

# No. 106

UNIVERSIDAD DEL ZULIA



## ESPACIO ABIERTO

Cuaderno Venezolano de Sociología



**Volumen 30**

**Nº 3**

**Julio- Septiembre 2021**

# 3

Auspiciada por la Internacional Sociological Association (ISA)  
La asociación Latinoamericana de Sociología (ALAS)  
y la Asociación de Sociología (AVS)



# La mortalidad materna como problema de derechos humanos: el caso venezolano

*Andy Delgado Blanco*

---

## Resumen

El propósito de este artículo es analizar la relación existente entre la mortalidad materna y la vulneración de los derechos humanos de las mujeres por parte del Estado venezolano. Para cumplir con este objetivo se examinaron diferentes fuentes documentales, pactos e instrumentos internacionales que regulan los derechos humanos suscritos por el Estado venezolano, disposiciones constitucionales en la materia y los principales programas y medidas tomadas por el Ejecutivo Nacional en el presente siglo. La revisión documental realizada evidencia que las muertes maternas en su generalidad son evitables y constituyen un indicador de la desigualdad social e inequidad de género. Venezuela no escapa a esta realidad, las cifras muestran un aumento progresivo de la mortalidad materna y con ello una violación del derecho a la vida, a la salud y a la no discriminación de las adolescentes y mujeres venezolanas.

**Palabras clave:** Mortalidad materna, derechos humanos, derecho a la salud, desigualdad social, inequidad de género, Venezuela.

---

---

# Maternal mortality as a human rights problem: the Venezuelan case

---

## Abstract

The purpose of this article is to analyze the relationship between maternal mortality and the violation of women's human rights by the Venezuelan State. To that end, the status of the issue of maternal mortality, the international covenants and instruments regulating human rights signed by the Venezuelan State and the relevant constitutional provisions were reviewed; Similarly, the programmes and measures taken by the Venezuelan Government in the current century. The documentary review shows that maternal deaths in general are avoidable and are an indicator of social inequality and gender inequality. Venezuela does not escape this reality; the figures show a progressive increase in maternal mortality and thus a violation of the right to life, health and non-discrimination of Venezuelan adolescents and women.

**Keywords:** Maternal mortality, human rights, right to the health, social inequality, gender inequity, Venezuela.

## Introducción

Este trabajo se propone analizar la relación existente entre la mortalidad materna y la vulneración de los derechos humanos de las mujeres por parte del Estado venezolano, a la luz de los instrumentos internacionales que regulan la materia, las disposiciones previstas en el derecho interno, las políticas y programas desarrollados por el Ejecutivo Nacional y la realidad del país.

Desde el siglo pasado la agenda del desarrollo transita hacia la creación de condiciones que incidan positivamente en el bienestar de las personas; materializar ese *desiderátum* requiere de esfuerzos tangibles para cuidar y proteger el ambiente, prevenir las enfermedades, promover la salud, brindar tratamiento y rehabilitación, cuando fuere el caso, entre otros aspectos a atender, todo en el marco de la garantía de los derechos humanos.

La mortalidad materna constituye una realidad social marcada por una profunda desigualdad, exclusión y discriminación. Cada día se pierden vidas de mujeres por causas obstétricas que pudieron evitarse, si se hubiera contado con servicios sanitarios y condiciones adecuadas, oportunas, accesibles y de calidad. Las estadísticas de mortalidad materna evidencian como pocos indicadores las desigualdades entre los países desarrollados y en desarrollo e incluso, entre las diferentes regiones de un mismo país; o entre las mujeres que habitan zonas rurales y urbanas, o las de hogares de estratos sociales altos, medianos y bajos. Diferencias que se pagan con la vida al momento de la gestación o al poco tiempo del parto, debido a complicaciones asociadas a este.

La mortalidad materna es una muerte evitable en la gran mayoría de los casos. Es por

ello que si embarazarse constituye un riesgo de muerte, porque la atención oportuna y de calidad durante el embarazo, parto o puerperio no está garantizada se está en presencia de una violación al derecho a la vida y a la salud, entre otros derechos humanos; lo que requiere de medidas específicas y claras por parte del Estado, responsable de esa garantía y así como de la vigilancia de los ciudadanos.

Durante el primer tercio del siglo pasado, Venezuela, entonces un país rural, con poca o ninguna sistematización que abordara la situación de salud de su población, diezmada por enfermedades édemicas, presentaba elevadas cifras de mortalidad materna que fueron descendiendo progresivamente, a partir de los años cuarenta, hasta estabilizarse hacia la baja, en los ochenta. Esto obedeció a la construcción de un sistema de salud concebido para responder a los desafíos planteados por la explotación petrolera.

Llegado el nuevo milenio esta situación se ha venido revirtiendo. Hoy día, el país muestra cifras que le sitúan entre los primeros de la región con altas tasas de mortalidad materna producto de insuficiente recursos, baja calidad de los servicios públicos de salud y acceso desigual a niveles de atención. En este sentido, es oportuno señalar una de las limitaciones del trabajo que se presenta: la falta de disponibilidad de fuentes oficiales que impide elaborar un panorama de la situación de la mortalidad materna.

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. En materia de salud desde 2013 y 2014 no se publican los Anuarios de Mortalidad y Morbilidad. 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, mortalidad materna e infantil, publicados de forma ininterrumpida desde 1938 han venido sufriendo de discontinuidades en su periodicidad, hasta llegar a su no publicación. Estos boletines fueron suspendidos durante 20 semanas, en 2007 y, luego, en 2014, hubo otra serie de intermitencias hasta que se volvió a publicar en la semana 52 (del 25 al 31 de diciembre) de 2016. Desde este momento y hasta la fecha no ha habido otra 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 mortalidad materna en Venezuela se ha acudido 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.

En materia de salud hay consenso entre académicos, especialistas y técnicos sobre la importancia de disponer de datos fiables y desagregados sobre la situación epidemiológica de un país, que abarquen entre otros, los estilos de vida de sus habitantes, los riesgos asociados, la incidencia de enfermedades, los cuidados de la salud; el acceso, uso y calidad de los servicios sanitarios de prevención y atención.

El análisis de la información obtenida constituye un factor esencial para identificar causas y determinantes que afectan la salud, los grupos sociales que cuentan con mayores privilegios y beneficios y responder a las necesidades derivadas de ello, mediante el diseño de políticas públicas e intervenciones sanitarias, cuyos objetivos, acciones y metas permitan tomar decisiones que mitiguen los riesgos posibles, en términos de prevención y cura, eviten muertes prevenibles; y permitan jerarquizar recursos, facilitar oportunidades

destinadas a proteger a las personas contra daños, enfermedades y discapacidades y, en general, mejorar su calidad de vida.

Tener acceso a información oficial permitiría enfrentar el problema de salud pública, que significa la mortalidad materna en Venezuela, aproximarse, con mayor precisión, al nivel de la mortalidad materna en el país y, al mismo tiempo, monitorear los cambios en su ocurrencia; las causas y formas de evitarlas; conocer, básicamente 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.

Analizar las muertes derivadas del embarazo, el parto y el puerperio como problema de los derechos humanos, específicamente en Venezuela, es el tema central de este estudio; por lo que escapa a sus fines abordar las posibles vías que deberían seguirse para disminuir la mortalidad materna en el país; tampoco sobre las incidencias que ha tenido la pandemia que azota el mundo desde 2021 hasta la fecha de esta publicación.

Una mención especial merece la situación de las muertes maternas en las comunidades indígenas en Venezuela que no se trata en este trabajo, sin que ello signifique que no se considera de relevancia, si no que debido a su complejidad se ha dejado para una posterior investigación. Los últimos tres tópicos mencionados, sin ningún atisbo de duda, hubieran enriquecido los resultados de la discusión que se sostiene en las páginas siguientes; no obstante, debido a sus múltiples aristas se corría un potencial riesgo de desviación de los objetivos trazados.

Para cumplir con los propósitos enunciados se revisaron trabajos académicos, informes de organismos internacionales y los informes y reportes oficiales disponibles sobre la materia objeto de estudio o conexas, los cuales fueron contrastados en términos de diferencias y semejanzas que validaran o impugnaran la información suministrada. Se analizaron igualmente los pactos e instrumentos internacionales que regulan los derechos humanos suscritos por el Estado venezolano y las disposiciones constitucionales en la materia.

A efectos metodológicos este artículo se ha estructurado en tres secciones: la mortalidad materna como problema, la mortalidad materna y los derechos humanos y finalmente, el caso venezolano, en la cual se revisaran los datos con los que cuenta en la materia, hasta el 2020 y la situación general de la atención de las gestantes, en el país.

## **La mortalidad materna como problema.**

Uno de los indicadores de las condiciones de vida de la población y el grado de desarrollo de una sociedad es la mortalidad materna, la cual es definida por la Organización Mundial de la Salud como la muerte de la mujer durante el embarazo, parto o dentro de los cuarenta y dos días siguientes a la terminación del embarazo, debida a cualquier causa agravada por el embarazo o relacionada con su atención, pero no por causas accidentales o incidentales, independientemente de la duración y el lugar del embarazo. (OPS/OMS, 1995; OMS 2020a).

La definición anterior debe ser complementada con la categoría de muerte materna tardía. La Organización Mundial de la salud denomina así a la muerte de una mujer por causas obstétricas directas o indirectas, más de 42 días pero menos de un año después de

la interrupción del embarazo. No obstante, a los efectos de la notificación internacional de la mortalidad materna, solo deben incluirse en el cálculo de las distintas proporciones y tasas aquellas muertes que se produzcan antes del final del período de referencia de 42 días. El registro de muertes posteriores es alentada por esta Organización “para informar la comprensión nacional, regional y global de estos eventos” (OMS, 2020a). En razón de lo señalado los índices de esta categoría no son utilizados para comparar con datos nacionales e internacionales, por lo que a los efectos de esta investigación la referencia a muertes maternas es la que ocurre hasta los 42 días, esto es, la Razón de Mortalidad materna. (OMS, 1995).

La posibilidad de esa ocurrencia evidencia problemas estructurales, en cuanto al acceso y la atención a la salud, derivados de la inequidad de género y la pobreza, al ubicar a la mujer en una posición de desventaja, vulnerabilidad, riesgo e indefensión: su muerte es evitable y se produce por causas derivadas directamente de lo obstétrico, que es un factor biológico que viene dado por hecho de ser mujer (sexo), y de lo sociocultural que está vinculado al género (Ianuzova.2004), como se verá más adelante; también es indicativo del funcionamiento del sistema de salud de un país, en términos de calidad y acceso.

La mortalidad materna suele ser medida a través de dos indicadores: Razón de mortalidad materna (RMM) y tasa de mortalidad materna. El primero representa el riesgo asociado con el embarazo y lo obstétrico, toma en cuenta dos sujetos de atención: madres y recién nacidos. La RMM mide el riesgo obstétrico una vez que la mujer queda embarazada (atención preventiva que se expresa en el control de la madre y el niño, enfermedades o condiciones que pueden ser tratadas o identificadas tempranamente; circunstancias asociadas con la atención del parto o la cesárea como medicamentos, salas de parto, recursos humanos, tecnología hospitalaria). Representa el riesgo de muerte materna en relación con el número de nacidos vivos y básicamente captura el riesgo de muerte en un solo embarazo o en un solo nacimiento vivo (mide el riesgo de morir).

La RMM se calcula dividiendo el número de madres embarazadas o puérperas fallecidas durante un año determinado a causa de complicaciones relacionadas con el embarazo (independientemente de la duración de la gestación), parto o puerperio, entre el total de nacidos vivos registrados durante ese mismo año. Por eso, para efectos de comparabilidad, siempre se habla del índice por cada 100 000 nacidos vivos o registrados. El segundo indicador es la tasa de mortalidad materna que mide el riesgo de morir durante el embarazo o el puerperio (incluye a posibilidad de quedar embarazada, esto es, la fecundidad y de muerte) y se representa con el número de muertes maternas ocurridas en un mismo período, por cada 100 000 mujeres en edad reproductiva entre 15-49 años (OMS, 2020b; (Faneite, 2010).

Se considera que la mortalidad materna es muy alta cuando sus tasas van de 150 o más muertes por 100 000 nacidos vivos registrados; alta de 50 a 149 muertes por 100 000 nacidos vivos registrados, media las comprendidas entre 20 y 49 defunciones maternas por 100 000 nacido vivos registrados y bajas, las menores a 20 defunciones por 100 000 nacidos vivos registrados (Calderón, 2013).

Las principales causas de muerte materna se deben a causas obstétricas directas e indirectas. Las primeras, resultan de complicaciones obstétricas del embarazo (embarazo, parto y puerperio), de intervenciones, de omisiones, de tratamiento incorrecto, o de una cadena de acontecimientos originada en cualquiera de las circunstancias mencionadas, como hemorragia (anteparto o postparto), labor prolongada u obstruida, sepsis postparto, complicaciones del aborto, enfermedad hipertensiva del embarazo (preclampsia,

eclampsia), embarazo extrauterino, y ruptura del útero, que abarcan cerca del 85% de muertes obstétricas directas.

Las muertes debidas a complicaciones indirectas 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 (anemia, malaria, tuberculosis, VIH/SIDA y otras enfermedades infecciosas, y trastornos crónicos como anemia, diabetes, o enfermedades cardíacas); así, como a complicaciones venosas y otras en la etapa posterior al embarazo (OMS/OPS (1995; Paxton et al, 2003);

Algunas de las complicaciones mencionadas representan una amenaza a la vida y, aunque algunas de ellas, son impredecibles, pueden ser tratadas si las embarazadas reciben la atención de salud necesaria y en el momento oportuno, a través de educación, información, programas y servicios especializados, con énfasis en atención a la emergencia obstétrica de las complicaciones de embarazo, aborto, parto y puerperio, entre otros factores; así como de orientación adecuada en materia de salud sexual y reproductiva para evitar embarazos no deseados.

Una herramienta para identificar los factores determinantes de la mortalidad materna es el Modelo de las tres demoras, propuesto por Sreen Thaddeus y Deborah Maine (1994); en el cual se vinculan las causas de mortalidad materna a tres factores (demora en tomar la decisión de buscar atención, demora en llegar al centro de salud apropiado y demora en recibir el tratamiento adecuado en el centro de salud), que representan los obstáculos existentes para la atención prenatal y obstétrica oportuna y adecuada tanto en calidad y cobertura de servicios como en la disponibilidad de recursos humanos y materiales que garanticen su capacidad resolutive, lo que contribuye a identificar las limitaciones del sistema de salud pública.

La primera demora aborda el retardo que se produce para identificar algunos síntomas o signos de alarma y darle la debida importancia. Esto va a depender de las capacidades y oportunidades de la mujer y su entorno para reconocer una complicación, riesgo o peligro en el embarazo que pudiera amenazar la vida, así como de la información de la que dispone acerca del centro de salud al que puede acudir. Entre los elementos que influyen en esta demora están la falta de conocimiento sobre signos y síntomas que permita reconocer la situación y solicitar ayuda; experiencias previas negativas en los servicios de salud que inciden en que se postergue la decisión de solicitar atención, puesto que las personas tienden a demorar la búsqueda de ayuda cuando consideran que los servicios son de mala calidad; y, la falta de autonomía de la mujer para tomar decisiones.

La segunda dimensión del modelo, la demora en identificar y acceder a un servicio de salud apropiado, muestra que la accesibilidad a los servicios de salud es un factor determinante, asociado a la distancia existente entre el lugar de habitación de la gestante y el centro de salud más cercano, sobre todo en áreas rurales o de difícil acceso en los que, el estado de la estructura vial y de comunicaciones, así como la disponibilidad, eficiencia y costo del transporte para hacer el traslado, tiempo de viaje desde el hogar hasta el centro de salud se convierten en elementos decisivos que pudieran determinar la vida o muerte de la madre, ya que, aunque la mujer conozca signos de riesgo y tenga una atención adecuada en el servicio de salud, si no tiene los medios para poder llegar hasta este establecimiento no tendrán uso los otros dos factores. Ante estos obstáculos la distribución y cantidad de centros de salud cuentan.

La tercera demora, en recibir el tratamiento adecuado en el centro de salud, se relaciona con la capacidad del servicio de atender las necesidades de las embarazadas de una manera oportuna, eficaz, adecuada y rápida. Estas limitaciones están asociadas a baja calidad de los cuidados obstétricos de emergencia; recursos humanos insuficientes y sin capacitación para diagnosticar síntomas o enfermedades pre existentes, lo que incide en la gestión inadecuada en cuanto al procedimiento de acción y diagnóstico, retardo en la referencia y traslado a centros de salud de mayor complejidad que puedan resolver situaciones de emergencia; falta de protocolos de atención o incumplimiento de los mismos; no disponibilidad de medicamentos, insumos y suministros (antibióticos, sulfato de magnesio, sangre segura); infraestructura inadecuada y en malas condiciones (quirófanos); ausencia de ambulancia u otro tipo de vehículo para efectuar un traslado cuando amerite.

Este modelo integral ha sido re conceptualizado por Karolinski para incorporarle una cuarta demora, que a su juicio debería ser la primera. Se trata de la demora en la búsqueda de medidas anticonceptivas para la planificación oportuna del embarazo. De acuerdo con la mencionada fuente reducir la tasa de embarazos no planificados es la medida más efectiva para reducir la mortalidad materna, así, la anticoncepción debe ser vista como un mecanismo indisoluble y no como una agenda independiente de la de reducción de la mortalidad materna y la de promoción de los derechos humanos de las mujeres y la equidad de género (Karolinski et al, 2015).

Pese al conocimiento que se ha venido acumulando, en torno a las causas principales sobre la mortalidad materna y las intervenciones necesarias para detectarlas oportunamente y tratarlas con eficacia, las estadísticas de mortalidad materna siguen mostrando diferencias significativas entre los países entre sí y al interior de ellos; un mismo país mostrará disparidades reveladoras, según se trate de mujeres provenientes de hogares con ingresos altos y bajos o entre población rural y urbana.

Los datos del Banco Mundial (2019) y de la Organización Mundial de la salud (2019) evidencian que cada día mueren, 803 mujeres por causas relacionadas con el parto, el 99 % de esas muertes ocurren en países en desarrollo, en los que para 2015 la razón de mortalidad materna se estimó en 239 por 100 000 nacidos vivos, mientras que en los países desarrollados fue de 12 por 100 000. El riesgo de muerte durante toda la vida de las mujeres que viven en países de ingreso alto, con servicios sanitarios más accesibles, es de 1 de cada 2400; mientras que, en los de ingreso bajo ese riesgo es de 1 de cada 180, y aumenta aún más, en situaciones de fragilidad y conflicto: en las que 1 de cada 54 mujeres muere por implicaciones relacionadas con el embarazo. El mayor riesgo de mortalidad materna corresponde a las adolescentes de menos de 15 años, en las que las complicaciones del embarazo y el parto son una de las causas de muerte principales en la mayoría de los países en desarrollo.

Para 2017, en América Latina, la región más desigual del planeta, donde el 10% de las personas más ricas de la región poseen el 71% de las riquezas, 10 de sus países forman parte de los 15 con mayor nivel de desigualdad en el ingreso del mundo, y en su mayoría clasifican en la categoría de ingresos medianos y por ello no califican para recibir un financiamiento externo significativo, el número absoluto de muertes maternas fue de 7 300. 13 de sus países (Bahamas, Bolivia, Guatemala, Guyana, Haití, Jamaica, Honduras, Nicaragua, Panamá, Paraguay, República Dominicana, Surinam y Venezuela) tienen una razón de mortalidad materna más alta que el promedio regional, entre 89 y 359 por 100



000 nacidos vivos (UNFPA, 2017 y 2019).

Los países miembros de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE) muestran resultados mucho más positivos, al punto que, entre 2000 y 2017, redujeron la mortalidad materna en un 40%; mientras que en América Latina y el Caribe, esa reducción fue del 26%, con aumentos específicos en Santa Lucía, República Dominicana, Haití, Jamaica y Venezuela. La probabilidad que tiene una mujer de morir por causas maternas durante su vida reproductiva, en este lado del mundo, es de 1 en 79 y el riesgo a morir durante el embarazo y el parto llega a ser 100 veces mayor en algunos países en desarrollo que en los más desarrollados; un ejemplo de esas diferencias se observa en el caso de Bolivia, donde la posibilidad de que una mujer muera por causas maternas es de 1 en 50, en tanto que, en Colombia es de 1 en 290 (GHO, 2020b).

Cuando un país muestra altas tasas de mortalidad materna lo que en realidad se desprende de esos datos es que la cobertura y la calidad de sus servicios de salud, ambulatorios y hospitalarios, así como su uso oportuno, son bajos e inadecuados. Esto requiere de un abordaje que tome en cuenta el acceso universal, efectivo y oportuno a servicios de calidad de salud sexual y reproductiva que incluyan atención durante el embarazo, el parto y el periodo posterior a este; para lo cual el Estado debe proveer, por una parte, la asignación de recursos humanos (personal de salud calificado), materiales (equipos, suministros, insumos médicos, medicamentos) y servicios de atención dirigidos a la atención obstétrica. Y, por la otra, que las mujeres y las adolescentes tengan conocimientos sobre la eventualidad de ocurrencia de estas situaciones y, sobre todo, de sus derechos.

La muerte de una mujer como consecuencia del parto tiene diferentes impactos en la sociedad y en la familia. En la primera, por el hecho de que esas muertes ocurren en las edades en que las mujeres son más productivas; en la familia, por la “secuela de orfandad”, el riesgo de muerte de los hijos menores de cinco años, que han perdido a su madre, aumenta hasta en un 50% (Gutiérrez, s/f).

El acceso de las mujeres a servicios de salud está mediado por factores relacionados con la desigualdad e inequidad en el acceso a los servicios, la discriminación por sexo y género, la falta de autonomía para elegir y la falta de oportunidades para el disfrute de los derechos lo que da lugar a muertes tempranas, evitables y prevenibles (Freyermuth-Enciso, 2013) que se pueden adjudicar a los Estados, quienes no actúan eficazmente para prevenirlas, ni aseguran su acceso a servicios de salud sexual y reproductiva oportunos y de calidad. De allí que la mortalidad materna trasciende la dimensión de un problema de salud pública para convertirse en una cuestión de derechos humanos.

## **La mortalidad materna y los derechos humanos.**

El norte de los Derechos Humanos, su espíritu, propósito y razón es el reconocimiento universal de la dignidad humana; en ejercicio de esa dignidad todas las personas tienen derecho a un nivel de vida adecuado, que les asegure salud y bienestar, conforme a lo postulado en el artículo 25 de la Declaración Universal de los Derechos Humanos. Lo que requiere de condiciones mínimas y oportunidades independientemente de su raza, color, sexo, idioma, religión, opinión, origen nacional o social, posición económica, nacimiento o cualquier otra condición.

Varias son las dimensiones que expresan un nivel de vida digno. Una de ellas es el acceso, económico y físico, a servicios de promoción de salud, de prevención y curación de enfermedades y de rehabilitación en los casos de deterioro de la salud. Servicios que han de estar disponibles, ser de calidad y aceptables, conforme a lo prescrito en los instrumentos internacionales que regulan la materia y forman parte del derecho interno de un gran contingente de países; así, las personas tienen derecho a sistemas de protección que conlleven oportunidades iguales –sin discriminación alguna- para alcanzar el nivel de salud que les permita vivir dignamente.

Pese a las declaraciones y prescripciones, los indicadores de salud suelen mostrar líneas divergentes, entre la realidad y lo normativo, derivadas de las dificultades de acceso a los servicios, en función la ubicación geográfica, la condición social o económica, el género, el origen étnico u otra que establezca una diferencia. Uno de esos indicadores es el de mortalidad materna, sus altas tasas evidencian que los responsables de garantizar los derechos humanos –los Estados- no cumplen con sus obligaciones específicas sobre el derecho a la atención en salud. La capacidad de prevenir, detectar y minimizar los riesgos durante el embarazo, de controlarlo de manera efectiva para que una mujer tenga un parto sin peligro para su vida, por causas prevenibles, sigue siendo una deuda social y política.

La insuficiente cantidad de recursos –humanos y materiales-, de políticas, programas y servicios, su baja calidad, entre otros factores, afecta la prestación de los servicios públicos de salud e incide en que las mujeres tengan un acceso a niveles de atención desiguales; lo que se expresa, por una parte, en la incidencia de muertes prevenibles, en ocasión del parto y, por la otra, en el efecto diferenciado que tiene la mortalidad materna en ciertos grupos, sobre todo en los más pobres, los de las zonas rurales e indígenas, quienes deben realizar largos traslados a centros de salud cuya infraestructura es inadecuada y, en la generalidad de los casos, con personal de salud sin la especialización requerida.

La mortalidad materna es un problema de derechos humanos desde el momento en que embarazarse constituye un riesgo de muerte o cuando a la mujer no se le garantiza la atención oportuna, de calidad durante su embarazo, parto o puerperio; y, lo es, porque esas circunstancias constituyen una violación al derecho a la vida, a la salud, a sus derechos sexuales y reproductivos, a la no discriminación de género, a la equidad en el acceso a los servicios, e incluso a sus derechos económicos. Hay violación del derecho a la vida, porque la mortalidad materna es una muerte evitable en la gran mayoría de los casos; porque esta se produce prematura e innecesariamente, de cara al nivel de tecnología médica disponible y al conocimiento clínico alcanzado por la sociedad y no hubiera ocurrido, si las fallecidas hubiesen tenido acceso oportuno y de calidad a una atención obstétrica. Cuando esas muertes se producen porque las mujeres no tienen acceso oportuno a servicios obstétricos de salud, y cuando lo tienen, este no necesariamente es de calidad, hay violación del derecho a la salud.

Los estudios en la materia indican que, en su mayoría, las mujeres que fallecen de muerte materna sufrieron una o múltiples formas de exclusión o discriminación social que condicionó el acceso, utilización y calidad de los servicios de salud disponible sobre la base del género, la clase, la condición de ruralidad, la etnicidad y la raza. Quienes fallecen, son en su generalidad mujeres pobres, de minorías étnicas o raciales, de clases sociales bajas, que viven en zonas rurales aisladas o en zonas urbanas marginadas (Sesia, 2013).

Desde el siglo pasado la comunidad internacional ha dado pasos progresivos para eliminar las desigualdades e inequidades que se han cernido históricamente sobre

las mujeres, muy especialmente en ocasión de la maternidad, a través de diferentes instrumentos jurídicos, como declaraciones, acuerdos, conferencias y resoluciones, entre las que se cuentan, en orden cronológico:

- Declaración de los Derechos Humanos, firmada en 1948, en la que se enfatiza en el derecho a cuidados y asistencia especiales de la maternidad y la infancia.
- Pacto Internacional de Derechos Económicos Sociales y Culturales (PIDESC), de 1966, que establece a los Estados Parte la obligación de conceder especial protección a las madres durante un período de tiempo razonable antes y después del parto y, una de las cuatro medidas que se obligan a tomar para garantizar el derecho a la salud es la reducción de la mortalidad y de la mortalidad infantil.
- Observación General N° 14 formulada en el año 2000 por el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, órgano encargado de supervisar la aplicación del PIDESC, en la que se establece el contenido normativo del Derecho a la salud, se fijan los elementos esenciales para evaluar su cumplimiento; y, se insta a los Estados a adoptar medidas y recursos que contribuyan a mejorar la salud infantil y materna, los servicios de salud sexuales y genésicos (acceso a la planificación de la familia, la atención anterior y posterior al parto, servicios obstétricos de urgencia y acceso a la información).
- Resolución 34/180 de la Asamblea General de las Naciones Unidas, del 18 de diciembre de 1979, adoptó y dejó abierta a la firma y ratificación, o adhesión la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW). Conforme a ella, los Estados Parte se comprometieron a garantizar a la mujer servicios apropiados –gratuitos cuando fuere necesario- en relación con el embarazo, el parto y el período posterior al parto.
- Conferencia Internacional sobre la Maternidad sin Riesgos, realizada en Nairobi, en 1987, en la cual se identificó a la mortalidad materna como un problema de salud individual y colectiva, así como el indicador de salud que refleja la mayor diferencia entre los países ricos y los países pobres.
- Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo realizada en el Cairo, en 1994. Su Programa de Acción sostiene que la salud reproductiva lleva implícito el derecho a recibir servicios adecuados de atención de la salud que permitan los embarazos y los partos sin riesgos. Se insta a los países a promover la salud de las mujeres y la maternidad sin riesgo a fin de lograr una reducción rápida y sustancial en la morbilidad y mortalidad maternas y a reducir las diferencias observadas entre: a) los países en desarrollo y los desarrollados, y b) a lo interno de los países. En estos casos se hizo hincapié en reducir: b.1) la morbilidad y mortalidad maternas hasta niveles en que no constituyesen un problema de salud pública; b.2) las disparidades en la mortalidad materna dentro de los países y entre las regiones geográficas y los grupos socioeconómicos y étnicos; y, b.3) aumentar la prestación de servicios de maternidad en el marco de la atención primaria de la salud.
- Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer, Beijing, 1995, de la que resultó una declaración y plataforma de acción. Los países firmantes reconocieron que: a) las complicaciones relacionadas con el embarazo y el parto, en los países en desarrollo, eran entre las principales causas de mortalidad y morbilidad de las mujeres en

edad reproductiva; b) el derecho de las mujeres a tener un embarazo seguro y c) se comprometieron a mejorar su acceso a servicios adecuados de atención de la salud, incluidos los métodos de planificación de la familia eficaces y sin riesgos y la atención obstétrica de emergencia.

- Recomendación General N° 24 emanada en 1994 del Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer, creado por la CEDAW. Este instrumento señaló que la falta de servicios adecuados de salud materna que satisfagan las necesidades particulares y específicas de salud, infringen tanto el derecho a la salud como el derecho a la no discriminación.
- Cumbre del Milenio que tuvo lugar en el 2000, en la sede de las Naciones Unidas en Nueva York. Los países acordaron el acceso a la salud materna como asunto prioritario. De los ocho objetivos establecidos para alcanzar el desarrollo, teniendo como meta el año 2015, destacó el quinto. Enfocado en mejorar las condiciones de salud materna, a través de la reducción del 75% de las muertes maternas con respecto a las cifras de 1990. En esa oportunidad se presentó la *Estrategia mundial de salud materna e infantil*, cuyo objetivo era salvar la vida de más de 16 millones de mujeres y niños durante los siguientes cuatro años.
- Resolución 11/8 sobre la mortalidad y morbilidad materna prevenible y los derechos humanos emanada del Consejo de Derechos Humanos de Naciones Unidas, de 2009, en la que se reconoce la mortalidad materna como un problema de los derechos humanos de las mujeres derivado de la discriminación, desigualdad, pobreza, entre otros factores que lo agravan.
- Orientaciones técnicas sobre la aplicación de un enfoque basado en los derechos humanos a la ejecución de las políticas y los programas destinados a reducir la mortalidad y morbilidad prevenibles asociadas a la maternidad, publicadas en 2012 por el Alto Comisionado para el Consejo de Derechos Humanos de las Naciones Unidas, con el objetivo de ayudar a los responsables de la formulación de políticas a mejorar la salud y promover los derechos de la mujer, ofreciendo orientación sobre la ejecución de las políticas y los programas destinados a reducir la mortalidad y la morbilidad maternas, de acuerdo con los derechos humanos.
- Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible aprobada por unanimidad en septiembre de 2015 por la Asamblea General de las Naciones Unidas. En ella se establecieron 17 Objetivos de Desarrollo Sostenible y 169 metas a ser alcanzadas por todos los países para el año 2030. El objetivo 3 apunta a garantizar una vida sana y promover el bienestar de todos a todas las edades, una de las metas para lograrlo es disminuir la mortalidad materna a menos de 70 por cada 100 000 nacidos vivos y lograr que ningún país tenga una mortalidad materna que supere el doble de la media mundial.
- Estrategia Mundial para la Salud de la Mujer, el Niño y el Adolescente 2016-2030 presentada por el entonces Secretario General de las Naciones Unidas, Ban Ki-Moon en la Asamblea General de las Naciones Unidas de 2015, en Nueva York. Se trata de una hoja de ruta para la agenda posterior a 2015, que tiene como meta acabar con las muertes evitables de mujeres, niños y adolescentes, además de crear un entorno en el que estos grupos de población no solo sobrevivan, sino que además se desarrollen y vean transformarse sus entornos, su salud y su bienestar.

Como parte de esa Estrategia:

En lo regional ha habido iniciativas, resoluciones y planes de Acción emanadas de la Organización Panamericana de la Salud para orientar a sus países miembros en la reducción de la mortalidad materna; así como lineamientos y decisiones de los órganos de derechos humanos. Entre estos últimos destacan:

- Lineamientos de la Comisión Interamericana de los Derechos Humanos, para la evaluación y monitoreo de derechos económicos, sociales y culturales previsto en el Protocolo de San Salvador. Tienen por objeto conocer el grado de progresividad en el cumplimiento de los derechos económicos, sociales y culturales; para lo cual, entre otros, se desarrollaron indicadores estructurales, de procesos y de resultado relacionados con el embarazo y la maternidad: porcentaje de personas con acceso a servicios de saneamiento básico, cantidad de partos atendidos por profesionales y porcentaje de mujeres en edad reproductiva con anemia; tasa de mortalidad materna y perinatal, distribución de mortalidad materna según causas por grupos de edad, tasa de mortalidad perinatal y estimaciones sobre casos de aborto.
- Sentencias de la Corte Interamericana de los Derechos Humanos sobre casos de muerte materna como violación a los derechos humanos. En 2010 la Corte sentenció los casos de las comunidades indígenas Sawhoyamaxa, y Xákmok Kásek contra el Estado del Paraguay. En la primero resaltó que: “Los Estados deben prestar especial atención y cuidado a la protección de (las embarazadas) y adoptar medidas especiales que garanticen a las madres, en especial durante la gestación, el parto y el período de lactancia, el acceso a servicios adecuados de atención médica”; en la segunda, se conoció del caso de una mujer que murió por causas propias de la mortalidad materna, la Corte se pronunció sobre la relación entre la mortalidad materna, los derechos humanos, la discriminación y la pobreza (CIDH,2010).

Garantizar atención de calidad y oportuna tiene una relación directa con la disminución progresiva de desigualdades sociales derivadas del género y el sexo; por lo cual los Estados deben materializar esos derechos, más allá de ofrecer atención de patologías cuando se presenten, a través de leyes, políticas, programas y servicios centrados en la garantía efectiva del derecho a la vida y la salud centradas en la dignidad de las mujeres, en tanto seres humanos. Es en este sentido que en las próximas líneas se abordará la situación de la mortalidad materna en Venezuela.

## **El caso venezolano.**

A la muerte de Juan Vicente Gómez, con la irrupción del petróleo en la economía venezolana, fuertes contingentes poblacionales migraron desde el sector rural hasta los centros urbanos, hubo demandas de mano de obra sana y se comenzó la construcción de carreteras e infraestructura. Se requería un territorio con unas condiciones de habitabilidad mínimas para hacer efectiva las actividades de producción, consumo y circulación de bienes y servicios.

En aras de afrontar los cambios y transformaciones, que permitieran dar respuesta al proceso de modernización e industrialización en ciernes, se fue creando un nuevo tejido institucional. En materia de salud y saneamiento, el Gobierno diseñó y ejecutó planes,

programas y políticas de alcance inmediato y mediano, para abordar los problemas y enfermedades que diezmaron la población e incidían negativamente en el proceso de industrialización. Se creó un cuerpo normativo en torno a la seguridad social y colateralmente una red institucional; surgieron el Instituto Nacional de Higiene y el Ministerio de Sanidad y Asistencia Social, la Maternidad Concepción Palacios, en Caracas, entre otros.

Desde 1943 se adoptó una concepción integral de la sanidad, a partir de la tríada conformada por los factores ambiental, preventivo y curativo. El primero para erradicar las enfermedades endémicas; el segundo, centrado en campañas de vacunación y lo curativo, para aliviar y tratar las enfermedades. El presupuesto del Ministerio de Sanidad y Asistencia Social evidenciaba esos intereses, el 34,4% del total se destinó a la medicina preventiva, el 39% a la curativa y el 21,4% al saneamiento ambiental. Por primera vez se desarrollaron en el país programas de puericultura, atención prenatal, lucha antivenérea, antituberculosa, antileprosa y otras. Se crearon las denominadas unidades sanitarias, dependencias encargadas de ejecutarlos en el ámbito local y se organizaron las medicaturas rurales para brindar atención médica preventiva y curativa (Kornblith y Maingon, 1985; Castellanos, 1982).

Con la creación del Ministerio de Sanidad y Asistencia Social y hasta finales de la década de los 60 hubo nuevos parámetros de atención en salud. Se amplió la red de instituciones hospitalarias y se construyeron los grandes hospitales generales que servirían de centros de atención a la población. Estos esfuerzos institucionales incidieron en la mejora de las condiciones de vida y salud de la población.

Uno de los indicadores que da cuenta de esa mejoría es el de la mortalidad materna. Desde la década de los cuarenta hasta mediados de los ochenta hubo un descenso sostenido de valores de tres dígitos a dos y luego, las cifras se mantuvieron con variaciones y oscilaciones mínimas. En el lapso que va de 1940 a 1944 el promedio fue de 258 muertes maternas por 100 000 nacidos vivos; mientras que, entre 1987 y 1994 se redujo de 133,8 a 69,9 (González B., M, 2017; González, M., 2017; Cabrera et al, 2019; Mazza et al, 2012).

Llegado el siglo XXI la estabilidad alcanzada retrocede y las cifras oficiales evidencian un crecimiento de las muertes por causas obstétricas. En 2000 la razón de mortalidad materna fue de 60,1 y un año después, de 67,2. De cara a ese aumento de las cifras de maternidad materna, hacia finales de 2005, con recursos “muy limitados”, se creó el Proyecto Madre, adscrito al Ministerio del Poder Popular para la Salud con el objetivo de reducir la morbimortalidad de la madre y de los niños menores de cinco años por causas que se pueden evitar. El proyecto buscaba contribuir a mejorar la calidad de vida y salud de las comunidades, por medio de la capacitación de los comités de salud y de las redes sociales, la promoción de la salud de las madres, niños y niñas, para fortalecer los servicios de salud en los diferentes niveles y la vigilancia epidemiológica en forma permanente (RBV.GS, 2004).

El Proyecto Madre se diseñó para ser ejecutado en 32 municipios de los 13 estados del país donde, para ese momento, se registraban los mayores índices de mortalidad materna (Lara, Zulia, Carabobo, Bolívar, Amazonas, entre otros) y en 89 municipios seleccionados de 24 estados con altos índices de mortalidad infantil. Se concibió como una estrategia clave para la implantación del Sub sistema de Salud Colectiva y de la estrategia de calidad de vida y salud. Entre las prioridades establecidas estaba mejorar la red hospitalaria pública en el área de atención materno-infantil, para lo cual debía rehabilitarse la infraestructura hospitalaria y la modernización tecnológica del equipamiento médico (D'Ávila et al, 2010).

Pese a la iniciativa gubernamental arriba señalada, para el 2009 la razón de mortalidad materna llegó a 73 muertes por 100 000 nacidos vivos, la más elevada registrada en el país desde los años 70, incluidas las 61 muertes de 1998. Para atender esta situación, este mismo año se creó la Fundación Misión Niño Jesús, adscrita al Ministerio de Salud y la Comisión Presidencial para la implementación, coordinación y puesta en marcha del Programa Nacional de Atención Materno-Infantil “Misión Niño Jesús”. Esta nueva Misión tenía por objetivo: proteger a la población materno-infantil del país, a través de planes y programas que pudieran mejorar su calidad de vida y garantizar, con ello, prestaciones de salud a embarazadas, durante la gestación y el momento del parto. También se buscaba brindar atención a los niños durante sus primeros años de vida. La meta fijada era disminuir la mortalidad materna en menos de cinco años (Mazza et al, 2012).

En el marco de Misión Niño Jesús se crearon las Casas de Abrigo Maternal destinadas a ofrecer alojamiento temporal a las embarazadas, para ser controladas por personal calificado, desde unos días antes de su parto hasta el momento del traslado al nivel resolutivo más adecuado de atención al periparto; apoyo nutricional en períodos más prolongados; prevención y tratamiento de complicaciones de bajo y mediano riesgo. Las mencionadas casas debieron funcionar en 15 estados del país: Lara, Portuguesa, Anzoátegui, Apure, Barinas, Distrito Capital, Falcón, Guárico, Mérida y Vargas. En ese mismo año también se aprobó el programa Maternidad Segura, Deseada y Feliz y el Plan Nacional para la Protección de los Derechos Sexuales y Reproductivos (Avesa et al, 2015).

Entre 2010-2014 se llegó a 70,45 muertes maternas por 100 000 nacidos vivos registrados, la cifra más elevada desde el quinquenio 1970-1974; en ese contexto, en 2014, el Comité de la CEDAW expresó su preocupación por las altas tasas de mortalidad materna y por el elevado número de embarazos de adolescentes. En 2015, la Razón de Mortalidad Materna alcanzó las 95 muertes obstétricas por 100 000 nacidos vivos y se registraron 456 muertes maternas. Estas cifras indican que el país, por una parte, no alcanzó la meta indicada en los Objetivos de Desarrollo del Milenio, según la cual debía reducir la razón de mortalidad materna de 58,9 que se contabilizaba en 1990, a 14,8, y, por la otra, empeoró su desempeño (CEDAW, 2014; Risquez, 2017 y UNPFA, 2019).

Para la primera quincena del mes de mayo de 2016, fecha en que se publicó el último boletín epidemiológico del Ministerio del Poder Popular para la Salud, se habían producido 756 muertes relacionadas al embarazo, parto y puerperio. Ese aumento de 65,79 %, 300 más que las ocurridas en 2015, indica que los índices de mortalidad materna se incrementaron hasta llegar a 126,6 x 100 000 nacidos vivos. Según las fuentes arriba citadas, para 2016, Venezuela ocupaba el tercer lugar en las mediciones de muerte materna en América Latina, superada por Bolivia (116 x 100 000 por cada mujer entre 15 y 19 años) y Honduras (101 x por cada 100 000, entre 15 y 19). Cada día morían dos gestantes en el país.

En agosto de 2016 el Estado venezolano presentó al Grupo de Trabajo sobre el Examen Periódico Universal del Consejo de Derechos Humanos el Informe nacional con arreglo al párrafo 5 del anexo de la resolución 16/21 del Consejo de Derechos Humanos. En este documento se reconoce la necesidad de evaluar los programas de atención prenatal, durante y después del parto para la rectificación de los puntos críticos debido a la tendencia al ascenso del comportamiento de la mortalidad materna en el país a los efectos de determinar las causas y hacer los correctivos a los que hubiere lugar. En 2017, al menos 1 400 mujeres salieron de Venezuela para ser atendidas en el Hospital Universitario Erasmo Meoz de Cúcuta, Colombia, al momento del parto, la mayoría de ellas con cuadros

médicos críticos (ONU.EPU, 2016; ONU, 2018; CIDH, 2018).

Ese mismo año de 2017 el Gobierno nacional anunció la adopción del Plan Nacional de Parto Humanizado, con el objetivo de reducir la violencia obstétrica, a través del abordaje integral y humanizado del proceso de alumbramiento. Según fuentes oficiales **se trata de una política dirigida por el Ministerio del Poder Popular para la Mujer y la Igualdad de Género**, el Instituto Nacional de la Mujer y el Ministerio del Poder Popular para la Salud, cuya meta inicial es **formar 10 mil acompañantes o promotoras comunitarias, quienes orientarían a las “500 mil gestantes, registradas anualmente en el país”**. La idea básica del Plan es promover el acompañamiento a las gestantes, a su familia en la comunidad con círculos de apoyo a la gestación, a la lactancia, “en materia de cuidado amoroso” (MinMujer, 2019).

Pese a los anuncios oficiales y de acuerdo con las últimas estimaciones conocidas, para 2019, la razón de mortalidad materna seguía aumentando y estaba, en promedio, en **112,2** por cada 100 000 nacidos vivos; y, para 2020, el país habría superado los 120 decesos obstétricos. Según datos del Observatorio Global de Salud, de la Organización Mundial de la Salud, para este último año, Venezuela ocupó el cuarto lugar, entre los países de América Latina y el Caribe con la mayor cantidad de muertes maternas, detrás de Haití, Guyana y Bolivia (GHO, 2020).

A lo interno, la mayor concentración de muertes maternas ha sido registrada en el estado Zulia, dependencia donde se concentra más alta cantidad de población indígena del país (61%), con 107 casos (42,67% más que el año anterior), seguido por Carabobo, con 76 casos y Lara con 62, mientras que las cifras más bajas corresponden a Amazonas con 3, Delta Amacuro y Nueva Esparta con 6 cada uno y Vargas con 7. Según las mismas cifras oficiales que se han venido citando, el 65% de estas defunciones le ocurren a mujeres cuyas edades oscilan entre los 20 y los 34 años de edad; el 23% al grupo etario que supera los 35 años y el 12% a las adolescentes, incluidas las jóvenes de 19 años. Las principales causas de esos decesos siguen estando asociadas a los trastornos hipertensivos en el embarazo, complicaciones del parto y en el alumbramiento y abortos inseguros (Convite, 2016; BM, 2020. UNFPA, 2017; Fuenmayor, 2020).

El Modelo de las tres demoras de Thaddeus y Maine, aludido ut supra, permite identificar alguno de los factores que están incidiendo en ese incremento de la mortalidad materna en país. Aunque se carece de documentación para establecer esa relación con la primera demora, no sucede lo mismo con las otras dos. Las condiciones de acceso a la red pública de salud venezolana, la calidad de atención y el estado de los servicios de la red asistencial pública de salud reportadas por diferentes organizaciones científicas, de derechos humanos y medios de comunicación, nacionales e internacionales encuadran en los supuestos que constituyen la segunda y tercera demora, como se verá de seguidas y ha venido siendo expuesto por especialistas en la materia (Avesa, 2019).

Venezuela sufre una crisis sanitaria de larga data cuya gravedad ha sido admitida por las más altas autoridades del país. En 2009, lo hizo el entonces presidente de la República, Hugo Chávez, cuando en un Consejo de Ministros ampliado declaró la emergencia en el área. En 2013, el vicepresidente Nicolás Maduro admitió la responsabilidad del Gobierno Nacional en la situación «deplorable» de todos los centros hospitalarios mencionado la falta de materiales, insumos y «ausencia de médicos»; posteriormente, ya investido como Presidente, recaló la necesidad de: «recuperar los viejos hospitales públicos», cuyo estado calificó como «una vergüenza para la Revolución» (D'Elía, 2014; González, 2008; Naranjo



2014; FMV, 2008).

Entre 2013 y 2014 organizaciones sociales y gremiales denunciaron «falta absoluta» de 35 000 rubros en insumos y material médico-quirúrgico que van desde los de uso cotidiano como gasas, suturas, soluciones fisiológicas, material descartable, inyectoras, set de infusión para soluciones entre otros, hasta los de uso especializado como *stent* coronario, marcapasos, repuestos para equipos de laparoscopia, equipos descartables para máquinas de anestesia, incluidos los anestésicos y medicamentos necesarios durante las intervenciones quirúrgicas; interrupciones en la entrega de tratamientos para enfermedades crónicas, suspensión de la radioterapia para enfermos con cáncer; deterioro de las estructuras de los servicios médicos y hospitalarios, al punto que en los 10 principales centros hospitalarios de Caracas, 69% de los quirófanos y 52% de las camas no se encontraban operativas; insuficiencia de recursos humanos; estos últimos, entonces y ahora, se han venido produciendo por cuanto, las escuelas de medicina gradúan a pocos profesionales o especialistas y, los profesionales con alguna especialidad una vez terminada la residencia migran del sistema público al privado o hacia mejores plazas en el extranjero, lo que reduce la capacidad de dar respuesta al crecimiento de la demanda en materia de asistencia sanitaria (D'elía y Cabezas, 2008; Provea, 2013; RSCMV, 2014; Codevida, 2015).

En 2016 la Asamblea Nacional aprobó un acuerdo declarando la crisis humanitaria en el sector salud. Esta situación aunada a otros déficits que vive el país ha influido para que representantes de organismos internacionales se hayan hechos voceros de la crisis que vive Venezuela. En 2018 la ONG internacional Acaps mencionó a Venezuela como el único país del occidente que padecía una crisis humanitaria debida, no a un desastre natural o conflicto bélico, sino a las políticas gubernamentales; ese mismo año, el Consejo de Derechos Humanos de las Naciones Unidas en su Resolución *Promoción y protección de los derechos humanos en la República Bolivariana de Venezuela* señaló la existencia de una crisis política, económica, social y humanitaria en Venezuela y, exhortó al gobierno venezolano a aceptar la asistencia humanitaria, para hacerle frente a la escasez de alimentos, medicamentos y suministros médicos, entre otras carencias señaladas (Acaps, 2018; AN, 2016; ONU, 2018)

Para 2018 el desabastecimiento de productos farmacéuticos se agudizó para variar entre falla absoluta y déficit crítico. Solo se conseguían 12 de 100 medicamentos, lo que constituía un desabastecimiento del 88%; el 60 % de estas fallas se presentaban en la capital y el 70 % en la provincia. Según lo reportado, el Gobierno Nacional no adquiría, en los lapsos oportunos, los materiales e insumos necesarios para la realización de pruebas básicas o especiales y actos quirúrgicos indicados a los pacientes por lo que había insuficiencia de reactivos, pruebas diagnósticas y materiales para laboratorio clínico y bancos de sangre. Esto impide descartar enfermedades en las donaciones de sangre, anatomía patológica e radioisótopos para imagenología y fallas en el mantenimiento de los equipos (Ceballos, 2018).

En 2019 el Coordinador de Asuntos Humanitarios de las Naciones Unidas declaró, ante el Consejo de Seguridad, la existencia de un “problema humanitario muy real en Venezuela” que abarcaba a más de 7 millones de personas en el país; entre los cuales contó niños menores de 5 años, embarazadas y lactantes, adultos mayores y personas con enfermedades crónicas y con discapacidad e indígenas. A finales de este mismo año, se presentó la estrategia conjunta para la planeación de la respuesta humanitaria

a la situación venezolana. para mitigar significativamente el impacto humanitario de la crisis en Venezuela debido al limitado acceso a servicios médicos críticos y esenciales, al mantenimiento de los equipos médicos y líneas vitales, y al abastecimiento y distribución continua de medicamentos e insumos médicos (Lowcock, 2019) .

La situación de los centros obstétricos y el trato dado a las gestantes merece verse con mayor detalle. En 2014, Provea informó que las mujeres en trabajo de parto debían recorrer hasta cinco centros asistenciales para conseguir atención; en 2015, la Coalición de organizaciones por el derecho a la salud y a la vida denunció ante el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de las Naciones Unidas que, el 58% de embarazadas que acudía a los centros de salud materno-infantil en Venezuela no recibía atención prenatal (Provea 2014; Codevida, 2015).

En medio del panorama descrito, la Maternidad Concepción Palacios en Caracas, centro de referencia nacional en la materia, contaba, en 2016, con 490 camas, de las cuales sólo 100 estaban operativas, y de 850 partos mensuales se pasó a atender menos de 100. En 2018, otro grupo de organizaciones de derechos humanos solicitó ante la Comisión Interamericana de Derechos Humanos medidas de protección urgentes para esta Maternidad, para lo cual documentó la muerte de 15 mujeres en este centro de salud (Codevida, 2015; CEPAZ et al, 2019).

El 19 de marzo de 2019 esa Comisión otorgó algunas medidas de protección urgentes a favor de la Maternidad Concepción Palacios, entre las que se cuentan, aprovisionarle con insumos médicos y medicamentos, garantizar la disponibilidad permanente de los profesionales de salud requeridos para la prestación de servicios adecuados para las mujeres; garantizar la provisión de servicios de control durante el embarazo, lo cual incluye acceso a métodos anticonceptivos, atención post aborto, controles prenatales y atención adecuada durante el embarazo, el parto y el post parto, atención para los recién nacidos; asegurar condiciones de salubridad adecuadas en el hospital y que se cuente con los recursos suficientes como agua y productos de aseo (CEPAZ et al, 2019).

Según refieren Cabrera et al (2021), las reglas del trabajo y el reglamento institucional de la Maternidad, “centro obstétrico de referencia nacional especializado, con atención las 24 horas los 365 días del año”, establecen que, una vez atendida para su cuidado, una paciente “no debe ser remitido (Sic) a ningún otro centro sanitario”. Según la fuente que se viene comentando, esta regla no se cumple y es común ver como las gestantes son referidas a otros centros, debido a la escasez de recursos.

De cifras de mortalidad materna en franco descenso, desde mil novecientos treinta y nueve hasta los años setenta, hoy día, la Maternidad Concepción Palacios registra lo que Cabrera et al denominan un comportamiento “asintótico” para tener en la última década “un ascenso inaceptable”. La razón de mortalidad materna en este centro asistencial evidenció un aumento progresivo, de 28,14 por 100.000 nacidos vivos en 2009 a 100,26, en 2013, siendo la más alta obtenida en la historia del centro de salud. Según la fuente citada las causas que produjeron esas muertes se debieron en su mayoría a causas obstétricas directas (70,37%) y, en menor medida (29,62 %) a muertes de causa obstétrica indirecta (de origen cardíaco (11,11%), causas inmunológicas (7,40 %), infecciosas de origen no ginecológico, VIH y el embolismo de líquido amniótico (Cabrera et al, 2014; Cabrera et al, 2021)

La situación descrita en los párrafos precedentes es similar en el resto del país. En mayo de 2016, al menos, 15 embarazadas fueron dejadas a las puertas del Hospital

Materno-Infantil de San Francisco, en el estado Zulia; en septiembre de 2017, diferentes mujeres dieron a luz en salas de espera y pasillos del Hospital Dr. Raúl Leoni en San Félix y del Hospital Dr. Ángel Larralde de Carabobo. En 2020, un representante de la **Sociedad de Obstetricia y Ginecología de Venezuela** señaló: “No tenemos los recursos para brindar una atención materna con garantía de que todo vaya a salir adecuadamente” (Fuenmayor, 2020).

Venezuela es signataria de las declaraciones, tratados y pactos internacionales más significativos en materia de Derechos Humanos, incluidos los que garantizan de una manera específica los derechos de la mujer, los cuales tienen jerarquía constitucional y son de aplicación inmediata, conforme se desprende de la Constitución de la República Bolivariana de Venezuela; la cual otorga a la salud el rango de derecho social fundamental y establece al Estado la obligación de garantizarlo como parte del derecho a la vida. De manera especial se garantiza la protección integral de la maternidad a partir del momento de la concepción, durante el embarazo, parto y puerperio.

Pese a la amplitud de esas normas y principios, de derecho interno e internacional, los datos y reportes en la materia evidencian que el país carece de servicios y prácticas eficaces que permitan un acceso oportuno, asequible y aceptable a servicios de calidad, lo que contribuye a configurar situaciones de hecho que pueden ser asimiladas, al menos, a dos de las tres demoras identificadas por Thaddeus y Maine y coadyuvar a la ocurrencia de los altos índices de mortalidad materna en Venezuela. En primer lugar, una gestante pudiera demorar en identificar un servicio de salud apropiado debido a la distancia que le tocaría recorrer para hallarlo o que identificado este, no le den el ingreso, debido al estado y funcionamiento de la infraestructura sanitaria o de sus equipos médico-quirúrgicos, entre otros factores; lo que le haría recorrer varios centros, dentro de la misma ciudad o fuera de ella.

Podría suceder igualmente que, una vez identificado el centro asistencial, y producido su ingreso u hospitalización, se le refiera a otro, por la carencia de insumos o medicamentos; por la insuficiencia del tipo, calidad y oportunidad del tratamiento, la carencia del especialista que requiera y que ese otro centro, a su vez, la remita a otro; así, aunque ella conozca los signos de riesgo la distribución y cantidad de centros de salud, como el que estén debida y apropiadamente dotados haría la diferencia y, en su conjunto, pudieran determinar la vida o muerte de esa mujer, debido a la demora expresada en recibir el tratamiento adecuado en el centro de salud.

Conforme se ha descrito, los servicios especializados no tienen capacidad para atender las necesidades de las embarazadas de una manera oportuna, eficaz, adecuada y rápida, entre otras razones por la baja calidad de los cuidados obstétricos de emergencia que ofrecen, si es el caso; de igual manera, los recursos humanos con los que cuentan son insuficientes para tratar de resolver situaciones de emergencia

Es oportuno hacer una somera referencia a la denominada cuarta demora de Karolinski, también presente en la realidad del país. Según han reportado organizaciones especializadas en la materia existe un significativo déficit de acceso a métodos anticonceptivos que, “incide directamente en el aumento de embarazos en adolescentes y en abortos inseguros asociados a embarazos no deseados” (Avesa, 2017:25). Para el primer semestre de 2017, se había reportado “un número importante de hallazgos de fetos en vertederos de basura y de bebés abandonados” (Avesa, 2017 y 2019). Más allá de las causas clínicas, las muertes obstétricas evidencian la falta de oportunidades que padecen las adolescentes y mujeres

venezolanas, cuyas edades oscilan entre 19 y 40 años.

Las referidas carencias se expresan en un acceso precario a la red sanitaria pública del país, en la que los servicios de salud sexual y reproductiva son insuficientes y mal dotados; también en el deterioro de la infraestructura sanitaria, el suministro intermitente de servicios públicos como agua y electricidad, el déficit de personal de salud especializado (enfermeras, gineco-obstetras, neonatólogos, anestesiólogos, entre otros), escasez de insumos y material médico-quirúrgico, por solo citar algunas dimensiones del problema.

La situación antes descrita constituye una violación del derecho a la vida, a la salud y a la no discriminación: mujeres sin recursos económicos, de zonas rurales, de todas las edades vienen muriendo por causas prevenibles asociadas al embarazo, parto y puerperio. En medio del problema humanitario que sufre el país están las mujeres, quienes carecen de recursos para afrontar, *per se* sus consecuencias y, además, deben atender las necesidades de sus familias, en menoscabo de las propias. Mujeres que dejan de ser consideradas seres humanos y pasan a ser el medio para que otros alcancen sus fines, incluso su vida, en detrimento de la de ellas, lo que constituye de manera inadmisiblemente una violación de sus derechos humanos.

## **A manera de cierre**

La mortalidad materna es un indicador de la desigualdad social y de la inequidad de género cuyas causas estructurales deben abordarse directamente. Caso contrario se está discriminando a las mujeres al dejarse de lado la garantía del derecho a la vida, a la salud, a la salud sexual y reproductiva, a la integridad y a la no discriminación de género. Las muertes de mujeres durante el embarazo, el parto y el postparto, en la generalidad de los casos, son evitables si la vida de esas mujeres se hubiese valorado lo suficiente para garantizarles de manera efectiva acceso oportuno a servicios de salud que cuenten con una infraestructura adecuada, insumos, equipos y recursos humanos suficientes en número y capacitados para hacer frente a las contingencias que se pudieran presentar, a través de políticas, programas y servicios estatales adecuados, accesibles y de calidad.

Cada vez que una mujer gestante o en el puerperio demora en buscar atención médica, en llegar al lugar de atención y en recibir la atención médica una vez que ha llegado a un centro de salud sus opciones de morir se acrecientan. Cuando esas demoras se producen porque esa mujer carece de oportunidades para elegir y decidir, porque carecía de medios para llegar a un centro de salud que estaba muy lejos de su hogar, o porque esa unidad médica carecía de capacidad de resolución, para la atención del embarazo y de sus complicaciones la sociedad le ha fallado y, el Estado, en particular, ha violado sus derechos humanos, por lo que esa muerte le es imputable.

En el caso venezolano las cifras de mortalidad materna han venido aumentando progresivamente, dejando atrás los progresos alcanzados en el siglo pasado. Los estudios en la materia demuestran que las gestantes demoran en buscar atención médica; cuando lo hacen, tardan en llegar al lugar de atención y, una vez allí, en recibir la atención médica. Servicios públicos de salud poco accesibles, deficientemente dotados y con poca capacidad resolutoria son parte del problema.

Las verdaderas causas podrían estar en la ausencia de políticas y programas realizables, en tiempo, espacio y recursos, que tomen en cuenta las recomendaciones y experiencias

en la materia. El diseño y ejecución de esas políticas requiere información estadística, de calidad, oportuna y completa que permita describir las características sociodemográficas de las mujeres que fallecen por causas maternas, las demandas realizadas por ellas y los servicios de salud con los que pudieron contar; saber si estos fueron oportunos, de calidad y accesibles.

En Venezuela la carencia de estadísticas oficiales es un factor que impide conocer de manera confiable la situación de la mortalidad materna en el país. El acceso a estos datos permitiría enfrentar este problema de salud pública, con precisión y confiabilidad; monitorear los cambios en su ocurrencia, las causas y formas de evitarlas, a través de políticas y programas adecuados. Sobre todo avanzar en la garantía efectiva de los sus derechos humanos de las mujeres y adolescentes.

Cada muerte materna que ocurre en Venezuela ha podido ser evitada. Los patrones de ocurrencia muestran que estas se dan en grupos de pocos recursos económicos, entre quienes viven en zonas rurales e indígenas, lo cual apunta a un contexto de desigualdad. No se trata solo de un problema técnico, que lo es, sino de un asunto político que convoca a la sociedad venezolana. Más que una tragedia individual y familiar la muerte de adolescentes y mujeres venezolanas en ocasión del embarazo, parto y puerperio apunta a una clara injusticia e inequidad social que requiere ser atendida.

A lo largo de las páginas precedentes se ha evidenciado que la cobertura de los servicios de salud, muy especialmente los vinculados a la salud sexual y reproductiva de la mujer no son suficientes, accesibles, aceptables ni de calidad; lo que ha venido incidiendo en el aumento progresivo de la mortalidad materna.

En la actualidad las mujeres y adolescentes gestantes en Venezuela viven en condiciones de vida inadecuadas, determinadas por factores socioeconómicos restrictivos, sufren de una desigualdad de oportunidades para el acceso a servicios médicos de calidad y culturalmente competentes; desigualdad que deviene de una discriminación de género que viola los principios y disposiciones establecidos por los instrumentos internacionales y leyes de la República. Como consecuencia de ello están expuestas a riesgos para la salud por contextos de vida particulares y, por la inaccesibilidad a la atención médica que les lleva a la muerte.

## Referencias

CABRERA, C.; UZCÁTEGUI, O.; GÓMEZ, J. ; FANEITE, P. y S. KÍZER. (2021). "Premises for maternal death analysis", **Gac Méd Caracas** 2021. Vol 129. N° 1,211-219. Disponible en: [http://saber.ucv.ve/ojs/index.php/rev\\_gmc/article/view/21283](http://saber.ucv.ve/ojs/index.php/rev_gmc/article/view/21283)

CABRERA, C.; TESTA, M.; GÓMEZ, J.; GALIFFA, D. y G. SALAS. (2019). "Evolución actual de la mortalidad materna", en: **Rev. Latin. Perinat.** 2019, Vol.22. N° 3. 174-179. Disponible en: [http://www.revperinatologia.com/images/5\\_RLP\\_Vol\\_22\\_3\\_2019.pdf](http://www.revperinatologia.com/images/5_RLP_Vol_22_3_2019.pdf)

CABRERA, C., MARTINEZ, M. y ZAMBRANO, G. (2014). "Mortalidad materna en la maternidad Concepción Palacios". **REV OBS GIN.** Vol. 74, N° 3. 154-161. 2014. Disponible en: [http://ve.scielo.org/scielo.php?pid=S0048-77322014000300003&script=sci\\_abstract](http://ve.scielo.org/scielo.php?pid=S0048-77322014000300003&script=sci_abstract)

CALDERÓN, N. (2013). "Mortalidad materna: factores de riesgo", en: **Cuadernos de la Escuela de salud pública** N° 86, 43-68. Disponible en: <https://bit.ly/3zLysDk>

CASTELLANOS, P.L. (1982). “Notas sobre el Estado y la salud en Venezuela”, en: **Cuadernos de la sociedad venezolana de planificación**, N°156 -158. 69 -152

CEBALLOS, F. (2018) *Declaraciones*. Disponible en: <http://www.el-nacional.com/noticias> y <http://talcualdigital.com/index>.

D’ELÍA, J. (2014). “Situación de la salud en Venezuela”, **Revista SIC**, 769.

D’ ELÍA, Y. y L. CABEZAS. (2008). **Las Misiones sociales en Venezuela**, Caracas. Instituto Latinoamericano de Investigaciones Sociales (Ildis) - Convite, A.C.

D’ÁVILA, M. y M. MEJÍA. (2010). “Proyecto Madre Espacio para la participación social en Venezuela”, en: **Fermentum**. Mérida. Vol. 20 - N° 57. 118-129 <http://www.saber.ula.ve/bitstream/handle/123456789/33260/articulo7.pdf?sequence=1&isAllowed=y>; y, <http://gestionpublicaintersubjetiva.blogspot.com/2010/09/el-proyecto-madre-como-proyecto-guia.html>.

FANEITE, P. (2010). “Mortalidad materna: evento trágico”. **Gaceta Médica de Caracas**. Vol.118. N° 1. 11-24. [http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0367-47622010000100003&lng=es&tlng=es](http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0367-47622010000100003&lng=es&tlng=es).

FREYERMUTH-ENCISO, G. (2013). “Derechos humanos y salud materna”, en: **Revista CONAMED**, vol. 18, N° 2. 88-95. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=57735>

FUENMAYOR, J. 2020. **Sociedad de Obstetricia y Ginecología de Venezuela. Declaraciones**. <http://www.derechos.org.ve/pw/wp-content/uploads/09Salud4.pdf>;

GONZÁLEZ B., M. (2017). “Mortalidad materna en Venezuela. ¿Por qué es importante conocer las cifras?”, en: **Rev Obstet Ginecol Venez**. Vol.;77. N°1:1-4

GONZALEZ, M. (2017). “Las dimensiones de la mortalidad materna”, en: Finanzas digital. Disponible en: <https://fd.gconex.com/2017/09/las-dimensiones-la-mortalidad-materna/>

GONZÁLEZ, M. (2008). **Las políticas de salud en Venezuela: alternativas para su mejoramiento**, Caracas, Ildis.

GUTIÉRREZ, R. (s/f). **Salud materna: ¿un objetivo o un derecho?** Disponible en: <http://palestra.pucp.edu.pe>

IANUZOVA, M. (2004). “Mortalidad materna y Derechos humanos”. **Profamilia**.1-48 Colombia Disponible en: <https://repositorio.unal.edu.co/bitstream/handle/unal/54574/012413032004.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

KAROLINSKI, A; MERCER, R.; MICONE, P.; OCAMPO, C.; SALGADO, P.; SZULIK, D.; SWARCZ, L.; CORTE, V.R.; FERNÁNDEZ DEL MORAL, B.; PIANESI, J. y P. BALLADELLI. (2015). “Modelo para abordar integralmente la mortalidad materna y la morbilidad materna grave”, en: **Rev. Panam Salud Pública**. Vol. 37. N°4/5.351–9. Disponible en: <https://www.flacso.org.ar/publicaciones/modelo-para-abordar-integralmente-la-mortalidad-materna-y-la-morbilidad-materna-grave/>

KORNBLITH, M. y T. MAINGÓN. (1985). **Estado y Gasto Público en Venezuela. 1936-1980**. Caracas. Ediciones de la Biblioteca de la Universidad Central de Venezuela:177

LOWCOCK, M. (2019). **Asistencia humanitaria en Venezuela**. Disponible en: <https://www.aa.com.tr/es/mundo/experto-de-onu-afirma-que-en-venezuela-se-deben-separar-objetivos-pol%C3%ADticos-y-humanitarios/1448473>

MAZZA, M.; VALLEJO, C. y M. GONZÁLEZ B. (2012). “Mortalidad materna: análisis

de las tres demoras”, en: **Rev. Obstet Ginecol Venez.** Vol. 72. N° 4:233-248. Disponible en: [http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=So048-77322012000400004](http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=So048-77322012000400004)

NARANJO, M. (2014). “La política de salud en Venezuela durante el período 1999-2012. Aportes para su formulación e implementación”, en: **Comunidad y salud**, vol. 12. N° 2. 80-86

PAXTON, A., MAINE, D. y N. HIJAB. (2003). **Evitando la Muerte y Discapacidad Materna. Uso de los Indicadores de Proceso de la ONU Para los Cuidados Obstétricos de Emergencia (COEm). Preguntas y Respuesta.** Columbia University. Cuaderno de Trabajo AMDD. Programa “Averting Maternal Death and Disability (AMDD). Disponible en: <https://www.publichealth.columbia.edu/sites/default/files/pdf/usingunindicatorsqa-sp.pdf>

RÍSQUEZ, A. (2017). **Estado de la mortalidad materno-infantil según la información oficial y las metas del milenio. Venezuela año 2016. Presentación realizada en el seminario de la nutrición infantil (primera infancia) en emergencias.** Conferencia dictada el 23 de junio de 2017 en la sede de la SVPP.

SESA, P. (2013). “Derechos humanos, salud y muerte materna: Características, potencial y retos de un nuevo Enfoque para lograr la maternidad segura en México”, en: **Revista andaluza de antropología.** N° 5: Aportaciones y potencialidades de la antropología de la salud. 66-90. Disponible en: <https://idus.us.es/handle/11441/87027>

THADEUS, S y D. MAINE. (1994). “Too Far To Walk: Maternal Mortality In Context”, en: **Social Science and Medicine**. Vol. 38. N° 8, 1091-1110

## Documentos oficiales e institucionales:

ACAPS. (2018). **Humanitarian overview an analysis of key crises into 2018. The slow erosion of democratic institutions. the institutional crisis.** Disponible en: [https://www.acaps.org/sites/acaps/files/products/files/acaps\\_humanitarian\\_overview\\_analysis\\_of\\_key\\_crises\\_into\\_2018.pdf](https://www.acaps.org/sites/acaps/files/products/files/acaps_humanitarian_overview_analysis_of_key_crises_into_2018.pdf).

AVESA. (2019). **Mujeres al límite. Derechos de las mujeres de cara al agravamiento de la Emergencia Humanitaria Compleja en Venezuela.** Disponible en: <https://avesa.blog/informes-sobre-derechos-humanos-de-las-mujeres/mujeres-al-limite/>

AVESA. (2017). **Mujeres al límite. El peso de la emergencia humanitaria: Vulneración de derechos humanos de las mujeres en Venezuela.** Disponible en: <https://avesa.blog/informes-sobre-derechos-humanos-de-las-mujeres/mujeres-al-limite/>

AVESA-ACCSI-ALIADAS EN CADENA. (2015). **Los derechos y la salud sexual y reproductiva en Venezuela.** Tomo 3. Mortalidad materna. Disponible en: [https://issuu.com/nodiscriminesvih/docs/dssr\\_en\\_venezuela\\_\\_tomo\\_2.\\_embarazo](https://issuu.com/nodiscriminesvih/docs/dssr_en_venezuela__tomo_2._embarazo).

BANCO MUNDIAL. (2020). **Panorama de la Salud: Latinoamérica y el Caribe 2020.** Disponible en: <https://openknowledge.worldbank.org/handle/10986/34959?locale-attribute=es>

BANCO MUNDIAL (2019). **Salud reproductiva, materna, neonatal, infantil y adolescente.** Disponible en: <https://openknowledge.worldbank.org/handle/10986/34959?locale-attribute=eshttps://www.bancomundial.org/es/topic/>

CEPAZ, MUJERES EN LÍNEA, AVESA Y FREYA; y WOMEN’S LINK WORLDWIDE.

(2019). Organizaciones de mujeres y personal de salud de la Maternidad Concepción Palacios exigen que se publiquen las cifras oficiales de mortalidad materna en Venezuela. Disponible en: [https://cepaz.org/noticias/organizaciones-de-mujeres-y-personal-de-salud-de-la-maternidad-concepcion-palacios-exigen-que-se-publiquen-las-cifras-oficiales-de-mortalidad-materna-en-venezuela/obstetrica\\_basica\\_estabilizacion\\_y\\_referencia](https://cepaz.org/noticias/organizaciones-de-mujeres-y-personal-de-salud-de-la-maternidad-concepcion-palacios-exigen-que-se-publiquen-las-cifras-oficiales-de-mortalidad-materna-en-venezuela/obstetrica_basica_estabilizacion_y_referencia)

COALICIÓN DE ORGANIZACIONES POR EL DERECHO A LA SALUD Y A LA VIDA (Codevida) (2015). **Informe Conjunto de Organizaciones de Defensa del Derecho a la Salud al Comité de Derechos Económicos y Sociales de las Naciones Unidas, con motivo del Examen del 3er Informe Periódico del Estado Venezolano** en el Período de Sesión 55° del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. Disponible en: [https://tbinternet.ohchr.org/Treaties/CESCR/Shared%20Documents/VEN/INT\\_CESCR\\_CSS\\_VEN\\_20407\\_S.pdf](https://tbinternet.ohchr.org/Treaties/CESCR/Shared%20Documents/VEN/INT_CESCR_CSS_VEN_20407_S.pdf)

COMISIÓN INTERAMERICANA DE DERECHOS HUMANOS (CIDH). 2018. **Situación de los derechos humanos en Venezuela**. Disponible en: <https://www.oas.org/es/cidh/informes/pdfs/Venezuela2018-es.pdf>.

CORTE INTERAMERICANA DE LOS DERECHOS HUMANOS (CIDH). (2010). **Sentencias de las comunidades indígenas Sawhoyamaya, y Xákmok Kásek**. Disponible en: <https://www.corteidh.or.cr/tablas/r32459.pdf>

CONVITE. (2016). **Análisis sobre cifras de mortalidad materna e infantil en Venezuela**. [http://conviteac.org.ve/wp-content/uploads/2018/12/Ana%CC%81lisis-MM-y-MI-2016\\_Versi%C3%B3n-Final.pdf](http://conviteac.org.ve/wp-content/uploads/2018/12/Ana%CC%81lisis-MM-y-MI-2016_Versi%C3%B3n-Final.pdf)

FEDERACIÓN MÉDICA DE VENEZUELA. (2008). **Diagnóstico del sector salud en Venezuela: estudios de las enfermedades emergentes y reemergentes**, ponencia central presentada en la *LXIII Reunión Ordinaria de la Asamblea*, realizada en Punto Fijo –estado Falcón del 27 al 31 de octubre.p.144.

NACIONES UNIDAS. OFICINA DE NACIONES UNIDAS PARA LA COORDINACIÓN DE ASUNTOS HUMANITARIOS (OCHA), (2019). **Plan de Respuesta Humanitaria. Venezuela**. Disponible en: <https://www.examenonuvenezuela.com/respuesta-humanitaria/plan-de-respuesta-humanitaria-para-venezuela-2019-es-fundamental-centrar-la-atencion-en-satisfacer-las-necesidades-de-los-venezolanos>

Naciones Unidas. Consejo de Derechos Humanos. (2018). **Resolución Promoción y protección de los derechos humanos en la República Bolivariana de Venezuela**. Disponible en: <https://reliefweb.int/report/venezuela-bolivarian-republic/promoci-n-y-protecci-n-de-los-derechos-humanos-en-la-rep-blica>

NACIONES UNIDAS. EXAMEN PERIÓDICO UNIVERSAL (EPU).2016. Venezuela. Disponible en: <https://www.ohchr.org/SP/HRBodies/UPR/Pages/VEindex.aspx>

NACIONES UNIDAS. CEDAW. (2014). **Observaciones finales sobre los informes periódicos séptimo y octavo combinados de la República Bolivariana de Venezuela**. Disponible en: <https://undocs.org/es/CEDAW/C/VEN/CO/7-8>

Organización Mundial de la Salud. Global Health Observatory (GHO). (2020a). **Maternal mortality ratio (per 100 000 live births)** Disponible en: <https://www.who.int/data/gho/indicator-metadata-registry/imr-details/26>

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. GLOBAL HEALTH OBSERVATORY (GHO). (2020b). **Data. Maternal Mortality. Situation by country**. Disponible en: [https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/maternal-mortality-ratio-\(per-100-000-live-births\)](https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/maternal-mortality-ratio-(per-100-000-live-births))



ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS). (2019). Mortalidad materna. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/maternal-mortality>

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. (1995). **Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud**, Décima Revisión (CIE-10). Disponible en: [https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com\\_content&view=article&id=3561:2010-clasificacion-internacional-enfermedades-cie&Itemid=2560&lang=es](https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=3561:2010-clasificacion-internacional-enfermedades-cie&Itemid=2560&lang=es)

PROGRAMA VENEZOLANO DE EDUCACIÓN-ACCIÓN EN DERECHOS HUMANOS (PROVEA). (2014). **Informe Anual: Situación de los derechos humanos en Venezuela**. Disponible en: <https://provea.org/informes-anuales/>

PROGRAMA VENEZOLANO DE EDUCACIÓN-ACCIÓN EN DERECHOS HUMANOS (PROVEA). (2013). **Informe Anual 2013: Situación de los derechos humanos en Venezuela**. Disponible en: <https://provea.org/informes-anuales/>

RED DE SOCIEDADES CIENTÍFICAS MÉDICAS VENEZOLANAS. (RSCMV) (2014). **Ante la grave crisis humanitaria de salud**. Disponible en: <http://cdn.eluniversal.com/2014/08/21/reddesociedadescientificas1.pdf>

REPÚBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA. MINMUJER. (2019). **Parto humanizado**. <http://minmujer.gob.ve/el-ministerio/politica-igualdad/parto-humanizado/#:~:text=El%20Plan%20Nacional%20Parto%20Humanizado,post%2Dparto%2C%20lactancia%20materna%20y;> <https://www.mpcmunas.gob.ve/2019/07/19/presidente-maduro-crea-un-estado-mayor-especial-para-fortalecer-plan-parto-humanizado/y;> [http://www.mppef.gob.ve/ejecutivo-nacional-ordena-masificar-el-plan-parto-humanizado/.](http://www.mppef.gob.ve/ejecutivo-nacional-ordena-masificar-el-plan-parto-humanizado/)

REPÚBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA. GABINETE SOCIAL (CRBV. GS). 2004. **Metas del milenio**. Disponible en: [https://www.undp.org/content/dam/undp/library/MDG/english/MDG%20Country%20Reports/Venezuela/Venezuela\\_MDGReport\\_2004\\_SP.pdf](https://www.undp.org/content/dam/undp/library/MDG/english/MDG%20Country%20Reports/Venezuela/Venezuela_MDGReport_2004_SP.pdf)

REPÚBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA. ASAMBLEA NACIONAL. (2016). Acuerdo mediante el cual se declara crisis humanitaria en la salud de Venezuela, en vista de la grave escasez de medicamentos, insumos médicos y deterioro de la infraestructura sanitaria. Disponible en: <https://www.asambleanacionalvenezuela.org/actos/detalle/acuerdo-mediante-el-cual-se-declara-crisis-humanitaria-en-la-salud-de-venezuela-en-vista-de-la-grave-escasez-de-medicamentos-insumos-medicos-y-deterioro-de-la-infraestructura-sanitaria-58>

UNFPA. (2019). **Estado de la población mundial. Un asunto pendiente. La defensa de los derechos y la libertad de decidir de todas las personas**. Disponible en: <https://venezuela.unfpa.org/es/publications/estado-de-la-poblaci%C3%B3n-mundial-2019-4>.

UNFPA. (2017). **Panorama de la Situación de la Morbilidad y Mortalidad Maternas: América Latina y el Caribe**. Disponible en: <https://lac.unfpa.org/es/publications/panorama-de-la-situaci%C3%B3n-de-la-morbilidad-y-mortalidad-maternas-am%C3%A9rica-latina-y-el-o>.