

Artículo

TENDENCIAS Y DESIGUALDADES TERRITORIALES DE LA MORTALIDAD INFANTIL Y MATERNA. ESTADO CARABOBO, PERIODO 1990-2007.

TRENDS AND TERRITORIAL INEQUALITIES OF INFANT AND MATERNAL MORTALITY. CARABOBO STATE. PERIOD 1990-2007.

Eduardo E. Ortunio C.¹

RESUMEN

Para una gestión de salud pública con criterios político-éticos de equidad, se hace imperativo enfocar la búsqueda de indicadores hacia territorios con niveles de agregación menor que tienen mayor homogeneidad en sus condiciones de vida. Se realizó una investigación documental bajo el enfoque de la epidemiología crítica, con el objetivo de analizar las tendencias de la mortalidad infantil y materna en el estado Carabobo, durante los periodos 1990-1998 y 1999-2007 y su relación con la tendencia nacional y las desigualdades territoriales inter-municipales durante 1990-2005. La información se obtuvo del Ministerio del Poder Popular para la Salud y del Instituto Carabobeño para la Salud, se realizaron cálculos de las tendencias a través de la regresión lineal simple y el coeficiente de determinación R² y se calculó la Razón Proporcional de Brechas (RPB) a nivel municipal. La mortalidad infantil se mantuvo alta y estable en Venezuela, mientras que en el estado Carabobo tuvo un significativo descenso (1990-1998), hubo un importante descenso nacional y estancamiento en Carabobo (1999-2007). La mortalidad materna se mantuvo alta y estable en Venezuela y Carabobo (1990-2007). A nivel municipal, se encontraron francas asimetrías en la mortalidad infantil, con un rango que va de 23,58 x 1000 (Puerto Cabello) a 10,72 x 1000 (Municipio San Diego) y en la mortalidad materna, 98,07 x 100000 (Municipio Puerto Cabello) y 28,75 x 100000 (Municipio Miranda), el Municipio San Diego fue el segundo con la más baja tasa de mortalidad materna 31,53 x 100000.

PALABRAS CLAVE: Desigualdades en Salud, Mortalidad Infantil, Mortalidad Materna.

ABSTRACT

For public health management with political and ethical criteria of equity, it is imperative to focus the search for indicators towards areas with lower levels of aggregation that are more homogeneous in their living conditions. Documentary research was conducted under the critical epidemiology approach, in order to analyze trends in infant and maternal mortality in the State of Carabobo, during the periods 1990-1998 and 1999-2007 and its relationship with the national trend and inter-municipal territorial inequalities during 1990-2005. The information was obtained from the Ministry of Popular Power for Health and the Carabobeño Institute for Health, calculations were made of trends through simple linear regression and the coefficient of determination R² and calculated the rate proportional Gap (RPB) at the municipal level. Infant mortality remained high and stable in Venezuela, while in Carabobo state had a significant decline (1990-1998), there was a significant national decline and stagnation in Carabobo (1999-2007). Maternal mortality remained high and stable and Carabobo in Venezuela (1990-2007). At the municipal level, were frank asymmetries in infant mortality, with a range that goes from 23.58 x 1000 (Puerto Cabello) to 10.72 x 1000 (San Diego Municipality) and maternal mortality, 98.07 x 100000 (Waterford Township) and 28.75 x 100000 (Miranda Municipality), the Municipality of San Diego was second with the lowest maternal mortality rate 31.53 x 100000.

KEY WORDS: Inequalities in Health, Infant Mortality, Maternal Mortality.

¹Médico, Docente-Investigador. Departamento de Salud Pública. Escuela de Salud Pública y Desarrollo Social. Facultad de Ciencias de la Salud. Universidad de Carabobo. Sala Situacional Comunitaria de Salud y Condiciones de Vida (CDR-SUR).

Correspondencia: eeortunio@yahoo.com

INTRODUCCIÓN

Los comportamientos diferenciales del proceso salud-enfermedad en los territorios, son expresiones empíricas de desigualdades generadas por sociedades inequitativas. Estas desigualdades son mensurables a través de determinados indicadores en distintos niveles de agregación o escalas.¹ El territorio es un concepto emanado de la geopolítica y por ende se relaciona con el poder, en términos sencillos se concibe el territorio como la delimitación areal del poder y consiste en una demarcación con límites más o menos duraderos, consensuados o no, la cual cumple objetivos político-administrativos.² Para efectos operacionales en el estudio de las desigualdades espacio-territoriales se han de vencer dos escollos importantes; el primero corresponde a la no coincidencia de diversas unidades político-administrativas que comparten un territorio, lo que dificulta la necesaria confluencia de bases de datos producidas desde ellas y por otro lado a la relativa heterogeneidad social de grandes niveles de agregación territorial, para lo que se propone descender a niveles territoriales de análisis que tienden a ser más homogéneos.²

En este orden de ideas, diversos autores refieren la importancia de buscar el mayor grado de desagregación de los datos e información para resaltar las desigualdades que de otra manera son ocultadas por las medidas promedias.³ Desde principios de los años ochenta, la medición de las desigualdades e inequidades en el estado de salud de las poblaciones ha sido una de las prioridades de la agenda de los organismos nacionales e internacionales dedicados a la salud pública.⁴ En los últimos años los debates se han centrado, en si la medición debería centrarse en las diferencias en el estado de salud observadas entre grupos separados por factores socioeconómicos, geográficos o biológicos, o más bien en las inequidades, es decir, en aquellas desigualdades que son innecesarias, evitables, injustas e intolerables.⁵ Existen muchos antecedentes de investigaciones realizadas en el ámbito mundial, latinoamericano y venezolano sobre desigualdades en salud, según diferentes enfoques y utilizando el amplio espectro de procedimientos y mediciones.^{5,6} En ese orden de ideas, Castellanos⁷ señala además que toda población, en cuanto está compuesta por subpoblaciones, involucra diferencias internas en la situación de salud y establece además, que uno de los más elementales conocimientos que sustentan la Salud Pública es que los problemas de salud no se distribuyen al azar y, menos aún, tienen una frecuencia y gravedad similar en todos los grupos humanos, siendo precisamente la esencia de la Salud Pública la de

enfrentar y tratar de eliminar estos comportamientos diferenciales a escala local, nacional e internacional.

Para una gestión de Salud Pública con criterios político-éticos de equidad, se debe enfocar la búsqueda de indicadores en territorios con niveles de agregación menor que tienen mayor homogeneidad en sus condiciones de vida. Sin embargo, esta tarea no resulta fácil, ya que hay limitaciones de la información en salud, en lo que respecta al recorte territorial que habitualmente utilizan los sistemas sanitarios. En el Estado Carabobo, el nivel de análisis epidemiológico en general no baja del nivel municipal; en relación a las tasas de mortalidad materna e infantil, no existe disponibilidad de información oficial del nivel parroquial, lo que constituye una limitación importante para el análisis crítico de estos indicadores, en este nivel caracterizado por grandes disparidades en cuanto a la carga de pobreza según el censo poblacional 2001. Asimismo, diversas instituciones de desarrollo social siguen el mismo patrón. Esto acarrea enormes dificultades para poder superar los "enmascaramientos" que promueven los indicadores promedios de los verdaderos espacios-territorio donde se producen los daños o la distribución más precisa de determinados problemas y necesidades de salud.² Con estas premisas, se planteó en este estudio analizar las desigualdades territoriales de la salud y condiciones de vida, utilizando los indicadores: mortalidad infantil y mortalidad materna en el estado Carabobo, a niveles de agregación estatal y municipal.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se analizaron las tasas de mortalidad infantil y mortalidad materna, a nivel de agregación estatal y se compararon con las del país, durante los periodos 1990-1998 y 1999-2007, los cuales constituyen dos periodos de diferentes gestiones de políticas públicas, de interés para la Salud Colectiva. A nivel municipal solo se obtuvo información oficial de los años 1999-2005. Las fuentes de información correspondieron a la Dirección Regional de Epidemiología del Instituto Carabobeño para la Salud (INSALUD), Instituto Nacional de Estadística (INE), MPP para la Salud y del Sistema Integrado de Indicadores Sociales (SISOV) del MPP Planificación y Finanzas. Para el procesamiento de la información se utilizaron técnicas de estadística descriptiva e inferencial; las tendencias de las tasas, se calcularon a través de la regresión lineal simple y el coeficiente de determinación R^2 , utilizando el Programa Excel de Microsoft 2003, además se calculó la Razón Proporcional de Brechas (RPB) de las tasas a nivel municipal, utilizando el método

referido por Bergonzoli, 2006.³ En este cálculo, la brecha está dada por: Dato a probar - Dato menor / Dato mayor - Dato menor, cuyo resultado -para efectos de esta investigación- será la proporción (%) de exceso por encima de la tasa de mortalidad materna o infantil más baja (línea basal).

RESULTADOS

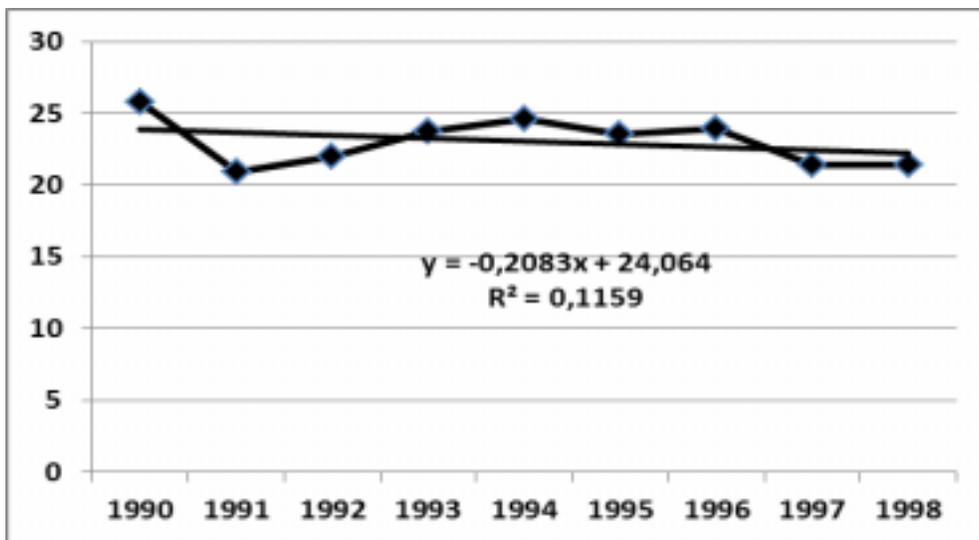
La mortalidad infantil en Venezuela se mantuvo estancada ($r^2=0,115$) durante los años 1990-1998, con una alta tasa promedio de 23,02 x 1000 nacidos vivos (figura 1); mientras que para el periodo 1999-2007 bajó significativamente de 19 x 1000 a 14 x 1000 ($r^2=0,810$) (figura 2), lo que representó un descenso de un 26 %, manteniendo un promedio para ese periodo de 16,76 x 1000. Llama la atención que en igual periodo 1990-1998, cuando la tendencia nacional era hacia el estancamiento, en el estado Carabobo hubo un significativo descenso del 40 % de 29,60 x 1000 a 17,80 x 1000 ($r^2=0,901$) (figura 3), aunque manteniendo todavía una alta tasa promedio de 22,12 x 1000, mientras que en el periodo 1999-2007 esa marcada tendencia al descenso se frenó, manteniéndose un curva estable con un discreto descenso ($r^2= 0,567$) conservando un promedio de 15,75 x 1000 (figura 4). Al interior del Estado Carabobo en el periodo 1999-2005, se observaron francas disparidades en la tasas de mortalidad infantil, las cuales muestran significativas brechas inter-municipales con un rango que va de 10,72 x 1000, la menor tasa de mortalidad (Municipio San Diego) a 23,58 x 1000, la mayor tasa (Puerto Cabello); las RPB y tasas de mortalidad infantil tienen el siguiente orden decreciente: Los Guayos 63,5% (18,88 x 1000); Libertador 45% (16,51 x 1000); Miranda 44,1% (16,39 x 1000); Valencia 36,8% (15,45 x 1000), Carlos Arvelo 36,2 % (15,37 x 1000), San Joaquín 34,5% (15,16 x 1000), Bejuma 32,9 % (14,95 x 1000), Guacara 22,2 % (13,58 x 1000), Naguanagua 21,3 % (13,46 x 1000), Juan José Mora 19,9 % (13,28 x 1000), Diego Ibarra 18,5% (13,10 x 1000) y Montalbán 11,4 % (12,18 x 1000) (Tabla 1 y figura 5). Durante este periodo la mortalidad infantil se mantuvo estancada en todos los municipios, con la excepción del Municipio Miranda en donde descendió significativamente un 55%, pasando de 22,73 a 10,34 x1000 ($R^2 = 0,875$) (Tabla 2). Relacionando los promedios de la tasa de mortalidad infantil con los tres estratos de las Necesidades Básicas Insatisfechas (NBIs) (Tabla3), se determinó que en el estrato III con mayor porcentaje de hogares pobres la media de la mortalidad infantil fue de 17, 07 x 1000, en el estrato II la media fue de 15,5 x 1000 y en el estrato I la media fue de 10,80 x 1000.

En Venezuela las tasas (razones) de mortalidad maternas fueron de 59,33 x 100.000 nacidos vivos (Periodo 1990-1998) (figura 6) y 61,16 x 100.000 (Periodo 1999-2008) (figura 7) y la tendencia en ambos periodos ha sido de franco estancamiento con $R^2=0,001$ y $R^2=0,041$ respectivamente; este estancamiento lo tuvo también el estado Carabobo con unas tasas de 61,33 x 100.000 (Periodo 1990-1998) (figura 8) y 61,71 x 100.000 (Periodo 1999-2005) (figura 9) con $R^2= 0,134$ y $R^2= 0,001$ respectivamente. Al interior del Estado se evidenció igual estancamiento de las tasas en la mayoría de los municipios: Bejuma ($R^2= 0,003$), Carlos Arvelo ($R^2= 0,118$), Diego Ibarra ($R^2= 0,381$), Guacara ($R^2= 0,051$), Los Guayos ($R^2= 0,011$), Naguanagua ($R^2= 0,001$), Puerto Cabello ($R^2= 0,083$), San Diego ($R^2= 5E-05$), San Joaquín ($R^2= 0,115$) y Valencia ($R^2= 0,033$), mientras que las tasas ascendieron en el Municipio Juan José Mora ($R^2= 0,563$) y Libertador ($R^2= 0,6789$), por otro lado, en los municipios Miranda y Montalbán no se analizó la tendencia ya que solo hubo un caso en cada municipio durante el periodo estudiado (Tabla 4). A nivel de los municipios, la tasa de mortalidad materna en el Municipio Puerto Cabello fue la más alta (98,07 x 100000) mientras que la más baja la tuvo el Municipio Miranda (28,75 x 100000); el Municipio San Diego fue el segundo con la más baja tasa de mortalidad materna 31,53 x 100000, con una RPB de apenas 4 %. En orden descendente las RPB y las tasas del resto de los municipios son como siguen: San Joaquín 82,8% (86,16 x 100000), Bejuma 75,8% (81,27 x 100000), Carlos Arvelo 66,5 % (74,83 x 100000), Juan José Mora 65,8 % (74,37 x 100000), Libertador 65,3% (73,97 x 100000), Diego Ibarra 48,5 % (62,37 x 100000), Valencia 29,8% (49,43 x 100000), Los Guayos 26,4% (47,04 x 100000), Naguanagua 25,2 % (46,22 x 100000), Montalbán 11,8% (36,91 x 100000) y Guacara 7,3 % (33,84 x 100000) (Tabla 1 y Figura 10). Al relacionar la tasa media de mortalidad materna con los tres estratos de las NBIs de los municipios (Tabla 3), se encontró que en el estrato III de peores condiciones de vida, la tasa media era la más alta con 84,86 muertes maternas x 100.000 nacidos vivos, en el estrato II de 56, 32 x 100.000 y en el estrato I que está ocupado únicamente por el Municipio San Diego de 31,53 x 100.000.

DISCUSIÓN

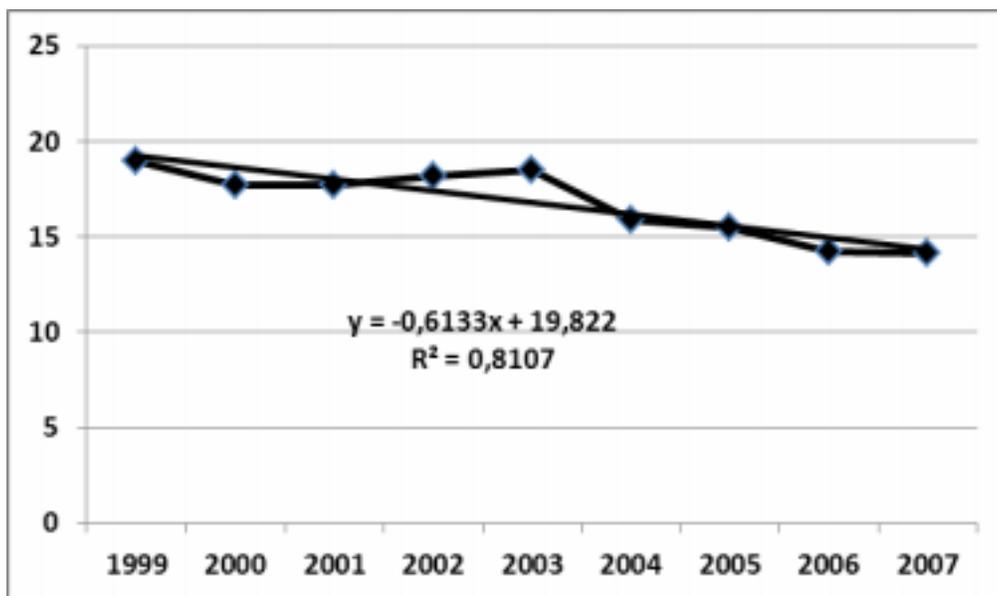
La tasa de mortalidad infantil es reconocida en el ámbito de la salud pública como un indicador altamente sensible a las condiciones de vida de la población. En Venezuela y en el Estado Carabobo, aún se mantienen altas tasas en relación a otros países de

Figura 1
Tendencia de la mortalidad infantil
Venezuela. Años 1990-1998.



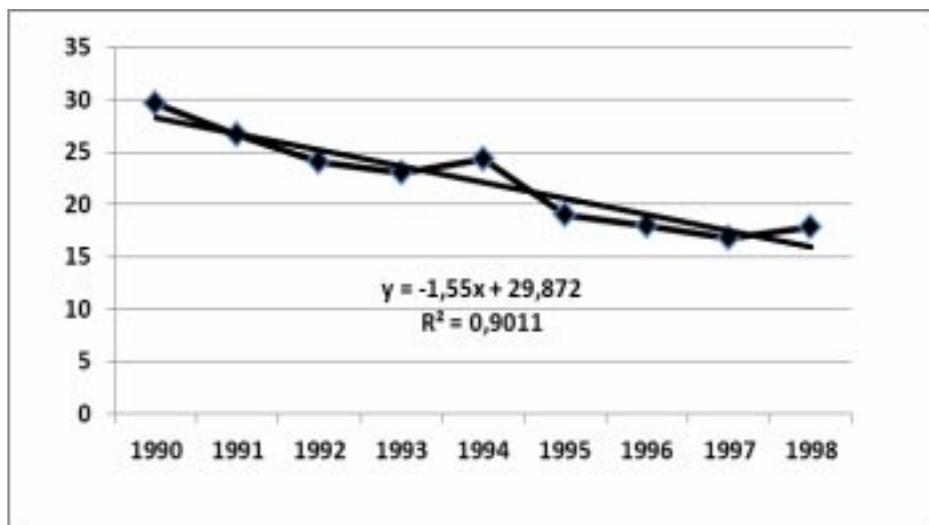
Fuente: MPP Salud. Cálculos propios

Figura 2
Tendencia de la mortalidad infantil
Venezuela. Años 1999-2007.



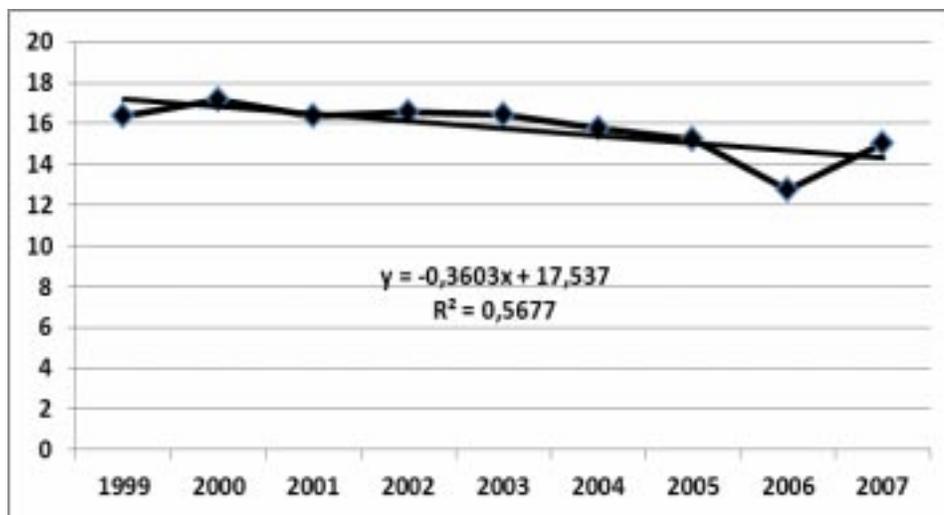
Fuente: MPP Salud. Cálculos propios.

Figura 3
Tendencia de la mortalidad infantil en el Estado Carabobo. Años 1990-1998.



Fuente: Dirección de Epidemiología de INSALUD.
Cálculos propios

Figura 4
Tendencia de la mortalidad infantil en el Estado Carabobo. Años 1999-2007.



Fuente: Dirección de Epidemiología de INSALUD.
Cálculos propios

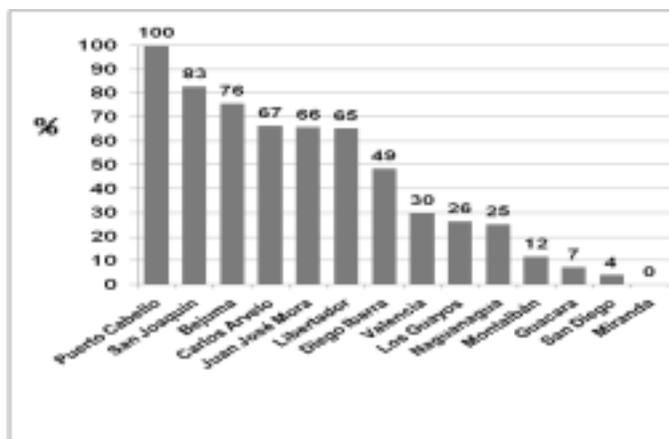
Tabla 1
Tasas de Mortalidad Infantil y Materna y Razones Proporcionales de Brechas (RPB)
por Municipios del Estado Carabobo. Años 1999-2005

Municipio	Mortalidad Infantil	Mortalidad Materna	RPB MI	RPB MM
Bejuma	14,95	81,27	32,9	75,8
Carlos Arvelo	15,37	74,83	36,2	66,5
Diego Ibarra	13,10	62,37	18,5	48,5
Guacara	13,58	33,84	22,2	7,3
Juan José Mora	13,28	74,37	19,9	65,8
Los Guayos	18,88	47,04	63,5	26,4
Libertador	16,51	73,97	45,0	65,3
Miranda	16,39	28,75	44,1	0,0
Montalbán	12,18	36,91	11,4	11,8
Naguanagua	13,46	46,22	21,3	25,2
Puerto Cabello	23,58	98,07	100,0	100,0
San Diego	10,72	31,53	0,0	4,0
San Joaquín	15,16	86,16	34,5	82,8
Valencia	15,45	49,43	36,8	29,8

Tasas x 1000 Nacidos Vivos.

Fuente: Dirección de Epidemiología de INSALUD. Cálculos propios

Figura 5
Brechas Inter-Municipales (RPB) de la Mortalidad Infantil. Periodo 1999-2005.



Fuente: Dirección de Epidemiología de INSALUD.
 Cálculos propios.

Tabla 2
Tendencias de la Mortalidad Infantil
por Municipios del Estado Carabobo, Período 1999-2005

Municipio	Modelo	R ²	Tendencia
Bejuma	$y = 0,313x + 13,879$	R2 = 0,0336	Estable
Carlos Arvelo	$y = -0,6426x + 21,675$	R2 = 0,4606	Estable
Diego Ibarra	$y = 0,683x + 10,604$	R2 = 0,2317	Estable
Guacara	$y = -0,7899x + 16,389$	R2 = 0,3383	Estable
Juan José Mora	$y = 0,4737x + 11,593$	R2 = 0,0297	Estable
Libertador	$y = -0,3767x + 17,677$	R2 = 0,0952	Estable
Los Guayos	$y = -0,5973x + 20,893$	R2 = 0,1785	Estable
Miranda	$y = -2,109x + 25,309$	R2 = 0,875	Descenso
Montalbán	$y = 0,66x + 8,6899$	R2 = 0,1832	Estable
Naguanagua	$y = -0,2808x + 15,182$	R2 = 0,0327	Estable
Puerto Cabello	$y = -0,2486x + 24,343$	R2 = 0,0079	Estable
San Diego	$y = -0,8991x + 14,059$	R2 = 0,2867	Estable
San Joaquín	$y = -0,1064x + 15,156$	R2 = 0,0086	Estable
Valencia	$y = -0,5642x + 17,632$	R2 = 0,4574	Estable

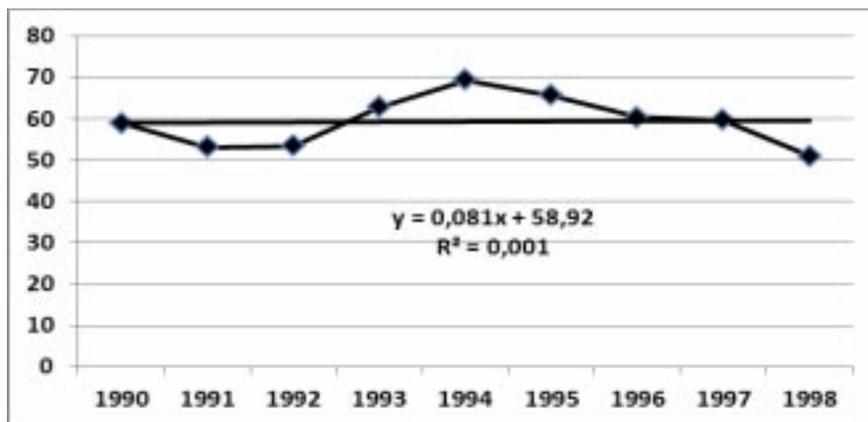
Fuente: Dirección de Epidemiología de INSALUD.
 Cálculos propios

Tabla 3
Estratificación de los Municipios según las necesidades básicas insatisfechas (NBIs)
Estado Carabobo, 2001

Niveles de NBIs	% de Hogares Pobres	Municipios
I	< 20	San Diego
II	20 a 39,9	Naguanagua, Valencia, Bejuma, Montalbán, Guacara, Puerto Cabello, Miranda, Los Guayos, Diego Ibarra, Juan José Mora,
III	40 a 59,9	Carlos Arvelo, Libertador, San Joaquín

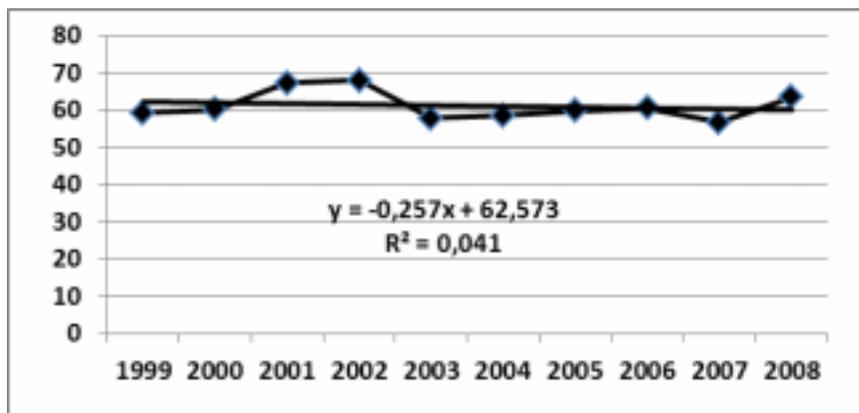
Fuente: INE. Censo 2001. Elaboración propia

Figura 6
Tendencia de la mortalidad materna. Venezuela, Años 1990-1998



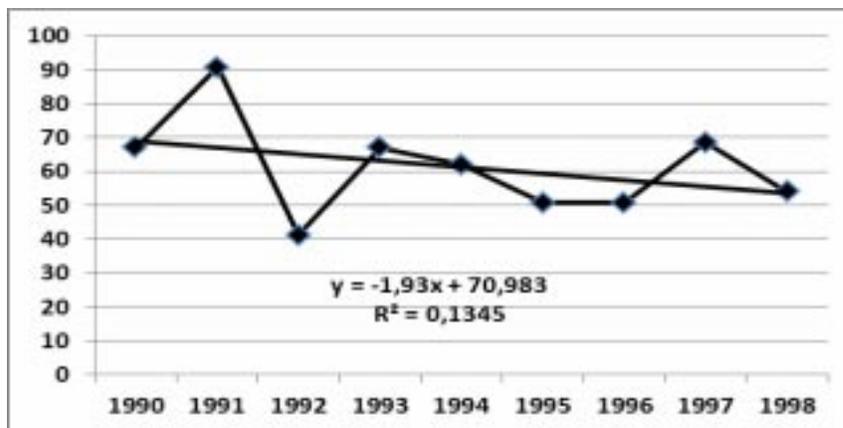
Fuente: MPP Salud. Cálculos propios

Figura 7
Tendencia de la mortalidad materna. Venezuela., Años 1999-2008.



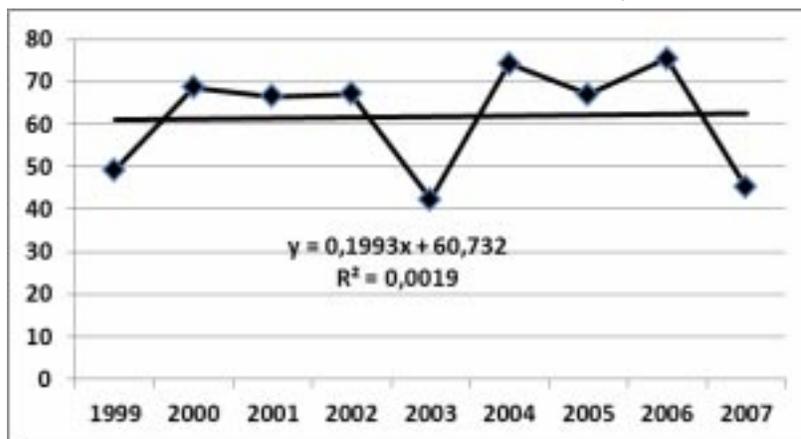
Fuente: Sistema Integrado de Indicadores Sociales (SISOV).
Cálculos propios

Figura 8
Tendencia de la mortalidad materna. Estado Carabobo, Años 1990-1998.



Fuente: Dirección de Epidemiología de INSALUD.
Cálculos propios

Figura 9
Tendencia de la mortalidad materna. Estado Carabobo, Años 1999-2007.



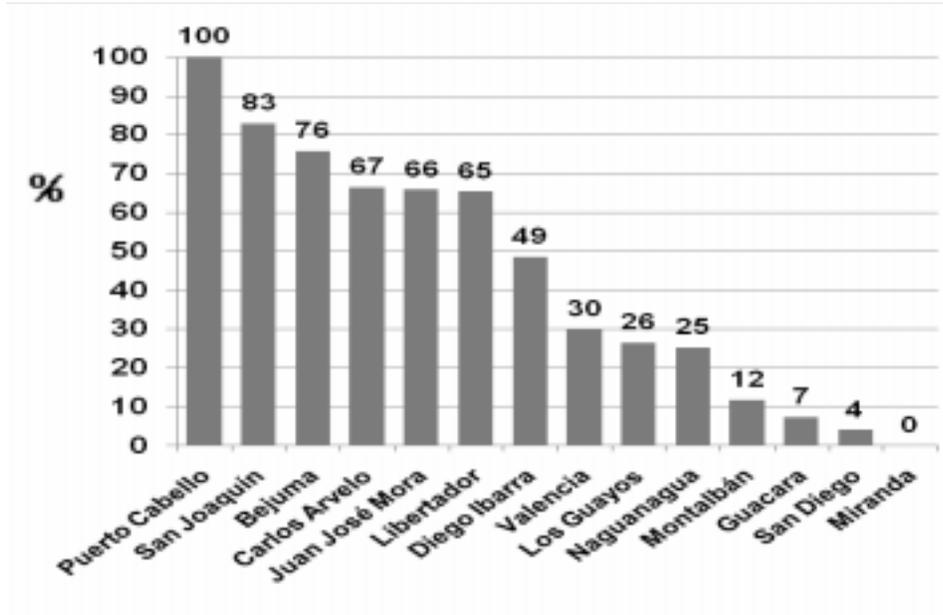
Fuente: Dirección de Epidemiología de INSALUD.
 Cálculos propios

Tabla 4
Tendencia de Mortalidad Materna según
Municipios del Estado Carabobo. Años 1.999-2006

Municipio	Modelo	R2	Tendencia
Bejuma	$y = 2,265x + 67,81$	$R^2 = 0,003$	Estable
Carlos Arvelo	$y = -8,906x + 130,7$	$R^2 = 0,118$	Estable
Diego Ibarra	$y = 29,00x - 39,40$	$R^2 = 0,381$	Estable
Guacara	$y = -2,422x + 44,75$	$R^2 = 0,051$	Estable
Juan José Mora	$y = 22,86x - 14,22$	$R^2 = 0,563$	Ascenso
Libertador	$y = 22,86x - 17,09$	$R^2 = 0,678$	Ascenso
Los Guayos	$y = 2,396x + 36,67$	$R^2 = 0,011$	Estable
Miranda	No Aplica		
Montalbán			
Naguanagua	$y = -0,626x + 48,40$	$R^2 = 0,001$	Estable
Puerto Cabello	$y = 3,493x + 85,45$	$R^2 = 0,083$	Estable
San Diego	$y = -0,193x + 34,04$	$R^2 = 5E-05$	Estable
San Joaquín	$y = 25,78x - 11,00$	$R^2 = 0,115$	Estable
Valencia	$y = -1,861x + 57,13$	$R^2 = 0,033$	Estable

Fuente: Dirección de Epidemiología de INSALUD.
 Cálculos propios

Figura 10
Brechas Inter-Municipales (RPB) de la Mortalidad Materna en el Estado Carabobo. Período 1999-2005.



Fuente: Dirección de Epidemiología de INSALUD.
 Cálculos propios

América, como Cuba que en el año 2010 llevó la mortalidad infantil a 4,5 x 1000, la más baja de su historia (10) y una de las más bajas del mundo, siendo un paradigma para el resto de los países latinoamericanos.

En la literatura científica existen muchas investigaciones que vinculan la mortalidad infantil con determinadas condiciones de vida y evidencian diferencias territoriales. En un estudio en Chile, se encontró la relación entre el bajo nivel educativo de las madres y la mortalidad infantil,¹¹ en otro estudio realizado en Cuba se demuestra que aunque hay grandes logros en la disminución de la mortalidad infantil de manera casi lineal desde 1960, aún persisten desigualdades entre estratos socio-económicos.¹² En un estudio realizado en el Municipio Rosario de la Provincia Santa Fe en Argentina, encontraron que la tasa de mortalidad infantil por causas reducibles presentó un gradiente de crecimiento frente al deterioro de las condiciones de vida.¹³ En otra investigación, se presentan los logros de Chile en el significativo descenso de la mortalidad infantil de 79 a 7,8 x 1000 nacidos vivos en el periodo 1970-2003, ubicándose junto con Cuba y Costa Rica entre los países que encabezan los mejores niveles de este

indicador en América Latina.¹⁴ Sin embargo, los autores señalan que en Chile, hay diferencias significativas de la mortalidad infantil a nivel de las provincias que van de tasas de 6,1 x 1000 a 14,3 y a nivel de las 336 comunas, encontraron que 36 duplicaban el promedio nacional y 6 lo cuadruplicaban.¹⁴ En Costa Rica en una investigación sobre desigualdades en salud, se evidenció que la mortalidad infantil presenta grandes disparidades a nivel nacional, el cantón con el mayor nivel (42 x 1000) es 26 veces mayor que el menor valor (1,6 x 1000), un total de 38 cantones a nivel nacional están por debajo del promedio nacional de 10,8 por 1000 y el resto de los 43 cantones están por encima de ese valor. Existen 15 cantones con el valor más alto de 15 por 1000.¹⁵ En dos investigaciones realizadas en Venezuela se encontraron asociaciones entre los gradientes de mortalidad y las condiciones de vida.^{16,17}

Si bien es evidente el descenso significativo (26%) de la mortalidad infantil en el país durante ocho años del gobierno bolivariano (1999-2007), que logró romper con el estancamiento de las tasas de mortalidad infantil de la década anterior, es profundamente preocupante lo acontecido en el estado Carabobo, que a pesar de venir paradójicamente -ya que la tendencia

nacional era de estancamiento para este periodo- con un sostenido descenso de este indicador en los años 1990-1998, inicia luego un estancamiento en el periodo 1999-2007. Asimismo, son notables las diferencias interterritoriales de este indicador, evidenciado por las brechas encontradas en los municipios en relación a la tasa más favorable correspondiente al Municipio San Diego. En el Estado Carabobo, se reproducen las grandes brechas inter-estatales de la mortalidad infantil observadas a nivel nacional, el último reporte de mortalidad infantil del año 2005 en Venezuela, revela que los tres Estados con las más altas tasas son: Nueva Esparta 29,2 x 1.000, Bolívar 21,6 x 1.000 y Zulia 20,2 x 1.000; en cuanto a los tres Estados con las menores tasas se encuentran Miranda 10,6, x 1.000, Aragua 10,6x 1.000 y Vargas 7,3 x 1.000. El Estado Carabobo ocupa el vigésimo lugar con 12,9 x 1.000. Once Estados (46%) están por encima de la tasa nacional de 15,5 x 100.000 y 13 (54%) están por debajo.¹⁸

Una variable importante de la fecundidad que se relaciona con la mortalidad infantil, es la edad en que la mujer decide tener sus hijos. En Cuba se observó, que a partir de 1985, a medida que la edad media de la fecundidad de la mujer aumentó, la tendencia de la tasa de mortalidad infantil disminuyó.¹⁹ En Venezuela, en el caso de las adolescentes, la fecundidad no sólo ha mostrado un nivel alto sino que ha disminuido más lentamente que en el resto de las edades y en consecuencia, su contribución relativa a la fecundidad total se ha tornado más importante.²⁰

Aun cuando existe relativa cercanía geográfica de varios municipios respecto al Municipio San Diego ubicado a 9,7 Km de la capital del estado, este ostenta la más baja tasa de mortalidad infantil, las brechas en relación a este indicador son profundas. El Municipio San Diego es un territorio donde habitan principalmente sectores sociales medios, en áreas residenciales que gozan en general de adecuadas infraestructuras viales, viviendas y servicios públicos, se ha constituido en lo que se denomina espacio "luminoso", por contar con diversos atractivos en el orden económico, social y ambiental;²¹ sus niveles de pobreza son los más bajos del estado Carabobo, según el censo 2001 tenía 15,96% de hogares pobres y 1,33% de hogares en pobreza crítica y 1% de viviendas tipo rancho. Esto ha traído como consecuencia, que este municipio esté ganando población de manera acelerada a través de las migraciones desde otros municipios y Estados vecinos; en el censo de 1990 contaba el Municipio San Diego con 34770 habitantes y en el censo 2001 se incrementó a 59247, lo que representó

una tasa de anual geométrica de crecimiento de 4,9 % y un crecimiento relativo de 70,4%, las cifras más altas del estado Carabobo;⁸ en este crecimiento obviamente no hay contribución de la tasa de natalidad como ocurre en otros municipios ya que la misma es la segunda más baja del Estado siendo de apenas 1,18% (1999-2005).²² En el polo opuesto, se encuentra el Municipio Puerto Cabello ubicado a 56 km de la capital del estado, el cual tiene la mayor tasa de mortalidad infantil. Este Municipio a pesar de contar con el puerto marítimo más importante del país y con potenciales naturales para el desarrollo turístico, está inmerso en diferenciadas condiciones de vida observadas a nivel parroquial. La pobreza y pobreza crítica alcanzan hasta un 55 % y 22 % respectivamente en la Parroquia Democracia en la cual había un 16 % de viviendas tipo rancho.²³

Los países desarrollados tienen tasas de mortalidad materna promedio de 21 x 100.000 nacidos vivos, mientras que los países en vías de desarrollo y en los menos desarrollados presentan impresionantes tasas con rango entre 440 y 1.000 x 100.000 nacidos vivos. En la Región de las Américas, el rango de mortalidad materna oscila entre 4 y 523 x 100.000 nacidos vivos, dado por Canadá y Haití respectivamente. En la década de los noventa los únicos países latinoamericanos que pudieron mostrar reducciones sostenidas de este indicador fueron Chile, Argentina y Costa Rica.²⁴

En una investigación sobre la mortalidad materna en los países bolivarianos se estableció que la tasa media de la región es de 126,58 x 100.000 nacidos vivos, siendo Venezuela (año 2005) el país con la menor mortalidad 59,9 x 100.000. En orden descendente el resto de los países hermanos presentan cifras alarmantes. Bolivia (año 2003) 230 x 100.000, Perú (año 2001) 185 x 100.000, Ecuador (año 2005) 84,95 x 100.000 y Colombia (año 2005) 73,05 x 100.000.²⁵

El último reporte de mortalidad materna del año 2005 en Venezuela, publicado en el portal del MPP Salud, revela que los tres Estados con las más altas tasas son Delta Amacuro 228,6 x 100.000, Guárico 108,2 x 100.000 y Yaracuy con 105,1 x 100.000; en cuanto a los tres Estados con las menores tasas se encuentran Barinas (28,4 x 100.000), Sucre (25 x 100.000) y Vargas (sin casos). El Estado Carabobo está por encima del promedio nacional, ocupando el octavo lugar con 62,2 x 100.000. Nueve Estados (38%) están por encima de la tasa nacional de 59,9 x 100.000 y quince (62%) están por debajo.¹⁸

En el Informe denominado Venezuela Cumpliendo las Metas del Milenio se expone que al analizar la tendencia de la mortalidad materna en el período 1990 a 2000, se observa un leve aumento de 60,0 a 60,1 por 100.000 nacidos vivos registrados. Desde entonces las cifras se mantienen relativamente constantes y elevadas, considerando las condiciones de atención sanitaria de la población materna como su causa principal. Además se señala que las cinco primeras causa de muerte, que corresponden al 88% son en mayoría prevenibles con un control prenatal adecuado y mejorando la calidad de la atención sanitaria del embarazo y el parto. En consecuencia, para revertir esta situación en los próximos años el Ministerio de Salud instaló desde el año 2000 el Comité Nacional de Prevención y Control de la Mortalidad Materna e Infantil y dispuso mejorar los tres niveles de atención sanitaria.²⁶ Sin embargo, resulta realmente alarmante la situación de la mortalidad materna en Venezuela observada en el periodo 1990-2007, las políticas del Estado dirigidas a resolver este grave problema de salud pública no han sido suficientes. En este periodo las tasas de mortalidad materna se han mantenido altas e infranqueables, tanto en Venezuela como en el estado Carabobo.

CONCLUSIONES

El Estado Carabobo es un territorio de heterogeneidades demográficas, sociales, ambientales y económicas inmerso en procesos de producción y reproducción social con historicidades particulares,

donde surgen necesidades sociales específicas de la población, que al no ser resueltas por las acciones que promuevan salud y bienestar, se traducen en el campo de lo fenoménico en variados perfiles de salud-enfermedad.

La precarización de la vida urbana impuesta por el capitalismo, comenzó a perfilar las formas de nacer, vivir, enfermar y morir de los carabobeños; los resultados del censo poblacional del año 2001, reflejan la enorme y diferenciada carga de pobreza a nivel municipal y parroquial. Los "gruesos indicadores de salud" que a nivel nacional muestran profundas e irritantes brechas inter-estatales, como es el caso de la mortalidad materna e infantil; en el Estado Carabobo reflejan igualmente grandes asimetrías. Se presentaron las tasas y RPB de todos los municipios, ya que pueden ser de interés para futuras investigaciones sobre las desigualdades en salud. En general, los indicadores de salud estudiados se encuentran elevados, con el agravante de la tendencia al estancamiento en el estado Carabobo y el ascenso en algunos municipios; a pesar del notable incremento de la cobertura de la atención primaria en salud a través de la Misión Barrio Adentro, lo que obliga a una revisión profunda de la gestión de la salud pública en el estado Carabobo y su consecuente reorientación.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1) Asociación Latinoamericana de Medicina Social. ALAMES. Taller sobre determinantes sociales en salud. Documento en línea. Disponible: <http://Alames.org/documentos/poencias.pdf>. Consulta:2011, Enero 10
- 2) Íñiguez LB y Barcellos Ch. Geografía y salud en América Latina: evolución y tendencias. Rev Cubana Salud pública, 2003; 29(4): 330-43
- 3) Bergonzoli, G. Sala Situacional. Instrumento para la Vigilancia de Salud Pública. Instituto de Altos Estudios en Salud Pública (IAESP) "Dr. Arnoldo Gabaldón". Ministerio del Poder Popular para la Salud. Maracay, 2006
- 4) OPS. En busca de la equidad. Informe anual del Director, 1995. Washington, D.C.; (Documento Oficial No. 277), 1996
- 5) Metzger, X. La agregación de datos en la medición de desigualdades e inequidades en la salud de las poblaciones. Rev Panam Salud Publica/Pan Am J Public Health, 2002; 12(6): 445-53
- 6) López Pardo, C. La medición del estado de salud de la población y su relación con los determinantes. [Revista en línea]. Disponible:http://bvs.sld.cu/revistas/spu/vol33_1_07/spu12107.htm [Consulta: 2.011, Enero 14]
- 7) Castellanos PL. Sistemas nacionales de vigilancia de la situación de salud según condiciones de vida y del impacto de las acciones de Salud y Bienestar. Programa Análisis de Situación de Salud y sus Tendencias. OPS/OMS. Washington D.C. 1992; 14-23.
- 8) Instituto Nacional de Estadística. Reporte Sociodemográfico. Censo de población y vivienda. Situación, dinámica y perspectiva de la población, 2001 [Documento en línea].Disponible: www.ine.gov.ve. [Consulta: 2007, Abril 06].
- 9) Oficina Central de Estadística e Informática (OCEI) y Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD). (2001). Índice y entorno del desarrollo humano en Venezuela. Caracas.
- 10) Cuba debate. Cuba alcanza la tasa de mortalidad infantil mas baja de su historia. Noticia en línea]. Disponible: www.cubadebate.cu [Consulta: 2.011, Enero 10]
- 11) Frenz, P y González, C. Aplicación de una aproximación metodológica simple para el análisis de las desigualdades: El caso de la mortalidad infantil en Chile. Rev Med Chile, 2010; 138: 1157-1164
- 12) Batista Moliner, R., Coutin Marie, G y FealCañizares, P. Condiciones de vida y salud materno-infantil. Rev Cubana Salud Pública, 2001; 27(2):126-34
- 13) Augsburguer, A., Galende, S., Gerlero, S. y Moyano,C.Mortalidad infantil y condiciones de vida. La producción de información epidemiológica como aporte al proceso político de descentralización municipal en Rosario (Argentina). KAIROS. Revista de Temas Sociales. ISSN 1514-9331. [Revista en línea]. Disponible:<http://www.revistakairos.org>, 2006
- 14) Kaempffer, A y Medina, E. Mortalidad infantil reciente en Chile: éxitos y desafíos. Rev Chil Pediatr, 2006; 77(5); 492-500
- 15) Ministerio de Salud. Las desigualdades de salud en Costa Rica: una aproximación geográfico - poblacional, 2004 [Documento en línea]. Disponible: <http://www.bvs.sa.cr/php/situacion/desigualdades.pdf> [Consulta: 2011, Enero 12]
- 16) Universidad Central de Venezuela y Ministerio de Salud y Asistencia Social. Perfiles de mortalidad según condiciones de vida: Experiencia en Venezuela. Boletín Epidemiológico, 1993;14(3):11-14
- 17) Núñez, N. Perfiles diferenciales de mortalidad según condiciones de vida. Gac Méd Caracas, 1997; 105(2):189-201
- 18) Ministerio del Poder Popular para la Salud. Indicadores. [Documento en línea]. Disponible: http://www.mpps.gov.ve/direcciones_msds/Epidemiologia/Estadistica/Archivos/IndicIndicadores.htm [Consulta: 2011, Enero 12]
- 19) López, L., Gran Álvarez, M y Felipe, A. Evolución de la fecundidad en Cuba en las últimas cinco décadas. Rev. Temas Estadísticos de Salud, 2005; 1(2)
- 20) Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados ACNUR. Caracterización general de La población venezolana. (s/f) [Documento en línea]. Disponible:<http://acnur.org/biblioteca/pdf/6913.pdf>. [Consulta: 2011, Enero 10]
- 21) Íñiguez, L. Desigualdades espaciales en Cuba: entre herencias y emergencias. En L.Íñiguez y E. Pérez (Comp.), Heterogeneidad social en la Cuba actual (pp.31-50). La Habana. Centro de Estudio de Salud y Bienestar Humanos, 2004
- 22) Ortunio, E. Aspectos territoriales, geo-ecológicos y demográficos del Estado Carabobo: bases para la comprensión de las desigualdades en salud. Revista Comunidad y Salud, 2011; 9 (2). En prensa
- 23) Instituto Nacional de Estadística (INE). XIII Censo general de población y vivienda, 2001 [Documento en línea]. Disponible: <http://www.ine.gov.ve/> [Consulta: 2.006, Junio 14]
- 24) Donoso, E y Oyarzún, E. Análisis comparativo de la mortalidad materna en Chile, Cuba y Estados Unidos de Norteamérica. Rev Chil Obstet Ginecol, 2004; 69(1):14-18
- 25) Faneite, P. Mortalidad Materna en la región bolivariana de Latinoamérica: área crítica. Rev. Obstet. Ginecol. Venez, 2008; 68(1):18-24

<p>Recibido: Abril, 2012 Aprobado: Julio, 2012</p>
--