

Una mirada bioética a la mortalidad materna en Venezuela

A bioethical overlook at maternal mortality in Venezuela

José R. Urdaneta M^{a,1,2}, Nasser Baabel-Zambrano^{b,2,3}

RESUMEN

La mortalidad materna (MM) en Venezuela es un problema grave que plantea numerosos aspectos bioéticos para su análisis, los cuales son complejos y requieren una reflexión profunda; puesto que sólo a través de un enfoque ético y comprometido se podrían implementar medidas efectivas para reducir la MM y promover la salud de las mujeres venezolanas. En esta revisión narrativa se plantea una reflexión sobre las acciones que deben propiciarse desde la bioética deliberativa y la salud colectiva para buscar soluciones y mancomunar esfuerzos para combatir el flagelo de la MM, que día a día cobra la vida de mujeres venezolanas, con pérdidas irreparables y desalentadoras secuencias para el núcleo familiar. La MM es un reflejo de las inequidades sociales y de la sumatoria de diferentes determinantes sociales de

salud, que lo convierten en un problema con muchas aristas que deben tomarse en consideración para poder establecer políticas de salud pública que puedan combatirlo.

Palabras clave: Bioética, mortalidad materna, Venezuela.

SUMMARY

Maternal mortality (MM) in Venezuela is a serious problem that raises numerous bioethical aspects for analysis, which are complex and require deep reflection since only through an ethical and committed approach can effective measures be implemented to reduce MM and promote the health of Venezuelan women. In this narrative review, a reflection is proposed on the actions that must be promoted from deliberative bioethics and collective health to seek solutions and combine efforts to combat the scourge of MM, which every day claims the lives of Venezuelan women with irreparable losses and discouraging sequences for the family unit. MM reflects social inequities and the sum of different social

DOI: <https://doi.org/10.47307/GMC.2025.133.1.19>

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

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-8395-988X>^b

^aDr. en Ciencias Médicas. E-mail: doctorjrurum@hotmail.com

^bDr. en Ciencias Médicas. E-mail: nbaabel.fmedluz@gmail.com

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

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

Recibido: 19 de diciembre 2024

Aceptado: 14 de enero 2025

³Escuela de Medicina. Facultad de Medicina. Universidad del Zulia.

Autor correspondencia: Dr. José Ramón Urdaneta Machado
Instituto de Anatomía Histología y Patología – Universidad Austral de Chile

Dirección: Av. Los laureles Campus UACH Isla Teja. Edificio Anatomía Humana 1er piso Oficina S/N

E-mail: doctorjrurum@hotmail.com

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

determinants of health, which make it a problem with many aspects that must be taken into consideration to establish public health policies that can combat it.

Keywords: *Bioethics, maternal mortality, Venezuela.*

INTRODUCCIÓN

La mortalidad materna (MM) en Venezuela es un problema grave que plantea numerosos aspectos bioéticos para su análisis, los cuales son complejos y requieren una reflexión profunda; puesto que sólo a través de un enfoque ético y comprometido se podrían implementar medidas efectivas para reducir la MM y promover la salud de las venezolanas. Según predicciones de la Organización Panamericana de la Salud (1) y del Banco Mundial (2), para el año 2020 se estimó la Razón de Mortalidad Materna (RMM) en 259,2 por 100 000 nacidos vivos, lo que supone un incremento de 180,5 % respecto del valor estimado para el 2000 que se situaba en 92 por 100 000 nacidos vivos, antes de la llegada de la revolución bolivariana.

Estas predicciones se encuentran muy apartadas de las metas de la “Agenda al 2030 para el Desarrollo Sostenible” de las Naciones Unidas (3), acordada en el 2016 y de la cual Venezuela es firmante, que proponía reducir mundialmente la Tasa de Mortalidad Materna (TMM) a menos de 70 por 100 000 nacidos vivos, poniendo fin a todas las muertes prevenibles, a fin de garantizar el cumplimiento del tercer objetivo de esta agenda asociado con garantizar una vida sana y promover el bienestar de todos y todas. Asimismo, el problema de la MM también tiene inferencia en el logro de otros objetivos de esta agenda relacionados con la pobreza, igualdad de género y la desigualdad; por lo que la disminución de la MM es un nuevo desafío para los años venideros.

Al respecto, una reciente investigación realizada en la principal maternidad de la capital venezolana determinó una RMM de 135,96 x 100 000 nacidos vivos durante el período 2014-2020, siendo la razón más alta de 218,25, correspondiente al año 2018 (4). Como puede verse, la situación en Venezuela es alarmante, con una elevada RMM de 756 muertes maternas para el año 2016. Regularmente hay un

importante subregistro y adicionalmente, no se publican las cifras, de forma tal que hoy en día se desconoce la información que podría ser base para el desarrollo de programas que beneficien la salud de la población, lo cual imposibilita la generación de políticas de salud que tiendan a mejorar las condiciones sanitarias de una región, si se desconocen tales circunstancias; por tanto se evidencia la necesidad de identificar los indicadores de salud específicos, y conocer cada una de las cifras involucradas, para que los análisis y comparaciones sean realmente útiles (5).

En la actualidad, el país se encuentra en una crisis social y económica sin precedentes, con un retroceso de la sanidad pública con cifras comparables a la década de 1960, y aunque al pasar los años y gobiernos, se han implementado numerosas políticas gubernamentales para mejorar esta situación, muchas de estas estrategias han sido fallidas debido a la falta de su continuidad y de su cumplimiento pleno. En este sentido, la combinación de políticas públicas, con lineamientos asistenciales claros y el análisis de la MM y la morbilidad materna extrema (MME) por premisas teóricas, incluyendo los determinantes sociales de la salud, serían parte de la solución para alcanzar las metas de desarrollo sostenible en la atención obstétrica con la cobertura y calidad requeridas (6).

A pesar de ser la MM un problema multidimensional, incierto y con una historicidad cambiante, su estudio tradicionalmente se ha caracterizado por su abordaje desde la consecuencia biologicista, la tecnocracia, a partir del reduccionismo, el análisis del número y tasa de muertes maternas sin relación a su contexto (7). Al respecto, esta temática es de sumo interés para la bioética, dado que esta disciplina tiene diferentes alcances, puesto que no solamente se ocupa del campo netamente clínico y médico, sino que, desde su enfoque global, se preocupa por todas las problemáticas en torno a la vida, incluyendo la vida no humana y el medio ambiente; por lo que se hace prioritario abordar con amplitud las condiciones de desigualdad y las barreras de acceso a los servicios de salud con las que se enfrentan las mujeres, puesto que sus condiciones sociales, geográficas y económicas las hace vulnerables ante el desarrollo desfavorable en salud materna (8).

La bioética se relaciona con la MM como problema de salud sexual y reproductiva, puesto que estos decesos constituyen los indicadores más sensibles de justicia social y evalúa de manera indirecta la calidad del sistema de salud y las políticas de salud de los gobiernos; asimismo, la alta proporción de muertes maternas por causas evitables y tratables en países de bajos ingresos y en los sectores más carentes, es un reflejo de la injusticia e inequidad imperante en el ámbito de la salud sexual y reproductiva (SSR) en la contemporaneidad (9). Por tanto, es necesaria la aplicación de una bioética dialógica y cordial, que permita deliberar en torno a asuntos relacionados con la salud materna contando siempre con la voz de todos los implicados (10).

La MM no sólo es un signo de deterioro social sino moral, que evidencia la violación de una serie de derechos humanos, como el derecho a la vida que es negada con cada muerte evitable que se produce, el derecho a la salud que queda en el olvido desde el momento en que no todas las mujeres tienen las mismas oportunidades de acceder a los tratamientos apropiados para su atención o el derecho a la libertad para decidir, es decir, al principio de autonomía, que es inhabilitado cada vez que una mujer no tienen la oportunidad de elegir lo que considera más apropiado para su vida (11). Pese a la amplitud y variada cantidad de leyes, normas y principios, de derecho internacional e interno en relación con la MM, que se encuentran en el marco legal venezolano, el país presenta altos índices de MM, por lo que se requiere un análisis exhaustivo de las razones de esta situación que conlleve a proponer planes y programas de salud eficaces que puedan frenar esta grave y cuestionada problemática de salud pública (6).

Por tanto, esta revisión narrativa se propuso analizar los aspectos bioéticos asociados a la problemática de la MM en Venezuela, de manera, que los profesionales sanitarios encargados de la atención materna y la salud pública en el país puedan reflexionar, de manera crítica y deliberativa, sobre esta problemática desde la mirada de la bioética, revisando las implicaciones éticas del fenómeno de la MM.

Acerca de la Mortalidad Materna

Se define como muerte materna, al fallecimiento de una mujer mientras está embarazada o dentro de los 42 días de terminada su gestación, independientemente de su duración, localización o causa, vinculada o agravada por el embarazo o su manejo, pero no por causas accidentales o incidentales. Se subdividen en defunción obstétrica directa, aquellas que resultan de complicaciones obstétricas del estado gravídico y defunción obstétrica indirecta, que deriva de una enfermedad preexistente o de un trastorno que apareció durante el embarazo y que no se debió a causas obstétricas directas, pero que se agravó por los efectos fisiológicos propios de la gestación (4).

De acuerdo con Sánchez y col. (6), la MM es un indicador en salud importante, debido a que permite tener idea de la atención médica de un país; se mide a través de dos indicadores: RMM y TMM. Para cualquier región y para la especialidad de Obstetricia y Ginecología, dos de los indicadores de salud más importantes son la MM y la Mortalidad Infantil, y de esta última, particularmente la mortalidad perinatal, neonatal y la de niños menores de un año, que, de alguna manera, podrían reflejar problemas relacionados con la atención del embarazo y el parto (5).

Por otra parte, se tiene que con los avances médicos y tecnológicos que han propiciado al mejoramiento de los cuidados durante el embarazo, parto y puerperio han logrado que muchas mujeres sobrevivan a complicaciones que anteriormente hubieran conllevado a una muerte materna, lo cual ha originado el surgimiento del término MME; este concepto nace como una alternativa o suplemento para las revisiones e investigaciones en MM (12). Este es definido por la Organización Mundial de la Salud (13) como alguna complicación grave que ocurre durante el embarazo, parto y puerperio que pone en riesgo la vida de la mujer o requiere de una atención inmediata con el fin de evitar su muerte; por cada muerte materna, los casos de MME son mucho más numerosos, estimándose hasta 20 casos de MME por cada muerte materna y hasta una cuarta

parte de estos casos podría sufrir secuelas graves y permanentes. Se proponen tres indicadores para su evaluación:

(a) Razón de morbilidad materna extrema (RMME): Cantidad de casos de MME por cada 1000 nacidos vivos. Proporciona una estimación de la calidad en la atención y recursos necesarios en un área o instalación.

(b) Prevalencia de morbilidad materna extrema (PMME): Cantidad de casos existentes de MME en un lapso determinado entre la cantidad de nacidos vivos en el mismo período. A mayor prevalencia mayor cantidad de casos existentes de MME.

(c) Relación morbilidad materna extrema: mortalidad materna (RMME:MM): Relación entre los casos de MME y muerte materna. Una relación más alta indica mejor atención.

Las condiciones que influyen tanto en la MME como en la MM son multifactoriales e incluyen además de los determinantes biológicos como los trastornos hipertensivos y las alteraciones orgánicas, determinantes económicos, demográficos y culturales relacionados con la atención en salud (14). Las mujeres que terminan en casos de MME se encuentran relacionados principalmente a trastornos hipertensivos, sepsis y hemorragias; no obstante, las patologías intercurrentes del embarazo, seguido de la sepsis y las complicaciones del aborto pueden asociarse a una mayor MM (15).

Consideraciones Bioéticas

Desde la bioética, es necesario abordar las desigualdades socioeconómicas y de salud, lo cual fundamenta la denominada bioética de la salud de las poblaciones, la cual, bajo la visión de Daniel Wikler, se concentra en los aspectos como los determinantes de la salud, el acceso a los servicios de atención en salud y los factores que generan que unas personas se enfermen más que otras. En este sentido, la bioética necesita nuevos recursos filosóficos que vayan más allá de la moralidad individual o de los códigos éticos; necesita elementos sociales y políticos que, particularmente, provengan de la teoría de la justicia distributiva; asimismo, exige tener en cuenta las características diferenciadoras de las

realidades y contextos vivenciados en la región, bajo las categorías de análisis capaces de enfrentar los problemas históricamente persistentes en los diferentes ámbitos, teniendo como base el respeto al pluralismo moral y un enfoque esencialmente transdisciplinar (8).

Desde la visión que propone la denominada bioética de intervención, teorizada por Volnei Garrafa, la cual se centra en la justicia y la salud pública, es relevante que el abordaje de la MM contemple integralmente las condiciones de vida y pluralidad cultural de las mujeres (16). Según Mendieta y Cuevas (17), la bioética en salud pública debe hacer hincapié en la comprensión y discusión desde la vinculación de los problemas y dilemas que plantea el contexto de la salud pública, y así intentar vincular en un marco de conciencia moral y acción ética el empoderamiento en la salud de las poblaciones, así como la vinculación de esta en la formulación de políticas públicas sanitarias, donde se pretenda generar conciencia en los procesos de cambio de las prácticas sociales para brindar elementos de comprensión a una bioética socialmente contextualizada.

En esta línea el abordaje de la problemática de la MM, es de sumo interés para la bioética, puesto que se presentan diversas cuestionamientos éticos relacionados con el acceso a la atención médica, la autonomía de las mujeres embarazadas y la responsabilidad del sistema de salud.

1. Acceso a la atención médica

Uno de los principales aspectos bioéticos es el acceso a la atención médica de calidad. Sin embargo, existen llamativas desigualdades en materia de atención de salud materna, siendo las desigualdades más obvias entre los entornos con recursos altos y bajos, las cuales por lo general se atribuyen a deficiencias en la disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad de la atención, secundarias a un menor apoyo financiero disponible para la salud y los sistemas de salud; estas amplias discrepancias tanto en la MM como neonatal, por raza, etnia, ubicación y condición socioeconómica, dejan claro que no se ha logrado equidad en la atención sanitaria durante el embarazo (18).

Garantizar la equidad en el acceso a la atención médica es fundamental para prevenir la MM y asegurar que todas las mujeres tengan la

oportunidad de recibir atención adecuada durante el embarazo y el parto; puesto que las mujeres de grupos marginados, como las que viven en zonas rurales, las de bajos recursos económicos o las pertenecientes a minorías étnicas, pueden enfrentar barreras adicionales para acceder a servicios de atención médica de calidad. Así pues, desde la perspectiva de la bioética principalista, para garantizar el bienestar de las mujeres durante la atención materna debe preocuparse porque haya equidad en el acceso a la atención, respetando el principio de justicia para garantizar que todas las mujeres tengan acceso de calidad a la atención del parto, y no deambulen por la red asistencial en busca de servicios (19).

A nivel mundial, durante la pandemia de COVID-19, se observaron numerosos obstáculos en el acceso a la salud de la debida a la atención de la salud casi exclusiva de enfermos por COVID-19, que por temor al contagio, conllevó a la postergación de todo tipo de controles médicos por parte de la población en general, de las embarazadas y de la primera infancia en particular, lo cual aunado a la pérdida de credibilidad de la población respecto a la información pública sobre la salud y a las dificultades para mantener durante el confinamiento conductas saludables, condicionó que estas demoras en el acceso a los controles prenatales junto a los escasos recursos sanitarios probablemente acarreen un aumento de la MM. Por tanto, es menester procurar políticas públicas proactivas que atiendan de manera inclusiva, accesible y con servicios calificados, a la salud materna de manera integral desde el inicio del embarazo y hasta las primeras semanas después del parto (20).

Si bien en Venezuela se cuenta con el sistema hospitalario de triaje para la gestión en salas de emergencias, no existen protocolos de atención a las gestantes en casos de situaciones de desastres y catástrofes; así pues, la compleja situación de la atención del binomio madre-feto durante la pandemia de la COVID-19, motivó a que centros de atención terciaria elaboraran estrategias de atención específicas para la gestante (21).

En el país, la falta de recursos, infraestructura adecuada y personal capacitado en los hospitales y centros de salud ha llevado a una disminución en la calidad de la atención obstétrica, lo cual plantea un dilema ético, puesto que todas las

mujeres embarazadas tienen derecho a recibir atención médica adecuada y segura durante el embarazo, el parto y el posparto; la falta de acceso a servicios de salud de calidad aumenta el riesgo de complicaciones y muerte materna, lo que plantea interrogantes sobre la equidad y justicia en el sistema de salud. Según Hoyos y Muñoz (22), la atención en salud se considera como un determinante de salud que favorece las condiciones de vida de la gestante y de su hijo por nacer, identificando y describiendo aspectos negativos del sistema sanitario, como el difícil acceso a los servicios de salud materna, la falta de experticia de los profesionales o la falla en la gestión en salud de las aseguradoras.

El acceso a la atención médica en Venezuela plantea desafíos éticos relacionados con la equidad, la justicia, la priorización de recursos, la calidad de la atención o la discriminación; por lo que resulta fundamental abordar estos aspectos éticos para garantizar que todas las personas tengan acceso a servicios de salud adecuados y que se respeten los principios éticos fundamentales en la atención médica. Los desenlaces desfavorables en salud materna son la expresión de las inequidades de género y de las injusticias que las mujeres experimentan a causa de vulnerabilidades sociales, económicas y/o religiosas que afectan su libertad de decidir iniciar o continuar la gestación, y su posibilidad de tener acceso a servicios de salud prenatal, durante el parto y en el posparto (23).

En cuanto al principio ético de justicia, el acceso desigual a la atención médica en Venezuela plantea interrogantes sobre la equidad y la justicia en el sistema de salud. Las personas con recursos económicos y conexiones políticas pueden tener acceso a servicios de salud de calidad o más expeditamente, mientras que aquellos que carecen de recursos enfrentan barreras significativas para recibir atención médica adecuada, como largas listas de esperas, derivaciones a otros centros de salud o tener que adquirir desde medicamentos e insumos médicos hasta insumos de limpiezas. Esto plantea cuestiones éticas sobre la distribución justa de los recursos de salud y la necesidad de garantizar igualdad de acceso para todas las personas.

En el caso de la Maternidad “Concepción Palacios” de la ciudad de Caracas, el cual ha

sido el centro nacional de referencia en cuanto a atención materna, según relatan Cabrera y col. (21) enfrenta una situación de crisis agravada por la carestía de insumos y fármacos requeridos para la atención de gestantes, las fallas en los recursos humanos y materiales en los servicios de laboratorio, banco de sangre, radiología, cirugía, supra-especialidades médicas, así como unidades de cuidados intensivos de adultos y neonatales. Otra circunstancia que agrava la atención de las embarazadas, es que en este centro como en el resto de los centros docentes asistenciales del país donde se especializaban los médicos en ginecología y obstetricia, hoy día son muy pocos los aspirantes a ocupar estas plazas, por lo que los concursos de selección se han convertido en concursos de asignación, lo que hace que no sean precisamente los mejores quienes se encargaran de la salud de las gestantes.

En este sentido, es necesario examinar desde la bioética y a la luz de las características macro de la población a la que cada mujer pertenece, incluyendo el análisis de sus condiciones de vida y de acceso a los servicios de salud preconcepcional y materno-perinatal, pues cuando estas condiciones son precarias en términos socio-económicos, educativos y de ubicación geográfica las ubican en una franja poblacional con mayor vulnerabilidad y riesgo de presentarse desenlaces desfavorables (24).

Otro desafío asociado al acceso a la salud es la priorización de recursos, lo cual en un sistema de salud con recursos limitados, se deben tomar decisiones difíciles sobre cómo asignar esos recursos; conllevando a plantear cuestiones éticas sobre la priorización de los recursos de salud y la necesidad de establecer criterios claros y transparentes para la asignación de recursos. Por ejemplo, ¿se debe priorizar la atención a las mujeres embarazadas en situación de riesgo o a aquellas que requieren valoración urgente?.

Por otra parte, el acceso a la atención médica no solo implica poder acceder a los servicios de salud, sino también recibir atención de calidad. En Venezuela, la falta de recursos, infraestructura adecuada y personal capacitado en los hospitales y centros de salud afecta la calidad de la atención médica; lo cual conlleva a cuestionarse, desde la óptica de la bioética, la responsabilidad de garantizar que todas las personas tengan acceso a

servicios de salud de calidad y que se respeten los estándares éticos y profesionales en la atención médica.

De igual forma, en algunos casos, el acceso a la atención médica en el sistema de salud venezolano puede verse afectado por la discriminación y la estigmatización. Por ejemplo, las mujeres embarazadas adolescentes, las mujeres en situación de pobreza o las personas pertenecientes a grupos marginados pueden enfrentar barreras adicionales para acceder a la atención médica; lo cual condiciona dilemas éticos relacionados con la igualdad de trato y la necesidad de eliminar cualquier forma de discriminación en el acceso a la atención médica. La nueva orientación del Plan Estratégico Social en las políticas públicas del gobierno nacional se resume en el imperativo ético de responder a las necesidades sociales de calidad de vida y salud con universalidad y equidad, adoptando la estrategia de promoción de calidad de vida y salud que busca la preservación y el desarrollo de la autonomía de individuos y colectividades (25).

2. *Autonomía de las mujeres embarazadas*

La autonomía de la paciente es un principio ético fundamental en la atención médica, el cual se refiere al respeto por la capacidad de las personas para tomar decisiones sobre su propia salud y cuidado médico. En el contexto de la MM, es importante que las mujeres embarazadas tengan la capacidad de tomar decisiones informadas sobre su salud y el cuidado durante el embarazo y el parto, lo cual implica brindar información completa y comprensible sobre los riesgos y beneficios de las opciones de atención médica disponibles, y respetar la capacidad de la paciente para tomar decisiones basadas en sus propias necesidades y valores.

Las decisiones relacionadas con el embarazo y el parto deben ser respetadas y respaldadas, siempre y cuando no pongan en riesgo la vida y la salud de la madre o el feto. No obstante, el uso del poder se constituye en un determinante de las políticas públicas en salud materna, convirtiéndose los servicios de atención materna en dispositivos que ejercen ese poder sobre las mujeres, siendo notorias las relaciones de poder que históricamente se dan en la relación

pacientes - personal de salud, contexto en donde la posición de la mujer en proceso de parto no es ni natural ni beneficiosa, sino la más cómoda para el personal de salud (24).

Sin embargo, en Venezuela, las mujeres embarazadas a menudo se enfrentan a barreras para ejercer su autonomía, como la falta de información adecuada, la presión social y cultural, y la falta de opciones de cuidado prenatal y obstétrico, lo cual plantea cuestionamientos éticos sobre el respeto a este principio y la capacidad de las mujeres para tomar decisiones informadas sobre su salud reproductiva.

Por otra parte, la autonomía reproductiva implica que las mujeres tienen el derecho de decidir si desean embarazarse, cuándo desean hacerlo y cuántos hijos desean tener; respetar la autonomía reproductiva de las mujeres es un aspecto ético importante para prevenir la MM y garantizar el bienestar de las mujeres; para ello, las mujeres deben tener acceso a servicios de salud reproductiva, incluido el acceso a métodos anticonceptivos, la atención prenatal y el acceso a servicios de aborto seguro y legal en caso de embarazos no deseados o riesgos para la salud materna. En cuanto al aborto, vale acotar que los profesionales sanitarios que lo consideren pueden hacer efecto la objeción de conciencia, la cual es una medida legal para que puedan limitar su actuar ante determinada situación, pero este mecanismo es individual y transversal; por tanto, un profesional objetor, lo será en todos los lugares donde ejerza su acción y está limitado por el recurso de la urgencia, donde si no hubiese nadie más que realice el procedimiento, es responsabilidad del profesional disponible, aunque sea objetor de conciencia (26).

El principio de autonomía también implica el respeto al consentimiento informado, es decir, que las mujeres deben tener la capacidad de dar su consentimiento informado para cualquier procedimiento médico o intervención durante el embarazo y el parto; para lo cual debe brindárseles información adecuada sobre los riesgos y beneficios de las intervenciones propuestas, así como de las alternativas disponibles, para que puedan tomar decisiones informadas sobre su atención médica.

Las mujeres con MME frecuentemente se encuentran en situaciones críticas donde no

pueden tomar decisiones sobre su salud, momento en el cual se acude a familiares para este abordaje; sin embargo, aunque pueden estar aparentemente conscientes, el dolor, el cansancio, el estrés, la falta de entendimiento sobre las implicaciones de su estado de salud y muchos otros aspectos, influyen en que las decisiones que tomen estén en el marco de una autonomía quebrada, es decir, se encuentran en contextos donde esa autodeterminación no se puede ejercer en su totalidad a causa de la enfermedad (24).

3. Responsabilidad del sistema de salud

El principio ético fundamental en la atención médica relacionado con la MM y la responsabilidad del sistema de salud es el principio de justicia. Esto implica garantizar la equidad y la distribución justa de los recursos y la atención médica, así como abordar las desigualdades y determinantes sociales de la salud que contribuyen a la MM. El sistema de salud debe asumir la responsabilidad de asegurar el acceso igualitario a una atención médica de calidad y garantizar la disponibilidad de los recursos necesarios para prevenir y tratar las complicaciones relacionadas con el embarazo y el parto.

Teniendo en cuenta que el sistema sanitario es un determinante de salud para brindar atención a una población, muchas mujeres sobrevivientes a una MME consideran que el sistema de salud no les garantiza un adecuado bienestar en salud para ella y para sus hijos por nacer; asimismo, puede destacarse que las aseguradoras no gestionan ni garantizan la atención y los cuidados que estas requieren, puesto que muchos servicios de salud no son oportunos, son de baja calidad y seguridad dada la existencias de barreras de acceso a los servicios de salud materna e infantil. El sistema sanitario y salud juega un papel importante para que la gestante tenga un acceso de salud adecuado en términos de cantidad y calidad, por lo cual se deben proporcionar los medios necesarios para mejorar el acceso en salud y que las mujeres con MME puedan ejercer un mayor control sobre la misma, considerándose la salud no como un objetivo sino como la fuente de riqueza de la vida cotidiana (22).

La responsabilidad del sistema sanitario ante la problemática de la MM es un aspecto bioético fundamental, puesto que el sistema de

salud tiene la responsabilidad de garantizar la salud y el bienestar de la población, incluyendo la atención adecuada durante el embarazo, parto y puerperio. Es necesario que sociedad y gobierno articulen estrategias que empoderen a las mujeres para la atención a las situaciones de emergencia obstétrica, acciones que promuevan su autocuidado pero garanticen también el apoyo pronto y expedito de sus redes y una atención profesional de calidad (27).

En Venezuela, la falta de políticas y recursos destinados a reducir la MM plantea cuestiones éticas sobre la responsabilidad del gobierno y las instituciones de salud en la protección de la vida y la salud de las mujeres embarazadas. Cuando un país muestra altas TMM revela que la cobertura y la calidad de su sistema de salud, así como su uso oportuno, son bajos e inadecuados, lo cual requiere de un abordaje que tome en cuenta el acceso universal, efectivo y oportuno a servicios de calidad de SSR que incluyan atención durante el embarazo, el parto y puerperio; para lo cual el Estado debe proveer, por una parte, la asignación de recursos humanos calificados, materiales y servicios de atención dirigidos a la atención obstétrica (28).

En esta línea, el informe de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) del año 2020 (29), establece que se han desplegado desde el ministerio de salud venezolano diversos planes en conjunto con la OPS para tratar de disminuir la MM, ejecutándose estrategias como el Plan Anticoncepción inmediata post evento obstétrico (AIPE), la aspiración manual endouterina (AMEU) o la formación profesional del equipo de salud perinatal. Asimismo, el estado venezolano ha mostrado preocupación al realizar múltiples reuniones, acuerdos, declaración de principios e incluso ha propuesto metas que no se han alcanzado o las cifras han quedado muy lejos de los objetivos planteados; por lo que esta problemática sigue vulnerando 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 (30).

Por otro lado, el principio de justicia también implica que el sistema de salud debe asumir la responsabilidad de abordar las desigualdades

y determinantes sociales de la salud que contribuyen a la MM, lo cual incluye abordar las disparidades en el acceso a la atención médica, la educación y el empoderamiento de las mujeres, así como abordar los factores socioeconómicos y culturales que pueden afectar la salud materna. Al respecto, cabe mencionar que casi el 99 % de las muertes maternas ocurren en los países en vías de desarrollo, lo cual es ético y legalmente indefendible en términos de la no discriminación, la igualdad en asignación de recursos sanitarios y la garantía de los derechos humanos, como el derecho a la vida (23).

Asimismo, el sistema de salud tiene también, la responsabilidad de garantizar la disponibilidad y accesibilidad de los recursos necesarios para prevenir y tratar las complicaciones relacionadas con el embarazo y el parto, asegurando la disponibilidad de adecuadas instalaciones de atención médica, personal capacitado, equipos y suministros médicos, así como programas de educación y prevención para las mujeres embarazadas. No obstante, según relata Delgado-Blanco (28) las muertes maternas constituyen un indicador de la desigualdad social e inequidad de género, el aumento progresivo de la MM en Venezuela constituye una violación del derecho a la vida, a la salud y a la no discriminación de las adolescentes y mujeres por parte del estado venezolano.

De acuerdo con González (31), una de las mayores restricciones de la gestión del sistema sanitario venezolano fue la eliminación del Programa de Atención Materno Infantil (PAMI), con la que aproximadamente 500 000 embarazadas y niños menores de seis años dejaron de recibir salud y alimentos; factor que ha influido en el aumento de la MM y que representa un claro aspecto de las debilidades del sistema para identificar riesgos individuales, familiares y colectivos. En esta línea, Aponte (32) señala que los deplorables registros venezolanos en primordiales indicadores de prevención en salud como la tasa de embarazo entre adolescentes, la tasa de mortalidad infantil y la razón de MM evidencian los deficientes resultados que pueden atribuirse al Programa “Barrio Adentro” en materia de atención primaria en salud, en la que se le asignó el papel estelar.

4. Falta de transparencia y divulgación de datos epidemiológicos

En el país existe una marcada opacidad en el manejo de la información pública, lo que se expresa en irregularidad o ausencia de publicación de datos oficiales, en materia de salud no se publican los Anuarios de Mortalidad y Morbilidad de aproximadamente los últimos diez años e igualmente, los boletines epidemiológicos semanales, fuente semanal oficial del Ministerio del Poder Popular para la Salud, sobre enfermedades de notificación obligatoria, enfermedades prevenibles por vacuna, enfermedades por vectores, MME infantil, publicados de forma ininterrumpida desde 1938 han venido sufriendo de discontinuidades en su periodicidad, hasta llegar a su no publicación; la última Memoria que hizo pública el Ministerio del Poder Popular para la Salud fue la correspondiente a 2015. Para tener una aproximación a lo que sucede en términos de la MM en Venezuela debe acudir a los datos publicados por entes multilaterales de las Naciones Unidas, así como a los reportes emanados de organizaciones no gubernamentales, nacionales e internacionales e investigaciones de especialistas en el tema, los cuales en general, obedecen a proyecciones y estimaciones, según criterios de confiabilidad y validez (28).

Esta situación resulta alarmante, dada la importancia de disponer de datos fiables y desagregados sobre la situación epidemiológica de un país, que permita identificar causas y determinantes que afectan la salud y responder a las necesidades derivadas de ello, mediante el diseño de políticas públicas e intervenciones sanitarias que mitiguen los riesgos posibles, eviten muertes prevenibles, permitan jerarquizar recursos y mejorar la calidad de vida de los ciudadanos. Por tanto, tener acceso a información oficial permitiría enfrentar el problema de salud pública, que significa la MM en el país, tener mayor precisión del nivel de la MM, monitorear los cambios en su ocurrencia, las causas y formas de evitarlas; a la par que evidencie la magnitud y gradualidad de las desigualdades e inequidades sociales vinculadas a esta situación y, avanzar en la garantía efectiva de los derechos humanos de las mujeres e incluso brindar mayor eficiencia al Plan de asistencia humanitaria en curso (28).

Juicio ético y cursos de acción

El actuar médico debe descansar en la reflexión ética, guiada por la razón y la evidencia del conocimiento, pero también por la buena fe, el sentido común y la vocación de servicio. No solo poseer los conocimientos y habilidades técnicas, sino que se debe tener las habilidades en la comunicación con los pacientes, en la comprensión de sus valores, deseos, y posición social, poniendo una atención particular a aquellos miembros de la sociedad en condiciones de vulnerabilidad.

En el caso de la atención perinatal de las pacientes con MME, donde los profesionales sanitarios pueden enfrentarse con situaciones complejas, la bioética principalista puede ser de difícil aplicación, por lo que puede ser necesario la aplicación de una bioética del cuidado o del acompañamiento e ir más allá de los aspectos normativos, integrando nuevas sensibilidades individuales y sociales como la visión feminista, la práctica virtuosa de la medicina, o la sensibilidad comunitaria (33); en esta línea el Colegio Americano de Obstetricia y Ginecología sugiere la utilización de todos estos recursos de forma pragmática en lo que denomina la “caja de herramientas“ (*toolbox*) para la gestión de los conflictos bioéticos que puedan surgir durante la atención perinatal de alto riesgo (34).

Desde la salud pública, el proceso de toma de decisiones debe basarse tanto en el ser y el deber ser, como en la democracia, lo cual permitiría que exista una pluralidad de modelos teóricos, paradigmas y disciplinas involucradas en el análisis de los determinantes alrededor del proceso de la salud y la enfermedad, lo cual involucra sociedades e individuos articulados a largo plazo en la relación de estado-sociedad para lograr los derechos sociales, económicos y culturales que resultan de las relaciones entre los sistemas políticos y económicos; de manera que se pueda reconocer al otro para hacer deliberación de la situación y así comprender los contextos individuales y colectivos, con el fin de no vulnerar a las personas (35). Al respecto, Tang (7) recomienda que las políticas de salud pública, que históricamente han estado

subordinadas a la influencia de una cultura patriarcal que orienta las decisiones del mundo de la ciencia, la investigación y la toma de decisiones en esta área, deben tratarse de políticas públicas integradoras y coordinadas con herramientas para atender las diferencias en salud por etnia, género, territorio social o ciclos de vida, y que permitan la visibilización de los verdaderos escenarios detrás de una muerte materna para poder evitarlas.

Tal como denota Penchaszadeh (36), los grandes dilemas de la salud colectiva han estado olvidados del discurso bioético, abandonándose el análisis de los aspectos éticos de las graves desigualdades sociales, las inequidades en la vigencia del derecho a la salud y el acceso a los servicios, la pobreza y la exclusión social y muchos otros. Estos determinantes sociales resultan, a la vez, de la distribución desigual del dinero, el poder y los recursos a esfera mundial, nacional y local, lo que depende de las políticas adoptadas; los cuales representan determinantes de salud con gran participación en la problemática de la MM.

Así pues, el análisis de la evolución histórica de la MM por premisas teóricas permitiría la planeación de estrategias, de políticas públicas para la necesidad de prevención, diagnóstico y manejo precoz de la morbilidad materna extrema, amerita la capacitación oportuna de personal de salud en las áreas de obstetricia y medicina materno fetal en la atención de emergencias obstétricas (4). Asimismo, es importante resaltar que para lograr la reducción de la MM deben considerarse los factores de riesgo determinantes que influyen sobre este problema de salud pública, de manera que se puedan establecer programas a corto, mediano y largo plazo, que encaminen las metas planteadas por las organizaciones mundiales con el objetivo de disminuir las inequidades en salud (37).

En este sentido, las metas y estrategias para tratar de poner fin a la MM prevenible deben basarse en un enfoque de la salud materna y neonatal centrado en los derechos humanos, que apunte a erradicar las considerables inequidades que dan lugar a disparidades entre países (38). La toma de decisiones en salud colectiva deben considerar la evidencia científica y estar en consonancia con los valores morales de la población, por lo que la bioética puede guiar

a la salud pública, cuyas acciones tienen como objetivo el bien público, en situaciones en que se presentan conflictos éticos con medidas propuestas, mediante procesos de clarificación de objetivos, priorización de acciones y justificación de cursos de acción basados en principios éticos, valores y creencias de personas y comunidades y en información científica y de otros tipos; sin olvidarse, que estas acciones están a cargo del Estado que convoca a la acción colectiva con énfasis en los resultados (36).

De acuerdo con Távora (39), cada vez es mayor la relación recíproca entre los problemas de SSR y los indicadores específicos del bienestar general, como la pobreza, estos problemas de SSR son a la vez una causa y una consecuencia de la pobreza. Por tanto, para alcanzar el numeral 3 de los Objetivos de Desarrollo Sostenible será necesario poner énfasis en los determinantes sociales y económicos de la MM.

Así, podemos identificar algunos de los aspectos que ayudarían a combatir y disminuir el flagelo de la MM; tales como:

(a) Fortalecer la atención Materna:

Todas las mujeres necesitan acceso a la atención prenatal durante la gestación, a la atención especializada durante el parto, y a la atención y apoyo en las primeras semanas tras el parto. Es particularmente importante que todos los partos sean atendidos por profesionales sanitarios capacitados, dado que la atención y el tratamiento a tiempo pueden suponer para la mujer y el niño la diferencia entre la vida y la muerte. A este respecto, en Venezuela la institucionalización del parto es elevada (40).

Al respecto, Távora (39) expone que, para la reducción de la MM y el logro de los objetivos del desarrollo sostenible, debe considerarse en las políticas públicas una mayor cobertura de salud, acceso universal a los servicios, asignación de recursos y la utilización de intervenciones basadas en evidencias; asimismo, es imprescindible fortalecer la estrategia de la atención primaria, mejorar el desempeño y el compromiso de los profesionales de la salud y movilizar los comités de muerte materna. Por su parte, en los Estados Unidos de Norteamérica, se ha propuesto ampliar la cobertura posparto de Medicaid de 60 días,

que es la duración exigida por la ley federal, a 12 meses, como una estrategia clave para abordar la crisis de MM, puesto que sus estadísticas revelan que una de cada tres muertes asociadas al embarazo se produce en el plazo de un año después del parto (41).

En esta línea, Contreras y col. (37) señalan que para que estos programas puedan cumplir sus metas deben considerar los factores de riesgos determinantes que inciden sobre la problemática de la MM, identificándose precozmente la condición de riesgo, es decir, aquellos factores endógenos de la madre o producto de la gestación (enfermedades, hábitos o estilos de vida que determinan peligros para la evolución natural del embarazo). Asimismo, debe tenerse en cuenta la vulnerabilidad, la cual menciona la conjunción de determinantes sociales que debilitan la capacidad de la madre y de la familia a anticiparse a los riesgos, donde inciden determinantes geográficos, socioeconómicos, culturales, educativos y sanitarios; aunado a factores sanitarios protectores englobados en derechos sociales, que deben estar dentro de un marco de justicia y equidad.

Por otro lado, debe considerarse en los sistemas de salud respeto por los derechos sexuales y reproductivos, equidad, calidad de atención, capacidad resolutoria, detección y manejo oportuna de las emergencias (hipertensión, hemorragias, abortos complicados, entre otras), capacitar al personal y clarificar y fortalecer el papel de las parteras profesionales. Todas las personas tienen derechos como individuos; en lo que respecta a la salud, teniendo derecho al mejoramiento de la calidad en las instituciones hospitalarias, tanto públicas como privadas; así como a conocer cuáles son sus derechos como pacientes y saber los beneficios o servicios que se deben recibir por parte de la institución portadora del servicio de salud. Finalmente, para mejorar la salud materna hay que identificar y eliminar los obstáculos al acceso a servicios de salud materna de calidad en todos los niveles del sistema sanitario (40).

La calidad de los servicios de atención materna es un factor esencial para reducir la MME y MM, en lo que la formación de los profesionales de la salud ayudaría a mejorar la calidad de estos servicios de atención; sin embargo, esto no

es suficiente para aumentar la calidad de los servicios de salud materna, sino se mejoran las condiciones de trabajo, estabilidad y salarios para mejorar su productividad (42). Asimismo, es imperativo que se verifique que las políticas públicas reconocidas para disminuir la MM por los directivos de los centros hospitalarios sean adecuadamente implementadas y transmitidas a todo el personal que labora en las instituciones públicas y privadas.

(b) Educación y promoción de salud:

Debido a que la MM es un indicador fundamental del desarrollo social y sanitario de un país, incluido en los objetivos de la agenda 2030, es necesaria la promoción para garantizar el ejercicio de una buena atención médica; así como proporcionar a la ciudadanía los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer un mayor control sobre la misma; la promoción involucra un proceso de comunicación e información que nos es útil para reducir los índices MM. Toda la población debe recibir suficiente de la información y que esta llegue a todos y todas en tiempo y en lenguaje apropiado para su comprensión de manera universal.

Es fundamental promover acciones que fomenten el autocuidado de las pacientes, ya que autores como Rangel y col. (27) encontraron que las mujeres carecen de conocimiento y competencias, tanto actitudinales como valorativas, para identificar y actuar frente a las señales de alarma obstétrica iniciales y en dicho tenor subjetivas; conllevando a que la mayoría desestime el riesgo de muerte asociado a la complicación, principalmente porque al momento del evento no disponían de información completa sobre el alcance de la complicación para sus vidas y la de sus hijos, sumado a que puede ser su primera experiencia de gestación o no cuentan con una experiencia previa contra la cual validar la pertinencia de las molestias incipientes de la emergencia obstétrica.

Otro de los aspectos a considerar se refiere a informar a la población para que conozcan sus derechos, ya que generalmente la población no conoce sus derechos como paciente, por lo tanto, se carece de una atención médica oportuna y eficaz, los costos son altos y la información no

es suficiente, clara ni oportuna; al implementar la correcta difusión de la información de los derechos generales de los pacientes, la población obtendrá atención con calidad y calidez disminuyendo así la morbimortalidad.

Aún no se ha reconocido plenamente que la educación es la vía para salir de la pobreza, mejorar el papel de la mujer en la sociedad y, en consecuencia, mejorar la atención perinatal y reducir la MM. La educación debe mejorarse en todos los niveles, incluidas las niñas, las mujeres y sus parejas, los proveedores de atención médica y las autoridades religiosas y gubernamentales; sin olvidarse de enseñar también a los docentes, como parte esencial de una estrategia global para reducir la MM. En este sentido, la academia debe jugar un papel crucial en impulsar los esfuerzos en este tema, promoviendo la reflexión y el diálogo en medicina perinatal, especialmente en aspectos inherente a esta problemática como la bioética, el uso adecuado de los avances tecnológicos y las perspectivas sociológicas y humanísticas (43).

(c) Acceso seguro a programa de anticoncepción:

Es de notar que tanto la MM como las patologías del embarazo se han reducido substancialmente con la mayor accesibilidad a los métodos contraceptivos, aunque aún estos siga siendo polémicos por los riesgos a la salud que pueden condicionar su uso, el considerar algunos métodos abortivos como en el caso del dispositivo intrauterino o el rechazo a su utilización por partes de los usuarios como sucede con el preservativo; sin dejar a un lado la aceptabilidad, el uso adecuado de los mismos o el eterno debate sobre la interferencia humana en impedir la concepción que siguen dejando lagunas importantes en la accesibilidad a los métodos contraceptivos (44). En esta línea, el riesgo de MM puede reducirse mediante la planificación familiar y el acceso a servicios de SSR de alta calidad antes, durante y después del parto, brindados por profesionales de la salud capacitados (38); es por ello, que Távara (39) recomienda para la disminución de la MM valerse de la anticoncepción, mejorando la consejería y utilizando métodos contraceptivos eficaces, promoviendo el uso de anticonceptivos reversibles de larga duración y respetando el derecho de las usuarias a decidir.

No obstante, para nadie es un secreto la crítica situación del sistema nacional de salud, agravando aún más con los problemas políticos, económicos y de desabastecimiento, que ha afectado en la última década la disponibilidad de medicamentos en el país; problemática de la que no se escapan los contraceptivos. La desaparición de métodos contraceptivos en el país es un problema muy extenso y de varias dimensiones, que va más allá de cohibirse de disfrutar una vida sexual plena, la escasez de píldoras anticonceptivas supone un riesgo para el cuerpo de la mujer, dado que al no conseguir las recetadas por su médico, muchas usuarias optan por cambiar constantemente la marca de las píldoras, exponiéndolas a un mayor riesgo de los efectos adversos de estos fármacos y a un embarazo no planificado. Así pues, la problemática de la disponibilidad de las diferentes modalidades contraceptivas en Venezuela resulta inquietante a la luz de la vulnerabilidad de su población, sobre todo los adolescentes, aunado a la elevada incidencia del embarazo precoz y a la marcada tendencia al aumento de las TMM (45).

(d) Promover la discusión de la legalización del aborto y sus causales:

En la mayor parte de América Latina, la legalidad del aborto es controversial desde distintos aspectos bioéticos y aún persisten dilemas y controversias que no han permitido su aprobación, aun cuando en algunos estudios se han observado resultados favorables, en relación con la disminución de la MM secundaria a las complicaciones del aborto clandestino, tras la legalización del mismo (46). En Venezuela el Código Penal (47) sólo permite la práctica de abortos terapéuticos cuando peligra la vida de la madre. En otras naciones como el caso de la hermana República de Colombia, el aborto está regulado bajo la premisa de interrupción voluntaria del embarazo, mediante la sentencia de la corte constitucional C-355 de 2006 en tres causales: 1) cuando la gestación implica peligro para la vida o la salud de la mujer, 2) cuando existen malformaciones fetales graves, incompatibles con la vida y 3) cuando la gestación no es consentida por la mujer, como en el caso del acceso carnal violento o el uso de técnicas de reproducción asistida no informadas (48).

Según autores como Mainetti y col. (11), la penalización del aborto ocasiona graves problemas de salud pública, especialmente las severas consecuencias en la salud y la vida de las mujeres, siendo la provocación del aborto por la misma mujer o por alguien no profesional, con métodos no seguros, uno de los desencadenantes más frecuentes de la muerte materna. No obstante, a pesar de que el acceso a abortos legales y seguros forma parte de la lucha de los grupos feministas y progresistas, con la premisa de que el aborto realizado en condiciones inseguras y marcos legales restringidos se relaciona con una elevada morbilidad y MM; la experiencia mexicana luego de la legalización del aborto en la Ciudad de México, evidencia que la promulgación de una ley que favorezca la interrupción legal en las mujeres no es la solución para paliar el problema de la MM, dado, que no disminuyeron los casos de MM por aborto, las cuales ocupan el décimo segundo lugar; conllevado esta despenalización a una banalización de este procedimiento, llegando a ser considerado por algunas mujeres en particular como una forma más de anticoncepción (49).

(e) Prevención y Atención del Embarazo adolescente:

Debe ponerse especial énfasis en la atención a las adolescentes gestantes para la adecuada consejería antes, durante y después de su embarazo, dado que el embarazo adolescente conlleva a diferentes factores de importancia, por ejemplo: el abandono de estudios que frecuentemente no se retoman después del nacimiento, a conformar una familia disfuncional, a entregar al hijo en adopción, entre otros, pero el más importante es el riesgo de MM. Por ello, se debe poner énfasis en la atención de toda adolescente embarazada.

Para evitar la MM también es fundamental que se eviten los embarazos no deseados a edades demasiado tempranas, es por ello por lo que todas las mujeres, y en particular las adolescentes, deben tener acceso a la contracepción, a servicios que realicen abortos seguros en la medida en que la legislación de cada país lo permita, y a una atención de calidad tras el aborto. En Venezuela, aunque la legislación lo limite, es imperativo que se insista en la importancia de la adecuada atención tras el aborto, en caso de que éste se produzca y se garantice la anticoncepción

posterior a cualquier evento obstétrico (40).

(f) Fortalecer el registro y red de vigilancia epidemiológica:

Para combatir la MM y lograr alcanzar las metas de la agenda 2030 (3), es menester fortalecer los sistemas de registro y vigilancia epidemiológica, disponiendo de información y vigilancia que permita actualizar datos y usar la información sobre MME. Para ello, es fundamental mejorar los registros y utilizar la Clasificación Internacional de Enfermedades, CIE11 a partir del año 2022 (39); asimismo, en la nación se registra una alta tasa de inasistencia a los controles prenatales, lo cual refleja la necesidad de utilizar otras estrategias de vigilancia epidemiológica que permitan atraer a las embarazadas desde sus inicios, logrando así identificar obstáculos existentes y permitiendo el alcance adecuado y una adherencia al control prenatal, brindando una atención integral conformada por atención primaria, evaluación, prevención, diagnóstico y tratamiento (4-6).

Indudablemente otro factor que vulnera los derechos de las mujeres venezolanas y predispone a que esta problemática de la MM se cronifique, es la falta de transparencia y la divulgación oportuna de las cifras oficiales de las muertes acaecidas a consecuencia del embarazo, parto o puerperio (37). Datos que son imprescindibles, para qué desde el sistema sanitario, la academia, organizaciones no gubernamentales e instituciones internacionales, se puedan mancomunar esfuerzos en pro de la generación de políticas sanitarias enfocadas a disminuir este flagelo.

(g) Empoderamiento femenino y erradicación de la violencia contra las mujeres:

Empoderar a las mujeres, mediante la mejor información, acceso a la educación, igualdad de oportunidades y reconocer su derecho a tomar sus propias decisiones es una de las acciones que permitiría disminuir las TMM (39). Mujeres en todo el mundo manifiestan haber sido víctimas de violencia obstétrica, desconociéndose la magnitud de este problema dado que no están del todo claro todas que prácticas o conductas son parte de esta definición; sin embargo, la violencia

obstétrica puede retrasar que las gestantes acudan a los centros de salud, demorando así la atención médica y aumentando tanto los índices de MM como de mortalidad fetal, debido al aumento de partos domiciliarios. Por tanto, debe garantizarse un trato respetuoso hacia la gestante desde el inicio de su embarazo, puesto que esto afianza los cimientos de confianza entre la embarazada, su red de apoyo y el sistema de salud; por lo que debe denunciarse y combatirse cualquier forma de violencia obstétrica, la cual suprime los derechos humanos de las mujeres, incluyendo sus derechos sexuales y reproductivos (49).

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

El sistema de salud pública de Venezuela, en otrora reconocido como uno de los mejores de América Latina, ha estado en un estado prolongado de declive. El aumento en la MM es alarmante porque refleja la vulnerabilidad de las mujeres embarazadas debido a la ausencia de disposiciones de salud esenciales y protectoras, ante un problema multifacético que entrelaza factores geográficos, socioeconómicos, culturales, educativos y de salud, formando colectivamente una cadena de circunstancias que inevitablemente termina en la muerte de una madre y sus consecuencias desalentadoras para el núcleo familiar. Es imperativo la atención de estos determinantes sociales de salud, que terminan siendo retrasos fatales, que pudiesen reducirse considerablemente estableciendo medidas educativas que enseñen a las mujeres a reconocer los síntomas, acceder a los centros de atención adecuados y recibir el apoyo obstétrico esencial.

Desde la ética deliberativa, deben abrirse caminos a la discusión y al aporte de soluciones en pro del fortalecimiento de la atención materna, la educación en salud, el acceso oportuno a anticonceptivos y fortalecimientos de los servicios de planificación familiar, optimizar el registro y vigilancia epidemiológica, atacar la problemática del embarazo adolescente, exigir la publicación y transparencia de los datos epidemiológicos oficiales, y no puede dejarse de lado promover la discusión de la legalización del aborto y establecer sus causales a fin de evitar las muertes a consecuencias de abortos inseguros. Por su

parte, desde la ética principalista los aspectos éticos relacionados con la MM, se relacionan principalmente con los principios de justicia y autonomía, incluyendo que las gestantes tengan la capacidad de tomar decisiones informadas, el cumplimiento del consentimiento informado, el respeto a la autonomía reproductiva y la equidad en el acceso a la atención médica; aspectos éticos que son fundamentales para garantizar la seguridad y el bienestar de las mujeres durante el embarazo y el parto, de modo de poder prevenir la MM.

Conflictos de intereses: ninguno.

Financiamiento: ingresos propios.

REFERENCIAS

1. Organización Panamericana de la Salud. Health in the Americas 2022. Perfil de País Venezuela (República Bolivariana de Venezuela). Disponible: <https://hia.paho.org/es/paises-2022/perfil-venezuela>
2. World Bank. Venezuela, RB. Gender landscape. Gender Data Portal. 2024. Disponible en: <https://documents1.worldbank.org/curated/en/099033307042230164/pdf/>
3. Organización de las Naciones Unidas. Transformar nuestro mundo: La Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible. Resolución aprobada por la Asamblea General el 25 de setiembre del 2015. Nueva York. Disponible en: https://unctad.org/system/files/official-document/ares70d1_es.pdf
4. Cabrera C, Gómez J, Faneite P, Uzcátegui O. Tendencia actual de la mortalidad materna. Maternidad “Concepción Palacios” 2014-2020. Rev Obstet Ginecol Venez. 2021;81(4):342-353.
5. González-Blanco M. Mortalidad materna en Venezuela: ¿Por qué es importante conocer las cifras?. Rev Obstet Ginecol Venez. 2017;77(1):1-4.
6. Sánchez R, Machado A, Gledhill T, Gómez A. Mortalidad Materna en Venezuela: aspectos médicos y Políticas Públicas (Años 1940 - 2016). Rev Digit Postgrado. 2023;12(3): e375.
7. Tang M. Escenarios ocultos de la muerte materna. Desde la mirada de mujeres sobrevivientes. Rev Salud Bien Colec. RESBIC. 2020;4(3):3-21.
8. Quemba-Mesa MP. Dinámicas sociales en salud materna con énfasis en la Morbilidad Materna Extrema y aportes de la bioética en su comprensión: una revisión narrativa de la literatura. Rev Latinoam Bioet. 2022;22(1):113-130.

9. Galvez DM, Massip J, Tenorio CO, Dayne D. La Mortalidad Materna y la Bioética. Jornadas ENSAP 2023. Disponible en: <https://eventosensap.sld.cu/index.php/ensap23/2023/paper/viewFile/153/71>
10. Cortina A. Bioética para el siglo XXI: construyendo esperanza. *Rev Iberoam Bioética*. 2016;(1):142-144.
11. Mainetti MM, La Rocca S, Echeverría J. Hacia una bioética en expansión: Desde una perspectiva de derechos humanos y de género. Paraná: La Hendija Ediciones. 2023.
12. Díaz A, Lara D, Cabrera C, Gómez J, Faneite P. Morbilidad materna extrema: algoritmo de conducta. *Gac Méd Caracas* 2022;130(2):290-303.
13. World Health Organization. Evaluating the quality of care for severe pregnancy complications The WHO near-miss approach for maternal health. Geneva, Switzerland: World Health Organization. 2011. Disponible: https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/44692/9789241502221_eng.pdf;jsessionid=B0A022828759F7C924B0180559FF1B45?sequence=1
14. Calle-Ramírez AM, Ramírez-González B, Quirós-Gómez OI. Morbilidad materna extrema en nacionales e inmigrantes, atendidas en una institución hospitalaria, Colombia, 2017-2020. *Ginecol Obstet Mex*. 2022;90(1):21-31.
15. Gonzales-Carrillo O, Llanos-Torres C, Espinola-Sánchez M, Vallenas-Campos R, Guevara-Rios E. Extreme maternal morbidity in peruvian women attended at a specialized institution. 2012-2016. *Rev Cuerpo Med HNAAA*. 2020;13(1):8-13.
16. Rivas-Muñoz F, Garrafa V, Feitosa S, Nascimento WF. Bioética de intervención, interculturalidad y no-colonialidad. *Saúde e Sociedade*. 2015;24(Suppl. 1):S141-151.
17. Mendieta-Izquierdo G, Cuevas-Silva JM. Bioética de la salud pública. *Rev Latinoam Bioet*. 2017;17(2):8-17.
18. Roberts JM, Abimbola S, Bale TL, Barros A, Bhutta ZA, Browne JL, et al. Global inequities in adverse pregnancy outcomes: what can we do? *AJOG Glob Rep*. 2024;4(3):100385.
19. Biondo CS, Anjos Neta MMS dos, Yarid SD. Fatores clínicos do bem-estar de mulheres em parturição: perspectivas deontológicas e da bioética principialista. *Rev Enferm UERJ*. 2024;32 (1).
20. Critto ME. Mortalidad femenina y materna. *Vida y Ética*. 2020;21(1):51-74.
21. Cabrera C, Gómez J, De Abreu JM, Faneite P. Gestantes en desastres: propuesta de modelo de atención. En: Urbina-Medina H, Soyano A, editores. Colección Razetti. Volumen XXXI. Caracas: Editorial Ateproca; 2024.p.182-216.
22. Hoyos-Vertel LM, Muñoz L. Barreras de acceso a controles prenatales en mujeres con morbilidad materna extrema en Antioquia, Colombia. *Rev Salud Pública*. 2019;21(1)17-21.
23. Cook RJ, Dickens BM. Human rights to safe motherhood. *Int J Gynaecol Obstet*. 2002;76(2):225-231.
24. Quemba-Mesa MP. Categorías bioéticas en la interpretación de ser mujer con morbilidad materna extrema. *Rev Cienc Cuidad*. 2021;18(2):120-129.
25. González H. Cumpliendo las metas del milenio. República Bolivariana de Venezuela-Gabinete social. CDB Publicaciones. 2004.
26. Picón YA, Orozco JE, Lozada ID, Moscote LR. Enfermedad, eutanasia y aborto: una reflexión desde la bioética. *Rev Med Risaralda*. 2021;27(1):4-9.
27. Rangel-Flores YY, Rincón-Zúñiga DT, Hernández-Ibarra LE. La experiencia vivida de la emergencia obstétrica: un estudio fenomenológico con mujeres mexicanas. *Saude Soc*. 2022;31(1): e180010.
28. Delgado-Blanco A. La mortalidad materna como problema de derechos humanos: el caso venezolano. *Espacio Abierto*. 2021;30(3):76-99.
29. Organización Panamericana de la Salud. 2020 informe anual Cooperación en salud - OPS/OMS en Venezuela. Washington, D.C.: OPS. 2021.
30. Cabrera C, Uzcátegui O. Muerte materna: causas médicas, sociales y políticas públicas. *Tiempo y Espacio*. 2020;38(74):273-323.
31. González M. Las políticas de salud en Venezuela: alternativas para su mejoramiento. Instituto Latinoamericano de Investigaciones Sociales. 2008. Disponible en: https://www.researchgate.net/profile/Marino-Gonzalez-2/publication/318711318_Las_politicas_de_salud_en_Venezuela_Alternativas_para_su_mejoramiento/links/5979265caca27203ecc6341d/Las-politicas-de-salud-en-Venezuela-Alternativas-para-su-mejoramiento.pdf
32. Aponte C. Misión Barrio Adentro: Atención fracturada y salud en crisis. Observatorio Misiones. 2018: 1-10 Disponible en: http://saber.ucv.ve/bitstream/10872/19257/1/2018_Mision%20Barrio%20Adentro%20Atenci%C3%B3n%20fracturada%20y%20salud%20en%20crisis.pdf
33. Calaf J, Bosser R, Busquets JP. Visión ética de la atención a las pacientes obstétricas en las Unidades de Cuidados Intensivos. En: Calero L, Guzmán A, Gurri J, Nañez H, Hernández O, editores. Cuidados intensivos en pacientes en Ginecología y Obstetricia Ciudad de México: Universidad Autónoma de Barcelona y Universidad Autónoma de Nuevo León. 2024.
34. American College of Obstetrics and Gynecology. ACOG Committee Opinion No. 390, December 2007.

- Ethical decision making in obstetrics and gynecology. *Obstet Gynecol.* 2007;110(6):1479-1487.
35. Tacumá CP, Tovar B. La relación entre Bioética y Salud Pública. *Rev Latinoam Bioet.* 2021;21(2): 143-156.
 36. Penchaszadeh V. Bioética y Salud Pública. *Rev Iberoam Bioética.* 2018;(7):01-15
 37. Contreras L, Doria-Medina J, Chipia J. Descripción de la mortalidad materna en Mérida-Venezuela: período 2013-2018. *Enfermería Historia e Investigación.* 2021;8(1):24-34.
 38. Távara L. Derechos sexuales y reproductivos en Perú, más allá del Bicentenario. *Rev Per Ginecol Obstet.* 2021;67(3):00003.
 39. González-Blanco M. Mortalidad materna en Venezuela: ¿Por qué es importante conocer las cifras?. *Rev Obstet Ginecol Venez.* 2017;77(1):1-4.
 40. Adashi EY, O'Mahony DP, Cohen IG. Maternal Mortality Crisis and Extension of Medicaid Postpartum Coverage. *JAMA.* 2023;330(10):911-912.
 41. Pires P, Mupueleque MA, Mucufo JR, Zakus D, Siemens R, Belo C. An analysis of the quality of maternity services in Nampula, Mozambique: implementation research. *Pan Afr Med J.* 2022;41:119.
 42. Stefanovic V. Education in developing countries and reducing maternal mortality: A forgotten piece of the puzzle? *J Perinat Med.* 2021;49(9):1042-1047.
 43. Kottow M. Desde la bioética: comienzo y final del cuerpo humano. Santiago de Chile: Universitaria. 2016.
 44. Fernández-Correa ME, Urdaneta-Machado JR, Contreras-Benítez A, Labarca L, Baabel-Romero N. Implante anticonceptivo sub-dérmico liberador de etonogestrel: moda o solución a la disponibilidad de contraceptivos en Venezuela según sus propiedades farmacológicas (Revisión). *Vitae.* 2017 ;(72). Disponible en: http://vitae.ucv.ve/?module=articulo_pdf&n=5656&rv=137
 45. Brito-Max ED, Cárdenas-Heredia FR. Aspectos bioéticos de la legislación del aborto en Latinoamérica. *MQR Investig.* 2023;7(3):1313-1337.
 46. Asamblea Nacional de la República Bolivariana de Venezuela. Código Penal de Venezuela. Gaceta Oficial N° 5.768. Disponible en: <https://www.refworld.org/es/leg/legis/pleg/2005/es/125865>
 47. Ministerio de Salud y Protección Social- República de Colombia. Interrupción voluntaria del embarazo, un derecho humano de las mujeres. ABECÉ, línea: salud materna – derecho: a la maternidad elegida. 2016. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/abc-maternidad-elegida.pdf>
 48. Madrazo JM, Hernández EJ, León GA, Reyes MA, Luzuriaga J, Tarasco M. El impacto de la despenalización del aborto en la mortalidad materna en México. *Med Ética.* 2020;31(1):91-140.
 49. Carrera CA, Godoy VT, Conce EA, Cabezas EV, Arias DS. Violencia Obstétrica y su Impacto en la Salud Materna. *Revisión Bibliográfica. Ciencia Latina.* 2023;7(3):8748-8757.