

ENSAYO**Mortalidad materna. Análisis**

Pedro Faneite A ¹, Luis Rojas ², Gustavo Briceño ³.

¹ Unidad de Perinatología, Hospital "Dr. Adolfo Prince Lara", Puerto Cabello, Universidad de Carabobo y Sección de mortalidad materna y perinatal SOGV.

² Comité Nacional de mortalidad materna MSDS.

³ Comité de mortalidad materna Estado Aragua.

Correspondencia:: Pedro Faneite

Urbanización Rancho Grande, Calle 45, Cruce Av. Bolívar.

Puerto Cabello, Estado Carabobo. 2050. Venezuela

E-mail: faneitep@cantv.net.

Recibido: septiembre 2005

Aceptado: marzo 2006

RESUMEN**Mortalidad materna. Análisis**

El objetivo fue conocer y analizar las fortalezas, oportunidades, debilidades y amenazas (FODA) de la mortalidad materna en los estados ubicados en la región central del país y así mejorar estrategias de atención. Las fortalezas que prevalecieron: existencia de un sistema de vigilancia epidemiológico 100 % (6/6), vigencia de los comité de mortalidad materna 100 % (6/6), establecimiento de una red asistencial física 100 % (6/6), recurso humano comprometido 83,33 % (5/6). Las debilidades predominantes: deficiencia de equipos e insumos 100 % (6/6), programas débiles de promoción para cobertura prenatal 66,66 % (4/6), déficit de centros asistenciales 50 % (3/6). Las oportunidades destacadas: existencia de programas y trabajo en red social actual 50 % (3/6), convenios interinstitucionales vigentes 50 % (3/6), existencia de un marco legal vigente 33,33 % (2/6). Amenazas relevantes: factores sociales interferentes como inseguridad, violencia 50 % (3/6), población en territorio geográfico disperso 33,33 % (2/6). Las principales propuestas: asignación de un presupuesto que garantice el cumplimiento de los programas 100 % (6/6), mejorar las condiciones socioeconómicas y culturales de la población 50 % (3/6), incorporar a la comunidad en el proceso de salud 50 % (3/6).

Se concluye que la mortalidad materna es una problemática multifactorial que obliga estudiarla tomando en cuenta a las autoridades sanitarias locales quienes están en capacidad de hacer sugerencias cónsonas a su realidad sentida.

Palabras clave. Mortalidad materna. Análisis. FODA

ABSTRACT

Maternal mortality (in Venezuela). Analysis

The purpose of this study was to learn about and to analyze strengths, opportunities, weaknesses and threats (SWOT) of maternal mortality in the central states of the country in order to improve strategies for care. The prevailing strengths were: existence of a system of epidemiologic surveillance, 100 % (6/6); presence of a maternal mortality committee, 100 % (6/6); establishment of a physical welfare network, 100 % (6/6); and human resource commitment, 83.33 % (5/6). The predominant weaknesses were: deficiency of equipment and materials, 100 % (6/6); weak programs for the promotion of prenatal coverage, 66.66 % (4/6); deficit of welfare centers, 50 % (3/6). The outstanding opportunities were: existence of programs and work in current social network, 50 % (3/6); effective inter-institutional agreements, 50 % (3/6); existence of an effective legal framework, 33.33 % (2/6). Notable threats were: interfering social factors such as insecurity and violence, 50 % (3/6); population scattered through various parts of the territory, 33.33 % (2/6). The main proposals were: allocation of a budget that guarantees the completion of programs, 100 % (6/6); improvement of the population's socioeconomic and cultural conditions, 50 % (3/6); incorporating the community into the health process, 50 % (3/6). In conclusion, maternal mortality is a multifactorial problem requiring participation from sanitary authorities, since they are in the position of providing suggestions according to their reality.

Key words: Maternal mortality. Analysis. SWOT

INTRODUCCIÓN

La mortalidad materna (MM) es el principal indicador de atención en materia de salud reproductiva. A pesar de los esfuerzos realizados por organizaciones nacionales e internacionales no se logró alcanzar las metas planteadas para el año 2000 en materia de reducción de sus temibles cifras (1).

La Oficina Panamericana de la Salud (OPS), en el marco de sus 100 años de existencia, tiene un importante reto, ha tomado como uno de sus objetivos instar en toda la región de la América la reducción en tres cuartos la MM para el año 2015 (2).

La Federación Latinoamericana de Obstetricia y Ginecología (FLASOG), ha decidido dar un mayor impulso a su comité de mortalidad materna y perinatal, en el sentido de lucha frontal hacia esta entidad considerada como una iniquidad inaceptable. Es en este sentido por lo que en marzo de 2004, realizó una reunión conjunta con la OPS en la ciudad de Guatemala, en la misma participaron los representantes de los comités de todas las sociedades científicas de Latinoamérica. En este evento se discutió la situación de los diversos países de la región, concluyendo que cada sociedad debía tomar un papel de líder en esta loable acción; y de esta manera los miembros del Comité de mortalidad materna de cada Sociedad de Obstetricia y Ginecología integrarse a esas actividades (3).

De una manera específica para la Sociedad de Obstetricia y Ginecología de Venezuela (SOGV), dentro de esas actividades se planteó la integración de esfuerzos conjuntos con otras instituciones o agencias con las mismas inquietudes y responsabilidades como el Ministerio de Salud y Desarrollo Social (MSDS), la OPS, universidades y otras entidades interesadas en la problemática en estudio. Producto de estos acuerdos se convino en realizar una investigación sobre esta importante problemática. Es de hacer notar que esta sería la primera actividad en equipo que en muchos años realizarían las entidades antes mencionada.

El objetivo fue conocer y analizar las fortalezas, oportunidades, debilidades y amenazas (FODA) de la mortalidad materna en los estados ubicados en la región central del país y así mejorar estrategias de atención. Esta es una moderna herramienta para el análisis de situaciones

Organización y estrategia. Se realizaron durante los meses de mayo y junio de 2004 cuatro reuniones preparatorias en las cuales se planificó y se escogió la metodología de trabajo. La sede del evento fue la ciudad de Maracay 17 de julio 2004. Se empleó la técnica de taller para la recolección de datos, participaron 45 representantes de los estados Aragua, Apure, Carabobo, Cojedes, Guárico y Yaracuy. Hubo instalación de seis mesas, una por cada estado, integrada por el coordinador del estado del Programa de Salud Reproductiva, representantes de los comité de mortalidad materna distrital y hospitales, representante de la SOGV y representantes de la Universidad de Carabobo (UC). Cada mesa nombró un relator. Se discutió y analizó la situación de mortalidad materna en cada región. Los resultados se recabaron en formularios explícitos. Las conclusiones y propuestas fueron presentadas y leídas en reunión plenaria. Con todo este material se procedió al análisis correspondiente.

Para el análisis se uso el instrumento FODA, el cual es útil en realidades institucionales e incluso de una nación. Su principal función es detectar las relaciones entre las variables más importantes, para así diseñar estrategias adecuadas sobre la base del análisis del ambiente interno y externo que es inherente a cada organización (4).

Información recabada .Las fortalezas que prevalecieron fueron: existencia de un sistema de vigilancia epidemiológico 100 % (6/6), vigencia de los comité de mortalidad materna 100 % (6/6), establecimiento de una red asistencial física 100 % (6/6), recurso humano comprometido 83,33 % (5/6). Otros: 33,33 % (2/6): existencia de pautas de atención, programa de planificación familiar institucionalizado.

Las debilidades predominantes encontradas: deficiencia de equipos e insumos 100 % (6/6), programas de promoción débiles para la cobertura prenatal 66,66 % (4/6), deficiente número de centros asistenciales 50 % (3/6), fallas de anticonceptivos 50 % (3/6), déficit de recursos humanos 33,33 % (2/6).

Las oportunidades destacadas: existencia de programas y trabajo en red social actual 50 % (3/6), convenios interinstitucionales vigentes 50 % (3/6). Otras 33,33 % (2/6): existencia de un marco legal vigente, distribución de las normas oficiales actuales, actividad del programa barrio adentro.

Las amenazas relevantes: factores sociales interferentes como inseguridad, violencia 50 % (3/6), población en territorio geográfico disperso 33,33 % (2/6). Otras 16,66 % (1/6): retardo en accesibilidad a servicios, momento histórico-político de país, inestabilidad en recursos humanos, reversión de la descentralización.

Las principales propuestas fueron: asignación de un presupuesto que garantice el cumplimiento de los programas 100 % (6/6), mejorar las condiciones socioeconómicas y culturales de la población 50 % (3/6), incorporar la participación comunitaria en el proceso de salud 50 % (3/6), optimizar la calidad de la atención y cobertura de la consulta prenatal 33,33 % (2/6). Otras 16,66 % (1/6): construcción de centros y mejoras de sala de partos, dotación de recursos humanos.

Comentarios. La alianza Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Federación Internacional de Obstetricia y Ginecología (FIGO), en pro de la salud de las mujeres y el inicio de la vida comenzó con un grupo de trabajo en 1982. Sus objetivos fueron favorecer la salud de la mujer, particularmente en los países en desarrollo, mediante la promoción e incremento de la vigilancia y compromiso por la salud pública y social, involucrando a los obstetras y ginecólogos a través de la colaboración entre FIGO y OMS, además de otras organizaciones. Esta alianza es un foro donde la FIGO en conjunto con otras agencias define el más efectivo papel en ciertas áreas en las cuales hay que trabajar cohesionadamente (5). La iniciativa "salvemos a las madres" es un proyecto establecido en 1987 auspiciado con recursos provenientes de UNFPA, Banco Mundial, Corporación farmacéutica y la FIGO. Ellos de una manera concreta implementaron, en Centroamérica, un estudio en una primera fase tendiente a mejorar los servicios de atención materna, empleando los recursos locales, mejorando eficiencia, haciendo más efectivos los sistemas de identificación y de referencias de complicaciones maternas (5).

Estas actividades iniciadas por la FIGO, entusiasmaron y comprometieron a la FLASOG, que se ha dedicado a realizar publicaciones, reuniones y talleres tendientes a complementar los objetivos expuestos. Es así como en marzo de 2004 se elabora la Declaración de Guatemala (3), la cual recoge la orientación actualizada de la visión y misión de este organismo para mejorar la calidad y cantidad de la asistencia a la madre y su hijo.

En Venezuela han sido múltiples los trabajos publicados en relación con la mortalidad materna, estos investigadores revelan las diversas facetas del problema y emiten sugerencias acordes con la situación encontrada en sus respectivos centros asistenciales (6 – 25)

La SOGV a través del comité de mortalidad materna y perinatal, en conjunto con la Coordinación Nacional del Programa de Prevención de mortalidad materna e infantil de MSDS, la OPS y UC, han querido conocer la situación en la que se encuentra la problemática de la mortalidad materna tomándola de

primera mano, de los receptores de los problemas, es decir, los actores, los médicos que cada día viven al lado de las pacientes. Se escogió la técnica del taller el cual permitió recabar datos y con el instrumento FODA realizar el análisis y propuestas.

En primer término, los participantes de los seis estados expresaron la existencia del sistema de vigilancia epidemiológico, además la vigencia de los comités de mortalidad materna con presencia de una red asistencial física y el recurso humano comprometido; todo esto fortifica cualquier acción a futuro. En 1994 el MSAS, a través de su Dirección Materno Infantil, promovió los comités de estudio de mortalidad materna, con un sistema de vigilancia epidemiológica (26). Hoy, hay que darle crédito al esfuerzo realizado por el equipo de la Coordinación Nacional del Programa del MSDS, quienes han elaborado el “Plan nacional de prevención y control año 2000” y el “Manual de pautas y procedimientos para monitoreo y vigilancia epidemiológica año 2001”. Todo esto ha progresivamente motivado a las regiones y estados del país a enlazar su información, además de las visitas periódicas a los centros hospitalarios, en esto los epidemiólogos de los estados y hospitales son un pilar fundamental. La información recogida es valiosa a pesar de los sub-registros que pudieran existir (27).

En materia de debilidades las mesas participantes expresaron consenso de que existe deficiencia de equipos e insumos, esto es una realidad manifestada en diversos niveles de la asistencia en el país. La población se ha ido incrementando, los recursos presupuestarios son los mismos o con pequeños aumentos, todo lleva como consecuencia una importante carencia de dotación de material e instrumentos para cumplir labores propias de la atención a la madre y el niño. En segundo término, la falta de un adecuado programa de promoción del cuidado prenatal; este hecho es fundamental, se necesita revertir esta situación, una de las mejores estrategias es la captación de la mujer gestante de manera precoz, inclusive estimular la consulta preconcepcional, en la cual se pesquisarían las patologías más importantes y se tratarían antes de que la mujer se embarace. Estos importantes programas se han señalado como de vital interés si deseamos realmente impactar a la mortalidad materna e infantil, así lo ha manifestado la OMS y la OPS, ello está dentro de las estrategias del milenio de la Organización de Naciones Unidas (ONU) (28), es conveniente recalcar que también se requiere que se eleve la calidad del acto médico. Otras debilidades referidas son deficiencias en el número de centros asistenciales y de recursos humanos; como se puede ver, mencionan la falta de local y personal para atender a la demanda, vale la pena mensurar en profundidad esta inquietud que lleva implícito una alta erogación presupuestaria a gasto fijo, es posible que mejorando la eficiencia y rendimiento con los recursos disponibles tengamos resultados alentadores, en este sentido ha sido la primera fase de participación de la FLASOG en Centroamérica con la colaboración de universidades norteamericanas (5). Una última debilidad, sentida en la mitad de las mesas, es la flaqueza de los programas de planificación familiar, los que en épocas pretéritas ocupaban un importante lugar de campañas preventivas, las cuales se han debilitado, eso lo vemos reflejado en el incremento de gestantes juveniles, es necesario relanzar

este programa que está dejando un vacío en el estamento de promoción de la salud (29).

En Latinoamérica se considera que existen grandes riquezas naturales y potencialidad de su gente, pero usualmente perdemos esas oportunidades de revertir la pobreza de nuestros pueblos. Estas mismas oportunidades son encontradas en la lucha en contra de la mortalidad materna. En efecto, existen programas y trabajo en red social actual, convenios interinstitucionales y existencia de un marco legal vigente que se debería utilizar en la integración de las estrategias y plan de acción que tanto se nos ha reclamado. Estas circunstancias deben aprovecharse para apuntalar el trabajo añorado. La participación de todos es necesaria, la integración de instituciones y comunidad es una solicitud de los organismos rectores (29, 30).

Actualmente se vive un país donde las condiciones de vida moderna insegura han trastocado la pasada Venezuela sosegada y tranquila. El taller manifestó que existen amenazas relacionadas con factores sociales interferentes como inseguridad, violencia, esto ha llegado los centros asistenciales donde se sucede desaparición de importantísimos recursos, medicamentos, material e instrumental valioso, todo sucede con cierta frecuencia; así mismo en los centros de salud el personal recibe agresiones verbales y físicas, esto ensombrece la relación médico paciente, el acto médico ya no se puede hacer con la libertad necesaria, sino bajo un manto de desconfianza e inseguridad. Otra amenaza menor es la población dispersa y retardo en el acceso a los servicios, ésto es válido para los estados muy grandes donde la población rural necesita de largas horas de traslado, es conveniente en estos casos la ubicación de las gestantes en poblaciones cercanas con mejores recursos o en casas de familiares que le faciliten una atención oportuna (5,31).

Información culminante es lo referente a las propuestas. La asignación de un presupuesto conveniente que permita la ejecución de la asistencia y un programa materno-infantil adecuado es lo prioritario, el déficit presupuestario es una situación central a considerar por las autoridades pertinentes. Este planteamiento es seguido de uno que es distante del sector salud, pero aparejado con sus resultados, plantean mejorar las condiciones socioeconómicas y culturales de la población; la lucha contra la pobreza en una razón de acción, en ello están encaminados muchos programas mundiales y nacionales, se esperan los resultados. Otras propuestas se refieren a la participación comunitaria en el proceso de salud y optimizar la calidad de la atención y cobertura de la consulta prenatal. En párrafos previos quedó explícito que la comunidad no puede estar ajena ante sus problemas, debe integrarse a los programas oficiales, además de aportar ideas propias que penetren en sus representados, ésto es valedero para el aumento de cobertura en cantidad y calidad (32,33). Finalmente, existe la necesidad de nuevos centros asistenciales y dotación de recursos humanos, aspectos ya comentados.

En suma, la mortalidad materna es una problemática multifactorial que obliga estudiarla tomando en cuenta a los responsables asistenciales locales,

quienes están en capacidad de hacer sugerencias cónsonas con su realidad sentida. En esta oportunidad se estudió a los estados centrales de Venezuela, sus resultados ya han sido entregados a los niveles administrativos responsables de salud e instituciones participantes, siempre, con el objeto de que se tome su contenido en consideración para lograr una política de salud más fructífera. En un futuro muy cercano se tiene planeado la realización de investigación similar al resto de las regiones del país.

BIBLIOGRAFÍA

1. Organización Mundial de la Salud. Declaración de Alma-Ata. Atención Primaria de Salud. Ginebra. Serie "Salud para Todos" No. 1. 1978.
2. Kickbusch. I. La nueva agenda de la salud. Perspectivas de Salud. Organización Panamericana de la Salud. 9: 2, 2004. Disponible en: http://www.paho.org/Spanish/DD/PIN/Numero20_articulo02.htm.
3. Faneite P. Taller Latinoamericano: una alianza para enfrentar los desafíos, reducir la morbilidad y mortalidad materna y perinatal. FLASOG/OPS. Rev Obstet Ginecol Venez. 2004; 64: 223-225.
4. Casebeer A. Application of SWOT analysis. Br J Hosp Med. 1993; 49 :430-431.
5. Maine D, Rosenfiel A. The AMDD program: history, focus and structure. Internat J Obstet Gynecol. 2002; 74: 99-103.
6. Crespo J. Mortalidad materna en el Hospital Central Antonio María
7. Pineda, Barquisimeto. Rev Obstet Ginecol Venez. 1970; 30: 497-501.
8. Suárez R. Mortalidad materna en Maracaibo. (1962- 1967). Rev Obstet Ginecol Venez. 1971; 3: 364-372.
9. Briceño I. Mortalidad materna en el Hospital Central de Valera. Rev Obstet Ginecol Venez. 1975; 35:305-309.
10. Salazar J. Mortalidad materna en el Hospital Central Luis Razzetti, Barcelona. Rev Obstet Ginecol Venez. 1976; 36:121-130.
11. Regardiz R. Mortalidad materna en el Hospital Manuel Núñez Tovar. Rev Obstet Ginecol Venez. 1977; 37:37-42.
12. Agüero O, Torres J. Mortalidad materna en la Maternidad Concepción Palacios. Rev Obstet Ginecol Venez. 1977; 37:361-365.
13. Sukerman E, Pages P. Mortalidad materna por sepsis 1970-1979. Rev Obstet Ginecol Venez. 1981; 41:95-102.
14. Uzcátegui O, Silva D. Mortalidad materna en el Hospital José Gregorio Hernández. Rev Obstet Ginecol Venez. 1981; 41:233-236.
15. Silva M, Petit G. Mortalidad materna. Rev Obstet Ginecol Venez. 1982; 42:95-98.
16. López Gómez JR, Bracho de L C. Mortalidad materna en el Servicio de Obstetricia del Hospital Adolfo Prince Lara. Rev Obstet Ginecol Venez. 1985; 45: 37-46.

17. Agüero O, Torres J. Mortalidad materna en la Maternidad Concepción Palacios. *Rev Obstet Ginecol Venez.* 1985; 45:92-97.
18. Lairer O, Paz L, Lairer de Paz M. Mortalidad materna en el Hospital Central Portuguesa de Acarigua-Araure 1970-1984. *Rev Obstet Ginecol Venez.* 1986; 46:33-36.
19. Faneite P, Valderrama I. Mortalidad materna. 1982-1991. *Rev Obstet Ginecol Venez.* 1992; 52: 193-196.
20. Molina R, Barboza R, Urdaneta B, Salazar G. Mortalidad materna en el Hospital "Manuel Noriega Trigo". *Rev Obstet Ginecol Venez.* 1995; 55: 217-221.
21. Uzcátegui O, Centanni L, Armas R. Mortalidad materna: 1981-1994. *Rev Obstet Ginecol Venez.* 1995; 55: 89-92.
22. Molina R, Mármol de M L, Morales M, Fernández G, Leal E. Mortalidad materna en el municipio Maracaibo, Edo. Zulia, 1993. *Rev Obstet Ginecol Venez.* 1995; 55: 93-99.
23. Faneite P. Salud reproductiva en obstetricia. Tendencias 1969-1996. I. Mortalidad materna y perinatal. *Rev Obstet Ginecol Venez.* 1997; 57: 151-156
24. Suárez D. Mortalidad materna en el Hospital "Dr. Adolfo D Empaire ", Edo. Zulia durante los años 1988-1995. *Rev Obstet Ginecol Venez.* 1997; 57: 177-180.
25. Faneite P, Starnieri M. Mortalidad Materna directa. Hospital "Dr. Adolfo Prince Lara". 1992-2000. *Rev Obstet Ginecol Venez.* 2001; 61: 89-94.
26. García J, Molina R, Cepeda M. Tasas de mortalidad materna en los hospitales de Maracaibo: 1993-2000. *Rev Obstet Ginecol Venez.* 2002; 62: 103-108.
27. Molina R, Fernández G. Los comités de estudio de la mortalidad materna en Venezuela. *Rev Obstet Ginecol Venez.* 1995; 55: 237-241.
28. García J, Furlanetto L, Fernández M, Molina R. Sub-registro de mortalidad materna en el Municipio Maracaibo. *Rev Obstet Ginecol Venez.* 2000; 60: 175-178.
29. ONU. La Asamblea del Milenio de la Organización de las Naciones Unidas. 2000. Disponible en: <http://www.un.org/spanish/milenio/index.html>.
30. Costello A, Osrin D, Manandhar D. Reducing maternal and neonatal mortality in the poorest communities. *BMJ.* 2004; 329: 1.166-1.168.
31. Banajeh S. Learning from low income countries: Investing in traditional birth attendants may help reduce mortality in poor countries. *BMJ.* 2005; 330: 478-479.
32. Richards T, Tumwine J. Poor countries make the best teachers: discuss. *BMJ.* 2004; 329: 1.113-1.114.

33. BERG CJ. Prenatal care in developing counties: the World Health Organization technical working group on antenatal care. J Am Med Wom Assoc. 1995; 50: 182-186.
34. Vinod P. Health systems and the community. BMJ. 2004; 329: 1.117-1.118