879 \text{)}$$

En la tabla anterior N° 41 se puede observar que hubo ciento cuarenta y ocho (148) muertes maternas; las causas de las muertes de las gestantes en cuanto a las causas directas se distribuyeron en: sesenta y cuatro (64) debido a THE; este incremento es

significativo porque desplaza a la sepsis del primer lugar que aporta treinta y cinco (35) y veintiséis (26) a las hemorragias. Las veintitrés (23) muertes indirectas se deben a múltiples causas, la mayoría por procesos infecciosos

**Tabla 42**  
Mortalidad materna por año  
Maternidad “Concepción Palacios”  
Tercer Período Presidencial de Hugo Chávez Frías

Años	Muertes maternas	RNV	Razón MM	MMOD	Razón MMOD	MMOI	Razón MMOI
2007	20	14 998	133,35	12	80,01	8	53,34
2008	14	9 650	145,08	10	103,63	4	41,45
2009	2	7 105	28,15	2	28,15		
2010	2	6 133	32,61	2	32,61		
2011	6	9 379	63,97	4	42,65	2	21,32
2012	8	9 689	82,57	6	61,93	2	20,64
<b>TOTAL</b>	<b>52</b>	<b>56 954</b>	<b>91,30</b>	<b>36</b>	<b>63,20</b>	<b>16</b>	<b>28,09</b>

$\chi^2 = 2,753$  ( $p = 0,738$ )

Razón x 100 000 nacidos vivos

En el tercer período presidencial se muestra en la tabla 39, hubo una disminución en la frecuencia absoluta y relativa de las MM; cincuenta y dos (52) gestantes fallecieron en la MCP para obtener una RMM de 91,30 x 100 000 RNV durante todo el período, se aprecia además una franca disminución en el número de RNV, expresando una baja importante en las diferentes RMM.

**Tabla 43**

Causas de mortalidad materna por año  
Maternidad "Concepción Palacios"  
Período Presidencial de Hugo Rafael Chávez Frías

Años	Muertes maternas	Sepsis	Hemorragia	THE	Embolismo	Obstétrica Indirecta
2007	20	5	5	1	1	8
2008	14	1	4	4	1	4
2009	2			2		
2010	2			1	1	
2011	6		2	2		2
2012	8	2	3	1		2
TOTAL	52	8	14	11	3	16

$\chi^2 = 33,014$  ( $p = 0,446$ )

En la tabla 43 se establecen las principales causas de las cincuenta y dos (52) muertes maternas se observa que la MMOI ocupa el primer lugar con dieciséis (16) muertes, en segundo lugar, las causas por trastornos hemorrágicos, seguido de THE, y en tercer lugar las pacientes que fallecen por sepsis. Distribución atípica al correlacionar con los períodos presidenciales anteriores.

Durante el tiempo de esos tres períodos ejercidos por Hugo Chávez, que suman catorce (14) años se registraron 175 204 RNV lo que expresa una razón global de 130,70 MM por cada 100 000 RNV; la razón mínima fue en el año de 1999 con 41,27 por cada 100 000 RNV y una máxima de 280,24 por cada 100 000 RNV en el año 2003.

La MM por causas directas fueron ciento ochenta y cuatro (184) para una razón de 105,02 y las indirectas de cuarenta y cinco (45) para una razón de 25,68. El primer período fue de dos años, ya que, en este período la Corte Suprema de Justicia considera que termina el período constitucional para el que fue elegido y que era de 5 años y le da nuevo inicio por un nuevo período de 6 años con la creación de la llamada “V República” y el cambio de denominación a “República Bolivariana de Venezuela”, al igual que varias instituciones como la Corte Suprema de Justicia que cambia a “Tribunal Supremo de Justicia”, cambió de Congreso de la República de composición bicameral a “Asamblea Nacional” unicameral, creación del “Poder Moral” como cuarto poder, con la creación de la “Defensoría del Pueblo” con la suma de la Fiscalía General de la República y la Contraloría General de la República. En ese lapso de proceso constituyente, desde 1999 hasta el 2002 ocurrieron setenta y nueve (79) muertes maternas para una RMM de 119,54. La MMOD de sesenta y cinco (65) casos, con una RMMOD de 98,36 y la MMOI con catorce (14) casos y una RMMOI de 21,18.

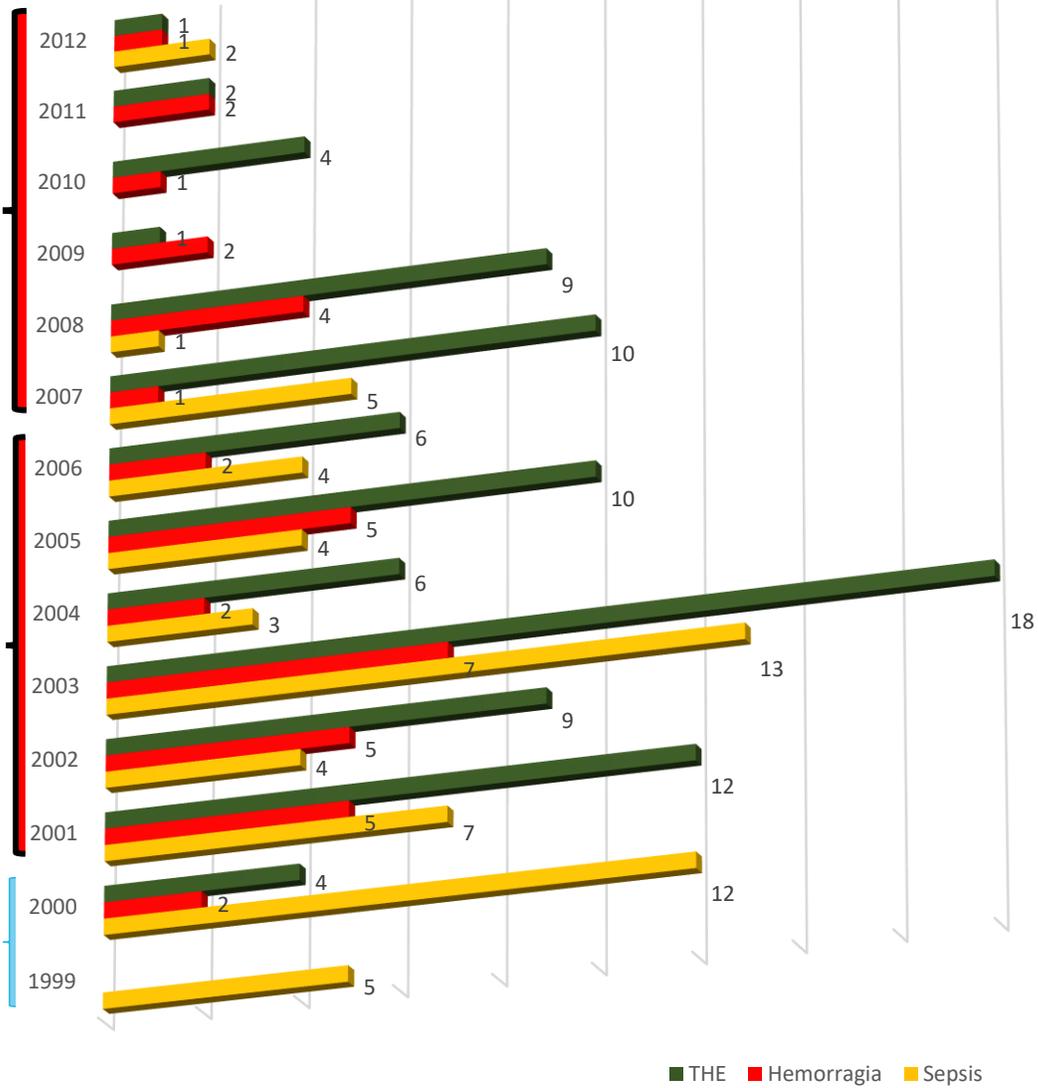
El siguiente período presidencial desde el 2003 hasta 2012 ocurrieron 150 muertes para una RMM de 137,46, la MMOD en 105,02 y la MMOI en 28,40.

Es importante hacer esta diferenciación debido a todos los cambios en la política pública que hubo en esos momentos en el tránsito de “República de Venezuela” al de “República Bolivariana de Venezuela”.

En cuanto a la MMOI el 13,63 % se debieron a causas infecciosas; el 2,27 % a causas neoplásicas, cardíacas el 2,27 %, hematológicas el 1,13 % y otras causas el 3,9 %.

Con el objetivo de mostrar las causas de MM en la MCP, de todo este nuevo cambio de esquema político se presentan el grafico 29 que muestra las causas por año desde el inicio de 1999 hasta el 2012, que el presidente enferma, se ausenta y fallece.

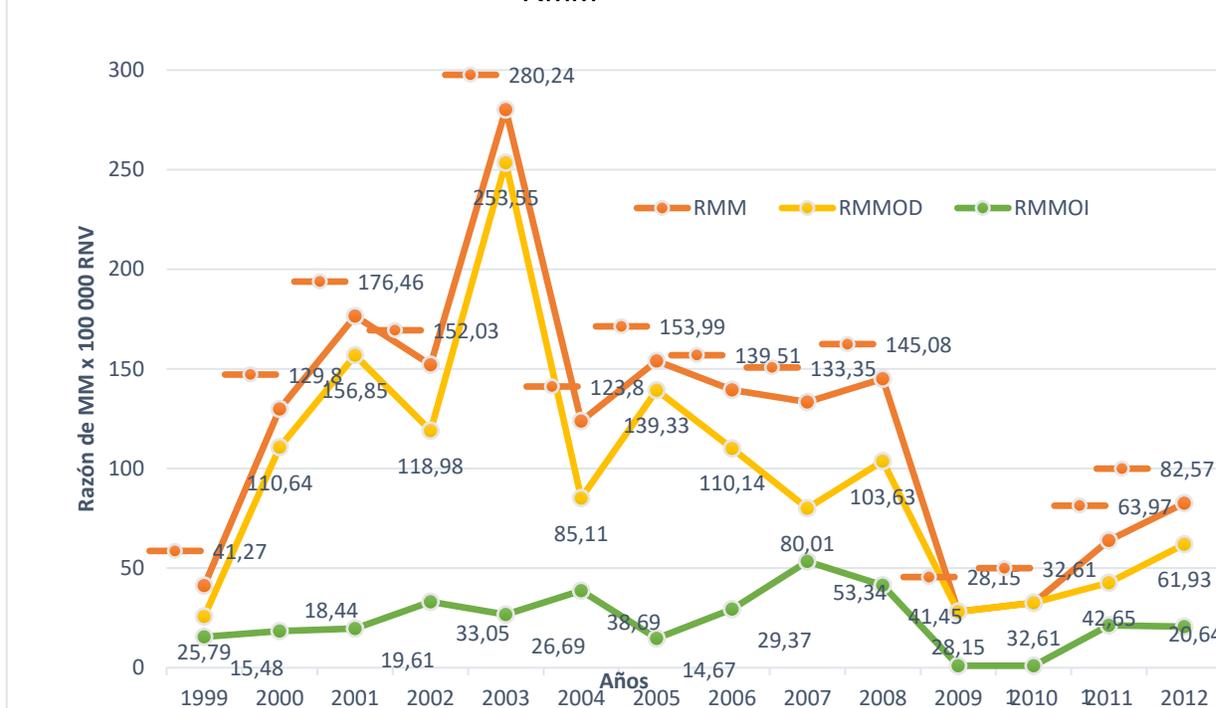
**Gráfica 29**  
 Período de Hugo Chávez Frías  
 Causas de MMOD



Frecuencia absoluta

En cuanto a las causas de la MM obstétrica directa los THE ocuparon el primer lugar, luego las hemorragias seguidos de la sepsis.

**Gráfica 30**  
Período de Hugo Chávez Frías  
RMM



En estos períodos que suman 14 años, ocurren en la MCP 229 muertes maternas, por lo que que en este período ocurrieron el 8,47 % de todas las muertes ocurridas en la MCP.

El rango de edad en que ocurrieron la mayoría de las muertes fue entre 20 a 25 años para todo el período, con una edad mínima de 14 años y una máxima de 42; el 78 % de las pacientes a las que se les conoció el estado civil eran solteras de estas el 59 % estaban en relación de concubinato y el 41 % sin parejas, El 51,85 % hizo control prenatal, 11 % sin control y el 37,03 % ignorado. El 18,51 % eran primigestas, el 51,85 % de II a III gestas y el 29,62 tenían IV gestas o más. En cuanto a la culminación del embarazo 55,55 % culminó en cesárea; el 14,81 % en partos; 14,81 % en abortos, de estos el 9,5 % tenían el feto in útero, el resto eran abortos incompletos y el 3,40 % en embarazo ectópico.

El tiempo que estuvieron en la institución fue menor de 24 horas el 37,03 %; de 24 a 48 horas el 25,92 % y mayor a 48 horas el 37,03 %.

### **Período Presidencial de Nicolás Alejandro Maduro Moros**

Este período presidencial lo asume el Sr. Nicolás Maduro Moros, primero como encargado, por la ausencia del presidente Hugo Chávez Frías quien enferma gravemente y requiere de tratamiento, ya que él para este momento, cumplía labores como Vicepresidente de la República, luego continúa porque el presidente fallece, para finalizar como presidente electo debido a la convocatoria de nuevas elecciones por la ausencia definitiva del presidente antes electo.

En la tabla 44 se aprecia el comportamiento de la MM desde ese momento hasta el presente.

**Tabla 44**

Mortalidad materna por año  
Maternidad “Concepción Palacios”  
Período Presidencial de Nicolás Maduro Moros

Años	Muertes maternas	RNV	Razón MM	MMOD	Razón MMOD	MMOI	Razón MMOI
2013	9	8 976	100,27	2	22,28	7	77,9
2014	6	8 640	69,44	3	34,72	3	44,72
2015	15	9 585	146,06	10	104,32	5	52,16
2016	15	8 459	177,33	11	130,03	4	47,28
2017	8	7 330	109,14	7	95,50	1	13,64
2018	16	7 331	218,25	11	149,92	5	68,20
Total	69	50 320	137,12	44	87,44	25	49,68

$\chi^2 = 19,074$  ( $p = 0,742$ )  
Razón x 100 000 nacidos vivos

En ese período en la MCP se denota aún más una importante disminución del número de RNV para un total 50 320 RNV en el período de seis años, para obtener una RMM de 137,12 x 100 000 RNV, influenciada fundamentalmente por el denominador de la fórmula. Fallecen cuarenta y cuatro (44) por causas directas que implican 87,44 de RMMOD y veinticinco (25) pacientes fallecen por causas indirectas para una razón de 49,68 x 100 000 RNV.

En la tabla 45 se presentan la MM por años y por causas durante este período hasta diciembre de 2018.

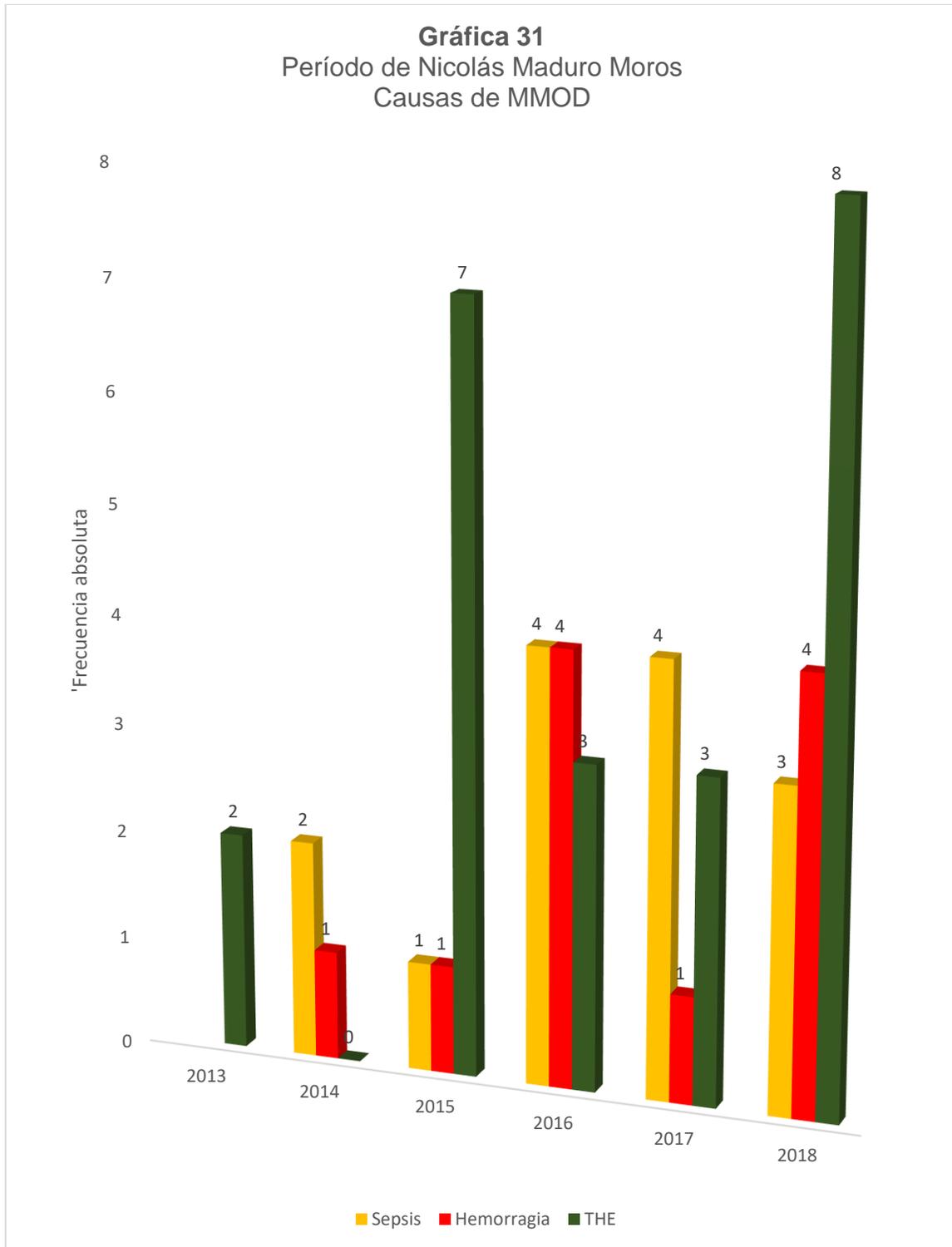
**Tabla 45**

Causas de mortalidad materna por año  
Maternidad “Concepción Palacios”  
Período Presidencial de Nicolás Maduro Moros

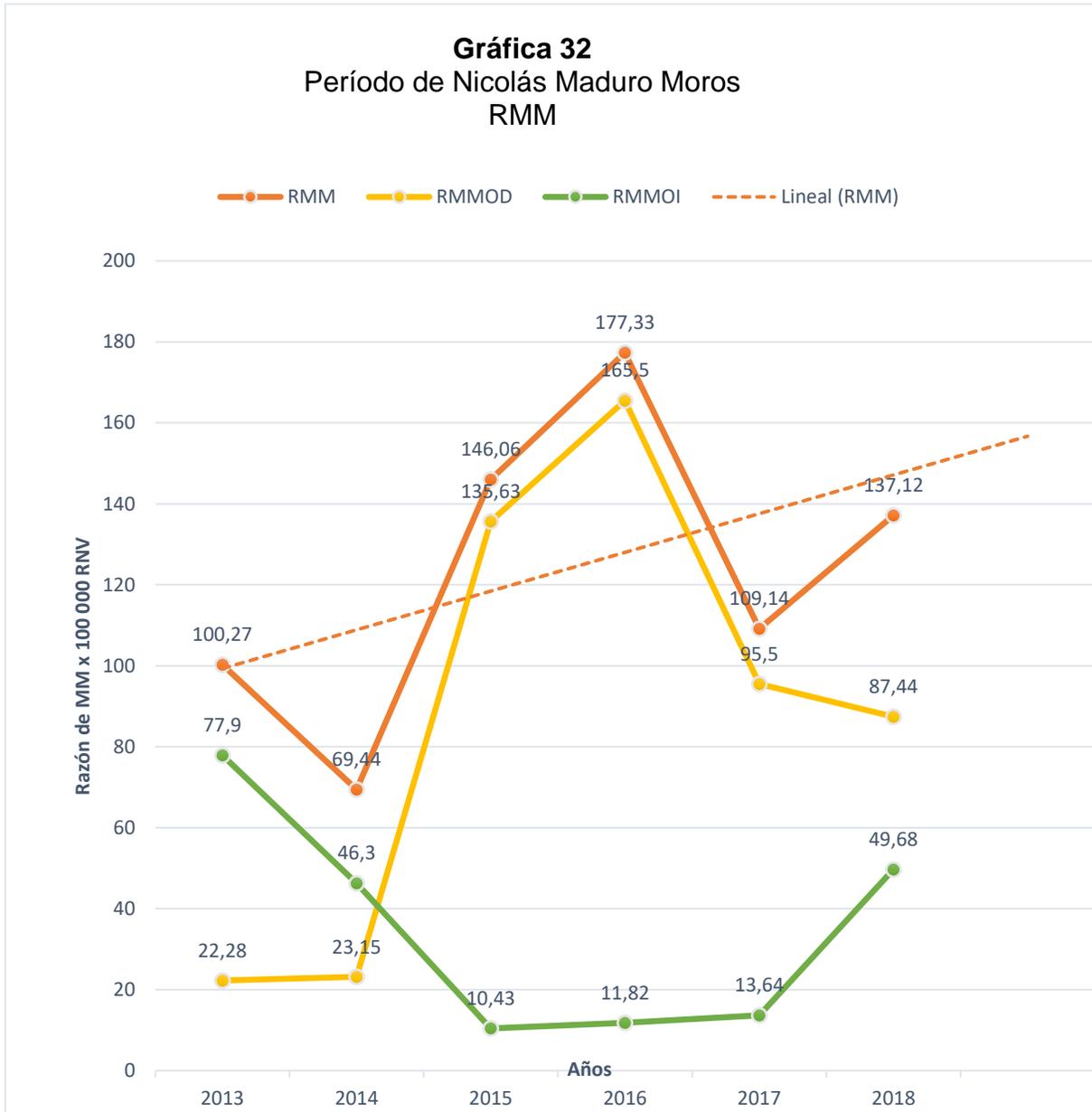
Años	Muertes maternas	Sepsis	Hemorragia	THE	Embolismo	Obstétrica Indirecta
2013	9			2		7
2014	6	2	1			3
2015	15	1	1	7	1	5
2016	15	4	4	3		4
2017	8	4	1	3		
2018	16	3	4	8		1
Total	69	14	11	23	1	20

$\chi^2 = 24,562$  (p = 0,219)  
RMM x 100 000 RNV

En la tabla 45 se observa que catorce (14) gestantes fallecieron por sepsis, once (11) por hemorragias y veintitrés (23) por THE, lo cual evidencia un cambio en el patrón de distribución de frecuencia debido al posicionamiento de los THE.



En la gráfica 31 se aprecia como los THE ocupan un lugar importante en las causas de muertes durante este período presidencial, desplazando a la sepsis como causa principal, que había predominado en los períodos presidenciales anteriores.

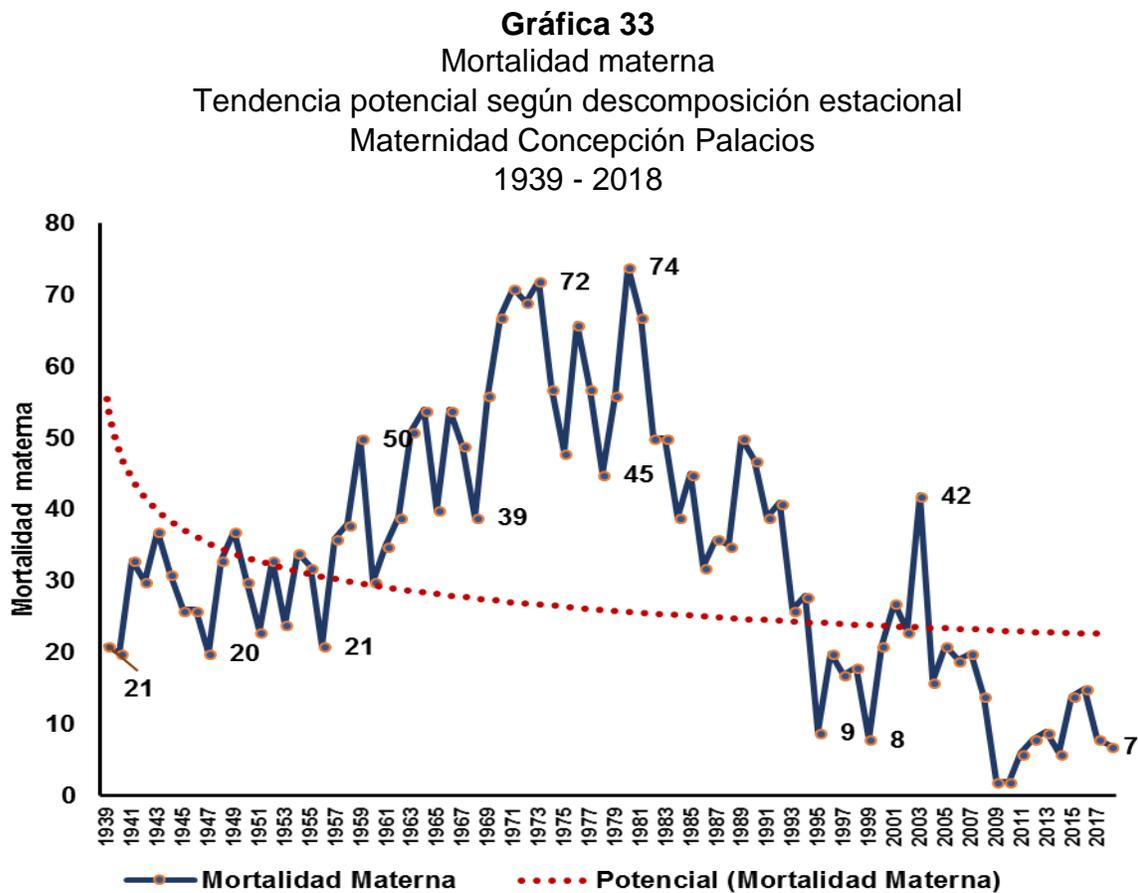


En la gráfica 32 se muestran las tendencias de las RMM, demostrando una alta tendencia, a pesar de las escasas pacientes que acuden a la MCP para su atención obstétrica.

## Mortalidad materna en la Maternidad “Concepción Palacios”

A manera de tener una impresión visual de las tendencias de la distribución de la MM en frecuencias absolutas y relativas expresadas en RMM, se presentan a continuación una serie de gráficas relacionados a la MM en la MCP desde 1939 hasta 2018. Creemos necesarios expresarlas por años y por períodos presidenciales, para precisar las variaciones de la duración de los períodos.

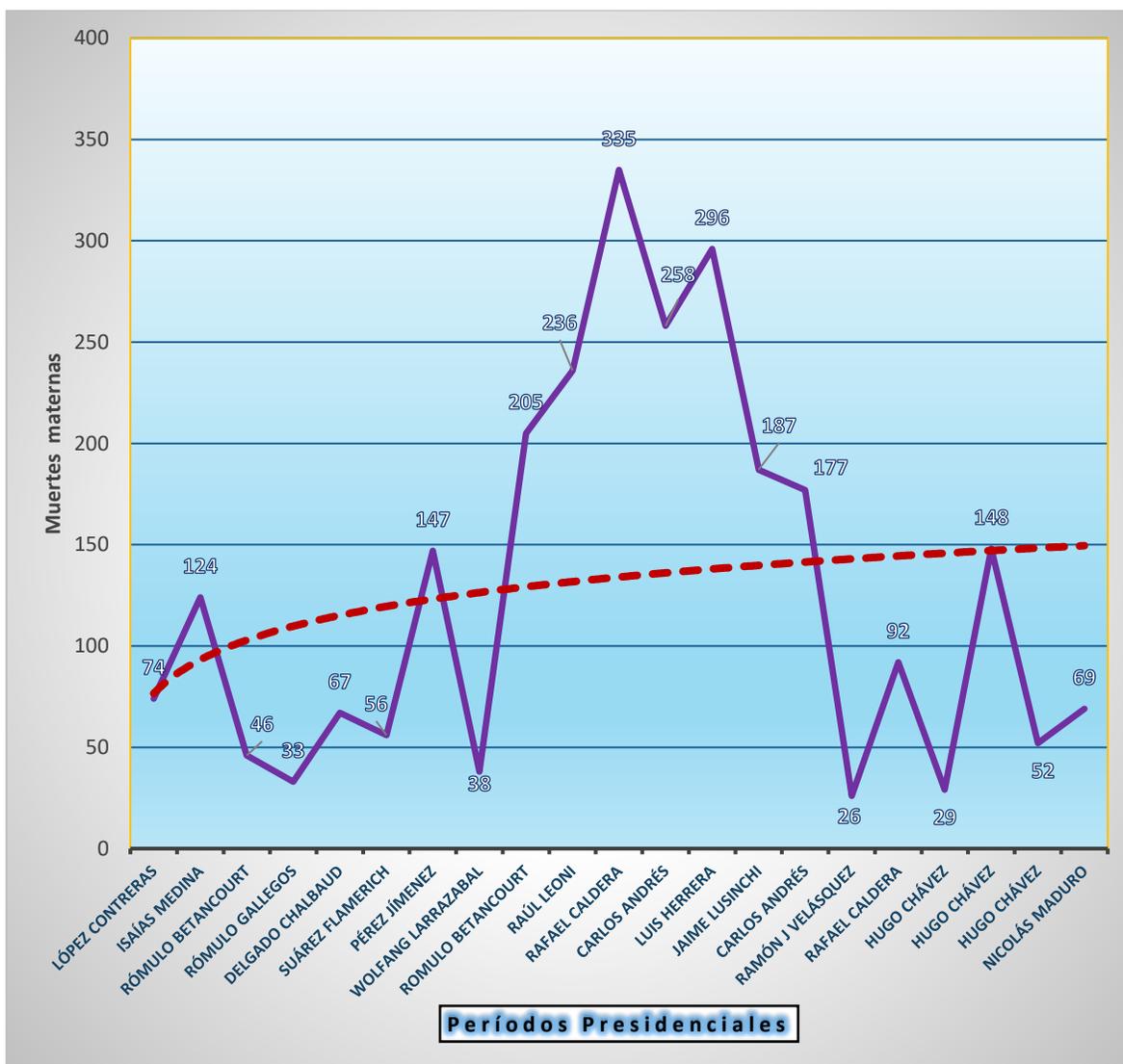
En el siguiente gráfico 33 se observa el comportamiento de la frecuencia absoluta de la MM en la MCP por bienios y en la gráfica 34 por períodos presidenciales:



$$MM = -0,205 \times \ln(\text{período}) + 55,514$$

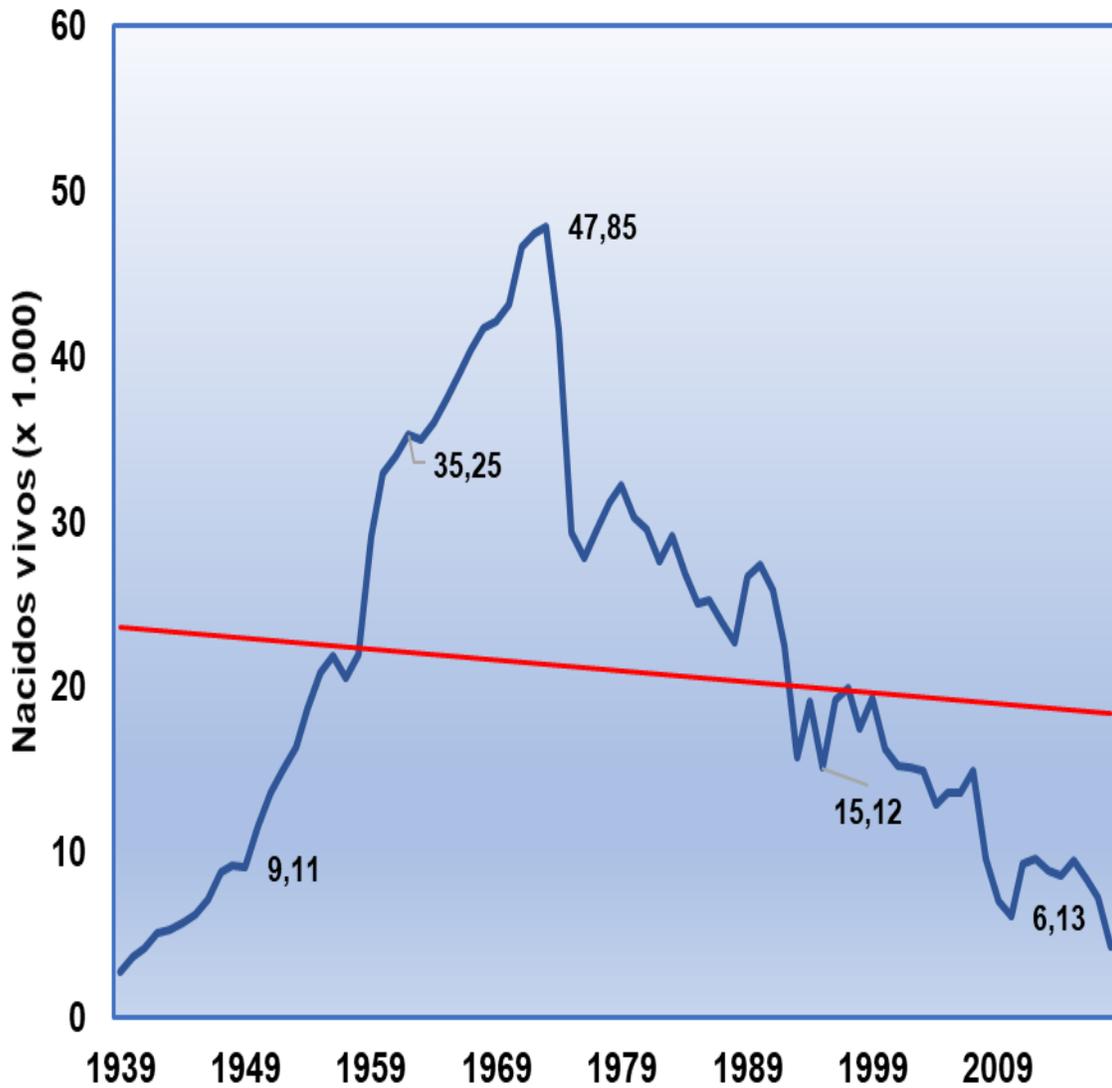
La tendencia en valores absolutos es de “picos” de ascenso y descenso a través de los años. La ecuación se interpreta que por cada año que transcurre, la MM disminuye a razón de 30,49 x 100 000 RNV/año.

**Gráfica 34**  
**Mortalidad materna**  
**Tendencia potencial según Período Presidencial**  
**Maternidad “Concepción Palacios”**



El segundo elemento a considerar para poder establecer la RMM es el número de nacidos vivos que han ocurrido en la MCP, en la siguiente gráfica 35 se expresa la tendencia de los RNV desde la fundación de la MCP hasta 2018, graficadas por decenios y en la gráfica 36 por períodos presidenciales.

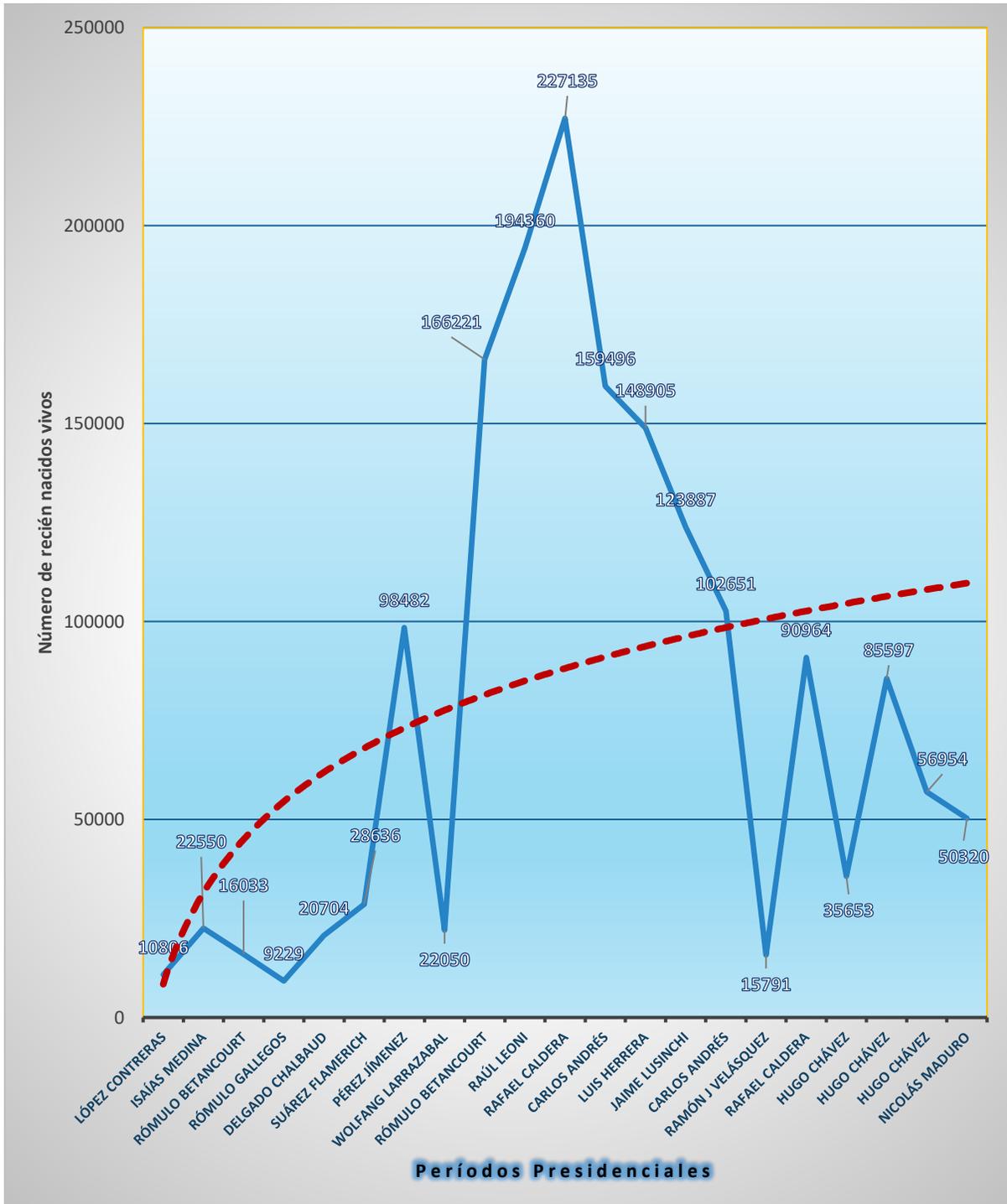
**Gráfica 35**  
 Nacidos vivos  
 Maternidad “Concepción Palacios”



$$RNV = -0,0666 \cdot \text{año} + 152,80$$

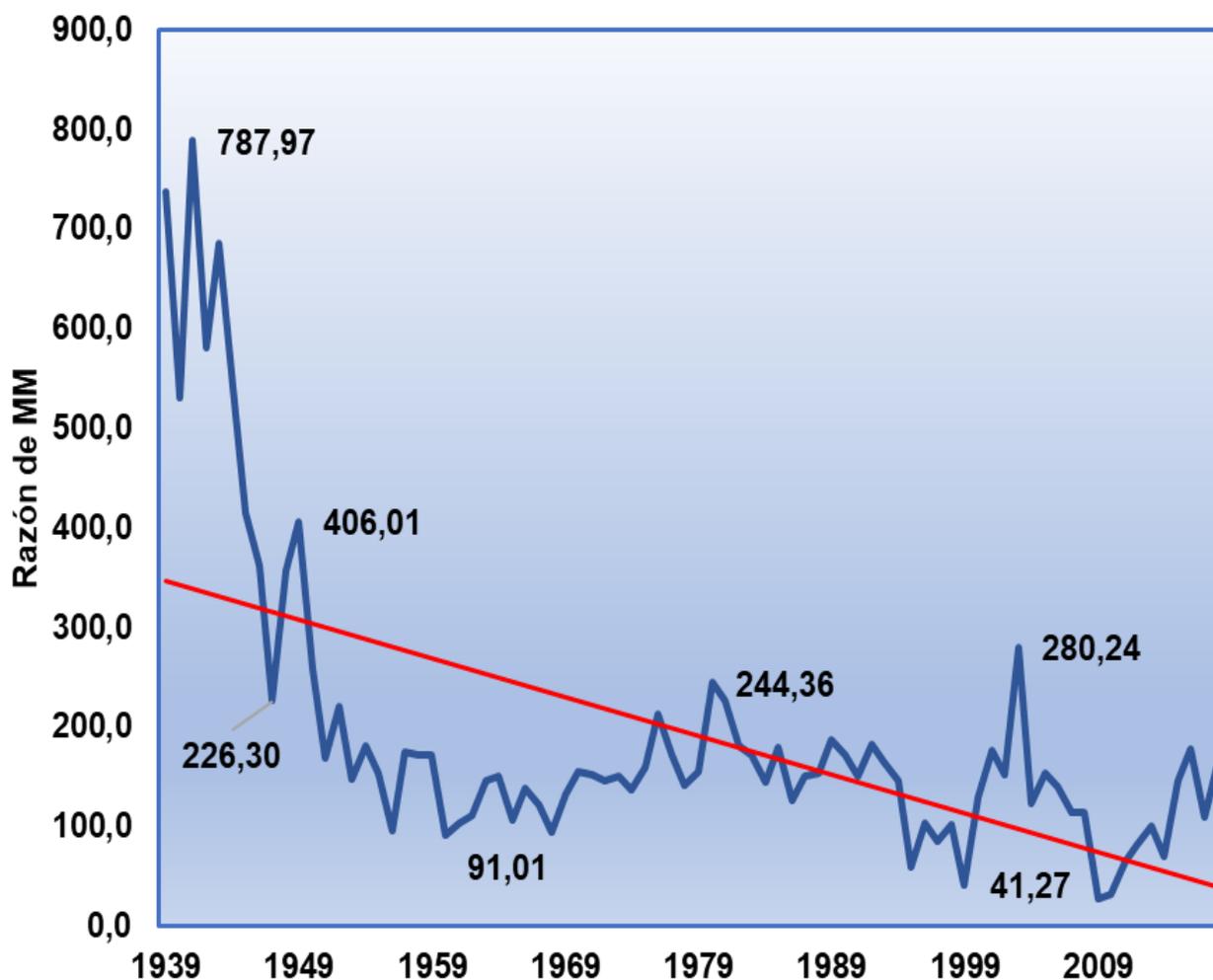
Por cada año que transcurre, el número de RNV promedio disminuye a razón de 66 x 100 000 RNV/año. Al principio se aprecia un incremento sostenido hasta 1989 y luego una franca tendencia a la disminución por múltiples factores. En 1972 obtuvo el récord como el Hospital con más partos en un solo año a nivel mundial con 47.757 casos registrados <sup>(77)</sup>.

**Gráfica 36**  
 Recién nacidos vivos  
 Períodos Presidenciales  
 Maternidad “Concepción Palacios”



Una vez obtenidos estos datos se hacen los cálculos de la fórmula de RMM y en la siguiente gráfica 37 se muestra la tendencia por décadas de la RMM de la MCP a través de los años.

**Gráfica 37**  
Razón de mortalidad materna  
Maternidad “Concepción Palacios”

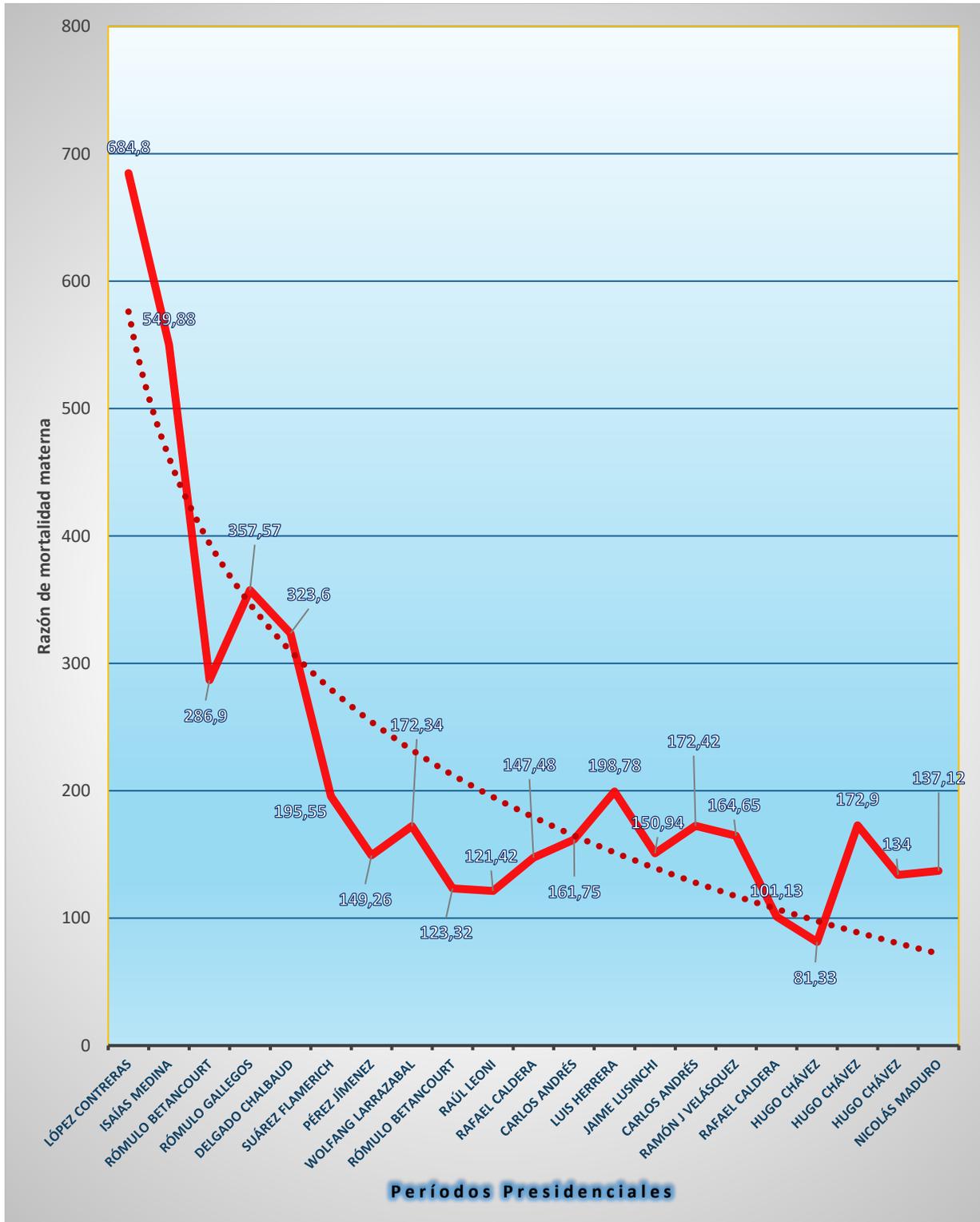


$$\text{Razón de MM} = -3,890 \cdot \text{año} + 7890,50$$

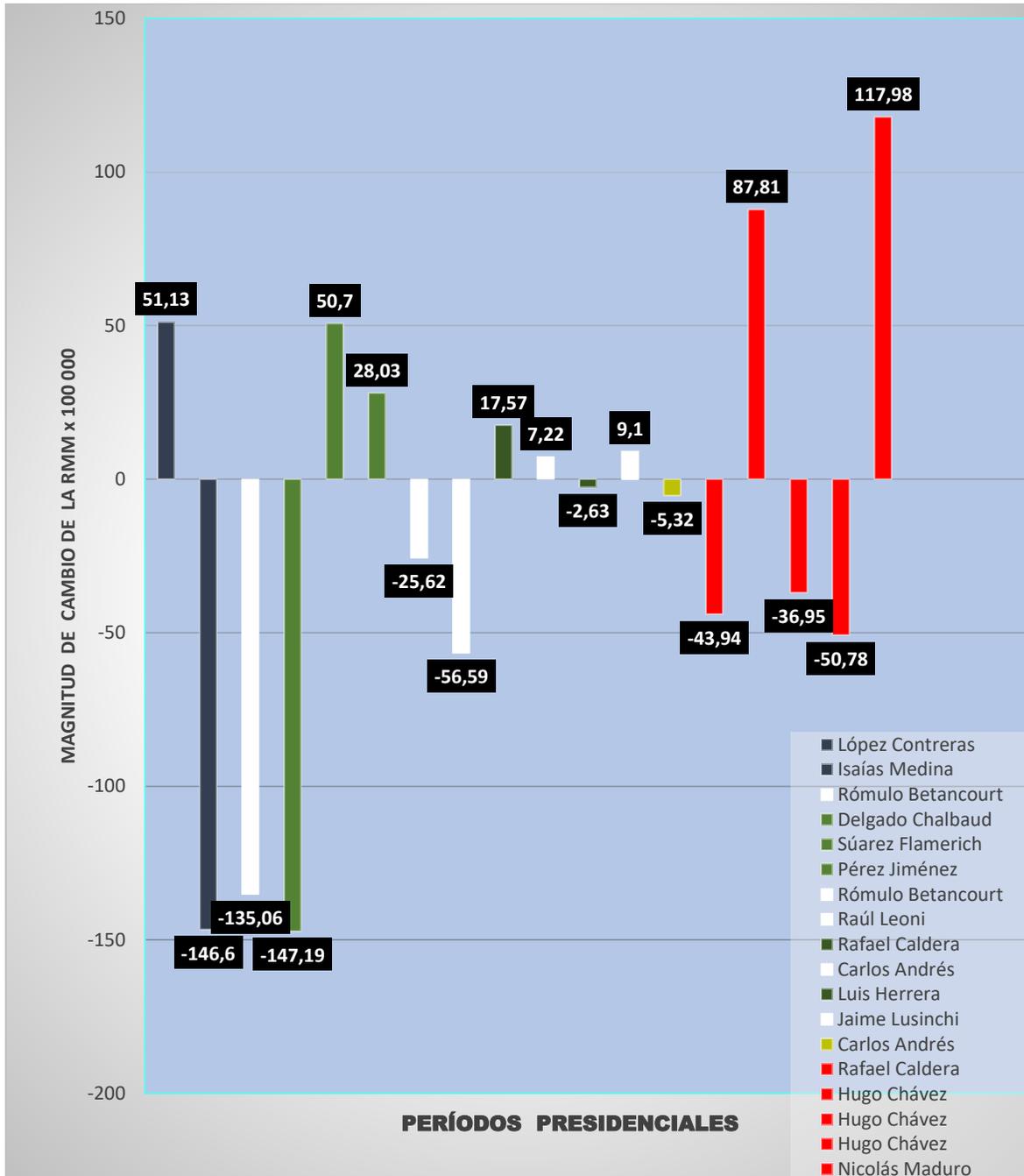
Por cada año que transcurre, la RMM disminuye 389 x 100 100 RNV en promedio. Sin embargo, en los últimos 20 años se aprecia un aumento en la razón a pesar de que también disminuyeron en cifras importantes el número de RNV.

En el grafico 38 se presenta la tendencia de la RMM x 100 000 RNV en la MCP por períodos presidenciales.

**Gráfica 38**  
 Razón de mortalidad materna  
 Períodos Presidenciales  
 Maternidad “Concepción Palacios”



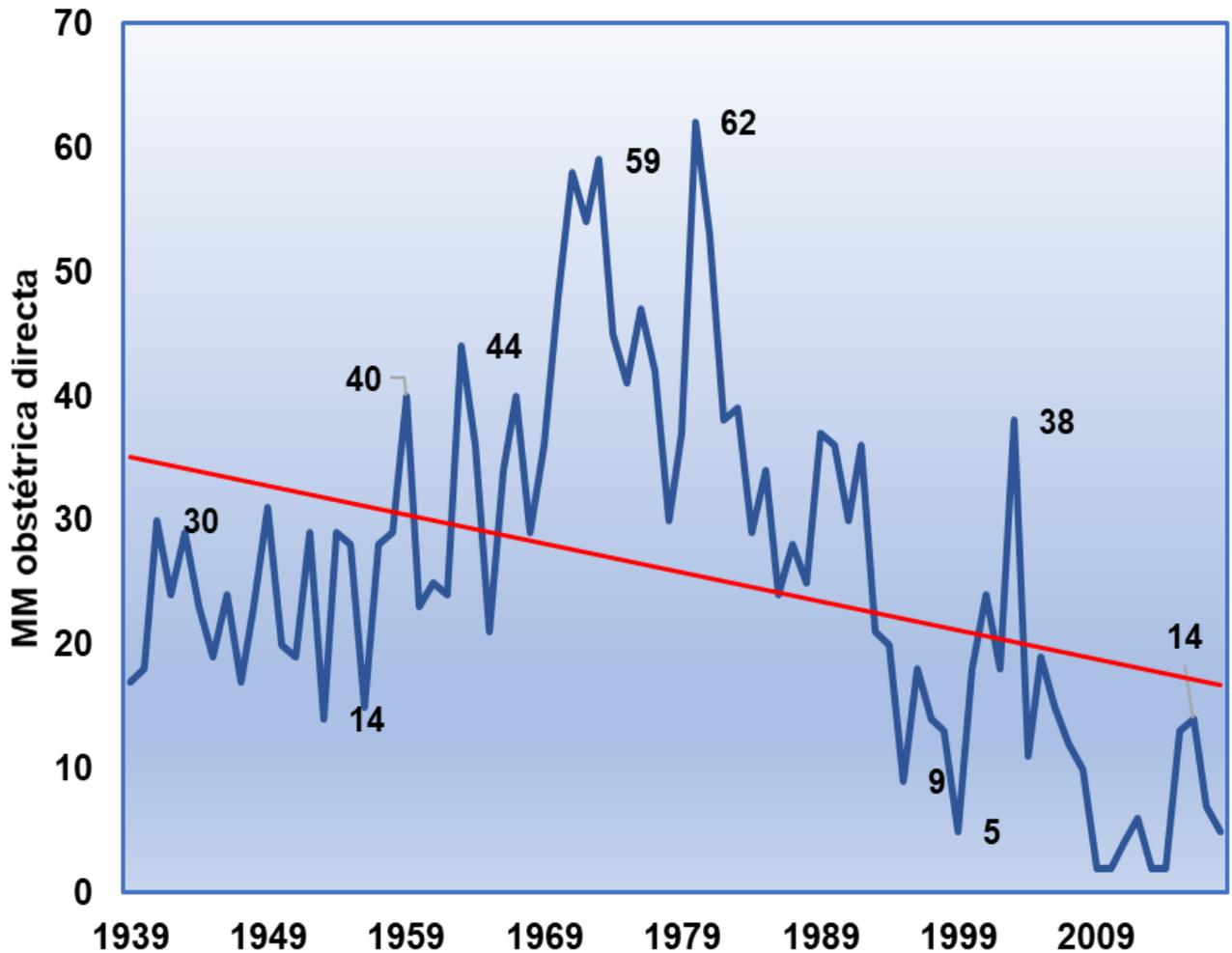
**Gráfica 39**  
Mortalidad materna cambios de la RMM por Períodos Presidenciales  
Maternidad “Concepción Palacios”



En la gráfica 39 se aprecian como fluctúan las RMM por período presidenciales en la MCP, es de hacer notar que los tipos de regímenes se presentan en diferentes colores.

En la gráfica 40 se aprecia la frecuencia absoluta de MM por causas directas, que de alguna manera son eventos con mayor responsabilidad obstétrica.

**Gráfica 40**  
Mortalidad materna obstétrica directa  
Maternidad “Concepción Palacios”

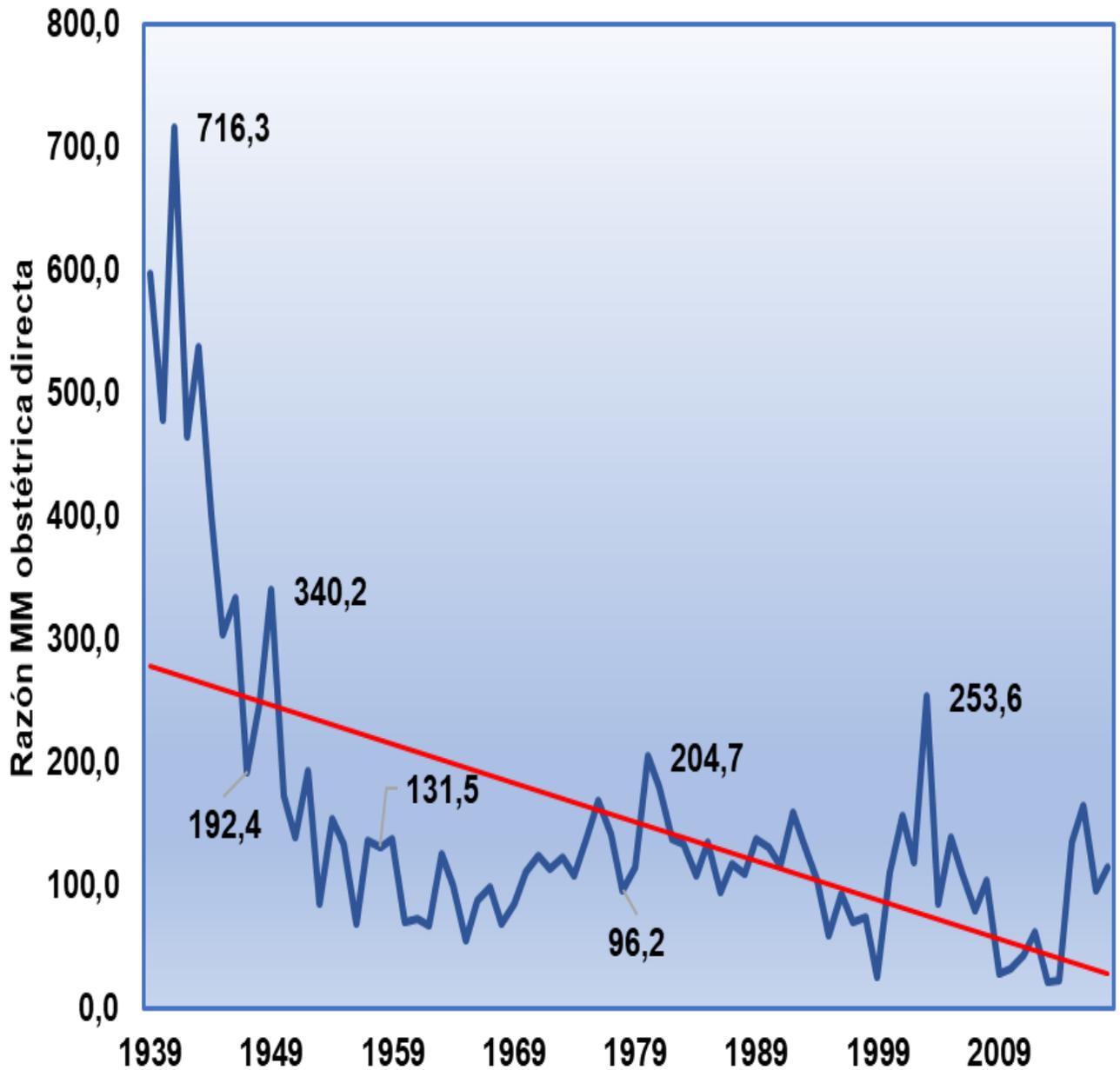


$$MM \text{ obstétrica directa} = -0,2315 \cdot \text{años} + 483,84$$

Por cada año que transcurre, la MMOD disminuye en veintitrés (23) casos en promedio.

En la siguiente gráfica 41 se presenta la RMMOD en la MCP.

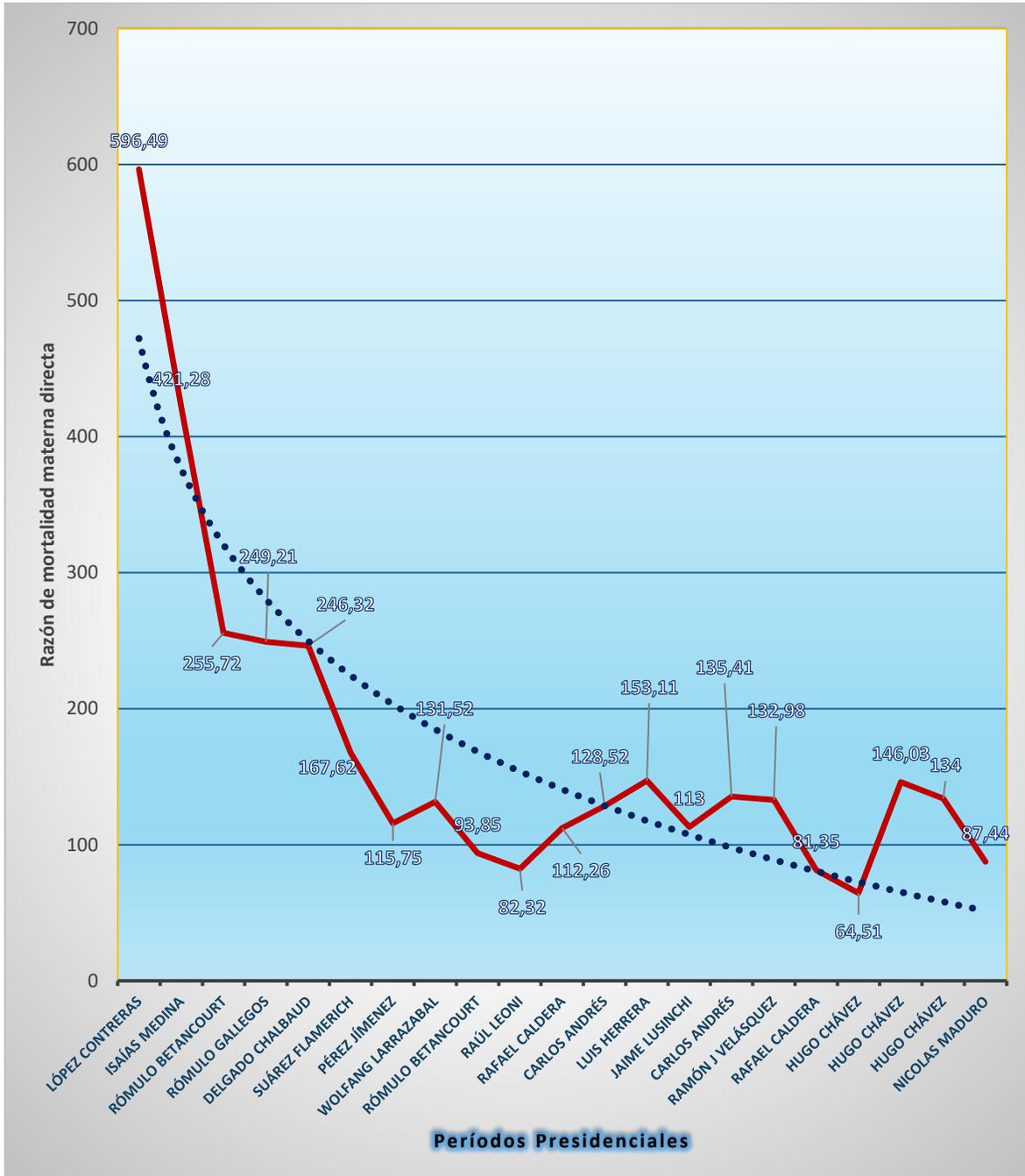
**Gráfica 41**  
 Razón mortalidad materna obstétrica directa  
 Maternidad 'Concepción Palacios'



$$\text{Razón MM obstétrica directa} = -3,1704 \cdot \text{años} + 6424,80$$

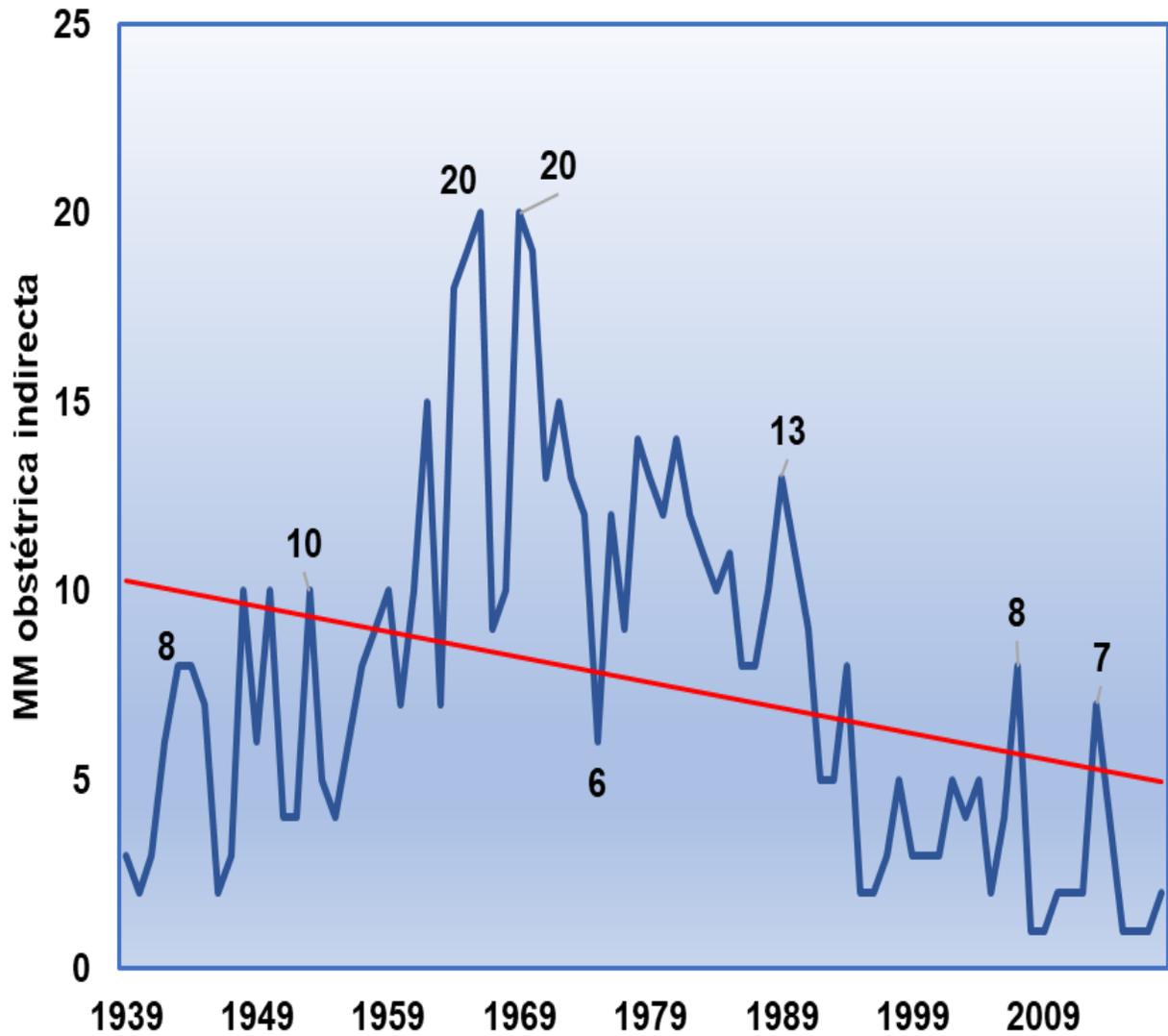
Por cada año que transcurre, la RMMOD disminuye en 317 x 100 000 RNV en promedio. En la grafica 42 se presenta la RMMD por períodos presidenciales.

**Gráfica 42**  
**Razón mortalidad materna obstétrica directa**  
**Períodos Presidenciales**  
**Maternidad ‘Concepción Palacios’**



En la gráfica 43 se ofrece la impresión visual de la frecuencia absoluta de MM indirecta.

**Gráfica 43**  
Mortalidad materna obstétrica indirecta  
Maternidad "Concepción Palacios"

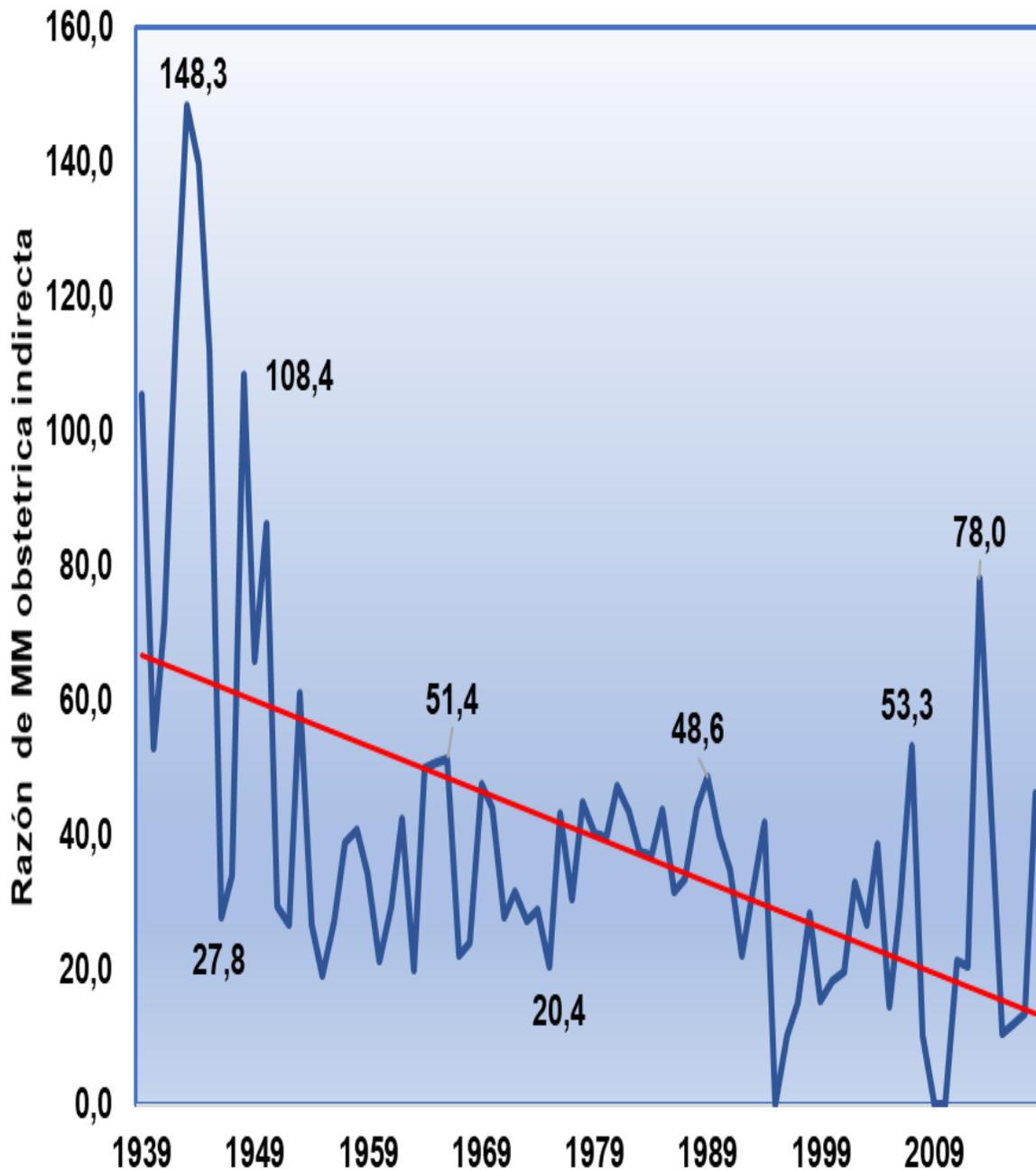


$$\text{MM obstétrica indirecta} = -0,0676 \cdot \text{año} + 141,34$$

Por cada año que transcurre, la MMOI, disminuye siete (7) casos en promedio.

En la gráfica 44 se aprecia la razón de la MMOI.

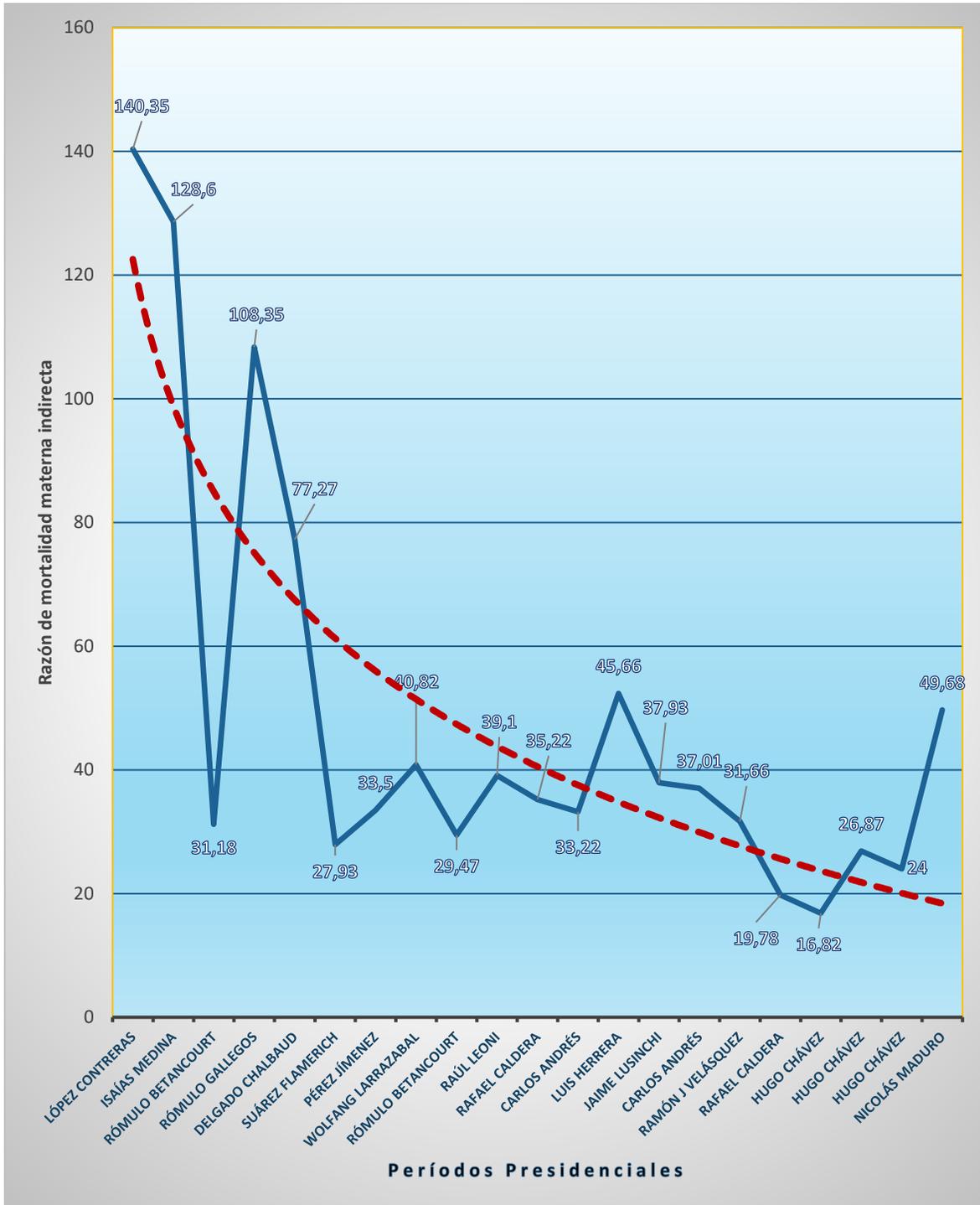
**Gráfica 44**  
 Razón de mortalidad materna obstétrica indirecta  
 Maternidad "Concepción Palacios"



Razón de MM obstétrica indirecta =  $-0,6741 \cdot \text{año} + 1373,80$

Por cada año que transcurre, RMMOI, disminuye 67,41 x 100 000 RNV en promedio.  
 En la gráfica 45 se evidencia la RMMI en la MCP por períodos presidenciales.

**Gráfica 45**  
 Razón de mortalidad materna obstétrica indirecta  
 Períodos Presidenciales  
 Maternidad “Concepción Palacios”



## DISCUSIÓN

Castro y Tineo <sup>(109)</sup>, expresan que: “Hasta el siglo XVII, la muerte de la mujer durante el parto era una situación natural, casi esperada, inherente a su propia condición y función en la sociedad y el matrimonio; un evento que venía con la esencia de la mujer, si no lograba superarlo, era sustituida por otra mujer, para realizar la procreación y no había problema”.

“En el siglo XVII nace la obstetricia, dándole la importancia a la mujer en el parto, el objetivo de su sobrevivencia y el desarrollo del arte de los partos, con la consecuente participación del hombre, la tecnología y el conocimiento”.

“El siglo XIX marca el inicio de la aplicación de la cirugía en la atención del parto, la incorporación de un instrumental toco quirúrgico y la búsqueda de mantener con vida, de ser posible, a la madre y al hijo”.

“En el siglo XX es donde la Gineco Obstetricia se incorpora como especialidad y ocurre la búsqueda de nuevas alternativas científicas para la sustitución del arte de los partos por el empleo de la tecnología aplicada al desarrollo de la concepción, gestación y su solución, se olvida la frase de “la vida de la madre o del niño” y es después de la Segunda Guerra Mundial que se inicia el interés formal por la muerte materna” <sup>(109)</sup>.

Don Mariano Picón Salas, dijo que el siglo XX en Venezuela comenzó en 1936, desde el punto de vista sanitario, estaba en lo cierto <sup>(82)</sup>.

Visto de esta forma, a continuación, se presenta la discusión de los resultados de la investigación acerca de la muerte materna, sus causas médicas, sociales y políticas públicas de las gestantes en la MCP desde su creación hasta la actualidad durante los períodos presidenciales 1938-2018 en Venezuela. Una vez que se analizaron cuantitativamente los datos, se elaboraron tablas de frecuencias y gráficas pertinentes a través de procedimientos estadísticos de los resultados recopilados en el proceso investigativo. A continuación, se efectuó el análisis cualitativo y la discusión de los resultados obtenidos. Para valorar la condición institucional, sus recursos, su administración, tiempo de respuesta y eficiencia de los servicios ofrecidos y los

otorgados, la respuesta organizacional y la vigencia de la integración con las políticas nacionales de salud y las prioridades sanitarias.

Durante el período presidencial de **Eleazar López Contreras** de 1939 a 1941 se registró un total de setenta y cuatro (74) muertes maternas, de las cuales sesenta y cinco (65) fueron MMOD y nueve (9) MMOI. Evidenciándose un ligero incremento en el año 1941. Con respecto, a las principales causas de muertes maternas, destacan la sepsis como principal causa, posteriormente las hemorragias y finalmente los trastornos hipertensivos del embarazo (THE) registraron menor número de casos. De allí que, es pertinente destacar que uno de los factores causales de estos fallecimientos fue el aborto en condiciones inseguras, considerando que éste genera el proceso infeccioso que desencadena la muerte materna. Es de hacer notar que para esta época el único antibiótico que se usaba era la sulfa, por lo que los recursos de antibioticoterapia eran muy escasos <sup>(38)</sup> y la efectividad para combatir de manera certera la infección era de baja probabilidad.

Dentro de este contexto, se debe considerar que en esa época la sociedad y la cultura eran totalmente cerrada y rígida, impregnada con valores morales arraigados que tenían un papel preponderante en la familia, lo cual significaba que para tener hijos era indispensable estar casada, ya que las mujeres solteras si salían embarazadas eran criticadas duramente por la sociedad. De allí que, tanto esta rigidez social como familiar generaba angustia, desespero e inestabilidad emocional en la embarazada que la incitaba a tomar la determinación de provocarse un aborto, sin considerar que estaba corriendo el riesgo de perder la vida.

Por otro lado, es indispensable mencionar que también en esa época una gran cantidad de embarazadas eran atendidas por comadronas, las cuales tenían escasos conocimientos acerca de la atención obstétrica, pues solo lo hacían en forma empírica. Ahora bien, el estado venezolano dentro de sus políticas públicas de salud, para disminuir el alto índice de muertes maternas ocasionadas por el aborto en condiciones inseguras, y la sepsis puerperal implementó en la MCP un servicio de atención obstétrica a domicilio con médicos capacitados, a fin de disminuir la atención de las

comadronas, e identificar complicaciones en las gestantes y trasladarlas a ese centro de salud de forma rápida, porque el tiempo es crucial para detener un proceso infeccioso y preservar la vida de la mujer. Las autoridades de la MCP, como un indicador de incidencias de política pública, implementan desde sus inicios un servicio de atención obstétrica a domicilio, con el objetivo de aliviar la alta demanda de gestantes y disminuir el empirismo de las comadronas, el servicio es atendido por médicos capacitados para identificar complicaciones y trasladar a la MCP en el momento oportuno. Es de hacer notar que, para la época, muchas mujeres eran atendidas por comadronas, y había discreta cultura en cuanto a la atención obstétrica, pero se estima que el 50 % de las madres eran atendidas de esta forma, En estos tres años de gestión de Gobierno se atendieron 428 partos en 1941 de manera domiciliaria; Cabe destacar que a pesar que este servicio no tuvo MM; si hubo once (11) que fallecieron habiendo ingresado por atención obstétrica empírica con comadronas <sup>(38)</sup>.

La modernidad estuvo ausente como Estado Nacional hasta finales de la década del treinta, la mayor parte de su población era rural, relacionada con la explotación tradicional de la tierra, el pueblo sufría las mismas enfermedades de 100 años atrás, el analfabetismo era alarmante y si bien el país se modificaba en vías de comunicación, obras públicas y fuerzas armadas, la manera de vivir no había cambiado mucho desde la Guerra Federal.

El gobierno del General Eleazar López Contreras, luego de la muerte del General Juan Vicente Gómez, enfrentó la deuda social que tenía el estado con el pueblo, su programa de atención a las necesidades más urgentes de la población llevó el nombre de “Programa de Febrero”, donde estaban las bases de la atención económica y social del estado venezolano <sup>(82,109)</sup>.

Este programa en cuanto a la higiene pública y asistencia social, crea el Instituto de Higiene y el MSAS y el Consejo Venezolano del Niño; focalizó la lucha contra el analfabetismo.

Tal como señala Tito Cruz <sup>(83)</sup> “Gran parte de los objetivos planteados en el “Programa de Febrero” y, luego, en el “Plan Trienal” fueron alcanzados e incluso superados. Con

estos logros el gobierno de López Contreras llega a cerrar la brecha social que el Gomecismo y un siglo de luchas caudillistas habían dejado en la población”.

Comienza a hablarse en la población de una política nacional de salud, de educación y asistencia social. Se habla también de la erradicación de dos grandes males: el paludismo y el analfabetismo <sup>(108)</sup>.

Las políticas públicas en este período presidencial se inicia la planificación y construcción de la MCP y al igual que el siguiente se dedicaron a mejoras sanitarias importantes, para 1939 la ciudad de Caracas tenía una población de 236 717 habitantes y la construcción de la MCP parecía una edificación amplia y más que suficiente, también en este período muchos médicos sin considerar posiciones políticas se enviaron al exterior a formarse en salud pública, empezando a crear la “cultura sanitaria del país”, el cambio de los partos atendidos en casa, para empezar la institucionalización de los mismos, respetando la cultura popular.

En el período presidencial de **Isaías Medina Angarita** de 1942 a 1945 se reportó una MM de ciento veinticuatro (124), evidenciándose que noventa y cinco (95) fueron MMOD y veintinueve (29) MMOI. En relación a las causas de MM sigue predominando la sepsis, sin embargo, a diferencia del período de López Contreras, las muertes debido a hemorragias aumentó en los dos últimos años, con una elevación también considerable de muertes debido a los trastornos hipertensivos del embarazo.

Cabe destacar, que el aborto en condiciones inseguras sigue siendo un factor determinante en la MM, aunque se atendió un considerable número de partos domiciliarios que generó una ligera disminución en las muertes. Con respecto, a las políticas públicas de salud implementadas por ese gobierno, se plantea la ampliación del número de camas con el objeto de atender más pacientes tomando en cuenta que la demanda sobrepasa el límite de atención, pues el espacio físico y las camas son insuficientes para cubrir la demanda de usuarios que para ese momento la población de Caracas se incrementó en 1946 a 380 438 habitantes. Desde el punto de vista médico para tratar los procesos infecciosos, empieza a usarse la penicilina, pero con muchas reservas, esto determina que la MM empiece a disminuir en casi el 100 % de

la época del Gomecismo. Las causas de muertes no eran para ese momento definidas de manera apropiada, sin embargo, los autores de la primera publicación de MM a saber, Sánchez, Aurrecochea y Torres <sup>(38)</sup>, establecen factores comunes que sin lugar a dudas explican la influencia en la pérdida de vidas maternas y el poco éxito obtenido en el tratamiento para estas épocas, y que tienen vigencia hasta 1953, fecha de la publicación, entre estos condicionantes encontramos en primer lugar, “Desamparo sanitario” referido a las madres cuyas viviendas tenían dificultad en el acceso para garantizar vigilancia obstétrica en Centros Materno Infantiles y que eran trasladadas a la MCP desde el interior del país. En segundo lugar, la “incultura sanitaria” explicado por la gran inasistencia de las gestantes a la consulta prenatal. Los autores expresan que el 71,15 % de las pacientes que fallecieron no asistieron al control prenatal, o si lo hacían era en contadas ocasiones. En tercer lugar, se presenta el “desamparo social” refiriéndose a la falta de vínculos matrimoniales, que implicaba incapacidad económica, dificultad para asistir a las consultas médicas, o incluso hospitalizarse. Cuarto, “Influencia de la comadrona empírica”, se solicitaba ayuda a otra mujer para acompañar el trance del parto. En un trabajo citado por Sánchez y col <sup>(38)</sup>, refieren un estudio del *Canadian Public Health Journal* de 1940 donde se concluye: “las comadronas atienden mayor número de partos que los médicos”. En quinto lugar, refieren el “estado de las pacientes a su ingreso” ya que un alto porcentaje de las pacientes que eran referidas lo hacían con severas complicaciones. Por reglamento la MCP recibía a toda gestante, provenga de donde provenga y con la condición que asista, por lo que muchas pacientes eran ingresadas en muy malas condiciones.

La incidencia política que en pro de disminuir la MM es la de conocer las causas y de entender la necesidad de ampliar el número de camas para la institución, cuando se inauguró se pensaba que eran excesivas las 168 camas y fue en menos de tres años sobrepasada la demanda, esta gestión gubernamental estudia y plantea la construcción de nuevos espacios y camas, se inician en 1945 y por el momento no se logran construir por la caída del gobierno por un “golpe de estado” <sup>(76,77)</sup>. En cuanto a las condiciones socio culturales y Políticas Públicas el Gobierno Nacional se permitió la inmigración de países como: España, Italia y Portugal para poblar espacios que estaban despoblados y proporcionar mano de obra calificada. Isaías Medina Angarita

nombra como responsable del MSAS a Félix Lairé, quien propone la creación de un Plan Reformador que mejora la Ley del Seguro Social Obligatorio promulgada desde 1941, la reforma tributaria. Se crea el IVSS. Al ser un país dependiente del mercado petrolero, caracterizado por el éxodo campesino, que deja caer el sector agropecuario en búsqueda de mejores condiciones de vida en la ciudad, partiendo de un mejor salario como trabajador petrolero. En 1942 hubo una fuerte crisis económica debido a los estragos de la Segunda Guerra Mundial, donde uno de los impactos fue el bombardeo alemán a 7 buques – tanques petroleros venezolanos <sup>(81)</sup>.

El gobierno tenía talante democrático y todas las actividades económicas se basaban en el bienestar del pueblo. Se establece el Seguro Social con fondos del estado, se categorizan patrones y trabajadores. Esto permitía mejores condiciones económicas para la población.

Para el período presidencial de **Rómulo Betancourt** de 1946 al 1947, se evidenció un total de cuarenta y seis (46) muertes maternas, destacándose considerablemente que cuarenta y una (41) fueron MMOD y cinco (5) restantes (MMOI).

En cuanto a las causas de la MM, se pudo constatar que la hemorragia es la principal, seguida de la sepsis, con un ligero incremento de THE. De ahí que es importante destacar la existencia de un alto índice de MMOD. Esto denota que el aborto en condiciones inseguras, sigue siendo un factor predominante, que incide en las hemorragias y las sepsis causantes de los fallecimientos en las embarazadas. Esto significa que el aborto viene a ser un problema en salud pública para la sociedad, que afecta en gran medida la estabilidad de la familia en cualquier estrato social. Por lo tanto, los gobernantes están en el deber de crear e implementar políticas preventivas de salud pública que garanticen el acceso a los servicios de salud con un personal médico capacitado, con el objeto de disminuir el alto índice de la MM en el país.

Empiezan a registrarse en este período el uso de lavados jabonosos y aplicaciones de tallo de perejil, sin contar el número de eventos no comentados por las pacientes o no registrados en las historias clínicas. El sub registro de estos eventos en una sociedad que condena el embarazo de solteras y el estigma religioso, hacen que los datos no

sean absolutamente confiables en cuanto a la morbilidad y mortalidad por esta causa (38).

En este período presidencial se establece la penicilina como antibiótico de manera más regular y esto colabora a la disminución de las MM por sepsis (38).

En este período termina el gobierno de la Junta que la gobernaba, se inician las elecciones libres y directas y el gobierno elegido es otorgado a un demócrata, literato con una amplia cultura y formación y constituye un gobierno, que nunca fue del agrado de los militares, el tiempo fue poco para establecer alguna política coherente en salud pública y tampoco se registra intención de realizarlas, lo que si imperaba eran las acciones empeñadas en resolver lo político-partidista.

En cuanto a las incidencias públicas que se generaron desde dentro de la MCP en el año de 1946 se aumentó el número de camas a 255 ya que se crea el servicio de aislamiento, obra iniciada en el gobierno anterior. Para esa época la población estimada para la región capital era de 380 438 habitantes, y ya en ese momento los servicios de la MCP eran solicitados por una población más exigente e interesada en el modo de atención sanitaria.

Durante el período presidencial de **Rómulo Gallegos** en 1948, se registró un total de treinta y tres (33) muertes maternas, de las cuales veintitrés (23) fueron MMOD y las diez (10) restantes, MMOI. Los resultados reflejan que sigue predominando las MMOD mientras que la principal causa de estas muertes son THE, seguida de la hemorragia y luego la sepsis. Sin embargo, es pertinente mencionar que en el período presidencial anterior prevalecía la hemorragia como causa principal de MM. En este sentido, autores como Carvajal, Agüero y Torres, para la época afirman que las enfermedades hipertensivas del embarazo constituyen un grupo heterogéneo de cuadros patológicos, cuyo denominador común es un aumento de la presión arterial que puede desencadenar la muerte en el embarazo, parto o puerperio (38, 39,41-43). En base a esta afirmación, es importante que la gestante asista a su control prenatal con la finalidad de que obtenga información sobre las mediciones de la presión arterial realizadas a comienzo del embarazo, para evidenciar si se ha producido una elevación de las cifras

diastólicas y sistólicas, y a la vez descartar si la paciente presenta hipertensión crónica de tal manera que pueda ser controlada durante el embarazo para evitar complicaciones en la gestación y por ende, aumento de la morbilidad o una posible muerte materna.

En el período presidencial de **Carlos Delgado Chalbaud** de 1949 a 1950 los resultados reportaron un total de sesenta y siete (67) muertes maternas, evidenciándose que cincuenta y uno (51) de las MMOD y dieciséis (16) restantes MMOI. Como se puede observar sigue predominando al igual que en el período presidencial anterior las muertes por causas directas y en relación a las causas de estos fallecimientos, la principal fue la hemorragia, superando la sepsis, mientras que los THE se mantienen en cifras más o menos estables. Es relevante mencionar que en este período la atención domiciliaria fue suspendida, lo cual trajo como consecuencia que cuatrocientos diecisiete (417) partos quedaran fuera de la atención médico asistencial.

Con respecto a las muertes obstétricas por hemorragia, diferentes autores opinan que la principal causa de hemorragia obstétrica es la hemorragia pos parto, evento que si no es tratado adecuadamente puede desencadenar en muerte en cuestión de horas. De allí que es importante identificar los factores que inciden en las muertes ocasionadas por hemorragias y establecer políticas preventivas de salud que aminoren la MM <sup>(42-46)</sup>.

En este período presidencial, continua una incidencia política como es la suspensión de la atención domiciliaria que se había realizado el 31 de julio de 1948 debido a que en ese año había disminuido la cobertura a 417 partos atendidos de manera domiciliaria. Es importante destacar que durante este período presidencial no hay datos que documenten este tipo de asistencia.

Para el período presidencial de **Germán Suárez Flamerich** de 1951 a 1952, los resultados reflejaron un total de cincuenta y seis (56) muertes maternas, denotándose que cuarenta y ocho (48) fueron MMOD y ocho (8) restantes MMOI.

Los datos destacan, que se mantienen en forma constante los altos índices de MMOD. Con respecto a la causa principal de estos fallecimientos, se evidencia por THE, seguidas de hemorragias y luego sepsis. Para 1953 el número de habitantes de la zona urbana era de 551 245 habitantes y la población que vivía en la zona metropolitana de Caracas era cerca del millón de habitantes, a pesar de haber aumentado el número de camas a 275, eran escasas y mostraba una angustiante insuficiencia, lo que imperaba una permanente petición de “desocupar camas” dificultando la atención obstétrica apropiada <sup>(38)</sup>. En estos primeros 15 años desde 1939 a 1953, fallecen tres (03) menores de 15 años y cincuenta y cinco (55) en edades comprendidas de los 15 a los 20 años. Sesenta (60) fallecieron por abortos <sup>(38)</sup>.

Dentro de este contexto, es preciso señalar que la MM tuvo un ligero descenso y en cuanto a las políticas públicas de salud, las mismas giraron en torno a la construcción de infraestructuras de muchos centros de atención hospitalaria al igual que a la formación de profesionales de alta talla, así como la continuación de la construcción de la ciudad universitaria.

Durante el período presidencial de **Marcos Pérez Jiménez** de 1953 a 1957 los resultados evidenciaron un total de ciento cuarenta y siete (147) muertes maternas, reportándose que ciento catorce (114) fueron MMOD, mientras que las treinta y tres (33) muertes restantes MMOI. De acuerdo con estos resultados, sigue predominando un alto índice de MMOD en relación con los períodos presidenciales anteriores. A pesar de las grandes innovaciones que se llevaron a cabo en la MCP a nivel de infraestructura y atención médico asistencial.

En lo concerniente a las causas de las MM la que ocupó la más alta frecuencia fue la hemorragia a diferencia del período anterior en el cual predominaron los THE. Sin embargo, la sepsis viene a ser segunda causa de MM y como tercera THE. Ahora bien, es conveniente mencionar que el aborto en condiciones inseguras sigue siendo un factor determinante que incide en la mayoría de los casos de MMOD. Visto de esta forma es pertinente señalar que dentro de las políticas públicas de salud se elimina definitivamente el servicio de atención al parto domiciliario debido a su poca cobertura,

lo cual trajo como consecuencia que se incrementaran los fallecimientos por hemorragias seguidos de la sepsis.

En este período se disponen en la MCP de nuevos recursos tecnológicos, se envían al exterior unos cuantos médicos obstetras para perfeccionar aún más su formación, se participa en congresos nacionales y mundiales de la especialidad y se construye la sede principal de la MCP con una infraestructura de nueve (9) pisos con áreas de sala de partos, quirófanos, terapias y residencias médicas. La Dirección del hospital junto con los arquitectos e ingenieros de la Junta de Beneficencia dedicaron largas horas al proyecto que es presentado al Presidente de la República, al ser aceptado se inicia el 27 de marzo de 1957 y es puesta en marcha el 4 de enero de 1959 por el siguiente Presidente **Edgar Sanabria**; de igual forma se adquieren una variedad de medicinas propias para el ejercicio de la obstetricia y dentro de estos una amplia gama de antibióticos, lo que permite un mejor control de los procesos infecciosos <sup>(77)</sup>.

En el ámbito político el 15 de abril de 1953 se promulga una nueva Constitución de la República, apoyada por el programa de gobierno de Marcos Pérez Jiménez y su doctrina del “Nuevo Ideal Nacional” y ahí expresa su interpretación geopolítica sustentada en el conocimiento de las condiciones geográficas, la riqueza de los recursos naturales y las tradiciones históricas patrias, para fortalecer la política interior y exterior del país <sup>(81)</sup>. Tito Lacruz <sup>(83)</sup>, expresa para entender la filosofía dominante en las élites dominantes en Venezuela lo siguiente: “Comprender: los gobiernos de los primeros 50 años del siglo XX en Venezuela desde Gómez hasta el Perezjimenismo, requiere una breve referencia de lo que es el positivismo. La premisa de esta corriente de pensamiento es que son datos físicos de una sociedad (el clima, la raza, su gente, la geografía de sus tierras, la historia de su pueblo, la demografía) los que determinan sus peculiaridades. Se cree firmemente en el progreso evolucionista de las sociedades a través de los datos físicos. Siendo una doctrina de raíces europeas, el ideal de la sociedad avanzada según sus datos físicos es el occidente europeo y norteamericano” <sup>(83)</sup>. Esta visión de la filosofía imperante, nos explica muchos actos de los gobiernos de esos períodos y el comportamiento de muchos actores políticos tanto del gobierno como la oposición, se pensaba que como sociedad no teníamos la capacidad de tener

una democracia representativa. Con Gómez se asumió el control de la violencia, con López Contreras el papel primordial fue el bienestar social. Entre los personajes emblemáticos del positivismo en Venezuela que hicieron vida política tenemos a Laureano Vallenilla Lanz, Luis Razetti, Rafael Rangel y otros <sup>(81,82)</sup>.

El derrocamiento del gobierno en enero de 1958 detuvo la realización de la segunda parte del plan. Hubo en las nuevas autoridades presididas por **Edgard Sanabria** resistencia ante la idea de demoler el antiguo edificio y se lo dejó tal cual; solo se realizó comunicación interna con el nuevo edificio, quedando como la llamada “Maternidad vieja” <sup>(77)</sup>.

A partir del año 1958 experimentó la población de Caracas un crecimiento vertiginoso, explicable en gran parte por la inmigración interna desde el interior del país hacia la capital, con personas de escasos recursos económicos que sin lugar a dudas engrosaron la demanda de usuarias a la MCP, quedando insuficientes las 496 camas de la “Maternidad nueva”; por lo que en septiembre de 1959 se reutiliza el edificio viejo agregando 72 camas, dando un total de 640 camas operativas para la atención obstétrica.

En cuanto al ámbito médico es importante el descubrimiento de los antibióticos y a su uso para los procesos infecciosos y a su relación con la disminución de la MMOD, debida a la sepsis, por eso se presenta la siguiente tabla 43, la relación de su aparición con las muertes maternas.

**Tabla 46**  
Relación de mortalidad materna y el uso de los antibióticos  
Maternidad “Concepción Palacios”

<b>Período</b>	<b>Antibióticos</b>	<b>MM</b>	<b>RNV</b>	<b>RMM</b>
1939-1943	Sulfa	111	19.808	560,4
1944-1948	PNC	102	36.240	281,5
1949-1953	Varios Antibióticos	103	66.164	155,7

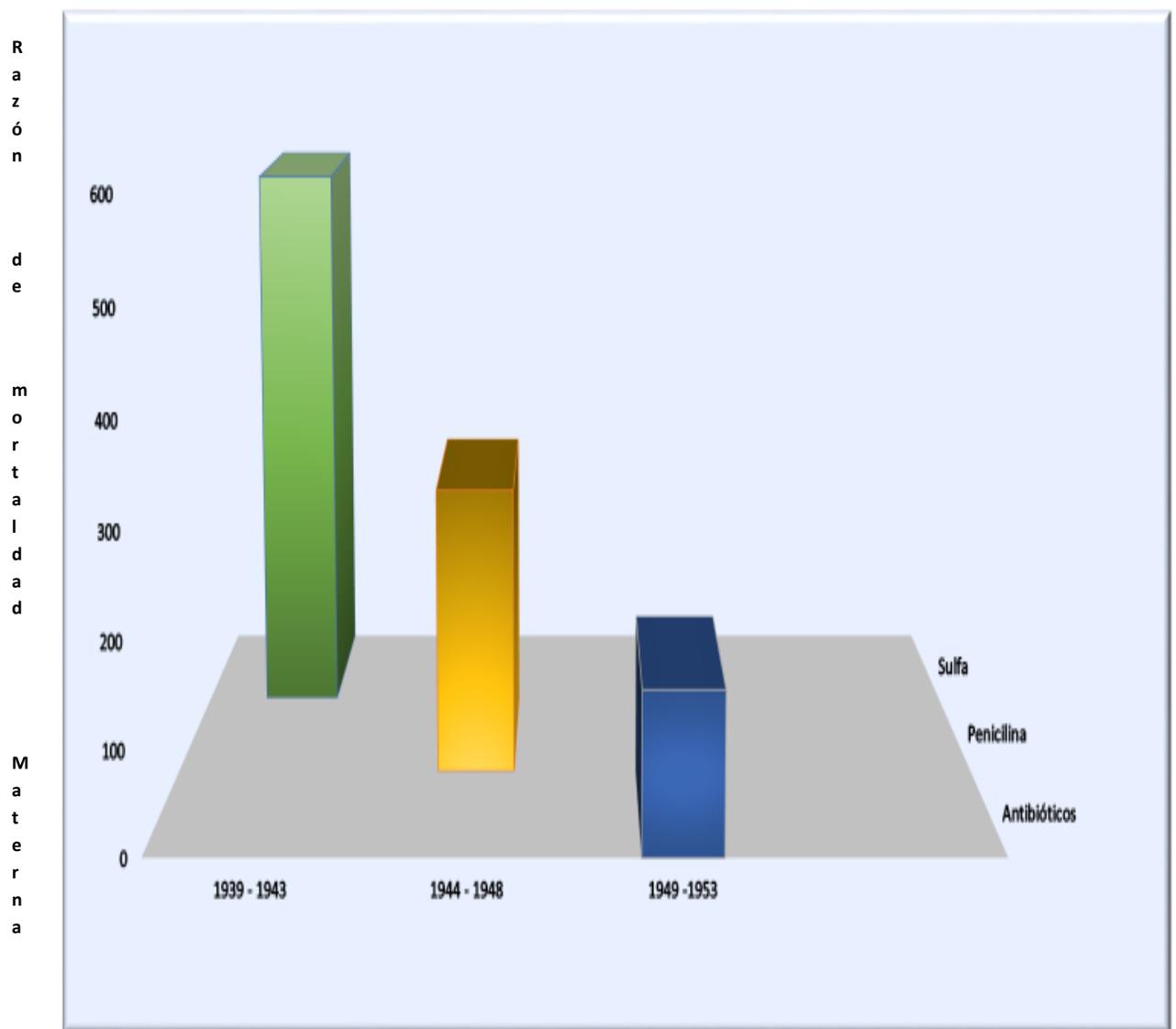
$\chi^2 = 97,860$  (p = 0,001) RMM x 100 000 RNV

Se aprecia en la tabla como los avances en el ámbito médico, sobre todo la antibioticoterapia logra impactar positivamente en la MM.

En la siguiente gráfica 46 se visualiza como los descubrimientos de nuevos antibióticos logran disminuir la MM sobre todo las debidas a procesos infecciosos.

**Gráfica 46**

Razón de mortalidad materna y el uso de los antibióticos  
Maternidad "Concepción Palacios"



$\chi^2 = 97,860$  ( $p = 0,001$ )  
RMM x 100 000 RN

En el período presidencial de **Rómulo Betancourt** de 1959 a 1963, los resultados reflejaron un total de doscientas cinco (205) MM, observándose que ciento cincuenta y seis (156) MMOD y que el cuarenta y nueve (49) restante MMOI.

En cuanto, a las causas de MM la sepsis obtuvo un incremento importante, seguida de las hemorragias y trastornos hipertensivos del embarazo. Visto de esta forma, el incremento de los casos sépticos estuvo relacionado con el aumento de los abortos inseguros, de igual manera, con los procesos infecciosos de las heridas operatorias. Sin embargo, es importante señalar que el uso de los antibióticos para esa época logró aminorar un poco los fallecimientos de las gestantes que presentaban procesos infecciosos.

En base a este señalamiento, Badia Xavier <sup>(111)</sup>, en su trabajo valor del medicamento, sostiene que los antibióticos son uno de los más importantes puntos de inflexión en la mortalidad por los procesos infecciosos en el siglo XX. Los antibióticos constituyen actualmente la piedra angular en el tratamiento de las enfermedades infecciosas que durante siglos han causado gran sufrimiento y muerte a la humanidad.

En el trabajo de investigación realizado por Agüero, Torres y Aure, cuestionan las clasificaciones de las causas de MM, la de la OMS y la de la Asociación Médica Americana, reseñando la primera como “imprecisa, artificial, no práctica, complicada e incompleta”. Y la segunda que separa de manera incomprensible las embolias e incluye a unas en causas “directas” y a otras como “indirectas”. Explican en su artículo que debido a ello los autores de la época se limitaban a exponer las causas de MM, sin intentar determinada agrupación o clasificación <sup>(39)</sup>.

Las políticas públicas se centraron en concluir algunas obras y fundamentalmente en el mantenimiento del sistema democrático, que era amenazado no solo por el intento del regreso al militarismo, sino también al intento sostenido de la aplicación del sistema “comunista” que exportaba constantemente el régimen instaurado en la República de Cuba. Los actores políticos entendieron que la prioridad de la naciente democracia era lograr la estabilidad política, amenazada no solamente por los factores conservadores de siempre, los tiempos cambiaron y la izquierda se convierte en un factor

amenazante, con la Revolución Cubana triunfante a pocos kilómetros de nuestras costas. La agenda política debía comprender la satisfacción de las necesidades de la población y por otra parte que le diera apoyo al sistema, esto construido en base a la renta petrolera <sup>(82)</sup>.

Se considera como punto de partida la firma del llamado “Pacto de Punto Fijo” en 1958.

En relación al período presidencial de **Raúl Leoni** de 1964 a 1968, los resultados obtenidos reportaron un total de doscientos treinta y seis (236); de las cuales ciento sesenta (160) fueron MMOD y setenta y seis (76) MMOI. En base a estos datos, se evidencia un alto índice de MMOD.

Con respecto, a las causas de las muertes maternas sigue predominando la sepsis como la primera al igual que el período presidencial anterior. La segunda causa viene a ser la hemorragia y como tercera los trastornos hipertensivos del embarazo. Puntualizando en lo expresado es pertinente mencionar, que uno de los factores que influyen en las muertes maternas por sepsis es el aborto provocado en condiciones inseguras, además de las infecciones pos cesáreas y también en los partos vaginales.

Desde esta perspectiva, Thadeus y Maine en 1994 en su trabajo de investigación las tres demoras que influyen en la muerte materna, plantean que el reconocimiento de signos de alarma en la gestante, su traslado al centro asistencial y la atención médica en el centro de salud, son factores importantes que inciden en la MM, porque el tiempo es crucial para detener o aminorar un proceso infeccioso que puede desencadenar la muerte de la embarazada <sup>(54)</sup>.

Por otro lado, se puede decir que las políticas públicas de salud durante esta época se enfocaron más hacia la medicina preventiva que curativa, lo cual facilitó que la RMM disminuyera considerablemente en la MCP.

Agüero y Torres <sup>(42)</sup>, expresan que para estos períodos la edad promedio de las fallecidas fue de 28 años y los extremos entre 13 y 49, que se relacionan exactamente con nuestros resultados, también exponen que la edad hasta la cual llegó el embarazo en un buen porcentaje hasta menores de 28 semanas, o sea abortos. La primera dama

conocida como “Doña Menca de Leoni” se ganó el aprecio y cariño de gran parte de la población, creó la Fundación de Niño que de manera indirecta logró proteger a numerosas madres embarazadas que podría haber en estado en riesgo por MME.

Durante el período presidencial de **Rafael Caldera** de 1969 a 1973, los resultados obtenidos evidenciaron un total de trescientos treinta y cinco (335) muertes maternas, reportándose que doscientas cincuenta y cinco (255) fueron MMOD, mientras que el ochenta (80) restante MMOI. De acuerdo con los datos arrojados, las MMOD siguen predominando en relación a las MMOI.

En lo concerniente, a las causas de la MM sigue predominando la sepsis como principal, muy seguida de hemorragias y THE. Ahora bien, es relevante destacar que para esta época el aborto en condiciones inseguras continúa siendo un indicador preponderante de la MM.

Autores como Coppes y Messer <sup>(112)</sup>, afirmaron que con el aumento de las interrupciones del embarazo en California de 518 en 1967 a 138 584 en 1972, las muertes por aborto disminuyeron de 8,02 a 2,43; Beral <sup>(113)</sup>, refiriéndose a Inglaterra, escribe en 1979 que las muertes por aborto fueron “comparativamente infrecuentes”.

En este orden de ideas, Castro y Tineo en 2016 <sup>(109)</sup> opinan: que la MM mide por una parte la atención preventiva que se expresa como el control de la madre y el feto. El concepto preventivo es detectar mediante métodos sencillos las enfermedades o condiciones que pueden ser tratadas con la atención del parto o la cesárea, pues ese dato expresa de alguna manera la situación hospitalaria. En pocas palabras, la MM mide los aspectos inherentes a lo preventivo y a lo curativo sobre un grupo poblacional teóricamente sano, es decir mujeres en edad reproductiva entre los 16 a 40 años de edad. De allí que, es indispensable tomar en cuenta la atención preventiva dentro de las políticas públicas de salud, a fin de aminorar el alto índice de MM, no solo en la MCP sino en todo el país.

Desde el punto de vista político Rafael Caldera hereda un país convulsionado, donde la guerrilla urbana y rural, incapaz ya de tomar el poder, mantenía un clima de violencia y zozobra. Nunca se suspendieron las garantías constitucionales y nunca fueron

acuarteladas las Fuerzas Armadas, se mejoran las relaciones diplomáticas con varios países. Se asigna a la educación primaria prioridad, se logra un nuevo concepto de la educación, se reforman los programas desde el pre escolar hasta la educación superior. Se sanciona la Ley de Carrera Administrativa <sup>(79)</sup>.

Realiza la construcción y puesta en funcionamiento del Hospital General del Oeste Dr. “José Gregorio Hernández” en 1973; Se formó en el Ministerio de Obras Públicas la División de Arquitectura Medico – asistencial, donde se realizaron todos los proyectos y construcciones <sup>(81)</sup>.

Para el período presidencial de **Carlos Andrés Pérez Rodríguez** de 1974 a 1978, los resultados obtenidos sobre la MM, reportaron un total de doscientas cincuenta y ocho (258), observándose que doscientas cinco (205) fueron MMOD y las cincuenta y tres (53) restantes fueron MMOI.

En cuanto a las causas de MM los datos reflejan que la sepsis es la principal causa con una elevada frecuencia, la cual está vinculada con los abortos sépticos, que siguen siendo un indicador importante que incide en los fallecimientos de las embarazadas. Como segunda causa, se presentan hemorragias y THE que siguen siendo la tercera causa de MM, en relación al período presidencial anterior. Conviene destacar que, para esta época, las causas de MMOI, fueron los trastornos cardiológicos y los hematológicos.

En este período presidencial Agüero y Torres <sup>(43)</sup>, hacen un tercer trabajo sobre la MM en la MCP, el cual se vincula con la presente investigación en cuanto a las principales causas de MM evidenciándose un 62,3 % de MM debido a la sepsis; un 17,2 % por hemorragias y un 15,7 % debido a THE; el 41,1 % de los casos estuvieron relacionados con los abortos.

En cuanto a las MMOI, las cardiopatías fueron las de mayor frecuencia, seguida a cierta distancia por la drepanocitosis <sup>(43)</sup>. Al respecto, Pijuan y Gatzoulis señalan que la cardiopatía es la causa más frecuente de muerte materna indirecta, y se espera que la cantidad de gestantes con cardiopatías se incremente en los próximos años <sup>(114)</sup>.

Dentro de este marco de referencia, es preciso resaltar que, en las políticas públicas de salud, se debe incluir información acerca de la importancia que tiene el control prenatal y el control con un obstetra experto en embarazos de alto riesgo junto con un cardiólogo con experiencia en las conductas para las gestantes con cardiopatías. Igualmente, información apropiada sobre planificación familiar a todas las mujeres que lo requieran con el objetivo de que planifiquen adecuadamente sus embarazos, de tal manera que no corran riesgos de perder la vida, ya que esto se puede evitar, si asisten a control médico en forma preventiva.

Cates y col <sup>(115)</sup>, quienes analizan las tendencias para la época de 1940 a 1976 “no encontraron evidencias de que la legalización del aborto, en Estados Unidos haya causado un exceso en la MM”, alegando que “... hacia 1975, los abortos ilegales casi habían sido eliminados en Estados Unidos. Estimaron que más de 20 000 procedimientos clandestinos fueron hechos en 1974 en comparación con 200 000 a 1 200 000 de 1960.

Otro aspecto a destacar es el mostrado por Dietel y Keding <sup>(116)</sup>, en Hamburgo, con 5 casos de peritonitis pos cesárea de un total de 8 muertes por sepsis. De modo que, a pesar de los antibióticos modernos, el fantasma de la peritonitis causaba estragos.

Desde el punto de las Políticas Públicas el Gobernador del Distrito Federal de la época: Dr. Diego Arria Salicetti realizó una serie de reformas y mantenimientos correctivos y mayores que mejoraron la infraestructura de la MCP, debido fundamentalmente a la Incidencia Pública en la población de gestantes, que presentaron al Gobierno Regional la necesidad de no ser “amorochadas” en las camas de la sala de partos, es decir, no se permitió el uso simultáneo de dos pacientes por cama, situación que dicho Gobernador prohibió desde ese instante.

Para el período presidencial de **Luis Herrera Campins** de 1979 a 1983, los resultados acerca de la MM reflejaron un total de doscientas noventa y siete (297), lo cual denota que doscientas diecinueve (219) fueron MMOD y sesenta y ocho (68) restantes en MMOI.

Con respecto, a las causas de MM los resultados arrojaron que la sepsis, sigue siendo la causa más frecuente, posteriormente siguen los THE, los cuales pasaron al segundo lugar, a diferencia del período presidencial anterior y por último se ubican las hemorragias con un discreto descenso en relación a los THE.

Distribución de causas muy parecidas a los trabajos realizados por Uzcátegui y col.<sup>(117)</sup> en las tendencias de 1974 a 1980.

En atención a esta problemática, es necesario mencionar que uno de los indicadores importantes que influyó en los casos de MM, fue la pobreza crítica, en la cual estaba sumergida Venezuela, a raíz del “viernes negro” que vino a disminuir la calidad de vida del pueblo y en este caso el de las gestantes que formaban parte de la población más vulnerable, con escasos recursos económicos para satisfacer sus necesidades prioritarias como: la alimentación, la educación, los medicamentos y una atención médico asistencial de calidad <sup>(118)</sup>.

En este sentido, Fundacredesa 1983 publicó los primeros resultados donde la estratificación social en Venezuela, según el método Graffar 1 <sup>(119)</sup> reportó que el 42% de la población venezolana estaba en pobreza relativa y el 58% en pobreza crítica. Esto significa, que para esa época un alto índice de embarazadas no asistió a control prenatal, ni recibieron una alimentación balanceada. Por lo tanto, se puede inferir que la gran mayoría de los embarazos eran de alto riesgo, debido a las precarias condiciones en que se encontraban las gestantes.

En opinión de Kraus Arnoldo <sup>(120)</sup>, el embarazo, el parto y el puerperio no son enfermedades, son eventos naturales y en ocasiones deseables, pero a veces esos eventos cuando la pobreza es profunda, se transformaron en enfermedad y muerte. De allí, que la MM es un tema imperecedero y universal que atañe a todos los políticos, religiosos y sistemas de salud entre otros.

En virtud, de que la atención primaria integral y ambulatoria, para esa época se vinculó con el MSAS, la RMM disminuyó un poco a nivel nacional. Sin embargo, en la MCP disminuyó la asistencia de gestantes a dicho establecimiento de salud, pero la RMM se incrementó en relación con los períodos anteriores. Por lo tanto, resulta oportuno

destacar que esto pudo haber ocurrido, motivado a la pobreza crítica que atravesaba Venezuela para esa época.

En el ámbito internacional en 1982 tras la conferencia de Alma Ata, cambia la visión de la atención de la salud a nivel mundial y América Latina apoya la estrategia de la atención primaria integral, ambulatoria, por medio de la OPS, Venezuela se apega con el MSAS en 1982 <sup>(85)</sup>.

Durante el período presidencial de **Jaime Lusinchi** de 1984 a 1988, los resultados sobre la MM evidenciaron un total de ciento ochenta y siete (187), observándose que ciento cuarenta (140) fueron MMOD y cuarenta y siete (47) MMOI. De allí que, sigue predominando la MMOD como en todos los períodos presidenciales anteriores.

En lo concerniente, a las causas de muertes maternas los datos demuestran que la sepsis continúa en primer lugar, con un alto porcentaje de fallecimientos por estas causas, la cual se vincula con los abortos y complicaciones infecciosas de las cesáreas. En segundo lugar, se ubican THE, igual que en el mandato anterior y por último están presentes las hemorragias, ocasionadas por atonía uterina y luego embolismos de líquido amniótico.

Para esta época la RMM en nuestra institución es alarmante, triplica a la del país y al Distrito Federal, y duplica la del Estado Miranda, que no solo presenta cifras altas, sino también conforma el centro de referencia de elección para hospitales como el Hospital “Simón Bolívar” de Ocumare del Tuy <sup>(44)</sup>. En relación con otros centros donde había atención obstétrica durante un lapso parecido; Uzcátegui y col. obtuvieron una RMM de 80 x 100 000 RNV, en el Hospital General del Oeste Dr. “José Gregorio Hernández” <sup>(121)</sup>. Faneite y col.<sup>(40)</sup> establecen una RMM de 105 x 100 000 RNV en el Hospital “Prince Lara” de la ciudad de Puerto Cabello y Molina Vílchez y col.<sup>(122)</sup> una RMM de 84,98 x 100 000 RNV en el Hospital “Noriega Trigo” de la ciudad de Maracaibo.

Nuestra cifra es prácticamente el doble de las razones mencionadas debido a que para el momento la MCP era centro de referencia nacional, con pacientes que por lo general ingresaban en muy malas condiciones generales.

Es preciso señalar, que solo un mínimo porcentaje de las gestantes fallecidas se controló el embarazo y como causas indirectas de las muertes maternas fueron las neumonías y las ocasionadas por varicela y tuberculosis. Ahora bien, esto llama a la reflexión pues esas muertes pudieron evitarse si dentro de las políticas públicas de salud se hubieran implementado campañas informativas y educativas acerca de la relevancia que tiene el control prenatal para controlar los embarazos de alto riesgo que pongan en peligro la vida de la madre y del feto.

Al respecto Koch (2010) <sup>(123)</sup> en su trabajo de investigación: la educación es fundamental en la reducción de la MM, sostiene que las políticas públicas de salud destinadas a mejorar la educación de la mujer y promover el embarazo deseado, planeado y seguro, logran reducir la MM sin la paradoja de legalizar el aborto inducido. Continúa argumentando el autor, que la reducción del analfabetismo en la embarazada, junto con la promoción de embarazos seguros que incluyen el control prenatal precoz, la atención profesional del parto y la atención obstétrica de alto riesgo son factores claves para disminuir la MM <sup>(123)</sup>.

Significa entonces, que las políticas públicas de salud juegan un papel importante en la reducción de la MM. Por tal motivo, es necesario incluir dentro de las políticas de salud aspectos como educación sexual, planificación familiar, campañas educativas de divulgación e información sobre los cuidados durante el embarazo y el parto; ya que, la mayoría de estas políticas giran en torno a la creación de hospitales y la remodelación de las infraestructuras hospitalarias, que sin lugar a dudas, son indispensables, pero escasamente toman en cuenta las carencias económicas, educativas y emocionales que presentan las embarazadas. Con respecto, a la MM en este período constitucional, se evidenció una leve tendencia a la disminución, tanto a nivel nacional como en la MCP.

En 1984 como política pública de salud, se promueve el aumento de la productividad en las edificaciones hospitalarias existentes y completar la infraestructura de atención de segundo nivel, que se prestaba en los ambulatorios tipo II y III <sup>(81)</sup>.

En el segundo período presidencial de **Carlos Andrés Pérez Rodríguez** de 1989 a 1992, los resultados obtenidos sobre la MM reportaron un total de ciento setenta y siete (177), lo cual denota que ciento treinta y nueve (139) fueron MMOD, mientras que ochenta y ocho (88) restante MMOI. Los datos reflejan una predominancia a las causas directas.

En esta investigación donde predominan las causas de MMOD, y por ende evitables, menor a las obtenidas en el período anterior y mucho mayor a la reportada por Uzcátegui y col <sup>(121)</sup>, (66,9 x 100 000 RNV) y por Faneite y col (95,2 x 100 000 RNV) en el mismo período <sup>(48)</sup>.

El autor considera prudente no comparar algunos valores obtenidos que no correspondan al mismo lapso como sugiere Faneite y col <sup>(48)</sup>.

En relación, a las causas de MM, la sepsis se ubica en primer lugar con una alta frecuencia de fallecimientos, en segundo lugar, están THE, desplazando de esta manera a las muertes por hemorragia, que venían predominando en los mandatos presidenciales anteriores. Cabe destacar, que tanto en el período presidencial de Lusinchí como en éste los THE, se incrementaron en una forma vertiginosa, subiendo del tercero al segundo lugar.

La principal causa directa de MM que se obtuvo fue la sepsis, especialmente la posaborto, este problema es tan grave que ya desde el primer trabajo de Sánchez y col. desde 1939 hasta el presente especificado por Agüero y col <sup>(42)</sup>. Posteriores trabajos han reportado la MM en la MCP y han señalado: “esta MM venía en ascenso probablemente atribuido a inescrupulosas personas que lo practican en la clandestinidad y en condiciones inseguras”. De manera que todo lo que correspondía a la atención del aborto séptico en la MCP, era prioritario <sup>(38-46)</sup>.

Cuando comparamos las tres causas principales de MM en la MCP con la de otros hospitales nacionales observamos que la sepsis predomina y primordialmente pos abortos como la señala Uzcátegui y col <sup>(121)</sup>, a diferencia de Faneite en Puerto Cabello que reportan la sepsis posparto <sup>(49,124)</sup>.

En cuanto al aborto en España, en julio de 1985, se descubre un medicamento, el Misoprostol, destinado para los tratamientos gástricos y muy específicamente como gastro protector para el uso de los analgésicos no esteroideos (AINES), resulta que este medicamento en 1990 se le encuentra como efecto secundario que produce abortos en las primeras semanas y es usado como tal a partir de 1990 en las mujeres pobres de América Latina; su aparición va a producir disminución en los casos de sepsis por abortos señalado en Ginealmería<sup>(125)</sup> y por Paula Forteza<sup>(126)</sup>.

Reconociendo la particular dificultad de identificar las muertes maternas, en 1990 la XLIII Asamblea Mundial de la Salud aprobó el agregado de un “casillero” en los certificados de defunción de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE), para indicar si una mujer estaba embarazada o si recientemente había terminado el embarazo. Ese agregado se incorporó en el Volumen 2 de la CIE-10 y se lo aplicó a más de 30 países <sup>(61)</sup>.

Es desde este momento 1990, en que empieza a utilizarse una clasificación uniforme de la MM. El autor considera que incluso esta clasificación presenta ambigüedades de interpretación para una adecuada clasificación de las muertes maternas.

Por otro lado, es indispensable acotar que más del cincuenta por ciento de las pacientes que fallecieron eran madres solteras, sin control prenatal y lo más deplorable que la edad mínima de las gestantes fue de trece (13) años, es decir adolescente. Según se ha visto, fallecieron una gran cantidad de jóvenes adolescentes, quizás por tener escasos conocimientos acerca del embarazo y sus consecuencias o por irresponsabilidad de los padres al no orientarlas respecto a la sexualidad. Aunado a unas políticas públicas de salud que se olvidaron de una población tan vulnerable como son las adolescentes.

En este orden de ideas, la UNICEF en Venezuela afirma que los últimos datos oficiales evidencian que este país tiene una de las tasas de fecundidad de adolescentes más altas de Suramérica y la mayor incidencia se observa en adolescentes que viven en pobreza extrema y en zonas rurales. En relación, a las principales causas destacan: la violencia intrafamiliar, los servicios de salud a adolescentes insuficientes en cantidad

y calidad, también al escaso recurso humano especializado para la atención de salud del adolescente, además de la poca coordinación institucional que se aboque a esta problemática de salud pública <sup>(127)</sup>.

Sin lugar a dudas la descentralización fue una de la Política Pública de mayor importancia. La descentralización colaboró a destacar a múltiples líderes regionales, creándose Políticas Públicas como la del Gobernador de la época Dr. Antonio Ledezma, quien plantea descentralizar aún más las gestiones que llegaban hasta el ámbito de la salud con la propuesta de la creación de Servicios Autónomos, su propuesta era iniciarlo con la MCP como proyecto piloto, pero no se pudo concretar por los intentos de “golpes de estado” que produjeron Incidencias Públicas hacia otras áreas de la sociedad.

El gobierno nacional a través del MSAS inició el “Proyecto Salud”, dirigido a mejorar la calidad de la atención hospitalaria, teniendo como sub proyectos la modernización de los hospitales y del sector salud, con apoyo financiero y técnico del Banco Mundial y el Banco Interamericano de Desarrollo <sup>(81)</sup>.

Desde 1990 a 1994, se promueve la construcción de ambulatorios, centros equivalentes a la consulta externa de los hospitales, con un concepto de mantenimiento menos complejo, menos voluminoso y destinado a la Atención Primaria de la Salud (APS) <sup>(85)</sup>.

Durante este período se intentó implantar un nuevo sistema económico, “tecnocrático” que ocasionó una revuelta social llamada “Caracazo” y luego le tocó enfrentar dos intentos de “golpes de estado”, al final el período fue interrumpido por un juicio incoado por el Fiscal General de la República, que ocasionó la destitución del presidente y su sometimiento a juicio.

Para el segundo período presidencial de **Rafael Caldera** de 1994 a 1998, los resultados de la MM reflejan un total de noventa y dos (92), observándose que setenta y cuatro (74) fueron MMOD y el dieciocho (18) restante MMOI.

En cuanto, a las causas de MM los datos obtenidos reflejan que la sepsis es la principal causa con un elevado índice, el cual está relacionado con la práctica de abortos en condiciones inseguras, que siguen siendo un indicador importante que influye en los fallecimientos de las gestantes. Como segunda causa, se presentan THE, los cuales han predominado en relación a las hemorragias que habían prevalecido en los períodos anteriores y como tercera causa se reportan las hemorragias.

Visto de esta forma, es conveniente destacar que este período presidencial continuó la Política de descentralización, se caracterizó por promover la autogestión de los recursos, es decir algunas instituciones hospitalarias y entre ellas la MCP, administraron sus propios recursos y tenían fondos de recaudación, lo cual facilitó a los Directores Generales de estos centros asistenciales que realizaran una gestión eficaz al distribuir recursos para la compra de material médico quirúrgico y medicinas necesarias de manera directa, y a la vez lograr a través de estrategias adecuadas, la ayuda de empresas que hacían donaciones con el fin de mejorar la atención médica a las embarazadas. No sin antes haber errado en designación de Directores en Línea, que fracasaron en su gestión y que produjeron al inicio del Gobierno jubilaciones de oficio que ocasionaron Incidencias Públicas internas que incluso comprometieron el debido registro de la MM.

En efecto, la autogestión como política pública de salud fue tan eficaz que permitió el descenso de la RMM en la MCP desde la creación del MSAS. Obteniéndose, la más baja con respecto a los períodos presidenciales anteriores. Cabe destacar, que la autogestión como estrategia según Elservier en 1998 permite aumentar la eficiencia de los servicios y al mismo tiempo conseguir un mayor grado de responsabilidad de los profesionales en todo el proceso de atención a las pacientes<sup>(128)</sup>. De igual manera, mejorar el acceso a los servicios de salud y la continuidad de asistencia a las usuarias<sup>(129)</sup>.

La autogestión hospitalaria dio sus primeros pasos en el Distrito Federal con el Hospital Vargas, El Hospital de Niños JM de los Ríos y más tarde con la Maternidad “Concepción Palacios”, en esos momentos debido a los logros se empezó a trabajar en el estatuto de Servicio Autónomo con propuestas de autogestión, para otros cuatro

hospitales: "Dr. José Gregorio Hernández" (Los Magallanes), José Ignacio Baldó (El Algodonal), Jesús Yerena (Lídice) y el Oncológico Luis Razetti <sup>(130,131)</sup>.

El autor opina que sin lugar a dudas, la autogestión, el manejo de recursos propios fueron determinantes en la disminución de la MM, el sólo hecho político que los directores de los servicios autónomos, ascendieran a la categoría de Directores Generales y no Directores en Línea, determinaban una mejor gestión, lográndose modernizar los equipos de anestesia que eran demasiado antiguos; a pesar de los escasos recursos que ingresaban de la renta petrolera ( El barril de petróleo estaba en esa época a 5 dólares) se lograron unos cuantos progresos con la ayuda de la empresa privada que hacían donaciones y asociaciones estratégicas con el objetivo de mejorar la atención hospitalaria.

La política del MSAS hacia el año 1995 era no construir nuevos hospitales y ambulatorios, sino incrementar el uso de la capacidad ociosa y la recuperación de aquellas instalaciones que lo requerían <sup>(81)</sup>.

Las construcciones hospitalarias con proyecto tipo, se repitieron por todo el país, sin variar en su programación y diseño, Estos recintos posteriormente fueron sub utilizados o abandonados <sup>(85)</sup>. Se propuso un nuevo enfoque médico asistencial, estructurándose un nuevo conjunto de sistemas de salud, con la intención de llevar la atención primaria a todo el territorio nacional <sup>(81)</sup>.

Con respecto al primer período presidencial de **Hugo Rafael Chávez Frías**, desde 1999 hasta el año 2000, se reportaron un total de veintinueve (29) muertes maternas, distribuidas en veintitrés (23) por causas directas con el embarazo, parto o puerperio y seis (6) por causas indirectas.

En cuanto a las causas de la MM los datos permiten apreciar que la sepsis continúa con altas cifras diecisiete (17), seguidas por THE cuatro (4) y luego las hemorragias con seis (6).

Estos dos años del período presidencial que debió haber durado cinco años, se caracterizó por el enfrentamiento político y la promulgación de la nueva constitución.

**En este primer período presidencial** Chávez ganó las elecciones presidenciales el 6 de diciembre de 1998, obteniendo el 56% de los votos válidos, que representaban el 33% de la población electoral (más de once millones de personas para ese año). Esto correspondió a la votación porcentual más alta de los anteriores cuarenta años en Venezuela.

Los dos partidos dominantes hasta ese momento, Acción Democrática y COPEI, que Chávez acusó durante la campaña de nepotismo, cleptocracia y corrupción, se vieron obligados a renunciar a sus candidaturas iniciales y apoyar al independiente Henrique Salas Römer, el único que aparentaba tener la posibilidad de derrotar electoralmente a Hugo Chávez.

Para el desagrado de muchos, Chávez invitó al acto de investidura de la presidencia, el 2 de febrero de 1999, al último dictador de Venezuela, Marcos Pérez Jiménez, defenestrado en 1958 y quien rechazó las invitaciones y acercamientos de Chávez. Los opositores de Chávez tildaron sus promesas de campaña (luchar contra la pobreza y la corrupción) como demagogia y populismo, mientras entre la izquierda fue visto como el primer político que se salía de la línea continuista de las oligarquías en el poder en mucho tiempo.

Apenas iniciado su gobierno en 1999, Chávez solicitó al parlamento una serie de poderes especiales en el área de la economía para sanear las finanzas públicas y luchar contra la pobreza. En abril de 1999, Chávez promovió un referéndum que permitió elaborar una nueva Constitución para reformar todo el sistema.

Esta constitución fue redactada por la Asamblea Constituyente, elegida en julio de 1999 bajo un sistema totalmente uninominal. En dichas elecciones, el Movimiento Quinta República, partido político de Chávez, obtuvo con un 62% de votos el 95% de los constituyentistas, en tanto, la oposición con un 35% obtuvo un 5% de los escaños.

El 12 de agosto de 1999, la Constituyente declara por decreto el Estado de Emergencia, y se otorga el poder para intervenir e incluso disolver otros órganos del Estado. Una semana después, la Asamblea disuelve el sistema judicial y poco

después, el Parlamento. Esto será comentado en el exterior como un "escandaloso golpe de estado".

Mediante el voto popular, pero con una abstención del 55 %, el 15 de diciembre de 1999 Chávez logra sustituir la Constitución de 1961, su promulgación significó para muchos el logro político más importante de Chávez. Otorgaba más poder para el Presidente, por primera vez daba a los militares el derecho a participar en las elecciones y concedía a las poblaciones indígenas nuevos y específicos derechos lingüísticos, étnicos, culturales y territoriales. También instaura el referendo revocatorio del mandato de todos los cargos de elección popular.

En el año 1999 se fusionó el MSAS con el Ministerio de la Familia, creándose el Ministerio de Salud y Desarrollo Social (MSDS), como órgano rector de salud y con responsabilidad en los programas de enfrentamiento de la pobreza, que dependían del Ministerio de la Familia; Para el año 2000 finalizado el "Proyecto Salud", se emprende un nuevo plan, por parte del gobierno central: El Plan Bolívar 2000, para la reestructuración y mantenimiento de algunas edificaciones hospitalarias, realizadas por cierto de manera simultánea <sup>(81,131)</sup>. En el caso de la MCP se empezaron a efectuar una serie de remodelaciones que durante ese período no fueron concluidas, lo cual trajo como consecuencia que disminuyera la atención de las usuarias en la maternidad, reflejándose una disminución en la RMM.

El segundo período presidencial que según la Constitución de la República Bolivariana de Venezuela durará ahora seis años, con reelección inmediata y sin tomar en cuenta los dos años anteriores del proceso constituyente, Hugo Chávez ejerce la presidencia desde 2001 al 2006; en ese período ocurren ciento cuarenta y ocho (148) muertes maternas de las cuales ciento veinticinco (125) fueron por causas directas y veintitrés (23) indirectas.

En cuanto a las causas de las muertes directas en este período, los THE empiezan a ocupar el primer lugar con sesenta y cuatro (64) muertes, treinta y cinco (35) debido a la sepsis, y veintiséis (26) debido a las hemorragias. En este período el uso del misoprostol disminuye los casos de abortos en condiciones inseguras, y por otro lado

la creación de la Unidad de Medicina Materno Fetal hace que se refieran más casos de THE a la MCP desde otras instituciones de salud.

**En el segundo período presidencial** de Hugo Chávez del 2001 – 2006 ocurren ciento cuarenta y ocho (148) muertes maternas, de las cuales ciento veinticinco (125) fueron muertes directas y las veintitrés (23) restantes por muertes indirectas. En cuanto a las causas de MMOD, se observa en este período que los THE pasan a ocupar el primer lugar con sesenta y cuatro (64) muertes maternas, desplazando de esta manera a la sepsis (35) como primera causa que predominó en los períodos presidenciales anteriores, seguida de las hemorragias con 26.

Dentro de este contexto, es pertinente mencionar que a pesar de la puesta en práctica de programas sociales como el Plan Bolívar 2000, dirigido a reparar las infraestructuras hospitalarias y a la dotación de nuevos equipos médico quirúrgicos, la divulgación e información acerca de la salud preventiva y la importancia del control prenatal fue muy escasa, pues se le daba más relevancia al arreglo de hospitales con el fin de reinaugarlos, haciendo más énfasis en la “política de salud” que en la prevención de la salud de las gestantes como políticas públicas de salud.

Esto trae como consecuencia que la gran mayoría de las embarazadas no asistían a la consulta prenatal con el objetivo de monitorear su presión arterial, el peso, la alimentación y por ende el desarrollo del feto.

En este mismo orden de idea se crea “Barrio Adentro”, con el objetivo de implementar la atención médica en los barrios. Sin embargo, la atención a las gestantes era muy deficiente, pues no contaban con médicos gineco-obstetras de gran conocimiento para atender a las embarazadas que presentaban complicaciones en el embarazo, parto o puerperio. Por lo tanto, eran referidas a los diferentes hospitales o a la MCP, ya que en Barrio Adentro solo atendían médicos integrales comunitarios traídos de Cuba.

Por otro lado, se crea la modalidad de la contraloría social, integrada por personas de la comunidad, con muy escasos conocimientos acerca del funcionamiento de un establecimiento de salud, lo cual hace que la atención médica vaya cayendo en la

desidia por no contar con personas idóneas que deleguen funciones en los diferentes servicios médicos que atiende la institución <sup>(131)</sup>.

Chávez es ratificado en el gobierno con casi 60% de los votos. Al mismo tiempo las elecciones parlamentarias dieron mayoría absoluta al partido de Chávez con 99 de 165 escaños, lo que le dio poder para gobernar por decretos, lo cual incrementó las críticas dentro y fuera del país, sobre todo del gobierno de EE.UU.

Para el año 2000 las Naciones Unidas reconocieron que las cifras de MM continuaban siendo inaceptables, en un número importante de países, y se reconoció el incumplimiento del compromiso de El Cairo <sup>(21.50)</sup>.

La Organización de las Naciones Unidas (ONU), en el mes de septiembre de 2000, adoptan la “Declaración del Milenio sobre el Desarrollo” en donde se resalta la preocupación por la MM, 189 Estados miembros de la ONU, 147 de ellos representados por Jefes de Estado y de Gobierno, dentro de ellos el gobierno de la República Bolivariana de Venezuela, firmaron un compromiso de objetivos y metas para hacerlos realidad para el 2015. El objetivo 5: mejorar la salud materna y reducir en tres cuartos la MM entre 1990 y 2015 <sup>(4,132,133)</sup>.

Para esa época la MM ha tenido una tendencia descendente, sin embargo, existen diferencias marcadas entre regiones y países. En el año 2000 la Dirección Materno Infantil da a conocer el “Plan Nacional de Prevención y Control” luego en 2001 elaboran el Manual de pautas y procedimientos para monitoreo <sup>(24,66-68)</sup>. El documento “Cumpliendo las Metas del Milenio en Venezuela” elaborado por el Gabinete Social del Ejecutivo de la República Bolivariana de Venezuela en el 2004 <sup>(24,133)</sup>. La MM disminuye, pero no de manera sustancial.

En diciembre de 2000 Chávez aprobó la organización de un referéndum muy controvertido sobre la reorganización de las centrales obreras; su plan proponía suspender en medio año a todos los funcionarios de los sindicatos, y permitir que cada asociado escogiera a un nuevo candidato. De esta forma, él podría apartar a los aliados de la oposición y colocar gente de confianza en las centrales obreras. La propuesta de Chávez obtuvo casi dos tercios de los votos. Al realizarse finalmente las

elecciones sindicales en Venezuela, el gobierno recibe la primera gran derrota electoral desde su inicio, al quedar las centrales sindicales en manos de la oposición.

Entre los programas sociales que destaca estos años fue el Plan Bolívar 2000, mediante el uso de militares encargados de reparar infraestructuras como hospitales y lugares públicos, limpiezas y embellecimiento de calles, así como la venta de verduras en la calle y ropa, “enalteciendo” entonces la labor del ejército.

El Congreso aprueba un Decreto Habilitante que le da poderes especiales al Presidente para aprobar un conjunto de leyes, incluyendo la Ley de Tierras (que impulsa una reforma agraria contra el latifundio, percibido como uno de los graves problemas del país, en donde sobran las tierras sin cultivar y los espacios agrícolas dado el masivo éxodo que ha sufrido el campo en perjuicio de las más sobrepobladas ciudades del país), la Ley de Hidrocarburos y la Ley de Pesca (que da ventajas a los pescadores artesanales y desfavorece la pesca de arrastre).

Si bien son aprobadas unas 49 leyes, la oposición dirigida principalmente por la patronal más importante del país Fedecámaras y la Confederación de trabajadores de Venezuela (CTV), se concentra en luchar en especial contra las tres leyes antes mencionadas, acusándolas de ser leyes "comunistas", y llama a un primer paro nacional el 10 de diciembre de 2001. Si bien el paro fue calificado como exitoso, la oposición no logró su objetivo de hacer retroceder al gobierno con este paquete de leyes. La polarización en el país comenzó a ganar fuerza, y algunos notables aliados del presidente Chávez, como Luis Miquelena, comenzaron a abandonarlo. Posteriormente se conoció que Miquelena había sido persuadido por sectores opositores para evitar a toda costa el paquete de leyes, pero él no pudo convencer a Chávez ni al alto gobierno; las leyes eran vitales para el proyecto de Chávez de crear un nuevo orden económico y social.

En cuanto a las políticas públicas se crea “Barrio Adentro”, en donde la Alcaldía del Municipio Libertador suscribe un convenio con la República de Cuba en el mes de abril de 2003, el plan tenía como objetivo implementar la atención médica en los barrios de Caracas. En septiembre de 2003, la Coordinación Nacional de atención Primaria del

Ministerio de Salud y Desarrollo Social, asume conjuntamente con la misión cubana en Venezuela, la implantación del programa “Barrio Adentro”.

En diciembre de 2003, el presidente de la República Bolivariana de Venezuela, crea la comisión presidencial “Misión Barrio Adentro” de conformidad con lo previsto en el artículo 226 de la Constitución de la República Bolivariana de Venezuela y en ejercicio de la atribución que le confiere el artículo 71 de la Ley Orgánica de la Administración Pública, publicada en gaceta Oficial N° 37.865 de fecha 26 de enero de 2004, Decreto Presidencial N° 2,745. Se asume como estrategia fundamental el fortalecimiento de la APS con énfasis en la participación de los ciudadanos y de la sociedad civil <sup>(81)</sup>.

En el 2006, anuncian la puesta en marcha del Proyecto Madre y el mejoramiento de la red de atención médica “Barrio Adentro”.

En la MCP se presenta la Contraloría Social, lo que hace que en la mayoría de los servicios médico quirúrgicos y terapia neonatal, los casos sépticos aumentaran notablemente sobre todo por complicaciones pos operatorias, ya que las personas que pertenecían a estos grupos de “contraloría social sanitario” deambulaban por todas las áreas sin las medidas básicas de antisepsia ni de vestimenta adecuada.

Como incidencia política desde el seno de los especialistas de la MCP se crea la Unidad de Medicina Materno Fetal el 20 de septiembre de 2003 y con la creación de un curso de ampliación reconocido por la Universidad Central de Venezuela (UCV), a partir del mes de enero de 2004, da inicio este curso de ampliación para especialistas en Obstetricia y Ginecología y se logra comenzar a disminuir la RMM de 280,24 x 100 000 RNV en el año 2003 a 123,80 en 2004.

Sloan y col <sup>(55)</sup> evaluaron en el año 2001 el riesgo que representa la escolaridad para la muerte materna, se encontró una asociación negativa con la escolaridad, como pudo apreciar, una mayor escolaridad disminuye el riesgo de la muerte materna, datos que son consistentes con lo reportado en otros estudios similares <sup>(36,41,44)</sup>

Otro de los factores más eficaces para evitar la MM consiste en mejorar los sistemas de salud gineco obstétrica y neonatales, donde se brinde un entorno que garantice la

provisión de insumos, equipamientos e infraestructura necesarios, los servicios de planificación familiar podrían reducir la muerte y morbilidad materna en un 30 % (29,31,56). Otros estudios encontraron en relación a la MM, que el 62 % de las mujeres tuvieron mal control prenatal, en su existencia solo 23 % acudieron a 2 o 3 consultas y un 24 % a más de cuatro visitas. Además, se reportó que el 35,5 % de las mujeres fallecieron en el puerperio posterior a cesárea y el 23 % en el puerperio posterior al parto normal, si se suman estos porcentajes, tenemos que poco más de la mitad de gestantes murieron en el puerperio, lo cual es indicativo de la calidad médica deficiente (30,33).

En el **tercer período presidencial** de Hugo Chávez desde 2007 a 2012 ocurren cincuenta y dos (52) muertes maternas; con treinta y seis (36) por causas directas y dieciséis (16) indirectas.

Las causas en este período fueron catorce (14) por trastornos hemorrágicos, once (11) por THE y ocho (8) por sepsis.

Es conveniente destacar, que la MM disminuye en este período presidencial, motivado a que las gestantes que presentaban complicaciones de salud no eran aceptadas en la MCP, porque la Unidad de Cuidados Intensivos de adultos (UCIA), permaneció cerrada durante los años 2009 y 2010. Por tal motivo las pacientes con referencia de casos graves de otros hospitales, no podían ser atendidos en este centro de maternidad, pues su vida era puesta en riesgo.

En investigación realizada por Mazza y col <sup>(134)</sup>, en El Distrito Capital durante los años 2008-2009 encontraron que hubo cuarenta y una (41) MM según la Coordinación de Epidemiología del MPPS y en la visita a los diferentes establecimientos de salud públicos y privados encontraron para el mismo período setenta y ocho (78) y cuarenta en el 2009, treinta y ocho (38) ocurridas en 2008 y cuarenta (40) en el 2009, lo que le permitió calcular un sub registro de 47,4 %.

En nuestra investigación encontramos una frecuencia absoluta de catorce (14) MM para 2008 y dos (2) para 2009 en la MCP y doscientas ochenta y ocho (288) en 2008 y trescientas sesenta y ocho (368) para el país.

En 2009, se inició la Misión Niño Jesús y el desarrollo del Programa Nacional de Salud Sexual y Reproductiva; la meta de MM representa grandes desafíos para la sociedad venezolana, para lo cual se instrumentan cambios institucionales en el Plan de atención integral a la MM, contemplando la planificación familiar, cuidados obstétricos de emergencia, servicios de transporte para el momento del parto, control prenatal y atención de calidad por parte de los servicios obstétricos <sup>(21)</sup> pero igualmente se aprecian cifras que se consideran elevadas.

En la MCP se terminan algunas remodelaciones que duraron tiempo paralizadas, como las áreas de sala de partos, área quirúrgica, al igual que remodelaciones de algunos servicios de hospitalización. A finales de este período, se resuelve crear el Servicio de Medicina Materno Fetal y se inaugura en agosto de 2012, todo el piso 2 que se destina para el funcionamiento de este novedoso servicio y con los mejores avances tecnológicos en el área de la medicina materno fetal; el 10 de junio del 2013 el Consejo Nacional de Universidades (CNU) reconoce al programa de la sede MCP como especialistas universitarios en medicina materno fetal.

En cuanto a las MM se encontró que el rango de edad más afectado fue el de 20 a 25 años de edad con el 33,33% con una edad mínima de 14 y una máxima de 42 años, el 62,96 % de las embarazadas que murieron entre los años 2009 y 2013 eran menores de 30 años. El 51,85 % de las pacientes tuvieron un embarazo controlado y el 11,11 % no fue controlado. El restante 33,03 % no fue reportado. Al momento de ocurrir la muerte fue en su mayoría pos cesárea (55,55%) seguida de posparto y abortos con el 14,81 % cada uno. El 74,04 % ocurrió la muerte en las primeras 24 horas de hospitalización <sup>(48)</sup>.

Se termina y se inaugura el edificio anexo “Negra Matea” donde se realizan las consultas externas, dicho edificio estaba programado e iniciada su construcción desde el período de Jaime Lusinchi.

Después de la ausencia y fallecimiento del presidente electo para un cuarto período Hugo Chávez Frías asume el período presidencial **Nicolás Maduro Moros** quien lo ejerce desde el 2013 y finaliza en diciembre de 2018. De allí que hasta el mes de

diciembre de 2018 han ocurrido en la MCP el fallecimiento de sesenta y nueve (69) gestantes fallecidas, cuarenta y nueve (49) por causas obstétricas directas y veinte (20) por causas indirectas. Las causas principales en valores absolutos son veintitrés (23) por THE, catorce (14), sepsis, once (11) hemorragias y un (1) Embolismo de líquido amniótico.

Estos datos evidencian que tanto en los períodos presidenciales de Chávez como en el de Maduro las causas de MM se incrementaron por THE a diferencia de los períodos presidenciales anteriores, donde siempre predominó la sepsis y en algunas ocasiones hemorragias.

Los resultados arrojados llaman a la reflexión, pues los THE durante el embarazo ponen en riesgo la vida de la gestante y la del feto, sin embargo, esto se puede evitar con un adecuado control prenatal. En este sentido Solís <sup>(135)</sup>, opina que tanto las madres adolescentes como las adultas mayores que sufren hipertensión crónica, obesidad y antecedentes familiares corren mayor riesgo de perder la vida. Por lo tanto, lo más recomendable es detectarlo tempranamente a través de un control prenatal desde el inicio del embarazo hasta el final.

Por otra parte, el Presidente del Colegio de Médicos del Estado Zulia, Dianiela Parra <sup>(136)</sup>, manifestó que existen otros factores como: el incremento de los embarazos de los adolescentes y embarazos mal controlados, aun cuando están asistiendo a la consulta prenatal, las futuras madres no tienen recursos económicos para hacerse un ecsonograma, los exámenes de laboratorio y mucho menos para comprar vitaminas, hierro y ácido fólico, que son importantes y deben consumirse para garantizar una apropiada gestación.

En la Venezuela de la actualidad, los sistemas de políticas públicas denominados generales presentan limitaciones significativas, si bien es cierto que la Constitución de 1999 ofrece nuevas pautas para la definición de políticas públicas, no es menos cierto que muchas de sus disposiciones tienen una baja viabilidad política y financiera. Por otra parte, la puesta al día de la legislación de acuerdo con la Constitución de 1999 tiene atrasos significativos. Por ejemplo, la Ley de Salud y del Sistema Público de

Salud no ha sido aprobada luego de varios años de la aprobación del texto constitucional <sup>(129)</sup>.

De acuerdo al último informe de la ONU, OMS, emitido en el mes de mayo de 2014 <sup>(137)</sup>, señalan que la MM se redujo en un 45 % desde 1990. Se estimó que 289 000 murieron en 2013 como consecuencia de complicaciones del embarazo, en comparación con las registradas en 1990 de 523 000 muertes maternas. La reducción mundial de la RMM se ha acelerado, ya que fue del orden del 3,5 % anual desde el 2000 hasta 2013 en comparación con el 1,4 % registrado entre 1990 y 2000. Disminuir del 75 % entre 1990 y 2015. Es más, los países donde más aumentó la MM desde 1990 son: Canadá, Cuba, Estados Unidos, Guyana, Surinam y Venezuela <sup>(137,138)</sup>.

Para Venezuela la meta trazada para el año 2015 era la de reducir la MM hasta alcanzar cifras de 14,8 por 100 000 RNV <sup>(138)</sup>.

Por otro lado, el Estado dentro de sus políticas públicas de salud realizó en abril de 2018 unas jornadas de capacitación médica denominadas “ALSO”: cero muertes maternas por hemorragias, en el Hospital Materno Infantil Comandante Supremo Hugo Chávez Frías, ubicado en la Parroquia El Valle, Distrito Capital. El objetivo de las jornadas es contribuir a reducir el número de muertes por hemorragias, que son prevenibles en nuestro país <sup>(139)</sup>.

Sin embargo, de acuerdo a la sala situacional del Gobierno Nacional, para la erradicación de la MM en el 2017 expresó que no solo ha descendido en la última década, sino que además muestra un dramático incremento, especialmente en estos últimos cuatro años, agudizado por la crisis económica que sin lugar a dudas impacta al sistema de salud pública, que es donde se atiende la mayoría de las embarazadas. Pero el Gobierno Nacional, para enfrentar esta problemática crea el Plan Nacional de Parto Humanizado, con el propósito de orientar a las gestantes, a través del acompañamiento de promotoras comunitarias que asistan a las embarazadas en su casa y no por garantizar condiciones materiales mínimas, para que estas puedan desarrollar sus embarazos sin mayores dificultades como el acceso a una alimentación balanceada, a las vitaminas que se requieren durante la gestación, a los exámenes de

rutina, a los controles médicos y todos los medicamentos e insumos necesarios para un embarazo de feliz término <sup>(139)</sup>.

En lo relacionado con el sistema político existen signos evidentes de deterioro de la capacidad de articulación de consensos entre los actores, así como signos preocupantes de reaparición de tendencias autoritarias y centralizadoras. En líneas generales, existe una disminución significativa de la gobernabilidad. Tanto que ya está planteada una nueva Constitución de la República Bolivariana de Venezuela.

Sin embargo, el Estado Venezolano aun no reconoce que el problema de la muerte materna, está directamente asociada a la severa crisis económica por la que atraviesa el país, la cual amerita de una urgente solución, a fin de evitar que siga aumentando la MM y garantizar a las embarazadas lo más preciado que tienen como es la vida.

## **Mortalidad materna de la Maternidad Concepción Palacios y su impacto en la mortalidad materna en Venezuela**

Este apartado pretende visibilizar mediante gráficas estadísticas, las muertes maternas ocurridas en la Maternidad “Concepción Palacios” (MCP) y su importante contribución con la MM en cuanto a los datos oficiales de Venezuela.

Prácticamente la creación del MSAS y la fundación de la MCP están muy relacionadas en el tiempo, ya que se realizan en el mismo período presidencial de José Eleazar López Contreras. La MCP tuvo la prudencia que los datos de las muertes maternas eran fielmente registrados desde su inicio en 1939, registros que hoy lamentablemente están descuidados, deteriorados y muchos de ellos perdidos; solo a partir del 2003 debido al SIVIGILA se tienen ahora digitalizados, por otro lado en los últimos años, las historias clínicas de los casos de muerte materna son celosamente resguardados en la dirección del hospital. Los del MSAS se empezaron a registrar de manera oficial desde 1940, hasta la publicación de los anuarios de epidemiología, que siempre tienen años de retraso, información de la Dirección de Epidemiología del MPPS y por último el boletín epidemiológico de la semana 52 del año 2016; por lo que el autor de la presente investigación se permite ampliar e intentar mostrar la comparación, para expresar por medio de gráficas los datos de ambos sistemas de registros.

En cuanto al comportamiento de la MM en Venezuela se obtienen datos oficiales desde 1940 que se publican los anuarios de epidemiología y se registra la mortalidad, esos datos en los anuarios están hasta el 2014, después de esa fecha es realmente dramático conseguir cifras oficiales; luego se puede complementar la información a través de la Dirección de Epidemiología quienes facilitaron la mortalidad y el boletín epidemiológico número 52 del MPPS, donde se pueden obtener las cifras del 2015 y 2016; después de ahí infructuosa la obtención. En la tabla 47 se presentan la frecuencia absoluta y la RMM desde 1940 hasta 2016:

**Tabla 47**  
**Mortalidad Materna en Venezuela**  
**Frecuencia absoluta y razón de mortalidad**  
**1940 – 2016**

Años	Frecuencia absoluta	Razón
1940	434	325,4
1941	406	302,1
1942	422	202,8
1943	359	247
1944	371	252
1945	325	210,4
1946	391	236,5
1947	365	210,1
1948	339	184,7
1949	373	187,7
1950	397	187,2
1951	448	199,5
1952	386	167,3
1953	374	149
1954	406	154,9
1955	378	138,7
1956	384	138,1
1957	380	133,8
1958	394	135
1959	408	125,6
1960	353	104,4
1961	378	109,6
1962	368	107,8
1963	335	94,8
1964	361	99,4
1965	409	107,8
1966	443	117,6
1967	382	93,6
1968	374	97,2
1969	332	83,6
1970	362	92,2
1971	374	92,1
1972	391	96,3
1973	376	92,7
1974	307	70,8
1975	305	68,4
1976	329	71,2
1977	349	75
1978	301	63,3
1979	292	60,7
1980	319	64,7

<b>Años</b>	<b>Frecuencia Absoluta</b>	<b>Razón</b>
1981	265	53,3
1982	257	50,3
1983	279	54,2
1984	307	60,9
1985	291	57,9
1986	296	58,7
1987	284	55
1988	291	55,7
1989	340	64,3
1990	338	58,9
1991	315	53,1
1992	299	53,3
1993	331	63,1
1994	383	69,9
1995	345	66,3
1996	301	60,4
1997	308	59,6
1998	256	51
1999	313	59,3
2000	327	60,1
2001	356	67,2
2002	335	68
2003	321	57,8
2004	318	59,54
2005	351	59,93
2006	356	60,49
2007	200	58,14
2008	288	63,45
2009	368	73,03
2010	346	69,31
2011	368	73,32
2012	370	69,81
2013	370	68,66
2014	418	80,48
2015	456	89,95
2016	756	112,29

**TOTAL**

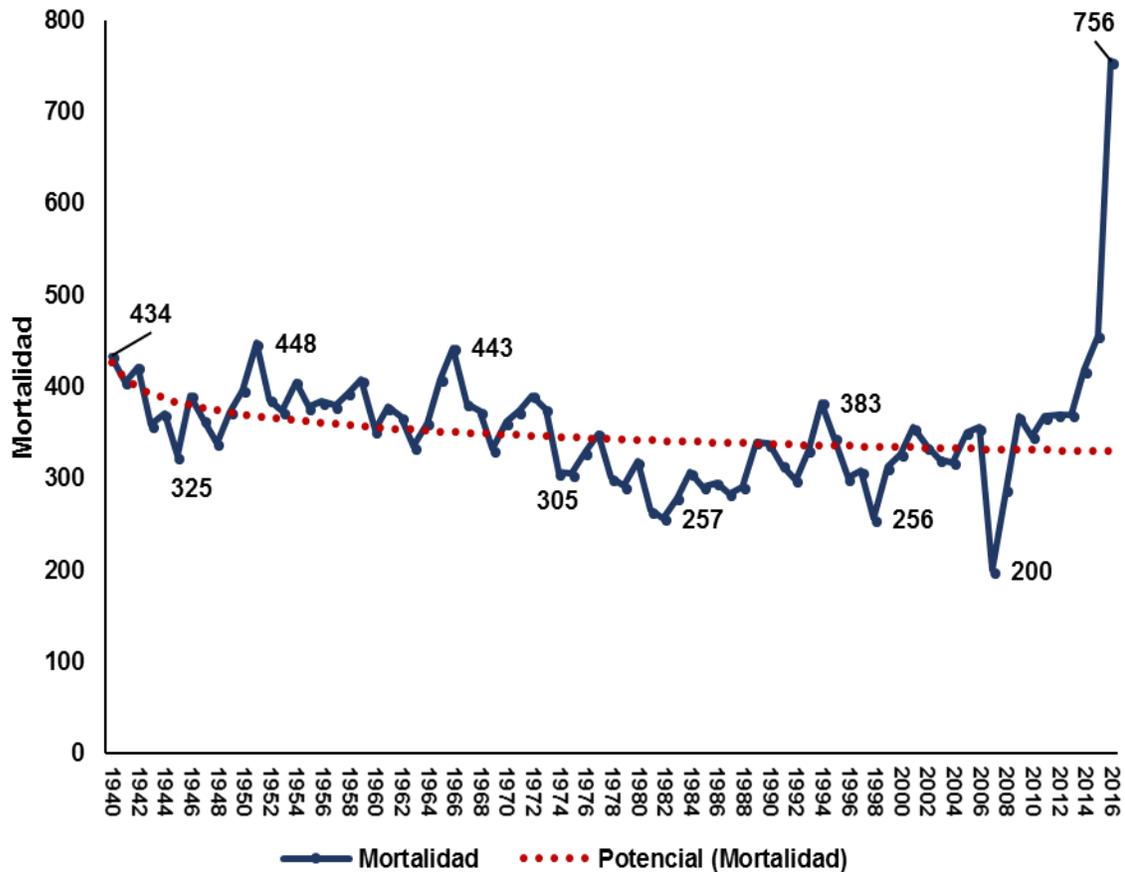
**27 283**

Fuente: MPPS  
 Anuarios de Epidemiología y Estadísticas Vitales  
 Anuario de Mortalidad  
 Dirección de Información Social y Estadística  
 Boletín del MPPS Semana 52. 2016

### Gráfica 47

#### Mortalidad materna neta en Venezuela

Estimación de tendencia potencial mediante descomposición estacional.  
1940 - 2016

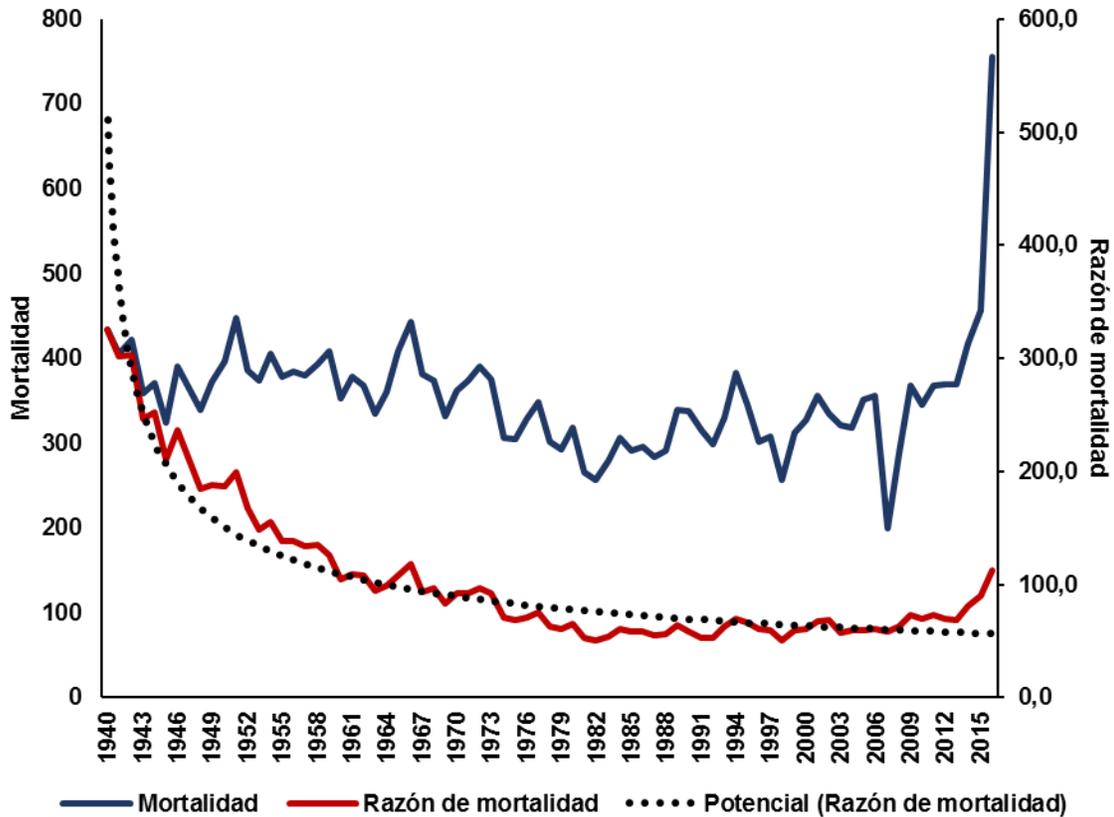


$$\text{Mortalidad} = -0,059 \times \ln(\text{período}) + 426,626$$

En esta gráfica 47 se representa la mortalidad en valores absolutos en Venezuela desde que se iniciaron los reportes epidemiológicos en los respectivos anuarios, hasta diciembre de 2016, año en que se presenta el último reporte epidemiológico del Boletín del MPPS que se conoce de la semana 52 de ese año. La gráfica muestra por si sola que nunca antes hubo tantas muertes maternas como en el 2016.

### Gráfica 48

Mortalidad neta y Razón de mortalidad materna  
Estimación de tendencia potencial mediante descomposición estacional.  
Venezuela  
1940 - 2016



$$\text{Razón de mortalidad} = -0,507 \times \ln(\text{período}) + 510,868$$

Fuente: MPPS

Anuarios de epidemiología y estadísticas vitales

Anuario de Mortalidad

Dirección de información social y estadística

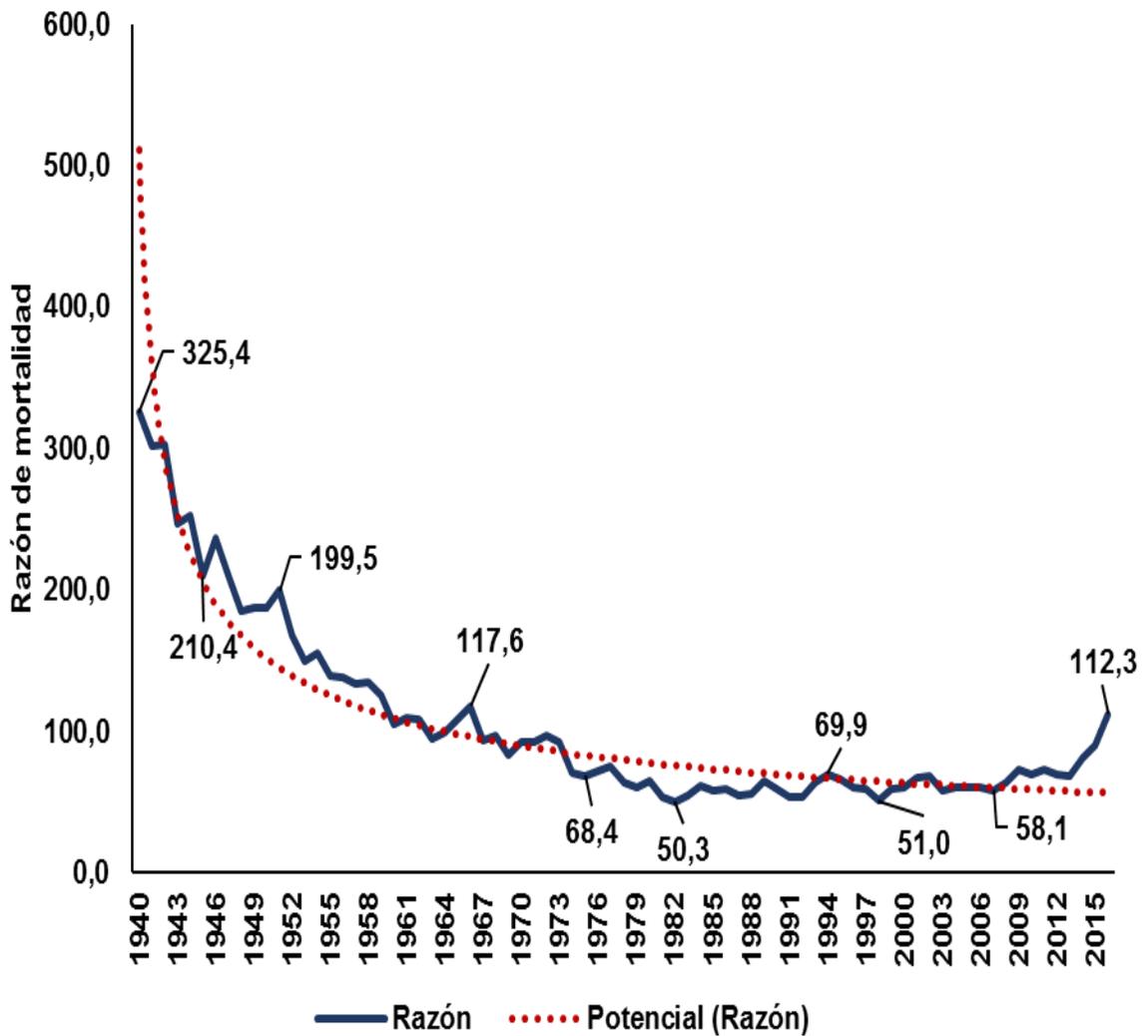
Boletín Epidemiológico semana epidemiológica No 52. 2016

En este grafico 48 se comparan la frecuencia absoluta con la razón de MM del país.

### Gráfica 49

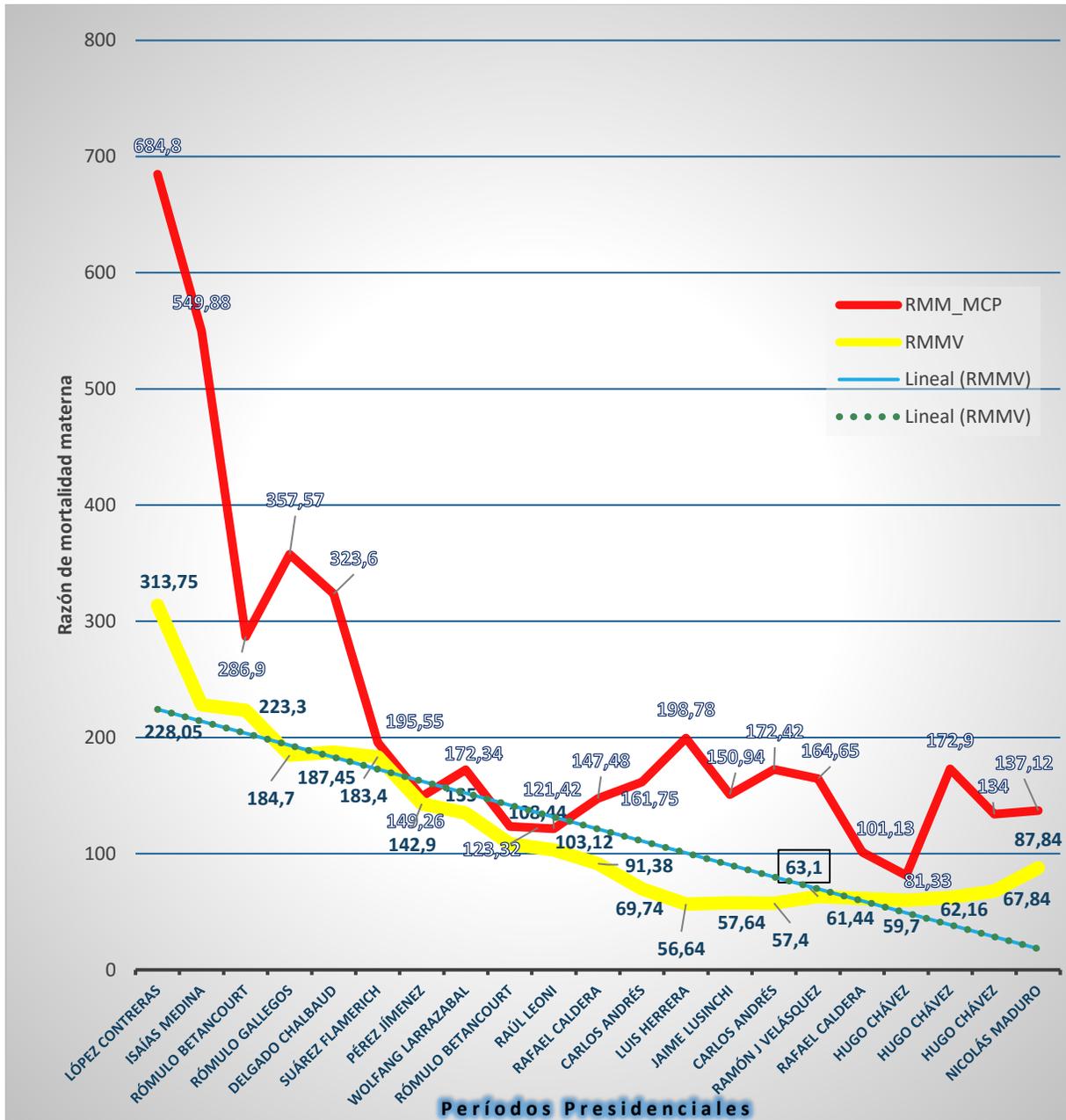
#### Razón de mortalidad materna

Estimación de tendencia potencial mediante descomposición estacional. Venezuela  
1940 – 2016



En esta gráfica 49, se presenta el comportamiento de la RMM en Venezuela y su relación con el promedio esperado, se ve como en los últimos años hay un incremento de la misma.

**Gráfica 50**  
**Mortalidad y Razón de mortalidad materna**  
**Según períodos presidenciales**  
**Venezuela y MCP con tendencia por descomposición estacional**

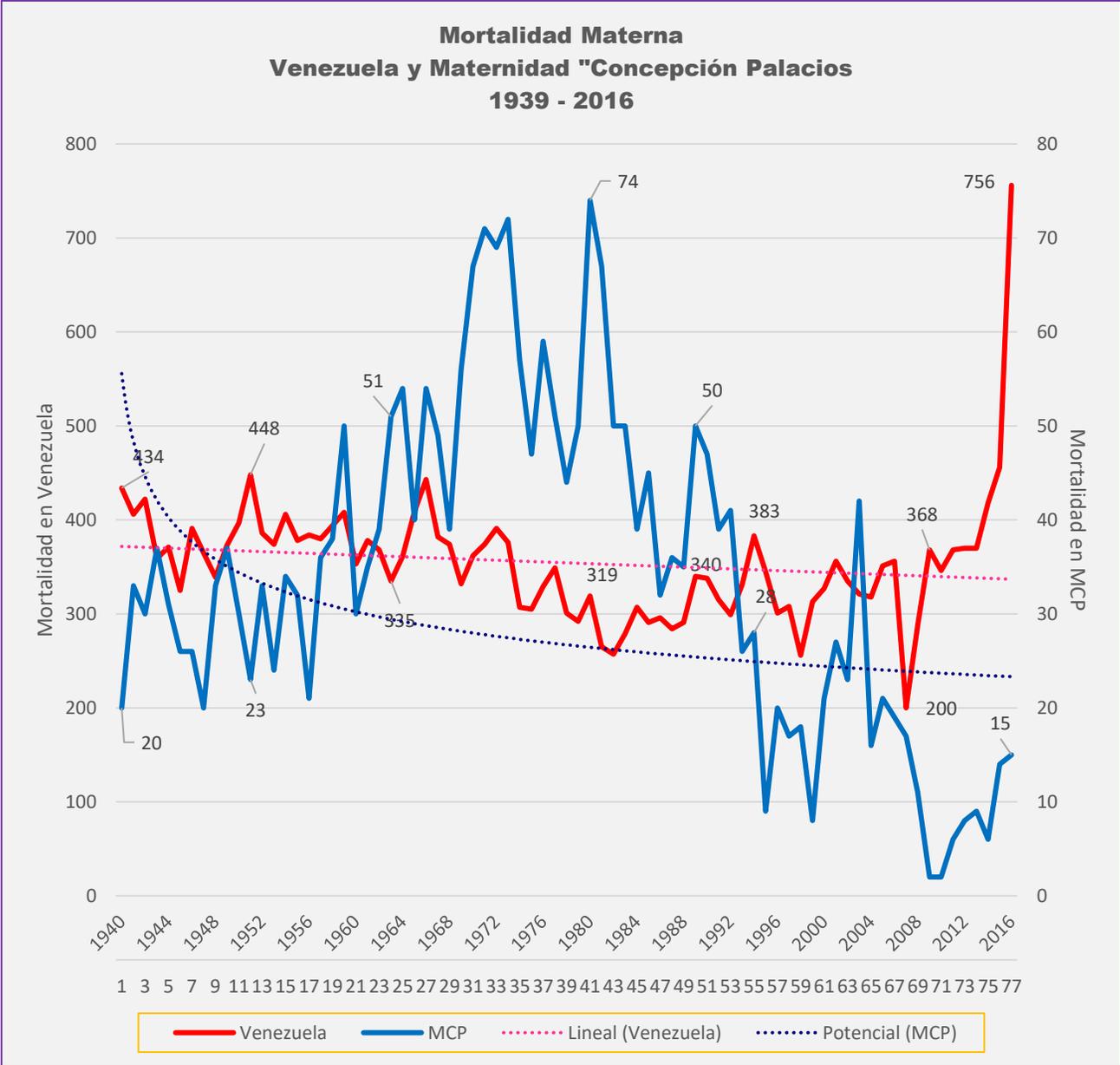


$$\text{Mortalidad} = 0,064 \times \ln(\text{período}) + 80,493$$

En la gráfica 50 se aprecia la comparación de la RMM de Venezuela con la MCP al igual que el potencial esperado para el país, se aprecia la gran distancia que hay entre el país y la MCP en los últimos años por períodos presidenciales.

En la siguiente gráfica 51 se visualiza la comparación entre las frecuencias absolutas de la MCP y Venezuela, se notan las grandes discrepancias que existen, pero que le dan conductas propias a la institución que se considera entre las más importantes del país.

**Gráfica 51**



Uno de los trabajos que más pudieran relacionarse con la presente investigación es la crisis de MM en Venezuela de Castro y Tineo <sup>(109)</sup>, esos investigadores hacen la narrativa de una mujer venezolana, de alto riesgo obstétrico, que se ve en la necesidad de recurrir a la atención pública, y culmina en un “exitus letalis”, plantean además la evolución de las tendencias de la MM en el país, en una tabla dinámica en los diferentes períodos presidenciales.

Estamos de acuerdo con esos investigadores que en Venezuela la tendencia muestra un comportamiento asintótico, que hubo momentos en los períodos presidenciales que los cambios en cuanto a la disminución de la razón fueron bastantes significativos, hasta la década de los 80 hubo una reducción de la MM, los autores señalan que desde la entrada del nuevo milenio la tendencia no solo se invierte, sino que se incrementa en grandes proporciones negativas <sup>(109)</sup>.

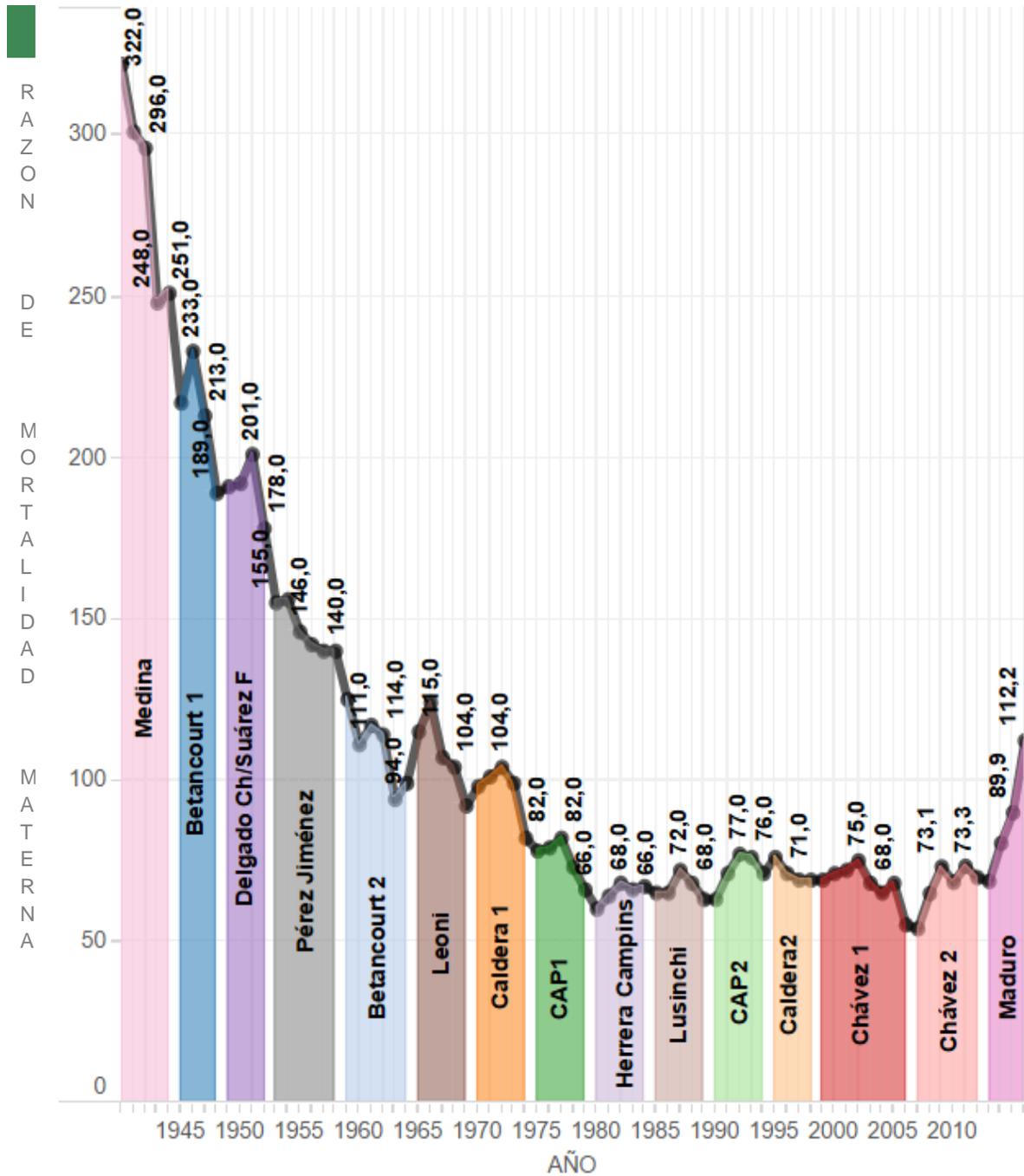
Los años y períodos presidenciales del presente milenio, no van acorde con los resultados, se invirtieron grandes sumas de dinero, la cuantificación no es por obras realizadas, casos resueltos, pacientes atendidas, sino por el monto de inversión, algunas veces escandalosas para resultados tan pobres.

Castro y Tineo <sup>(109)</sup>, acotan que durante este milenio se produjeron dos fenómenos que afectan el cálculo de la RMM, el primero que aumentó el número de RNV, lo cierto es que se incorporaron una cantidad de niños que históricamente habían quedado fuera del sistema y se imputaron un número importante de registrados en dos años consecutivo: 2007 y 2008. Lo que trae como consecuencia que al aumentar el denominador de la fórmula la razón baja, “así son las estadísticas”. Pero el indicador se sincera y comienza de nuevo la tendencia a mostrar un aumento sostenido y significativo. Dicen los autores “así es la realidad” <sup>(109)</sup>.

Es Justicia mostrar las gráficas originales de estos investigadores, en la discusión de la presente investigación, porque muestran la tendencia oficial del indicador de RMM en Venezuela a través de los períodos presidenciales que gobernaron al país y que pudieran compararse con los registrados en la MCP.

**Gráfica 52**

Razón de mortalidad materna en Venezuela  
Períodos Presidenciales

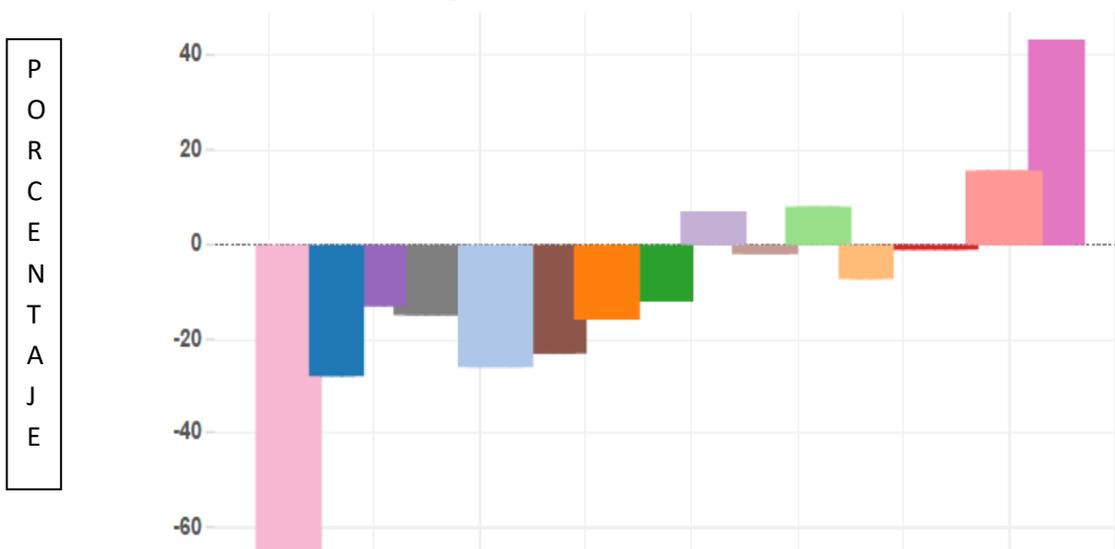


Fuente: Prodavinci (108)

### Gráfica 53

#### Mortalidad materna en Venezuela

#### Distribución Porcentual por Períodos Presidenciales



Fuente: Prodavinci (109)

En esta gráfica 53, Castro y Tineo <sup>(109)</sup>, muestran la magnitud de cambio absoluto del indicador de acuerdo con el período gubernamental. Es decir: la diferencia entre la RMM al comienzo de cada período presidencial, menos la RMM al final del período de gobierno. Y la diferencia neta que resulta en cada período nos da la idea de los cambios producidos tanto en su signo como en su magnitud.

Para finalizar en la tabla 48, se citan diversos autores que investigaron sobre la MM en diferentes establecimientos de salud en el país y que fueron publicados en revistas reconocidas, ahí se denota la importancia de la MM, para cada uno de los períodos estudiados con sus propias realidades, tanto es así, que en algunos se habla de tasa, en otros de razón y con cálculos que corrigen el factor a: mil (1 000) a diez mil (10 000) y hasta llegar a la razón actual definida por cien mil (100 000) recién nacidos vivos.

**Tabla 48**

**Razón de mortalidad materna en algunos hospitales en Venezuela**

Autor	Años	Ciudad/Vzla	MM	RNV	Razón de MM	Sepsis	THE	Hemorragia
Agüero <sup>(42)</sup>	1939-1974	Caracas	773	395 294	1,95x1 000	23	17,3	26,5
Regardiz <sup>(140)</sup>	1965-1975	Monagas	48	49 002	9,79x10 000	%	%	%
Uzcátegui <sup>(117)</sup>	1973-1980	Caracas	21	40 578	5,18x10 000	38,10	19,04	9,52
Silva <sup>(25)</sup>	1961-1980	Bolívar	54	54 117	9,97x10 000	38,88	9,25	24,07
Agüero <sup>(43)</sup>	1975-1981	Caracas	392	210 058	18,6x10 000	62,3	15,7	17,2
Brito <sup>(44)</sup>	1982-1991	Caracas	423		162,2x100 000	48,1	28,3	17,4
Molina <sup>(141)</sup>	1990-1994	Maracaibo	11	12 943	8,49x10 000			
Faneite <sup>(142)</sup>	1982-1991	Puerto Cabello	40	37 826	10,57x10.000	58,33	16,67	22
Uzcátegui <sup>(121)</sup>	1981-1994	Caracas	53	67 237	8x10.000	49	17	11
Suárez <sup>(143)</sup>	1988-1995	Cabimas	13	39 202	31,25x100 000	0	15,38	46,15
Faneite <sup>(124)</sup>	1990-2000	Puerto Cabello	24	38 482	64,9x100 000	15,79	31,58	47,37
García <sup>(144)</sup>	1993-2000	Maracaibo	260	213 459	121,80x100 000	25	20,77	35,38
Faneite <sup>(40)</sup>	2001-2004	Puerto Cabello	8	11 753	68,06	16,66	33,3	33,3
Chacón <sup>(145)</sup>	1974-2005	Mérida	178	183 288	97,11x100 000	26,17	39,60	32,22
Durán <sup>(45)</sup>	2001-2008	Caracas	176	11 149	159,78x100 000	19,31	39,20	16,47
Mazza <sup>(134)</sup>	2008-2009	Distrito Capital	78		98,97 y 103,9 x 100 000	26,7	40	31,1
Cabrera <sup>(46)</sup>	2009-2013	Caracas	27	41 282	65,40x100 000	22,22	29,62	18,51

## Conclusiones

Una vez analizados los resultados y culminado el proceso investigativo se establecieron las siguientes conclusiones atendiendo al planteamiento de los objetivos de la investigación.

En relación al objetivo, calcular la RMM ocurridas durante el período 1939 – 2018 en la MCP, se evidenciaron cifras que vienen en franco descenso desde mil novecientos treinta y nueve hasta los años setenta, luego se ralentizan para después presentar comportamiento asintótico y en la última década tener un ascenso inaceptable.

Con respecto al objetivo, determinar las causas de las muertes maternas directas e indirectas acaecidas en la institución durante el período de 1939 – 2018, se constató que las principales causas fueron: sepsis, hemorragia y trastornos hipertensivos del embarazo. Sin embargo, es importante destacar que este patrón se mantuvo constante en todos los períodos presidenciales a excepción del período de Hugo Chávez y Nicolás Maduro, en donde los THE representaron la causa principal de los fallecimientos de las gestantes.

En cuanto al objetivo, describir los indicadores socioeconómicos, educativos y de salud preventiva que inciden en las altas RMM en la MCP, se reveló la pobreza crítica como uno de los indicadores socio económicos que influyen en las muertes maternas, considerando que existe un gran deterioro en el nivel de vida de las familias, motivado a los escasos recursos económicos que perciben, los cuales no alcanzan para cubrir los gastos de la canasta básica de alimentación, ni para los medicamentos que necesitan las mujeres durante el proceso de gestación. De igual manera, se reportó la baja escolaridad o poca educación que tienen las gestantes, lo cual trae como consecuencia que no le den mucha importancia al control prenatal, quizás porque desconocen que allí son evaluadas mensualmente de una forma integral para evitar posibles complicaciones durante el embarazo, parto o puerperio.

Otro indicador importante que incide en la muerte materna, es la escasa atención preventiva de salud al no proveer información suficiente sobre la planificación familiar y los métodos anticonceptivos, generando de esta forma un alto índice de embarazos en adolescentes que agrava sus condiciones de vida por ser tan vulnerables y estar expuestas a tener un mayor número de hijos o por practicarse abortos en condiciones

inseguras. De allí que, es indispensable que se eviten los embarazos a edades muy tempranas, pues todas las mujeres deben tener acceso a la contracepción y en particular las adolescentes. También es necesario el fácil acceso a los servicios de salud materna de calidad, a fin de disminuir la MM no solo en la MCP sino en todo el país.

En lo tocante al objetivo, investigar las diferentes políticas públicas de salud creadas por el Estado venezolano en los períodos presidenciales de 1939 – 2018 para la prevención de las muertes maternas, se observó que cada período gubernamental implementaba sus propias políticas públicas de salud, incluyendo planes, proyectos, programas, decretos y resoluciones dirigidos a disminuir la MM en el país. No obstante, existen evidencias de que algunas de esas políticas lograron importantes descensos en las altas razones de MM, mientras que otras solo se orientaban hacia la remodelación de las infraestructuras hospitalarias, descuidando un poco su funcionamiento. Por otro lado, los convenios, tratados y compromisos asumidos en los diferentes eventos internacionales relacionados con la atención a la salud, se quedaban solo en propuestas para la firma y su ejecución.

La MM es un indicador que manifiesta al máximo la inequidad y la injusticia social, es muy sensible a los cambios políticos y sociales. No debería existir causa alguna cuyo desenlace sea la muerte materna con los conocimientos médicos de prevención y tratamiento actuales. La MM es una injusticia social y no una circunstancia de mala salud.

Se hablan de las tres demoras, otro autor presenta una cuarta, en esta investigación demostramos que hay una quinta, la demora del Estado y Gobierno en sus políticas públicas.

## **Reflexiones finales**

### **Premisas Teóricas que explican la muerte materna en el contexto de las políticas públicas de salud**

Desde el planteamiento del título de la investigación hasta analizar las bases teóricas que se encontraron en el tema propuesto se buscó configurar un conjunto de constructos interrelacionados, definiciones y proposiciones que se evidencian mediante la especificación de las relaciones entre variables, buscando más que una representatividad estadística, el comprender los patrones culturales y políticos con el propósito de evitar las muertes maternas.

En esta etapa de la investigación se presenta lo que fue revelado en la investigación enlazando a la verdad los hallazgos que implican los procesos praxiológicos, epistemológicos, ontológicos y axiológicos sobre los acontecimientos que se involucran en la muerte materna.

Para lograrlo se revisó documento publicado por la Revista de Postgrado.<sup>(146)</sup> quienes al hablar de premisas, intentan alcanzar un nivel de teorización, que invita a los investigadores a la generación de otras investigaciones sobre el tema. De ahí se presentan las siguientes premisas teóricas.

#### **Primera premisa teórica**

*El término muerte materna define mejor que el de mortalidad materna, la tragedia de una gestante que espera un evento feliz y culmina con su fallecimiento.*

En el contexto de la realidad científica y los recursos existentes, ninguna muerte materna debería ocurrir. A través de los años las muertes de las embarazadas han sido consideradas bajo el indicador de MM, se han conocido y teorizado sobre el número de muertas, el mismo indicador se ha modificado de nombre, se trató como porcentaje, tasa y actualmente razón y se han ajustado los factores de corrección de los denominadores, se han establecido por 1 000 recién nacidos vivos (RNV), por 10 000 RNV y actualmente por 100 000 RNV.

También se ha cambiado el propio denominador para nombrar al indicador de salud relacionándolo actualmente con el número de mujeres que se encuentran en edad reproductiva como tasa y denominándolo razón si se toma como denominador el número de RNV que ocurre en el mismo lugar y en el mismo período de tiempo.

La realidad más tangible cuando ocurre una muerte materna, es la de una mujer que tiene identidad, que fallece muy lejos de su expectativa de vida, porque muere con una nacionalidad, con una familia, en una sociedad que contaba con ella para su futuro.

Es así que la muerte de una gestante, es una mujer que su familia pierde y con ella se pierde también el sagrado derecho universal a la vida que todos tenemos el deber de proteger.

El autor considera que la muerte materna es el síndrome del fracaso: fracasa la familia en su estructura, fracasa la educación porque muchas mueren por falta de información en salud sexual y reproductiva, fracasa la sociedad porque ha sido mezquina en aceptar y tomar acciones sobre los abortos en condiciones inseguras, fracasa el actuar del médico quien no ha definido y realizado incidencias políticas para que mejoren las condiciones de atención a las gestantes, parturientas o puérperas, fracasa el Estado que ha sido muy tibio a la hora de proponer y establecer políticas públicas apropiadas ya que solo se basan en disminuir un indicador cuando lo más importante es tomar acciones para que no ocurra ninguna, ya que no solo muestra el fracaso del Estado en su función como protector de la salud, sino en el derecho a tener una vida digna y verdaderamente libre de violencia. Lo que actualmente sucede es que se desestima el riesgo y hasta se estimula en forma económica a las posibles gestantes en condiciones de pobreza con una presunta protección con algo de dinero devaluado para que se embarace, al igual que promueve el estímulo del embarazo en adolescentes.

Profundizando en los principios básicos de la bioética de Beauchamp y Childress<sup>(147)</sup> debo expresar que una mujer buscando o no, queriendo estar embarazada o no, que es la expresión más fiel del ejercicio de su autonomía, este principio no puede ser libremente expresado, muchas de las gestantes fallecidas lo fueron por embarazos no deseados ni aceptados, otras por embarazos deseados, aceptados y que se complicaron por controles prenatales ausentes o no apropiados; otras por embarazos buscados, aceptados, controlados pero que fueron descuidados en la atención del

parto y otra gran parte por descuido en el puerperio, porque la enseñanza de la obstetricia y ginecología se practica de manera sectorizada en la MCP, así como en muchos hospitales del país, donde el control prenatal si es que lo realiza, es por médicos diferentes en cada consulta, el parto o la cesárea lo atiende otro facultativo y el puerperio a nuestro juicio, el más descuidado de todos, lo atiende muy superficialmente otro médico y probablemente con poca asistencia de los especialistas; no así en la atención privada que un solo médico es el responsable en todos los eventos de la gestante.

Esto nos permite expresar algunas interrogantes bioéticas:

¿Estamos respetando realmente el principio de autonomía? La respuesta es no, porque es una paciente más a la que consideramos un número y no su identidad con el análisis de sus verdaderas expectativas y deseos con el embarazo.

¿Estamos siendo no maleficentes? Cuando no escuchamos a la gestante, cuando no conocemos o tomamos en cuenta su entorno familiar, cuando desconocemos, no solo el número, sino los hijos que ya tiene y en que condiciones están, cuando desconocemos como es la estructura de su familia, el lugar y las condiciones de vida, la sociedad donde se desarrolla la familia y las condiciones de vida que depende de un programa de alimentación ocasional y una ayuda económica insuficiente.

¿Estamos realmente haciendo el bien y a quien, cuando sólo nos interesa un número para ser disminuido como indicador de salud?

¿Estamos realmente dando lo que debidamente corresponde a las gestantes en condiciones de igualdad? La equidad no parece ser lo preponderante como sociedad, ya que cada muerte materna con mayor frecuencia ocurre en mujeres pobres.

El autor considera que todas las muertes maternas son evitables y deberían sumarse los esfuerzos para que no ocurran, ya que cada mujer que muere es el fracaso de todas las actividades realizadas para intentar disminuir un indicador, un número; lo que quiere decir que damos por hecho en nuestra cultura que la muerte materna debería seguir ocurriendo.

## **Segunda premisa teórica**

*La adecuada planificación familiar impacta significativamente en la muerte materna.*

Ariel Karolinski <sup>(1)</sup>, estudiando la MM propone agregar una nueva demora a las planteadas por Thadeus y expresadas por Maine <sup>(29,54)</sup>, esa cuarta demora es realmente la primera cuando se analiza la muerte materna; es la demora que ocurre para que una mujer en el ejercicio del principio bioético de la autonomía, cuando decide libremente ejercer su sexualidad y requiere o solicita el uso de un apropiado método anticonceptivo.

Sin lugar a dudas, junto con la apropiada educación sexual y reproductiva y el adecuado acceso a la diversidad de métodos anticonceptivos, disminuiríamos las muertes maternas de adolescentes y de aquellas mujeres que consideran su paridad completa, que lamentablemente acuden al aborto en condiciones inseguras como método de planificación familiar, muchas veces entregando la vida o con lesiones importantes en su salud física y mental. Ariel Karolinski <sup>(1)</sup> realmente lo expresa muy ponderado por la condición de diplomático. Se considera prudente y hasta obligante que los métodos de planificación familiar sean de cobertura demográfica total, para cualquier mujer que lo requiera.

No es pretender estar a favor del aborto, es estar en contra de hacerlo de manera poco idónea o sana, facilitando los métodos más apropiados y seguros para que no ocurran embarazos no deseados.

## **Tercera premisa teórica**

*Ninguna mujer debería fallecer por no darse cuenta que está en situación de riesgo.*

Teorizando en la primera demora de Thadeus modificada por Maine <sup>(29,54)</sup>, se explica que en la muerte materna influye lo que tarda una gestante en darse cuenta que está presentando algo que no está bien y que pone en riesgo su vida.

Tímidamente se evita hablar de los embarazos no deseados y en la serie de eventos que se desencadenan en la búsqueda y acciones que realiza una mujer para

interrumpir un embarazo no deseado, no buscado ni programado y no aceptado. No se visibiliza de manera neurálgica, la cantidad de muertes maternas que ocurren por maniobras abortivas o realizadas en condiciones inseguras.

Bioéticamente analizado se presenta un dilema entre la sacralidad de la vida, el principio de no maleficencia que se aplica con un embrión que se está gestando y ¿se es benéfico con el no nacido? Por el otro lado está el principio de autonomía y somos injustos con el operador cuando tenemos legislaciones que penalizan y sancionan hasta doblemente, al personal de salud cuando sólo ayuda a que estos eventos ocurran en condiciones seguras.

Cuando se analizan las causas, se aprecia que el orden del origen de la MM, según su frecuencia en la MCP son: sepsis, trastornos hipertensivos del embarazo y hemorragias. La sepsis y la hemorragia van muy ligadas a los abortos en condiciones inseguras cuando el tiempo de gestación es temprano, como también la ausencia o diagnóstico oportuno del embarazo ectópico donde la muerte ocurre por hemorragia. En etapas más tardías de la gestación los trastornos hipertensivos y las hemorragias, forman parte de las complicaciones obstétricas que si la paciente tiene la apropiada información y logra percatarse que presenta problemas puede acudir de manera oportuna en busca de ayuda, por lo que hoy día difícilmente una gestante con sangrado del segundo o tercer trimestre de gestación no se percate que algo anda mal. Con respecto a THE cambia el panorama, la despersonalización de la relación médico paciente en las consultas controles, donde el médico prioriza realizar un ecosonograma descuidando otros aspectos que son importantes como interrogar a la paciente sobre cómo se siente, pesar, medir la altura uterina y la circunferencia abdominal, medir la presión arterial, palpar el abdomen, logrando así que no se practique la beneficencia en el control prenatal; dando origen a lo que es más importante, invisibiliza el principio de no maleficencia.

El autor opina que el control prenatal debería iniciarse lo más pronto posible, incluso hasta con una consulta pre concépcional, porque aunque pareciera increíble, un hecho tan natural en cualquier momento se puede convertir en un embarazo de riesgo.

La legislación establece justicia en la Ley Orgánica del Derecho de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia <sup>(96)</sup>, Ley por demás con un gran espíritu altruista y bioético,

pero que dentro de su estructura tiene un articulado que se denomina “Violencia Obstétrica”. El autor considera ya en su definición, no estar de acuerdo con este articulado, porque ya adjetiviza como delincencial el ejercicio de una especialidad básica de la medicina, por la que debe pasar todo ser humano al nacer. Es como si en la Ley Orgánica para la Protección del Niño y del Adolescente (LOPNA) <sup>(94)</sup> existiera un articulado de violencia pediátrica o en la misma precitada ley existiera la violencia quirúrgica o urológica o de cada una de las especialidades médicas en la mujer.

La gestación es un evento que debe ser agradable, deseado, acompañado de un especialista o experto en el embarazo, parto y puerperio, el autor considera que el término apropiado para ese articulado debería ser “violencia ejecutada en la gestante” y redefinir muy bien el articulado con expertos en el ejercicio teórico y práctico de la obstetricia.

La educación es elemento importante para esta demora, una paciente bien informada durante su educación sexual y reproductiva y muy bien orientada en su control prenatal le permitiría conocer muy bien sus riesgos durante toda su gestación.

#### **Cuarta premisa teórica**

*Las gestantes deberían estar próximas a centros de salud con atención obstétrica y la posibilidad de poder transportarse ante cualquier evento de riesgo para su debida atención.*

Otro de los factores que influyen de la muerte materna es la pobreza y con ello los domicilios lejanos o altamente peligrosos por la violencia de las “zonas rojas o peligrosas” de donde esté ubicada su vivienda. Es innegable la inequidad social en cuanto aquellas gestantes que tienen vehículos familiares para dirigirse oportunamente al centro asistencial donde debería ser atendida y otras en pobreza que deben usar camiones de carga mal llamadas “perreras” para poder acudir a los centros asistenciales, esto hace que la segunda demora de Thadeus y Maine <sup>(29,54)</sup>, se extienda aquí, pareciera que el municipio fuera maleficente y por lo tanto no beneficente, ya que muy pocas gestantes tienen garantizado el poder acudir a un centro de salud cercano y apropiado de manera segura.

Se suma a esto el dilema de cual es mayor riesgo, salir a arriesgar la vida ante una sociedad que no controla un hampa desbordada o el riesgo de esperar a las horas de la mañana donde pueda conseguir un transporte seguro; considerando la injusticia social que hace que esta tardanza en los últimos tiempos sea más prolongada haciendo mucho más lejos en el poder acudir en buen tiempo por la debida asistencia.

### **Quinta premisa**

*La asistencia obstétrica de emergencia a la gestante debe der realizada de manera oportuna.*

Una vez que la gestante en presunta situación de riesgo y el requerimiento exige un diagnóstico que debe ser verificado y el recibir el tratamiento oportuno, corre el riesgo de que el establecimiento no pueda brindarle la debida atención, desde la carencia de insumos hasta la ausencia de personal calificado que pueda brindarle la debida atención, sin contar con el “ruleteo” o múltiples referencias que se imbrica con la segunda demora que hace que acuda al lugar adecuado y que además en ese lugar existan todas las condiciones para ser atendidas.

Desde su creación la MCP en 1938 hasta finales del siglo XX dentro de sus reglamentos de trabajo y por norma institucional, se había establecido que una vez que la paciente acudía para su atención “no debía referirse a ningún otro centro”, ya que se consideraba a la MCP como el centro obstétrico de referencia nacional más especializada con atención las 24 horas del día los 365 días del año.

Desde el inicio de este siglo esto fue descartado, se disminuyeron los recursos apropiados de la institución y ahora es común que la MCP participe del desagradable “ruleteo” de pacientes.

También es muy cierto que en años anteriores aspiraban centenares de médicos para formarse en la especialidad y que luego de una apropiada selección podían cursarla y ejercerla “los mejores”, hoy día para realizar el postgrado, lo hacen en un concurso de asignación y no de selección ya que acuden al llamado pocos aspirantes, lo que hace que no sean precisamente los mejores quienes se encargaran de la salud de las gestantes.

Por otro lado la creación de la especialidad en Medicina Materno Fetal que enseña de manera integral, las complicaciones de la madre y del feto, ha logrado disminuir significativamente la muerte materna, donde la paciente es tratada como persona y no como un número o un caso y en donde no solo se presenta un diagnóstico de manera correcta y oportuna, sino que además se atiende de manera apropiada hasta lograr en lo posible, y con la carencia de recursos, una madre y su neonato a integrarse a su familia; en esta especialidad, la enseñanza de la bioética es altamente importante, por otro lado, la formación deficitaria en el área de la obstetricia crítica, pudiera contribuir al mantenimiento de cifras inaceptables de MM.

### **Sexta premisa**

*Es indispensable realizar políticas públicas en salud sexual y reproductiva de manera oportuna y efectiva.*

Sin lugar a dudas la investigación realizada concluye que existe una gran demora en las políticas públicas para disminuir la MM, la curva que disminuye con la creación e inauguración de la MCP, hubo políticas públicas que contribuyeron a la reducción en la cifra, manteniéndose a través de los años en valores numéricamente aceptables con un comportamiento asintótico. Lo epistemológico y axiológico nos hace conocer que hemos hasta firmado convenios y declaraciones que no hemos tomado en cuenta para definir acciones concretas, para hacerlas cumplir.

Lo ontológico nos indica que cada muerte materna, una sola que ocurra implica el fracaso de todos los actuantes incluidos los actuales, por aplicación de incidencias políticas deficientes debidas a miedo o desidia por una parte y por el otro lado, atribuibles a políticas públicas ejercidas por personas poco calificadas para realizarlas. Por lo tanto esta investigación no es el final ni el cierre, quedan abiertas invitaciones para continuar la investigación y este trabajo sirva de apoyo, de incentivo, reflexión y conocimiento a todos aquellos profesionales de la salud y estudiantes de medicina que estén interesados en profundizar, estudiar y ampliar tan importante temática, como por ejemplo:

- Que el Estado Venezolano como garante de la atención pública a la salud, implemente políticas públicas preventivas dirigidas a disminuir la alta RMM en el país,
- Profundizar en las políticas públicas de salud orientadas a la atención de las gestantes en el periodo prenatal, parto y puerperio.
- Implementar y mejorar al máximo los servicios de planificación familiar a fin de evitar un mayor índice de embarazos no deseados” y embarazos a temprana edad, es decir en adolescentes.
- Ofrecer servicios de anticoncepción y brindar información pertinente que facilite la prevención de embarazos no deseados y las complicaciones del aborto realizado en condiciones de riesgo.
- Crear estrategias como medida de prevención que promuevan al máximo la asistencia de las gestantes al servicio de control prenatal para evitar las posibles complicaciones durante el embarazo, el parto y el puerperio que son difíciles de predecir, ya que todo embarazo está expuesto a riesgos.
- Capacitar médicos en el área de medicina materno fetal, con el objeto de prevenir y controlar de manera apropiada la “morbilidad materna extrema” o “near miss”.
- Implementar una gerencia de calidad en los servicios de salud, sin descuidar los servicios a la atención primaria a las gestantes.
- Priorizar políticas gubernamentales que aminoren las barreras sociales, educativas, económicas y culturales que limitan las opciones de las mujeres para tomar la decisión de tener hijos, sin pensar en la posibilidad de que le practiquen un aborto en condiciones de riesgo de perder la vida,
- El mundo tiene conocimiento y los recursos necesarios para acabar con la pobreza extrema. Todo lo que falta es la voluntad política.

## REFERENCIAS

1. Karolinski A, Mercer R, Micone P, Ocampo C, Salgado P, Szulik D, et al. Modelo para abordar integralmente la mortalidad materna y la morbilidad materna grave. *Rev Panam Salud Pública*. 2015; 37(4/5): 351-59.
2. Berg C, Atrash H, Koonin L, Tucker M. *Pregnancy-related mortality in the United States*. 1987-1990. *Obstet Gynecol*. 1996; 88:161-167.
3. Acosta A. Mortalidad materna. El desafío de dos mundos. *Prog Obstet Ginecol*, 2009; 52 (*Espec Congr*): 326-35.
4. WHO/UNICEF/UNFPA/World Bank. *Trends in maternal mortality: 1990 to 2010. WHO Library cataloguing-in-Publication data*. Geneva, Switzerland: World Health Organization, WHO Press; 2012. p. 22-27.
5. *Coverage of maternal care: A listing of available information. Fourth Edition*. Geneva: World Health Organization; 1997. p. 21-25.
6. Ruiz S, Lina M. Mortalidad materna ¿porque difieren las mediciones externas? De las cifras de los países. Serie de la CEPAL. Población y Desarrollo. Naciones Unidas. 2015; 113: 35-48.
7. Organización Panamericana de la salud / Organización Mundial de la salud. *Indicadores Básicos de Salud. Situación de Salud en las Américas*; 2016: 1-20.
8. Labonté R, Schrecker T. *The state of global health in a radically unequal world: Patterns and prospects*. In: Benatar S, Brock G, editors. *Global health and global health ethics*. Cambridge, UK/New York: Cambridge University Press; 2012. p. 24-36.
9. Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud. *World Health Statistics 2015 Part II. Global Health indicators*; 2015. p. 1-122.
10. Sadik N. What are the biggest issues the world faces? [Internet] Jul 2013 [citado 3 Ene 2018]. Disponible en: <https://www.youtube.com/watch?v=DbepuCJdfFk>
11. World Health Organization (WHO) 1998. *Tabulation of Available Data on the Frequency and Mortality of Unsafe Abortion*; 2011. p. 115 -126.
12. *Coverage of Maternal Care: A Listing of Available Information, Fourth Edition*. Geneva: WHO; 1997.
13. Kassebaum N, Bertozzi-Villa A, Coggeshall M, Shackelford K, Steiner C, Heuton K, et al. *Global, regional, and national levels and causes of maternal mortality during 1990–2013: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study*. *Lancet* [Internet]. 2014 [citado 20 Ene 2015]; 384: 981–2. Disponible en: [http://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736\(14\)60696-6.pdf](http://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736(14)60696-6.pdf)

14. WHO Press. *Global, regional, and national levels and trends in maternal mortality between 1990 to 2015. The Lancet.* 2016; 387 (10017): 462-474.
15. Organización Mundial de la Salud. Mortalidad materna. Centro de prensa [Internet]. 2018 [citado 03 Mar 2018]. Disponible en: <http://www.who.int/iris/?locale=es>
16. Organización Panamericana de la Salud. Indicadores básicos 2017: situación de salud en las Américas. Washington, D.C.: OPS [Internet]; 2017 [citado 20 Ene 2018]. Disponible en: [http://www.paho.org/hq/index.php?option=com\\_content&view=article&id=2470%3A2010-data-statistics&catid=1900%3Ahome&Itemid=40434&lang=es](http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=2470%3A2010-data-statistics&catid=1900%3Ahome&Itemid=40434&lang=es)
17. Organización Panamericana de la Salud. 51. Consejo Directivo. Plan de acción para acelerar la reducción de la mortalidad materna y la morbilidad materna extrema. Washington, D.C.: OPS [Internet]; 2011 [citado 20 Ene 2018]. Disponible en: [http://www.paho.org/clap/index.php?option=com\\_content&view=article&id=162:plan-accion-reduccion-de-la-mortalidad-materna&Itemid=354&lang=en](http://www.paho.org/clap/index.php?option=com_content&view=article&id=162:plan-accion-reduccion-de-la-mortalidad-materna&Itemid=354&lang=en)
18. Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo. Los Objetivos de Desarrollo del Milenio en Argentina: evolución y desafíos pendientes. Informe técnico. Buenos Aires: PNUD; 2014.
19. Karolinski A, Mercer R, Micone P, Ocampo C, Mazzoni A, Fontana O, et al. *The epidemiology of life-threatening complications associated with reproductive process in public hospitals in Argentina. Br J Obstet Gynecol.* 2013; 120(13): 1685–1695.
20. Uzcátegui O, Toro J. Metas del milenio y salud materna. *Rev Obstet Ginecol Venez.* 2009; 69(1): 1-3.
21. Faneite P. Mortalidad materna. ¿Meta del milenio alcanzable? *Gac Med Caracas.* 2012; 120(4): 273-281.
22. Faneite P. Mortalidad materna en la región bolivariana de Latinoamérica: Área crítica. *Rev Obstet Ginecol Venez.* 2008; 68(1): 18-24.
23. Mojarro O, Tapia G, Hernández M. Mortalidad materna y marginación municipal: la situación demográfica de México. México: CONAPO; 2003. p. 133-141.
24. Elu M, Santos E. Mortalidad materna: una tragedia evitable. *Perinatol Reprod Hum* 2004; 18: 44-52.
25. Picazzo P, Gutiérrez E, Infante J, Cantú P. La teoría del desarrollo humano y sustentable: hacia el reforzamiento de la salud como un derecho y libertad universal. *Estudios Sociales. Revista de Investigación Científica.* México. 2012; 19 (37): 253-280.

26. Ministerio del Poder Popular para la Salud y desarrollo social. Vigilancia Epidemiológica de Muerte Materna e infantil de 1-4 años de edad. Dirección de Vigilancia Epidemiológica. Manual de normas; 2008. p. 1-50.
27. Ki Moon B. Todas las Mujeres Todos los Niños. Estrategia Mundial para la Salud de la Mujer, el Niño, el Adolescente (2016-2030). Sobrevivir, Prosperar, Transformar. Objetivos Desarrollo Sostenible. Organización de las Naciones Unidas; 2015. p. 1-108.
28. Karam M, Bustamante P, Campuzano M, Camarena A. Aspectos sociales de la mortalidad materna. Estudio de caso en el Estado de México. Medicina Social. 2007; 2(4): 1-7.
29. Maine D, Akalin M, Ward V, Kamara A. Diseño y evaluación de programas para la Mortalidad materna. Centro para la población y salud familiar Facultad de Salud Pública Universidad de Columbia; 1997. p 1-71.
30. Ministerio de Salud. Mortalidad Materna un Problema de Salud Pública y de Derechos Humanos. Buenos Aires: UNICEF; 2003. p. 1-260. ISBN: 987-9286-26X.
31. Núñez R. Detección de eslabones críticos en los procesos de atención para la prevención de muertes maternas. México: Secretaría de Salud; 2004.
32. Asociación latinoamericana de población. Asociación Peruana Demografía y Población. Fondo de Población de las Naciones Unidas. Lima, Perú: Seminario internacional Sexual y Reproductiva en América Latina. Avances y Retrocesos a la luz del Cairo + 15 y los objetivos del Milenio; 13-14 Oct 2009.
33. Sanahuja J. Las nuevas geografías de la pobreza y la desigualdad y las metas de desarrollo global post-2015. Instituto Complutense de Estudios Internacionales (ICEI); 2016. p. 1-40.
34. Estrategia Integral para acelerar la reducción de la Mortalidad Materna en México. México: Secretaría de Salud. Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva; 2009.
35. García A, Izquierdo P. Mortalidad Materna. En: Ahued AJR, Fernández del Castillo SC, Bailón UR. Ginecología y obstetricia aplicadas. 2ª ed. México: El Manual Moderno; 2003. p. 561-566.
36. Medina N, Paula M, Corona G, América A, Merino TM, Adriano A M, Torres M A Et al. Causas de muerte materna de 2007 a 2010 en el Hospital Civil de Guadalajara Dr. Juan I. Menchaca. Revista Médica MD [Internet]. 2013 [citado 20 Ene 2018]; 4(4): 219-26. Disponible en: [www.revistamedicamd.com](http://www.revistamedicamd.com).
37. Organización Mundial de la Salud. Mortalidad Materna. Aspectos básicos; 2006:1-6.

38. Sánchez M, Aurrecoechea J, Torres J. Mortalidad materna en la Maternidad "Concepción Palacios". Rev. Obstet. Ginecol. Venez. 1955; 15: 21-25.
39. Agüero O, Torres J, Aure M. Tendencias de la mortalidad materna en la maternidad "Concepción Palacios" (1939-1963). Rev. Obstet. Ginecol. Venez. 1966; 26: 505-520.
40. Faneite P, Starnieri M. Mortalidad materna directa. Hospital "Adolfo Prince Lara". 2001-2004. Rev Obstet Ginecol Venez. 2001; 61: 89-94.
41. Agüero O, Torres J, Kízer S. Mortalidad materna en la Maternidad "Concepción Palacios". Ginecol. Obstet. Méx. 1974; 35: 509-519.
42. Agüero, O, Torres J. Mortalidad materna en la Maternidad "Concepción Palacios" (1939-1974). Rev. Obstet. Ginecol. Venez. 1977; 37: 361-366.
43. Agüero, O., Torres, J. Mortalidad materna en la Maternidad "Concepción Palacios" 1975-1981. Rev. Obstet. Ginecol. Venez. 1985; 46: 92-97.
44. Brito J, Cabrera C, Gutierrez O, Gutiérrez M, Porra F. Mortalidad materna en la Maternidad "Concepción Palacios". 1982 – 1991. Rev Obstet Ginecol Venez. 2007; 67(1): 31-39.
45. Duran I, Ferrarotto M, Brito J, Cabrera C, Sánchez J, Scaramella J, et al. Mortalidad materna en la Maternidad "Concepción Palacios": 2001 – 2008. Rev Obstet Ginecol Venez. 2011; 71(1): 13-20.
46. Cabrera C, Martinez M, Zambrano G. Mortalidad materna en la Maternidad "Concepción Palacios": 2009 – 2013, Rev Obstet Ginecol Venez. 2014; 74(3):154-161.
47. Organización Mundial de la Salud. Declaración de Alma-Ata. Atención Primaria de Salud. Serie Salud para todos No. 1; 1978.
48. Faneite P. Mortalidad Materna: evento trágico. Gac Med Caracas. 2010; 118: 11-24.
49. Faneite P. Mortalidad materna y perinatal. Tendencias 1969-2004. Rev Obstet Ginecol Venez 2006; 66(2): 75-79.
50. Fondo de población de las Naciones Unidas. Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo; Sept 1994; El Cairo, Egipto. Resumen del programa de acción. Nueva York: UNFPA; 1994.
51. Naciones Unidas. Cuarta conferencia mundial. La mujer indígena se hace cargo de su destino; 4 Sept 1995; Beijing, China. Nueva York: Naciones Unidas; 1995.
52. Naciones Unidas. Declaración del Milenio. Quincuagésimo quinto período de sesiones de la Asamblea general de las naciones unidas; 18 Sept 2000. Nueva York:

ONU [Internet]; 2000 [citado 15 Feb 2018] (resolución A/RES/55/2). Disponible en: <http://www.un.org/spanish/milenio/ares 552.pdf>.

53. Organización Mundial de la Salud. Objetivos del desarrollo sustentable. [Internet]. 2015 [citado 15 Feb 2018]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/events/meetings/2015/un-sustainable-development-summit/es/>

54. Thadeus S, Maine D. *Too far to walk: Maternal mortality in context*. Soc Sci Med. 1994; 38: 1091-1110.

55. Sloan N, Langer A, Hernández B, Romero M, Winikoff B. *The etiology of maternal mortality in developing countries: what do verbal autopsies tell us?* Bull. World Health Organ. 2001, 79(9): 805-810.

56. Programa de Acción Específico 2007-2012. Arranque Parejo en la Vida. 1ª ed. México: Secretaría de Salud. Subsecretaría de prevención y promoción a la salud; 2008.

57. Angulo J, Cortés L, Torres L, Aguayo G, Hernández S, Avalos J. Análisis de la mortalidad materna, en tres períodos, en el Hospital de Ginecología y Obstetricia del Centro Médico Nacional de Occidente. Ginecol Obstet Mex 2007; 75(7): 384-393.

58. Maguiña M, Miranda J. La mortalidad materna en el Perú, 2002-2011 Lima: Ministerio de S Jorge Ministerio de Salud, Dirección General de Epidemiología. Apoyo UNPFA; 2013. p. 1-168. Depósito Legal en la Biblioteca Nacional del Perú N° 2013-06452 ISBN: 978-9972-820-94-96.

59. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Plan de acción de educación de la Mortalidad Materna Neonatal y mejoramiento de la salud reproductiva 2010-2015. Cero tolerancias a la muerte materna y neonatal. Guatemala: Programa nacional de salud reproductiva; 2015: 1-41.

60. World Health Organization (WHO), *United nations Children's Fund* (UNICEF), *United Nations Population Fund* (UNFPA), *World Bank*, *Trends in maternal mortality: 1990 to 2008*. Geneva: WHO; 2010.

61. Organización Mundial de la Salud. Guía de la OMS para la aplicación de la CIE-10 a las muertes ocurridas durante el embarazo, parto y puerperio: CIE-MM [Internet]. Ago 2012 [citado 2 Feb 2018]. Disponible en: [www.paho.org/relacsis/index.php/areas-de-trabajo/desigualdades/item/771-causas-obstetricas-directas-de-mortalidad-materna](http://www.paho.org/relacsis/index.php/areas-de-trabajo/desigualdades/item/771-causas-obstetricas-directas-de-mortalidad-materna).

62. Organización Panamericana de la salud, Organización mundial de la salud. Clasificación estadística internacional de enfermedades y problemas relacionados con la salud [Internet]; 1995 [citado 14 May 2011], Washington. Disponible en: [www.cemece.salud.gob.mx/fic/cie/index.html](http://www.cemece.salud.gob.mx/fic/cie/index.html)

63. Organización Mundial de la Salud. Guía de la OMS para las muertes maternas [Internet]. Ago 2012 [citado 2 Feb 2018] Disponible en: [https://www.paho.org/clap/index.php?option=com\\_docman&view=download&category\\_slug=salud-de-mujer-reproductiva-materna-y-perinatal&alias=304-guia-de-la-oms-para-la-aplicacion-de-la-cie10-a-las-muertes-ocurridas-durante-el-embarazo-parto-y-puerperio-cie-mm-1&Itemid=219&lang=es](https://www.paho.org/clap/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=salud-de-mujer-reproductiva-materna-y-perinatal&alias=304-guia-de-la-oms-para-la-aplicacion-de-la-cie10-a-las-muertes-ocurridas-durante-el-embarazo-parto-y-puerperio-cie-mm-1&Itemid=219&lang=es)
64. Ipas México. La muerte materna: una violación a los derechos humanos de las mujeres [Internet]. 2015 [citado 25 May 2018]. Disponible en: <http://www.fundar.org.mx/mexico/pdf/mmrspipas.pdf>
65. Protocolos de atención. Cuidados prenatales y atención obstétrica de emergencia. 1ª ed. Caracas: Ministerio del Poder Popular para la Salud-MPPS/ Oficina Sanitaria Panamericana/ Organización Mundial de la Salud, Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, Fondo de Población de las Naciones Unidas; 2014.
66. Uribe E. Mortalidad Materna [Internet]. Ene 2009 [citado 25 Ene 2017]. Disponible en: [http://www.facmed.unam.mx/sms/temas/2009/01\\_ene\\_2k9.pdf](http://www.facmed.unam.mx/sms/temas/2009/01_ene_2k9.pdf)
67. Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud, Salud reproductiva y maternidad saludable. Legislación nacional de conformidad con el derecho internacional de los derechos humanos [Internet]; 2013 [citado 2 Jul 2015], Washington, DC. Disponible en: <http://www.paho.org/salud-mujeres-ninos/wp-content/uploads/2013/09/SRMS-derechos-y-legislacion.pdf>.
68. Faneite P. Mortalidad Materna. Evento en desarrollo. Rev Obstet Ginecol Venez. 2007; 67: 1-3.
69. Secretaría de Salud. El Convenio General de Colaboración para la Atención de la Emergencia Obstétrica. Un Camino hacia la Universalización de los Servicios de Salud [Internet]. 1ª ed. México: Secretaría de Salud; 2012 [citado 25 Jul 2015]. Disponible en: [http://www.ccinshae.salud.gob.mx/descargas/Atencion\\_de\\_la\\_Emergencia\\_Obstetrica.pdf](http://www.ccinshae.salud.gob.mx/descargas/Atencion_de_la_Emergencia_Obstetrica.pdf).
70. Graglia E. En la búsqueda del bien común. Manual de políticas públicas. Buenos Aires: Asociación Civil Estudios Populares (ACEP) / Fundación Konrad Adenauer (KAS) Argentina; 2012.
71. Aguilar C. ¿Que son y para que sirven las políticas públicas? En Contribuciones a las ciencias sociales [Internet]. Sept 2009 [citado 01 Ene 2018]. Disponible en: [www.Eumed.net/rev/cccsc/05/aalf.htm](http://www.Eumed.net/rev/cccsc/05/aalf.htm).
72. Políticas Públicas [Internet]. 2015 [citado 01 Mar 2018]. Disponible en: <https://www.monografias.com/trabajos64/salud-venezuela/salud-venezuela.shtml>.
73. Corza J. Diseño de Políticas Públicas. 1ra edición. México: Edit. IEXE; 2014. p. 56-78.

74. Mascareño C. Políticas Públicas ante las realidades emergentes: Notas para la discusión [Internet]. Ene 2003 [citado 18 Mar 2018]. Disponible en: [http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1012-25082003000100003](http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1012-25082003000100003)
75. Definición de incidencia pública [Internet]. 2016 [citado 01 May 2016]. Disponible en: <https://materialdeapoyoparaosc.wordpress.com/incidencia-politica/>.
76. Incidencia pública [Internet]. Jun 2015 [citado 01 Oct 2015]. Disponible en: <https://www.wola.org/es/analisis/manual-para-la-facilitacion-de-procesos-de-incidencia-politica/>.
77. Agüero, O. Sánchez, M. Torres, J. Historia de la Maternidad “Concepción Palacios” Tipografía Lux. Caracas; 1963. p. 336-337.
78. Diario “El Universal”. 18 Dic 1938. p. 1.
79. Presidentes de Venezuela [Internet]. May 2012 [citado 01 Mar 2018]. Disponible en: <https://www.monografias.com/trabajos92/presidentes-venezuela-anos-1930-actualidad/presidentes-venezuela-anos-1930-actualidad2.shtml#ixzz4u4XdcPlt>.
80. Clase obrera y política [Internet]. Ene 2013 [citado 01 Abr 2018]. Disponible en <http://www.monografias.com/trabajos94/clase-obrera-y-politica-social-venezuela/clase-obrera-y-politica-social-venezuela.shtml#ixzz5FUCfQbkf>.
81. Perspectiva ergonómica [Internet]. 2011 [citado 01 Abr 2018]. Disponible en: <http://prevencionintegral.com/canal-orp/papers/orp-2011/politicas-salud-publica-desde-una-perspectiva-ergonomica>.
82. Mandry E. Salud y Pobreza en Venezuela. Un intento de aproximación histórica a su relación con el poder. Revista Estudios culturales. 2009; 1: 3.
83. Lacruz T. Balance y Perspectivas de la política social en Venezuela. Tropikos; 2006. p. 111-180.
84. Situación de salud en las Américas Indicadores básicos. OPS. Oficina del Subdirector Análisis de salud y estadísticas [Internet]. 2007 [citado 26 May 2018]. Disponible en: [http://www.paho.org/spanish/dd/ais/IB\\_2\\_007\\_SPA.pdf](http://www.paho.org/spanish/dd/ais/IB_2_007_SPA.pdf).
85. Cedres S. Mora C. Últimos hospitales y servicios de Salud para el primero y segundo nivel de atención [Internet]. 2005 [citado 01 Jul 2018] Disponible en: <http://saber.ucv.ve/bitstream/123456789/16226/1/Ultimos%20hospitales%20y%20servicios%20de%20salud%20para%20el%20primero%20y%20segundo%20nivel%20de%20atencion.pdf>.

86. Dirección de estadística e información de salud. Definiciones y conceptos en estadísticas vitales [Internet]. 2016 [citado 04 Mar 2018]. Disponible en: <http://www.deis.msal.gov.ar/>
87. Propuesta de revisión de las definiciones de muerte materna [Internet]. 2018. [citado en octubre de 2018]. Disponible en: [http://www.who.int/reproductivehealth/maternal\\_definition\\_ES.docx](http://www.who.int/reproductivehealth/maternal_definition_ES.docx)
88. Observatorio de mortalidad materna en México. Definiciones. Revisado el 26 de junio de 2018. Disponible en: <https://omm.org.mx/index.php/defs.html>.
89. Ridall J. Teoría del Derecho [Internet]. Barcelona: Editorial Gedisa; 1991 [citado 01 Oct 2017]. Disponible en: [http://www.academia.edu/18321856/Piramide\\_de\\_Kelsen\\_en\\_materia\\_de\\_seguridad\\_y\\_salud\\_en\\_el\\_trabajo](http://www.academia.edu/18321856/Piramide_de_Kelsen_en_materia_de_seguridad_y_salud_en_el_trabajo).
90. Constitución de la República Bolivariana de Venezuela. Gaceta Oficial No 36.860 (30 Dic 1999).
91. Ley para Protección de las Familias, la Maternidad y la Paternidad. Gaceta Oficial No. 38.773 (20 Dic 2008).
92. Ley Orgánica de Sistema de Seguridad Social. Gaceta Oficial No 5.891 Extraordinario (31 Jul 2008).
93. Declaración Universal de los Derechos Humanos de las Naciones Unidas [Internet]. 1948 [citado 01 Ene 2018]. Disponible en: <http://www.un.org/es/universal-declaration-human-rights/>.
94. Ley Orgánica para la Protección de Niños, Niñas y Adolescentes. Gaceta Oficial No. 5.859 Extraordinario (19 Feb 2007).
95. Ley Orgánica del Trabajo, los Trabajadores y las Trabajadoras. Gaceta Oficial No. 6.076 Extraordinario (07 May 2012).
96. Ley Orgánica sobre el Derecho de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia. Gaceta Oficial No. 38.770 (19 Mar 2007).
97. Ley del Ejercicio de la Medicina. Gaceta Oficial No. 3.002 (23 Ago 1982).
98. Federación Médica Venezolana. Código de Deontología Médica [Internet]; 18 - 19 Oct 2003 [citado 01 Ene 2018]. Disponible en: <http://www.defiendete.org/html/deinteres/LEYES%20DE%20VENEZUELA/LEYES%20DE%20VENEZUELA%20I/CODIGO%20DE%20DEONTOLOGIA%20MEDICA.htm>.
99. Stracuzzi S, Pestana F. Metodología de la Investigación Cuantitativa [Internet]. 2012 [citado 14 May 2017]. Disponible en:

<https://metodologiaecs.wordpress.com/2015/09/06/metodologia-de-la-investigacion-cuantitativa-3ra-ed-2012-santa-paella-stracuzzi-y-feliberto-martins-pestana-2/>.

100. Arias F. El proyecto de investigación [Internet]. Caracas: Episteme; 2014 [citado 15 Ene 2017]. Disponible en:

<https://ebevidencia.com/wp-content/uploads/2014/12/EL-PROYECTO-DE-INVESTIGACION-6ta-Ed.-FIDIAS-G.-ARIAS.pdf>.

101. Hernández R, Fernández C, Baptista L. Metodología de la investigación [Internet]. 2000 [citado 13 Abr 2016]. Disponible en:

[https://www.esup.edu.pe/descargas/dep\\_investigacion/Metodologia%20de%20la%20investigacion%20de%20la%20Edici%C3%B3n%205ta%20Edici%C3%B3n.pdf](https://www.esup.edu.pe/descargas/dep_investigacion/Metodologia%20de%20la%20investigacion%20de%20la%20Edici%C3%B3n%205ta%20Edici%C3%B3n.pdf)

102. Tamayo M. El proceso de la investigación científica [Internet]. México: Ed. Limusa; 2001 [citado 13 Abr 2016]. Disponible en:

<http://tesisdeinvestig.blogspot.com/2013/06/tipos-de-investigacion-segun-tamayo-y.html>.

103. Indicador social [Internet]. Sept 2018 [citado 20 Feb 2018]. Disponible en: [https://es.wikipedia.org/wiki/Indicador\\_social](https://es.wikipedia.org/wiki/Indicador_social).

104. Draper N, Smith H. *Applied Regression Analysis*. New York, NY: John Wiley & Sons; 2014.

105. Shumway RH, Stoffer DS. Time series analysis and its applications: with R examples. Cham, Switzerland: Springer; 2017.

106. República Bolivariana de Venezuela. Ministerio de Salud y Desarrollo Social. Boletín Epidemiológico Semanal (Semana 52). Caracas: MSDS; 2016.

107. República Bolivariana de Venezuela. Ministerio de Salud y Desarrollo Social. Anuario de Mortalidad del año 2003. Caracas: MSDS; 2005.

108. Bengoa, José María. Sanare hace 50 años: Medicina social en el medio rural venezolano. 3ª ed. Caracas: Ediciones CAVENDES. Colección Temas y Autores Sanareños No. 5; 1992.

109. Castro J, Tineo R. La crisis de mortalidad materna en Venezuela [Internet]. Jul 2018 [citado 16 Jul 2018]. Disponible en: <http://historico.prodavinci.com/blogs/la-crisis-de-mortalidad-materna-en-venezuela-un-trabajo-especial-de-julio-castro-mendez-y-rafael-e-tineo-figueroa/ltima>.

110. Uribe R. Mortalidad Materna [Internet]. Ene 2009 [citado 16 Jul 2018]. Disponible en: [http://www.facmed.unam.mx/sms/temas/2009/01\\_ene\\_2k9.pdf](http://www.facmed.unam.mx/sms/temas/2009/01_ene_2k9.pdf).

111. Badía J. Fundación Farma industria. El valor del medicamento. Realidades y esperanzas de futuro; 2002.

112. Coopes J, Messner R. *Am J Obst Gynecol*. 1976; 105: 393-399.
113. Beral V. Reproductive mortality. *Brit Med J*. 1979; 2: 632.
114. Pijuan A, Gatzoulis M. *Rev Esp Cardiol*. 2006; 59: 9, 971-984.
115. Cates W, Rochat R, Grimes D, Tyler C. *Am J Obstet Gynecol*. 1978; 132: 211.
116. Dietel H, Keding G. *Geburts. Fravenh*. 1980; 40: 487-490.
117. Uzcátegui O, Silva D. Mortalidad materna en el Hospital Dr. José Gregorio Hernández. *Rev Obstet Ginecol Venez*. 1981; 41: 232-236.
118. Diario El Universal. Opinión. Mortalidad materna y Pobreza. 11 Feb 2018.
119. Fundacredesa. Sociedad y estratificación. Método Graffar-Méndez; 1994. p. 206.
120. Kraus A. Decir adiós, decirse adiós. Diario El Universal. Opinión; 2016.
121. Uzcátegui O, Centarini L, Armas R. Mortalidad materna: 1981-1994. *Rev Obstet Ginecol Venez*. 1995; 55: 89-92.
122. Molina R, Barboza R, Salazar G. Mortalidad materna en el Hospital "Manuel Noruega Trigo". *Rev Obstet Ginecol Venez*. 1995; 55: 217-221.
123. Koch E. La Educación fundamental en la redacción de la mortalidad materna. Universidad de Chile. Prensa de la Facultad; 2010.
124. Faneite P, Starnieri M. Mortalidad maternal directa: Hospital "Adolfo Prince Lara". 1990-2000. *Rev Obstet Ginecol Venez*. 2001; 61(2): 89-94.
125. Misoprostol [Internet]. 2018 [citado 12 Sept 2018]. Disponible en: <http://www.ginealmeria.es/interrupcion-del-embarazo/misoprostol>.
126. Forteza P. Cytotec: Historia de un fármaco abortivo [Internet]. Jul 2018 [citado 12 Sept 2018]. Disponible en: <http://revistablanca.com/farmacia/cytotec-historia-farmaco-abortivo/>.
127. Unicef. Venezuela Embarazo Adolescente. Publicaciones periódicas. Boletines Desafíos; enero 2007.
128. Elsevier. Revista de atención primaria. 1998; 21:27.
129. González M. las políticas de salud en Venezuela: alternativas para su mejoramiento. Caracas: Ildis; 2008. p.7.

130. Meneses V. Hugo Chávez [Internet]. Jul 2006 [citado 01 Jul 2018]. Disponible en: <https://www.monografias.com/trabajos36/hugo-chavez/hugo-chavez.shtml>.
131. León J. Reforma sanitaria y modelos de gestión. Boletín informativo de la Dirección de Salud del Distrito federal. 1997;1
132. Ramson I, Yinger V. *Making Motherhood Safer obstacles on the pathway to care*. Washington, DC: Population Reference Bureau: 2002
133. Cumpliendo las Metas del Milenio en Venezuela. República Bolivariana de Venezuela. Gabinete Social. [internet] 2004 citado: [24 de octubre 2018]. Disponible en: [www.ops.org.ve/site/Venezuela/docs/Cumpliendo las Metas del Milenio 2004.pdf](http://www.ops.org.ve/site/Venezuela/docs/Cumpliendo las Metas del Milenio 2004.pdf).
134. Mazza M, Vallejos C, González M. Mortalidad materna: análisis de las tres demoras. Rev Obstet Ginecol Venez. 2012;72(4):233-248
135. Solís N. Preeclampsia: primera causa de muerte materna en embarazos. [internet] octubre 2013 [citado el: 25 de octubre 2018]. Disponible en: <https://rpp.pe/vida-y-estilo/salud/preeclampsia-principal-causa-de-muerte-materna-en-embarazos-noticia-636074>
136. Parra D. Mortalidad infantil en Venezuela subió 30,1 % y la materna 65,79 % Diario Panorama: [internet] 25 de octubre de 2018 [citado el 25 octubre de 2018]. Disponible en: <http://www.panorama.com.ve/ciudad/Mortalidad-infantil-en-Venezuela-subio-301-y-la-maternal-6579-20170507-0025.html>
137. WHO, UNICEF, UNFPA, The World Bank and the United Nations Population Division. *Trends in Maternal Mortality: 1990 to 2013*, WHO Library Cataloguing in Publication Data. WHO Press, World Health Organization, Geneva, Switzaerland, 2014
138. Ministerio del Poder Popular para la Salud, Dirección General de Epidemiología. Manual de normas de vigilancia epidemiológica de muerte materna, Infantil y 1-4 años de edad (SIS-05, SIVIGILA 2008), Caracas; 2008.
139. López A. La mortalidad materna en Venezuela, Un crimen de Estado contra las mujeres. [internet] Aporrea 06 diciembre de 2017. [citado el: 23 de octubre de 2018] Disponible en: <https://www.aporrea.org/actualidad/n318168.html>
140. Regardiz R. Mortalidad materna en el Hospital central "Dr. Manuel Núñez Tovar", Maturín Estado Monagas. Rev Obstet Ginecol Venez. 1997; 1: 37-51.
141. Molina R, Mortalidad materna en el Hospital "Manuel Noriega Trigo". Rev Obstet Ginecol Venez. 1995; 55(4): 217-221.

142. Faneite P, Starnieri M. Mortalidad materna directa: Hospital "Dr. Adolfo Prince Lara" 1992-2000. Rev Obstet Ginecol Venez. 2001; 61 (2): 89-94.
143. Suárez D. Mortalidad materna en el Hospital "Dr. Adolfo D'Empaire" de Cabimas, Edo. Zulia durante los años 1988-1995. Rev Obstet Ginecol Venez. 1997; 57 (3): 177-180.
144. García I, Molina R, Cepeda M. Tasas de mortalidad materna en los hospitales de Maracaibo: 1993-2000. Rev Obstet Ginecol Venez. 2002; 62(2): 103-108.
145. Chacón G, Monsalve N. Mortalidad materna en el Instituto Autónomo Hospital Universitario de los Andes (IAHULA) 1974-2005. Rev Obstet Ginecol Venez. 2007; 67(2): 99-105.
146. Orfila J. Premisas teóricas para la gestión de la investigación universitaria en el contexto actual del desarrollo de la ciencia y la tecnología en Venezuela. Rev Digit Postgrado, 2017; 6 (2): 10-18
147. Beauchamp T, Childress J. (1979-1994). *Principles of Bioethical Ethics*. Oxford University Press, New York, 2° edition, pp 148-149.
148. Plaza F. Recuento histórico en su trigésimo aniversario (1956-1986). Hospital Universitario de Caracas. 1986: (1).

## **ANEXOS:**

Con el objetivo de conocer los autores delegados por los gobiernos nacionales directamente involucrados en la políticas públicas de salud, se presenta en la tabla 49 los nombres de los ministros del MSAS, designados por cada presidente y que cada uno de ellos tuvieron responsabilidades, algunos por acción y otros por omisión de las condiciones de la salud pública y muy específicamente en los logros y fracasos que hubo sobre el incremento o disminución de las muertes maternas, es preciso nombrarlos, porque en la revisión bibliográfica no conseguimos ni siquiera el orden de designación de los diferentes ministros del MSAS, es por eso que el investigador quiere dejar plasmado los nombres, por cual presidente fueron designados, el tiempo que estuvo en sus funciones y las profesiones que habían logrado antes de ser investidos por el cargo ministerial.

En el siguiente anexo, tabla 50 se enumeran de igual forma, los ministros designados por la “quinta república” bajo el Ministerio del Poder Popular para la Salud (MPPS), se puede apreciar como varios ministros designados no estaban relacionados con el ejercicio de las ciencias de la salud y mucho menos con el ejercicio de la medicina, se exponen además las profesiones o actividades a la que se dedicaban antes de ser ministros.

En la tabla 51 se precisan los Gobernadores del Distrito Federal que fueron designados por los diferentes presidentes para que los acompañaran en su gestión, se traen a la investigación porque desde la fundación de la Maternidad “Concepción Palacios” (MCP), ésta dependía administrativamente de la Gobernación del Distrito Federal (DF) a través de la denominada “Junta de Beneficencia Pública”, bajo la Dirección General de Salud del DF. Datos muy difíciles de conseguir y que se lograron a través de la Dirección de Protocolo y Acervo Histórico del DF.

En el siguiente anexo, se presenta la foto del acta otorgada por el Consejo Nacional Electoral al Lic. Alfredo Peña quien fue el primer Alcalde elegido por la población y que marcaba el final de la Gobernación del DF y el inicio de la Alcaldía Mayor del Distrito Metropolitano, el tercer alcalde, Antonio Ledezma al ser de un partido de oposición el Gobierno Nacional le elimina el ámbito de injerencia sobre los hospitales.

**Tabla N° 49**

**Ministros de Sanidad de Venezuela**

Orden	Nombre	Período	Presidente	Observaciones
1	Enrique Tejera Guevara	1936	Eleazar López Contreras	Médico bacteriólogo y epidemiólogo.
2	Santos Anibal Dominici	1936 - 1937		Médico investigador. Escritor y diplomático
3	Honorio Sigala	1937 - 1938		Médico cirujano
4	Julio García Álvarez	1938 - 1941		Médico cirujano
5	Félix Lairer	1941 - 1945	Isaías Medina Angarita	Médico
6	Edmundo Fernández	1945 - 1948	Rómulo Betancourt	Médico y politólogo
			Rómulo Gallegos	
7	Antonio Martín Araujo	1948 - 1950	Carlos Delgado Chalbaud	Médico y politólogo
8	Raúl Soulés Baldó	1951 - 1952	Germán Suárez Flamerich	Médico neumonólogo
9	Pedro Gutiérrez Alfaro	1952 - 1958	Marcos Pérez Jiménez	Médico obstetra
10	Carlos Luis González	1958	Wolfgang Larrazábal	Médico epidemiólogo, director general del MSAS
11	Espíritu Santos Mendoza	1958 - 1959	Edgar Sanabria	Médico pediatra, profesor de la UCV.
12	Arnoldo Gabaldón	1959 - 1964	Rómulo Betancourt	Médico malariólogo e investigador
13	Alfredo Arreaza Guzmán	1964	Raúl Leoni	Médico sanitarista
14	Domingo Guzmán Lander	1964 - 1967		Médico
15	Alfonso Araujo Belloso	1967 - 1968		Médico urólogo
16	Armando Soto Rivera	1968 - 1969		Médico
17	Lisandro Latuff	1969 - 1970	Rafael Caldera	Médico
18	José de Jesús Mayz Lyon	1970 - 1974		Pediatra
19	Blas Bruni Celli	1974 - 1975	Carlos Andrés Pérez	Anatomopatólogo, oftalmólogo, historiador
20	Antonio Parra León	1975 - 1979		Médico
21	Alfonso Benzecri	1979 - 1981	Luis Herrera Campins	Médico
22	Luis González Herrera	1981 - 1984		Epidemiólogo
23	Luis Manuel Manzanilla	1984 - 1985	Jaime Lusinchi	Médico endocrinólogo.
24	Otto Hernández Pieretti	1985 - 1987		Médico cardiólogo.
25	Francisco Montbrun	1987 - 1989		Médico anatomista y cirujano.
26	Felipe Bello González	1989 - 1990	Carlos Andrés Pérez	Médico.
27	Manuel Adrianza	1990 - 1991		Médico fisiólogo, cardiólogo y cirujano de tórax.
28	Pedro Páez Camargo	1991 - 1992		Médico neonatólogo.
29	Ángel Rafael Orihuela	1992 - 1993	Octavio Lepage	Médico cirujano y exdirector del Hospital Universitario de Caracas
		1993		
30	Pablo Pulido	1993 - 1994	Ramón José Velásquez	Médico cardiólogo e internista, y exdirector del Centro Médico Docente La Trinidad
31	Vicente Pérez Dávila	1994	Rafael Caldera	Médico cardiólogo Perteneiente al grupo POLAR
32	Carlos Walter Valecillos	1994 - 1997		Médico psiquiatra.
33	Pedro Rincón Gutiérrez	1994 - 1997		Médico obstetra, ex rector de la ULA
34	José Félix Oletta López	1997 - 1999		Médico cirujano e internista.

**Tabla Nº 50**  
**MINISTROS DEL PODER**  
**POPULAR PARA LA SALUD**

35	Gilberto Rodríguez Ochoa	1999 - 2001	Hugo Chávez	Médico dermatólogo y salubrista.
36	María Lourdes Urbaneja Durant	2001 - 2003		Médico neurólogo, exembajadora en Uruguay y actual embajadora en Chile.
37	Roger Capella	2003 - 2004		Médico angiólogo y exdiputado de La Causa R.
38	Francisco Alejandro Armada Pérez	2004 - 2007		Médico especialista en salud pública. Doctorado en Johns Hopkins en Políticas de Salud.
39	Erick Rodríguez Miérez	2007		Médico psiquiatra y especialista en salud pública y exdiputado del MVR.
40	Jesús María Mantilla Oliveros	2007-2009		Cnel. Del Ejército y expresidente del IVSS.
41	Carlos Rotondaro Cova	2009-2010		Cnel. Del Ejército y expresidente del IVSS.
42	Luis Reyes	2010		Tte. Cnel. De la Aviación, exgobernador de Lara y exministro de la Secretaría.
43	Eugenia Sader	2010-2013		Médico pediatra y coronel de la Aviación.
44	Isabel Iturria	2013 - 2014		Médico cardiólogo.
45	Francisco Armada Pérez	2014		Médico especialista en pública. Doctorado en Johns Hopkins en Políticas de Salud.
46	Nancy Pérez Sierra	2014		Médico cirujano.
47	Henry Ventura	2015		Médico. Ex diputado.
48	Luisana Melo Solórzano	2016	Pediatra y especialista en salud pública.	
49	Antonieta Caporale Zamora	2017	Médico Gineco- Obstetra.	
50	Luis López Chejade	2017 - 2018	Farmacéutico.	
51	Carlos Alvarado González	2018 - <i>actual</i>	Nicolás Maduro	Médico Fisiatra.

[https://es.wikipedia.org/wiki/Ministerio\\_del\\_Poder\\_Popular\\_para\\_la\\_Salud](https://es.wikipedia.org/wiki/Ministerio_del_Poder_Popular_para_la_Salud)

**Tabla N° 51**

**Gobernadores del Distrito Federal**

<b>N °</b>	<b>Gobernador</b>	<b>Inicio</b>	<b>Culminación</b>	<b>Presidente</b>
1	Elbano Mibelli	14-02-1936	05-05-1941	Eleazar López Contreras
2	Luis G Pietri	05-05-1941	28-05-1941	
3	Francisco Leonardi	28-05-1941	27-01-43	Isaias Medina Angarita
4	Juan Dios Celis Paredes	27-01-1943	01-08-1944	
5	Diego Nucete Sardi	01-08-1944	27-10-1945	
6	Gonzalo Barrios	27-10-1945	19-02-1948	Rómulo Betancourt
7	Alberto López Gallegos	19-02-1948	18-11-1948	Rómulo Gallegos
8	Guillermo Pacaning	27-11-50	23-01-1958	Carlos Delgado Chalbaud. Germán Suárez Flamerich Marcos Pérez Jiménez
9	Julio Diego Tirado	27-06-58	13-02-1959	Wolfgang Larrazábal
10	Francisco Carrillo	13-02-1959	25-05-1960	Rómulo Betancourt
11	José Enrique Machado	25-05-1960	21-12-1960	
12	Alejandro Oropeza	21-12-1960	13-03-1964	
13	Raúl Valera	13-03-1964	25-04-1968	Raúl Leoni
14	Carlos Guinand Baldó	11-03-1969	18-04-1972	Rafael Caldera
15	Guillermo Alvarez Bajares	18-04-1972	12-03-1974	
16	Diego Arria Salicetti	12-03-1974	14-01-1977	Carlos Andrés Pérez
17	Manuel Mantilla	14-01-1977	26-08-1978	
18	Luis Vegas Benedetti	26-08-1978	12-03-1979	
19	Enrique Pérez Olivares	12-03-1979	19-01-1981	Luis Herrera Campins
20	Luciano Valero	19-01-1981	04-02-1982	
21	Rodolfo José Cárdenas	04-02-1982	26-04-1983	
22	Miguel Hernández	26-04-1983	02-02-1984	Jaime Lusinchi
23	Carmelo Lauria Lesseur	02-02-1984	13-03-1984	
24	Miguel Contreras Laguado	13-03-1985	12-01-1988	
25	Adolfo Ramírez Torres	12-01-1988	02-02-1989	
26	Virgilio Ávila Vivas	02-02-1989	11-01-1992	Carlos Andrés Pérez
27	Antonio Ledezma Díaz	11-01-1992	26-05-1993	
28	César Rodríguez Berrizbeitia	26-05-1993	02-02-1994	Ramón José Velázquez
29	Asdrúbal Aguiar Aranguren	02-02-1994	18-03-1996	Rafael Caldera
30	Abdón Vivas Terán	18-03-1996	07-07-1998	
31	Moisés Orozco Graterol	07-07-1998	03-02-1999	
32	Hernán Gruber Odremán	03-02-1999	05-09-2000	Hugo Chávez Frías

Archivo de Protocolo y Acervo Histórico del Distrito Federal



REPUBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA  
CONSEJO NACIONAL ELECTORAL

## CREDECIAL

### ALCALDE DEL DISTRITO METROPOLITANO DE CARACAS

El Consejo Nacional Electoral, en uso de las atribuciones que le confiere el artículo 1 del Reglamento Parcial N° 3 Sobre los Organismos Electorales, contenido en la Resolución N° 000314-257, de fecha 14 de marzo del 2000, publicada en la Gaceta Electoral de la República Bolivariana de Venezuela N° 57 de fecha 20 de marzo del 2000, acredita al Ciudadano: **ALFREDO ANTONIO PEÑA**, titular de la cédula de identidad N° 1.197.713, postulado por: **M.V.R., M.A.S., P.P.T., I.P.C.N., G.E., P.C.V., S.I. Y N.R.D.**, como **ALCALDE DEL DISTRITO METROPOLITANO DE CARACAS**, electo en las Elecciones celebradas el 30 de julio de 2000, para un periodo de cuatro (4) años, de conformidad con lo establecido en el artículo 4 de la Ley Especial sobre Régimen del Distrito Metropolitano de Caracás.

En Caracas, a los Diez (10) días del mes de agosto de 2000.

Presidente

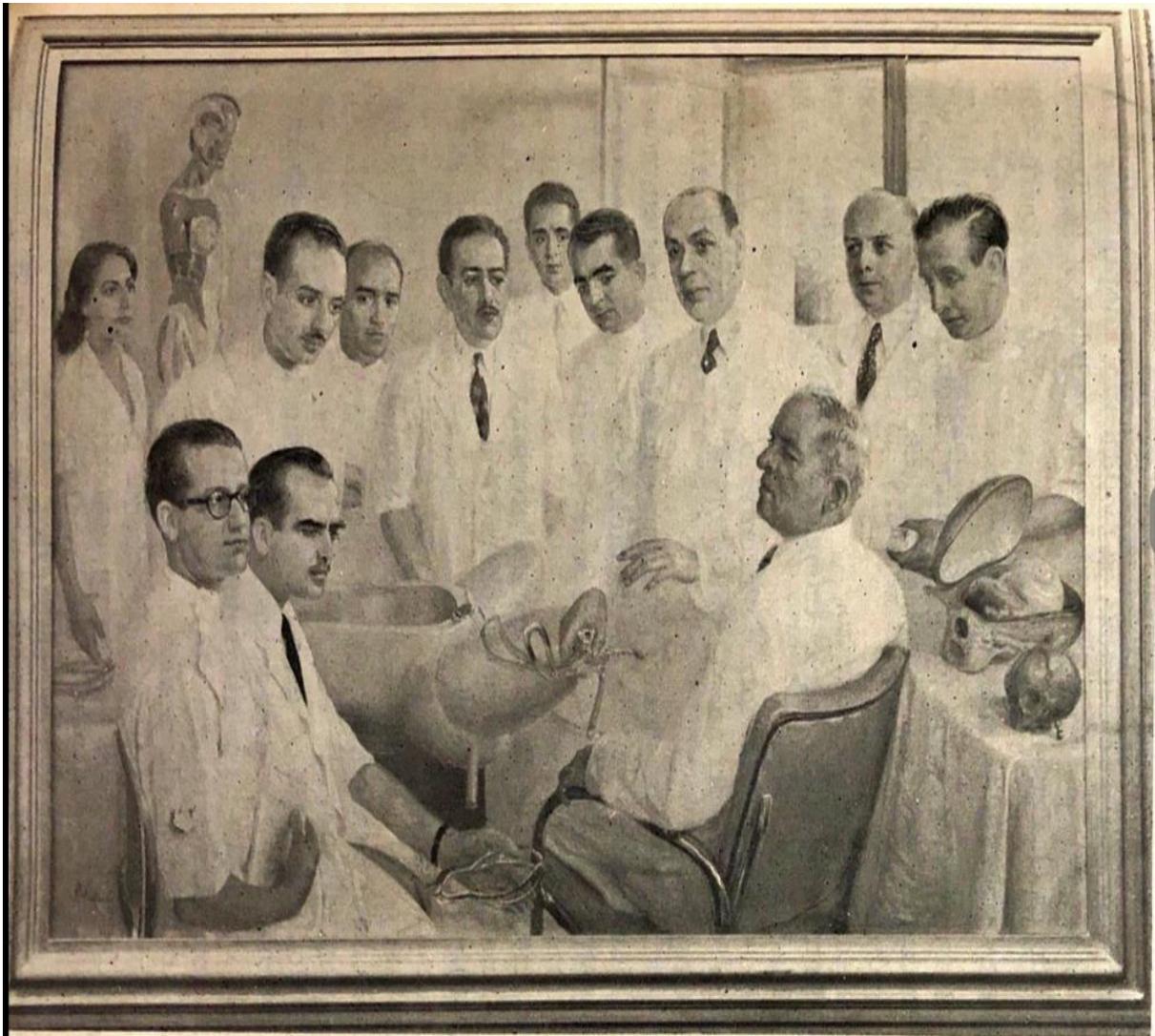
Secretaria General

SELLO

Foto 39: Acta de nombramiento del primer alcalde del Distrito Metropolitano Lic. Alfredo Peña

Como muestra de referencias de las incidencias políticas, se presentan a continuación unas fotos de circunstancias políticas que influyeron o formaron parte de la historia de la MCP.

En la foto N° 40 se muestra el óleo pintado muy artísticamente por Roberto Fantuzzi de los miembros de la cátedra de obstetricia, foto copiada del libro del Dr. Oscar Agüero sobre la historia de la MCP <sup>(77)</sup>.



**Foto 40:** Oleo pintado de los integrantes de la Cátedra de Clínica Obstétrica, pintado por R. Fantuzzi <sup>(77)</sup>

En la foto N° 41 se muestra la foto actual que se encuentra en el antiguo auditorio de la MCP, hoy ocupado por la recién creada Universidad de Ciencias de la Salud “Hugo Chávez Frías”. En la foto tomada por el investigador se aprecia cómo fue borrada la Dra. Livia Escalona, por motivos relacionados con incidencias políticas.



**Foto 41:** Oleo pintado de los integrantes de la Cátedra de Clínica Obstétrica, pintado por Roberto Fantuzzi. Tal como se encuentra en el auditorio de la Maternidad "Concepción Palacios"

Como dato anecdótico se presenta la siguiente fotografía 42, corresponde a la inauguración del Hospital Universitario de Caracas, Donde el ciudadano ministro del MSAS para la época Pedro Gutierrez Alfaro inaugura el hospital el 16 de mayo de 1956, en acto especial a lo que asisten el Dr. Oscar Beaujeón, el Dr. Miguel Yaber, el Dr. Pastor Oropeza y el Dr. Ernesto Figueroa como pediatras y el Dr. Pedro Capechi como obstetra <sup>(145)</sup>.



**Foto 42:** Acto de inauguración del Hospital Universitario de Caracas <sup>(146)</sup>.

Lo anecdótico es que el primer caso que se atiende el HUC es que es obstétrico, una paciente, proveniente de Río Chico, Estado Miranda. Y su relación con la MCP es que el Dr. Miguel Yaber buscó a la paciente en la MCP, y la trasladó al HUC para que fuera atendido por el ministro con su ayuda. Un simple caso de incidencia política para resaltar la inauguración del HUC, gracias a la existencia de la MCP, médicos y hasta la primera paciente.



**Foto 43:** Se aprecia al Dr. Miguel Yaber en el traslado de la paciente Mercedes Arraíz hasta el Hospital Universitario de Caracas  
(146)

En la foto 43 se aprecia al Dr. Miguel Yaber trasladando a la paciente desde la MCP al HUC, donde es recibido por las máximas autoridades del HUC y del MSAS. Incidencia política donde incluso la primera historia clínica la elabora el primer director del hospital Dr. Jorge Soto Rivera como se muestra en la foto 44.



**Foto 44:** Elaboración de la historia clínica por el Dr. Jorge Soto Rivera, primer director del hospital <sup>(146)</sup>

Es de hacer notar que, en la celebración del quincuagésimo aniversario del hospital, se intentó localizar al primer producto de la concepción atendido en el HUC de nombre Marcos Antonio Arraíz (para honrar al presidente) y éste estaba recientemente fallecido, quien sí acudió fue la Sra. Mercedes Arraíz, madre a quien se le atendió el parto en la inauguración; como puede apreciarse en el podograma de la foto 45.

HOSPITAL UNIVERSITARIO DE CARACAS

**ACTA DE IDENTIFICACION Y ENTREGA DEL RECIEN NACIDO**

16 FEB 56

Nombre: MARCOS ANTONIO ARRAIZ

Sexo: MASCULINO

Peso: 3.000 grs. Talla: 50 cms.

Nacimiento: DIA 16 MES 5 AÑO 56 HORA 10<sup>25</sup> AM

Asistido por: D. P. A. Gutierrez Alfaro

ARRAIZ DE MERCEDES  
H C 14.2.30  
OB-57 00-00-01

PODOGRAMAS AL NACER		PODOGRAMAS A LA SALIDA	
PIE DERECHO	PIE IZQUIERDO	PIE DERECHO	PIE IZQUIERDO

Recibí el Recién Nacido, a quien corresponde la presente identificación:

Entregado por: [Signature]

Fecha de entrega: 16.2.56

Si quien recibió el Recién nacido no es su madre, consignar el parentesco:

Nombre: \_\_\_\_\_

Cédula de Identidad: \_\_\_\_\_

PODOGRAMAS

Foto 45: Podograma del primer recién nacido en el HUC, atendido por el Ministro de Sanidad de la época <sup>(146)</sup>