

# Mortalidad materna: evento trágico

Dr. Pedro Faneite A.\*

Miembro Correspondiente Nacional

## RESUMEN

*En el mundo cada día, cada minuto, y en la mayoría de los casos en los países en desarrollo, una madre muere por una complicación relacionada al embarazo, parto o puerperio. Esta muerte es más que una tragedia personal o familiar, ella nos motiva a tomar participación activa. Es conocido que este triste evento implica una elevada carga socioeconómica para el estado, comunidad y familia, con consecuencias invaluable. La magnitud de esta catástrofe anual se eleva a la pérdida de casi 600 mil madres, además se derivan cerca de 50 millones de casos con lesiones, ambas son considerablemente prevenibles. Tres décadas de investigación han probado que implementando pequeñas y factibles medidas pueden significativamente reducirse los riesgos de salud que la mujer afronta con un embarazo.*

*La calidad de vida y los servicios de salud pueden ser evaluados por dos indicadores fundamentales: mortalidad materna y perinatal. Mundialmente agentes e instituciones multilaterales se han organizado para enfrentar esta realidad sanitaria inaceptable, en particular en los países en desarrollo; se han hecho profundos análisis y sugeridos planes específicos. Los resultados hasta el presente revelan mejorías relativas, son más notorios en países desarrollados. En nuestro país la razón de mortalidad materna en los últimos quince años ha estado estable cercana a 60 por cien mil nacidos vivos, considerada alta. Los factores relacionados son múltiples, incluyendo los de salud y otras áreas como socioeconómicos, culturales y ambientales. Se presentan lineamientos para la atención materna: promoción en salud, actividades asistenciales, docentes, de investigación y administrativas, orientadas a disminuir estas terribles tragedias.*

*Palabras clave: Mortalidad materna. Mortalidad perinatal. Prevención.*

\* Presidente de la Sociedad de Obstetricia y Ginecología de Venezuela  
Vicepresidente de la Federación Latinoamericana de Obstetricia y Ginecología, Región Bolivariana

## SUMMARY

*In the world every day, every minute, and in most cases in developing countries, a mother dies from a complication related to pregnancy, childbirth or puerperium. This death is more than just a personal or family tragedy; she encourages us to take active participation. It is known that this sad event implies a high socio-economic burden for the state, community and family, with invaluable consequences. The magnitude of this disaster rises to an annual loss of 600 thousand mothers also about 50 million cases with injuries derive from this, both are substantially preventable. Three decades of research have proven that implementing small and feasible measures can significantly reduce the health risks that women face during the pregnancy.*

*The quality of life and health services can be evaluated by two key indicators: maternal and perinatal mortality. Global agents multilateral institutions have been organized to address this unacceptable reality health, particularly in developing countries a profound analysis and has taken place specific plans have been suggested. The results to date are not satisfactory; they are more evident in developed countries. In our country, the maternal mortality ratio in the last fifteen years has been stable around 60 per thousand live births, which is considered high. The factors involved are many, including health and other areas such as socio-economic, cultural and environmental. Guidelines for maternity care are presented: health promotion, health-care activities, teaching, research and administrative measures, aimed to reduce these terrible tragedies.*

*Key words: Maternal mortality. Perinatal mortality. Preventable*

## INTRODUCCIÓN

### REPRODUCCIÓN HUMANA Y UN PROBLEMA

La reproducción humana es un acto lleno de maravillas y donde se ponen a prueba las benevolencias

de la naturaleza. Sin embargo, no todo es perfecto, y este evento puede ir acompañado de circunstancias y momentos apremiantes. La generación de vida por la madre puede estar sujeta a un riesgo ineludible el cual ha estado en discusión en las últimas décadas.

Pero, ¿cuál es la mayor amenaza a la vida y salud de la mujer en los países en desarrollo? Están representadas por las complicaciones del embarazo y el parto. Cada minuto: 380 mujeres quedan embarazadas, 190 mujeres se enfrentan a un embarazo no planificado o no deseado, 110 mujeres sufren complicaciones relacionadas con el embarazo, 40 mujeres tienen un aborto en condiciones de riesgo, 1 mujer muere (1).

Ante esta realidad la Organización Mundial de la Salud (OMS), celebró la Primera Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud (APS) en Alma-Ata, Kazajistán, antigua Unión Soviética, en 1978, convocó a 134 países y 67 organizaciones internacionales. La conferencia definió y otorgó reconocimiento internacional al concepto de "atención primaria de salud" como una estrategia para alcanzar la meta de salud para todos para el 2000. En efecto, hubo un compromiso de los gobiernos en saldar sus deudas de salud con sus pueblos (2), pero la realidad es que han pasado tres décadas y esas patéticas y aterradoras referencias están todavía presentes en el tercer mundo, quedaron muy lejos los logros obtenidos a las metas planteadas.

Como una respuesta a esos tristes resultados la Organización Panamericana de la Salud (OPS) ha retomado el legado de las acciones previas de la OMS en relación con la APS, y a tal efecto siguiendo el dictamen de sus estados miembros emitieron la resolución CD44.R6 del Consejo Directivo en 2003; ella a su vez terminó en la llamada Declaración de Montevideo, donde todos los gobiernos de la América de nuevo se comprometieron a tomar la APS como la base de sus diversos sistemas de salud y cuyas principales líneas estratégicas deberían basarse en estos principios construidos sobre los valores de la equidad, la solidaridad y el derecho a gozar del grado máximo de salud posible. Por supuesto que todo esto implica un esfuerzo enorme por parte de los profesionales de la salud, los ciudadanos, los gobiernos, la sociedad civil y las agencias de cooperación; esas actividades deberían extenderse a nivel nacional, subregional, regional y mundial (3).

## **SALUD MATERNA UN DESAFÍO PARA LAS MUJERES DE AMÉRICA**

El análisis demográfico longitudinal nos muestra que la población mundial ha seguido a un ritmo creciente siguiendo las estimaciones preestablecidas, esto es más acentuado en los países en desarrollo lo cual agrava las demandas sanitarias, alimentación, servicios, problemática social, etc. Es por ello que frecuentemente se presentan foros de discusión relativos a la llamada revolución verde, al impacto ambiental, el recalentamiento global, la crisis alimentaria, incluso migración poblacional, etc.

Los termómetros poblacionales mundiales están alertas y la posibilidad de que el planeta duplique o triplique su población en 30 a 40 años está presente, y es precisamente nuestra región, Latino América una de las de mayor crecimiento (4). Las Naciones Unidas calculó que para 1980 que la Región de las Américas tenía una población de 612 millones de habitantes: 364 en América Latina y 248 en América del Norte; de acuerdo a la variante media entre 1980 y el año 2000, la población de la Región se incrementaría en 249 millones (41 %), llegando Latino América a 566 millones, esto representa el 66 % de la población de toda América, que se estima fue de 861 millones para el 2000 (5), y 910 para el año 2007 (6).

Al presente, las condiciones de reproducción de esta población dejan mucho que desear al revisar diversas publicaciones. Estas nos señalan que en las últimas dos décadas se ha deteriorado el nivel de vida en la región, de manera que han reaparecido enfermedades controladas, y han emergido otras inexistentes, los presupuestos familiares con frecuencia no alcanzan para la canasta básica de alimentación, y la política de subsidios no es la más adecuada para estos casos, la salud ambiental es deficiente, todo ello ha incidido negativamente en el entorno de la salud reproductiva (7-11).

Son reales los riesgos reproductivos, las tasas de fecundidad permanecen elevadas, el riesgo es mayor en las gestantes precoces, con débil constitución familiar, escasa preparación educacional, corto intervalo entre gestaciones, y si además le añadimos servicios de salud deficientes en calidad, cobertura y difícil acceso a la asistencia obstétrica, el resultado final no puede ser satisfactorio (12-15).

Los conocimientos actuales nos muestran que hay muchos factores distintos al de salud involucrados como causales en la muerte materna, y que a pesar del esfuerzo de sector sanitario no puede apuntalar hacia un éxito a corto plazo. Esto lo entendemos cuando

evaluamos la participación decisiva que deben tener los gobiernos, la responsabilidad de la comunidad organizada y en fin la motivación familiar y personal. Por todo ello vemos la necesidad de erradicar la pobreza, elevar la educación, facilidades de vivienda y demás recursos y servicios.

Regionalmente prestamos servicio asistencial en el Hospital "Dr. Adolfo Prince Lara", el más importante Centro materno-infantil del Distrito Sanitario Eje de la Costa, donde se atiende la población del Distrito Puerto Cabello y Mora, parte del Distrito Valencia, estados vecinos como la costa de Falcón y del Estado Yaracuy, con un área de influencia de 350 000 habitantes. Desde este nosocomio hemos estudiado la problemática y establecido un plan de investigación del área de salud reproductiva durante 35 años. El mismo tiene una línea de investigación sobre epidemiología perinatal, la cual nos ha permitido tener una visión continua y seriada de la salud perinatal. Así podemos afirmar que el número de nacimientos se duplicó en 30 años, de 2 000 a 4 000 mensual, con 100 000 nacimientos totales en este período (16), y en el último análisis detectamos que a pesar de la demanda de servicio, hubo una disminución de casos asistidos producto de incapacidad de prestar servicio por fallas de planta física y falta de dotación (17).

Estos datos muestran la realidad que hemos estado viviendo silenciosamente, pero esto es parte de lo que está sucediendo en todo el país; las estimaciones oficiales señalan que en Venezuela actualmente existen 28 millones de habitantes, para 2025 serán 38 millones, con tendencia a duplicarnos en 35 años (18,19). En consecuencia, seguido al incremento poblacional se han sucedido fenómenos sociales de reclamos, demandas y exigencias de mejores condiciones de vida, servicios sociales, etc.; todos tratan de acortar distancias entre las inequidades y desigualdades sociales y la verdadera justicia social que deberían prestar los gobernantes a sus pueblos, exigen sistemas administrativos más eficientes y pulcritud en las gestiones administrativas.

## SITUACIÓN ACTUAL

La calidad de vida se puede medir evaluando la mortalidad materna (MM) y la mortalidad perinatal (MP), ellas son indicadores fiables a tomar en cuenta a la hora de planificar, evaluar y diseñar estrategias en mejora de la salud pública, y en particular hacia la población más desvalida y numerosa como es la materno infantil, materia base de nuestra sociedad.

Esos hitos sanitarios revelan las condiciones socioeconómicas de la población, características demográficas, y calidad y cobertura de los servicios de salud (20,21).

Existen varios indicadores para expresar el nivel de MM, los más comunes son la razón de mortalidad materna (número de MM por cien mil nacidos vivos); indica el riesgo de muerte entre las mujeres embarazadas y recientemente embarazadas, refleja el estado general de la salud de la mujer, su acceso a la atención de salud y la calidad de servicio que recibe. El otro es la tasa de mortalidad materna (número de MM por año por cien mil mujeres de 15 a 49 años); como puede observarse técnicamente la primera es la que más se ajusta a lo que se estudia en el entorno al problema, y últimamente es la expresada por los expertos que trabajan en este campo. La razón de mortalidad materna es la medida de mortalidad materna más usada. Mide el riesgo obstétrico una vez que la mujer queda embarazada. La tasa de mortalidad materna (cuyo denominador es el número de mujeres en edad reproductiva) mide el riesgo de morir e incluye tanto la posibilidad de quedar embarazada (fecundidad) como de morir durante el embarazo o el puerperio.

El 99 % de las muertes maternas anuales tiene lugar en el mundo en desarrollo. En el llamado primer mundo sólo se registran 2 a 9 defunciones maternas por 100 000 nacidos vivos; en países en desarrollo las cifras oscilan desde 300 a 1 000 o más. Es decir, las mujeres de los países en desarrollo corren un riesgo de morir durante el embarazo o parto 50 a 100 veces mayor que el que presenta una mujer del mundo desarrollado. Estas cifras nos dan una idea cabal de la importancia de ese riesgo. Para una mujer de un país en desarrollo el riesgo de morir durante el embarazo o de una enfermedad relacionada con éste es de 1 por cada 25 ó 1 por cada 40, proporción que contrasta marcadamente contra 1 por varios millares en el mundo desarrollado (Cuadro 1). Esta temible realidad ha sido señalada por la OMS y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), en los años 80. Pero lo que es más grave aún, para 1996 se dispuso de nuevas estimaciones para todos los países, los mismos registraron un total de 585 000 muertes maternas anuales, casi un 20 % más que la estimación previa (22,23); esto reveló que la tragedia para la familia afectada se había incrementado; posteriormente al 2005 se realizan nuevos cálculos y las cifras han tenido algún descenso pero no lo necesario y esperado de acuerdo a las expectativas y

## MORTALIDAD MATERNA

Cuadro 1

Estimaciones de mortalidad materna mundial\*  
1990-2005

|                          | 1990 |            | 2005 |            | % Cambio<br>en RMM<br>1990-2005 |
|--------------------------|------|------------|------|------------|---------------------------------|
|                          | RMM  | No Muertes | RMM  | No Muertes |                                 |
| MUNDO                    | 430  | 576,000    | 400  | 536,00     | -6,9                            |
| PAÍSES DESARROLLADOS     | 11   | 1,300      | 9    | 960        | -18,2                           |
| Países del CIS           | 58   | 2,800      | 51   | 1,800      | -12,1                           |
| PAÍSES EN DESARROLLO     | 480  | 572,000    | 450  | 533,00     | -6,25                           |
| África                   | 830  | 221,00     | 820  | 276,00     | -1,2                            |
| Norte de África          | 250  | 8,900      | 160  | 5,700      | -36,3                           |
| África sub.-Sahariana    | 920  | 212,00     | 900  | 270,00     | -2,2                            |
| Asia                     | 410  | 329,000    | 330  | 241,00     | -19,5                           |
| Latinoamericana y Caribe | 180  | 21,00      | 130  | 15,00      | -27,8                           |
| Oceanía                  | 550  | 1,000      | 430  | 890        | -22,2                           |

\*Razón de mortalidad materna (RMM). Número redondeados  
Fuente: WHO/UNFPA/The World Bank, 2007

metas trazadas, lo que es un indicador de necesidad de acción pronta (23-25).

Las causas más importantes de este desastre: en el mundo mueren anualmente 140 000 madres por hemorragias (24,8 %), 75 000 intento de aborto, la mayoría provocados (12,9 %), 75 000 por eclampsia y sus complicaciones (12,9 %), otras 100 000 por sepsis (14,9 %), 40 000 por obstrucción del parto (6,9 %), entre las más relevantes. Pero hay más, se calcula que anualmente, 3 millones de jóvenes fallecen por una o varias de estas causas, lo que representa una cifra de 1 600 diarias. La muerte no es sólo el gran problema, por cada muerte se estima que 30 contraen lesiones, infecciones e incapacidades, esto significa que cerca de 15 millones de mujeres anuales sufren lesiones relacionadas al embarazo y parto, lo que las afecta para toda su vida. Estas cifras darían un total acumulado de 300 millones, es decir, más de la cuarta parte de las mujeres adultas que viven actualmente en el mundo en desarrollo (22-26).

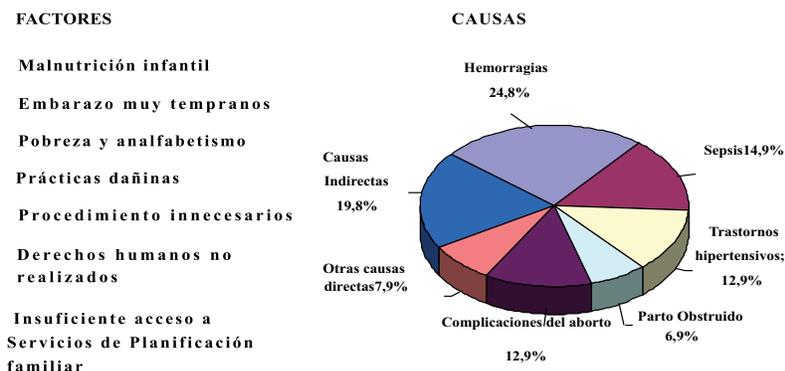
Se tiene estimado que la región Latinoamericana y el Caribe aportan 23 000 muertes maternas anuales, suceden 65 diarias, con una razón media regional de 180 por 100 000 nacidos vivos en 1990 y 130 para 1995, con rangos de 6 (Canadá), 12 (Estados Unidos), y 1 000 (Haití). Venezuela tiene cifras oficiales cercanas a 60 por 100 000 nacidos vivos (6,22-27) (Figura 1).

### REGIÓN BOLIVARIANA DE LATINOAMÉRICA

Hemos querido tener una visión de conjunto de lo que acontece en relación con mortalidad materna en los países que conforman la región bolivariana o Área Andina de naciones, representados por Bolivia, Colombia, Ecuador, Perú y Venezuela. A tal efecto hicimos durante el 2008 el estudio pertinente, recabamos la información de la páginas oficiales de internet en materia de salud y estadísticas vitales (28), se totalizaron 2 282 muertes, lo que representa para la región una razón de muerte materna promedio de 126,58 por cien mil nacidos vivos, valor considerado alto. Las cifras individuales por países en orden descendente fueron: Bolivia (2003), 230 y las causas principales hemorragia 35 %, toxemia 21 % y sepsis; Perú (2001), 185, las causas principales hemorragia 47 %, sepsis 15 % y toxemia 12 %; Ecuador (2005), 84,95, las causas principales toxemia 30 %, hemorragia 29 % y sepsis 7 %; Colombia (2005), 173,05, las causas principales toxemia 26 %, hemorragia 17,7 % y sepsis 6 %; y Venezuela (2005), 59,9, las causas principales hemorragia 28 %, toxemia 26 %, y sepsis 13 %. Podemos observar que el promedio de esta región está por debajo del promedio de Latinoamérica enunciado anteriormente (25,26), pero sólo se trata de promedios, pues incluyen a dos de los países con mayores problemas de América (Bolivia y Perú) (Cuadros 2 y 3).

FANEITE P

23,000 MUERTES MATERNAS EVITABLES AL AÑO EN LATINO AMERICA



Fuente: Situación de salud en las Américas. Indicadores básicos. OPS. oficina del Subdirector. Análisis de salud y estadísticas. 2007

Figura 1. Situación de salud de las Américas.

Cuadro 2  
Mortalidad maternal en la región bolivariana.  
Nº, razón y año

| País      | Año  | Número | Razón  |
|-----------|------|--------|--------|
| Bolivia   | 2003 | 650    | 230    |
| Perú      | 2000 | 612    | 185    |
| Ecuador   | 2005 | 139    | 85     |
| Colombia  | 2005 | 478    | 68,44  |
| Venezuela | 2005 | 351    | 59,9   |
| Total     |      | 2230   | 125,67 |

Fuente: Faneite P. Mortalidad materna en la región bolivariana

Es de destacar que las causas de muerte son comunes (hemorragia, sepsis y toxemia), y la prevalencia varía acorde a las condiciones particulares; se concluyó que se necesita redoblar esfuerzos para abatir estas terribles cifras indicadoras de la condición socio-sanitaria de la región y mejorar los sistemas de recolección de información. Esto último cobra importancia fundamental en los países en desarrollo, donde los sistemas de informática, estadística y personal debidamente entrenado es deficiente, se le ha llamado “la paradoja de la información”, y es que precisamente en los lugares donde más se requiere contar con una información precisa y confiable, es donde la misma está ausente o parcial (28,29); es necesario disminuir los sub-registros tanto en los

Cuadro 3  
Causas de mortalidad materna. Región Bolivariana

| País      | Causa | Hemorragia |    | Toxemia |    | Sepsis |    | Aborto |    |
|-----------|-------|------------|----|---------|----|--------|----|--------|----|
|           |       | Nº         | %  | Nº      | %  | Nº     | %  | Nº     | %  |
| Bolivia   |       | 228        | 35 | 137     | 21 | 33     | 5  | 65     | 10 |
| 2003      | 650   |            |    |         |    |        |    |        |    |
| Perú      |       | 231        | 55 | 82      | 19 | 43     | 10 | 36     | 8  |
| 2000      | 422   |            |    |         |    |        |    |        |    |
| Ecuador   |       | 42         | 29 | 43      | 30 | 14     | 10 | 11     | 7  |
| 2005      | 143   |            |    |         |    |        |    |        |    |
| Colombia  |       | 97         | 20 | 145     | 30 | 44     | 9  | 45     | 9  |
| 2005      | 478   |            |    |         |    |        |    |        |    |
| Venezuela |       | 100        | 28 | 91      | 26 | 37     | 10 | 45     | 13 |
| 2005      | 351   |            |    |         |    |        |    |        |    |

aspectos de muerte materna, como en el número de recién nacidos.

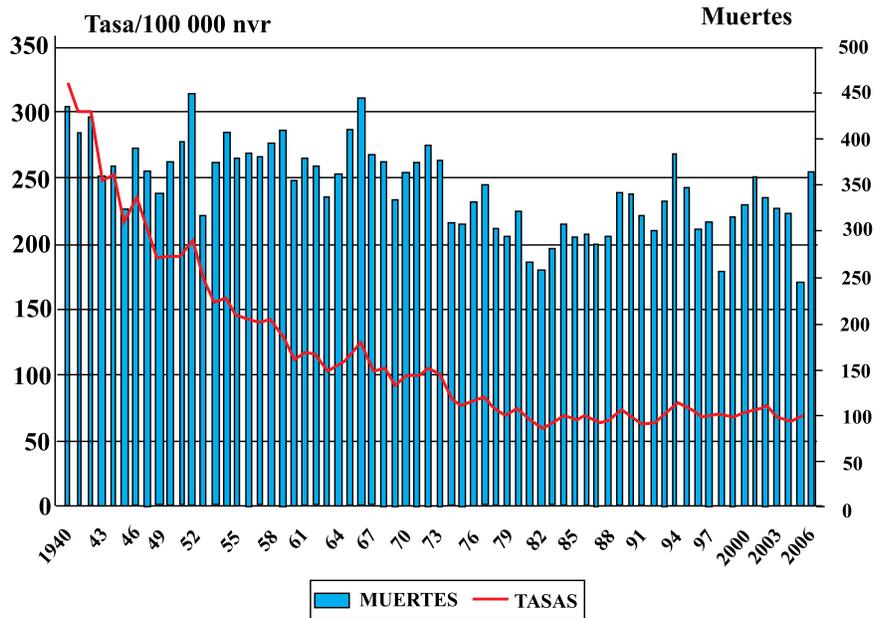
**¿QUE SUCEDE EN VENEZUELA?**

De acuerdo a los datos oficiales disponibles del Ministerio de Salud, en los últimos años en nuestro país, las primeras causas de muerte general no han tenido mayor variación. De 121 526 muertes diagnosticadas en 2006, el primer lugar lo ocupan las patologías cardíacas con 20,63 %, sigue el cáncer 15,32 %, luego suicidios y homicidios accidentes 8 %, cerebro-vasculares 7,7 %, accidentes 7 %, diabetes 5,9 %, las afecciones perinatales con 4,1 %, las malformaciones 1,82 %. Realmente la mortalidad materna no aparece desde hace años dentro de las primeras 25 causas de muerte general en el país (30).

En relación con las cifras de razón de mortalidad materna podemos observar que hubo un descenso sostenido de valores de tres dígitos a dos dígitos entre la década de los cuarenta a mediados de la década de los ochenta, lo cual correspondería a un descenso porcentual cercano al 80 %. Este hecho ha sido valorado como muy significativo, aunque se ha mencionado que puede estar influido por un mejor registro de los nacimientos, también hay que tener en cuenta que estas son cifras promedio, y que

la realidad es muy distinta en las diversas regiones del país, convirtiéndose la realidad en un mosaico de realidades (31). Sin embargo, es de señalar que esta tendencia favorable se enlenteció a partir de esa época y desde entonces hasta ahora las cifras se han mantenido casi invariables, con pequeñas oscilaciones, en otras palabras en los últimos veinte años alrededor de las sesenta por cien mil nacidos vivos. En números globales, anualmente en Venezuela suceden aproximadamente más de 300 muertes maternas, se puede decir, que en nuestro país cada día muere una madre en alguna región. Estas preocupantes cifras están expresadas en el documento “Cumpliendo las Metas del Milenio en Venezuela”, elaborado por el Gabinete Social del Ejecutivo de la República Bolivariana de Venezuela en 2004 y en la página oficial de Ministerio de Salud ([www. http://www.msds.gov.ve/msds/index.php](http://www.msds.gov.ve/msds/index.php)) (32,33) (Figura 2).

Las causas de mortalidad materna las podemos encontrar en lo reportado en el Anuario de epidemiología y estadística vital del año 2006 (30), donde se revela que las principales causas por patología identificada son: edema, proteinuria y otros trastornos hipertensivos en el embarazo, parto y puerperio (24 %); complicaciones del trabajo de parto y alumbramiento (13 %); embarazo terminado en aborto (15 %) y complicaciones principales relacionadas con el puerperio (10 %) (Cuadro 4).



Fuente: Anuario MPPs. Venezuela. 2006

Figura 2. Mortalidad materna. 1940-2006. Venezuela.

## Cuadro 4

Causas de muertes maternas.  
Venezuela. 2006

| Causas de muerte  | Códigos CIE-10 | Total | %   |
|---|----------------|-------|-----|
| Otras afecciones obstétricas no clasificables en otra parte*  | 095-099        | 106   | 30  |
| Edema, proteinuria y otros trastornos hipertensivos en el embarazo, el parto y el puerperio         | 0100-016       | 87    | 24  |
| Embarazo terminado en aborto  | 000-0008       | 55    | 15  |
| Complicaciones del trabajo de parto y del alumbramiento   | 060-075        | 47    | 13  |
| Complicaciones principalmente relacionadas con el puerperio   | 085-092        | 34    | 10  |
| Atención materna relacionada con el feto y la cavidad amniótica y con posibles problemas del parto. | 030-048        | 20    | 6   |
| Otros trastornos maternos relacionados principalmente con el embarazo                               | 020-029        | 7     | 2   |
| Total muertes por embarazo parto o puerperio  | 000-099        | 356   | 100 |

Fuente: MS, Anuario de Mortalidad. DGEAE. 2006

Los hallazgos de diversos autores venezolanos que han estudiado la problemática materna en sus centros y en época diversa, la presentamos a continuación, expresadas en razón por 100 mil nacidos vivos. Así tenemos a Agüero y col. en la Maternidad “Concepción Palacios” de Caracas, tiene cuatro trabajos (34-37), en su última serie (1975-1981) reporta 186; Lairret y col. (38) en el Hospital Central de Acarigua (1970-1984) 65; Uzcátegui y col. (39) en el Hospital General del Oeste de Caracas (1981-1994) 80; Molina y col. (40) en el Municipio Maracaibo (1993) 124; Molina y col. (41) en el Hospital “Manuel Noriega Trigo” de Maracaibo (1990-1994) 84; y Suárez (42) en Hospital Central de Cabimas (1988-1995) 31; Brito y col. (43), en la Maternidad “Concepción Palacios” en Caracas (1982-1991), 162 y Chacón y col. (44), en el Hospital Universitario de Mérida (1974-2005), 97,11. Se destaca que las razones oscilaron entre 31 y 186 por 100 000 nacidos vivos, cifras extremas consideradas muy altas, refiriendo como causas específicas la sepsis, toxemia y hemorragias, su papel preponderante varió de un centro a otro.

#### PANORAMA DE UNA REGIÓN

El Hospital “Dr. Adolfo Prince Lara”, fue fundado en 1968. La mortalidad materna directa se ha estudiado en este hospital desde 1970-2004, es decir, 34 años. López Gómez y Bracho de López revisó el lapso 1970-1981 y reportó una razón promedio de 137 por cien mil nacidos vivos (45). Nuestra primera revisión ocupó la serie 1982-1991, encontrando razón promedio 95

(46); luego siguió la serie del período 1992-2000, con resultados de 49,3 por cien mil nacidos vivos (47); y finalmente la serie de los años 2000-2004, con 51,03 (48). Podemos observar que ha ocurrido un descenso importante entre las dos primeras series, bajando luego a casi la mitad en las últimas dos, las cuales presentan valores muy semejantes. Esta evolución y estudio de tendencia de la muerte materna la presentamos en un análisis especial que abarcó 36 años de asistencia obstétrica desde 1969-2004 (49). Podemos referir que ha sucedido una disminución importante en más de tres décadas, estabilizándose en los últimos trece años. Es conveniente mencionar que las cifras referidas en este trabajo están por debajo de las nacionales, pero debe aclararse que nosotros calculamos la razón de muerte materna directa, la cual no incluye las muertes maternas indirectas ni muertes tardías, mayores de 42 días.

En relación con las causas de muertes maternas directas comentamos que en la última serie tuvo como causas principales la hemorragia 33,33 % y toxemia 33,33 %, la sepsis en tercer lugar 16,6 %. La hemorragia recuperó algo de terreno en relación al período anterior 31,58 %; un evento interesante es la ubicación rezagada de la sepsis, pues ella ocupó el primer puesto en el primer lapso analizado 1970-1981 (45).

#### ACCIONES EMPRENDIDAS, LECCIONES APRENDIDAS Y OTRAS POR CUMPLIR

La OMS emprendió la estrategia de atención

primaria en salud como una manera global de enfrentar disparidades, deficiencias e insatisfacciones para la población en general; uno de sus objetivos está destinado a la madre y su producto, aspectos que comentamos al inicio de este trabajo (2,3). Pero hay que destacar el esfuerzo que se ha hecho por una maternidad segura o sin riesgo, la cual se inició mundialmente en 1987. Han estado integrados por una asociación de organizaciones internacionales, entre ellas el Fondo de las Naciones Unidas para protección del niño e infante (UNICEF), el Fondo de Población las Naciones Unidas (FNUAP), el Banco Mundial, la OMS, la Federación Internacional de Planificación Familiar (IPPF) y el Consejo de Población. Es un equipo destinado a promover, incrementar conciencia, establecer prioridades, estimular investigación, movilizar recursos, promover asistencia técnica y compartir información conforme al mandato específico de cada una de ellas; también se han incorporado en esta lucha las sociedades científicas, Federación Internacional de Obstetricia y Ginecología (FIGO), Federación Latinoamericana de Obstetricia y Ginecología (FLASOG) (50,51).

Se han celebrado sendas conferencias auspiciadas por la OMS/ UNICEF/ FNUAP para la Maternidad Segura, Nairobi (1987), la Cumbre Mundial a favor de la Infancia (1990), la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo (Cairo, 1994), la Cuarta Conferencia Mundial para la Mujeres (Beijing, 1995), la Conferencia Internacional sobre Desarrollo Social (Copenhague, 1993), y la Consulta Técnica sobre iniciativa de maternidad segura (Colombo, 1997), entre otras; todas han hecho un llamado al compromiso y acción para mejorar la salud y bienestar de las mujeres.

La revisión de los presupuestos de salud gubernamentales muestra que la mayoría de los países en desarrollo asignan menos del 20 % a los programas de salud materno-infantil, y que el mayor porcentaje se dedica a programas de salud infantil. El Banco Mundial ha estimado que la inversión anual de menos de 2 \$ US por habitante en programas encaminados a fortalecer los servicios de salud básicos para la mujer, permitiría reducir a la mitad las tasas de mortalidad materna en un solo decenio (52-55).

En el año 2000 nace una nueva iniciativa auspiciada inicialmente por la ONU, en efecto, previa convocatoria a la denominada *Cumbre del Milenio*, asisten 189 Jefes de Estado, de gobiernos tanto del norte como del sur del planeta. Y es así como todos firmaron la Declaración del Milenio. Este importante

documento de compromiso expreso está dirigido a la urgente necesidad de atender los requerimientos apremiantes de los habitantes de este mundo, en particular los más pobres estimados en mil millones. Lucen de manera determinante los objetivos cuatro y cinco, el primero reducción de la mortalidad infantil, y el segundo mejorar la salud materna, esta última se evaluaría a través de la razón de mortalidad materna y el porcentaje de partos asistidos por personal calificado (32,33). Por supuesto que inmediatamente se han incorporado todas las instituciones de proyección mundial y regional prenombradas.

Los proyectos, planes y estrategias han sido elaborados meticulosamente por las instituciones doctoras, se han cuidado los detalles y recomendaciones de los expertos (55,56). Es el caso, que los factores relacionados no tienen el mismo valor o peso, su importancia variará acorde a una determinada región geográfica, condición socioeconómico o cultura; estudios analítico revelan esta realidad expresa (57,58); los eventos recomendados o sugeridos se deben adecuar a las situaciones o circunstancias propias (3); para ventura de pocos hay algunos países que han logrado progresos como son los casos de Cuba, Túnez, Chile, Sri Lanka, Bangladesh, Egipto, Malasia, entre otros (27).

Actualmente hay diversas instituciones que realizan un seguimiento periódico al cumplimiento de las metas del milenio de la ONU y evalúan sus resultados. En julio de 2005 la OPS y otras publicaron un informe que evalúa las tasas y número absoluto de muertas maternas, los mismos revelan preocupación por las metas alcanzadas en América latina y el Caribe, la cuales se han mostrado relativamente estables ambos indicadores para la década pasada (26,27,59). Esta situación podría estar revelando dificultades para alcanzar las metas previstas como son la reducción de las tres cuartas partes de la prevalencia hasta el 2015. Esto implica que los esfuerzos deberían ser incrementados de manera titánica.

Otra organización que realiza un diligente seguimiento al cumplimiento de las metas es el grupo internacional *Countdown to 2015 for Maternal, Newborn and Child Survival* (Cuenta regresiva de supervivencia de madres, recién nacidos y niños para 2015) (60). Ellos evalúan los esfuerzos del grupo en 68 países “prioritarios” o “de cuenta regresiva” donde ocurre el 97 % de las muertes maternas y de niños menores de cinco años de todo el mundo. Su informe de abril 2008 reveló que las tres cuartas partes de esos países han hecho poco, o ningún, progreso

para cumplir las metas internacionalmente fijadas durante los últimos tres años (61). A pesar de esto siguen con la esperanza de que se puede progresar rápidamente en estas naciones que han logrado poco, además señalan, que aunque la mortalidad materna en sí seguía siendo alta o muy alta en 56 de 68 países, algunos datos sugieren que algunas partes esenciales de la solución ya están en su lugar. Éstas incluyen consenso sobre las intervenciones prioritarias (como inmunización y atención prenatal), varias políticas de atención de salud y aumentos en la financiación (61).

Otra faceta de los planes preventivos hacia la mortalidad materna se originó de la revisión de bibliografía multidisciplinaria realizada en países en desarrollo: demoras o retrasos en la asistencia médica, también llamada camino a la supervivencia (62). Analizaron los factores que contribuyen a este desenlace fatal desde el inicio de la complicación obstétrica hasta el final, el resultado lamentable es producto en la mayoría de las veces del factor tiempo en hacer algo. Lo han sintetizado en tres fases: la primera es retraso en tomar la decisión en buscar atención por falta de comprensión acerca de las complicaciones, aceptación de la mortalidad materna, baja categoría otorgada a las mujeres y barreras socioculturales; la segunda, retraso en llegar a un centro de salud, motivada por problemas de transporte, montañas, islas, ríos y deficiencias organizativas; la tercera, retraso en recibir atención, relacionada con suministros, personal mal capacitado, con actitud punitiva, incluso finanzas; otros la resumen en cuatro: reconocimiento del problema, decisión de buscar atención, acceso a la atención adecuada y atención obstétrica de calidad (63).

Venezuela es signataria de los diversos compromisos internacionales de salud señalados anteriormente. En el 2000 el Ministerio de Salud designó una Comisión Nacional para la Prevención de la Mortalidad Materna e Infantil por recomendación Presidencial. Se ha elaborado un plan de acción, reuniones con expertos, comisiones regionales, evaluación del trabajo por los estados. Este no es el primer esfuerzo oficial que se hace, en 1994 el Ministerio de Sanidad y Asistencia y Social, a través de su Dirección Materno Infantil, promovió los Comité de estudio de Mortalidad Materna, con un Sistema de Vigilancia epidemiológica, con resultados poco alentadores, posteriormente en el 2000 se dio a conocer el Plan Nacional de prevención y control, al año siguiente publican el Manual de pautas y procedimientos para monitoreo y vigilancia epidemiológica (64). Por supuesto que de acuerdo

con los resultados comentados nuestro país también debe enrumbar sus programas de salud en beneficio de las madres y sus hijos, es por esto que actualmente se encuentra en ejecución el llamado "Proyecto madre" iniciado en 2006, del cual esperamos sus frutos (64).

La Federación internacional de Obstetricia y Ginecología (FIGO), es una organización que agrupa a todos los profesionales de las Federaciones y Sociedades científicas de la ginecología y obstetricia en todo el mundo; actualmente cuenta con 113 miembros; su visión es que las mujeres del mundo alcancen el estándar más alto posible en cuanto a salud mental, física, salud sexual y reproductiva y bienestar durante sus vidas. Es de entenderse que ella ha respaldado ampliamente y ha tomado para sí todas las iniciativas de alto valor dirigida a las madres (65,66). Asu vez ha transmitido esas actividades específicas a sus organizaciones hemisféricas, en particular en nuestra región a la Federación Latinoamericana de Obstetricia y Ginecología (FLASOG), quien de manera diligente ha coordinado y realizado múltiples reuniones, talleres, publicaciones, apoyando eventos científicos y movimientos integracionistas dentro de las sociedades, miembros y otras entidades identificadas con la problemática en discusión. Desde esa posición se han consolidado los Comités de Mortalidad Materna y Derecho Sexual y Reproductivo, quienes se han comprometido a una gestión honrosa, y de esta forma han realizado cuatro talleres de discusión. Se iniciaron en Santa Cruz de la Sierra, Bolivia 2002, Guatemala 2004, Santo Domingo 2005 y Lima 2006, y a final el compromiso se ha plasmado con una declaración respectiva cuyo contenido no es más que un llamado a la acción mancomunada en procura de una salud integral (67).

En nuestro país la FLASOG ha tenido una fiel aliada, pues la Sociedad de Obstetricia y Ginecología de Venezuela (SOGV), desde sus inicios ha tenido como parte de sus actividades una orientación clara en beneficio de las madres; esto se ha puesto de manifiesto a través de la realización de congresos, reuniones, jornadas, talleres, cursos, cursillos y otros eventos; también se han auspiciado jornadas comunitarias y foros con otras instituciones nacionales e internacionales (64). El compromiso ha sido tal que en 1991 se modifican los estatutos y se crea la Sección de Mortalidad Materna y Perinatal, asignándole las funciones benefactoras de esta área. De manera concreta se realizó una actividad promocional preventiva llamada "mortalidad materna: el gran reto", y coordinada por esta Sección junto con la

de Derecho Sexual y Reproductivo y organizaron cinco talleres donde participaron todos los estados de país, integrando otras instituciones, el Ministerio de Sanidad, universidades, entidades regionales de salud, etc. Todo concluyó con una publicación, la cual recoge las circunstancias locales de salud y las sugerencias tomadas de los actores de primera línea (67). Es de hacer notar que la SOGV ha participado activamente en todos los talleres auspiciados por la FLASOG a nivel internacional.

Un nuevo criterio que a nivel internacional se le ha dado importancia es la morbilidad materna extrema o muy grave, llamada por algunos como “*near miss*” o casi muertas, el cual es un indicador de calidad de cuidado materno. Tiene la ventaja de permitir tomar información directa de la paciente y en consecuencia estudiar el problema fielmente. En efecto, durante 2007-2008, participamos en un trabajo colaborativo latinoamericano coordinado por el Comité de Mortalidad materna y perinatal de FLASOG y con el apoyo de la OPS; se estudiaron mil gestantes en busca de una caracterización particular, se presentó durante el Congreso Latinoamericano de FLASOG en la ciudad de Mendoza, Argentina octubre 2008; esta revisión está en proceso de publicación por la OMS.

La Academia Nacional de Medicina ha dado a conocer su Plan de Prioridades de estudio en la Salud Colectiva e Individual 2008-2010 (68); ellos han propuesto entre otras enfermedades y acciones de salud evaluar las complicaciones del parto y dentro de ella la mortalidad materna, a su vez enfatizan que la misma es uno de los indicadores de salud que reflejan la calidad de vida así como la calidad de atención en salud de una región. Recientemente la SOGV ha realizado actividades conjuntas con la UNICEF seccional del país, Academia de Medicina de Venezuela, y ha colaborado con el desarrollo de unas nuevas pautas de atención a la gestante, auspiciada por el Ministerio de Salud y FNUAP.

#### **A MANERA DE CONCLUSIÓN Y APORTE**

Los resultados nada confortables en relación con la mortalidad materna nos inducen a recalcar que ella es producto de múltiples factores y situaciones; es el eslabón final de un proceso fatídico, donde el sector salud es sólo parte del problema. Modificar estas tendencias implican cambios socioeconómicos, políticos y planificación del sector salud, entre otros; tarea difícil pero muy significativa. Que si bien el responsable constitucionalmente de ejecutar las políticas de salud son los estados, existen múltiples

agencias, instituciones, organizaciones que tienen el deber de prestar el apoyo conveniente a esta lucha mancomunada. Nos obliga a la acción el ineluctable deber de defender al ser que arriesga su vida por preservar la especie humana, y no podemos ser impasibles ante esta realidad existencial.

Sin pretender dictar estrategias, ni normas de atención a la mujer embarazada, queremos de manera didáctica sintetizar lineamientos de las actividades a realizar en beneficio de las futuras madres y sus hijos. Lo hacemos bajo el conocimiento que la mayoría de las muertes son evitables con intervenciones viables y económicas, reducirla no es una cuestión vinculada a la riqueza de una nación, sino depende fundamentalmente del nivel del compromiso político y voluntad social para adjudicar recursos a quienes los necesiten. Lo que hace falta ahora es dedicación y acción.

#### **1. Actividades de promoción en salud**

- 1.1.Promocionar el mejoramiento del estándar de vida de la población mediante relaciones extrasectoriales a la salud, a fin de elevar el estado nutricional, vivienda, transporte, salubridad, educación, agua y excreta, inmunizaciones, etc.
- 1.2.Promover el bienestar y la salud, integrando madre y niño, de manera precoz y adecuadamente a su núcleo familiar.
- 1.3.Facilitar cambios favorables en las características demográficas y de reproducción: educación y mayor conciencia de la edad reproductiva, condiciones adecuadas socioeconómicas, planificación familiar.
- 1.4.Invitar a la participación comunitaria, dando prioridad y apoyando la programación de salud.

#### **2. Actividades asistenciales**

- 2.1.Organizar a nivel distrital programas de asistencia perinatal institucionalizada por el Estado, con estrategias de ataque contra las afecciones perinatales, cuarta causa de muerte general en Venezuela.
- 2.2.Establecer el programa de asistencia perinatal jerarquizada por nivel de riesgo, haciendo énfasis a nivel primario, lo cual aumentaría la cobertura y mejoraría los sistemas de referencia entre los niveles de asistencia, debiéndose realizar la dotación mínima para la consulta prenatal y partos de bajo riesgo en los centros que así lo permitan.

- Apoyados por órganos de comunicación social, traslados, y enlazados con los hospitales.
- 2.3. Mejorar el funcionamiento de la consulta de embarazo de riesgo hospitalaria, dotándole adecuadamente, vigilando y estimulando el servicio que preste, debe darle prioridad a las pacientes portadoras de las patologías locales detectadas y que desencadenan muertes perinatales.
  - 2.4. Establecer rutinariamente el sistema de identificación y predicción de embarazos de riesgo, de manera precoz, inclusive mantener vigilancia preconcepción, prenatal, intraparto y neonatal.
  - 2.5. Integrar todos los responsables de la asistencia perinatal: obstetra, perinatólogo, pediatra, sanitarista, etc., a fin de hacer una evaluación conjunta de las embarazadas y recién nacidos de riesgo. Es especial cuando se trate de una de las patologías maternas perinatales de mayor riesgo.
  - 2.6. Mejorar la asistencia de embarazo de riesgo, en especial en período de intraparto y neonatal, capacitándose, y equipándose para la resucitación neonatal.
  - 2.7. Ofrecer al neonato prematuro condiciones asistenciales adecuadas, prestando la atención correspondiente, y dotando de lo requerido (incubadoras, respiradores, equipo ácido-base, etc.).
  - 2.8. Instaurar el seguimiento longitudinal de las pacientes y recién nacidos de alto riesgo, dándole facilidad de asesoramiento genético, interconsulta y planificación familiar.
  - 2.9. Estimular el parto vaginal como vía natural, acompañado de partograma, justificando suficientemente las cesáreas.
  - 2.10. Dotar las salas de partos hospitalarias y a nivel primario del instrumental, suturas, antisépticos, oxitócicos, antibióticos, soluciones, etc. Consolidar la Unidad de Cuidados Intensivos de los hospitales.
  - 2.11. Estimular y promover la planificación familiar, enfatizar los riesgos del embarazo no deseado, gestación en adolescente y aborto provocado. Dotar de anticonceptivos y personal capacitado.
  - 2.12. Insistir en la lactancia materna, cuidados neonatales, vacunación y control posnatal a todas las madres en sala de partos, establecimientos y comunidades.
  - 2.13. Incrementar las Unidades de Re-hidratación oral.
  - 2.14. Exigir de manera rutinaria los estudios de autopsia en los casos de muertes perinatales.
  - 2.15. Reafirmar los Comités de vigilancia de muertes maternas y perinatales.
  - 2.16. Mejorar los sistemas de registro y estadística hospitalaria, adecuarlos a los términos y recomendaciones nacionales e internacionales.
3. Actividades docentes
    - 3.1. Educar de manera continua, sobre la base de la medicina perinatal, implicando en ello a todo el equipo perinatal: pediatras, obstetras, médicos rurales, personal paramédico, estudiantes de medicina, enfermería, incluyendo al administrativo y población en general; haciendo las actualizaciones correspondientes.
    - 3.2. Enfatizar en los temas de alto riesgo, en particular las patologías maternas (sepsis, hemorragias, toxemia, prematuridad) y neonatales (insuficiencia respiratoria, asfixia, prematuro, sepsis), relacionadas con la morbi-mortalidad perinatal regional.
    - 3.3. Desarrollar un programa educativo para la población femenina que involucre los aspectos de la reproducción humana, riesgos y prevención, destacándoles su papel y responsabilidad. Participación vecinal en búsqueda de embarazadas de riesgo.
  4. Actividades de investigación
    - 4.1. Mantener un plan de investigaciones basado en las patologías relacionadas con los factores de morbimortalidad perinatal identificado en cada región, desarrollando tecnologías aplicadas apropiadas, con criterios preventivos y de precocidad, dándole una amplitud multidisciplinaria y con suficiente apoyo económico.
    - 4.2. Evaluar de manera periódica las tasas de mortalidad materna y perinatal para conocer el grado de impacto de los planes de salud.
  5. Actividades administrativas
    - 5.1. Designar el Comité Distrital con Coordinación Regional y Nacional, para lograr mayor fortaleza de los programas, de las diversas instituciones prestadoras de salud.
    - 5.2. Dotar a esos comités de infraestructura y logística, como locales donde funcionaría personal de secretaría, archivos, papelería, disponibilidad de

## MORTALIDAD MATERNA

vehículo, facilidad de acceso a los órganos de comunicación social y participación comunitaria, a fin de laborar con eficiencia.

- 5.3. Elaborar un cronograma de actividades, lo que le facilitaría su cumplimiento y seguimiento.
- 5.4. Evaluar periódicamente las actividades realizadas por la asistencia perinatal a fin de analizar objetivos, juzgar la labor desempeñada y hacer correctivos pertinentes.
- 5.5. Divulgar los resultados obtenidos, de manera que permita justificarse la utilidad y bondad de la asistencia perinatal como estrategia de ataque de la cuarta causa de muerte en Venezuela: afecciones perinatales; y con ello justificar cualquier programa, recurso, e inversión razonada, en beneficio de la población del país.
- 5.6. Elevar las conclusiones, recomendaciones de estas investigaciones perinatales a los niveles de decisión de políticas de salud, a fin de que sirvan de material para la toma de acciones.

### REFERENCIAS

1. Organización Mundial de la Salud. Revised 1990 Estimates of maternal mortality: A new approach by WHO and UNICEF. Ginebra. 1996.
2. Organización Mundial de la Salud. Declaración de Alma-Ata. Atención Primaria de Salud. Serie "Salud para Todos" No. 1. 1978.
3. Macinko J, Montenegro H, Nebot Adell C, Etienne C. Grupo de Trabajo de Atención Primaria. La renovación de la atención primaria de salud en las Américas. Rev Panam Salud Pública. 2007;21(2/3):73-84.
4. Population Crisis Comitee. La marcha hacia una población estable. Informe 23, Nueva York. 1990.
5. Cusminsky M, Roberts E. Demografía, nivel de salud y metas propuestas para el año 2000. Publicación Científica 461, OPS, Washington. 1984.
6. Situación de salud en las Américas. Indicadores básicos. OPS. Oficina del Subdirector. Análisis de salud y estadísticas. 2007.  
Disponible en: [http://www.paho.org/spanish/dd/ais/IB\\_2007\\_SPA.pdf](http://www.paho.org/spanish/dd/ais/IB_2007_SPA.pdf).
7. Musgrove P. Repercusiones de la crisis económica sobre la salud y sobre la atención sanitaria en América Latina y el Caribe. Crónica de la OMS. 1986;40:171-176.
8. Abel-Smith B. The world economic crisis. Part 1. Repercussions on health. Health. Policy. Plan. 1986;1:202-213.
9. Montoya-Aguilar C, Marchant-Cavieres L. The effect of economic changes on health care and health in Chile. Int J Health Plann Manage. 1994;9:279-294.
10. Mazzafero VE, Wyszynski DF, Giacommini H. Health conditions in Argentina: Facing the twenty-first century. J Public Health Med. 1998;18:234-237.
11. Faneite P. Impacto socioeconómico sobre la salud evaluado por la mortalidad perinatal. Rev Obstet Ginecol Venez. 2000;60:85-88.
12. Miranda JA, Herruzo AJ, Mozas J, Calderon MA, Aguera J, Biel E, et al. Influence of obstetric and perinatal care on perinatal mortality. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol. 1996;67:103-107.
13. Berg CJ. Prenatal care in developing counties: The World Health Organization technical working group on antenatal care. J Am Med Assoc. 1995;50:182-186.
14. Faneite P. Situación perinatal. En: Evaluación de la salud fetal. Caracas: Editorial Italgráfica S.R.L.; 1992.p.31-42.
15. Faneite P. Relación entre mortalidad perinatal y consulta prenatal. Hospital "Dr. Adolfo Prince Lara" 1969-1996. Rev Obstet Ginecol Venez. 1998;58:1-3.
16. Faneite P. Salud reproductiva obstétrica. Tendencia 1969-1996. I. Asistencia Obstétrica: nacimientos y sus formas. Rev Obstet Ginecol Venez. 1997;57:145-150.
17. Faneite P, Rivera C, Faneite J. Nacimientos según tipo de asistencia obstétrica. Hospital "Dr. Adolfo Prince Lara", Puerto Cabello, Estado Carabobo, 1969-2004. Gac Méd Caracas. 2007;115(3):1-6.
18. Oficina Central de Estadística e Informática. Estimaciones y proyecciones de población 1950-2025, Caracas. 1985.
19. Instituto Nacional de Estadística. Población total, por sexo, 1990-2015. Cuadro Magnitud y estructura. Disponible en: <http://www.ocei.gov.ve/demografica/salidadistribucion.asp?Tt=Cuadro201&cuadro=cuadro201>
20. Waaler H, Sterky G. ¿Cuál es el mejor indicador de la atención de salud? Foro mundial de la salud. 1984;5:318-321.
21. Richardus JH, Graafman S WC, Verloove-Vanhorick SP, Mackenbach JP. The perinatal mortality rate as an indicator of quality of care in international comparisons. Med Care. 1998;36:54-66.
22. UNICEF. El Progreso de las Naciones. Nueva York. 1996:1-9.

23. World Bank. World development report 1993: Investing in Health, Washington, DC, 1993:1-14.
24. Khan KS, Wojdyla D, Say L, Gülmezoglu AM, Van Look PF. WHO Analysis of causes of maternal deaths: A systematic review. *Lancet*. 2006;367(9516):1066-1074.
25. PAHO/WHO. Governance, Policies & Partnerships. 2005.
26. WHO. Maternal mortality in 2005: Estimates developed by WHO, UNICEF, UNFPA, and the World Bank. WHO Library Cataloguing-in-Publication Data. Geneva, Switzerland. 2007.
27. UNICEF. Progress for children. A report card on maternal mortality Number 7, September. Nueva York. 2008.
28. Faneite P. Mortalidad materna en la región bolivariana de Latino-América: área crítica. *Rev Obstet Ginecol Venez*. 2008;68:18-24.
29. Lozano-Ascencio R. ¿Es posible seguir mejorando los registros de las defunciones en México? *Gac Méd Mex*. 2008;144:525-533.
30. Ministerio del Poder Popular para la Salud. Anuario de epidemiología y estadística vital 2006.  
Disponible en: [http://www.mpps.gob.ve/ms/direcciones\\_msds/Epidemiologia/Estadistica/Archivos/Anuarios.htm](http://www.mpps.gob.ve/ms/direcciones_msds/Epidemiologia/Estadistica/Archivos/Anuarios.htm).
31. Avilán Rovira JM. Situación de salud en Venezuela según las estadísticas de mortalidad 1940-1995. *Gac Méd Caracas*. 1998;106(2):169-196.
32. Cumpliendo las Metas del Milenio en Venezuela. República Bolivariana de Venezuela. Gabinete Social. 2004.  
Disponible en: [http://www.ops-oms.org.ve/site/venezuela/docs/Cumpliendo\\_las\\_Metas\\_del\\_Milenio\\_2004.pdf](http://www.ops-oms.org.ve/site/venezuela/docs/Cumpliendo_las_Metas_del_Milenio_2004.pdf).
33. Uzcátegui O, Toro J. Metas del milenio y salud materna. *Rev Obstet Ginecol Venez*. 2009;69(1):1-3.
34. Agüero O, Torres JI. Tendencias de la mortalidad materna en la Maternidad “Concepción Palacios”. *Rev Obstet Ginecol Venez*. 1966;26:505-520.
35. Agüero O, Torres JI, Kizer S. Mortalidad materna en la Maternidad “Concepción Palacios”. *Ginecol Obstet Mex*. 1974;35:509-519.
36. Agüero O, Torres JI. Mortalidad materna en la Maternidad “Concepción Palacios”. *Rev Obstet Ginecol Venez*. 1977; 37:361-366.
37. Agüero O, Torres JI. Mortalidad materna en la Maternidad “Concepción Palacios”. 1975-1981. *Rev Obstet Ginecol Venez*. 1985;46:92-97.
38. Lairer O, Paz L, Lairer de Paz M. Mortalidad materna en el Hospital Central Portuguesa de Acarigua-Araure 1970-1984. *Rev Obstet Ginecol Venez*. 1986;46:33-36.
39. Molina R, Barboza R, Urdaneta B, Salazar G. Mortalidad materna en el Hospital “Manuel Noriega Trigo”. *Rev Obstet Ginecol Venez*. 1995;55:217-221.
40. Uzcátegui O, Centanni L, Armas R. Mortalidad materna: 1981-1994. *Rev Obstet Ginecol Venez*. 1995;55:89-92.
41. Molina R, Mármol de M L, Morales M, Fernández G, Leal E. Mortalidad materna en el municipio Maracaibo, Edo. Zulia, 1993. *Rev Obstet Ginecol Venez*. 1995; 55: 93-99.
42. Suárez D. Mortalidad materna en el Hospital “Dr. Adolfo D Empaire”, Edo. Zulia durante los años 1988-1995. *Rev Obstet Ginecol Venez*. 1997;57:177-180.
43. Brito J, Cabrera C, Gutiérrez O, Gutiérrez M, Porra F. Mortalidad materna en la Maternidad “Concepción Palacios”: 1982-1991. *Rev Obstet Ginecol Venez*. 2007;67(1):31-39.
44. Chacón G, Monsalve. Mortalidad materna en el Instituto Autónomo Hospital Universitario de Los Andes (IAHULA) 1974-2005. *Rev Obstet Ginecol Venez*. 2007;67(2):99-105.
45. López Gómez JR, Bracho de LC. Mortalidad materna en el Servicio de Obstetricia del Hospital Adolfo Prince Lara. *Rev Obstet Ginecol Venez*. 1985;45:37-46.
46. Faneite P, Valderrama I. Mortalidad materna. 1982-1991. *Rev Obstet Ginecol Venez*. 1992; 52:193-196.
47. Faneite P, Starnieri M. Mortalidad materna directa. Hospital “Dr. Adolfo Prince Lara”. 1992-2000. *Rev Obstet Ginecol Venez*. 2001; 61:89-94.
48. Faneite P, García F. Mortalidad materna. Hospital “Dr. Adolfo Prince Lara”. 2001-2004. *Rev Obstet Ginecol Venez*. 2005; 64:123-129.
49. Faneite P. Mortalidad materna y perinatal. Tendencias 1969-2004. *Rev Obstet Ginecol Venez*. 2006;66(2):75-79.
50. Decisions of the XII general assembly of FIGO (Figo News) *Int J Gynaecol Obstet*. 1989;28:79-84.
51. FOCUS. The poorest of the poor. *Int J Gynaecol Obstet*. 1990;32:287-290.
52. Starrs A. La prevención de la tragedia de las muertes maternas. Informe sobre la Conferencia Internacional sobre la maternidad sin riesgo. Banco Mundial/OMS/UNFPA. Nairobi, Kenya. 1987:4-43.
53. Johns B, Sigurbjörnsdóttir K, Fogstad H, Zupan J, Mathai M, Tan-Torres Edejer T. Estimated global resources needed to attain universal coverage of

## MORTALIDAD MATERNA

- maternal and newborn health services. WHO Bulletin 2007;85(4):256-263.
54. Greco G, Powell-Jackson T, Borghi J, Mills A. Countdown to 2015: Assessment of donor assistance to maternal, newborn, and child health between 2003 and 2006. *Lancet*. 2008;371:1268-1275.
55. Oficina Panamericana de la Salud/ Organización Mundial de la Salud. Plan de Acción Regional para la Reducción de la mortalidad materna en las Américas, Washington DC. 1990:51.
56. Suite M. Maternal mortality: Confidential enquiries into maternal death in the United Kingdom. *Am J Obstet Ginecol*. 2000;182:760-766.
57. Panting-Kemp A, Séller S, Nguyen T, Simonson L, Nuwayhid B, Castro L. Maternal death in an urban perinatal network, 1992-1998. *Am J Obstet Gynecol*. 2000;183:1207-1212.
58. Cabezas E. Mortalidad materna en los países del Grupo FLASOG-Caribe. En: *Ginecología y Obstetricia*. Editor: A. Acosta, Editora Litocolor: Paraguay. 1996.p.586-589.
59. Oficina Panamericana de la Salud. América Latina y el Caribe enfrentan desafíos para alcanzar metas del milenio. 1 julio 2005.  
Disponible en: <http://www.paho.org/common/Display.asp?Lang=S&RecID=9016>.
60. Countdown to 2015 for maternal, newborn and child survival. Writing Group [http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(08\)60559-0/abstract?version=printerFriendly - fn1](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(08)60559-0/abstract?version=printerFriendly - fn1) on behalf of the Countdown to 2015 Core Group.  
Disponible en: <http://www.countdown2015mnch.org/CountdownCoverage>
61. Countdown to 2015 for maternal, newborn, and child survival: The 2008 report on tracking coverage of interventions. *Lancet*. 2008;371(9620):1247-1258.
62. Maternal United Nations Population Fund (UNFPA). *Maternal mortality Update 2002: A focus on emergency obstetric care*. Nueva York: UNFPA; 2003.  
Disponible en:  
[http://www.unfpa.org/upload/lib\\_pub\\_file/201\\_filename\\_mmupdate-2002.pdf](http://www.unfpa.org/upload/lib_pub_file/201_filename_mmupdate-2002.pdf).
63. Ransom E, Yinger N. *Maternidad sin riesgos: cómo superar los obstáculos en la atención a la salud materna*. Population Reference Bureau. Julio 2002. Disponible en: <http://www.prb.org/SpanishContent/Topics/SaludReproductiva.aspx?page=6>
64. Faneite P. Taller Latinoamericano: una alianza para enfrentar los desafíos, reducir la morbilidad y mortalidad materna y perinatal. FLASOG/OPS. *Rev Obstet Ginecol Venez*. 2004;64:223-225.
65. FIGO - the International Federation of Gynecology and Obstetrics. Disponible en: <http://www.figo.org/>
66. Graham J, Hussein WJ. Universal reporting of maternal mortality: An achievable goal? *Int J Gynecol Obstet*. 2006;94:234-242.
67. Faneite P, Rojas L, Briceño G. Mortalidad materna. Análisis. *SALUS*. 2006;10(1):42-50.
68. Clemente A, Ravelo Celis J, Briceño-Iragorry L, Aoun Sulie C, Colmenares G. Plan de la Academia Nacional de Medicina. Prioridades de estudio en la Salud Colectiva e Individual 2008-2010. En: López JE, Briceño Iragorry L, editores. Colección Razetti. Volumen VI. Caracas: Editorial Ateproca; 2008.p.1-85.

Dirección electrónica: [faneitep@cantv.net](mailto:faneitep@cantv.net)

Teléfono: 042-614352. Celular 0414-3-430441. Fax: 042-615991.

---

Gac Méd Caracas 2010;118(1):24-37

## El síndrome del cerebro descalificado —redivivo—

Dr. Rafael Muci-Mendoza<sup>1</sup>

Descalificar: Desacreditar, desautorizar o incapacitar.  
Diccionario de la Lengua Española. Vigésima Segunda Edición. 2001