

Epidemiología en Acción

MUERTE MATERNA EN VENEZUELA Y SUS DESAFÍOS EN EL MARCO DE LA EPIDEMIOLOGÍA DEL NUEVO MILENIO.

MATERNAL DEATHS IN VENEZUELA AND ITS CHALLENGES IN THE CONTEXT OF THE EPIDEMIOLOGY OF THE NEW MILLENNIUM.

Maily Tang P.¹

INTRODUCCIÓN

La muerte materna es considerada como la muerte de una mujer mientras está embarazada o dentro de los 42 días siguientes a la terminación del embarazo, debida a cualquier causa relacionada o agravada por el embarazo mismo o su atención, pero no por causas accidentales o incidentales.

Al respecto la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y el Codificador Internacional de Enfermedades en su décima revisión definen la muerte materna tardía como el fallecimiento de una mujer en edad fértil (12 a 49 años) después de los 42 días pero antes de un año de terminación del embarazo.

Según la OPS las muertes maternas se dividen en: Muertes Obstétricas Directas: son aquellas las que resultan de complicaciones obstétricas durante el embarazo parto y puerperio; de intervenciones, de omisiones, de tratamiento incorrecto, de una cadena de acontecimientos originada en cualquier de las circunstancias mencionadas y, Muertes Obstétricas Indirectas: aquellas que resultan de una enfermedad existente desde antes del embarazo o de una enfermedad que evoluciona durante el mismo, no debidas a causas obstétricas directas pero sí agravadas por los efectos fisiológicos del embarazo.¹

Delimitar el concepto es de notable importancia para así unificar criterios a la hora de comparar el comportamiento del evento en distintas partes del planeta y en diferentes contextos y condiciones. También es importante destacar que la mortalidad materna es un evento social que afecta el bienestar de la familia y por ende debilita la estructura social general; así mismo la pérdida de una madre afecta en forma negativa la supervivencia y desarrollo de sus hijos. Se contempla por otra parte, desde ella la inequidad social, la inaccesibilidad y la calidad en la prestación de los servicios de salud, las condiciones de vida y la corresponsabilidad no solo institucional sino también familiar y comunitaria. Es por ello que con la intención de reflexionar desde una perspectiva del pensamiento crítico sobre la muerte materna en Venezuela, debemos abordar la problemática primeramente contextualizando la muerte materna en el mundo y en Venezuela, seguidamente reflexionando sobre algunos desafíos en el marco de la epidemiología del nuevo milenio.

MUERTE MATERNA EN SU CONTEXTO

El recuento de casos de muerte materna ha sido una técnica o instrumento de gran valor disponible en la epidemiología para identificar cambios en el comportamiento de este evento de interés público.² No obstante, comparar la mortalidad materna de un año a

¹Unidad de Estudios e Investigación en Salud Pública. Universidad de Carabobo. Núcleo Aragua.
Correspondencia: matostang@hotmail.com

otro tiene poco sentido, ya que lo importante es la tendencia a lo largo de los años y no las pequeñas variaciones de un año a otro. Así, el indicador de mortalidad materna, medido como la tasa de mortalidad materna, es el más frecuentemente utilizado definido esta y definido como el número de defunciones maternas por cada 100.000 nacidos vivos registrados (NVR) durante un tiempo y lugar determinado y constituye el riesgo de muerte en una mujer una vez que queda embarazada en una localidad, región, país o continente. Algunos autores consideran que la información que suministra este indicador de muerte materna, se comporta más como una razón que como una tasa, debido a que las muertes deben relacionarse con los embarazos, lo cual es muy difícil de obtener, por lo que se hace necesario usar la información infiriendo con el número de nacidos vivos. Este indicador, depende tanto de un buen registro o dato básico de las muertes maternas, como de la natalidad, la cual es usada como denominador.³ De tal manera, las variaciones en uno u otro de los factores modificarán la tasa y eso ha dado lugar a lo que pudiera interpretarse como trucos estadísticos, en los últimos años, para bajar la tasa de manera ad-hoc.

Por tanto debemos, señalar que la muerte materna es difícil de medir porque está sujeta a subregistro del dato básico por error u omisión de la causa de defunción en los registros de estadísticas vitales.

Ahora bien, se pueden tener tasas de mortalidad maternas muy altas y sin embargo el evento es relativamente poco frecuente, por lo que es susceptible a que se cometan errores de medición; entonces, estos datos pudieran ser no del todo confiables sobre todo donde no exista una buena vigilancia epidemiológica del problema. Es cierto que la tasa de mortalidad materna ha sido universalizada políticamente, como un indicador de éxito de un sistema de salud, de modo que es válido tomarla como indicador de éxito o fracaso de las políticas tanto socioeconómicas, como las de salud.

En el mundo, la muerte materna constituye un problema de salud pública ya que representa un importante indicador de desarrollo humano para los países, además es uno de los indicadores que muestran las más grandes inequidades entre los países de diferentes niveles de desarrollo. Este indicador permite detectar las diferencias de oportunidades en mejoras de las condiciones de salud y vida de las madres.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) expresa en sus informes que más de medio millón de madres mueren cada año por complicaciones relacionadas con el embarazo y el parto, es decir que

cada minuto fallece una madre en el mundo, y cada minuto el entorno social de ella es afectado.

En efecto, mientras en el mundo la tasa promedio de muerte materna es de 390 por 100000 nacidos vivos, en los países desarrollados es de 30 y en los países en desarrollo en promedio es de 450. Así mismo en el continente Africano, mueren 640 mujeres por 100.000 nacidos vivos y en Sudamérica esta condición es menos trágica sin dejar de ser consideradas muy altas con una tasa promedio de muerte materna que oscila entre 240 por 100.000 nacidos vivos, reflejando inequidades, y diferencias.⁴

Al comparar la Tasa de Mortalidad Materna en Venezuela con otros países, se aprecia como en nuestro país existe 14 veces más riesgo de muerte materna con respecto a Canadá, 3 veces más riesgo en comparación a Costa Rica, 2 veces más riesgo con respecto a Chile y Cuba. Países como Bolivia y Haití tienen 7,2 y 9,5 más veces riesgo de muerte materna que Venezuela. Sin embargo, lo deseable es que tengamos tasas similares a los que tienen menos riesgo y no compararnos con países con indicadores altos como Bolivia y Haití.⁵

La tendencia de la tasa de muerte materna en los últimos cincuenta años en Venezuela ha ido en descenso, en el año 1957 teníamos tasas de 134 por mil nacidos vivos hasta 2007 cuando se redujo a más de la mitad de los puntos, (56,8 por 1000 nv). No obstante, cuando observamos la frecuencia de los casos en la última década 1990-2000 observamos que son cifras similares, es decir que en de los años 90 y en la década del 2000 siguen siendo más de 300 familias y su entorno social los afectados con una muerte materna. En Venezuela las tasas de mortalidad se mantienen altas considerando que el 94% de los nacimientos ocurren en establecimientos de salud, según describe un informe de la UNICEF, entonces es de deducir que las mujeres fallecen en hospitales o clínicas.^{6,7}

Es conocido que las muertes maternas son el resultado de muchos problemas sociales, económicos, biológicos, de accesibilidad y calidad de los servicios de salud, o por aplicación deficiente de los conocimientos y tecnologías disponibles antes del embarazo, en el embarazo, parto y puerperio. Al respecto, Naranjo (2005) nos explica el enfoque de la muerte materna y sugiere descubrir características y factores asociados, así como evitar las muertes mejorando la calidad de vida, educación y salud de las mujeres, ya que esto influye sobre el resultado del embarazo, es por ahí el camino, no es en el enfoque de los indicadores fríos sino en los determinantes de salud y su ataque integral y simultáneo.⁸

El análisis tradicional debe dejar de ser, la interpretación de la actividad y recorrido geográfico de las enfermedades, donde se omite los sucesos culturales, socio- económicos, ambientales, de estilos de vida, de nivel educativo, de acceso, calidad y oportunidad de los servicios de salud entre otros, que han causado estragos en la vida de millones de personas en el mundo. Numerosas resoluciones internacionales, entre las más recientes, los objetivos de desarrollo del milenio acordados en septiembre de 2000, en la Cumbre del Milenio, han inten; la Declaración exhorta a lograr antes del 2015 una reducción en tres cuartas partes la tasa de mortalidad materna existente en 1990, pero desde hace 20 años se han venido realizando múltiples esfuerzos con el mismo fin, por ello se han llevado a cabo gran cantidad de conferencias y acuerdos internacionales. Por ejemplo en 1999 se realizó una declaración conjunta de la Organización Mundial de la Salud (OMS), del Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), el Banco Mundial, para unir esfuerzos para atenuar y evitar la mortalidad materna y neonatal.⁹

DESAFÍOS EN EL MARCO DE LA EPIDEMIOLOGÍA DEL NUEVO MILENIO

En los indicadores epidemiológicos de mortalidad materna han estado presentes las concepciones positivistas y neopositivistas, la cual ha influido ésta en la resolución de la problemática, donde se han sobrevalorado las técnicas sobre el método y su reduccionismo probabilístico. Barata (1990), comente sobre el remplazo de una lógica totalizadora e integral en epidemiología por una lógica individualista, en donde el análisis de las muertes maternas es presentado con un enfoque individualista, no hay una construcción totalizante. Su estudio se basa en hechos singulares, de datos finitos con rechazo a las generalizaciones en contraposición con el deber ser: comprender el hecho que la muerte materna como un objeto histórico complejo, multifacético, concatenado y contradictorio.¹⁰

Entre los desafíos ante esta problemática como dice Sosa (2008): “Se encuentra la búsqueda y renovación de ideas y propuestas de investigación en el campo de los problemas de salud pública que realmente conlleven a mejorar la situación”, en este caso de las muertes maternas y que a su vez contribuyan a fundar nuevos pensamientos que nutran la visión de la salud y la sociedad, obteniendo una nueva cultura de salud, nuevos enfoques de la investigación donde haya participación inter y transdisciplinar porque la problemática no se puede enfocar desde el punto de vista biologicista sino desde el punto de vista integral, total, completo, holístico y armónico, estos nuevos modelos de abordaje sistémico de realidades y sus cualidades emergentes.¹¹

Uno de los retos de la epidemiología, es el abordaje de la mortalidad materna de una manera integral, donde no sólo se observe y analice cifras de indicadores fríos que sólo expresan la problemática pero que a decir verdad, no han mejorado cuando observamos que el número de mujeres que mueren realmente no ha variado a través de los años.

De que vale el avance de la información o la investigación, si los resultados no son útiles, a las acciones, Breilh (1994) expresa que debería llevarse la problemática de la muerte materna a un sentido más humano y social del hacer que sanitario en los países que viven la hegemonía del monopolio farmacéutico distorsionante de los grandes intereses económicos. Las soluciones a los grandes problemas de salud generalmente se conciben en un campo hegemonizado por la concepción clínica asistencialista; en este contexto la salud pública es la que mantiene un poco con vida, aunque precariamente, el sentido preventivo y le da una vía más humana para la lucha por la salud. En este orden de ideas, nos debemos abocar a buscar una expresión superior más humanista para la investigación y salir de la asfixiante rutina asistencialista que es el sistema reinante de los países que forman parte de élites.¹⁰

Las muertes llamadas evitables son aquellas en las que una atención médica efectiva y oportuna tendría como consecuencia impedir la defunción. La mayoría de las muertes son evitables y es por ello que se considera la tasa de muerte materna un indicador de calidad de atención en salud. El conocimiento y la tecnología médica disponible hacen posible que el 90% de las complicaciones obstétricas que causan las muertes maternas sean tratadas exitosamente, entonces estamos ante la incertidumbre de, si son los rasgos sociales los involucrados como medida de resumen de distintas inequidades que posicionan de manera diferencial a las mujeres en el riesgo de morir en la maternidad, o acaso los rasgos estructurales como acceso a los servicios y demografía las que influyen enormemente en la oportunidad de recibir servicios de salud y por lo tanto de sobrevivir, ahora se convierte en indicador de avance de las condiciones de vida de la población más pobre. Y los problemas generados en la calidad de atención en los programas de salud sexual y reproductiva: planificación familiar, atención materna, atención del parto, puerperio y todo lo relacionado con la mujer, la pareja, la familia además de las emergencias obstétricas son otros aspectos que tienen que relacionarse con el problema así como lo es la calidad de educación médica de las estructuras de salud y las universidades para la obtención de habilidades y capacidades técnicas de los

profesionales, las certificaciones permanentes del personal de salud dependiendo de su práctica.¹²

Hay que fomentar un proceso globalizante que supere el reduccionismo de las orientaciones preventivas clásicas, que no sea sólo la prevención individual y etiológica sino más amplia y más integral, más inter y transdisciplinar, construir una propuesta general para la salud de las grandes mayorías, que anteponga intereses multinacionales y que abarque todos los campos de la reproducción social.¹⁰

Disminuir realmente las muertes maternas requerirá de grandes esfuerzos globalizados para poder cumplir sobre todo las metas del milenio en los países en vías de desarrollo. Los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) representan las necesidades humanas y los derechos básicos que requieren los individuos y de los que deberían disfrutar, plasmado en el objetivo 5 y meta 6 como el derecho de la mujer a dar a luz sin correr peligro de muerte, siendo su indicador la tasa de mortalidad materna. En los informes de seguimiento de los ODM se está perfectamente consciente de que no se provee toda la información disponible o que la información es errónea, poco confiable y por ello existe un amplio rango de incertidumbre para el cumplimiento de ese objetivo. Pensar en un indicador como la tasa de muerte materna disminuido, con un numerador (muerte materna) y un denominador (nacidos vivos registrados) con un dato básico de fuente confiable, técnicas de medición y un marco conceptual que no sólo abarque el evento negativo aislado, con factores de riesgo de muerte materna atacables desde el punto de vista inter y transdisciplinario es el reto, donde lo humano y lo social sean privilegiados para abordar el problema de las embarazadas.¹³

Lo dicho anteriormente, nos permite aseverar que el estudio de la muerte materna en la epidemiología del nuevo milenio se ha convertido consciente o inconscientemente en un instrumento utilizado por las estructuras de poder imperantes en el mundo, obligándonos a ver el problema de salud pública desde sus consecuencias, desde la probabilidad o riesgo de morir la madre, visto el problema desde una de sus partes, sin poder mirar la totalidad histórica y las raíces verdaderas del problema, las inequidades, los modos de vida, la calidad de vida entre los diferentes grupos sociales, étnicos y características propias del género. No podemos trabajar separadamente las partes del problema, ni separar por conveniencia una de sus partes y atacarla, es así como las determinantes de salud que tienen que ver en las muertes maternas deben trabajarse desde un punto de vista macro y micro social sin que se generalice el estudio pero sin caer en individualidades ni cotidianidades, incorporando la diversidad con sus conexiones, sin despreciar las certezas pero sin apegos absolutos a las mismas y de esta manera buscar principios de explicación mas rico que el de la simplificación, donde las responsabilidades sean compartidas y asumidas por los gobiernos. Cuestionar las conclusiones establecidas en base a los indicadores de medición de las muertes maternas en Venezuela para la generación de indicadores apropiados y nueva gestión de los programas es la propuesta a seguir.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1) Organización Mundial de la Salud. Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud. 10ª revisión. Ginebra. 1995.
- 2) Martínez F. La práctica de la vigilancia epidemiológica en la salud pública contemporánea. Vigilancia Epidemiológica. España: Editorial Mc Graw-Hill Interamericana; 2004, p. 15-35.
- 3) García J. Guía Práctica de los Indicadores de Gestión para Establecimientos de Atención Médica. Caracas: Disinlimed, C.A.; 1993, p. 51.
- 4) Herrera M. Mortalidad Materna en el Mundo. Rev Chil Obstet Ginecol; 2003; 68; (6): 536-543.
- 5) Faneite P. Mortalidad Materna en la Región Bolivariana de Latino-américa: área crítica. Rev Obstet Ginecol Venez; 2008; 68 (1): 18-24.
- 6) Ministerio del Poder Popular para la Salud (MPPS). 65 AÑOS DE LA MORTALIDAD EN LA REPÚBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA 1940 - 2005. (On Line). Disponible en: <http://www.msds.gov.ve/>. Revisado: Octubre 2010.
- 7) UNICEF. Indicadores Básicos de Venezuela. 2009 (On Line). Disponible en: http://www.unicef.org/venezuela/spanish/overview_13275.htm. Revisado: Octubre 2010.
- 8) Naranjo M. Mortalidad Materna: Un Problema Evitable. Rev Comunidad y Salud; 2005; 3;(2): 44-50.
- 9) Weil L, Rebold A, Donnay F. Mortalidad Materna. Actualización 2002. División de Apoyo Técnico, UNFPA; 2002. Disponible en: <http://www.unfpa.org/publications>. Revisado: Octubre 2009.
- 10) Breilh J. Nuevos Conceptos y Técnicas de Investigación. Investigación (Epidemiología Crítica). Quito: Ediciones del CEAS; 1994, p. 18-50.
- 11) Sosa G. Problemas Contemporáneos de Salud Pública, Sociedad y Dignidad Humana. Una Propuesta para la Formación de Investigación; Rev Comunidad y Salud; 2008; 6;(2): 50-54.
- 12) Freyermuth M. Inequidad Institucional y Desigualdad entre Mujeres. México: Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social (CIESAS) - Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (CONEVAL); 2009; p. 36-38. Disponible en: http://www.coneval.gob.mx/contenido/info_public/6785pdf. Revisado: Octubre 2010.
- 13) Naciones Unidas. Objetivos de Desarrollo del Milenio. Informe 2010. Nueva York: Departamento de Asuntos Económicos y Sociales de las Naciones Unidas (DESA); Junio 2010; p. 30-39

Recibido: Julio, 2010 Aprobado: Octubre, 2010
--