Estudio sobre las condiciones legislativas, institucionales y sociales para el reconocimiento, protección y ejercicio de

LOS DERECHOS Y LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA EN VENEZUELA

TOMO 3: MORTALIDAD MATERNA

AVESA | **ACCSI** | **Aliadas en Cadena**
Proyecto financiado por la **Unión Europea**
Caracas, Venezuela 2015

Esta es una publicación del proyecto:

"Hacia una construcción colectiva de políticas públicas en derechos y salud sexual y reproductiva en la República Bolivariana de Venezuela"

Equipo de coordinación
Coordinadora del Proyecto– AVESA: Magdymar León Torrealba
Responsable ACCSI: Alberto Nieves Alberti
Responsable Aliadas en Cadena: Belkis Lugo

Equipo de investigación:
Magdymar León Torrealba
Rafael Fernández
Zouleyma Escala

Revisión y Edición de contenidos:
Belkis Lugo

Colaboradores:
Fabiola Romero
Walver Villegas

Expertas consultadas:

Alejandra Corao, médica, experta en Salud Sexual y Reproductiva y actual Oficial de País de ONUSIDA en Venezuela

Judith Toro Merlo, médica Gineco-obstetra de la Maternidad Concepción Palacios y miembro de la Directiva de la Sociedad Venezolana de Ginecología y Obstetricia.

«La presente publicación ha sido elaborada con la asistencia de la Unión Europea. El contenido de la misma es responsabilidad exclusiva de AVESA, ACCSI y Aliadas en Cadena y en ningún caso debe considerarse que refleja los puntos de vista de la Unión Europea».

«La Unión Europea en el mundo» http://ec.europa.eu/world/

LISTA DE ACRÓNIMOS

ACCSI: Acción Ciudadana Contra El Sida

AVESA: Asociación Venezolana para una Educación Sexual Alternativa

CEDAW: Comité para la eliminación de la discriminación contra la mujer

CIDH: Corte Interamericana de los Derechos Humanos

CISOR: Centro de Investigación Social

ENDEVE: Encuesta Demográfica Venezuela

IIDH: Instituto Interamericano de Derechos Humanos

MM: Mortalidad Materna

MPPS: Ministerio del Poder Popular para la Salud

NVR: Nacimientos Vivos Registrados

OMS: Organización Mundial de la Salud

OPS: Oficina Panamericana de la Salud

UNFPA: Fondo de Población de las Naciones Unidas

Índice de contenidos

Introducción (Página 9)

I. La Mortalidad Materna en Venezuela (Página 11)

1.1 Compromisos con los Objetivos de Desarrollo del Milenio (Página 13)
1.2 Causas de la Mortalidad Materna (Página 14)
1.2.1 Deficiencias en el sistema de salud (Página 18)
1.2.2 Altos índices de embarazo adolescente (Página 18)
1.2.3 Abortos inseguros asociados a la mortalidad materna (Página 20)
1.2.4 Deficiencias en el control prenatal en zonas rurales y alejadas (Página 21)
1.3 El marco jurídico y normativo (Página 22)
1.4 Competencias institucionales en el área de prevención de la mortalidad materna (Página 23)
1.5 La disminución de la mortalidad materna es un gran desafío para el Estado venezolano (Página 24)

II. Opiniones sobre el derecho a la salud reproductiva de las venezolanas (Página 26)

2.1 Metodología de estudio (Página 26)
2.2 Resultados (Página 28)
2.2.1 En el país contamos con todos los servicios y recursos para evitar las muertes de mujeres embarazadas o en proceso de parto (Página 28)
2.2.2 La mujer embarazada debe someterse a chequeos regulares para evitar complicaciones en el embarazo (Página 30)
2.2.3 Las mujeres embarazadas reciben buena atención por parte del personal a cargo de los servicios de salud obstétrica - La mujer que controla su embarazo en las instituciones de salud del estado recibe todos los cuidados necesarios (Página 31)
2.2.4 Las mujeres que se han practicado un aborto clandestino son descalificadas por parte del personal de salud (Página 35)
2.2.5 Ante un embarazo no deseado es aceptable que la mujer recurra a un método abortivo (Página 38)
2.2.6 Es necesario educar a los adolescentes sobre los cuidados que deben tenerse durante el embarazo y el puerperio (Página 40)
2.2.7 Los y las profesionales de la salud son los que deben decidir los procedimientos y tratamientos sin consultar a la mujer durante el embarazo y parto (Página 40)
2.2.8 El criterio de los médicos debe ser tomado sin cuestionamiento por parte de las mujeres embarazadas (Página 43)
2.2.9 Los servicios de salud son confidenciales para todas las mujeres embarazadas y resguardan la intimidad (Página 45)

2.2.10 En los sitios de trabajo se cuenta con las condiciones adecuadas para las mujeres embarazadas (Página 47)

2.3 Resultados por brechas a superar (Página 49)
2.3.1 En cuanto al Derecho a la vida (Página 49)
2.3.2 En cuanto al Derecho a la salud (Página 50)
2.3.3 En cuanto al Derecho a la educación (Página 51)
2.3.4 En cuanto al Derecho a la información adecuada y oportuna (Página 52)
2.3.5 En cuanto al Derecho a la intimidad (Página 52)
2.3.6 En cuanto al Derecho al trabajo (Página 53)
2.3.7 Brechas a superar, por ciudad (Página 53)
2.3.8 Ámbitos Positivos/Favorables (Página 55)

Conclusiones **(Página 57)**

Bibliografía **(Página 60)**

Índice de tablas

Tabla 1: Principales causas de Mortalidad Materna Embarazo, parto y puerperio (O00-O99) Venezuela. Año 2.009. (Página 15)
Tabla 2: Principales causas de Mortalidad Materna Embarazo, parto y puerperio (O00-O99) por grupos de edad. Venezuela. Año 2.009. (Página 16)
Tabla 3: Muestra por ciudad (Página 27)
Tabla 4: En el país contamos con todos los servicios y recursos para evitar las muertes de mujeres embarazadas o en proceso de parto (Página 28)
Tabla 5: La mujer embarazada debe someterse a chequeos regulares para evitar complicaciones en el embarazo (Página 31)
Tabla 6: Las mujeres embarazadas reciben buena atención por parte del personal a cargo de los servicios de salud obstétrica (Página 31)
Tabla 7: La mujer que controla su embarazo en las instituciones de salud del Estado recibe todos los cuidados necesarios (Página 32)
Tabla 8: Las mujeres que se han practicado un aborto clandestino son descalificadas por parte del personal de salud (Página 36)
Tabla 9: Ante un embarazo no deseado es aceptable que la mujer recurra a un método abortivo (Página 38)
Tabla 10: Es necesario educar a los adolescentes sobre los cuidados que deben tenerse durante el embarazo y el puerperio (Página 40)
Tabla 11: Los y las profesionales de la salud son los que deben decidir los procedimientos y tratamientos sin consultar a la mujer durante el embarazo y parto (Página 41)
Tabla 12: El criterio de los médicos debe ser tomado sin cuestionamiento por parte de las mujeres embarazadas (Página 43)
Tabla 13: Los servicios de salud son confidenciales para todas las mujeres embarazadas y resguardan la intimidad (Página 45)
Tabla 14: En los sitios de trabajo se cuenta con las condiciones adecuadas para las mujeres embarazadas En los sitios de trabajo se cuenta con las condiciones adecuadas para las mujeres embarazadas (Página 47)

Índice de Gráficos

Gráfico 1: Mortalidad materna entre los años 1990 y 2009. Tasa x 100.000 NVR (Página 11)
Gráfico 2: Tasa de Mortalidad Materna según Entidad Federal promedio 1990-2009 (Página 12)
Gráfico 3: Mortalidad Materna. Embarazo, parto y puerperio (O00-O99) por grupos de edad. (%) Venezuela. Año 2.009 (Página 14)
Gráfico 4: Mortalidad Materna. Embarazo, parto y puerperio (000-009) por grupos de edad (%). Venezuela, 2009 (Página 19)
Gráfico 5: En el país contamos con todos los servicios y recursos para evitar la muerte de mujeres embarazadas o en proceso de parto, según género (Página 29)
Gráfico 6: En el país contamos con todos los servicios y recursos para evitar la muerte de mujeres embarazadas o en proceso de parto, según estrato (Página 29)
Gráfico 7: En el país contamos con todos los servicios y recursos para evitar la muerte de mujeres embarazadas o en proceso de parto, según ciudades (Página 30)
Gráfico 8: Las mujeres embarazadas reciben buena atención por parte del personal a cargo de los servicios de salud obstétrica, según género (Página 32)
Gráfico 9: La mujer que controla su embarazo en las instituciones de salud del Estado recibe todos los cuidados necesarios, según género (Página 33)
Gráfico 10: Las mujeres embarazadas reciben buena atención por parte del personal a cargo de los servicios de salud obstétrica, según estrato (Página 33)
Gráfico 11: La mujer que controla su embarazo en las instituciones de salud del Estado recibe todos los cuidados necesarios, según estrato (Página 34)
Gráfico 12: Las mujeres embarazadas reciben buena atención por parte del personal a cargo de los servicios de salud obstétrica, según ciudad (Página 34)
Gráfico 13: La mujer que controla su embarazo en las instituciones de salud del Estado recibe todos los cuidados necesarios, según ciudad (Página 35)
Gráfico 14: Las mujeres que se han practicado un aborto clandestino son descalificadas por parte del personal de salud, según género (Página 36)
Gráfico 15: Las mujeres que se han practicado un aborto clandestino son descalificadas por parte del personal de salud, según estrato (Página 37)
Gráfico 16: Las mujeres que se han practicado un aborto clandestino son descalificadas por parte del personal de salud, según ciudad (Página 37)
Gráfico 17: Ante un embarazo no deseado es aceptable que la mujer recurra a un método abortivo según género (Página 38)
Gráfico 18: Ante un embarazo no deseado es aceptable que la mujer recurra a un método abortivo, según estrato (Página 39)
Gráfico 19: Ante un embarazo no deseado es aceptable que la mujer recurra a un método abortivo, según ciudades (Página 39)
Gráfico 20: Los y las profesionales de la salud son los que deben decidir los procedimientos y tratamientos sin consultar a la mujer durante el embarazo y parto, según género (Página 41)
Gráfico 21: Los y las profesionales de la salud son los que deben decidir los procedimientos y tratamientos sin consultar a la mujer durante el embarazo y parto, según estrato (Página 42)
Gráfico 22: Los y las profesionales de la salud son los que deben decidir los procedimientos y tratamientos sin consultar a la mujer durante el embarazo y parto, según ciudades (Página 42)
Gráfico 23: El criterio de los médicos debe ser tomado sin cuestionamiento por parte de las mujeres embarazadas, según género (Página 43)
Gráfico 24: El criterio de los médicos debe ser tomado sin cuestionamiento por parte de las mujeres embarazadas, según estrato (Página 44)

Gráfico 25: El criterio de los médicos debe ser tomado sin cuestionamiento por parte de las mujeres embarazadas, según ciudad (Página 44)
Gráfico 26: Los servicios de salud son confidenciales para todas las mujeres embarazadas y resguardan su intimidad, según género (Página 45)
Gráfico 27: Los servicios de salud son confidenciales para todas las mujeres embarazadas y resguardan su intimidad, según estrato (Página 46)
Gráfico 28: Los servicios de salud son confidenciales para todas las mujeres embarazadas y resguardan su intimidad, según ciudad (Página 46)
Gráfico 29: En los sitios de trabajo se cuenta con las condiciones adecuadas para las mujeres embarazadas, según género (Página 47)
Gráfico 30: En los sitios de trabajo se cuenta con las condiciones adecuadas para las mujeres embarazadas, según estrato (Página 48)
Gráfico 31: En los sitios de trabajo se cuenta con las condiciones adecuadas para las mujeres embarazadas, según ciudades (Página 48)

Introducción

La mortalidad materna es un importante indicador del desarrollo humano de los países, que da cuenta del acceso de las mujeres a la salud sexual y reproductiva, por tanto, constituye un elemento crucial en el análisis del ejercicio de los derechos sexuales y derechos reproductivos de las mujeres. Este ha sido el motivo por el cuál su estudio ha sido incluido dentro de los objetivos de la investigación sobre las condiciones legislativas, institucionales y sociales para el reconocimiento, protección y ejercicio de los derechos y la salud sexual y reproductiva en Venezuela, que corresponde a uno de los resultados del Proyecto *"Hacia una construcción colectiva de políticas públicas en derechos y salud sexual y reproductiva en la República Bolivariana de Venezuela",* que desarrollan la Asociación Venezolana para una Educación Sexual Alternativa AVESA, Acción Ciudadana Contra el Sida ACCSI y Aliadas en Cadena, con el financiamiento de la Unión Europea.

La investigación estuvo enfocada en 5 grandes temas: Embarazo en la adolescencia, Mortalidad Materna, Vih/SIDA, Violencia contra las Mujeres y Diversidad Sexual. Se inició en 2012 con una investigación documental y entrevistas a personas expertas sobre el marco legal vigente y las garantías de derechos que se establecen en ellas. Posteriormente se realizó el trabajo de campo en marzo del 2013, entrevistando mediante encuesta a personas mayores de 18 años, residentes de Maracaibo, Mérida, Maracay, Barquisimeto y la Gran Caracas. Los resultados se estructuraron en 6 tomos y un cuaderno con la base metodológica de la investigación, siendo este tomo tres, el dedicado a la Mortalidad Materna en Venezuela.

Para aproximarnos al tema, se ha realizado una revisión de los aspectos y datos estadísticos sobre la mortalidad materna como problema de salud pública en el país, su evolución y el reto para superar las Metas del Milenio. Así mismo, se presentan las causas de la mortalidad materna, la dinámica de las 3 demoras y algunos factores asociados a la problemática. Luego, se presentan los avances en el reconocimiento del derecho a una maternidad segura en nuestro país, en contraste con las dificultades del Estado venezolano para garantizar dicho derecho.

Posteriormente, se muestran los resultados de la opinión de la gente consultada a través de la encuesta realizada, dando cuenta de datos importantes en cuanto a las brechas a superar en aspectos como: el derecho a la vida, los servicios y recursos necesarios para evitar muertes maternas; el derecho a la salud y la atención de las embarazadas por parte de los equipos de salud, opinión sobre el aborto y el derecho a la autonomía reproductiva; el derecho a la información adecuada y oportuna y la actuación de los profesionales de salud sin el consentimiento de la mujer sobre su embarazo y parto; derecho a la intimidad y respeto al principio de confidencialidad de las embarazadas en los servicios de salud; el derecho al trabajo y la protección de las embarazadas en su lugar de trabajo. Así mismo se muestran los ámbitos favorables a los derechos en cada una de las ciudades donde se realizó el estudio.

Finalmente, se dan las conclusiones y propuestas que se derivan de los resultados en cuanto a la educación de calidad y acceso a métodos anticonceptivos, la flexibilización de las normas que penalizan la interrupción voluntaria del embarazo; la dotación de insumos y formación del recurso humano de atención obstétrica; la mejora de la red de servicios obstétricos en el país; la unificación de las respuestas del estado ante el problema de la mortalidad materna, y la mejora del sistema de vigilancia epidemiológica, registros y estadísticas oficiales.

Consideramos de suma importancia dar a conocer estos resultados, pues ellos contribuyen enormemente a mirar la realidad de la mortalidad materna y la importancia de enfocarse en estrategias y políticas que contribuyan a mejorar esta situación en el país, y garantizar en la población, el goce y ejercicio irrenunciable, indivisible e interdependiente de sus derechos humanos, tal como lo promulga nuestra Carta Magna.

I. La Mortalidad Materna en Venezuela

La mujer tiene derecho a no morir por causas relacionadas con el embarazo y parto, es parte de sus derechos sexuales y derechos reproductivos, y es obligación del Estado garantizar el derecho a la vida y a la salud.

La mortalidad materna (MM) en nuestro país ha sido un problema de salud pública durante muchos años. Los esfuerzos realizados en materia de institucionalización del parto y la mejora en la calidad de los servicios de atención obstétrica entre los años 1957 y 1984, se tradujeron en una significativa reducción de la tasa MM, de 133,8 muertes maternas x 100.000 nacidos vivos reportados (NVR) en 1957, hasta 50,3 MM x 100.000 NVR en 1984. No obstante, las tasas de los años recientes no muestran un avance significativo, tal y como lo muestran las cifras del propio Ministerio de Salud entre los años 1990 y 2008, presentadas en el balance del gobierno sobre el logro de las Metas del Milenio realizado para el año 2010, que se muestran a continuación.

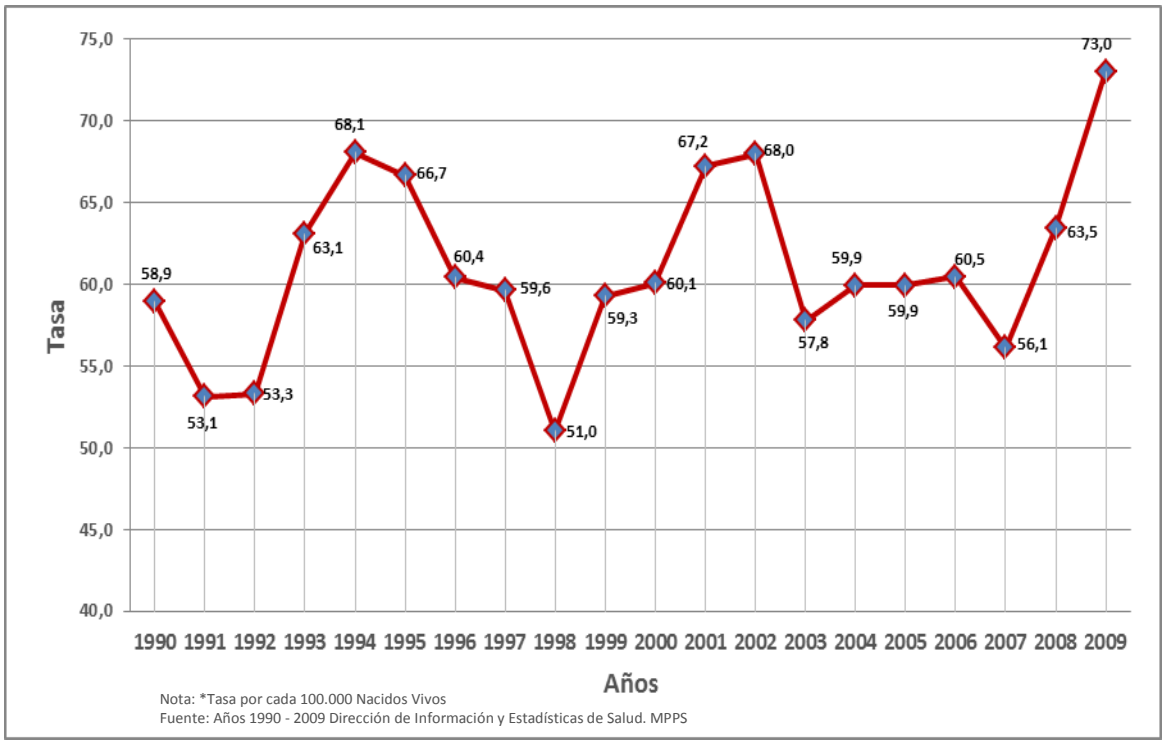


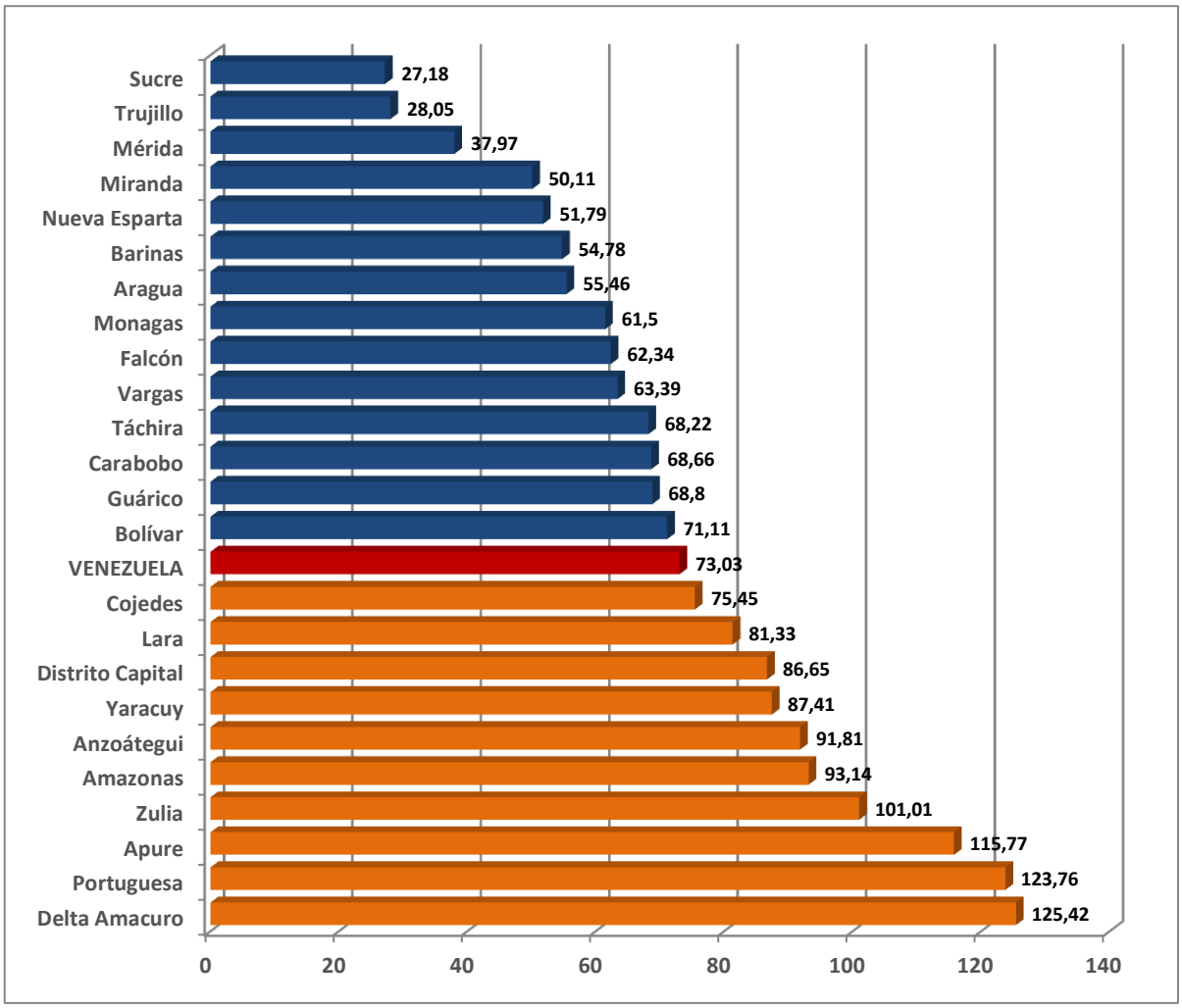
Gráfico 1: Mortalidad materna entre los años 1990 y 2009. Tasa x 100.000 NVR

Como puede observarse en el gráfico 1, desde 1998 no se logra descender la tasa de mortalidad materna en Venezuela. En el año 1994 se ubicó en 68,01 y en el 2002 fue de 68,0. El valor más alto ha sido el del año 2009 (73,0).

El seguimiento y monitoreo a la evolución de la mortalidad materna, permite además identificar diferencias de oportunidades en el acceso a la salud por parte de las mujeres, ya que las altas tasas expresan inequidad social y de género, puesto que:

- La mortalidad materna es mayor en zonas rurales y en las comunidades más pobres.
- Las adolescentes corren mayores riesgos de complicaciones y muerte a consecuencia de un embarazo.
- Las posibilidades de acceso y la calidad de los servicios de salud son un factor clave de prevención.
- La atención especializada antes, durante y después del parto puede salvarle la vida a las embarazadas y a sus hijos e hijas recién nacidos.

Existen importantes diferencias entre los estados en cuanto a las tasas de mortalidad materna. En 14 de los 24 estados se registraron tasas mayores al promedio nacional entre los años 1990 y 2009, reflejando la realidad social y de los servicios de salud de esas localidades (Gráfico 2).



NOTA: Tasa por cada 100.000 nacidos vivos.
Fuente: cuadro propio construido con cifras tomadas Dirección de Información y Estadística de Salud años 1990-2009, MPPS
Gráfico 2: Tasa de Mortalidad Materna según Entidad Federal promedio 1990-2009.

Los factores de inequidad más claramente asociados a esta situación, se relacionan con la desventaja de sectores con altos niveles de pobreza, bajo nivel de escolaridad y limitado acceso a servicios de salud sexual y reproductiva. Para las mujeres de estos sectores los riesgos vinculados con la reproducción son mayores. Así, por ejemplo, Delta Amacuro, estado con alto nivel de pobreza en el país, tiene una tasa muy elevada de 125,4 por 100.000 NVR que es 1,7 veces mayor a la tasa nacional. Portuguesa, Apure, Zulia, Amazonas, Anzoátegui, Yaracuy, Distrito Capital, Lara y Cojedes, presentan tasas por encima del total nacional. La menor tasa se ubica en el estado Sucre (27,2).

1.1 Compromisos con los Objetivos de Desarrollo del Milenio

Los Objetivos del Milenio representan un parámetro de referencia para observar las limitaciones y progresos de un determinado país, el cumplimiento de las mismas refleja la efectividad de las políticas públicas instrumentadas y el funcionamiento de las distintas instituciones del Estado. Tratar de alcanzar los objetivos es una obligación de los Estados.

El objetivo 5 de las Metas del Milenio es mejorar la salud materna. La mejora de la salud materna está considerada en las Metas de Desarrollo del Milenio como uno de los prerrequisitos esenciales para el desarrollo y para la reducción de la pobreza, de allí la importancia de realizar las reformas y los ajustes institucionales necesarios para superar las barreras y problemas identificados. Para lograr este objetivo la comunidad internacional se planteó reducir en tres cuartas partes (75%) la tasa de mortalidad materna, entre los años 1990 y el 2015.

En nuestro país, para 1990, la mortalidad materna se ubicaba en 58,9 por cada 100 NVR. De acuerdo al compromiso con los Objetivos del Milenio que es reducir en un 75% esta tasa, se esperaría que para el 2015 Venezuela tuviese una tasa aproximada de 14,7 por cada 100 mil NVR.

Reducir en 75% entre 1990 y 2015 la tasa de mortalidad derivada de la maternidad

En Venezuela el compromiso es:

1990: 58.9 X 100.000 NVR

2015: 14.7 x 100.000 NVR

Hoy tenemos cinco veces más de lo que establecía la meta.

Las tasas de mortalidad materna de los años recientes no muestran un avance significativo. En el año 2009 se registró la cifra más alta del período analizado (1990-2009) y según los últimos datos disponibles, la tasa registra cinco veces más de lo que establecía la meta, por tanto, Venezuela no

logrará cumplir la meta de los Objetivos del Milenio en materia de Mortalidad Materna para el año 2015.

Estos indicadores de salud muestran un perfil poco alentador y los resultados deben ser un motivo de reflexión y un llamado a la revisión de las políticas, programas y proyectos nacionales en el ámbito de la salud sexual y reproductiva, para definir estrategias integrales de atención que incidan en una disminución de la mortalidad materna.

Según datos del Ministerio del Poder Popular para la Salud (2009), el 19% de la mortalidad materna corresponde a jóvenes menores a los 20 años de edad (Gráfico 3).

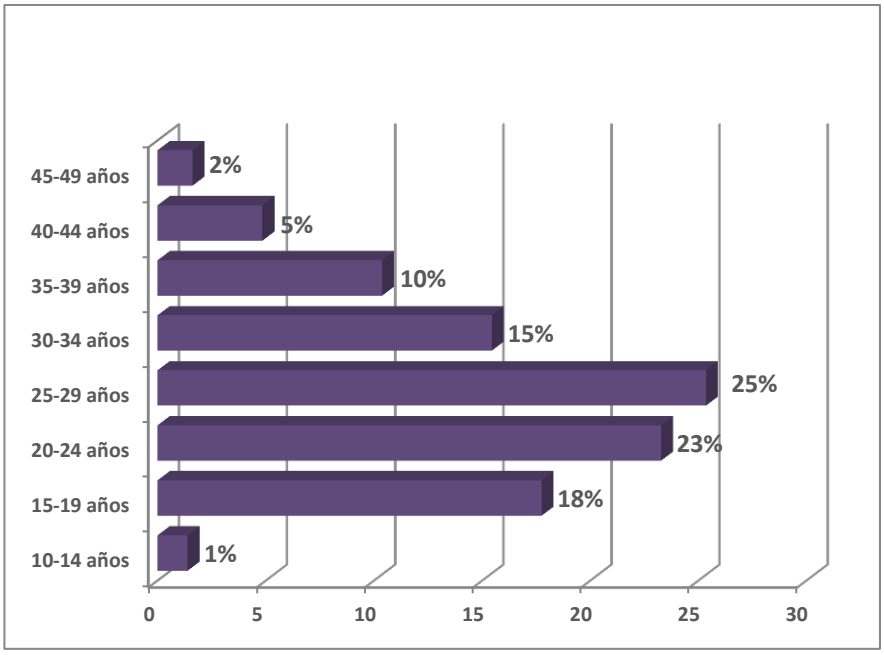


Gráfico 3: Mortalidad Materna. Embarazo, parto y puerperio (O00-O99) por grupos de edad. (%) Venezuela. Año 2.009.

1.2 Causas de la Mortalidad Materna

La atención institucionalizada del parto en Venezuela es del 98% según las estadísticas oficiales. Esto implica que las deficiencias no están asociadas a cobertura sino a la calidad de la atención, a la poca capacidad resolutiva de las emergencias obstétricas y a las prácticas abortivas de riesgo por embarazos no deseados. No es suficiente que existan servicios, es necesario que éstos sean accesibles y de calidad para que el derecho a la vida de las mujeres no esté amenazado durante el parto.

La Comisión de Epidemiología de las Redes de Sociedades Científicas y Médicas Venezolanas plantea que:

> *[…] los cuidados obstétricos esenciales, carecen aún de la aplicación de un enfoque estratégico, que tome en consideración: la prevención de embarazos no deseados, la prevención del embarazo precoz y las complicaciones derivadas de ellos. El acceso universal a servicios de maternidad asequibles y de calidad, dentro de un sistema coordinado de atención de salud. La preparación y asistencia de recursos humanos calificados y la Información estratégica para la acción y la rendición de cuentas* (Redes de Sociedades Científicas Médicas Venezolanas, 2013:8).

Tal como se muestra en la tabla 1, las principales causas de las muertes maternas en el país, son:

1. Trastornos hipertensivos en el embarazo, parto y el puerperio (24%).
2. Otras afecciones no especificadas (38%)
3. Complicaciones del trabajo de parto y del alumbramiento (13%).
4. Abortos inseguros (9%).

Tabla 1: *Principales causas de Mortalidad Materna Embarazo, parto y puerperio (O00-O99) Venezuela. Año 2.009***.**

Causa de mortalidad materna	**% de casos**
Edema, proteinuria y trastornos hipertensivos en el embarazo, el parto y el puerperio (O10-O16).	24
Otras afecciones obstétricas no clasificadas en otra parte (O95-O99).	38
Complicaciones del trabajo de parto y del alumbramiento (O60-O75).	13
Embarazo terminado en aborto (O00-O08).	9
Complicaciones principalmente relacionadas con el puerperio (O85-O92).	9
Otros trastornos maternos relacionados principalmente con el embarazo (O20-O29).	1
Atención materna relacionada con el feto y la cavidad amniótica y a posibles problemas del parto (O30-O48).	6
TOTAL Embarazo, parto y puerperio	100

Estas muertes maternas ocurren con mayor frecuencia en mujeres entre los 20 y 29 años de edad (Tabla 2). *"Las principales causas de los decesos siguen asociadas a los trastornos hipertensivos en el embarazo, complicaciones del parto y en el alumbramiento y abortos inseguros. La mayor proporción de muertes corresponde al grupo de mujeres entre 20 y 39 años (80%)". (*Cumpliendo las Metas del Milenio. República Bolivariana de Venezuela, 2010).

Tabla 2: *Principales causas de Mortalidad Materna Embarazo, parto y puerperio (O00-O99) por grupos de edad.Venezuela. Año 2.009.*

Causa de mortalidad materna	N° Total de casos	Grupos de edad en años								
		10-14	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50 y +
Edema, proteinuria y trastornos hipertensivos en el embarazo, el parto y el puerperio. (O10-O16)	102	**3**	**21**	**17**	**23**	**16**	**14**	**7**	**1**	-
Otras afecciones obstétricas no clasificadas en otra parte. (O95-O99)	165	**2**	**27**	**48**	**47**	**18**	**12**	**7**	**4**	-
Complicaciones del trabajo de parto y del alumbramiento. (O60-O75)	55	-	**10**	**8**	**12**	**11**	**9**	**4**	**1**	-
Embarazo terminado en aborto. (O00-O08)	41	**-**	**4**	**9**	**11**	**10**	**5**	**1**	**1**	-
Complicaciones principalmente relacionadas con el puerperio. (O85-O92)	41	**1**	**9**	**10**	**7**	**8**	**5**	**1**	**-**	-
Otros trastornos maternos relacionados principalmente con el embarazo. (O20-O29)	4	**-**	**-**	**-**	**2**	**1**	**-**	**1**	**-**	-
Atención materna relacionada con el feto y la cavidad amniótica y a posibles problemas del parto. (O30-O48)	26	**-**	**6**	**9**	**8**	**3**	**-**	**-**	**-**	-
TOTAL Embarazo, parto y puerperio	**434**	**6**	**77**	**101**	**110**	**67**	**45**	**21**	**7**	-

Fuente: Mortalidad Materna e Infantil 1990-2009, Dirección General de Epidemiología, Oficina de Análisis de Situación de Salud, MPPS. Cuadro propio. Sumas corregidas.

La OPS ha propuesto un modelo de análisis de la mortalidad materna ampliamente aceptado, que busca identificar los factores determinantes de esas muertes y que ha sido denominado "Modelo de las tres demoras". El objetivo es conocer por qué las mujeres se siguen muriendo en un mundo que supuestamente cuenta con los recursos para evitarlo.

Modelo de las tres demoras

1. Demora en tomar la decisión de buscar atención.
2. Demora en llegar al centro de salud apropiado.
3. Demora en recibir el tratamiento adecuado en el centro de salud.

Demora en tomar la decisión de buscar atención: Retardo en identificar algunos síntomas o signos de alarma y darle la debida importancia. Reconocimiento de la importancia de recibir con urgencia atención médica. Algunos elementos que influyen en este factor de demora son:

- La falta de información es una limitación clave en el reconocimiento de la situación y la solicitud de ayuda.
- Experiencias negativas en los servicios de salud demoran 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.
- Falta de autonomía de la mujer para tomar decisiones.

Demora en llegar al centro de salud apropiado: La accesibilidad a los servicios de salud es el factor determinante en este retraso y está asociado a los siguientes elementos:

- Falta de estructura vial y de comunicaciones
- Factores económicos que dificultan el traslado
- Carencia de medio de transporte

Demora en recibir el tratamiento adecuado en el centro de salud: Retardo en recibir atención oportuna y de calidad en el servicio de salud. Centros de salud con los recursos y el personal capacitado para resolver situaciones de emergencia. Son limitaciones asociadas a:

- Baja calidad de los cuidados obstétricos de emergencia
- Falta de recursos humanos con la debida capacitación
- Falta de protocolos de atención o incumplimiento de los mismos
- Carencia de medicamentos, insumos y suministros
- Malas condiciones de infraestructura
- Retardo en la referencia y traslado a centros de salud de mayor complejidad con capacidad para resolver situaciones de emergencia. Posibilidad de ambulancia u otro tipo de vehículo para efectuar un traslado cuando amerite

La aplicación del modelo de las demoras contribuye a identificar las limitaciones del sistema de salud pública con relación a la cobertura de servicios y la disponibilidad de recursos humanos y materiales que garanticen su capacidad resolutiva. El derecho a la salud tiene que ver también con la disponibilidad y la accesibilidad de los servicios.

El embarazo es un estado de salud normal, un estado saludable; sin embargo, puede complicarse y presentar riesgos importantes de salud. Todo embarazo enfrenta riesgos, toda mujer embarazada puede sufrir en forma repentina complicaciones que ponen en peligro su vida, que requieren atención obstétrica de alta calidad. Los intentos de predecir estas situaciones no han dado resultado porque la mayoría de las complicaciones ocurren de manera imprevista, de manera que, la clave para reducir la mortalidad materna está en la detección y manejo oportuno de las complicaciones.

En el contexto venezolano es posible identificar algunos factores específicos asociados a la mortalidad materna que son:

1.2.1 Deficiencias en el sistema de salud

Investigaciones realizadas en el país (Fundación Escuela de Gerencia Social, 2006; Cruz Cordero, 2010) coinciden en reconocer la dificultad de prever las causas de la mortalidad materna en la mayoría de los casos, aunque coinciden en que está relacionada con la atención oportuna a la madre en el momento del parto y con el aborto inseguro, puesto que identifican dificultades de las embarazadas para tener acceso a los centros de salud al momento de presentarse afecciones orgánicas no controladas, emergencias del último trimestre e infecciones.

El problema se agudiza en las regiones más apartadas de los principales centros urbanos, donde no existen suficientes recursos para tratar las afecciones de las embarazadas, ya que los centros de salud rurales carecen de los insumos necesarios para la prestación de los servicios.

En diversos centros de salud del país, se ha identificado poca capacidad para un manejo adecuado de posibles complicaciones en el embarazo, parto y puerperio. Esta es una situación de profunda inequidad social en el goce y disfrute de los avances científicos y tecnológicos que viven muchas mujeres. En un ambulatorio rural no existen las condiciones para poder resolver una complicación obstétrica y en numerosas oportunidades tampoco cuentan con los mecanismos para estabilizar y canalizar los casos oportunamente y adecuadamente a un ente del sistema de salud de mayor complejidad.

Existen pocos servicios de cuidados obstétricos básicos donde se atiendan partos normales. Estos servicios se ubican en ambulatorios rurales, ambulatorios tipo II o centros de salud pequeños. La falta de una red de servicios obstétricos esenciales para la atención de partos normales genera congestión en las grandes maternidades, de manera que, ampliar la red de servicios esenciales podría descongestionar los centros obstétricos que se requieren para cuidados ampliados y que sólo son necesarios en casos más complicados.

Existen algunas mejoras introducidas con la Misión Niño Jesús que ha fortalecido a las maternidades y a los servicios de atención primaria del parto y con la incorporación de las Clínicas Populares de Misión Barrio Adentro a la red de servicios obstétricos. Sin embargo, aún no se cuenta con una red óptima de servicios obstétricos en el país.

1.2.2 Altos índices de embarazo adolescente

En Venezuela se registra la tasa más alta de embarazo adolescente entre los países de Sur América, con 101 nacimientos por cada 1.000 mujeres de 15 a 19 años de edad según datos del UNFPA, frente a 74 de promedio del resto de los países. El 22% del total de nacimientos corresponde a madres menores de 20 años (UNFPA, 2012).

Una adolescente, al embarazarse está arriesgando su salud, su vida y la del hijo o hija que está por nacer. Una adolescente menor de 15 años tiene cinco veces más posibilidades de morir por causas relacionadas con el embarazo y el parto que una mujer de 20 años. De las 434 mujeres que murieron por causas relacionadas al parto, embarazo y puerperio para el año 2009, el 19% son menores de 20 años. Estas cifras evidencian que en la composición de la mortalidad materna un porcentaje significativo es de adolescentes.

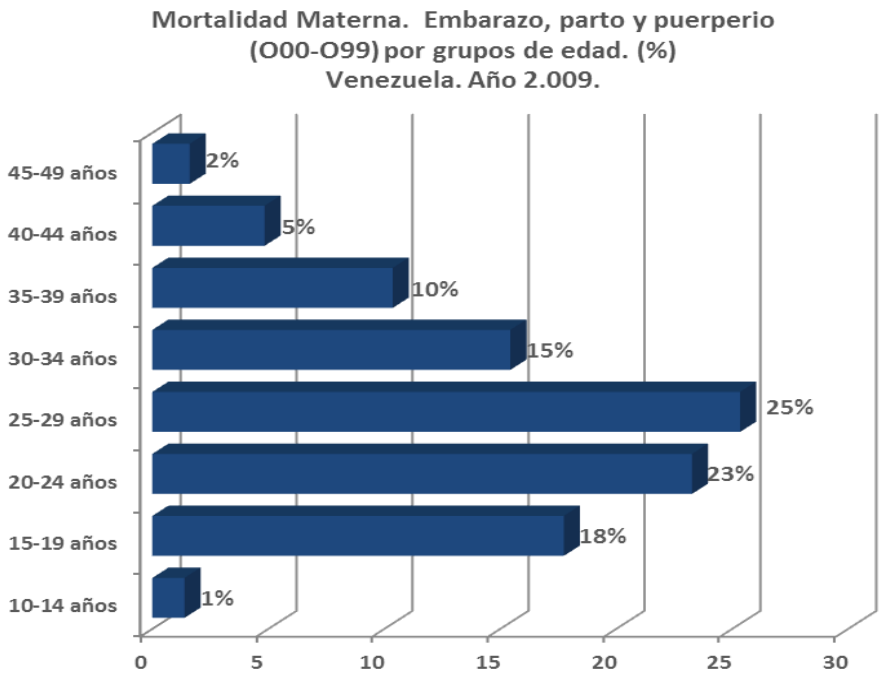


Gráfico 4: Mortalidad Materna. Embarazo, parto y puerperio (000-009) por grupos de edad (%). Venezuela, 2009. Fuente: Ministerio de Salud (2009).

A escala mundial, al menos uno de cada diez abortos ocurre entre jóvenes de 15 a 19 años de edad. Un alto porcentaje se realiza en malas condiciones, comprometiendo su salud y vida. Muchos de los embarazos de adolescentes no son planificados ni deseados, como lo reportan numerosos estudios realizados.

El Comité de los Derechos del Niño, órgano que vela por el cumplimiento de la Convención de los Derechos del Niño, ha expresado su preocupación en reiteradas oportunidades sobre los altos índices de mortalidad materna, de abortos inseguros, y de la falta de acceso a servicios de adolescentes para la protección de su salud sexual. Una política destinada a la disminución de los embarazos en adolescentes debe enfocarse en una educación sexual integral dirigida al ejercicio de una sexualidad responsable, ampliar el acceso y uso de métodos anticonceptivos y de servicios de salud sexual y reproductiva.

La información y los servicios de anticoncepción son fundamentales para evitar embarazos no deseados favoreciendo el derecho de todas las personas a tener el número de hijos e hijas que

deseen y la planificación del momento e intervalo entre éstos. El acceso a servicios de calidad de salud sexual y reproductiva es un reto del sistema de salud. Estos servicios deberían incluir la atención médica, asesoramiento e información y educación relacionadas con la salud sexual y reproductiva.

Igualmente, es necesario que las adolescentes tengan acceso a métodos anticonceptivos debido a las altas tasas de embarazo en ese grupo de edad. Son pocos los servicios dirigidos especialmente para adolescentes que respondan a las características de este grupo poblacional, que les permita motivar a adolescentes y jóvenes a postergar el embarazo y alcanzar niveles más altos de educación.

Es importante el empoderamiento de las adolescentes para ejercer su derecho a decidir el número de hijos e hijas a tener, el momento oportuno y el espaciamiento. El acceso mayor a métodos anticonceptivos seguros, asequibles y eficaces ampliará las opciones y posibilidades de tomar decisiones responsables en temas de reproducción. El uso de métodos anticonceptivos contribuye a mejorar la salud materna e infantil, a prevenir embarazos no deseados o muy poco espaciados.

No existen datos disponibles para determinar la necesidad no satisfecha de planificación familiar en el país, ni la tasa de uso de anticonceptivos que son indicadores de medición propuestos en la Meta 5b: Lograr, para el año 2015, el acceso universal a la salud reproductiva de los Objetivos de Desarrollo del Milenio.

1.2.3 Abortos inseguros asociados a la mortalidad materna

En Venezuela existe un marco jurídico restrictivo en cuanto al aborto. La Ley de Reforma Parcial del Código Penal publicada en Gaceta Oficial de la República Bolivariana de Venezuela, Número 5494, de fecha 20 de octubre de 2000 establece que el aborto es legal sólo cuando la vida de la parturienta está en riesgo. La participación en este acto médico, será penada con prisión de 6 meses a 2 años para la mujer que se provoque el aborto (Art. 432) y prisión para quien le provoque el aborto (Art. 433).

No obstante, los abortos inseguros constituyen la tercera causa de mortalidad materna. Esta situación sugiere la necesidad de una revisión de las leyes que penalizan la interrupción voluntaria del embarazo. En los países que han adoptado una mayor apertura frente al aborto se ha reducido la mortalidad materna. Es recomendable analizar y discutir ampliamente la conveniencia de flexibilizar el marco jurídico en el país en lo relativo a la penalización del aborto, como una medida de salud pública que puede contribuir significativamente en la disminución de la mortalidad materna. Paralelo a una medida de esta naturaleza, se debe fortalecer el acceso a métodos anticonceptivos para prevenir embarazos no deseados.

La relación estrecha entre mortalidad materna y aborto inseguro ha motivado al Comité que monitorea la Convención sobre la Eliminación de todas las formas de Discriminación Contra la Mujer (CEDAW) y al Comité que vigila el cumplimiento del Pacto Internacional de los Derechos Económicos, Sociales y Culturales (CDESC) a determinar la responsabilidad de los Estados por violación del derecho a la vida de las mujeres. Igualmente, han recomendado que se revisen las normas que penalizan el aborto. Los Estados están en el deber de adoptar las medidas necesarias para garantizar el derecho a la vida de todas las personas, incluidas las mujeres embarazadas que deciden interrumpir su embarazo (IIDH, 2003).

En este mismo sentido, la Corte Interamericana de Derechos Humanos (CIDH) considera que el Derecho a la vida impone a los estados desarrollar medidas y acciones para prevenir y evitar situaciones que ponen en riesgo la vida de las personas.

Igualmente, en el Consenso de Montevideo (2013) se expresa la misma preocupación*: "por las elevadas tasas de muertes maternas, en gran medida debidas a la dificultad para acceder a servicios adecuados de salud sexual y salud reproductiva y a la realización de abortos inseguros, y conociendo que algunas experiencias en la región muestran que la penalización del aborto provoca el incremento de la mortalidad y morbilidad maternas y no disminuye el número de abortos, todo lo cual aleja a los Estados del cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo del Milenio".*

1.2.4 Deficiencias en el control prenatal en zonas rurales y alejadas

La cobertura de atención prenatal es uno de los indicadores correspondientes a la meta 5b, incluida en los Objetivos de Desarrollo del Milenio por su importancia en el mejoramiento de la salud materna. Para que el control prenatal pueda garantizar resultados favorables para la salud materno-infantil, es necesario que sea temprano, periódico, completo y de alta cobertura. Según los parámetros internacionales debería tener una cobertura del 90% de la población obstétrica. Mediante el control prenatal es posible vigilar la evolución del embarazo y preparar a la madre para el parto y puerperio. El objetivo es cuidar la salud de la madre y del bebé previniendo o detectando factores de riesgo, problemas del embarazo y promoviendo conductas saludables.

La OMS recomienda asistir al menos a cuatro citas de cuidados prenatales que incluyan, como mínimo, el diagnóstico y en su caso el tratamiento de infecciones y la identificación precoz de problemas sintomáticos durante el embarazo. En nuestro país, la atención Prenatal está en 94% con por lo menos 4 visitas (2007-2012). De acuerdo a UNICEF (citado por Observatorio Venezolano de los Derechos de las Mujeres, 2014) la atención durante el parto en instituciones se ubica en 95% coincidiendo con la cifra oficial.

A pesar de esta cobertura, existen debilidades que generan las altas cifras de muertes maternas que tenemos en el país, sobre todo en áreas rurales y aisladas donde las mujeres confrontan dificultades de acceso para acudir a las consultas prenatales y donde el índice de mortalidad materna es mayor, tal como se ha mencionado.

1.3 El marco jurídico y normativo

Existe un marco jurídico favorable para abordar el problema de la mortalidad materna. En Venezuela hay importantes avances en materia de reconocimiento del derecho a una maternidad segura y protocolos de atención. Sin embargo, las altas cifras de mortalidad materna reflejan las fallas de la respuesta del Estado venezolano en la garantía de los derechos sexuales y reproductivos de las venezolanas:

1. Derecho a no morir por causas relacionadas con el embarazo y parto.
2. Derecho a no morir por abortos clandestinos o inseguros.
3. Derecho del hombre y de la mujer a obtener información y planificación de la familia de su elección.
4. Derecho a recibir servicios adecuados de atención de la salud, que permitan los embarazos y los partos sin riesgos, y den a las parejas las máximas posibilidades de tener hijos sanos.
5. Derecho a la atención y servicios médicos para todas las personas, en caso de enfermedad.
6. Derecho de la mujer a realizar un plan de procreación con asistencia médica o de una partera reconocida, en un hospital o en un ambiente alternativo.

Aunque contamos con un amplio marco jurídico existen algunas reformas que podrían tener un impacto positivo para el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos.

- **Reforma de la Ley Orgánica de Salud**: Es necesario contar con una Ley de Salud que favorezca una mayor articulación del sistema y permita coordinar las políticas públicas en el ámbito sanitario. La Ley de Salud vigente es del año 1998, anterior a la nueva Constitución de la República Bolivariana de Venezuela. En los últimos años han existido diversas iniciativas de reforma y propuestas de nuevas leyes, pero ninguna se ha concretado.
- **Actualización de la Norma Oficial de Salud Sexual y Reproductiva:** Es importante actualizar la Norma Oficial en Salud Sexual y Reproductiva para adecuarla a los cambios suscitados en los últimos años, como son el surgimiento de la Misión Barrio Adentro y Niño Jesús y el Diseño del Protocolo de Atención. Cuidados Prenatales y Atención Obstétrica del año 2011 que no están contemplados en la norma.
- **Despenalizar el aborto:** Es necesario reformar al marco jurídico para flexibilizar las normas que penalizan la interrupción voluntaria del embarazo.

1.4 Competencias institucionales en el área de prevención de la mortalidad materna

El Ministerio del Poder Popular para la Salud (MPPS) es el ente rector de políticas públicas dirigidas a prevenir la mortalidad materna. Esta responsabilidad la ejerce a través de la Coordinación Nacional del Programa de Salud Sexual y Reproductiva perteneciente a la Dirección de Atención a la Madre, Niños, Niñas y Adolescentes. Además se cuenta con la red de atención de Barrio Adentro I, II y III y con los siguientes programas:

Fundación y Misión Niño Jesús

A consecuencia de la gravedad de la situación de mortalidad materna en el país, en diciembre del 2009, según decretos presidenciales N° 7.139 y 7.140 (Gaceta oficial N° 39334 del 23 de diciembre del 2009), se crea 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", respectivamente.

El propósito de esta Misión *es "ejercer a través del Ministerio del Poder Popular para la Salud, la rectoría intersectorial e interinstitucional sobre la política sanitaria en el país, para la superación de los determinantes e inequidades que inciden en la mortalidad materna e infantil; esperando producir un impacto considerable en la disminución de las mismas en un lapso de tiempo menor a los cinco (05) años*" (MPPS, 2010: 1).

La Misión Niño Jesús tiene como función primordial, la creación de condiciones favorables para que las mujeres embarazadas culminen exitosamente su gestación, brindándoles atención médica y educativa en condiciones de igualdad, inclusión y justicia social. La fundación Niño Jesús trabaja conjuntamente con los Consejos Comunales, desarrolla campañas educativas y promueve la dotación de salas de atención obstétrica y neonatal de las maternidades públicas y otros centros de salud, además de promover la formación docente y las investigaciones en materia de atención materno-infantil.

Casas de Abrigo Maternal

Desarrolladas en el marco de la Misión Niño Jesús. Son instalaciones de baja complejidad que ofrecen:

a. Alojamiento temporal de mujeres 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.
b. Apoyo nutricional en períodos más prolongados.
c. Prevención y tratamiento de complicaciones de bajo y mediano riesgo.

En el país existen 15 Casas de Abrigo Maternal ubicadas en los estados Lara, Portuguesa, Anzoátegui, Apure, Barinas, Distrito Capital, Falcón, Guárico, Mérida y Vargas. En Mérida existen 4 casas y en Barinas 2 (información obtenida de la página web de la Misión Niño Jesús, consultada en mayo del 2013). Los resultados de esta Misión no han sido los esperados en relación con el impacto en la disminución de la mortalidad materna.

1.5 La disminución de la mortalidad materna es un gran desafío para el Estado venezolano

> *La disminución de la mortalidad materna es un gran desafío para la sociedad venezolana en su conjunto, para lo cual se instrumentan, en el marco de la Misión Niño Jesús, cambios institucionales en la atención integral a la mortalidad materna, los cuales están dirigidos a garantizar de forma efectiva el acceso a la planificación familiar, cuidados obstétricos de emergencia, servicios de transporte para el momento del parto, control prenatal y atención de calidad por parte de los servicios obstétricos (recurso humano suficiente y calificado, insumos y equipamiento adecuados). (*Cumpliendo las Metas del Milenio. República Bolivariana de Venezuela: 2010).

El Ministerio del Poder Popular para la Salud ha identificado unos determinantes asociados a problemas en los servicios que inciden en la mortalidad materna y en otros problemas de salud pública. Estos determinantes son:

- *Existencia de barreras de acceso a los establecimientos de salud y poca capacidad resolutiva de los mismos.*
- *Incumplimiento de las normas esenciales de atención en salud sexual y reproductiva, lactancia materna, niños, niñas y adolescentes y enfermedades heredo metabólicas.*
- *Déficit de recursos humanos capacitados / actualizados adecuadamente para la atención en salud a la población.*
- *Fallas en el sistema de red de atención obstétrica e infantil, para garantizar el cumplimiento del sistema de referencia y contra-referencia con falta de integración de consultorios y centros diagnósticos en las acciones del programa.*
- *Déficit en el cumplimiento de la estrategia de la Promoción de la Lactancia Materna en los servicios de salud.* (MPPS, 2012: 9).

Estas áreas a mejorar deben constituir un punto de partida para el diseño, seguimiento y evaluación de las políticas de salud dirigidas a mejorar la salud materna. Es fundamental lograr una mayor articulación de la respuesta del Estado venezolano frente al problema de la mortalidad materna. Desde la perspectiva institucional hay una serie de debilidades a enfrenta, que son:

- **Carencia de integración y coordinación institucional**. El ente rector del sistema sanitario nacional es el Ministerio del Poder Popular para la Salud (MPPS). Sin embargo, existe una serie de servicios de salud pertenecientes a varias instituciones: Seguro Social, Red de

Salud de Barrio Adentro. Se requieren mayores niveles de coordinación y articulación entre las diversas instituciones prestadoras de servicios de atención obstétrica en el país. La poca claridad en la delimitación de las funciones y espacios que competen a cada instancia dificulta el cumplimiento de una rectoría eficaz por parte del Ministerio de Salud.

- **Carencia del recurso humano capacitado**. Se ha identificado un déficit de recursos humanos capacitado y actualizado. Para ello es fundamental continuar con los esfuerzos por formar a profesionales de la salud siguiendo el Protocolo de Atención, Cuidados Prenatales y Atención Obstétrica.
- **Dificultad para evaluar el recurso humano dependiente de diversas instituciones**. En Venezuela el recurso humano es contratado por la Dirección de Salud de cada estado, rinde cuentas a la Dirección de Salud o Corporación de Salud dependiente de cada Gobernación. Si no existe una efectiva coordinación entre las entidades regionales con el Ministerio de Salud, es difícil realizar las acciones de seguimiento y evaluación de las actuaciones de los prestadores de servicios. Igualmente, en el caso del recurso humano dependiente de otros entes gubernamentales.
- **Deficiencia en registros epidemiológicos y estadísticas oficiales.** En el país existen profundas fallas en el sistema de vigilancia epidemiológica que limitan las acciones de prevención de la mortalidad materna. La vigilancia epidemiológica de la mortalidad materna debe cumplir una doble función: recolectar la información pertinente para su análisis y realizar recomendaciones para el diseño de una política de salud que ofrezca una respuesta satisfactoria a este grave problema de salud pública. Es difícil emprender un análisis de los avances y limitaciones de Venezuela en el ámbito de la mortalidad materna debido a la escasez, sub-registro y retraso en las estadísticas oficiales. El Ministerio de Salud tiene un marcado retraso en la presentación de datos epidemiológicos y de cobertura de servicios. La Encuesta Nacional de Población y Familia es de hace 16 años (1998). Fue realizada la Encuesta Demográfica de Venezuela 2010 (ENDEVE), sin embargo, no han sido publicados los datos obtenidos. La ENDEVE constituye un importante instrumento estadístico que sirve para obtener información acerca de los componentes que inciden en la dinámica demográfica: fecundidad, mortalidad y migración. La ENDEVE recoge información sobre variables vinculadas con la salud sexual reproductiva de la mujer y de las adolescentes, tales como: atención durante el embarazo y el parto, conocimiento y prácticas de métodos anticonceptivos, lactancia materna y violencia conyugal contra las mujeres, por lo que resulta de una enorme importancia para la planificación demográfica y las políticas de prevención de la mortalidad materna en el país.

II Opiniones sobre el Derecho a la salud reproductiva de las venezolanas

Con el objetivo de conocer las opiniones de la población venezolana sobre los derechos y la salud sexual y reproductiva en 5 áreas problemáticas, que son: embarazo adolescente, mortalidad materna, violencia de pareja, infecciones de transmisión sexual VIH/SIDA y discriminación por razones de diversidad sexual. Se diseñó un estudio de campo, tipo encuesta por muestreo en cinco estados de Venezuela, a fin de obtener la información directamente de la población. De manera concreta se buscó responder a la siguiente interrogante: **¿Cuáles creencias favorecen o limitan el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos en Venezuela?** A continuación se presenta un breve resumen de la metodología del estudio y los resultados obtenidos en materia de mortalidad materna. Los aspectos metodológicos se presentan en su totalidad en el cuaderno metodológico de esta colección.

2.1 Metodología de estudio

La población definida para la aplicación de la encuesta fue, personas mayores de 18 años de cinco ciudades centro occidentales del país: Maracaibo, estado Zulia; Barquisimeto, estado Lara; Mérida, estado Mérida; Maracay, estado Aragua; y de los municipios Chacao y Libertador de los estados Miranda y Distrito Federal de la Gran Caracas.

La selección de la muestra fue agrupada en tres subgrupos de acuerdo a estrato social: Alto, Medio y Bajo. El estrato alto, reúne los estratos A y B y representa el máximo nivel de confort en la clasificación. Da cuenta de las mejores condiciones estructurales de las viviendas, construcciones con acabados óptimos en cuanto a materiales de paredes, pisos y techos de las viviendas, con condiciones sanitarias óptimas, a saber: dotación apropiada de servicios sanitarios y red de aguas servidas.

El estrato medio da cuenta del estrato C, cuyas viviendas ofrecen buenas condiciones estructurales, con paredes frisadas, techos metálicos y piso de cemento o cerámica, con servicio sanitario conectado a cloacas o pozo séptico.

El estrato bajo, agrupa los estratos D y E, sus condiciones son deficientes, en términos estructurales y paredes sin frisar, pisos de cemento, y el servicio sanitario, tanto deficiente o malo, no está conectado a cloacas o pozo séptico.

Con la finalidad de verificar el estrato se realizó un recorrido por los puntos muestrales seleccionados antes de comenzar a levantar la información. La correspondencia con las características propias del estrato se verificó a través de la observación durante el recorrido en la localidad (entrando a las viviendas situadas y explorando con las personas residentes de la misma).

Adicionalmente, se consideraron en cada entidad estudiada: 6 personas con VIH/SIDA, 6 personas que formen parte de la comunidad LGBTI (lesbianas, gays, bisexuales, transexuales, intersexuales), y en el caso de la Gran Caracas se consideraron 12 personas de cada subgrupo. La muestra quedó constituida por 1.158 personas, distribuidas de la siguiente manera:

Tabla 3: *Muestra por ciudad*				
Ciudad	**Nº de encuestas**	**Porcentaje**	**Porcentaje Válido**	**Porcentaje acumulado**
Maracay	200	17,3	17,3	17,3
Gran Caracas	311	26,9	26,9	44,1
Mérida	214	18,5	18,5	62,6
Maracaibo	233	20,1	20,1	82,7
Barquisimeto	200	17,3	17,3	100,0
Totales	158	100,0	100,0	

Fuente: CISOR, 2013

La población de Aragua fue seleccionada en el municipio Girardot, parroquias Madre María de San José, Joaquín Crespo y Las Tacariguas. La población de la Gran Caracas se distribuyó entre el Municipio Chacao (parroquia Chacao) y Municipio Libertador (parroquias La Candelaria, 23 de Enero y El Valle). La población correspondiente al estado Mérida fue del municipio Libertador (parroquias Antonio Spinetti Dini, Juan Domingo Suárez, Arias y J.J. Osuna). La del estado Zulia se eligió de los municipios Maracaibo y San Francisco (parroquias Juana de Ávila, Francisco Ochoa y Domitila Flores). Finalmente la población de Mérida fue seleccionada del municipio Iribarren, parroquias Catedral y Juan de Villegas. Otros datos sociodemográficos fueron el nivel educativo y la situación conyugal.

El análisis de resultados fue de tipo descriptivo-unidimensional para cada una de las afirmaciones del cuestionario, en función de las variables de mayor interés en el estudio, que son:

- **Frecuencias y porcentajes totales**
- **Género:** Femenino, masculino y transexual
- **Grupos de edad:** 18 a 24 años, 25 a 34 años, 35 a 44 años, 45 a 54 años, 55 años y más.
- **Ciudad:** Barquisimeto, Maracay, Maracaibo, Mérida y Gran Caracas.
- **Estrato:** Bajo, Medio y Alto
- **Nivel Educativo:** Ninguno, Primaria, Secundaria, Técnico Superior-Universitario-Posgrado.

Es importante resaltar que, aunque el muestreo para la encuesta tomó en consideración la selección de personas LGBTI y con VIH, estas variables no fueron consideradas para el análisis de resultados, de manera que las respuestas de estos grupos están incluidas en las variables señaladas.

Las respuestas a las afirmaciones fueron agrupadas en función del área problemática correspondiente: embarazo adolescente, mortalidad materna, violencia de pareja, infecciones de transmisión sexual VIH/SIDA y discriminación por razones de diversidad sexual; y los resultados son mostrados en cada uno de los tomos de esta colección según el área problemática correspondiente.

Los resultados se presentan en tablas y gráficos de acuerdo a las respuestas en relación con los derechos sexuales y derechos reproductivos y las diferentes variables consideradas en la investigación. Posteriormente se establecen las brechas a superar en relación con cada derecho, de acuerdo a una escala que va desde *Muy baja, Baja, Media, Media Alta, Alta,* hasta *Muy alta,* comparando el resultado obtenido en porcentaje y la distancia que separa ese resultado del cien por ciento (no se consideraron los porcentajes correspondientes a "*no responde o no sabe")*. Posteriormente se presentan estas brechas por ciudades, comparando con el porcentaje general obtenido; y los aspectos favorables al derecho, igualmente según ciudad y en comparación con el porcentaje total. Finalmente se presentan los ámbitos favorables/positivos a los derechos por ciudad.

2.2 Resultados

A continuación se muestran los resultados de las afirmaciones de la encuesta referidos al derecho a la salud reproductiva de las venezolanas.

2.2.1 En el país contamos con todos los servicios y recursos para evitar las muertes de mujeres embarazadas o en proceso de parto

El 58,3% de las personas encuestadas estima que en el país existen condiciones para evitar la mortalidad materna (Tabla 4). Las mujeres expresan un menor grado de acuerdo con la existencia de una efectiva disponibilidad de recursos y servicios para evitar las muertes asociadas al proceso de parto en el país (56%) (Gráfico 5).

Tabla 4: *En el país contamos con todos los servicios y recursos para evitar las muertes de mujeres embarazadas o en proceso de parto*

Opciones	*(f)*	*%*
Muy de acuerdo y de acuerdo	675	**58,3**
Desacuerdo y muy en desacuerdo	457	**39,5**
No sabe	18	**1,6**
No contesta	8	**0,7**
Total	1158	**100**

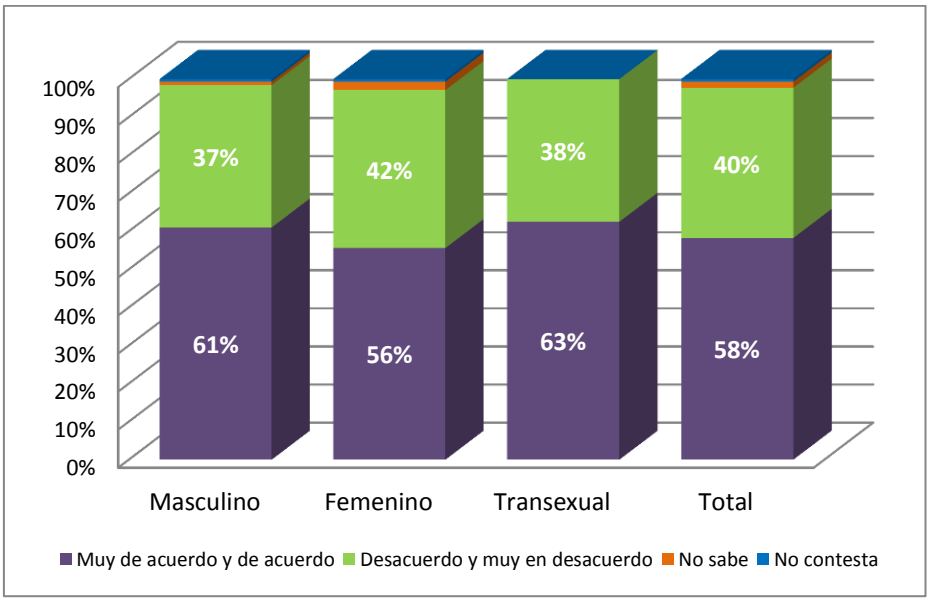


Gráfico 5: En el país contamos con todos los servicios y recursos para evitar la muerte de mujeres embarazadas o en proceso de parto, según género.

En el estrato medio existe la apreciación más favorable sobre la disponibilidad de servicios y recursos para evitar muertes maternas (62%) y en el estrato alto la menos favorable (54%), tal como se muestra en el gráfico 6. En relación con la opinión de las personas según ciudad, el gráfico 7 nos señala que Mérida (72%) y la Gran Caracas (61%) son las ciudades donde un mayor porcentaje de población identifica la existencia de servicios y recursos para evitar muertes maternas. En Barquisimeto este porcentaje es inferior (47%).

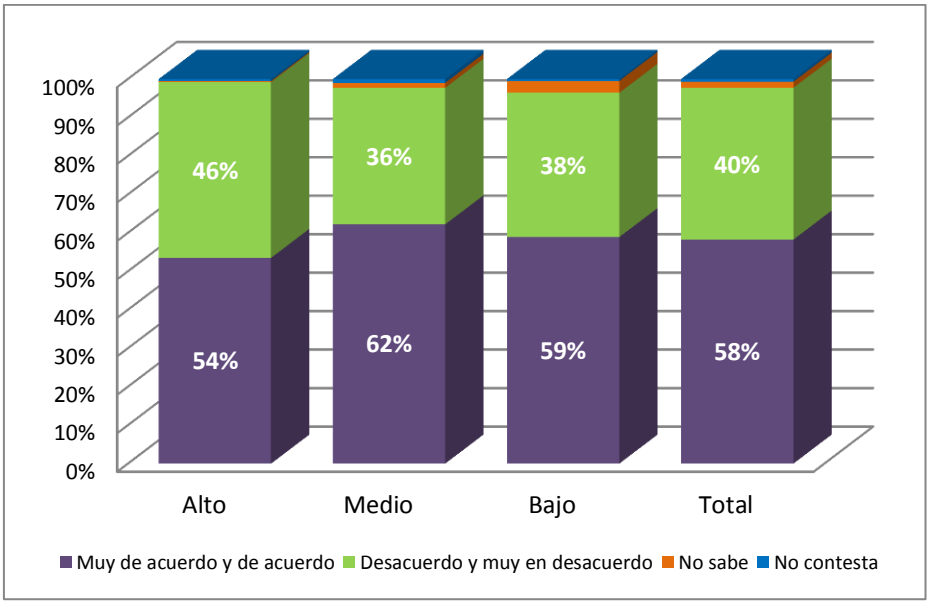


Gráfico 6: En el país contamos con todos los servicios y recursos para evitar la muerte de mujeres embarazadas o en proceso de parto, según estrato.

Los resultados evidencian que un porcentaje alto de personas considera que el Estado no garantiza cabalmente el ejercicio del derecho a una maternidad sin riesgos (40%), cifra que en el caso de Barquisimeto es del 48%.

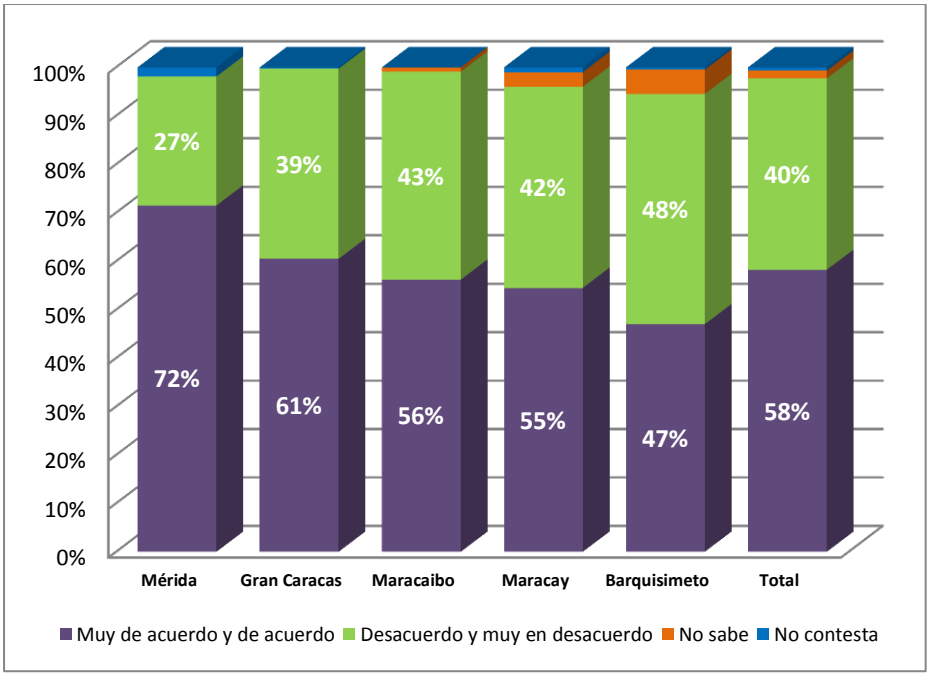


Gráfico 7: En el país contamos con todos los servicios y recursos para evitar la muerte de mujeres embarazadas o en proceso de parto, según ciudades.

La mortalidad materna es definida técnicamente como la muerte de una mujer durante el embarazo o dentro de los 42 días posteriores a la interrupción del embarazo, sin importar la duración y el lugar del embarazo, debido a cualquier causa relacionada con el embarazo o su manejo, o agravada por éste, pero no a causas accidentales o fortuitas.

Es la muerte que ocurre por una complicación del embarazo, una patología agravada por el embarazo o algo que ocurrió durante el curso de su atención. Por tanto, si la mujer no hubiera estado embarazada, no hubiese fallecido.

2.2.2 La mujer embarazada debe someterse a chequeos regulares para evitar complicaciones en el embarazo

La población está convencida de la importancia de los chequeos regulares durante el embarazo para evitar complicaciones. No existe duda de que los chequeos regulares a la embarazada son un factor clave para evitar complicaciones en la gestación. Casi la totalidad (98,3%) está de acuerdo con la afirmación (Tabla 5). El alto porcentaje de aceptación que tiene entre las personas consultadas el control médico de las embarazadas puede indicar que al existir disponibilidad y

facilidad de acceso a servicios de atención para gestantes, las mujeres estarían dispuestas a acudir porque existe el convencimiento de su importancia para evitar futuras complicaciones.

El equipo de salud está capacitado para identificar posibles problemas en la mujer o en el feto que pueden ser resueltos con facilidad y así evitar complicaciones mayores y riesgos para ambos. El objetivo del control prenatal es cuidar la salud de la madre y del feto previniendo o detectando problemas del embarazo y promoviendo conductas saludables.

Tabla 5: *La mujer embarazada debe someterse a chequeos regulares para evitar complicaciones en el embarazo*

Opciones	*(f)*	*%*
Muy de acuerdo y de acuerdo	1138	**98,3**
Desacuerdo y muy en desacuerdo	10	**0,9**
No sabe	0	**0**
No contesta	10	**0,9**
Total	1158	**100**

Los controles y cuidados oportunos durante el embarazo, el parto y el puerperio son parte de los derechos reproductivos.

2.2.3 Las mujeres embarazadas reciben buena atención por parte del personal a cargo de los servicios de salud obstétrica - La mujer que controla su embarazo en las instituciones de salud del estado recibe todos los cuidados necesarios

En ambas afirmaciones las personas expresan una percepción favorable de los servicios de salud obstétricos. El 70,4% considera que las mujeres embarazadas reciben una buena atención por parte del personal que las atiende (Tabla 6). El 64,2% estima que las mujeres que controlan su embarazo en las instituciones del Estado reciben los cuidados necesarios (Tabla 7).

Tabla 6: *Las mujeres embarazadas reciben buena atención por parte del personal a cargo de los servicios de salud obstétrica*

Opciones	*(f)*	*%*
Muy de acuerdo y de acuerdo	815	**70,4**
Desacuerdo y muy en desacuerdo	279	**24,1**
No sabe	44	**3,8**
No contesta	20	**1,7**
Total	1158	**100**

Tabla 7: *La mujer que controla su embarazo en las instituciones de salud del Estado recibe todos los cuidados necesarios*		
Opciones	***(f)***	***%***
Muy de acuerdo y de acuerdo	744	**64,2**
Desacuerdo y muy en desacuerdo	374	**32,3**
No sabe	21	**1,8**
No contesta	19	**1,6**
Total	1158	**100**

En cuanto a la valoración de la calidad de atención del personal de salud en función del género, el 72% de las mujeres considera que el personal de los servicios de atención obstétrica presta una buena atención. Los transexuales confirman esta afirmación en un 81% y los hombres en un 69% (Gráfico 8).

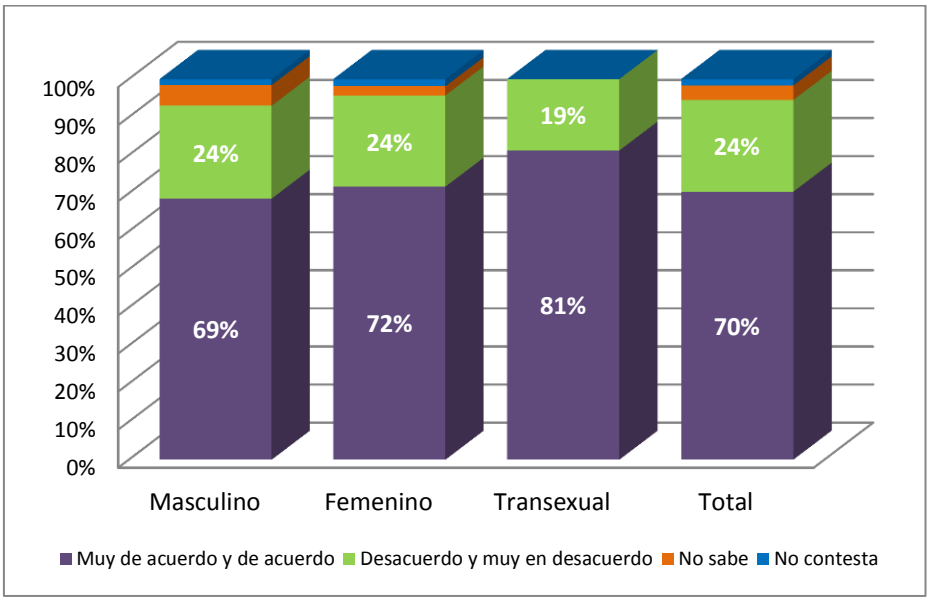


Gráfico 8: Las mujeres embarazadas reciben buena atención por parte del personal a cargo de los servicios de salud obstétrica, según género.

Con respecto a los centros de salud, mujeres y hombres comparten la apreciación favorable sobre los servicios de atención del embarazo ofrecidos por el Estado (65%). La población transexual opina lo contrario. Sólo el 38% está de acuerdo que en los centros de salud públicos las mujeres reciban todos los cuidados requeridos. La mayoría (63%) valora negativamente estos servicios (Gráfico 9).

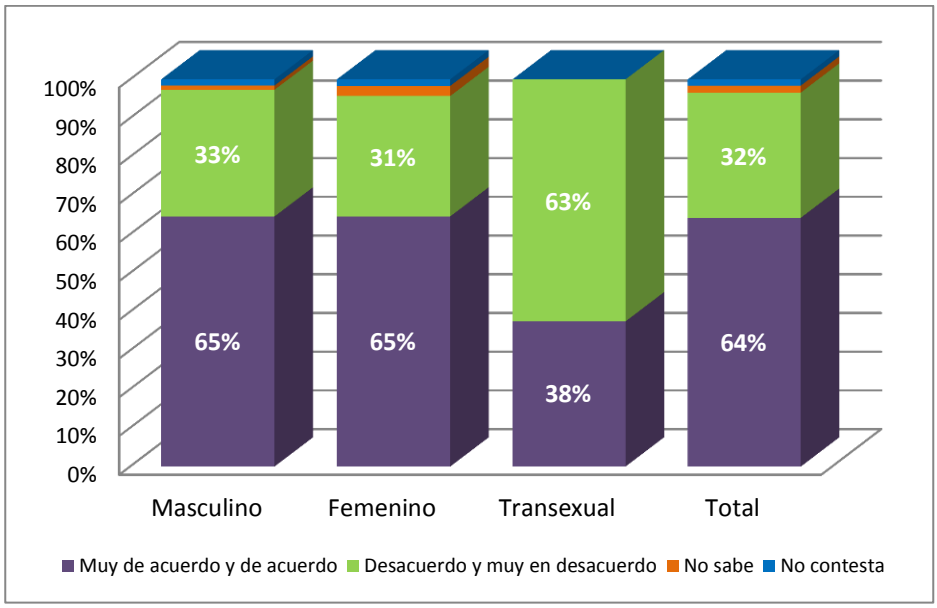


Gráfico 9: La mujer que controla su embarazo en las instituciones de salud del Estado recibe todos los cuidados necesarios, según género.

En el gráfico 10, puede verse que el estrato medio muestra la mejor valoración sobre la calidad de la atención del personal en los servicios obstétricos (76%). La peor apreciación es del estrato alto (64%). Mientras que, en cuanto a la valoración de los centros de salud, en el gráfico 11 se observa que el estrato alto tiene la más baja valoración de los servicios de atención públicos (55%). Los estratos bajo y medio tienen estimaciones semejantes (69% y 68%).

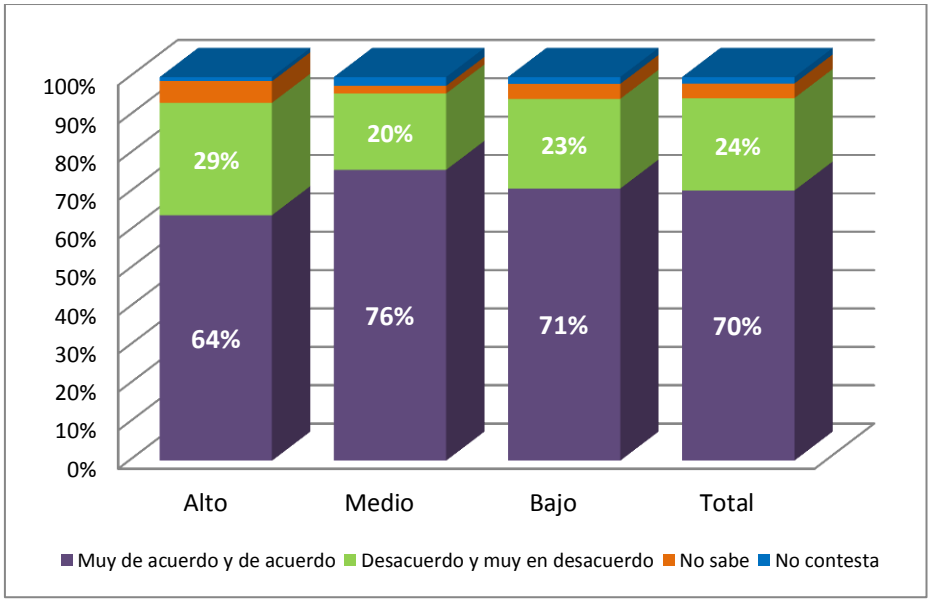


Gráfico 10: Las mujeres embarazadas reciben buena atención por parte del personal a cargo de los servicios de salud obstétrica, según estrato.

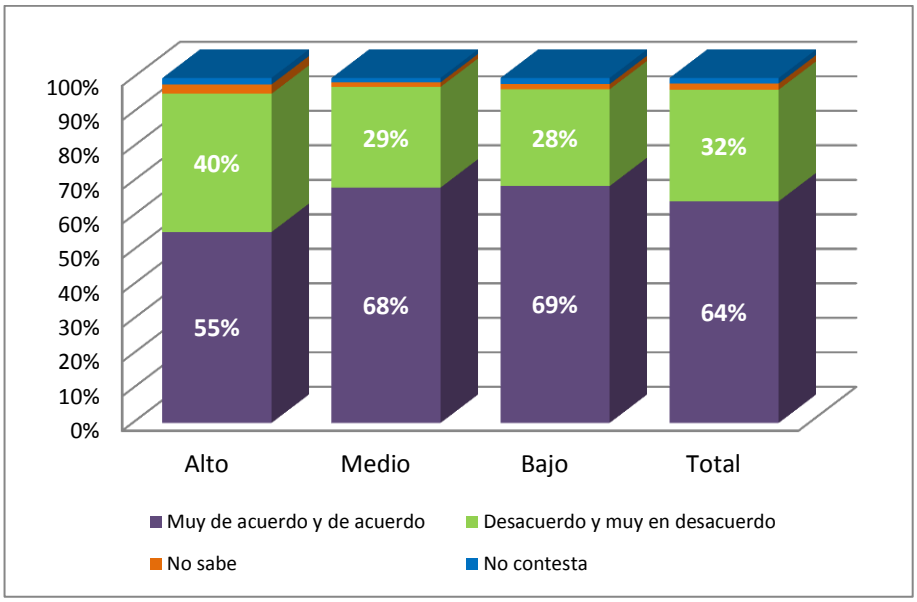


Gráfico 11: La mujer que controla su embarazo en las instituciones de salud del Estado recibe todos los cuidados necesarios, según estrato.

Maracaibo es la ciudad donde se registra la mejor valoración de la calidad de la atención del equipo de salud (77%) y en Barquisimeto se observa la más baja (63%) (Gráfico 12).

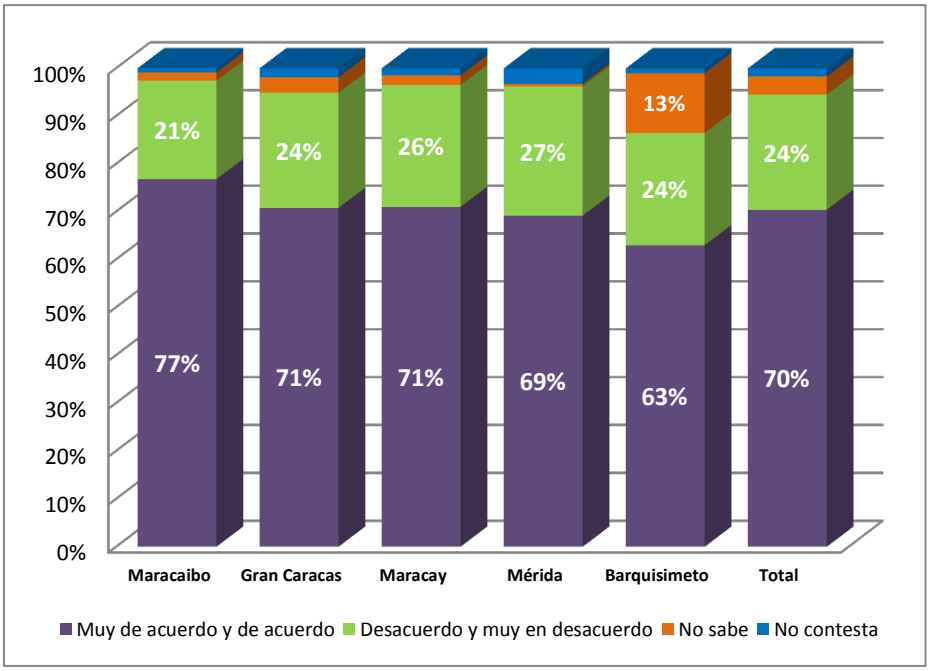


Gráfico 12: Las mujeres embarazadas reciben buena atención por parte del personal a cargo de los servicios de salud obstétrica, según ciudad

En Maracay se distingue la apreciación menos favorable hacia los servicios públicos de control del embarazo (54%). En Maracaibo (68%) y la Gran Caracas (67%) los datos indican una mayor valoración hacia estos servicios (Gráfico 13).

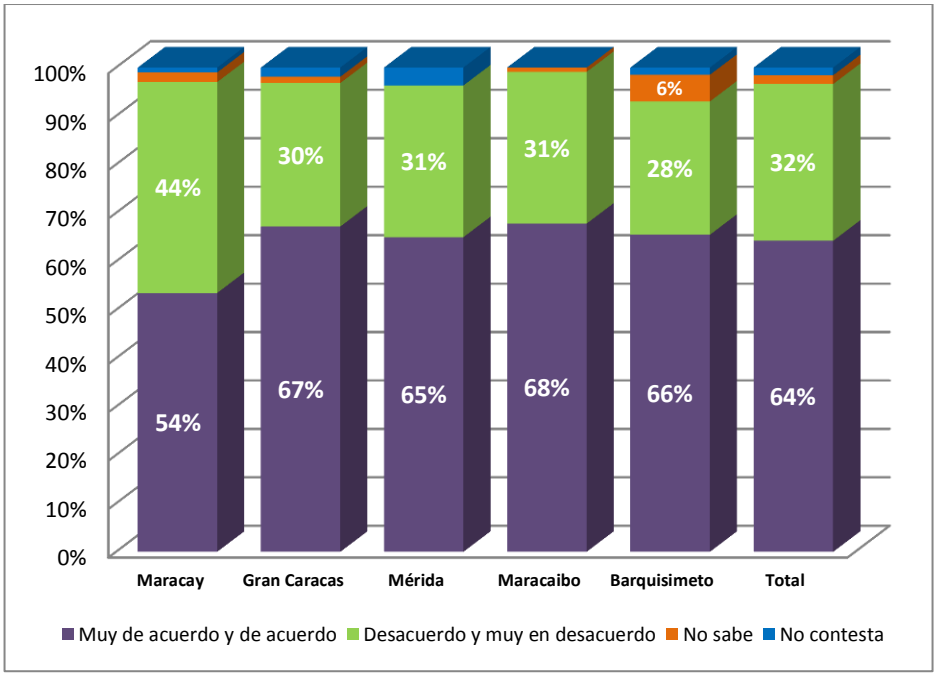


Gráfico 13: La mujer que controla su embarazo en las instituciones de salud del Estado recibe todos los cuidados necesarios, según ciudad.

2.2.4 Las mujeres que se han practicado un aborto clandestino son descalificadas por parte del personal de salud

La mayoría percibe descalificación por parte del personal de salud hacia las mujeres que se han practicado un aborto; el 52,7 por ciento considera que existe descalificación hacia las mujeres que acuden a un centro de salud después de practicarse un aborto (Tabla 8). Mujeres (50%) y hombres (53%) tienen una visión semejante de la situación de las mujeres que acuden a un servicio de salud en estas circunstancias. En la población transexual el porcentaje de personas que estima que las mujeres que están pasando por esta difícil situación son descalificadas es significativamente mayor (75%) (Gráfico 14)

Se puede inferir que, si esta es una opinión generalizada, las mujeres cuando se practican un aborto clandestino, prefieren no acudir a un servicio de salud y ponen en riesgo su salud y vida.

Tabla 8: *Las mujeres que se han practicado un aborto clandestino son descalificadas por parte del personal de salud*		
Opciones	***(f)***	***%***
Muy de acuerdo y de acuerdo	599	**52,7**
Desacuerdo y muy en desacuerdo	485	**41,9**
No sabe	57	**4,9**
No contesta	17	**1,5**
Total	1158	**100**

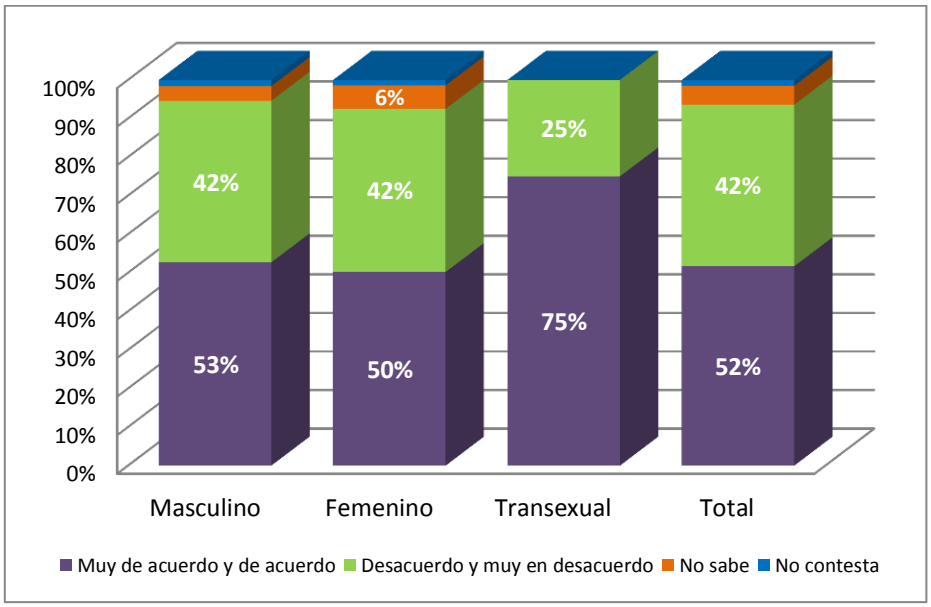


Gráfico 14: Las mujeres que se han practicado un aborto clandestino son descalificadas por parte del personal de salud, según género.

La visión entre los distintos estratos es semejante (Gráfico 15). En el estrato bajo un mayor porcentaje de personas considera que las mujeres que se han practicado un aborto clandestino son descalificadas (54%).

En Maracaibo (65%) y la Gran Caracas (60%) se observan los porcentajes mayores de cuestionamiento a la atención del personal de salud en caso de un aborto clandestino. En Mérida (37%), Maracay (44%) y Barquisimeto (47%) los más bajos. En Barquisimeto destaca el alto porcentaje de personas que declara no sabe (Gráfico 16).

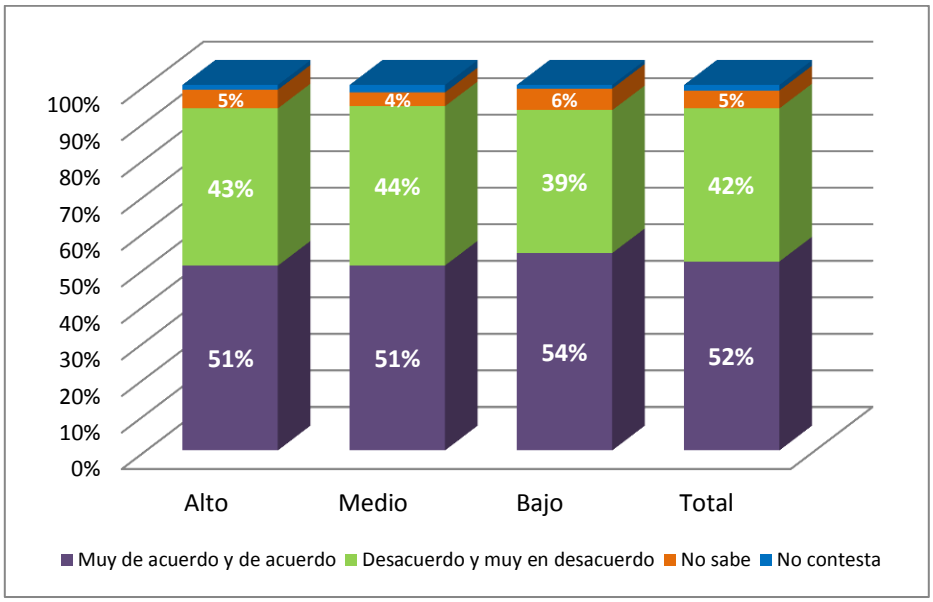


Gráfico 15: Las mujeres que se han practicado un aborto clandestino son descalificadas por parte del personal de salud, según estrato.

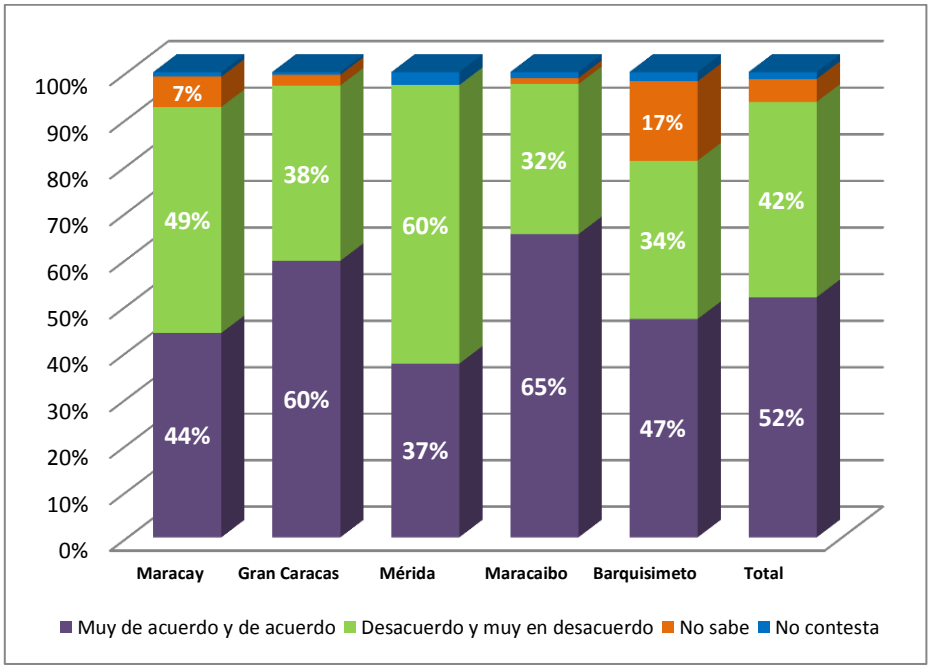


Gráfico 16: Las mujeres que se han practicado un aborto clandestino son descalificadas por parte del personal de salud, según ciudad.

Las mujeres deben tener garantizado su derecho a la salud y a la vida en el sistema de sanidad público cuando se realizan un aborto clandestino. Tienen el derecho a tener una atención de calidad como parte de sus derechos sexuales y reproductivos.

2.2.5 Ante un embarazo no deseado es aceptable que la mujer recurra a un método abortivo

Existe baja aceptación del aborto ante un embarazo no deseado, sólo el 25% de los consultados acepta el aborto frente a un embarazo no deseado, el 73% lo rechaza (Tabla 9). Esta tendencia se mantiene entre los diversos géneros (Gráfico 17). Hombres y mujeres expresan posiciones semejantes (26% y 25%). El acuerdo entre la población transexual es aún menor (13%).

Tabla 9: *Ante un embarazo no deseado es aceptable que la mujer recurra a un método abortivo*

Opciones	*(f)*	*%*
Muy de acuerdo y de acuerdo	293	**25**
Desacuerdo y muy en desacuerdo	840	**73**
No sabe	10	**1**
No contesta	15	**1,3**
Total	1158	**100**

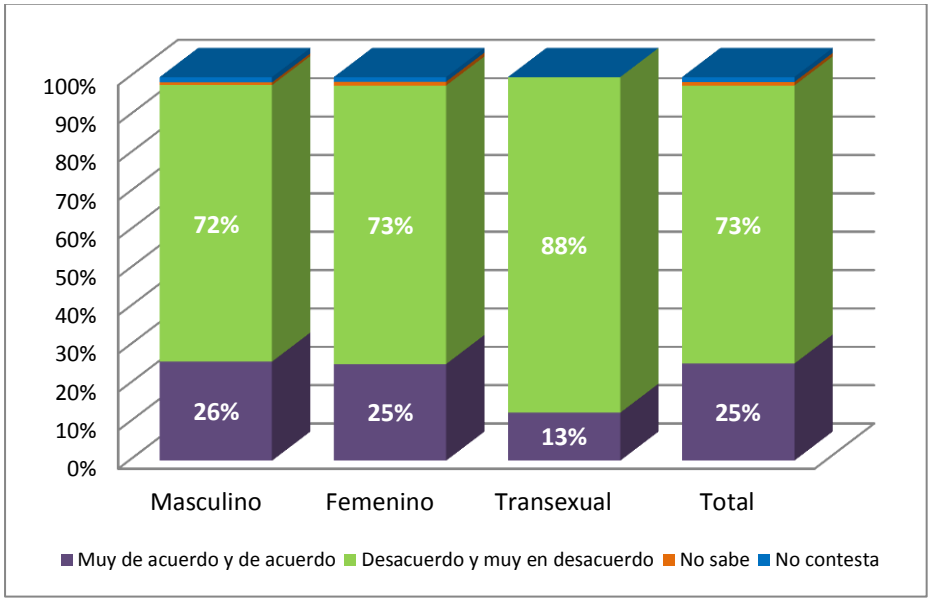


Gráfico 17: Ante un embarazo no deseado es aceptable que la mujer recurra a un método abortivo según género.

En el gráfico 18 puede observarse que en el estrato alto se registra el mayor grado de aceptación a la interrupción voluntaria del embarazo (33%) y en el estrato bajo se da la menor aceptación (21%).

Las ciudades con mayor acuerdo sobre la posibilidad de un aborto ante un embarazo no deseado son Mérida (39%) y la Gran Caracas (35%). Las ciudades que concentran menor aceptación son Barquisimeto (9%), Maracay (17%) y Maracaibo (21%). Estas cifras indican un alto grado de rechazo en estas ciudades (Gráfico 19).

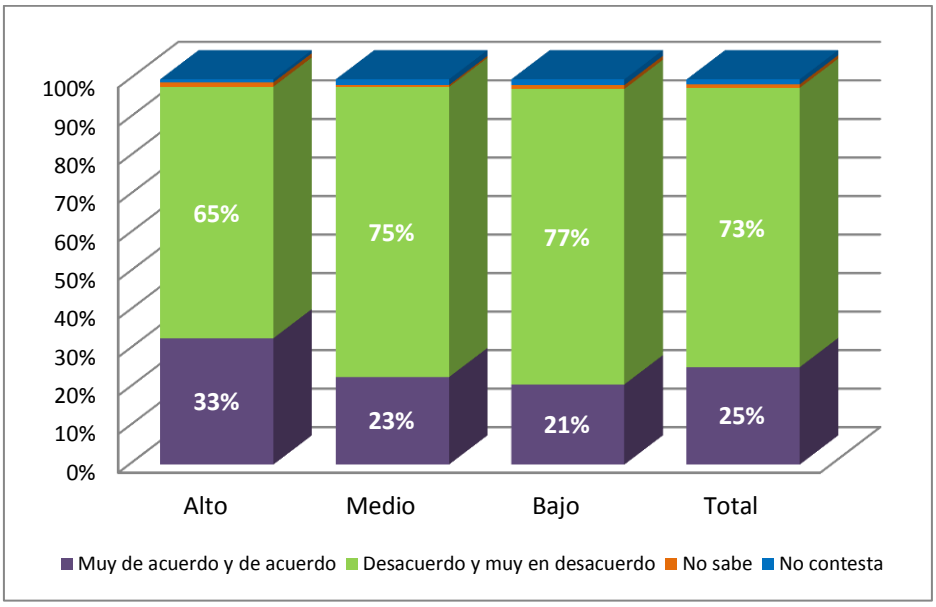


Gráfico 18: Ante un embarazo no deseado es aceptable que la mujer recurra a un método abortivo, según estrato.

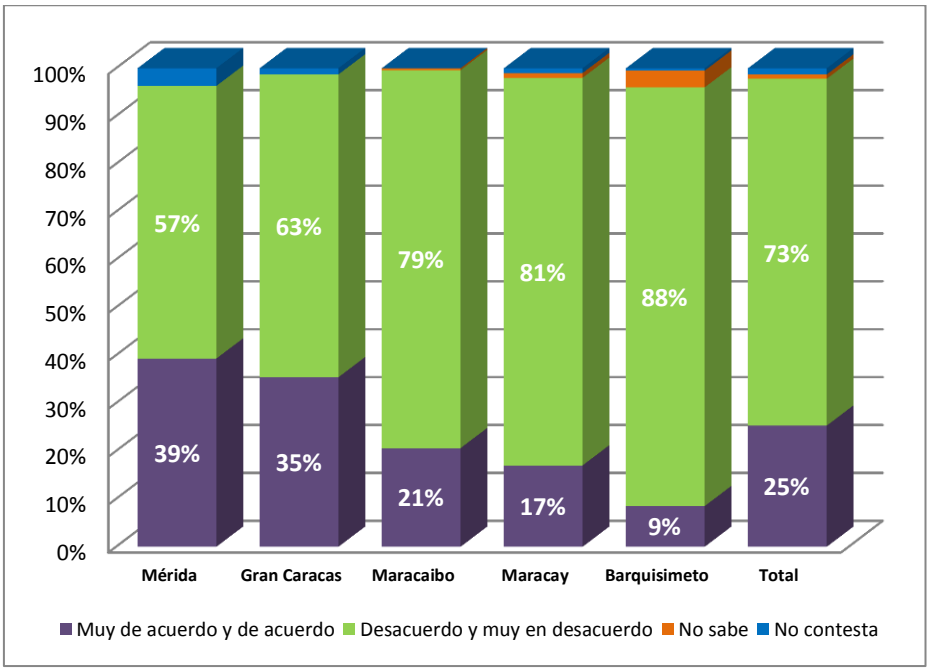


Gráfico 19: Ante un embarazo no deseado es aceptable que la mujer recurra a un método abortivo, según ciudades.

El aborto es un problema de salud pública y de derechos humanos. La interrupción del embarazo realizada en condiciones higiénicas y siguiendo las técnicas apropiadas reduce las tasas de morbimortalidad. En los países donde la práctica es legal, se ha evidenciado que cuando es realizado por personal capacitado no representa mayores riesgos para la mujer.

En algunas investigaciones se ha identificado que las personas tienden a tener un rechazo al planteamiento general del aborto cuando ocurre un embarazo no deseado, sin embargo lo aceptan bajo ciertas circunstancias: cuando peligra la vida de la madre (único caso aceptado por la legislación venezolana), para preservar la salud de la mujer, cuando el embarazo es resultado de una violación, o cuando existen malformaciones congénitas.

Entre los derechos sexuales y reproductivos se incluye el derecho de la mujer a decidir si quiere tener un hijo o no. El derecho a la autonomía reproductiva.

En el Consenso de Montevideo se expresa preocupación por la realización de abortos inseguros, la mortalidad y morbilidad materna y se insta a los Estados a *"considerar la posibilidad de modificar las leyes, normativas, estrategias y políticas públicas sobre la interrupción voluntaria del embarazo para salvaguardar la vida y la salud de mujeres y adolescentes, mejorando su calidad de vida y disminuyendo el número de abortos".*

2.2.6 Es necesario educar a las y los adolescentes sobre los cuidados que deben tenerse durante el embarazo y el puerperio

Casi la totalidad de los entrevistados (96,5%) considera importante la educación sexual en la adolescencia, específicamente sobre el tema de los cuidados durante el embarazo y puerperio. (Tabla 10).

Abordar aspectos de la salud reproductiva en la adolescencia le permite a esta población adquirir capacidades fundamentales que le permitirán optar por conductas y comportamientos saludables.

Tabla 10: *Es necesario educar a los adolescentes sobre los cuidados que deben tenerse durante el embarazo y el puerperio*

Opciones	*(f)*	*%*
Muy de acuerdo y de acuerdo	1117	**96,5**
Desacuerdo y muy en desacuerdo	23	**2**
No sabe	2	**0,2**
No contesta	16	**1,4**
Total	1158	**100**

2.2.7 Los y las profesionales de la salud son los que deben decidir los procedimientos y tratamientos sin consultar a la mujer durante el embarazo y parto

La mayoría se opone a que la mujer no ejerza su derecho a tomar decisiones informadas sobre su salud reproductiva. La mayoría de las personas encuestadas (68%) rechaza que profesionales de la salud puedan actuar sin consultar y tener el consentimiento de la mujer durante el proceso de embarazo y parto (Tabla 11). Este rechazo es mayor en las mujeres (69%) y significativamente superior para las personas transexuales (75%) (Gráfico 20).

Tabla 11: *Los y las profesionales de la salud son los que deben decidir los procedimientos y tratamientos sin consultar a la mujer durante el embarazo* y parto		
Opciones	***(f)***	***%***
Muy de acuerdo y de acuerdo	341	**29**
Desacuerdo y muy en desacuerdo	785	**68**
No sabe	13	**1**
No contesta	19	**2**
Total	1158	**100**

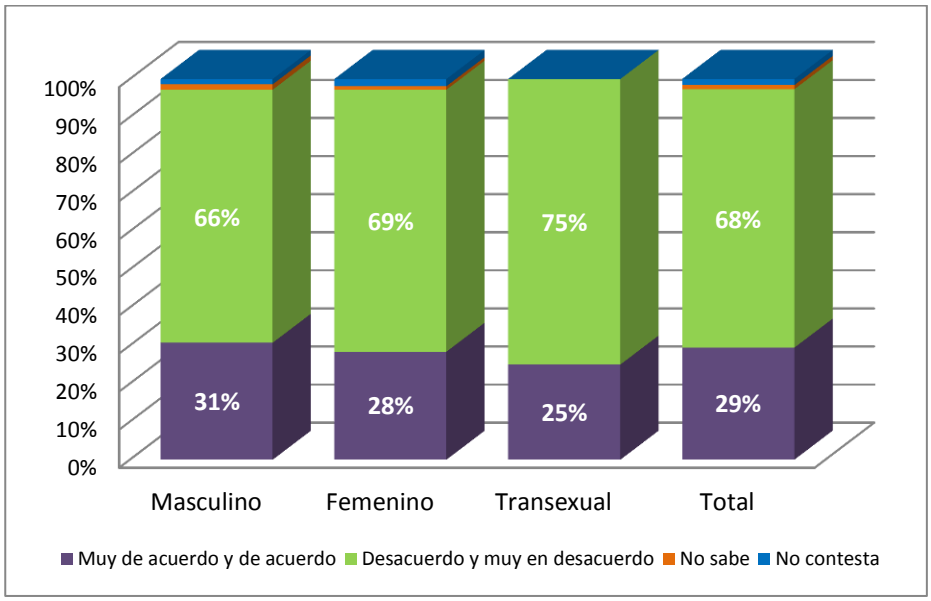


Gráfico 20: Los y las profesionales de la salud son los que deben decidir los procedimientos y tratamientos sin consultar a la mujer durante el embarazo y parto, según género.

En el estrato bajo se le otorga mayor grado de autonomía a las decisiones informadas de la mujer (73%) que en el medio (63%). Se rechaza que sea el equipo de salud quien tome todas las decisiones (Gráfico 21). En cuanto a la visión por ciudades, Maracay (78%) y Mérida (73%) presentan los porcentajes que evidencian un mayor grado de cuestionamiento a la afirmación presentada. Maracaibo (62%) y Gran Caracas (63%) la menor desaprobación (Gráfico 22).

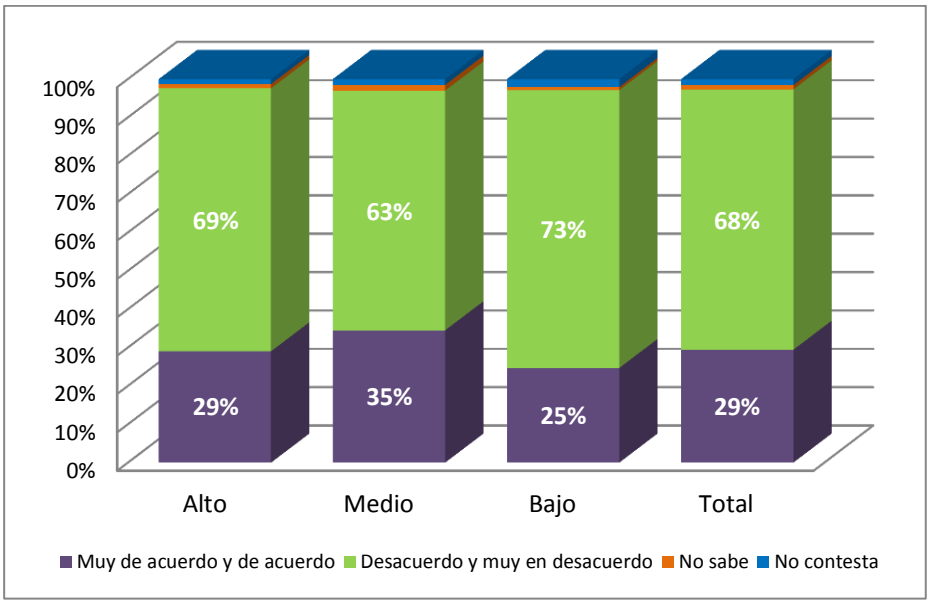


Gráfico 21: Los y las profesionales de la salud son los que deben decidir los procedimientos y tratamientos sin consultar a la mujer durante el embarazo y parto, según estrato.

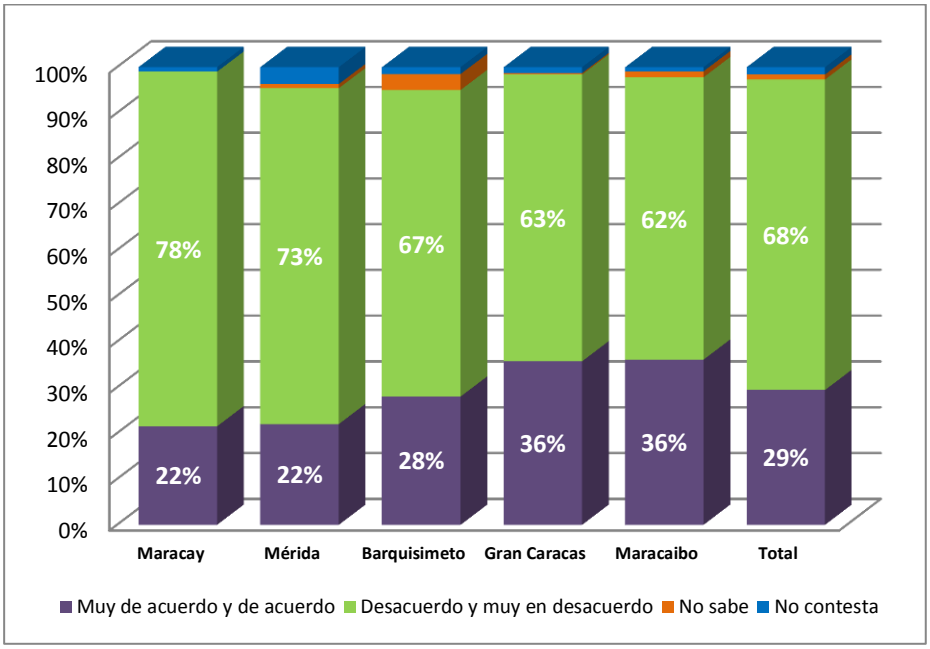


Gráfico 22: Los y las profesionales de la salud son los que deben decidir los procedimientos y tratamientos sin consultar a la mujer durante el embarazo y parto, según ciudades.

Actualmente, las intervenciones en salud con mejores resultados contemplan un rol activo de las mujeres, los hombres, las familias y las comunidades en el fomento de la salud materna y neonatal, más allá de medidas que los limitan a ser receptores pasivos de los mensajes y la atención.

Las y los prestadores de servicios de salud requieren desarrollar capacidades para facilitar servicios que promocionen el derecho de las mujeres a recibir información exacta y oportuna, a elegir opciones de salud reproductiva, a indicar sus preferencias en cuanto al servicio y a participar en las decisiones que afectan su salud.

2.2.8 El criterio de los médicos debe ser tomado sin cuestionamiento por parte de las mujeres embarazadas

La mayoría desaprueba que el criterio de los médicos deba ser considerado sin cuestionamientos por parte de las embarazadas (51,2%). Sin embargo, un alto porcentaje respalda conductas pasivas frente a decisiones que afectan directamente la salud de la mujer (45,2%) (Tabla 12).

Tabla 12: *El criterio de los médicos debe ser tomado sin cuestionamiento por parte de las mujeres embarazadas*

Opciones	*(f)*	*%*
Muy de acuerdo y de acuerdo	523	**45,2**
Desacuerdo y muy en desacuerdo	593	**51,2**
No sabe	21	**1,8**
No contesta	21	**1,8**
Total	1158	**100,0**

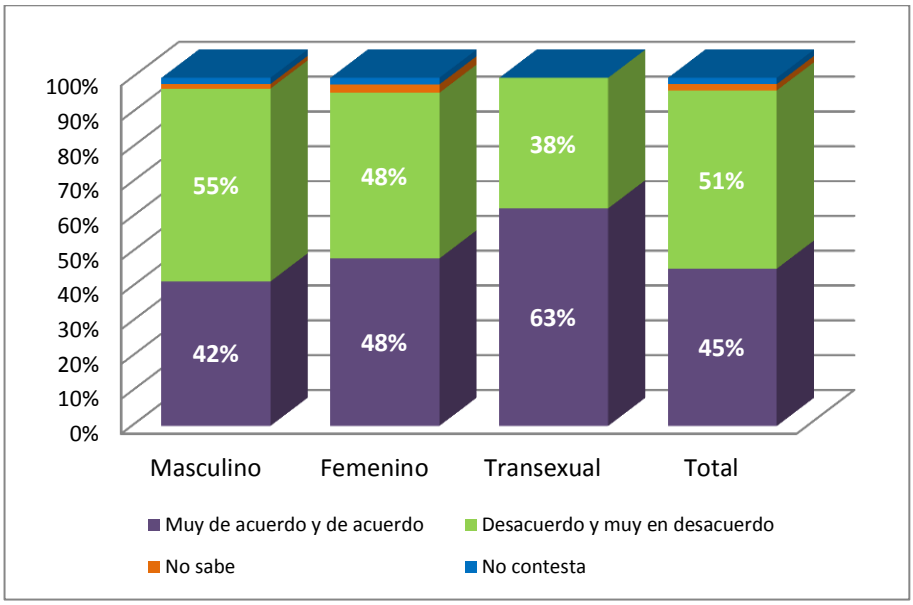


Gráfico 23: El criterio de los médicos debe ser tomado sin cuestionamiento por parte de las mujeres embarazadas, según género.

Llama la atención que en el grupo de mujeres entrevistadas se registra una polarización en las respuestas, 48% considera que no se debe cuestionar el criterio médico y el otro 48% lo contrario, no hay una clara tendencia en las mujeres a que ellas deben participar activamente en las

decisiones que atañen su salud. Los hombres en un 55% reconocen que debe existir poder de decisión en las mujeres embarazadas. En la población transexual el 63% respalda que sólo el criterio médico sea considerado por las embarazadas (Gráfico 23)

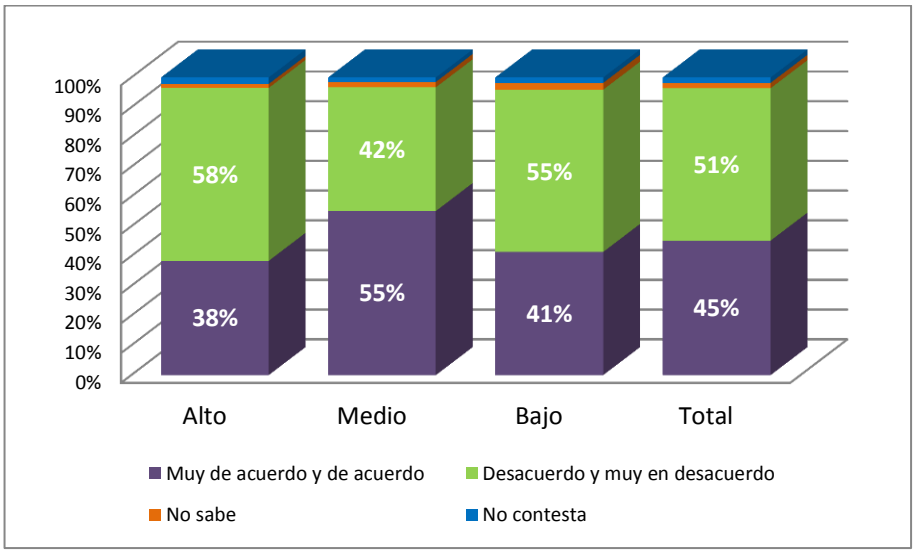


Gráfico 24: El criterio de los médicos debe ser tomado sin cuestionamiento por parte de las mujeres embarazadas, según estrato.

El mayor grado de aprobación a la autonomía de decisión de las mujeres se registra en el estrato alto (58%) y el más bajo en el estrato medio (42%) (Gráfico 24). En el gráfico 25 se muestra que Mérida (68%), Barquisimeto (58%) son las ciudades que favorecen una posición activa de la mujer embarazada en las decisiones que competen a su salud. Maracaibo (37%) y la Gran Caracas (46%) se diferencian de la tendencia general. En estas ciudades, la mayoría se opone a que existan cuestionamientos al criterio médico.

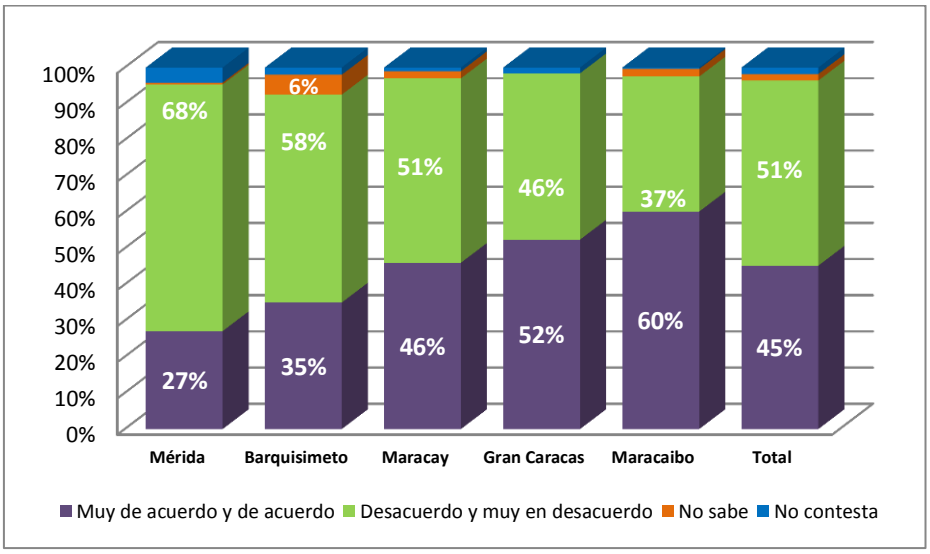


Gráfico 25: El criterio de los médicos debe ser tomado sin cuestionamiento por parte de las mujeres embarazadas, según ciudad.

Las mujeres tienen derecho a tomar decisiones informadas sobre su salud reproductiva. La información clara y oportuna es clave para decidir con autonomía.

2.2.9 Los servicios de salud son confidenciales para todas las mujeres embarazadas y resguardan la intimidad

La mayoría está de acuerdo con que los servicios de salud respetan el principio de confidencialidad y resguardan la intimidad de las mujeres embarazadas (72,7%) (Tabla 13). Esta tendencia de opinión se mantiene en hombres y mujeres. La población transexual tiene una visión menos favorable sobre la garantía de estos principios en los servicios de salud (63%) (Gráfico 26).

Tabla 13: *Los servicios de salud son confidenciales para todas las mujeres embarazadas y resguardan la intimidad*

Opciones	*(f)*	*%*
Muy de acuerdo y de acuerdo	842	**72,7**
Desacuerdo y muy en desacuerdo	257	**22,2**
No sabe	40	**3,5**
No contesta	19	**1,6**
Total	1158	**100**

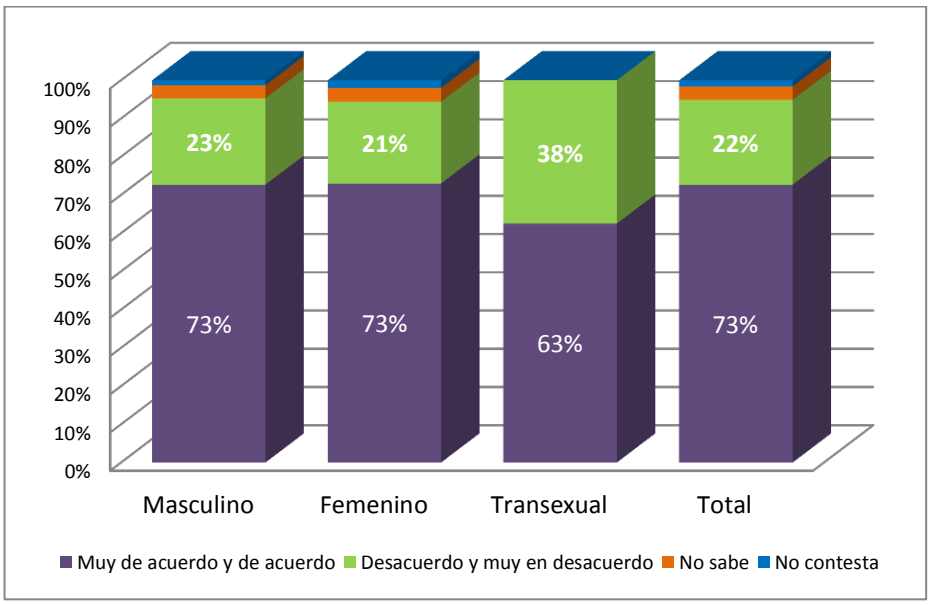


Gráfico 26: Los servicios de salud son confidenciales para todas las mujeres embarazadas y resguardan su intimidad, según género.

Evaluando la visión por estrato y ciudades, se encuentra que el estrato medio tiene la percepción más positiva sobre la calidad de la atención en los centros de salud considerando el respeto a la confidencialidad y el resguardo de la intimidad (78%). El estrato alto la más baja valoración (67%), como se observa en el gráfico 27. En Mérida se observa la visión más positiva del cumplimiento del derecho a la confidencialidad e intimidad (81%) y en Maracay la más baja (66%) (Gráfico 28).

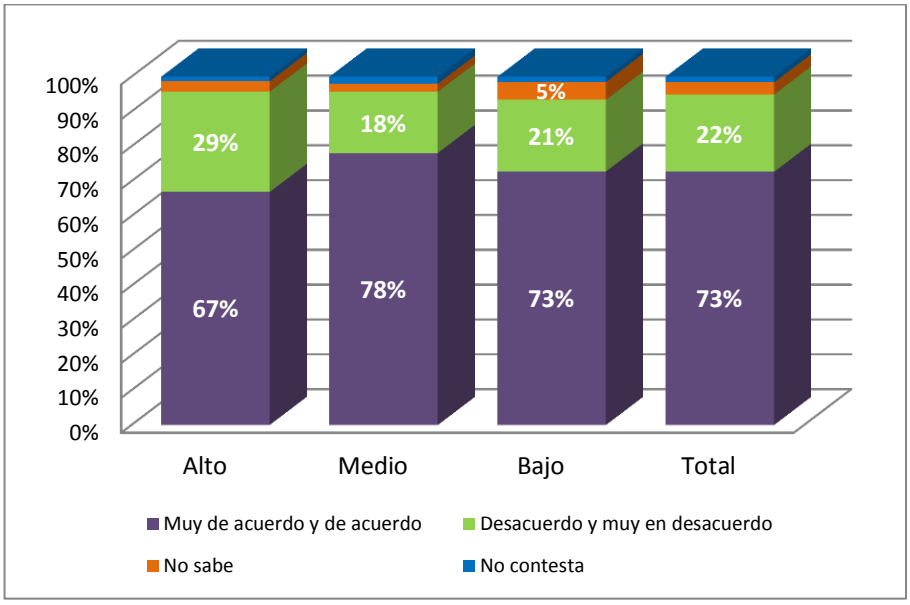


Gráfico 27: Los servicios de salud son confidenciales para todas las mujeres embarazadas y resguardan su intimidad, según estrato.

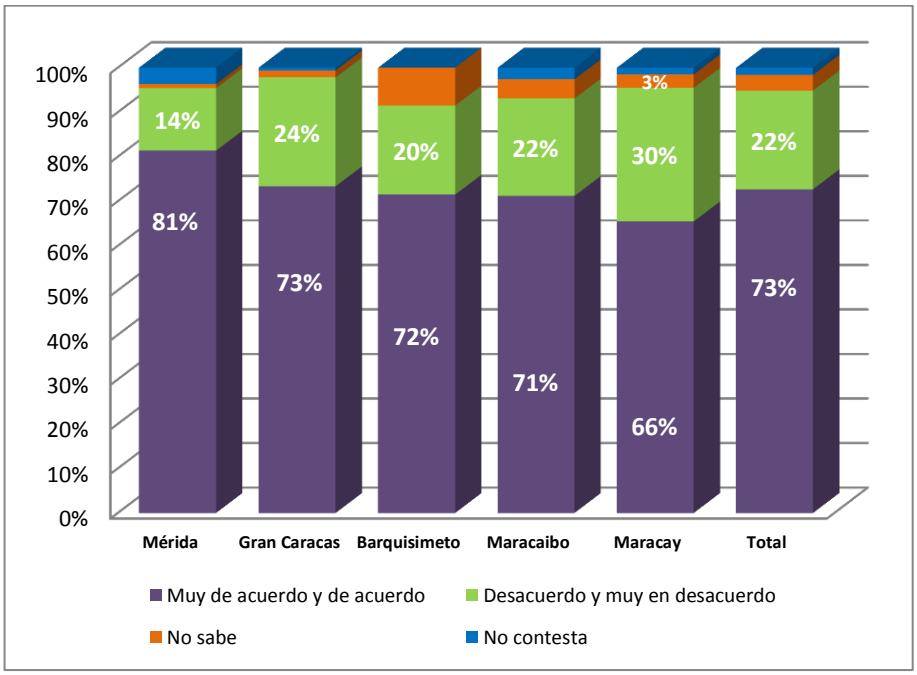


Gráfico 28: Los servicios de salud son confidenciales para todas las mujeres embarazadas y resguardan su intimidad, según ciudad.

2.2.10 En los sitios de trabajo se cuenta con las condiciones adecuadas para las mujeres embarazadas

La mayoría considera que en el ámbito laboral las mujeres embarazadas no cuentan con las condiciones para realizar su trabajo en forma adecuada y segura (57,2%) (Tabla 14). Resalta que un porcentaje mayor de hombres (62%) y transexuales (63%), que de mujeres (52%) cuestiona lo adecuado de las condiciones de trabajo para las embarazadas (Gráfico 29).

Aunque las leyes contemplan una protección a la mujer embarazada en el ámbito laboral, los resultados evidencian que existe un alto porcentaje de personas que observa una distancia entre el marco jurídico y la realidad laboral. Consideran que esa protección no se está cumpliendo adecuadamente poniendo en riesgo la salud de la embarazada y del niño o niña por nacer.

Tabla 14: *En los sitios de trabajo se cuenta con las condiciones adecuadas para las mujeres embarazadas*

Opciones	*(f)*	*%*
Muy de acuerdo y de acuerdo	433	**37,4**
Desacuerdo y muy en desacuerdo	662	**57,2**
No sabe	42	**3,6**
No contesta	21	**1,8**
Total	1158	**100**

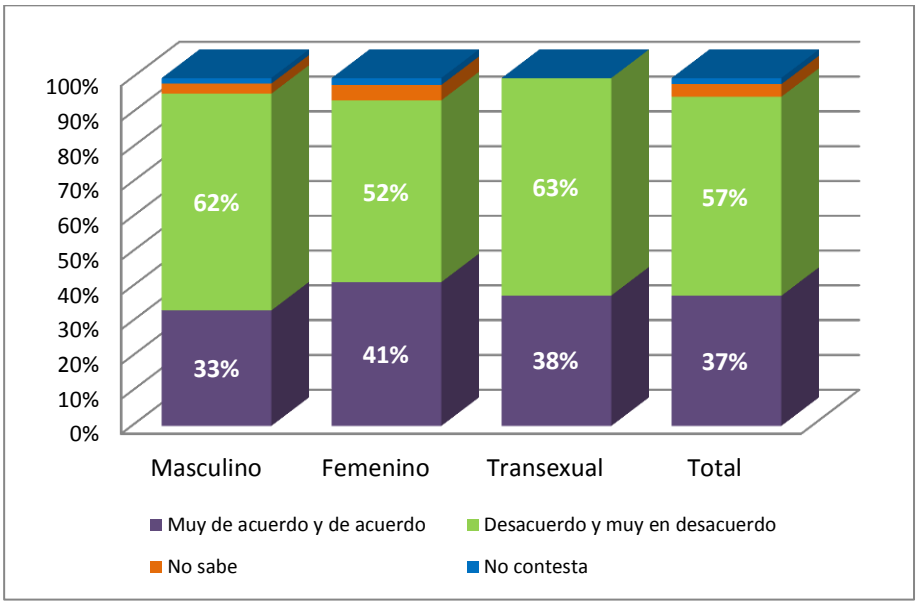


Gráfico 29: En los sitios de trabajo se cuenta con las condiciones adecuadas para las mujeres embarazadas, según género.

La visión por estratos es semejante (Gráfico 30). En el estrato medio es donde se observa un menor cuestionamiento a las condiciones laborales adecuadas para las embarazadas (54%). Se registraron importantes diferencias en la opinión entre las ciudades (Gráfico 31). Las personas de Maracaibo (67%) y Mérida (65%) aprecian mayores limitaciones en el lugar de trabajo para ofrecer

condiciones adecuadas para las mujeres embarazadas. En Barquisimeto se plantea ese problema en menor dimensión (47%).

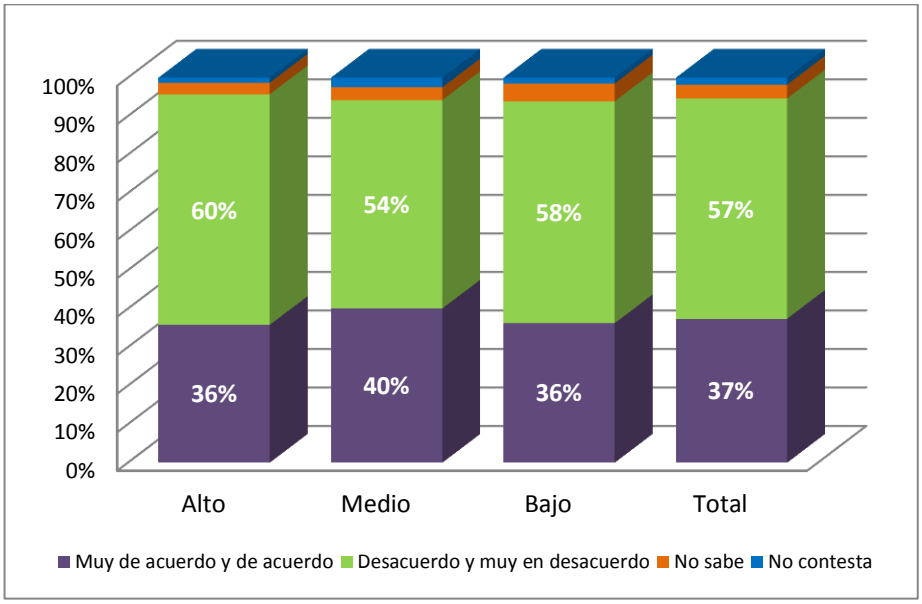


Gráfico 30: En los sitios de trabajo se cuenta con las condiciones adecuadas para las mujeres embarazadas, según estrato.

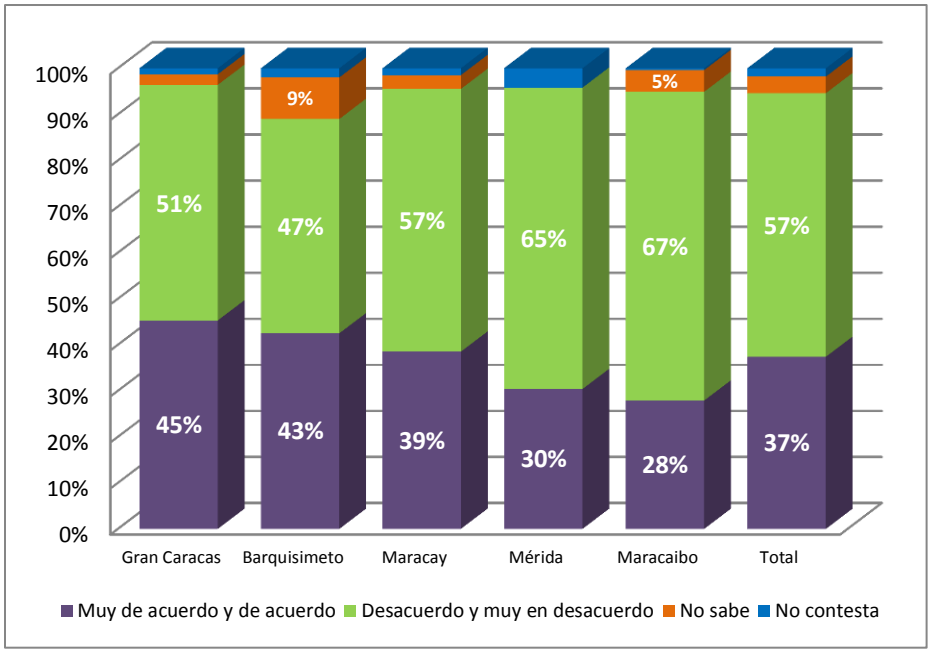


Gráfico 31: En los sitios de trabajo se cuenta con las condiciones adecuadas para las mujeres embarazadas, según ciudades.

El lugar de trabajo debe ser seguro en todo momento y exige ofrecer unas condiciones específicas durante el embarazo. La presencia de ciertos agentes biológicos, físicos y químicos pueden suponer un peligro potencial durante el embarazo y el período de lactancia.

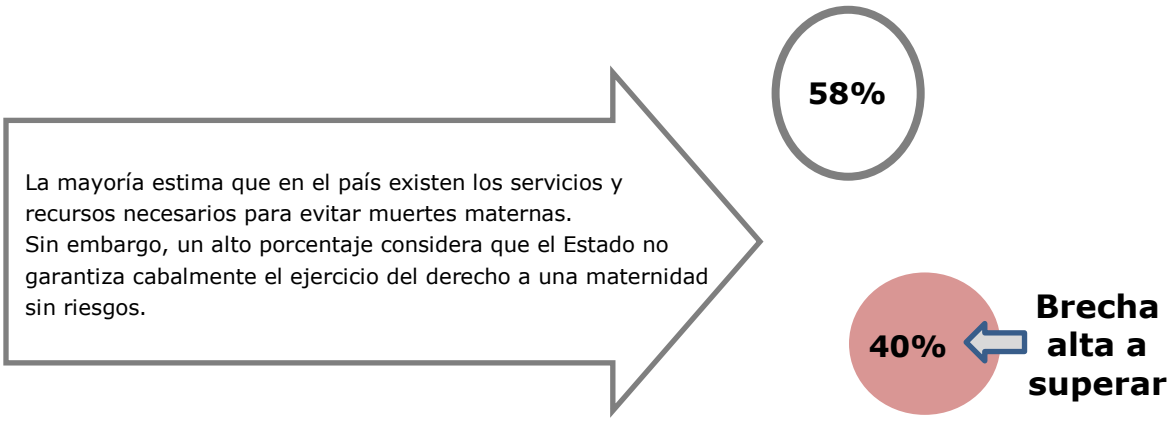
2.3 Resultados por brechas a superar

Para analizar los resultados de la encuesta en función a cuáles son las brechas a superar en el reconocimiento de los derechos sexuales y derechos reproductivos de las mujeres venezolanas, se elaboró una escala construida con valores y colores, que va de 1 a 5 por ciento para una brecha *Muy baja,* hasta 60 por ciento o más para indicar una brecha *Muy alta*. Primero se muestra en círculo blanco el porcentaje de respuesta a favor del derecho, y luego un círculo que muestra la brecha a superar (las opiniones "No responde/no sabe", no están incluidas por lo que la sumatoria es menor de 100).

ESCALA (%)	
1 a 5	Muy baja
6 a 10	Baja
11 a 20	Media
21 a 39	Media Alta
40 a 59	Alta
60 y más	Muy alta

Las afirmaciones antes evaluadas están vinculadas con los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres en cuanto a: el derecho a la vida, el derecho a la salud, a la educación, a la información adecuada y oportuna, a la intimidad y al trabajo, tal y como se muestran a continuación.

2.3.1 En cuanto al derecho a la vida



Valoración positiva de las capacidades del país para evitar muertes maternas. Algunas diferencias según el género.

- **MUJERES** **56%**
- **HOMBRES** **61%**
- **TRANSEXUALES** **63%**

2.3.2 En cuanto al derecho a la salud

No existe duda que los chequeos regulares a las embarazadas son un factor clave para evitar complicaciones durante el proceso de gestación y parto.

98%

Es la primera afirmación con mayor porcentaje de aceptación.

Percepción de los servicios
La mayoría percibe que las embarazadas son bien atendidas por los equipos de salud y reciben los cuidados necesarios en los centros obstétricos públicos. Sin embargo esta percepción no es total.

Valoración equipo de salud

- Buena atención por parte del personal a cargo de los servicios de salud obstétrica.

70% **24%**

Brecha media alta a superar

Valoración centros de salud

- Recibe todos los cuidados necesarios en las instituciones de salud públicas.

64% **32%**

Existe la percepción de que las mujeres no reciben la debida atención luego de practicarse un aborto. Se percibe rechazo por parte del personal de salud ante estas situaciones. Debe garantizarse una adecuada atención a las mujeres ante abortos inseguros.

42%

Brecha alta a superar

52%

En cuanto al aborto

La mayoría rechaza el aborto ante un embarazo no deseado. Lo que es contrario al derecho de las mujeres a decidir sobre su reproducción de manera libre

73%

Brecha muy alta a superar

En todos los estratos existe baja aprobación hacia el aborto. Se aprecian algunas diferencias por estrato.

ESTRATO

- **ALTO** 33% 65%
- **MEDIO** 23% 75%
- **BAJO** 21% 77%

Brechas muy altas a superar

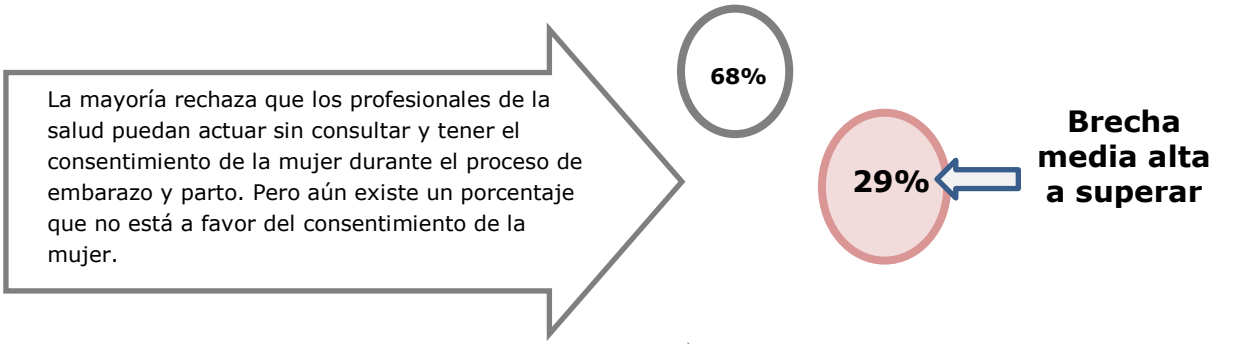
2.3.3 En cuanto al derecho a la educación

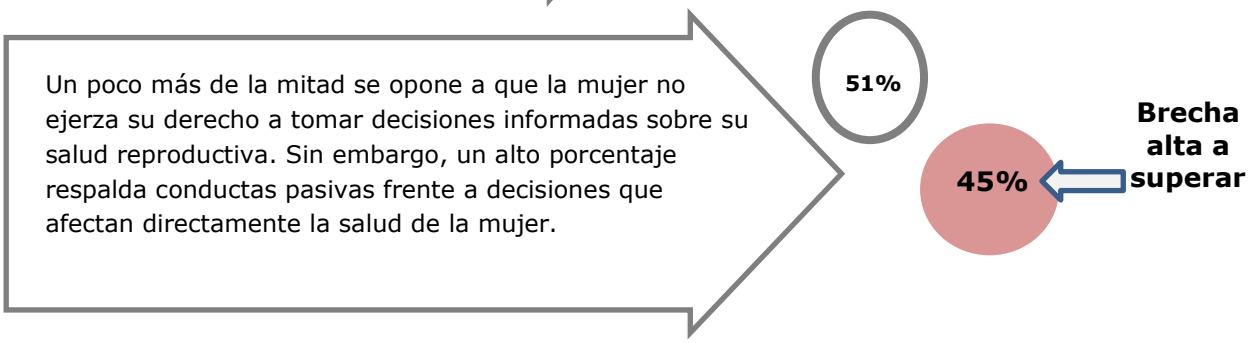
Apoyo casi total a la educación de las y los adolescentes sobre los cuidados durante el embarazo y puerperio.

97%

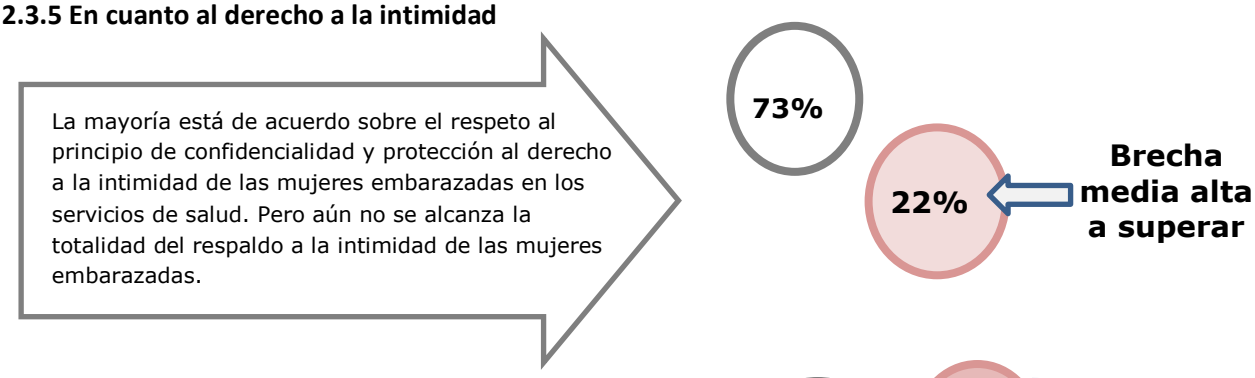
2.3.4 En cuanto al derecho a la información adecuada y oportuna

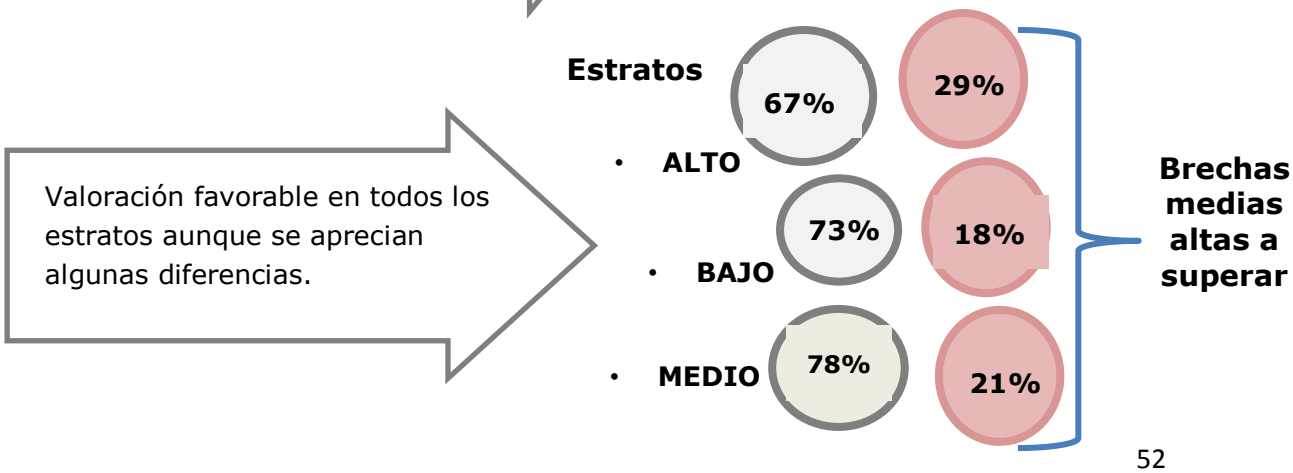
Los y las profesionales de la salud son los que deben decidir los procedimientos y tratamientos sin consultar a la mujer durante el embarazo y parto.



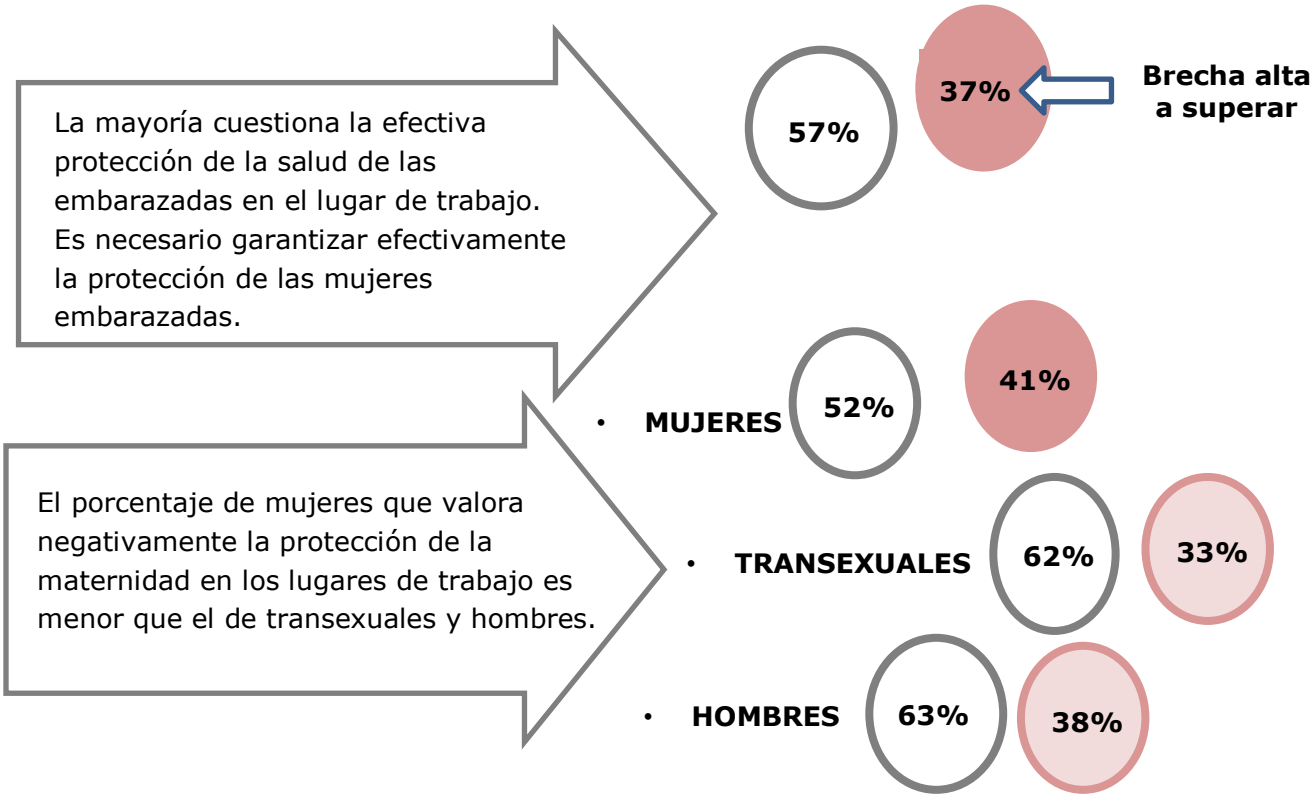


2.3.5 En cuanto al derecho a la intimidad





2.3.6 En cuanto al derecho al trabajo



2.3.7 Brechas a superar, según ciudad

En la Tabla 15 se observa que la brecha más alta a superar está en Maracaibo (39%), seguida de Maracay (37%) y Barquisimeto (33%). Gran Caracas y Mérida tienen el mismo porcentaje (29%). Lo que significa que, de acuerdo a este estudio, hay opiniones más favorables al ejercicio de los derechos sexuales y derechos reproductivos de las mujeres asociados a la salud materna, en la Gran Caracas y Mérida.

En relación con los resultados por afirmación, la brecha más alta a superar se encuentra en que "Ante un embarazo no deseado es aceptable que la mujer recurra a un método abortivo" (74%), el porcentaje más alto está en Barquisimeto (88%), seguido de Maracay (81%), Maracaibo (79%), Gran Caracas (63%), y el porcentaje más bajo se ubica en Mérida.

En cuanto a que "Las mujeres que se han practicado un aborto clandestino son descalificadas por parte del personal de salud", la brecha total es de 50 por ciento, con valores por encima en Maracaibo (67%) y Mérida (65%).

Se observan las brechas más bajas de 2 y 1 por ciento en las afirmaciones "Es necesario educar a los adolescentes sobre los cuidados que deben tenerse durante el embarazo y el puerperio" (2%), "La mujer embarazada debe someterse a chequeos regulares para evitar complicaciones en el embarazo" con el 1 por ciento.

Tabla 15: *Brechas a superar en Mortalidad Materna*	**BRECHAS A SUPERAR**					
	Ciudad (%)					**Porcentaje total**
	Maracay	**Gran Caracas**	**Mérida**	**Maracaibo**	**Barquisimeto**	
Ante un embarazo no deseado es aceptable que la mujer recurra a un método abortivo.	81	63	57	79	88	**74**
En los sitios de trabajo se cuenta con las condiciones adecuadas para las mujeres embarazadas.	57	51	65	67	47	57
Las mujeres que se han practicado un aborto clandestino son descalificadas por parte del personal de salud.	44	59	37	65	47	50
El criterio de los médicos debe ser tomado sin cuestionamiento por parte de la mujeres embarazadas	46	52	27	60	35	44
En el país contamos con todos los servicios y recursos para evitar la muerte de mujeres embarazadas ...	42	39	27	43	48	40
Solo las mujeres con mayores recursos son las que acceden y disfrutan de los avances científicos	37	28	29	39	27	32
La mujer que controla su embarazo en las instituciones de salud del Estado recibe todos los cuidados necesarios	44	30	31	31	28	33
Las mujeres embarazadas reciben buena atención por parte del personal a cargo de los servicios de salud obstétrica.	26	24	27	21	24	24
Los servicios de salud son confidenciales para todas las mujeres embarazadas y resguardan su intimidad	30	24	14	22	20	22
Es necesario educar a los adolescentes sobre los cuidados que deben tenerse durante el embarazo y el puerperio	2	3	3	1	2	2
La mujer embarazada debe someterse a chequeos regulares para evitar complicaciones en el embarazo	2	1	1	0	1	1

2.3.8 Ámbitos Positivos/Favorables

En este punto, el análisis se realiza en base a la comparación entre el resultado por ciudad de respuestas favorables a los derechos sexuales y derechos reproductivos de las mujeres y el porcentaje total por afirmación y por ciudad. Para ello se utiliza una escala que ubica el resultado según esté inferior (color rojo), igual (color verde) o superior (color azul) a la tendencia de dicho porcentaje, y la ubicación como favorable o muy favorable según los porcentajes estén entre 90 y 95 por ciento, o entre 96 y 100 por ciento respectivamente.

La tabla 16 nos muestra que en relación con los ámbitos positivos por afirmaciones, se obtuvieron porcentajes que se ubican en la escala muy favorable, en "La mujer embarazada debe someterse a chequeos regulares para evitar complicaciones en el embarazo" (98%), con valores igual a ese porcentaje en Maracay y Gran Caracas, valores superiores (100%) en Maracaibo y Barquisimeto (99%) en Barquisimeto, e inferiores (97%) en Mérida.

Con un porcentaje total de 96% se encuentra la afirmación "Es necesario educar a los adolescentes sobre los cuidados que deben tenerse durante el embarazo y el puerperio", con 98% por ciento en Maracay y Maracaibo, 97% en Barquisimeto y 95% en Gran Caracas y Mérida.

Hay porcentajes menos favorables en la afirmación "los y las profesionales de la salud son los que deben decidir los procedimientos y tratamientos sin consultar a la mujer" con un porcentaje total de 29 por ciento, porcentaje por encima de esa tendencia en Gran Caracas y Maracaibo (36%), y con porcentaje por debajo en Barquisimeto con 28 por ciento y Mérida con 22 por ciento.

Y el porcentaje con menor valor favorable (25%) se ubica en la afirmación "En los sitios de trabajo se cuenta con las condiciones adecuadas para las mujeres embarazadas". Superior a este porcentaje están Mérida y Gran Caracas con 39 y 35 por ciento respectivamente, mientras que Maracay, Maracaibo y Barquisimeto se encuentra con valores por debajo del valor con 21, 17 y 9 por ciento respectivamente.

Tabla 16: *Resumen Ámbitos Positivos/Favorables en Mortalidad Materna*	AMBITOS POSITIVOS/ FAVORABLES					
	Ciudad (%)					% Promedio por afirmación
	Maracay	Gran Caracas	Mérida	Maracaibo	Barquisimeto	
La mujer embarazada debe someterse a chequeos regulares para evitar complicaciones en el embarazo	98	98	97	100	99	98
Es necesario educar a las y los adolescentes sobre los cuidados que deben tenerse durante el embarazo y el puerperio	98	95	95	98	97	96
Los servicios de salud son confidenciales para todas las mujeres embarazadas y resguardan su intimidad	66	73	81	71	72	73
Las mujeres embarazadas reciben buena atención por parte del personal a cargo de los servicios de salud obstétrica.	71	71	69	77	63	70
Los y las profesionales de la salud son los que deben decidir los procedimientos y tratamientos sin consultar a la mujer	22	36	22	36	28	29
Las mujeres ricas y pobres cuentan con el mismo acceso a servicio de salud cuando están embarazadas y cuando van a parir	61	69	68	60	69	65
Solo las mujeres con mayores recursos son las que acceden y disfrutan de los avances científicos	54	67	65	68	66	64
La mujer que controla su embarazo en las instituciones de salud del Estado recibe todos los cuidados necesarios	55	60	71	56	47	58
En el país contamos con todos los servicios y recursos para evitar la muerte de mujeres embarazadas.	51	46	68	37	58	51
El criterio de los médicos debe ser tomado sin cuestionamiento por parte de la mujeres embarazadas	49	38	60	32	34	42
Las mujeres que se han practicado un aborto clandestino son descalificadas por parte del personal de salud.	39	45	30	28	43	37
En los sitios de trabajo se cuenta con las condiciones adecuadas para las mujeres embarazadas.	17	35	39	21	9	25
Ante un embarazo no deseado es aceptable que la mujer recurra a un método abortivo.	17	35	39	21	9	25

Conclusiones

La mujer tiene derecho a no morir por causas relacionadas con el embarazo y parto. Es parte de sus derechos sexuales y derechos reproductivos, y es obligación del Estado garantizar el derecho a la vida y a la salud. La mortalidad materna ha sido un problema de salud pública en nuestro país durante muchos años y no se ha logrado descender desde 1998. La misma está asociada a Trastornos hipertensivos en el embarazo, parto y puerperio, complicaciones en el trabajo de parto y alumbramiento, y a abortos inseguros. Se trata de muertes prevenibles que están vinculadas, de acuerdo al Modelo de las Tres Demoras de la Organización Panamericana de salud a: 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. De manera que, los altos índices de mortalidad materna se vinculan con el funcionamiento y la calidad de los servicios de salud.

Al igual que en caso del embarazo adolescente, en Venezuela contamos con un marco jurídico favorable para abordar el problema de la mortalidad materna. No obstante, es fundamental lograr una mayor articulación de la respuesta del Estado venezolano frente al problema de la mortalidad materna. Desde la perspectiva institucional hay una serie de debilidades a enfrentar como son la existencia de barreras de acceso a los establecimientos de salud y poca capacidad resolutiva de los mismos el déficit de recursos humanos capacitado y actualizado, fallas en el sistema de red de atención obstétrica e infantil y el incumplimiento de las normas esenciales de atención en salud sexual y reproductiva.

En cuanto a las opiniones sobre los derechos sexuales y derechos reproductivos de las mujeres se encuentra que, a excepción del derecho a la intimidad y el derecho a la educación, todos los derechos muestran brechas altas y muy altas a superar, con porcentajes por encima del 30 por ciento.

La mayoría de las personas consultadas estima que en el país existen los servicios y recursos necesarios para evitar muertes maternas, sin embargo, un alto porcentaje (40%) considera que el Estado no garantiza cabalmente el ejercicio del derecho a una maternidad sin riesgos. Hay diferencias importantes en relación a las respuestas dadas según género donde las mujeres, usuarias directas de los servicios, dan la más baja valoración (56%).

La falta de acceso a servicios adecuados de salud materna constituye una violación de los derechos humanos de las mujeres, a su salud e integridad personal. En la percepción de los servicios, la mayoría percibe que las embarazadas son bien atendidas por los equipos de salud y que reciben los cuidados necesarios en los centros obstétricos públicos. La valoración al equipo y centros de salud muestra una brecha media alta a superar de 24 y 32 por ciento respectivamente. Es muy importante destacar, que apenas un poco más de la mitad percibe descalificación hacia las mujeres que acuden a un centro de salud después de practicarse un aborto clandestino, lo que

evidencia una brecha alta a superar de 42 por ciento y sostiene las condiciones de riesgo asociadas a la mortalidad materna, ya que esta actitud descalificadora incide en que las mujeres no acudan a los centros sanitarios, arriesgando su salud y vida.

La mayoría de las personas consultadas rechaza el aborto ante un embarazo no deseado. En todos los estratos existe baja aprobación hacia el aborto, en el estrato alto existe la mayor aceptación (33%), en el estrato medio es de 23 por ciento y es en el estrato bajo donde el porcentaje más bajo de aceptación del aborto en caso de embarazos no deseados (21%).

La afirmación con mayor aceptación está referida a que no existe duda de que los chequeos regulares a las embarazadas son un factor clave para evitar complicaciones durante el proceso de gestación y parto, ya que el resultado de acuerdo es de 98 por ciento. Esta afirmación es seguida en aceptación por la que señala necesidad de educar a las y los adolescentes sobre los cuidados que deben tenerse durante el embarazo y el puerperio. Se obtiene el apoyo casi total (97%) a la importancia de educar a los adolescentes sobre los cuidados durante el embarazo y puerperio.

Las mujeres tienen derecho a tomar decisiones informadas sobre su salud reproductiva, la información clara y oportuna es clave para decidir con autonomía. La mayoría rechaza que las y los profesionales de la salud puedan actuar sin consultar y tener el consentimiento de la mujer durante el proceso de embarazo y parto, sin embargo la brecha a superar es “media alta” (29%), y es “*alta”* con un 45 por ciento en el respaldo a conductas pasivas de la mujer frente a decisiones que afectan directamente su salud.

En lo que respecta al derecho al trabajo, el Estado es responsable de garantizar que las mujeres ejerzan sus derechos laborales. La mayoría de las personas encuestadas cuestiona la efectiva protección de la salud de las embarazadas en el lugar de trabajo y la brecha a superar es de 57 por ciento, o sea, *media alta.* El porcentaje de mujeres que valora negativamente la protección de la maternidad en los lugares de trabajo es menor que el de transexuales y hombres, la brecha es de 41 por ciento en las mujeres, 38 en la opinión de los hombres y 32 en los transexuales.

En relación con las opiniones por ciudad, la brecha a superar es de 34 por ciento (*media alta)*, con valores más altos en Maracaibo, Maracay y Barquisimeto, y las mayores brechas se ubican en el derecho a la salud, específicamente en el derecho a recibir atención básica de salud reproductiva: decidir libre y responsablemente el número de sus hijos y el intervalo entre los nacimientos. Mientras que los derechos con más porcentaje favorable fueron el derecho del hombre y de la mujer a obtener información y planificación de la familia de su elección, y el derecho a recibir servicios adecuados de atención de la salud, que permitan los embarazos y los partos sin riesgos, y den a las parejas las máximas posibilidades de tener hijos sanos.

Analizando las opiniones de las personas encuestadas, puede decirse que no hay percepción de que las mujeres tengan garantizados sus derechos reproductivos y una maternidad sin riesgos por parte del Estado, y persisten valoraciones sociales que atentan contra el ejercicio de los mismos, tal como el rechazo a la interrupción voluntaria del embarazo y el favorecer la actitud pasiva de las mujeres ante el criterio médico.

Es necesario abordar el grave problema de la mortalidad materna, que constituye un indicador de la situación del ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres en el país. Para esto, es necesario desarrollar políticas públicas dirigidas a garantizar una educación sexual de calidad y acceso a métodos anticonceptivos, incluida la educación en derechos sexuales y reproductivos de manera que la población reconozca la gran cantidad de derechos que tiene en el área y ayude a exigirlos en los centros de salud. Así como también, flexibilizar las normas que penalizan la interrupción voluntaria del embarazo y brindar atención de calidad durante el embarazo, el parto y el puerperio que implica la dotación de insumos y formación del recurso humano de atención obstétrica, junto con el mejoramiento de la red de servicios obstétricos en el país y el acceso de las mujeres a los mismos, en atención al modelo de las tres demoras. Todo esto debe ir acompañado de la articulación entre las diversas instituciones prestadoras de servicios de atención obstétrica en el país, bajo la rectoría del Ministerio del Poder Popular para la Salud (MPPS) que unifique la respuesta del Estado venezolano ante el problema de la mortalidad materna y de un mejoramiento del sistema de vigilancia epidemiológica, registros y estadísticas oficiales.

Bibliografía

- Corao, Alejandra (2012) "La mortalidad materna en Venezuela: Hacia el cumplimiento del ODM Nro. 5" Ponencia presentada en el curso Incidencia Política en Salud Sexual y Reproductiva en http://www.accsi.org.ve/ (Consulta 2013: 22 mayo)

- Directorio Ejecutivo de la República Bolivariana de Venezuela (2010) *Cumpliendo las Metas del Milenio* en http://www.ine.gov.ve/documentos/INE/MetasDelMilenio/OBJETIVOS_MILENIO_2010.pdf (Consulta 2013: 22 mayo)

- Fondo de Población de las Naciones Unidas (2012). Estado de la Población Mundial 2011.

- Fondo de Población de las Naciones Unidas y Agencia Española de Cooperación Internacional UNFPA/AECID (2012) *Prevención del embarazo adolescente. Una mirada completa Bolivia, Chile, Colombia, Ecuador y Venezuela* en http://aecid.lac.unfpa.org/ (Consulta 2013: 24 mayo

- Ministerio de Salud (2005) "Principales causas de mortalidad" en http://www.saludpublica.ucla.edu.ve/ (Consulta 2013: 22 mayo).

- Ministerio del Poder Popular para la Salud (2010) *Misión Niño Jesús* en http://www.xn--misionniojesus-xnb.org.ve/fundacion.php (Consulta 2013: 14 de mayo).

- Ministerio del poder Popular para la Salud (2009) Anuario Estadístico 2009 .Indicadores de mortalidad.

- Ministerio del Poder Popular para la Salud (2011) "Protocolo de Atención. Cuidados Prenatales y Atención Obstétrica". Caracas: MPPS.

- Ministerio del Poder Popular para la Salud (2012) "Fundamentos de las Normas de los Programas de Salud". Caracas: MPPS.

- Observatorio venezolano de los Derechos Humanos de las Mujeres (2005) Informe Sombra sobre Venezuela que se presenta al Comité de Seguimiento de la Aplicación de la Convención para la Eliminación de todas las formas de Discriminación contra la Mujer –CEDAW- . Caracas: Foro Permanente por la Equidad de Género.

- _____ (2011) Informe sobre la República Bolivariana de Venezuela-Duodécima sesión del Examen Periódico Universal-Octubre 2011 (Período 2007-2010) en http://www.fundamujer.org.ve/ (Consulta 2013: 25 de mayo)

- _____ (2014) "Mujeres más allá del 2015" en http://observatorioddhhmujeres.org/mujeres%20mas%20alla%20del%202015.htm (Consulta 2014: agosto)

- Organización de las Naciones Unidas (2000) *"Declaración del Milenio"* en http://www.un.org/spanish/milenio/ares552.pdf (Consulta 2013: 21 de mayo).

- Organización de las Naciones Unidas (2010) *"Objetivos de Desarrollo del Milenio. Informe 2010"* en http://www.un.org/es/millenniumgoals/pdf/MDG_Report_2010_SP.pdf#page=34 (Consulta 2013: 21 de mayo).

- Redes de Sociedades Científicas Médicas Venezolanas (2013) **"**Alerta Epidemiológica Nº 246. Balance de Salud del año 2012 en Venezuela" en http://www.rscmv.org.ve/ (Consulta 2013: 15 de mayo)