



## **Evolución y desigualdades de la mortalidad materna en Paraguay; algunos desafíos para su reducción**

### *Evolution and inequalities of the maternal mortality in Paraguay; some challenges for reduction*

**María Alejandra Fantin (\*)**; **Claudina Zavattiero (\*\*)**

(\*) Dra. en Demografía. Instituto de Investigaciones Geohistóricas -UNNE- CONICET. Resistencia, Argentina. Email: afantin@bib.unne.edu.ar

(\*\*) Magíster en Demografía, Población y Desarrollo. Instituto de Investigaciones Geohistóricas -UNNE- CONICET. Resistencia, Argentina. Email: claudinaz@hotmail.com

Recibido: 30/10/16; Aceptado: 10/11/16

#### **Resumen**

Las defunciones por causas derivadas del embarazo, parto y puerperio reflejan las profundas desigualdades sociales al estar íntimamente relacionadas con el acceso a servicios de salud, con el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos, y con la pobreza, por lo tanto, constituyen uno de los indicadores altamente demostrativo de las condiciones socioeconómicas de un país, del acceso y calidad de los servicios de atención a la salud materna y acceso a oportunidades plenas en la sociedad (Mojarro, et al. 2003; Díaz Echeverría, 2006). La prevención de estas defunciones se ha convertido en una prioridad internacional desde hace varias décadas, incluyendo los actuales Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) con vigencia hasta 2030. En este contexto, el presente trabajo propone analizar la evolución y situación actual de la mortalidad materna en Paraguay y revisar las medidas que el país ha tomado con el fin de disminuir la gravedad de esta problemática. Se aplican técnicas descriptivas con análisis de datos retrospectivos a partir de los datos de Anuarios de Indicadores de Mortalidad publicados por el departamento de Bioestadística del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. El estudio concluye que Paraguay debe continuar

realizando esfuerzos para disminuir los niveles de mortalidad materna considerando además de sus causas, los obstáculos sociales y económicos, con miras a aumentar la calidad de vida de sus habitantes y alcanzar las metas que se comprometió a cumplir en el ámbito internacional. Para ello deberá no solo diseñar, sino también implementar políticas considerando las desigualdades presentes en determinadas zonas geográficas y grupos etarios.

**Palabras clave:** mortalidad materna, desigualdad, Objetivos de Desarrollo Sostenible, Paraguay

#### **Abstract**

Deaths from causes of pregnancy, childbirth, and the puerperium reflect deep social inequalities as they are intimately related to access to health services, to the exercise of sexual and reproductive rights, and to poverty, therefore, constitute one of The indicators highly demonstrative of the socioeconomic conditions of a country, the access and quality of maternal health care services and access to full opportunities in society (Mojarro, et al 2003; Diaz Echeverria, 2006). Prevention of these deaths has become an international priority for several decades, including current

Sustainable Development Goals (SDGs), effective until 2030. In this context, this paper analyzes the evolution and current situation of maternal mortality in Paraguay and review the measures the country has taken in order to lessen the severity of this problem. Descriptive techniques with retrospective data analysis are applied based on data from Mortality Indicators Yearbooks published by the Department of Biostatistics of the Ministry of Public Health and Social Welfare. The study concludes that Paraguay should continue efforts to reduce maternal mortality levels in addition to their causes, taking into consideration social and economic obstacles, with a view to enhancing the quality of life of its inhabitants and achieve the goals they agreed to meet in the at international level. To do so not only design, but also implement policies considering the inequalities in certain geographical areas and age groups.

**Key words:** maternal mortality, inequality, Sustainable Development Goals, Paraguay

## Introducción

El embarazo y la maternidad, además de considerarse procesos naturales indispensables para la supervivencia humana, pueden derivar en la muerte de la mujer, con el probable agravante de arrastrar consigo la vida de un hijo nacido en malas condiciones. Este hecho se condice con la negación de una serie de derechos humanos, incluidos los sexuales y reproductivos, e incide en el desarrollo del país a partir de la pérdida de un importante número de mujeres (Mojarro, et al. 2003; Díaz Echeverría, 2006).

Reducir las muertes maternas constituye un desafío que implica elevar la calidad de vida de las personas, especialmente de las mujeres, las gestantes y las madres, asegurándoles salud, educación y acceso a oportunidades plenas en la sociedad.

La prevención de las defunciones maternas se ha convertido en una prioridad internacional desde hace décadas. El último acuerdo mun-

dial aprobado por la Asamblea General de la Organización de las Naciones Unidas (2016) adopta 17 Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) que tendrán vigencia hasta 2030<sup>1</sup>. Una de las metas del tercer ODS en salud y bienestar plantea reducir la razón de mortalidad materna<sup>2</sup> mundial a menos de 70 por 100.000 nacidos vivos para el 2030, cifra que para el caso de Paraguay actualmente asciende a 82 defunciones maternas por cada 100.000 nacidos vivos (promedio trianual centrado en 2013). Además, el cumplimiento de otras metas de este ODS como el acceso universal a los servicios de salud sexual y reproductiva y la cobertura sanitaria universal tendrán incidencia directa en los niveles de mortalidad materna. La mortalidad materna adquiere la connotación de problemática social en la medida que su ocurrencia está ampliamente relacionada con grupos socialmente postergados, carentes de oportunidades, y en situación de pobreza y desigualdad (BM, 2006). Respecto a esto, Gómez Gómez (1997) menciona que:

*Las raíces de este problema se encuentran no sólo en las condiciones de pobreza relacionadas con bajos niveles de desarrollo económico, sino también en la posición so-*

1 Estos objetivos se dan en el marco de una serie de iniciativas, propuestas y declaratorias de compromisos internacionales previos como: la Convención sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (1979), la Conferencia Internacional sobre la Maternidad sin Riesgos (1987), la Conferencia Sanitaria Panamericana (1990) -a la que le antecede la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud (Alma Ata, 1978) que marcó un hito en la concepción de salud al considerarla como un derecho humano fundamental-, la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (1994) en la cual se reconocieron de manera inicial los derechos reproductivos como parte de los derechos humanos, la Cumbre Mundial sobre Desarrollo Social (1995) y la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer (1995) -en estos eventos se establecieron como metas la reducción de la mortalidad materna en 50% para el año 2000-. Posteriormente, la Cumbre del Milenio (2000) de las Naciones Unidas instó a la comunidad internacional a reducir la mortalidad materna en 75% para el año 2015, frente a los niveles de 1990. Para América Latina y el Caribe, la 26ª Conferencia Sanitaria Panamericana (2012) adoptó una meta a mediano plazo para reducir la mortalidad materna a menos de 100 defunciones maternas por 100.000 nacidos vivos (OPS, OMS, 2003). Asimismo, cabe resaltar la importancia que le han dado al tema en las Conferencias Internacionales de la Mujer.

2 Es el cociente entre el número de muertes maternas durante un período de tiempo dado y el número de nacidos vivos en el mismo período, por 100.000 nacidos vivos.

*cial de subordinación que ocupa la mujer en las distintas sociedades; esta posición genera o exacerba factores de riesgo biológico vinculados a la maternidad, e incide en las prioridades nacionales, locales y familiares que guían la inversión de recursos para responder a esos riesgos (p. 28).*

Es importante destacar que la mayor parte de las muertes maternas son evitables; numerosos estudios a nivel internacional y en Latinoamérica han demostrado que dichas defunciones son prevenibles y que desde hace muchos años se cuenta con el conocimiento científico y la tecnología sencilla requeridos para impedirlos (Padilla, 2003; Gómez Gómez, 1997; UNICEF, 2009). El acceso a servicios de salud constituye un componente central en la prevención de dichas muertes (BM, 2006).

Estimaciones recientes de la OMS a nivel mundial dan cuenta de que en 2015 unas 303.000 mujeres perdieron la vida por causas relacionadas con la maternidad. De esas defunciones, el 99% correspondió a países en vías de desarrollo, la mayoría de ellas vive en situación de pobreza y tienen acceso limitado a atención obstétrica de calidad, e inclusive, dichas muertes podrían haberse evitado (OMS, 2015; GTR, 2012). En América Latina y el Caribe, alrededor de 9.300 mujeres murieron por causas maternas en 2013, lo que representa 85 muertes por 100.000 nacidos vivos. Según un estudio de la OMS (2014) sobre la tendencia de mortalidad materna entre 1990 y 2013, Paraguay presenta 110 defunciones maternas por cada 100.000 nacidos vivos, ubicándose en el puesto número 112 entre 183 países a nivel mundial. En este ranking, el país se posiciona en niveles intermedios en el contexto de América Latina, entre Uruguay con 14 defunciones maternas por 100.000 nacidos vivos y Bolivia con 200 defunciones maternas por 100.000 nacidos vivos.

Dentro de este marco, el presente trabajo propone analizar la evolución y situación actual de la mortalidad materna en Paraguay, con el objetivo de brindar información para la toma de decisiones tendiente a tratar de disminuir la gravedad de la problemática analizada, con-

tribuyendo al logro de las metas que el país ha asumido cumplir.

## Materiales y Métodos

El estudio es descriptivo, con análisis retrospectivo a partir de los datos disponibles en los Anuarios de Indicadores de Mortalidad publicados por el Departamento de Bioestadística del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social (MSPBS) del Paraguay, con base en los registros de muertes y nacimientos<sup>3</sup>.

Para el análisis de las principales causas de mortalidad materna se utiliza la codificación según los grandes capítulos de la décima revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades y problemas relacionados con la salud (CIE-10)<sup>4</sup>. Se asume la definición de muerte materna otorgada por la CIE-10 que considera que se trata de la muerte de una mujer mientras está embarazada o dentro de los 42 días siguientes a la terminación del embarazo, independientemente de la duración y el sitio de la gestación, debida a cualquier causa relacionada con o agravada por el embarazo mismo o su atención, pero no por causas accidentales o incidentales<sup>5</sup> (OMS, 2003).

Se debe alertar acerca de las múltiples causas que pueden intervenir en este tipo de defunción y que suelen ocasionar un inadecuado registro, lo que se traduce en una clasifica-

3 Se advierte que los registros del MSPBS adolecen de un sub registro en las defunciones estimado en 33,3% en promedio para el periodo 2000-2014 y de 34,8% para los nacimientos en el mismo periodo. No obstante, dado que no se cuenta con estimaciones de las defunciones maternas se ha optado por trabajar con las cifras registradas.

4 Las muertes maternas se encuentran registradas entre los códigos O00-O99 y A34 (Complicaciones del embarazo, del parto y del puerperio).

5 Las defunciones maternas pueden subdividirse en dos grupos: las defunciones obstétricas directas que resultan de complicaciones obstétricas del embarazo, parto y puerperio, de intervenciones, de omisiones, de tratamiento incorrecto, o de una cadena de acontecimientos originada en cualquiera de las circunstancias mencionadas, en tanto, las causas obstétricas indirectas son las que resultan de una enfermedad existente desde antes del embarazo o de una enfermedad que evoluciona durante el mismo, no debidas a causas obstétricas directas pero sí agravadas por los efectos fisiológicos del embarazo, en estas se incluyen anemia, paludismo, enfermedades coronarias y VIH (OPS, OMS, 1995).

ción errónea y consecuente sub-registro de la muerte materna en los sistemas nacionales de estadísticas vitales, estimado en torno al 30% de las defunciones<sup>6</sup>. Es por ello, que la falta de datos precisos representa una de las principales dificultades al abordar esta temática.

El indicador principalmente utilizado en este documento es la razón de mortalidad materna (RMM) consistente en el cociente entre el número de muertes maternas durante un período de tiempo dado y el número de nacidos vivos en el mismo periodo, por 100.000 nacidos vivos<sup>7</sup>. Se debe notar que este indicador es diferente a la tasa de mortalidad materna (TMM) que expresa el número de defunciones maternas por 100.000 mujeres en edad reproductiva (PRB, 2003). El grupo de mujeres en edad reproductiva se consideró de 10 a 54 años dado que es el intervalo de edades de las mujeres en el cual se registraron nacidos vivos.

Para analizar la evolución de la RMM, la TMM y sus causas se calculan promedios trianuales y promedios móviles trianuales en el caso de la evolución del indicador. De esta manera, se logra suavizar posibles situaciones coyunturales de la mortalidad y errores en el registro de los hechos vitales.

## Resultados y Discusión

### Evolución, nivel y desigualdades de la mortalidad materna en Paraguay

La razón de mortalidad materna (RMM) disminuyó en tres cuartas partes en las últimas tres décadas, pasando de 261 defunciones mater-

nas por cada 100.000 nacidos vivos en 1986 a 64 en 2014. No obstante, el descenso no ha sido sostenido, mostrando fluctuaciones en dicho periodo de tiempo.

Por su parte, la tasa de mortalidad materna (TMM) expresada en función al número de mujeres en edad reproductiva (10 a 54 años), presenta una tendencia similar a la señalada, sugiriendo que la RMM y la TMM disminuyen a pesar de la tendencia creciente del número de mujeres en edad reproductiva y del número de nacidos vivos. Hill et all. (2001) consideran que *“menos nacimientos producen menos muertes maternas, aunque no existan nuevas intervenciones de salud de la mujer”* (p.14), con lo cual, posiblemente las disminuciones de estas defunciones se den a raíz de las intervenciones en esta problemática y/o a cambios en la distribución por edades, como se verá más adelante.

En el período 2012-2014 en Paraguay fallecieron en promedio 89 mujeres por causas relacionadas al embarazo, parto o puerperio, esto es, una RMM media de 82 muertes maternas por cada 100.000 nacidos vivos y una TMM de 4 muertes maternas por cada 100.000 mujeres en edad reproductiva (Figura 1).

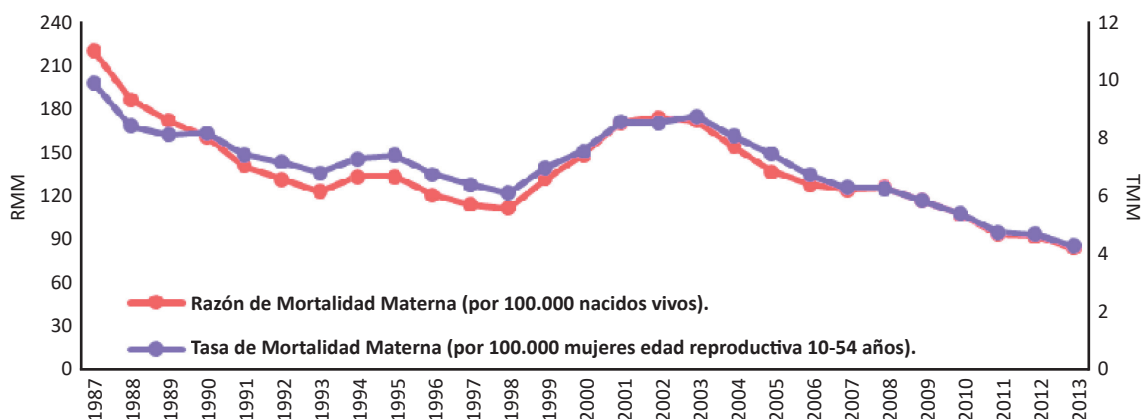
Cabe señalar que, si bien la RMM ha disminuido, dicho descenso no sería suficiente para cumplir con la meta establecida en el quinto Objetivo de Desarrollo del Milenio, esto es, llegar a 37,5 defunciones por cada 100.000 nacidos vivos en 2015 (tres cuartas partes de la cifra registrada a inicios de la década del noventa) (Gabinete Social, 2015), y con ello, también pone en riesgo el cumplimiento de los nuevos Objetivos de Desarrollo Sostenible con miras a 2030.

La tendencia mostrada no se ha dado de manera equilibrada al interior del país, y en este sentido, oculta la gran vulnerabilidad a la que están sujetas ciertas poblaciones. Los niveles más altos de mortalidad materna (superiores a 100 defunciones por cada 100.000 nacidos vivos) en el periodo 2012-2014 se observan en la región Chaco del país (Alto Paraguay y Pte. Hayes), y en tres departamentos de la región

6 Estudios cuidadosos realizados en Francia y en los Estados Unidos muestran que una proporción importante, frecuentemente hasta un tercio, de muertes que deben ser registradas como maternas están clasificadas erróneamente (Bouvier-Colle et cols., 1991; Berg et cols., 1996, citado en Hill et all. 2001).

7 Cabe precisar que este indicador no mide el riesgo obstétrico puesto que no incluye en el denominador los embarazos que no terminaron en nacimientos vivos, pero que pueden ser responsables de una muerte materna, esto es así porque en la práctica es raro encontrar la información apropiada sobre los embarazos que no terminaron en nacimientos vivos (Hill et all, 2001).

**Figura 1. Razón de Mortalidad Materna registrada (por 100.000 nacidos vivos) y Tasa de Mortalidad Materna (por 100.000 mujeres en edad reproductiva), Paraguay, 1987-2013 (promedios móviles trianuales).**



**Fuente:** Elaboración propia a partir de Paraguay. Subsistema de Información de Estadísticas Vitales (SSIEV). Dirección de Estadísticas en Salud (DES) - Dirección de Información Estratégica en Salud (DIGIES) - MSPBS y CELADE - División de Población de la CEPAL. Estimaciones y proyecciones de la población total según sexo y grupos quinquenales de edad. Revisión 2015.

Oriental (Caazapá, Canindeyú y Alto Paraná)<sup>8</sup> (Figura 2). Además, tres de los departamentos citados coinciden en presentar los mayores niveles de pobreza extrema del país (Caazapá,

Canindeyú y Alto Paraguay). Esto indica que existen zonas de difícil erradicación de esta problemática; a pesar de que el nivel nacional haya experimentado un descenso en los últimos años. La Tabla 1 presenta la razón de mortalidad materna registrada por departamento, junto con el correspondiente nivel de pobreza. Las muertes maternas ocurren a lo largo del

<sup>8</sup> Es preciso alertar acerca de la posibilidad de mayores niveles de sub-registro en zonas alejadas y con difícil acceso a la red de servicios, aspecto que impide captar fehacientemente la realidad presentada.

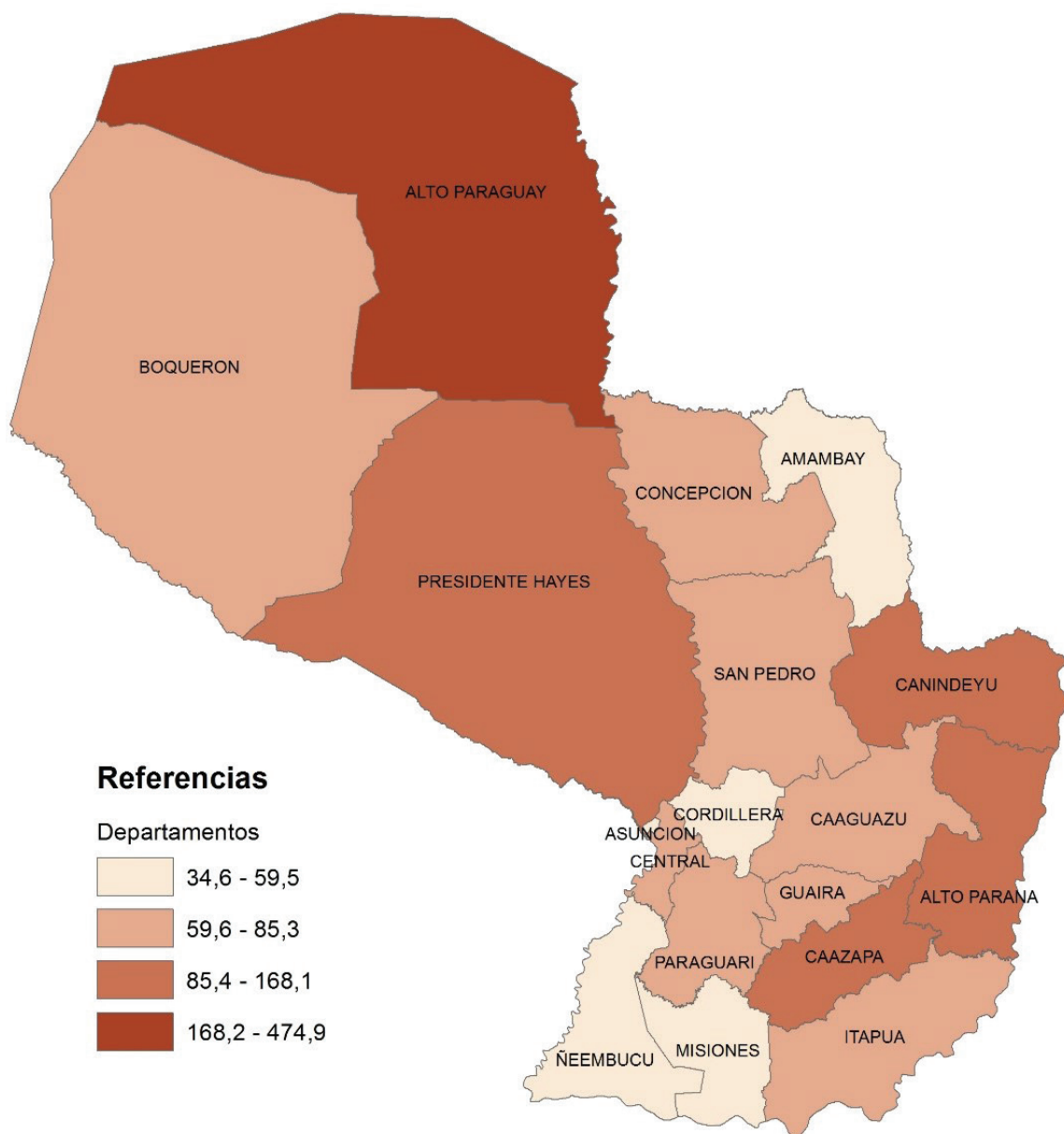
**Tabla 1. Razón de Mortalidad Materna registrada (por 100.000 nacidos vivos) según departamento (lugar de residencia) y nivel de pobreza, Paraguay, 2010-2014.**

Departamento	2010	2011	2012	2013	2014	Promedio trianual (2012-2014)	Pobreza (2015)	
							Total	Extrema
TOTAL	100,8	88,8	84,9	96,3	63,9	82	22,2	10,0
Asunción	88,1	84,4	83,4	64,1	31,0	60	11,4	3,0
Concepción	122,3	116,4	93,4	71,8	90,8	85	37,6	18,0
San Pedro	129,0	138,2	75,7	60,6	71,2	69	44,9	25,2
Cordillera	100,3	72,0	93,4	24,1	22,4	47	19,9	5,8
Guairá	105,4	136,2	67,0	100,9	33,0	67	27,8	10,7
Caaguazú	101,7	104,0	49,4	90,3	72,4	71	40,1	21,1
Caazapá	123,4	204,1	279,7	84,2	39,6	135	47,9	33,5
Itapúa	80,0	95,0	54,5	70,1	108,3	78	21,3	10,7
Misiones	294,3	0,0	105,9	55,1	0,0	54	24,6	11,7
Paraguarí	64,1	32,2	63,6	66,1	63,6	64	27,6	16,8
Alto Paraná	142,9	86,0	81,5	151,6	83,1	105	15,9	7,6
Central	53,6	63,8	78,3	103,9	59,1	80	16,3	4,8
Ñeembucú	107,1	224,0	0,0	0,0	103,7	35	26,2	11,7
Amambay	162,6	73,5	65,7	35,6	66,6	56	15,0	6,1
Canindeyú	209,6	96,4	156,3	158,8	29,7	115	33,2	20,8
Pte. Hayes	155,8	148,2	151,2	157,8	195,2	168	20,5	10,0
Boquerón	79,0	70,4	72,3	152,2	0,0	75	22,9	14,9
Alto Paraguay	403,2	414,9	732,6	692,0	0,0	475	35,7	19,2

**Fuente:** Elaboración propia a partir de Paraguay, Sub-Sistema de Información de las Estadísticas Vitales (SSIEV) - Año 2010 a 2014 MSPBS y DGEEC, Incidencia de la pobreza y pobreza extrema por departamento 1997 al 2015.



**Figura 2. Razón de Mortalidad Materna registrada (por 100.000 nacidos vivos) según departamento (lugar de residencia), Paraguay (promedio trianual centrado en 2013).**



**Fuente:** Elaboración propia a partir de Paraguay, Sub-Sistema de Información de las Estadísticas Vitales (SSIEV) - Año 2010 a 2014 MSPBS.

periodo de edad reproductiva de las mujeres. En el último quinquenio (2010-2014) se ha observado un cambio en la distribución de dichas muertes según edad de la mujer, con un corrimiento de la cúspide del grupo de 20-24 años

al de 30 a 34 años, y con ello, una disminución de las muertes en mujeres de menos de 30 años (Figura 3) (Tabla 2).

Esto, estaría sugiriendo un nuevo comporta-

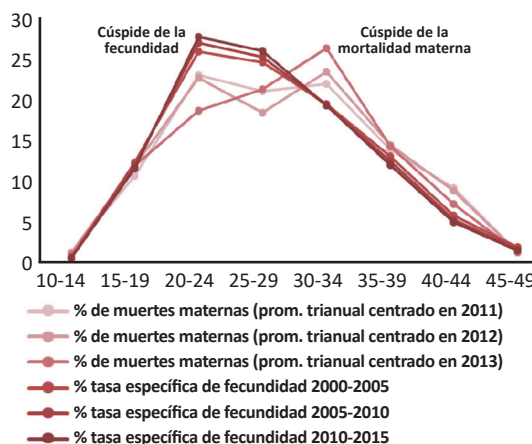
**Tabla 2. Número de muertes materna y tasa específica de fecundidad por grupos de edad y sus respectivas distribuciones porcentuales, Paraguay.**

Año	10-14	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	No especific.	TOTAL
<b>Número de muertes maternas</b>											
2010	0	7	19	26	22	16	8	1	1	2	102
2011	1	13	22	14	18	15	10	1	0	0	94
2012	1	9	24	20	22	8	7	0	0	1	92
2013	0	11	18	18	27	18	7	1	0	3	103
2014	0	10	8	17	20	11	4	1	0	1	72
<b>Distribución porcentual de las muertes maternas</b>											
2010	0,0	6,9	18,6	25,5	21,6	15,7	7,8	1,0	1,0	2,0	100,0
2011	1,1	13,8	23,4	14,9	19,1	16,0	10,6	1,1	0,0	0,0	100,0
2012	1,1	9,8	26,1	21,7	23,9	8,7	7,6	0,0	0,0	1,1	100,0
2013	0,0	10,7	17,5	17,5	26,2	17,5	6,8	1,0	0,0	2,9	100,0
2014	0,0	13,9	11,1	23,6	27,8	15,3	5,6	1,4	0,0	1,4	100,0
<b>Promedio trianual de la distribución porcentual de muertes maternas centrado en</b>											
2011	0,7	10,2	22,7	20,7	21,5	13,4	8,7	0,7	0,3	1,0	100,0
2012	0,7	11,4	22,3	18,0	23,1	14,0	8,3	0,7	0,0	1,3	100,0
2013	0,4	11,5	18,2	20,9	26,0	13,8	6,7	0,8	0,0	1,8	100,0
<b>Tasa específica de fecundidad</b>											
2000-2005	0,0000	0,0786	0,1700	0,1610	0,1268	0,0837	0,0349	0,0091			
2005-2010	0,0000	0,0680	0,1573	0,1471	0,1115	0,0711	0,0284	0,0067			
2010-2015	0,0000	0,0596	0,1469	0,1375	0,1012	0,0616	0,0236	0,0051			
<b>Distribución porcentual de las tasas específicas de fecundidad</b>											
2000-2005	0,0	11,8	25,6	24,2	19,1	12,6	5,3	1,4			100,0
2005-2010	0,0	11,5	26,7	24,9	18,9	12,0	4,8	1,1			100,0
2010-2015	0,0	11,1	27,4	25,7	18,9	11,5	4,4	1,0			100,0

Fuente: Elaboración propia a partir de Paraguay, Sub-Sistema de Información de las Estadísticas Vitales (SSIIEV) - Año 2010 a 2014 MSPBS, y DGEEC. Proyección de la población nacional, áreas urbana y rural por sexo y edad, 2000- 2025. Revisión 2015

miento de la mortalidad materna en el país, sin encontrarse una relación con los cambios en la estructura de la fecundidad, que como puede observarse en la Figura 3, la distribución relativa de la fecundidad tiene cúspide en el grupo de 20 a 24 años, comportamiento que se mantiene entre 2005 y 2015 y lo seguirá haciendo según las proyecciones de población (DGEEC, 2015). A pesar de lo mencionado, debe llamar la atención que actualmente el 12% de todas las muertes maternas del país ocurre en niñas y adolescentes (10 a 19 años) y su participación relativa se ha mantenido casi constante en los últimos 5 años, a pesar de las disminuciones de la razón de mortalidad materna mostradas anteriormente a nivel nacional. Según Pantelides & Cerrutti (1992), entre los riesgos que corren las mujeres y sus hijos cuando éstos son tenidos en la adolescencia, se evidencian niveles más altos

**Figura 3. Distribución relativa de las muertes maternas y de las tasas específicas de fecundidad por grupos de edad de las mujeres, Paraguay.**



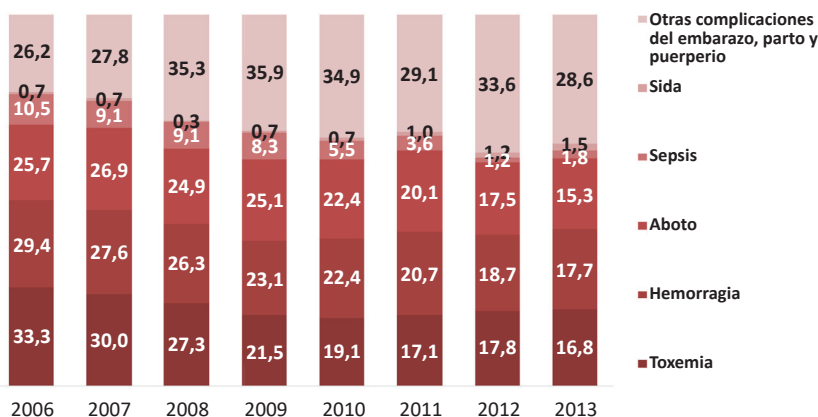
Fuente: Elaboración propia a partir de Paraguay. Sub-Sistema de Información de Estadísticas Vitales (SSIIEV) - Año 2010 a 2014 MSPBS, y DGEEC, Proyección de la Población nacional, área urbana y rural por sexo y edad, 2000-2025, Revisión 2015.

**Tabla 3. Razón de Mortalidad Materna por principales causas de muerte, Paraguay, 2005 a 2014.**

Causas*	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Toxemia (O10-O16)	35,0	30,4	34,4	25,1	22,5	16,8	18,0	16,6	18,7	15,1
Hemorragia (O20; O44-O46; O67; O72)	25,5	28,4	34,4	20,1	24,5	24,7	18,0	19,4	18,7	15,1
Aborto (O00-O07)	24,6	26,4	26,1	28,1	20,6	26,7	19,8	13,8	18,7	13,3
Sepsis (O75.3;O85)	14,2	7,8	9,4	10,0	7,8	6,9	1,9	1,8	0,0	3,6
Sida (B20-B24)	0,0	1,0	1,0	0,0	0,0	2,0	0,0	0,9	2,8	0,9
Otras complicaciones del embarazo, parto y puerperio (O21-O29; O30-O43; O47-O48;O60-O66; O68-O71; O73-O75; O86-O92; O95-O99)	29,3	27,4	21,9	34,1	49,9	23,7	31,2	32,3	37,4	16,0
<b>Total</b>	<b>128,5</b>	<b>121,4</b>	<b>127,3</b>	<b>117,4</b>	<b>125,3</b>	<b>100,8</b>	<b>88,8</b>	<b>84,9</b>	<b>96,3</b>	<b>63,9</b>

Fuente: Elaboración propia a partir de Paraguay, Sub-Sistema de Información de las Estadísticas Vitales (SSIEV) - Año 2005 a 2014 MSPBS. \* La RMM para la causa de tétanos obstétrico (A34) es cero en el periodo analizado.

**Figura 4. Razón de mortalidad materna (por 100.000 nacidos vivos) según principales causas de muerte, Paraguay, promedios móviles trianuales.**



Fuente: Elaboración propia a partir de Paraguay. Sub-Sistema de Información de Estadísticas Vitales (SSIEV). Dirección de Estadísticas en Salud (DES) – Dirección de Información Estratégica en Salud (DIGIES) - MSPBS.

de morbilidad y mortalidad y un alto riesgo de perder la vida durante el embarazo o parto<sup>9</sup>.

### Principales causas de mortalidad materna en Paraguay

Las principales causas de muertes maternas en la última década han sido el aborto, las hemorragias, y la toxemia, estas últimas dos consideradas causas directas que se relacionan con una intervención tardía e insegura, falta de equipos y recursos, ausencia de normas de manejo o de supervisión de las mismas (Figura 4) (Tabla 3). Estas causas presentan pesos relativos similares, en torno al 20% cada una. El aborto ha

sido, a través de los años una importante causa de muerte materna, llegando incluso a ser la principal causa de muerte en 2008, 2010 y 2011, siendo responsable, según el año, de una de cada cuatro muertes maternas (Tabla 3). Es probable que su peso sea mayor en la realidad debido al sub-registro y el ocultamiento que es objeto por ser una actividad penada por la ley<sup>10</sup>.

### Políticas públicas para la reducción de la mortalidad materna en Paraguay

Como se ha mencionado, la mayoría de las muertes maternas son evitables por medio de la existencia y acceso a servicios de salud

9 Es importante notar que se ha registrado un aumento significativo del número de nacidos vivos de madres de 10 a 14 años en los últimos 5 años (2010-2014). No se descarta que el fenómeno obedezca a una mejora en los registros vitales.

10 El Código Penal (Ley N° 1160/1997) artículos que refieren a la penalización en relación a los abortos (Art. 349 a 353).



adecuados en cuanto a profesionales calificados, equipos y medicamentos apropiados en la atención y respuesta a tiempo en las distintas etapas del embarazo, parto y puerperio (UNICEF, 2009 BM, 2006). Respecto a esto, es importante mencionar que según Vélez et al. (2005) *“la vigilancia en salud pública de la mortalidad materna se ha incluido dentro de los eventos del componente de mortalidad por causas evitables (...) el cual permite identificar en mayor o menor grado los puntos críticos a intervenir para su prevención”* (p. 36). Según este estudio, uno de los métodos para el análisis de estas muertes, planteados por doctora Deborah Maine, de la Universidad de Columbia, y adoptado por la OMS y el Fondo de Población de las Naciones Unidas, se basa en el supuesto de que para reducir la mortalidad materna no es suficiente que los servicios de salud funcionen eficientemente ya que las mujeres enfrentan una serie de barreras para poder acceder a ellos y utilizarlos. En este sentido, la autora ha definido que cualquier escollo que haya causado demoras que signifique un retraso para que la mujer reciba atención adecuada puede costarle la vida. El modelo identifica tres demoras; demora en tomar la decisión de buscar ayuda, demora en llegar a la institución de atención y demora en recibir el tratamiento adecuado en la institución (op. cit).

En esta línea, se presentan los avances que el país ha realizado en torno a esta problemática, considerando que *“puede y debe disminuir, en la medida en que se definan y desarrollen políticas coherentes y acciones sostenidas en el tiempo”* (MS y UNICEF, 2003: 5).

Como antesala es importante mencionar que las principales acciones en salud sexual y reproductiva se registran desde la caída de la dictadura (1989), a partir de una serie de promulgaciones legales que incluyen el tema en diversos niveles legislativos como su incorporación en la Constitución Nacional (1992), en Códigos como el Civil (Ley Nº 1183/85), el Laboral (Ley Nº 213/93), el Sanitario (Ley Nº 836/80), el de la Niñez y la Adolescencia (Ley

Nº 1680/2000) y el Penal (Ley Nº 1160/97)<sup>11</sup>.

El gobierno nacional a través del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social (MSPBS) viene realizando esfuerzos para la atención de la mujer embarazada, el parto y el puerperio, garantizando, desde 2008, la atención gratuita de las mujeres embarazadas en todos los servicios de salud pública del país, incluyendo la entrega de medicamentos básicos durante el embarazo y parto (normal o cesárea) (Ley Nº 4313/2011, de aseguramiento presupuestario de los programas de salud reproductiva y de aprovisionamiento del kit de partos). Ha definido estrategias cuya efectividad ha sido demostrada en otros países, las cuales están plasmadas en el actual *“Plan de acción para la disminución acelerada de la mortalidad materna y de la morbilidad materna severa 2012 – 2017”* (MSPBS, 2012) en concordancia y refuerzo a las estrategias y acciones establecidas en el Plan Nacional de Salud Sexual y Reproductiva 2009 – 2013<sup>12</sup>. Le antecede a este Plan las normas de Atención Humanizada Post Aborto, de marzo 2012, en el cual se plasma cómo manejar adecuadamente esta patología frecuente que puede llevar a la muerte. Además, el MSPBS cuenta con un sistema de Vigilancia Epidemiológica de la Salud, Morbilidad y Mortalidad Materna y Neonatal (VESMMN). Actualmente también participa de una iniciativa nacional denominada *“Movilización Nacional para la disminución de la mortalidad materna y del recién nacido 2014-2018”*, con la finalidad de reducir en un 20% estas muertes. Otra estrategia implementada, en el marco de

11 La Constitución Nacional (CN) incluye artículos Del derecho a la vida (Art. 4), De la maternidad y la paternidad (Art. 55), De la planificación familiar y de la salud materno infantil (Art. 61) y Del derecho a la salud (Art. 68). En la Ley de Reforma del Código Civil se reproducen las ideas contenidas en los artículos constitucionales transcriptos. En su artículo 13 ratifica lo enunciado en el artículo 61 de la CN. Por su parte, el Código Laboral vigente en Paraguay, haciendo referencia al trabajo de las mujeres, establece varios artículos sobre los derechos y obligaciones laborales durante la maternidad (Art. 130 a 135). Las disposiciones referidas a la maternidad también están contempladas el Código de la Niñez y la Adolescencia en los siguientes artículos: 9º, 10º, 11º, 12º, 13º 14º 204º, 205º, 206º, 207º y 208º.

12 Actualmente se encuentra en vigencia el Plan del mismo nombre para el periodo 2014-2018.

esta movilización es la denominada “Estrategia Código Rojo”, que tiene como finalidad responder a emergencias obstétricas y neonatales.

## Conclusiones

Los niveles de mortalidad materna dan cuenta de la falta de garantía de derechos humanos básicos, cuya vigencia y responsabilidad recae en el Estado y sintetizan el grado de desarrollo del país.

El análisis de las causas de mortalidad materna indica que los esfuerzos dirigidos a disminuir esta problemática deben estar orientados a las causas directas como toxemia y hemorragia, además del aborto. Al ser la mortalidad materna en gran medida prevenible ésta se ubica como un problema de salud pública que evidencia las inequidades económicas, sociales y culturales, tanto en el ámbito nacional como al interior del país. Así, determinadas zonas del país presentan un escenario particular en el cual los niveles de mortalidad se alejan considerablemente del promedio nacional.

Lo anterior exige contar con sistemas sanita-

rios de calidad, compuesto por gestión, organización, administración de recursos, calidad de atención, cobertura de los servicios de salud, así como también, un sistema de protección social en salud y transversal en educación, desarrollo social, trabajo, entre otros.

La salud materna y la reducción de la mortalidad materna debe estar entre las prioridades de la agenda pública, con un abordaje intersectorial que ahonde en temas de educación sexual, la relevancia de contar con empleos formales vinculado al acceso a servicios de salud, sistemas de protección social eficientes y programas de lucha contra la pobreza. Si bien, Paraguay denota un gran despliegue legal y programático en los últimos años, acumula una serie de otros factores externos económicos, sociales y culturales que detienen la disminución de estas defunciones. Este hecho pone de manifiesto que el país debe mantener y ampliar los esfuerzos realizados con miras a garantizar la calidad de vida de sus habitantes y alcanzar las metas que se comprometió a cumplir en el ámbito internacional.

## Referencias Bibliográficas

Banco Mundial (2006). *Mortalidad Materna: datos básicos*. Recuperado de: <<http://siteresources.worldbank.org/INTPHAAG/Resources/AAGMaternalMortalitySp.pdf> >

Díaz Echeverría, D. F. (2006). *Mortalidad Materna: Una tarea inconclusa*. Fundar, Centro de Análisis e Investigación, A. C. México D. F.

Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF). (2009) *Estado Mundial de la Infancia 2009*. UNICEF, Nueva York.

Gabinete Social de la Presidencia de la República. (2015). *Resumen del Segundo Informe de Gobierno sobre los Objetivos de Desarrollo del Milenio*. Asunción.

Gómez Gómez, E. (1997). *La salud y las mujeres en América Latina y el Caribe. Viejos problemas y nuevos enfoques*. Serie Mujer y Desarrollo 17. CEPAL, Santiago de Chile.

Grupo de Trabajo Regional para la Reducción de la Mortalidad Materna (GTR). (2016). *Estimacio-*

*nes de Mortalidad Materna en América Latina y el Caribe: Un breve panorama*. Recuperado de: <[http://www.familycareintl.org/UserFiles/File/GTR\\_SP.pdf](http://www.familycareintl.org/UserFiles/File/GTR_SP.pdf) >

Hill, K., Stanton, C., & Gupta, N. (2001). *Medición de la Mortalidad Materna a partir de un Censo: Instrucciones para los Usuarios*. MEASURE Evaluation Manual Series, No. 4.

Mojarro O., et al. (2003). *Mortalidad materna y marginación municipal*. Situación Demográfica de México. Consejo Nacional de Población (CONAPO), México.

Organización Mundial de la Salud (OMS). (2014). *Trends in Maternal Mortality: 1990 to 2013* WHO, UNICEF, UNFPA, World Bank, United Nations Population Division, Ginebra.

Organización Mundial de la Salud (OMS). (2015). *Nota descriptiva de la OMS sobre mortalidad materna*. N° 348 noviembre de 2015. Recuperado de: <<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs348/es/>>

Organización Panamericana de la Salud (OPS), Oficina Sanitaria Panamericana, Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud (OMS). (1995). *Clasificación Internacional de Enfermedades y Problemas relacionados con la Salud – Décima revisión*. OPS, Washington D.C.

Organización Panamericana de la Salud (OPS), Organización Mundial de la Salud (OMS). (2003). *132ª Sesión del Comité Ejecutivo*. Washington, D.C.

Pantelides, E.; Cerrutti M. S. (1992). *Conducta reproductiva y embarazo en la adolescencia*. Cuadernos del CENEP N° 47, Buenos Aires.

Population Reference Bureau (PRB) (2003). *Guía rápida de población*. 4ª edición, Washington, DC República Argentina. Ministerio de Salud de la Nación (MS) y Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF). (2003). *Mortalidad Materna. Un problema de salud pública y derechos humanos*. UNICEF Argentina. Buenos Aires.

República del Paraguay. Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social (MSPBS). (2012). *Plan de acción para la reducción acelerada de la mortalidad materna y la morbilidad materna grave Paraguay*. Asunción.

República del Paraguay. Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social (MSPBS). *Indicadores de Mortalidad – Año 1997 a 2014*, Asunción.

República del Paraguay; Secretaría Técnica de Planificación- Dirección General de Estadística, Encuestas y Censos (DGEEC). 2015. *Proyección de la población nacional, áreas urbana y rural por sexo y edad, 2000- 2025*. Revisión 2015.

Vélez, G., Gallego, L., Jaramillo, D. (2005). *Modelo de análisis de la muerte materna: camino a la supervivencia*. Alcaldía de Medellín, Secretaría de Salud. Modelos para el análisis de la mortalidad materna y perinatal. Medellín: Secretaría de Salud.