

**Costeo de Medicamentos
para Atender las
Principales Causas de
Mortalidad Materna
en Paraguay**

**Un Asunto de
Derechos Humanos
y Justicia Social**



La presente publicación recoge los resultados del estudio impulsado por la oficina local del **Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA)** en Paraguay durante el año 2006.

Están autorizada la reproducción y divulgación por cualquier medio del contenido de este material, siempre que se cite la fuente. Este texto no tiene fines de lucro, por lo tanto no puede ser comercializado en el Paraguay ni en el extranjero.



Equipo UNFPA para esta propuesta

Mirtha M. Rivarola, Oficial a Cargo

Roberto Kriskovich, Asesor de Salud Sexual y Reproductiva

Carolina Ravera Castro, Asesora de Abogacía y Comunicación



Consultores bajo contrato del UNFPA

Rubén Gaete, MAE con postgrado en Economía de la Salud (CIRD)

Carlos E. Rodríguez, Doctor especialista en Administración Hospitalaria y Salud Pública (CIRD)



Cuidado de Edición: Área de Abogacía y Comunicación del UNFPA

Diseño: Reinaldo Vargas

Impresión: AGZ Zamphirópolis

Primera Edición: 1.000 ejemplares

Es propiedad:

© Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA)

ISBN: 978-99953-51-00-7

Mayo, 2007

Asunción, Paraguay



Índice

■ Presentación.....	5
■ I Parte - Análisis de situación	
■ Maternidad segura como inversión social.....	9
■ Mortalidad materna: Un problema político	12
■ Situación de la salud reproductiva y la mortalidad materna en Paraguay como indicador de exclusión social en salud	13
• Análisis de contexto: Causas de la exclusión en salud en el país.....	13
• La mortalidad materna a la luz de Cairo, Beijing y los Objetivos de Desarrollo del Milenio.....	14
• Factores condicionantes. Inequidades	17
• Políticas conciliatorias: Presupuesto público y salud materna	19
<i>Salud en el Gasto Social</i>	20
<i>Análisis del Presupuesto General de la Nación destinado a salud sexual y reproductiva</i>	22
■ Estrategias para fortalecer la maternidad segura	23
• Cambio de paradigma.....	25
• Cuidados Obstétricos Esenciales (COE).....	26
■ Requerimientos para la reducción de la mortalidad materna en Paraguay: AOE básicos e integrales. Brechas	30
• Recursos humanos, recursos físicos y materiales.....	32
■ II Parte - Una estimación financiera	
■ Medicamentos para las AOE: Costos de medicamentos de la AOE.	37
• Metodología	37
• Lista de medicamentos que se usan en AOE, por morbilidad y nivel de atención.....	38

• Determinación de costos unitarios de medicamentos de AOE por morbilidad y por nivel de atención.....	40
• Costos totales anuales de medicamentos de AOE, considerando la incidencia y frecuencia de casos esperados de complicaciones: Cantidad de eventos esperados por año.	44
• Presupuesto: Inclusión en el Presupuesto General de la Nación. Asignación del Objeto de Gasto correspondiente	46
■ Análisis comparativo y cualitativo del costo de una mortalidad materna y de los recursos necesarios para evitar dicha muerte.....	47
■ A modo de conclusión.....	49
■ Recomendaciones.....	52
■ Bibliografía	53
■ III Parte - Anexos	



Presentación

“Actualmente, las complicaciones del embarazo y el parto son la causa principal de defunción de las jóvenes de entre 15 y 19 años de edad en los países en desarrollo. Desde cualquier punto de vista, esta situación es inaceptable y constituye una crisis de salud pública. La gran mayoría de esas vidas podrían salvarse con intervenciones eficaces en función de su costo y cuyos positivos efectos han sido comprobados en varios países”.

Thoraya A. Obaid, Directora Ejecutiva del UNFPA
Extracto de su mensaje por el Día Mundial de la Salud
Abril de 2007

Para el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) –como agencia especializada del Sistema de las Naciones Unidas en temas de población y desarrollo, salud sexual y reproductiva y género– poner hoy a disposición de todos y todas ustedes el resultado del estudio sobre costo de medicamentos necesarios para atender las principales causas de mortalidad materna en nuestro país, es un imperativo y nos reitera que abordar esta problemática significa asumir un compromiso relevante.

Decimos que es un imperativo, porque esta herramienta técnica nos demuestra claramente que pasar del discurso a los hechos, en una temática como la mortalidad materna, tiene directa relación con las evidencias y con la voluntad política para producir los cambios.

Aseguramos que se trata de tomar esta problemática social con compromiso, porque la promoción de la maternidad segura con la consiguiente reducción de la mortalidad materna, conlleva un cambio de paradigma. Significa comprender que el acceso universal a la educación y servicios de anticoncepción para prevenir embarazos no deseados, la atención prenatal de calidad, la asistencia de todos los partos por personal calificado y en servicios calificados, y la resolución de las emergencias obstétricas para todas las mujeres que presentan complicaciones, constituyen una sola estrategia que precisa decisión política, una adecuada implementación técnica y gerencial, y la asignación y aplicación de los recursos necesarios.

Reiteramos el reconocimiento de que la muerte de la mujer en el embarazo o en el parto no sólo es un atentado contra su derecho a la vida, sino que es una injusticia social.

Como herramienta técnica, esta investigación estima costos financieros de los medicamentos necesarios para evitar una muerte materna en nuestro país. Estamos hablando de una inversión, en promedio, de 74 dólares* por cada atención obstétrica de emergencia. Esta cifra es baja, en términos absolutos y relativos, si se tiene en cuenta los beneficios tangibles e intangibles que aporta una madre sana, en pleno ejercicio de sus facultades y de sus derechos.

Contribuir efectivamente al seguimiento del Programa de Acción de Cairo, de la Plataforma de Acción de Beijing y de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) –todos suscritos por Paraguay y en torno a los cuales se están desarrollando diversas acciones en nuestro medio– nos

* A la fecha de esta investigación, 1 dólar americano se cotizaba a un promedio de 5.400 guaraníes.

enfrenta al desafío de dar respuestas a necesidades y a realidades sociales que son complejas y diferenciadas. Desde una perspectiva de derechos y de género, la maternidad segura, con sus acciones de reducción de la morbilidad materna, se convierte en eje principal de lucha contra la pobreza y la desigualdad. Esto tiene efectos económicos, psicológicos y sociales positivos sobre la propia mujer, su descendencia, su familia y la comunidad y por ello sostenemos que la promoción de la maternidad segura debe constituirse en un fin en sí mismo de las políticas que promuevan la equidad social.

Creemos que esta información, debidamente argumentada al interior de este documento de trabajo, puede ser de gran utilidad para quienes tienen en sus manos la definición de políticas públicas y de los presupuestos en el país, sobre todo en el área de la salud.

Desde el UNFPA queremos reconocer el aporte de numerosas personas que facilitaron este estudio. Durante el proceso, se contó con el apoyo de profesionales a quienes agradecemos su aporte generoso y desinteresado. Destacamos la apertura y excelente disposición del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social, a través del doctor Rubén Darío Ortiz, Director General de Programas, de la doctora Julia Noemí Mancuello de Alum, Directora del Programa de Salud Reproductiva, y de la doctora Angela Báez, de la Comisión Nacional de Vigilancia Epidemiológica de la Salud y la Morbilidad Materna y Neonatal, así como de sus colaboradores/as cercanos/as quienes facilitaron un amplio acceso a la información disponible.

Al panel de destacados/as especialistas en gineco obstetricia, que en su momento brindaron oportunas consideraciones sobre aspectos técnicos del estudio: doctor Vicente Bataglia Araujo, doctora Margarita Ferreira y doctora Gladys Larrier.

A los consultores a cargo de esta propuesta, Rubén Gaete y Carlos Rodríguez, así como a nuestros colegas del Proyecto Gasto Social en el Presupuesto (PNUD/UNFPA/UNICEF), Julio Fernández y Andrés Osorio, y a los/as del UNFPA, particularmente a Roberto Kriskovich, Asesor en Salud Sexual y Reproductiva, y a Carolina Ravera, Asesora en Abogacía y Comunicación, por el seguimiento e involucramiento en todo el proceso.

Reiteramos nuestro compromiso institucional con el país para que en este VI Ciclo de Cooperación 2007-2011 sigamos trabajando juntos en el proceso que se lleva adelante para universalizar el acceso a la educación, los servicios y la disponibilidad de insumos en salud sexual y reproductiva en el marco de una política amplia sobre población y desarrollo. Todo esto con la finalidad de que mujeres, jóvenes y adolescentes varones y mujeres, ejerzan efectivamente sus derechos en materia de salud consagrados en la Constitución Nacional.

Mirtha M. Rivarola
Oficial a Cargo
UNFPA



I Parte

Análisis de situación

Maternidad segura como inversión social

La cuarta parte de las mujeres adultas que vive en los países en desarrollo padece de algún tipo de enfermedad o lesión referida con el embarazo y el parto. Cada año las complicaciones relacionadas con la salud materna son la causa de la muerte de 529.000 mujeres¹ (Tasa de Mortalidad Materna² en el mundo = 400 x 100.000 Nacidos Vivos) y contribuyen a la muerte de por lo menos 1,5 millones de recién nacidos en la primera semana de vida y de 1,4 millones de nacidos muertos. Es enorme el costo social y económico que estas discapacidades y muertes traen a las familias, a las comunidades, a la fuerza laboral y a los países en general. La mortalidad materna es el indicador que presenta mayores disparidades entre los países desarrollados y en desarrollo. En Paraguay, en 2005 se registraron 135 muertes maternas, con una Tasa de Mortalidad Materna (TMM) de 134 x 100.000 Nacidos Vivos (NV), siendo la cuarta causa de muerte en mujeres de 15 a 49 años, y la primera en las de 25 a 29 años.

Para el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) enfrentar este tema conlleva el desarrollo de una estrategia que contemple el acceso universal a servicios anticonceptivos para reducir los embarazos no deseados, la atención de todos los partos por personal calificado, y la atención obstétrica de emergencia para todas las mujeres que presenten complicaciones.

La muerte materna ha sido definida por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como *“la defunción de una mujer mientras está embarazada o dentro de los 42 días siguientes a la terminación del embarazo, debido a cualquier causa relacionada o agravada por el embarazo*

.....

¹ Informe sobre la Salud en el Mundo. OMS, 2005.

² La Tasa de Mortalidad Materna (TMM) se define como el número anual de mujeres fallecidas por causas relacionadas con el embarazo y el parto, por cada 100.000 nacidos vivos.

mismo o por su atención, pero no por causas accidentales o incidentales”. Desde 1996, la OMS extendió el período de inclusión de cuarenta y dos días a un año después de la terminación del embarazo.

Puede parecer extraño, pero todavía es frecuente que se pregunte –aún o inclusive entre profesionales de la salud– porqué es tan importante la muerte materna cuando ocurren muchas más muertes por otras causas, por ejemplo en accidentes de tránsito. Esta pregunta antes que una argumentación epidemiológica, pone de manifiesto un dilema ético que debe ser resuelto por la sociedad. A nuestro criterio, debemos preguntarnos: ¿hasta qué punto nuestro Estado e instituciones sociales son capaces de garantizar que eventos absolutamente naturales e indispensables para la supervivencia de la especie humana, como la gestación y el parto, se desarrollen de manera saludable y segura?

El rol de las mujeres es relevante para el desarrollo social y económico de sus sociedades, como integrantes de la fuerza laboral y eje de sus hogares. Son, junto a sus compañeros, creadoras de nueva vida y un capital social indispensable para el desarrollo humano. La terrible paradoja es que a pesar de que la perpetuación de nuestra especie es un proceso esencial, la dignidad, la vida y la salud de las mujeres está seriamente devaluada, tal como lo expresara ya en 1990 el doctor Mahmoud Fathalla en la conferencia inaugural del X Congreso Mundial de la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia Psicosomática (ISPOG): *“Las mujeres mueren dando a luz porque las sociedades no consideran que sus vidas valen el costo necesario para salvarlas. La esclavitud de las mujeres hacia su rol reproductivo y doméstico es responsable por la forma en que la sociedad subestima su valor”*.

La muerte de una mujer durante el embarazo o el parto no es sólo un problema de salud, sino también una cuestión de injusticia social. Como también nos alerta el doctor Fathalla “no sólo porque son mujeres que mueren en la plenitud de sus vidas [...] No sólo porque la muerte materna es una de las formas más terribles de morir [...] pero sobre todo, porque casi todas las muertes maternas son eventos que podrían haber sido evitados, y nunca debería haberse permitido que ocurrieran”³.

En el contexto actual, en el que el quinto Objetivo de Desarrollo del Milenio se refiere exclusivamente a la reducción la mortalidad y la morbilidad derivadas de la mortalidad, es importante recordar que el costo social de la mortalidad materna se expresa en la posterior desorganización familiar. Niñas y niños ven incrementarse el riesgo de abandono, con sus consecuencias de malnutrición y deficiente educación. Se ha descrito que sólo uno de cada diez recién nacidos que perdieron a su madre alcanza a cumplir su primer año. Los y las niños/as de un hogar que pierde a su madre se profundizan en el círculo de la pobreza, al verse privado el hogar de la contribución económica y el apoyo para la instrucción escolar que brinda la madre. De cada 10 mujeres que fallecen en Paraguay, 6 de ellas dejan un promedio de 6 huérfanos/as o más⁴.

Las complicaciones relacionadas con el embarazo son la causa número uno de muerte y discapacidad entre las mujeres en edad reproductiva a nivel mundial. Estas complicaciones obstétricas están bien estudiadas e identificadas⁵, siendo el 90% de las muertes maternas imputables a cinco de ellas: hemorragia, sepsis, abortos inducidos inseguros, hipertensión durante el embarazo, y partos obstruidos. Estas complicaciones son conocidas desde hace mucho tiempo y, sorprendentemente, su distri-

3 Fathalla, 1997; citado en M. Berer y S. Ravindran. Año 1999.

4 Comisión Nacional de Vigilancia Epidemiológica de la Salud y la Morbimortalidad Materna. Dirección General de Programas de Salud. MSPyBS. Informe del Año 2004.

5 The Maternal Morbidity Network, Fortney, J.A., and Smith, J.B., eds. *The Base of the Iceberg: Prevalence and Perceptions of Maternal Morbidity in Four Developing Countries*. North Carolina: Family Health International. Diciembre 1996.

bución es bastante parecida entre países desarrollados y aquellos en desarrollo. Es decir que mientras que la mayoría de muertes maternas ocurre en países en desarrollo, esto no significa que sólo las mujeres de los países en desarrollo enfrentan complicaciones médicas durante o después del embarazo. Las mujeres de cualquier país y de cualquier tipo de población pueden desarrollar complicaciones, pero es menos probable que las mujeres de los países en desarrollo obtengan tratamiento rápido y adecuado, por lo tanto es más probable que mueran.

De ahí la importancia trascendental de entender que si se tiene en cuenta que un 15% de los embarazos puede presentar complicaciones, es necesario considerar a todos los embarazos en riesgo y que tanto la comunidad como el personal de salud deben estar preparados para atender las emergencias.

La diferencia con los países desarrollados es que en estos es prácticamente nula la mortalidad por aborto complicado –debido a la disponibilidad de métodos anticonceptivos y a la existencia de servicios de aborto seguro legalmente respaldados– y la muerte por parto obstruido casi no existe gracias al acceso a la cesárea.

Los países desarrollados han reducido sensiblemente la mortalidad materna, principalmente porque hoy se cuenta con el conocimiento y la tecnología capaces de lograrlo. La enorme diferencia en la mortalidad materna entre los países desarrollados y aquellos en desarrollo, se explica principalmente por las diferencias de acceso a servicios de salud capaces de ofertar cuidados obstétricos esenciales de calidad. Este mismo razonamiento nos permite explicar los contrastes observados dentro de los países en desarrollo entre zonas urbanas y rurales y entre ricos y pobres. Por ejemplo, en el Paraguay en el año 2004 la tasa de mortalidad materna en el área urbana fue de 101,5 x 100.000 nacidos vivos, en tanto que la rural fue de 247,6 x 100.000 nacidos vivos.

Pero la fuerte reducción de la mortalidad materna observada en estas sociedades no ha sido

simplemente el resultado de un mayor acceso a los cuidados obstétricos de calidad. La posibilidad de las mujeres de alcanzar una maternidad segura fue resultado de diversas condiciones sociales entre las cuales una mejor nutrición, mejores contextos habitacional y laboral, oportunidad de acceder a un mejor nivel de educación con la consecuente mayor participación en las decisiones que afectan su propia salud sexual y reproductiva, el empoderamiento que resulta de su mejor educación y que facilita su participación política en todos los niveles, el acceso a métodos efectivos y seguros de regulación de la fecundidad, el acceso a los cuidados prenatales y a servicios de atención del parto y de interrupción voluntaria del embarazo de buena calidad (donde la ley lo permite) son factores cruciales para alcanzar la maternidad segura⁶.

Para una mujer, el riesgo de la mortalidad materna es influenciado tanto por el riesgo asociado con el embarazo como por la cantidad de veces que queda embarazada. Cada vez que una mujer queda embarazada vuelve a correr el riesgo de la mortalidad materna, y los riesgos se acumulan durante su vida. En países en desarrollo, donde tanto la mortalidad y la fecundidad tienden a ser altas, el riesgo de por vida de muerte materna puede ser sorprendentemente alto. En algunos países africanos, se estima que 1 de 7 mujeres morirá de complicaciones durante el embarazo o el parto, comparada a 1 sola mujer entre varias miles en Europa y Norte América.

Además por cada mujer que muere, se estima que otras 30 sobreviven con graves y a veces duraderos problemas de salud como resultado del embarazo o parto⁷. La mayoría de mujeres con complicaciones obstétricas se recuperan, pero algunas sufren discapacidades de largo plazo incluyendo prolapso uterino, incontinencia, dolor durante la actividad sexual, esterilidad y fístulas vesicovaginales. Las fístulas vesicovaginales es un estado en el cual un parto obstruido prolongado produce un orificio entre

6 Berer y Ravindran, 1999.

7 *Mortalidad Materna, Actualización 2002*. UNFPA.

la vagina y el sistema urinario, dando como resultado una incontinencia crónica. Esto no sólo es doloroso, sino que si no es tratado (usual en el caso de países en desarrollo) puede producir aislamiento y estigmatización social. La esterilidad es el resultado de infecciones pélvicas recurrentes o no tratadas. Más allá de la frustración y desilusión, la esterilidad puede tener consecuencias sociales y económicas profundas para las mujeres en sociedades donde el valor de la mujer se determina por la cantidad de hijos/as que tiene.

Por otra parte, como primera causa de muerte y discapacidad de las mujeres en edad reproductiva a nivel mundial, las complicaciones del embarazo y del parto son responsables por la pérdida de más del doble de “años de vida ajustados en función a la discapacidad” (AVAD) que de Infecciones de Transmisión Sexual (ITS), Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida (SIDA), o Tuberculosis (TBC)⁸.

No existe ninguna causa para los varones que se acerque a la magnitud de la mortalidad y morbilidad materna. Y lo que hace que persistan los altos niveles de mortalidad y morbilidad materna trágicamente son las intervenciones costoefectivas (definidas por el Banco Mundial como aquellas que cuestan menos de US\$100 por AVAD salvada) que son conocidas hace décadas, pero no ampliamente accesibles o disponibles en países en desarrollo.

Para el UNFPA, el enfoque estratégico, basado en una mirada desde los derechos humanos, que debe prevalecer para reducir la mortalidad materna, contempla:

- el acceso universal a servicios anticonceptivos para reducir la cantidad de embarazos no deseados;
- la atención de todos los partos por personal calificado y en servicios calificados, y
- la atención obstétrica de emergencia para todas las mujeres que presentan complicaciones.

8 *World Development Report 1993: Investing in Health*. World Bank. Oxford, New York, 1993.

En suma, se requiere de desarrollo social y humano. Actualmente ya no se duda de que la mortalidad materna es un indicador muy sen-

sible del desarrollo humano y que debe priorizarse cuando hablamos de justicia social.

Mortalidad materna: Un problema político

La mortalidad materna es un problema político porque aborda aspectos clave de la vida de todo ser humano:

- Los derechos sexuales y reproductivos.
- Derechos políticos, económicos y sociales.
- Derechos de “usos y costumbres”.
- Tensión entre la medicina tradicional y la occidental.

Aunque salvarle la vida a una mujer tiene importantes beneficios para su familia y comunidad, lo primero que debe enfatizarse es que se trata de muertes absolutamente injustificables, inaceptables e injustas. Las muertes maternas son en sí mismas una violación de los derechos humanos de las mujeres y, constituyen una expresión inequívoca de las desventajas económicas, sociales y culturales que enfrentan las mujeres por razones de género.

Toda mujer tiene el derecho fundamental al embarazo y al parto seguro, y el derecho a la maternidad segura. Este derecho se refleja en los tratados y las convenciones internacionales⁹ sobre derechos humanos, así como en los convenios de conferencias de las Naciones Unidas, siendo Paraguay signatario de dichos acuerdos. Algunos derechos humanos relacionados a la maternidad segura son:

.....

9 Declaración Universal de Derechos Humanos, Convención sobre la Eliminación de Todas las formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW), Convención Americana de Derechos Humanos (1969), Pacto Internacional sobre Derechos Económicos, Sociales y Culturales.

- **Los derechos a la vida, a la libertad y a la seguridad.** Para defender estos derechos, los gobiernos deben garantizar el acceso a la atención de salud apropiada durante el embarazo y el parto y permitir a la pareja el derecho a decidir sobre el número y el espaciamiento de sus hijos e hijas.

- **Los derechos a la información y a la educación en salud,** que comprenden la información sobre la salud reproductiva, incluida la planificación familiar, y el reconocimiento de signos y síntomas iniciales o de peligro de las complicaciones durante el embarazo y el parto.

- **Los derechos a la equidad y a la no discriminación.** Los servicios asistenciales se deben prestar a quien los necesite, sin distinción de edad, sexo, raza, estado civil, clase socioeconómica, condiciones de salud o afecciones preexistentes.

El compromiso político con una maternidad segura es un asunto de derechos humanos y justicia social que requiere mucho más que el establecimiento de servicios de buena calidad. Por ello, sólo con un esfuerzo conjunto entre el gobierno, el sector privado y la sociedad civil que conjugue aspectos educativos, de información y empoderamiento de las mujeres se podrá hacer frente a una problemática tan compleja y se logrará emprender acciones que colaboren a la protección de la madre y del/la recién nacido/a.

Situación de la salud reproductiva y la mortalidad materna en Paraguay como indicador de exclusión social en salud

Análisis de contexto: Causas de la exclusión en salud en el país

La muerte materna es reconocida internacionalmente como un indicador de desarrollo, y actualmente como uno de exclusión en salud. Esto es así, porque la mortalidad materna es evitable y su prevención depende directamente de la cobertura y calidad de los servicios de salud.

Se considera a la mortalidad materna como uno de los indicadores de salud que con más fidelidad expresa la inequidad y la exclusión social. Esto se debe a que aunque la tecnología para prevenir la mayoría de muertes maternas ha sido conocida durante décadas, aún no está disponible para la mayoría de mujeres en países en desarrollo, incluido el Paraguay.

Vivir en condiciones de pobreza limita a las mujeres el acceso a los recursos económicos, sociales y a la educación básica. De ese modo, disminuye su capacidad de tomar decisiones informadas en salud y nutrición. La mortalidad materna expresa además la inequidad de género en la toma de decisiones, en los derechos fundamentales y en los servicios sociales.

Por todo ello, no es una sorpresa el hecho de que la mortalidad materna afecte principalmente a las mujeres pobres, excluidas de los servicios de educación y salud, quienes carecen de poder para decidir aun en el seno de sus propias familias¹⁰. Detrás de estas muertes se oculta la poca capacidad de negociación y autodeterminación de las mujeres. La negación del derecho a decidir libremente tener o no tener hijos, el miedo a la violencia masculina, la presión sociocultural en torno a la maternidad incluso en las adolescentes, la ausencia

de servicios gubernamentales de información y provisión de anticonceptivos y de políticas de educación de la sexualidad son causas asociadas a la mortalidad materna que debieran encararse abiertamente. La división sexual del trabajo, por su parte, hace que los trabajos a cargo de las mujeres sean frecuentemente los peor remunerados y la doble jornada laboral (la jornada de trabajo fuera y dentro del hogar) expone a las mujeres a muchas horas de trabajo, comprometiendo su salud física y psíquica, y creando obstáculos adicionales para que pueda atender su salud en tiempo y forma¹¹.

Todos estos factores culturales y sociales contribuyen a reproducir situaciones de desigualdad y discriminación hacia las mujeres e influyen de manera más o menos directa sobre los niveles y los determinantes de las muertes maternas. Como señalan Royston y Armstrong¹²: *“La mortalidad materna no debe ser vista como un evento casual sino como una enfermedad crónica que se desarrolla durante un largo período en la medida en que el resultado de un embarazo está profundamente influido por las circunstancias de la vida de una mujer”*.

Pero, no sólo expresa la pobreza, es también causa de la misma. En por lo menos la cuarta parte de hogares con varones como jefes de familia, las mujeres aportan más de la mitad de los ingresos. La muerte de esa mujer profundiza la pobreza familiar. Es aún peor cuando la mujer que muere es cabeza de familia. En Paraguay, esto sucede en un 25,9% de hogares¹³.

Los indicadores de salud reproductiva en nuestro país hablan de un número aproximado de

.....
¹⁰ *Investigación sobre Mortalidad Materna y sus Consecuencias Familiares y Sociales*, MSPyBS/CENDER/RED CIDEM. Año 2003.

¹¹ Center for Population and Family Health, 1992.

¹² *The Clandestine Epidemic: The Practice of Unsafe Abortion in Latin America*, 1989.

¹³ Encuesta Permanente de Hogares, Dirección General de Estadística, Encuestas y Censos (DGEEC). Año 2005.

160 mil nacidos vivos por año. De estos nacimientos, se registraron efectivamente aproximadamente 101 mil en 2005. En el año 2004, un 74,1% de los partos fue realizado en instituciones de salud¹⁴; casi la mitad de estos (45,1%) fueron realizados en los establecimientos del MSPyBS; en sanatorios o clínicas privadas el 16%; 7% en los establecimientos del Instituto de Previsión Social, y el 5,9% restante se distribuyó entre el Hospital Reina Sofía de la Cruz Roja, la Sanidad de las Fuerzas Armadas o Policía Nacional y el Centro Materno Infantil de la Universidad Nacional de Asunción.

La mortalidad materna a la luz de Cairo, Beijing y los ODM

En la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo, realizada en El Cairo en 1994, se estableció como uno de los objetivos (8.20-a) *“promover la salud de las mujeres y la maternidad sin riesgo a fin de lograr una reducción rápida y sustancial en la morbilidad y mortalidad maternas y reducir las diferencias observadas entre los países en desarrollo y los desarrollados, y dentro de los países. Sobre la base de un esfuerzo decidido por mejorar la salud y el bienestar de la mujer, reducir considerablemente el número de muertes y la morbilidad causados por abortos realizados en malas condiciones”*.

En este sentido, los países deberían tratar de lograr reducciones significativas de la mortalidad materna para el año 2015: una reducción de la mortalidad materna a la mitad de los niveles de 1990 para el año 2000, y una nueva reducción a la mitad para el año 2015.

Los países con niveles intermedios de mortalidad materna, como Paraguay, deberán esforzarse por conseguir que para el año 2005 la tasa de mortalidad materna esté por debajo de 100 x 100.000 nacidos vivos y para el año 2015 por debajo de 60 x 100.000 nacidos vivos.

.....
¹⁴ Encuesta Nacional de Demografía y Salud Sexual y Reproductiva, CEPEP. Año 2004.

Además, deberían reducirse las disparidades en la mortalidad materna dentro de los países y entre las regiones geográficas y los grupos socioeconómicos y étnicos. En el caso de Paraguay, de acuerdo a la información proveída por el Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social, el año 2001 es un ejemplo típico. Con una TMM de 150 x 100.000 nacidos vivos, Asunción, la capital del país, tuvo la TMM más baja con 21 x 100.000 nacidos vivos; en tanto que Caazapá, uno de los sectores rurales menos favorecidos del país, registró la TMM más alta con 214 x 100.000 nacidos vivos. En esta misma línea de lectura de las inequidades, a nivel global del país si se considera a la población indígena, la TMM supera los 400 x 100.000 nacidos vivos.

En la IV Conferencia Mundial sobre la Mujer, reunida en Beijing del 4 al 15 de septiembre de 1995, se definieron las medidas que los gobiernos deberían adoptar –en colaboración con las organizaciones no gubernamentales, las de empleadores/as y trabajadores/as y con el respaldo de instituciones internacionales– para dar un efectivo cumplimiento a los compromisos contraídos en el Programa de Acción de Cairo y en la Declaración y en el Programa de Acción sobre Desarrollo Social adoptados en la Cumbre Mundial sobre Desarrollo Social, celebrada en Copenhague. Asimismo, se definieron como obligaciones de los Estados parte, en concordancia con la Convención sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer, satisfacer las necesidades de las niñas y de las mujeres de todas las edades en materia de salud. Algunas de dichas medidas son:

- Examinar las leyes vigentes, incluidas las relativas a la atención de salud y las políticas conexas, para poner de manifiesto el interés por la salud de la mujer y asegurarse de que responden a las nuevas funciones y responsabilidades de la mujer, dondequiera que vivan.
- Concebir y ejecutar, en colaboración con mujeres y organizaciones locales, programas de salud con orientación de género que pre-

- vean, por ejemplo, servicios de salud descentralizados, presten atención a las necesidades de la mujer durante toda su vida y a sus múltiples funciones y responsabilidades, su limitada disponibilidad de tiempo, las necesidades especiales de la mujer de los medios rurales y la mujer con discapacidades y las diversas necesidades de la mujer según su edad y su condición socioeconómica y cultural, entre otras cosas. También considera como meta fortalecer la participación de la mujer, especialmente de la mujer indígena y de las de comunidades locales, en la determinación de las prioridades y la preparación de programas de atención de salud, y suprimir todos los obstáculos que impidan el acceso de las mujeres a los servicios de salud, a la par de ofrecer toda una serie de servicios de asistencia en el área de salud.
- Proporcionar servicios de atención primaria de salud más accesible, económica y de calidad que incluyan la atención de la salud sexual y reproductiva, que comprende servicios de planificación de la familia y la información al respecto, y concedan especial importancia a los servicios de maternidad y de obstetricia de urgencia.
 - Asegurarse de que todos los servicios y trabajadores/as relacionados con la atención de la salud respeten los derechos humanos y sigan normas éticas, profesionales y no sexistas a la hora de prestar servicios a la mujer, para lo cual se debe contar con el consentimiento responsable, voluntario y bien fundado de ella.
 - Fortalecer y reorientar los sistemas de salud, en particular los servicios de atención primaria, con el fin de dar acceso universal a servicios de salud de calidad para niñas y mujeres, reducir las complicaciones y la morbilidad derivada de la maternidad y alcanzar a nivel mundial el objetivo convenido de reducir la mortalidad derivada de la maternidad como mínimo en un 50% de los valores de 1990 para el año 2000 y en otro 50% para el año 2015.
 - Garantizar que cada componente del sistema de salud ofrezca los servicios necesarios; y tomar las medidas oportunas para que se ofrezcan servicios de salud reproductiva a todas las personas en edad de recibirla lo antes posible y no más tarde del año 2015.
 - Reconocer y afrontar las consecuencias que tienen para la salud los abortos peligrosos, por ser una cuestión de gran importancia para la salud pública.
 - Racionalizar las políticas de adquisición y de gestión de medicamentos y asegurarse de que exista una oferta permanente de medicamentos de calidad, anticonceptivos, suministros y equipos de otro tipo, sobre la base de la lista de medicamentos esenciales de la OMS; y garantizar la seguridad de los fármacos y dispositivos médicos mediante mecanismos nacionales de regulación de la aprobación de fármacos.
 - Garantizar el acceso pleno y en condiciones de igualdad a la infraestructura y los servicios de atención de salud para las mujeres indígenas.
- Paraguay, al igual que otros 191 países, ha suscrito en el año 2000 los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM)¹⁵. Cabe mencionar que el primero de los ODM se propone reducir para el 2015 a la mitad los índices de 1990 de la proporción de personas que vive en condición de extrema pobreza y padecen hambre. Los demás objetivos se articulan para apoyar esta meta global y fortalecen sus relaciones con el mismo.
- En ese sentido, el ex Secretario General de las Naciones Unidas, Kofi Annan¹⁶ señalaba que *“no pueden alcanzarse los Objetivos de Desarrollo del Milenio, particularmente la erradicación de la pobreza extrema y el hambre, a menos*

¹⁵ Los ODM son un conjunto ocho objetivos, con dieciocho metas y cuarenta y ocho indicadores –aunque no todos aplicables a todos los países– que constituyen una síntesis de los compromisos clave de las Cumbres y Conferencias, promovidas por el Sistema de Naciones Unidas durante la década del 90.

¹⁶ Declaración de Kofi Annan, Secretario General de las Naciones Unidas. Mensaje a la Quinta Conferencia de Asia y Pacífico (Bangkok: UNESCAP, diciembre 2002).

que se aborden decididamente las cuestiones de población y salud reproductiva; y para esto es preciso intensificar los esfuerzos por promover los derechos de la mujer y aumentar las inversiones en educación y salud, inclusive salud reproductiva y planificación de la familia”.

En el caso de la salud materna (Objetivo 5) se plantea reducir entre 1990 y 2015 en tres cuartas partes la mortalidad materna, lo cual en el Paraguay sería pasar de una tasa de mortalidad materna de 150,1 x 100.000 nacidos vivos en 1990 a 37,5 x 100.000 nacidos vivos para el 2015. Los datos oficiales señalan que en 1999 la tasa bajó a 114,4, pero en el año 2000, la tasa subió a 164,0, y en el 2003 a 174,1; siendo que estas cifras probablemente estén asociadas al fortalecimiento de la vigilancia de la mortalidad materna y al mejoramiento de la calidad del registro.

En cuanto a la atención calificada del parto, las Naciones Unidas estableció la meta de que para el año 2005 un 80% de los partos fuera atendido por un/a trabajador/a de la salud que hubiera recibido capacitación para el efecto.

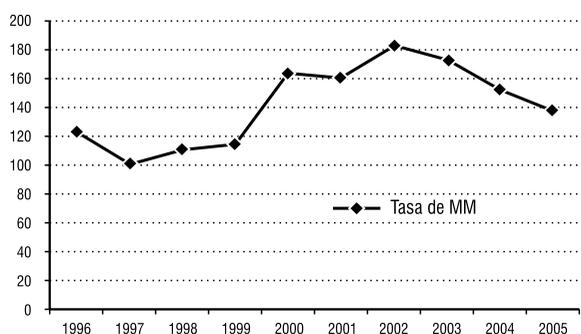
Como parte de los esfuerzos por cumplir con la meta, el gobierno de Paraguay, ha formulado, y se encuentra en plena implementación, el Plan Nacional de Salud Sexual y Reproductiva 2003-2008, con el apoyo del UNFPA y otros organismos. En el marco de esta política de gobierno, se inició la ejecución del Programa “Maternidad Segura” cuyo objetivo es la planificación familiar y la implementación de “kits de parto” con la intención de disminuir el gasto de bolsillo en salud de las futuras madres¹⁷.

Ahora bien, según el estudio de exclusión social 2003 del MSPyBS, la OPS/OMS y la DGEEC, donde se analizaron los períodos 1997/98 y 2000/01, la atención al parto por personal capacitado en instituciones de salud si bien es más baja de lo deseable, ha presentado un ligero incremento en cifras globales: de 69,4% a 72%. Lo destacable es que en el quintil más pobre la diferencia se incrementó del 34% al 50%.

17 *Objetivos de Desarrollo del Milenio. Informe de Paraguay.* Naciones Unidas, 2005.

Para interpretar este indicador debe tenerse en cuenta que la mejora de la mortalidad materna no está garantizada solamente por un determinado nivel de atención del parto en instituciones, sino que debe ser asistido por personas calificadas y en servicios calificados para una atención efectiva, además de otros factores socioeconómicos y ambientales.

Gráfico 1 Paraguay. Tendencia de la TMM de 1996 a 2005



Fuente: Elaboración propia a partir de datos del Departamento de Bioestadística del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social (MSPyBS).

En el análisis de estos indicadores debe considerarse la insuficiente calidad de los datos, debido a las deficiencias de los sistemas de información de las instituciones públicas y privadas del sector salud. Es de reconocimiento oficial el alto nivel de subregistro de los eventos vitales.

El Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social ha definido, aprobado y puesto en ejecución la Política Nacional de Salud 2005-2008 que plantea prioritariamente la atención a la salud integral de la mujer y propone como meta la significativa disminución de la mortalidad materna e infantil y ampliar sustantivamente la cobertura en la atención en las instituciones del embarazo, parto y posparto en las instituciones de salud. El instrumento conductor para dicho efecto es el Plan Nacional de Salud Sexual y Reproductiva 2003-2008 que identifica, entre otras las siguientes líneas de acción prioritarias¹⁸:

18 *Plan Nacional de Salud Sexual y Reproductiva 2003-2008*, Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social.

- Maternidad Segura:
 - Atención Prenatal, sustentada en el análisis y uso del Sistema de Información Perinatal (SIP).
 - Atención Calificada del Parto (ACP) y uso del partograma.
 - Atención post natal.
 - Atención de las emergencias obstétricas y neonatales, que incluye la prevención y atención a las complicaciones del aborto.
- Planificación Familiar (PF).

Factores condicionantes.

Inequidades

En 2004 se registraron 154 muertes maternas¹⁹ (TMM = 153, 5 x 100.000 NV) y en 2005 la cifra fue de 135 con 100.940 nacidos vivos registrados. Según estos datos oficiales, la TMM sería de 134 x 100.000 nacidos vivos.

En el documento “Objetivos de Desarrollo del Milenio: Informe de Paraguay”, elaborado por el Sistema de las Naciones Unidas (2005), se señala que el progreso encaminado al logro de la meta de mejorar la salud materna (Objetivo 5) es insuficiente.

En cuanto a las causas biológicas de muerte se registran:

Cuadro 1
Paraguay. Mortalidad materna por causas
Años 2004 y 2005

CAUSAS	2004		2005	
	TOTAL	(%)	TOTAL	(%)
1. Aborto	35	23	36	26,7
2. Toxemia	30	19	28	20,7
3. Hemorragia	36	23	29	21,5
4. Sepsis	21	14	17	12,6
5. Otras complicaciones del embarazo, parto y puerperio	32	21	25	18,5
TOTAL GENERAL	154	100	135	100,0

Fuente: Comisión Nacional de Vigilancia Epidemiológica de la Salud y Morbimortalidad Materna y Neonatal. Informe 2005.

19 Comisión Nacional de Vigilancia Epidemiológica de la Salud y Morbimortalidad Materna y Neonatal. Informes 2004 y 2005.

Como se puede apreciar, el 81% de las muertes (110) se debió a causas obstétricas, que oportunamente y adecuadamente tratadas no deberían llevar a la muerte en más del 1% de los casos.

Con respecto al aborto, según los certificados de defunción registrados en el Departamento de Bioestadísticas del MSPyBS correspondientes al año 2005, fue la primera causa de muerte con 36 casos (26,9%), desplazando a la hemorragia al segundo lugar.

En países como Paraguay, donde la práctica del aborto es ilegal hablar de estadísticas sobre su incidencia y sobre la mortalidad que provoca resulta difícil. Dada la clandestinidad en que se practica, sólo se registran los abortos complicados que llegan a las instituciones públicas de salud y quedan fuera los que se realizan en hospitales y consultorios privados, así como aquéllos que se practican por personal no profesional o por las mismas mujeres. Un aborto complicado puede implicar, además de un elevado riesgo para la vida, días o semanas de hospitalización, intervenciones quirúrgicas de emergencia, transfusiones de sangre, medicamentos, entre otros. En un estudio²⁰ realizado en Argentina en 2004, se señala que si bien es difícil establecer el costo del aborto en el presupuesto hospitalario, se estima que un aborto complicado es 9 veces el costo de un parto normal y 4,5 veces el de una cesárea.

Pero con seguridad se sabe que la muerte es la consecuencia más grave de un aborto practicado en malas condiciones. Cuando se habla sobre estadísticas relacionadas con muertes debidas a abortos, las cifras varían. Otra investigación²¹ llevada a cabo en 1989, calculó que el índice de muertes causadas por aborto es de 50 por un millón de mujeres entre 15 y 49 años de edad en América Latina.

En el Informe sobre la Salud en el Mundo 2005, la OMS estima que 68.000 mujeres mueren

20 Domínguez, A. et al (2004): *Salud y aborto en la Argentina, de las propuestas a los hechos*, Córdoba, Editorial Gráfica 21. Publicado con el apoyo de DAWN/REPEM.

21 *The Clandestine Epidemic: The Practice of Unsafe Abortion in Latin America*, 1989.

ren en el mundo como resultado de las complicaciones de abortos practicados sin condiciones seguras.

Por su parte, las investigaciones del Instituto Alan Guttmacher²², realizadas en la década del 90, estimaban que de todos los embarazos en Latinoamérica un 50% son deseados por los padres, un 25% no es deseado y el otro 25% acaba en un aborto, la mayoría de las veces clandestino.

Ante la problemática del aborto, es decisiva la contribución de la planificación familiar para salvar vidas de mujeres, niños y niñas, mediante un mejor acceso a métodos anticonceptivos seguros y eficaces. De hecho, es una de las mejores inversiones para mantener la salud, el bienestar y mejorar la calidad de vida de las mujeres, niños y niñas y de la comunidad en general. Igualmente, el acceso de todas las mujeres al tratamiento oportuno y de calidad de las complicaciones del aborto (espontáneo o inducido) reduce el número de defunciones maternas y las discapacidades.

En 2005, las muertes maternas distribuidas por grupos de edades fueron:

Cuadro 2
Paraguay. Mortalidad materna por grupo etáreo

POR GRUPO ETAREO	2005	
	Nº	(%)
10-14	0	0
15-19	16	11,9
20-24	33	24,4
25-29	21	15,5
30-34	28	20,7
35-39	23	17,03
40-44	14	10,4
45-49	0	0
Totales	135	100

Fuente: Comisión Nacional de Vigilancia Epidemiológica de la Salud y Morbimortalidad Materna y Neonatal. Informe 2005.

El 12% de los decesos correspondió a adolescentes. Para el mismo año, según el estado civil:

22 "Clandestine Abortion: The Alan Guttmacher Institute".

Cuadro 3
Paraguay. Mortalidad materna por estado civil

ESTADO CIVIL	2005	
	Nº	(%)
Casada	39	28,8
Soltera	46	34,07
Unión libre	50	37,04
Totales	135	100

Fuente: Comisión Nacional de Vigilancia Epidemiológica de la Salud y Morbimortalidad Materna y Neonatal. Informe 2005.

Considerando las demoras (causas no biológicas de las muertes maternas):

Cuadro 4
Paraguay. Mortalidad materna por demoras

DEMORAS	2005	
	Nº	(%)
Falta de decisión	52	38,5
Accesibilidad	10	7,4
Capacidad resolutive	73	54,07
Totales	135	100

Fuente: Comisión Nacional de Vigilancia Epidemiológica de la Salud y Morbimortalidad Materna y Neonatal. Informe 2005.

Más de la mitad de las muertes ocurrieron por deficiencias de la capacidad resolutive de los establecimientos de salud.

Atendiendo al lugar de residencia de las mujeres, las Regiones Sanitarias con mayor compromiso fueron:

Cuadro 5
Paraguay. Mortalidad materna según residencia

REGIONES SANITARIAS	2005
	Nº
XI Central	26
II San Pedro	14
X Alto Paraná	14
V Caaguazú	11
VII Itapúa	11
III Cordillera	10
IX Paraguari	10
Total	96

Fuente: Comisión Nacional de Vigilancia Epidemiológica de la Salud y Morbimortalidad Materna y Neonatal. Informe 2005.

El 71% de las muertes maternas corresponde a mujeres que residían en 7 de las 18 Regiones Sanitarias.

Según el lugar de ocurrencia de las muertes, los datos obtenidos indican:

Cuadro 6
Paraguay. Mortalidad materna según ocurrencia

REGIONES SANITARIAS	2005
	N°
XI Central	38
XVIII Capital	26
X Alto Paraná	13
II San Pedro	10
VII Itapúa	9
Total	96

Fuente: Comisión Nacional de Vigilancia Epidemiológica de la Salud y Morbimortalidad Materna y Neonatal. Informe 2005.

El 71% de las muertes maternas se produjo en 5 de las 18 Regiones Sanitarias. Nótese que Asunción y Central concentran a los Hospitales Generales, Especializados y Materno Infantiles del país.

La Tasa Global de Fecundidad (TGF) a nivel nacional para el período 2001-2004 en las mujeres de 15 a 44 años es de 2,9 hijos por mujer. Existen diferencias importantes según área de residencia, nivel educativo, nivel socioeconómico e idioma hablado en el hogar²³:

Cuadro 7
Paraguay. Tasa Global de Fecundidad
Año 2004

	Área rural: 3,7	Área urbana: 2,5
TGF	Sin estudios o menos de 5 años: 4,2	12 y mas años de estudios: 2,1
	Bajo nivel socioeconómico: 5,4	Nivel muy alto: 1,9
	Solo habla guaraní: 3,9	Solo habla español: 2,3

Fuente: CEPEP Encuesta Nacional de Demografía y Salud Sexual y Reproductiva, 2004.

El porcentaje de uso de anticonceptivos por mujeres en edad fértil alcanzó el 72,8% con predominancia de usuarias de áreas urbanas²⁴ (76,5% versus 67,4% en áreas rurales).

Políticas conciliatorias: Presupuesto público y salud materna

Políticas conciliatorias en el marco de los presupuestos públicos sensibles al género se refiere a los esfuerzos por incluir recursos en el Presupuesto General de la Nación, que con-

²³ Encuesta Nacional de Demografía y Salud Sexual y Reproductiva, CEPEP. Año 2004.

²⁴ Ibid.

templen una perspectiva de género tendientes a asegurar que éste y las políticas económicas tomen en cuenta las necesidades de las mujeres, varones, niñas y niños en diferentes contextos, de manera equitativa, dentro de los cuales indefectiblemente está incluida la salud materna.

Las políticas conciliatorias, en el marco del presupuesto público, no implican necesariamente un incremento en el gasto público, sino un examen y un reordenamiento, así como una asignación más eficiente y equitativa de los recursos públicos. Una mayor inversión en salud reproductiva, y la promulgación de leyes que garanticen la igualdad de oportunidades entre géneros, crearía condiciones que harían más factible el cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo del Milenio en materia de salud materna.

La asignación de fondos públicos para la promoción de la maternidad segura se justifica por motivos de equidad. La maternidad y la infancia son períodos caracterizados por una vulnerabilidad particularmente elevada, que requieren “*cuidados y asistencia especiales*”, pero también son períodos de alta vulnerabilidad porque tanto mujeres como niños y niñas tienen mayores probabilidades de ser pobres.

Aunque se dispone de escasa información y de datos que demuestren que están sobre representadas entre los pobres, las mujeres tienden a estar desempleadas con mayor frecuencia, cobrar sueldos más bajos, tener mayores dificultades para acceder a la educación y los recursos, y gozar de un poder de decisión más restringido, factores todos que limitan su acceso a la asistencia sanitaria.

Las inversiones públicas en atención de salud materna, e infantil, están justificadas para corregir estas desigualdades.

Por otro lado, en los lugares donde las mujeres, niños y niñas representan una proporción importante de la población pobre, subvencionar los servicios de salud destinados a ellos/as puede ser una estrategia eficaz para redistribuir los

ingresos y mitigar la pobreza. Los problemas de salud entre madres, niños y niñas, en particular la aparición de complicaciones obstétricas importantes, son en gran medida imprevisibles y pueden dar lugar a gastos catastróficos capaces de sumir a las familias en la pobreza.

El riesgo de incurrir en gastos catastróficos constituye a menudo un factor disuasorio para solicitar oportunamente asistencia sanitaria; esto representa, desde un punto de vista tanto técnico como político, un argumento de peso en pro de la realización de inversiones públicas en el área social.

Un instrumento de concreción de acciones de las políticas conciliatorias es el presupuesto público, y en ese marco, todo lo inherente a la inversión social es sumamente pertinente.

En este sentido, la inversión social en el Paraguay ha ido en ascenso en los últimos años, aunque dista mucho aún del nivel necesario. En el año 2005, el país asignó 674 millones de dólares en programas sociales, de los cuales fueron ejecutados el 90,7%. En el 2006 se estima destinar aproximadamente 874 millones de dólares a la inversión social (ver Gráfico 2).

Para el año 2007 el proyecto de Presupuesto General de la Nación enviado por el Poder Ejecutivo al Parlamento Nacional, prevé una cifra cercana al 9% del PIB para destinarse a la inversión social, siendo que en el MERCOSUR la cifra para el mismo fin se acercará al 19% del PIB y en la Unión Europea podría superar el 27% del PIB²⁵.

Salud en el Gasto Social

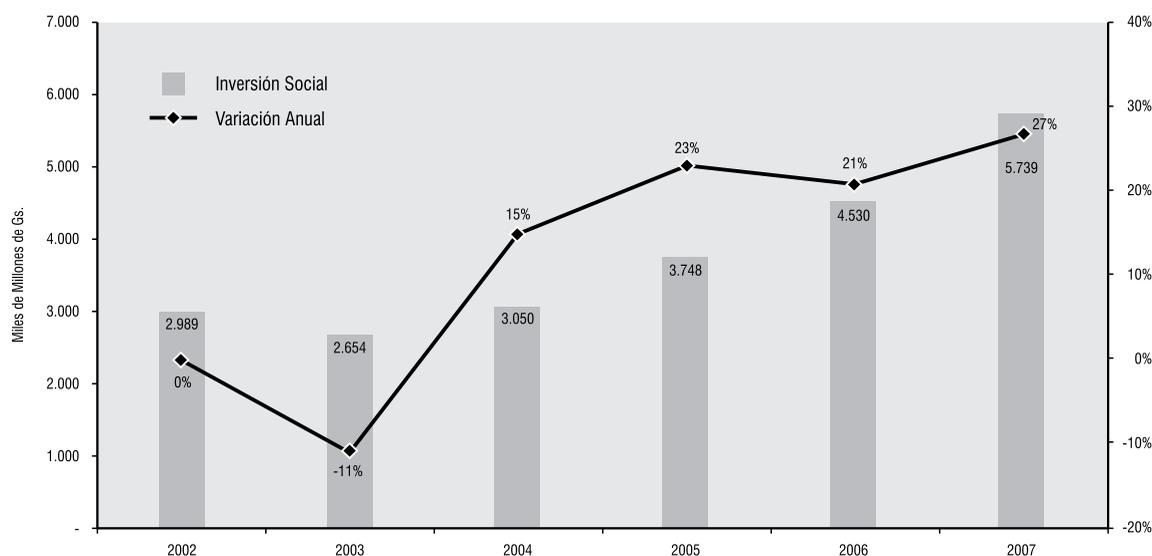
En cuanto a salud en Paraguay, a pesar del derecho de ciudadanos y ciudadanas de acceder a un nivel básico de protección de salud y los esfuerzos y la inversión en tiempo y recursos humanos y financieros de la última década en el sistema de salud, los problemas de acceso a los servicios son parte de la realidad de la vida cotidiana de muchas familias, especialmente las más pobres y vulnerables.

La asignación de subsidios públicos de salud (este término se utiliza para referir a la suma de todos los recursos, expresada en términos monetarios, que el gobierno asigna al sector salud

²⁵ *El Gasto Social en el Anteproyecto de Presupuesto 2007*. Proyecto Gasto Social (PNUD/UNFPA/UNICEF). Asunción, 2006.

Gráfico 2

Inversión Social: 2002 - 2007



Fuente: Gabinete Técnico del Ministerio de Hacienda, con datos DGP y del SIAF y del Proyecto Gasto Social en el Presupuesto (PNUD/UNFPA/UNICEF).

vía el Presupuesto General de la Nación) constituye una herramienta de política que dispone el gobierno para mejorar esa situación, en el sentido de que los recursos públicos deben destinarse a brindar servicios a los grupos de población más pobre o más vulnerable.

En el sector salud, la provisión pública sin cobro directo (sin aranceles) a usuarios/as de ciertos servicios (consultas de planificación familiar) es un ejemplo común de subsidio asignado por el gobierno. La intención es eliminar las barreras financieras de acceso que enfrentan los y las usuarios/as (consumidores/as) y así aumentar las probabilidades de que todas las personas –particularmente las más pobres– exijan y reciban servicios de salud aún cuando no dispongan de recursos financieros para abonar por ellos.

En Paraguay, el Gasto Público en Salud ha pasado de un modesto 0.3% en 1990 a un 3,4% en 2004 en su participación en el PIB, siendo que dentro del gobierno central salud pasó de representar un 2,8% en 1990 a un 6,3% en 2004²⁶. En ese año, se estimaba que el gasto público en salud era de 28,6 U\$S per cápita²⁶.

Una parte importante del Gasto Nacional en Salud, contemplando el sector público y el privado, está dado por el gasto del gobierno, ejecutado a través del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social, el cual está financiado mayormente por las recaudaciones de impuestos, que le son transferidos mediante el Presupuesto General de la Nación.

.....

26 *Cuentas Nacionales de Salud*, MSPyBS/OPS. Asunción, 2005.

El nivel de ejecución presupuestal calculado mediante el cociente PE/PA (Presupuesto Ejecutado/Presupuesto Asignado) presenta el comportamiento detallado en el Cuadro 8 (miles de millones de guaraníes).

La ejecución presupuestaria promedio entre los años 1999-2005 es del 77% de la previsión presupuestaria, siendo el nivel más bajo el observado en el año 1999 con el 65,2%, y el nivel más alto de ejecución en el 2002 con el 84,6%.

Si bien es cierto que Paraguay es de los países que presenta una de las menores cifras de inversión en salud, conviene reflexionar si el déficit de cobertura tiene su raíz en los recursos o en la organización y modalidades operativas, o se explica por una combinación de dichos factores.

Quienes parten del financiamiento como base de los procesos de cambio para mejorar la situación de salud, presumen simplemente que las carencias son financieras y buscan nuevas formas de agregar más recursos a una organización cuyas deficiencias hará incrementar las ineficiencias.

Desde luego que son necesarios recursos adicionales, pero también debe fortalecerse la capacidad para hacer un uso racional, institucional, equitativa y socialmente eficiente de los mismos, pues como se sabe una gran parte de los recursos de salud se desperdicia por prácticas de administración deficientes y el empleo de tecnología o de recursos humanos inadecuados.

Es debido a esto que no se debe identificar sólo a la variable “recursos” como causa principal

Cuadro 8
Paraguay. Evolución de la ejecución del Presupuesto del MSPyBS
Años 1999 a 2006

Concepto	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Presupuesto	535	587	527	564	631	664	816	1079
Ejecutado	349	423	414	477	462	549	659	406
% Ejecución	65,23%	72,06%	78,56%	84,57%	73,22%	82,68%	80,76%	37,63%
Variación (Presup.)		9,72%	-10,22%	7,02%	11,88%	5,23%	22,89%	32,23%
Variación (Ejec.)		21,20%	-2,13%	15,22%	-3,14%	18,83%	20,04%	

Fuente: Elaboración propia en base a datos del Presupuesto General de la Nación y Ministerio de Hacienda. Ejecución Año 2006, al 31/07/2006.

de los problemas de salud. Sería insensato negar la importancia de los recursos, pero también es determinante priorizarlos como fuente principal en la solución del problema de salud. De hecho, la gestión de salud mantiene una fuerte tendencia a establecer una relación causa-efecto entre recursos y problemas, ubicándose a la productividad en un plano de importancia secundaria, siendo que se podría obtener más servicios y beneficios para la salud de la población si los recursos existentes se pudieran organizar y manejar mejor.

Al interior del propio sector salud, la elevación interna de la eficiencia, y por lo tanto la mejora en la calidad del gasto, representa una opción para incrementar la productividad de sus servicios, ampliar la cobertura, mejorar la calidad e incrementar la equidad.

Análisis del Presupuesto General de la Nación destinado a salud sexual y reproductiva

En términos presupuestarios, el Programa de Salud Sexual y Reproductiva en el Presupuesto del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social (MSPyBS) fue creado a instancias de la Comisión de Equidad, Género y Desarrollo Social de la Cámara de Senadores, en el marco de una asistencia técnica propiciada por el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA), durante el tratamiento parlamentario del Presupuesto General de la Nación para el ejercicio fiscal 2002. Los y las integrantes de la citada Comisión del Senado impulsaron una propuesta concreta para asignar recursos a ser desti-

nados a la salud reproductiva dentro del presupuesto del MSPyBS.

Por otro lado, es preciso mencionar que en el marco del Plan Nacional de Salud Sexual y Reproductiva 2003-2008 se inició la ejecución del Programa Maternidad Segura, siendo una de las acciones concretas la implementación de los “kits de parto” con la intención de disminuir el gasto de bolsillo de las futuras madres.

Los recursos para “kits de parto” fueron incluidos en el Presupuesto del MSPyBS a partir del ejercicio fiscal 2004 formando parte del Programa 1 “Administración General”, actividad 05 “Programa de Kits para Partos”, por un monto total de Gs. 1.461.084.705, siendo ejecutado el 100% del mismo en ese año. Al año siguiente, 2005, los recursos para “kits de parto” pasó a formar parte del subprograma 4 “Salud Sexual y Reproductiva”, dentro del programa 15 “Programas de Coordinación y Control” como parte del Programa 2 “Acción” (ver Cuadro 9).

Desde el punto de vista de una política nacional de salud y de población y desarrollo, la creación del Programa de Salud Sexual y Reproductiva en el Presupuesto General de la Nación es significativa. Por primera vez, a raíz de la creación de este programa, el país asignó recursos públicos nacionales a la adquisición de insumos de planificación familiar, puesto que históricamente el 100% de los insumos que se entregaba en los establecimientos del MSPyBS provenía de la cooperación internacional.

Esto, sin lugar a dudas, contribuye a ir creando las condiciones necesarias para que todas las personas puedan ejercer su derecho de acceder

Cuadro 9
Paraguay. Presupuesto del Programa de Salud Sexual y Reproductiva, incluyendo kits de parto

Año	Salud Sexual y Reproductiva (SSR)	Kits de Parto	Total Asignado: SSR + Kits de Parto	Total Ejecutado	% de Ejecución
2002	807.296.000	0	807.296.000	s/d	s/d
2003	247.496.000	0	247.496.000	86.830.150	35,1%
2004	271.760.095	1.461.084.705	1.732.844.800	1.717.383.635	99,1%
2005	974.690.692	6.484.569.650	7.459.260.342	6.558.905.902	87,9%
2006			7.754.762.413	s/d	s/d

Fuente: Informes de la Dirección de Presupuesto del MSPyBS y datos provistos por el Proyecto Gasto Social en el Presupuesto (PNUD/UNFPA/UNICEF).

a servicios de atención a la salud reproductiva que ofrezcan “...la gama mas amplia posible de métodos seguros, eficaces y aceptables de regulación de la fecundidad que sean accesibles, costeables y convenientes para los usuarios”²⁷.

Al interior del documento presupuestal del Ministerio de Salud, el Programa de Salud Sexual y Reproductiva ha ido cambiando en su ubicación, lo cual dificulta su seguimiento y comparabilidad. Si bien en el presupuesto del MSPyBS actualmente es posible identificarlo, en general la atención durante el embarazo, el parto y el puerperio destinada a la población bajo responsabilidad del Ministerio de Salud, es invisible en el documento presupuestal; así mismo, no se conocen documentos públicos que informen sobre el gasto asignado a dichas prestaciones de salud.

Del total de internaciones hospitalarias, las relacionadas a gineco-obstetricia (dentro de las cuales están incluidos los partos) representan el mayor número de internaciones –65.000

.....

²⁷ Carta de IPPF sobre Derechos Sexuales y de Procreación, Federación Internacional de Planificación de la Familia (IPPF). Año 1995.

aproximadamente—, siendo evidente que eso implica que se asignaron recursos presupuestarios para brindar dichas atenciones. Sin embargo, actualmente no es posible determinar el volumen de recursos públicos que se asigna vía presupuesto para la implementación de una política específica de disminución de la mortalidad materna, en un marco más amplio que promueva la maternidad segura y saludable.

Así, a pesar de los recursos que se destinan a la salud materna, y dado la elevada cantidad de muertes maternas evitables que aún se dan en el país, es evidente que falta mucho por hacer en términos de asignar mayores recursos, mejorar la calidad y la efectividad del gasto, a fin de contribuir a crear condiciones más propicias para una efectiva implementación de políticas conciliatorias. O dicho de otra manera, no se puede hablar aún de conciliación cuando las mujeres mueren durante el embarazo, el parto o el puerperio, por complicaciones que en la gran mayoría de los casos podrían tener un desenlace feliz, si la atención por personal calificado y en servicios calificados se ofreciera en forma oportuna y adecuada.

Estrategias para fortalecer la maternidad segura

Durante las dos últimas décadas se ha producido una significativa reducción de la mortalidad infantil, principalmente por la disponibilidad y uso masivo de tecnologías de bajo costo y complejidad, como las vacunas y la terapia de rehidratación oral. Para el caso de la mortalidad materna aún no existen tecnologías comparables. No hay una vacuna ni una “bolsita salvadora”²⁸ contra la hemorragia.

Para reducir la mortalidad materna, los esfuerzos tradicionales se orientaron a aumentar la

.....

²⁸ Las sales para la Terapia de Rehidratación Oral (TRO) vienen en bolsitas o sachets.

disponibilidad y el acceso a la información sobre los servicios de planificación familiar, fortalecer la atención prenatal, mejorar la nutrición de la mujer, tratar de identificar los embarazos de alto riesgo lo antes posible y capacitar a las parteras. Ninguno de estos enfoques ha tenido un importante impacto sobre la mortalidad materna en los países en desarrollo. La evidencia demuestra que la mayoría de las complicaciones y muertes se presentan durante e inmediatamente después del parto y a causa de complicaciones repentinas e inesperadas. La mayoría de las muertes maternas relacionadas con problemas obstétricos son evitables, si

se tratan de inmediato y de manera adecuada. Por ello, si todas las embarazadas tuvieran la posibilidad de ser atendidas por personal calificado, al presentarse complicaciones tendrían mayores posibilidades de recibir atención obstétrica sin demoras.

Las causas subyacentes de las muertes maternas evitables son muchas, pero hay tres causas principales que se destacan:

- falta de conciencia de las señales de peligro de una emergencia obstétrica, de parte de las mujeres, sus familias, sus comunidades y de las medidas a tomar en estos casos;
- falta de acceso a la atención especializada durante el nacimiento y el cuidado obstétrico esencial, y
- una mala calidad del cuidado obstétrico.

La muerte y el sufrimiento como resultado de complicaciones obstétricas están relacionados directamente con la falta de acceso o la subutilización de los servicios de maternidad, que a menudo no son capaces de responder eficazmente a situaciones de emergencia y frecuentemente brindan un cuidado de mala calidad.

La falta de acceso se refiere principalmente, pero no de manera exclusiva, al acceso geográfico. Pero pueden darse situaciones en que, no siendo el aspecto geográfico una barrera, exista resistencia por parte de las mujeres y sus familias para utilizar los servicios, sea porque la falta de respeto hacia sus tradiciones culturales, el trato inadecuado por parte del personal del servicio o la percepción de que la atención ofrecida es de baja calidad, hacen que las mujeres se vuelvan renuentes a acudir a centros de salud u hospitales y, en consecuencia, los usen menos.

La falta de acceso no se refiere exclusivamente al cuidado obstétrico básico, sino a un nivel más complejo del manejo de las complicaciones, donde aspectos elementales como cirugía, anestesia y sangre estén disponibles. Para que los servicios funcionen como un sistema con niveles de complejidad interconectados los mecanismos de referencia y de contra referencia deben ser efectivos, incluyendo el transporte de emergencia entre los

centros de salud y los hospitales distritales, regionales, nacionales y especializados.

La falta de suministros necesarios es otra barrera para un cuidado de calidad adecuado.

Desde fines de los años 90 el enfoque sobre cómo hacer frente al problema ha pasado de tratar de prever o prevenir las complicaciones a concentrarse en las formas de salvar la vida de la mujer en el momento que surgen esas complicaciones, especialmente durante el período crucial del parto.

Los estudios muestran que la mayor parte de las complicaciones obstétricas no pueden prevenirse o evitarse, a sola excepción de las resultantes de abortos inducidos inseguros. Lo que sí es claro es que al brindar acceso a servicios seguros se evitarían sustancialmente una proporción de las muertes maternas.

En el Gráfico 3 se observa que si bien otras intervenciones pueden marcar la diferencia, no lo hacen en forma tan sustancial como la asistencia calificada en los partos.

Cambio de paradigma

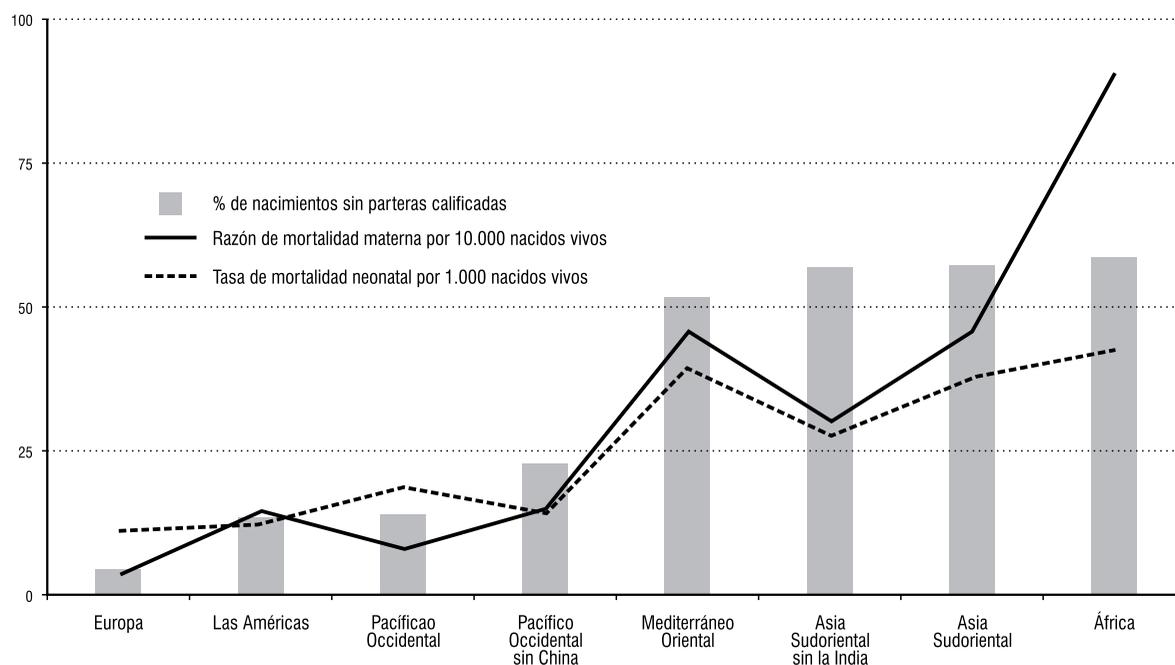
Para el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) este cambio de enfoque sobre las estrategias para reducir la mortalidad materna indica que, si bien un mayor porcentaje de las mujeres de alto riesgo muere de las complicaciones, el mayor número de muertes tiene lugar entre la gran mayoría de las mujeres que se consideran en bajo riesgo. La atención prenatal sigue siendo una intervención importante en la salud materna porque proporciona la oportunidad de detectar los problemas y estar preparados para manejarlos.

El planteamiento actual²⁹ para prevenir la mortalidad materna incluye lograr que los partos sean asistidos por parteras profesionales, enfermeras o médicos/as, que estén en condiciones de reconocer rápidamente las com-

.....
²⁹ Se refiere a la atención por personas calificadas y en servicios calificados.

Gráfico 3

La mortalidad materna y neonatal relacionada con la falta de atención calificada del parto



Fuente: OMS. Informe sobre la salud en el mundo. Año 2005.

plicaciones y hacerles frente, o bien remitir a las mujeres a las instalaciones apropiadas. Este enfoque también incluye proporcionar a las mujeres acceso a establecimientos de atención obstétrica de emergencia que puedan hacer cesáreas y transfusiones de sangre, extraer la placenta, brindar antibióticos y administrar otros tratamientos médicos o quirúrgicos de emergencia.

Las personas expertas dicen que el nuevo planteamiento depende en gran medida de que las instalaciones de salud cuenten con insumos necesarios, equipos en funcionamiento y personal calificado para salvar vidas, requisitos todos ellos que presentan una importante dificultad para muchos países con escasez de dinero y con sistemas de salud deficientes.

Como lo expresa el Grupo de Salud Materno Infantil del Proyecto del Milenio de las Naciones Unidas: *“Para cientos de millones de personas, [...] los sistemas de salud que podrían y deberían poner a disposición del público inter-*

*venciones efectivas, hacerlas accesibles y lograr su uso, se encuentran en crisis que van desde una deficiencia seria de funcionamiento al colapso total”*³⁰.

En un informe reciente, dicho Grupo manifestó que los planteamientos para combatir la mortalidad materna deben concentrarse en crear sistemas de atención primaria que funcionen, desde las instalaciones de remisión hasta el nivel de la comunidad, y que el sistema debe tener una serie de características importantes, concentrándose en que la atención obstétrica de emergencia debe estar a disposición de todas las mujeres que tengan complicaciones relacionadas con el embarazo.

Según el UNFPA, para que la atención de las urgencias obstétricas sea efectiva se necesita que:

³⁰ El Proyecto del Milenio de las Naciones Unidas es un cuerpo asesor independiente a quien el Secretario General de las Naciones Unidas ha asignado la misión de asesorar sobre las estrategias para alcanzar los Objetivos de Desarrollo del Milenio.

- La atención obstétrica de emergencia esté disponible las 24 horas de los 365 días del año, en el primer y segundo nivel de atención.
- Se constituya una red de servicios que permita la atención oportuna y la derivación a un servicio con atención de emergencia completo que pueda resolver cualquier tipo de emergencia obstétrica. En ambos niveles se debe contar con personal calificado.
- Además de que los servicios existan y funcionen, sean utilizados de manera oportuna por las mujeres que realmente lo necesiten porque tienen una urgencia obstétrica, debiendo promoverse los mecanismos necesarios para dicho fin.
- Se mejore la calidad de la atención de esta red de servicios para disminuir la morbi-mortalidad materna.
- Se disponga de indicadores de evaluación y monitoreo de las acciones.
- tratamiento médico de las complicaciones del embarazo, el parto o el aborto (como hemorragias, septicemia y eclampsia);
- procedimientos manuales (extracción de la placenta, reparación de desgarros o episiotomías);
- vigilancia del trabajo de parto (incluye el uso del partograma), y
- atención inmediata a las y los recién nacidos.

Se ha comprobado que estas intervenciones producen un cambio al asegurar la salud de la madre y su hijo/a. Una partera profesional puede proporcionar COE Básico, pero en todos los casos debe hacerlo en un servicio calificado para ello.

El COE Integral comprende las intervenciones necesarias para los embarazos de alto riesgo y las complicaciones durante el parto, incluye los servicios de COE Básico, además de:

- cirugía;
- anestesia, y
- reemplazo sanguíneo.

Cuidados Obstétricos Esenciales (COE)

En tal sentido, es de particular relevancia la disponibilidad de establecimientos de la red de servicios de salud que ofrezcan Cuidados Obstétricos Esenciales (COE), que según lo define la Organización Mundial de la Salud (OMS) es una estrategia esencial y muy eficaz para abordar directamente las causas biológicas de la mortalidad materna, ya que casi todas las complicaciones y defunciones ocurren durante el parto o inmediatamente después, o a causa de las complicaciones de los abortos provocados.

La OMS ha determinado sus componentes esenciales. Los servicios básicos con COE deben ser accesibles a todas las mujeres. Se precisan maternidades con proveedor y servicio calificados, los suministros necesarios y la capacidad de transportar rápidamente a una mujer a un establecimiento de COE Integral, si así fuese necesario. Los componentes esenciales de un establecimiento de COE Básico son:

- tratamiento de embarazos complicados (por ejemplo, por anemia o diabetes);

Como la provisión de servicios COE trae aparejado dentro de su contexto la atención inmediata calificada al recién nacido, trabajando directamente en una de las causas más frecuentes de morbi-mortalidad neonatal como es la hipoxia o asfixia del recién nacido, para dar más énfasis a este componente localmente los COE van pasando a constituirse en los CONE: Cuidados Obstétricos y Neonatales Esenciales.

Los CONE se pueden clasificar de la siguiente manera, según las funciones que deben ofrecerse³¹:

- Administración de antibióticos, antihipertensivos y anticonvulsivantes por vía parenteral.
- Extracción manual de placenta.
- Monitoreo del parto (uso esencial del partograma).

³¹ Monitoreo sobre la disponibilidad y utilización de servicios con Cuidados Obstétricos y Neonatales Esenciales (CONE) en los Establecimientos de salud del Paraguay. MSPyBS, 2006.

- Extracción de productos retenidos por Legrado Uterino Instrumental (LUI) y/o por Aspiración Manual Endo Uterina (AMEU).
- Cirugía (cesárea y laparotomía).
- Transfusión de sangre (siguiendo los delimitamientos del Programa Sangre Segura).
- Atención neonatal básica, que comprende dos puntos:
 - a. Atención inmediata del recién nacido.
 - b. Reanimación neonatal básica.

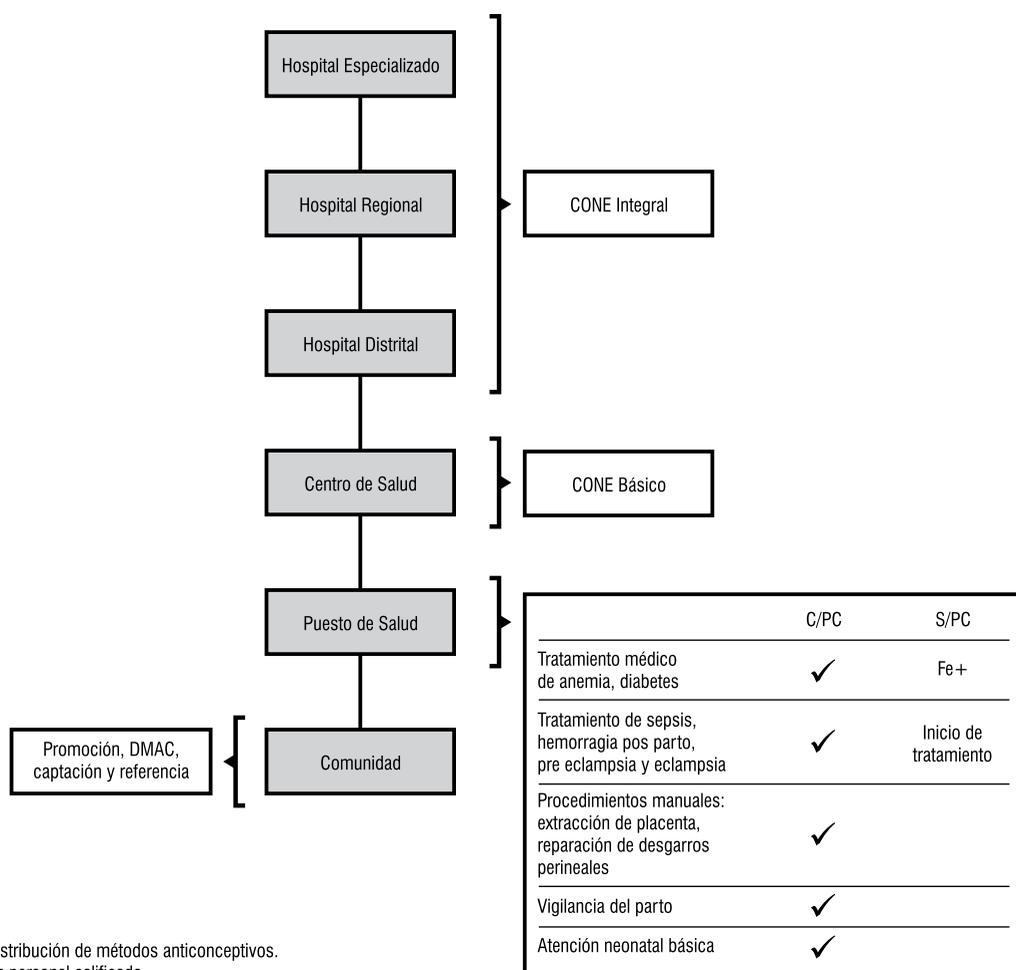
La organización en red de servicios que ofrecen CONE favorece la acción integrada de los establecimientos, permite el redireccionamiento

de los flujos de atención de usuarios/as, así como una mejor utilización de los recursos disponibles, de manera a que las usuarias puedan recibir la respuesta terapéutica adecuada a la complejidad de cada caso en lugar y momento oportunos.

En una red de servicios, cabe precisar que el CONE Básico corresponde a los Centros de Salud, y que el CONE Integral o Ampliado corresponde a los Hospitales Distritales, Regionales, Generales y Especializados, como se ilustra en el siguiente esquema. Sin embargo, en los Puestos de Salud con Licenciadas en Obstetricia (personal calificado) se pueden ofrecer al-

Gráfico 4

CONE según nivel de complejidad de la Red de Servicios



DMAC: Distribución de métodos anticonceptivos.
 C/PC: Con personal calificado.
 S/PC: Sin personal calificado.

gunas funciones del CONE Básico, siempre y cuando el establecimiento ofrezca el entorno adecuado. El Gráfico 4 nos resume esta información.

Un factor clave en la estrategia del CONE para reducir con eficacia la mortalidad materna es contar con la atención calificada del parto. La atención calificada incluye a las personas capacitadas en obstetricia (por ejemplo, médicos/as y enfermeras obstétricas) que han adquirido las aptitudes necesarias para prestar atención competente durante el embarazo y el parto. El proveedor calificado debe ser capaz de manejar el trabajo de parto y el parto normal, reconocer oportunamente las complicaciones, realizar intervenciones esenciales, comenzar el tratamiento y supervisar la referencia de la madre y el bebé para las intervenciones que exigen aptitudes más avanzadas o no son posibles de realizar en un establecimiento determinado.

También se precisan los recursos necesarios para los partos (por ejemplo, instrumentales, medicamentos) para que el personal calificado pueda llevar a cabo sus funciones de la manera debida. La falta de condiciones para el suministro de sangre segura es un problema en muchas zonas del Paraguay y contribuye al número elevado de mujeres que mueren.

La atención calificada, en fin, se refiere al proceso en el cual el proveedor calificado posee las aptitudes necesarias y tiene además el apoyo de un establecimiento propicio con los suministros, el equipo y la infraestructura adecuada, un sistema de comunicación y transporte eficaz, y de referencia de pacientes. En resúmenes, contar con el entorno habilitante para atender los partos y asegure el buen fin de los mismos.

Adaptando el modelo de Maxwell³² para evaluación de servicios de salud, se propone que los cuidados obstétricos esenciales ofertados garanticen los siguientes atributos de calidad:

.....

³² Maxwell R. 1984. *Quality assessment in health. British Medical Journal.*

- *Accesibilidad.* Es necesario que existan recursos humanos competentes, así como equipamiento, medicamentos e insumos necesarios para proporcionar cuidados obstétricos esenciales. En lo que respecta a los recursos materiales, esto significa contar con el presupuesto adecuado y un sistema logístico óptimo. En el caso de los recursos humanos, además del presupuesto necesario para atraer especialistas a las zonas rurales, se requiere un enorme esfuerzo de capacitación y actualización, así como facilitar que los profesionales puedan satisfacer necesidades propias de sus expectativas personales, familiares y profesionales.

Las gestantes y sus familiares deben estar debidamente informados/as sobre cuándo y dónde deben buscar ayuda profesional. De este modo, es factible reducir el primer retraso hacia la iniciación oportuna del tratamiento requerido.

Adicionalmente, deberán asegurarse los medios que permitan a las gestantes llegar al establecimiento cabecera de red u hospital regional o departamental; es decir, el resultado de vías de comunicación, medios de transporte y comunicación disponibles y apropiados procedimientos de referencia de pacientes con alguna complicación que requieran cuidados obstétricos esenciales.

También es necesario informar y organizar adecuadamente a la población, ya que en muchas ocasiones no se utiliza el servicio por desconocimiento de cuándo, cómo y dónde se debería buscar la ayuda requerida. De esta manera se pueden prever respuestas individuales, familiares y comunitarias adecuadas y urgentes. Esto es particularmente importante en el caso de la muerte materna, la cual ocurre como resultado de complicaciones de eventos percibidos como normales y, por tanto, que aparentemente no requieren de atención profesional.

- *Equidad.* Toda gestante que requiera cuidados obstétricos esenciales debe poder acceder a los mismos, sin que medie ninguna barrera de tipo económico que la limite. Medidas transitorias como una adecuada focali-

zación del subsidio público dirigida a las poblaciones más pobres o futuros diseños de mecanismos de aseguramiento o de seguros públicos son indispensables para conseguir este requisito.

- *Efectividad.* Todo establecimiento debe garantizar a las usuarias que los cuidados obstétricos esenciales se brinden de acuerdo a protocolos estandarizados, actualizados, internacionalmente aceptados y que sus equipos de salud sean competentes en su aplicación. Por tanto, las usuarias deben contar con las garantías que los resultados serán los mejores que se puedan alcanzar para su situación individual y bajo estas condiciones.
- *Eficiencia.* Todo establecimiento debe contar y aplicar aquellos procedimientos gerenciales que le permitan el máximo de efectividad al menor costo posible. De esta manera, en un contexto de limitación recurrente de recursos financieros, se puede beneficiar al mayor número posible de usuarias que requieran cuidados obstétricos esenciales.
- *Aceptabilidad.* Todo establecimiento debe conocer la cultura local, así como las necesidades y demandas de sus usuarias. De esta manera deberá seguir los procedimientos necesarios para que sus servicios no sólo respeten los valores y la cultura local, sino que sean pro activos en la implementación de medidas que conduzcan a satisfacerlas, resultando atractivos para la comunidad.

Por otra parte, los/as expertos/as en salud se han visto en ocasiones decepcionados/as por las deficiencias en la forma tradicional de observar la mortalidad materna. Las dos medidas vinculadas al ODM 5 son el índice de mortalidad materna y la proporción de partos asistidos por personal médico capacitado. El índice de mortalidad materna, que normalmente se define como el número de muertes maternas anuales por cada 100.000 nacidos vivos en la población en cuestión, se basa en la existencia de datos correctos sobre el número de nacidos vivos y sobre las muertes maternas y sus causas; pero esos datos son difíciles de obtener por

una serie de razones: muchos nacidos vivos no tienen registro oportuno antes de morir; muchas de las muertes tienen lugar fuera del sistema de salud y no se registran; el personal de salud no siempre conoce la causa de la muerte; la recopilación de datos es costosa; y el cálculo de las cifras es complejo.

Para superar estos obstáculos y avanzar en el logro de los objetivos, algunos/as analistas y autoridades normativas se han concentrado en las medidas expedidas en 1997 por el UNFPA, la OMS y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), denominadas *indicadores de proceso de las Naciones Unidas*, que ofrecen nuevos tipos de información a las autoridades normativas y a quienes diseñan los programas de salud materna.

Si bien los índices de mortalidad materna señalan los niveles y la frecuencia de las muertes, los indicadores de proceso vigilan el progreso de los programas de salud en la reducción de las mismas. Según los organismos de las Naciones Unidas que crearon los indicadores, estas medidas ofrecen información que puede ayudar a planificar programas, resaltar problemas y evaluar el éxito de las intervenciones.

Entre los indicadores de proceso de las Naciones Unidas se encuentran los siguientes:

- **El número y la distribución de las instalaciones de atención obstétrica de emergencia.** Para abordar los problemas relativos al acceso oportuno a la atención necesaria, los indicadores sugieren que se necesita por lo menos una instalación de atención integral y cuatro de atención básica por cada 500.000 personas. La atención básica se refiere a la administración de antibióticos, la extracción manual de la placenta y la asistencia en el parto vaginal. La atención integral, además de estos servicios, ofrece cesáreas y transfusiones de sangre. Debe señalarse que la distribución de las instalaciones de atención obstétrica de emergencia además de considerar el número de población a cubrir deberán estar ubicados siguiendo

do las características geográficas y de comunicación de los territorios.

- **La proporción de atenciones obstétricas de emergencia sobre el total de embarazos esperados.** Debido a que se estima que alrededor del 15% de todas las mujeres embarazadas acaba con complicaciones, debe esperarse que dicho porcentaje se presente en los servicios de emergencia.
- **La necesidad de atención obstétrica de emergencia.** Todas las mujeres con complicaciones obstétricas deben ser atendidas en instalaciones obstétricas de emergencia.
- **El porcentaje de cesáreas de entre todos los partos.** Las cesáreas deben representar

no menos del 5% y no más del 15% de todos los partos que tienen lugar entre la población.

- **La proporción de muertes entre las mujeres admitidas a los establecimientos de salud con complicaciones.** Según las pautas establecidas por las Naciones Unidas, las muertes no deben superar el 1% de los casos ingresados.

Aunque los organismos de las Naciones Unidas no recomiendan abandonar el uso del índice de mortalidad materna y otras medidas aplicadas normalmente, señalan que los indicadores de proceso pueden responder a preguntas importantes como las relativas a por qué mueren las mujeres y cómo pueden prevenirse dichas muertes.

Requerimientos para la reducción de la mortalidad materna en Paraguay: AOE básicos e integrales. Brechas

Aplicando el primer indicador de proceso de las Naciones Unidas, **número y distribución de las instalaciones de atención obstétrica de emergencia**, resultan muy reveladores los datos del “Monitoreo sobre la disponibilidad y utilización de servicios con Cuidados Obstétricos y Neonatales Esenciales (CONE) en los Establecimientos de salud del Paraguay” de marzo de 2006 (ver Cuadro 10).

Los hallazgos de este estudio indican que:

1. Para una población estimada de 5.800.000 habitantes, los establecimientos con CONE Integral deberían ser 12. El MSPyBS ofrece CONE Integral en 9 establecimientos. Por otra parte, el estudio revela que por fuera del MSPyBS otros establecimientos ofrecen CONE Integral (Hospital Central del IPS, Hospital Central de las FFAA, Hospital Reina Sofía de la Cruz Roja Paraguaya, Centro

Materno Infantil del Hospital de Clínicas en San Lorenzo, etc.) con lo que aparentemente existe la oferta óptima del CONE Integral a nivel país.

El primer comentario sobre lo anterior es que dos de los establecimientos que no corresponden al MSPyBS no son de acceso libre, pues corresponden a aportantes, miembros y familiares de las Fuerzas Armadas.

El segundo, y mucho más significativo, es que 6 de los 9 establecimientos del MSPyBS con CONE completo, están concentrados en Asunción y en el Área Metropolitana. Y los 4 establecimientos que no son del MSPyBS también están en la misma zona geográfica, donde habita cerca de 2.000.000 de personas, un 33% de la población total del país.

En otros términos, para cerca de cuatro millones de personas, que requieren ocho esta-

blecimientos con CONE Integral, sólo están disponibles tres con esas características, de los cuales dos están concentrados en el departamento de Caaguazú y el otro en el vecino departamento de Cordillera, que linda a su vez con la zona metropolitana de Asunción. De 17 hospitales regionales, sólo dos ofrecen el CONE Integral.

La zona norte, este y sur de la Región Oriental y el Chaco Paraguayo no tienen cobertura del CONE Integral.

2. La relación CONE Básico a CONE Integral debe ser de 4 a 1 por 500.000 habitantes, según los citados indicadores de proceso de las Naciones Unidas. Por tanto, la oferta esperada de CONE Básico es de 48 establecimientos, distribuidos por todo el país. El Cuadro 10, revela que el MSPyBS sólo ofrece cuatro establecimientos con estas características, nuevamente dos de ellos en la zona metropolitana y los otros dos en el vecino departamento de Cordillera.

3. El Cuadro 10 también demuestra que existe un total de ocho hospitales que aunque no ofrecen CONE Integral en su totalidad, ofrecen la mayor parte del CONE Integral. Asimismo, dos hospitales ofrecen CONE Básico en su casi totalidad y 24 ofrecen CONE en forma muy parcial. Esto indica que se deben priorizar y redireccionar algunos recursos para que estos establecimientos ofrezcan CONE en forma completa, Básico o Integral, según corresponda.

4. Trece de los sesenta hospitales del MSPyBS no ofrece ningún tipo de CONE. Particularmente sería la situación de los departamentos de Amambay, Presidente Hayes y Boquerón, cuyos hospitales no ofrecen CONE de ninguna clase. También los de Concepción, San Pedro, Guairá, Caazapá, Itapúa y Canindeyú donde el mayor nivel de CONE lleva la calificación de incompleto. Esto indica la necesidad de una mayor inversión para revertir esta situación.

Cuadro 10
Paraguay. Distribución de Hospitales del MSPyBS según nivel de CONE
Incluye Hospitales Generales, Especializados, Regionales y Distritales (n=60)

Región Sanitaria	CONE Integral	CONE Integral -1	CONE Básico	CONE Básico -1	CONE Incompleto	No Aplica CONE	Total
I					1	1	2
II					2	1	3
III	1		2		1		4
IV					1	1	2
V	2	2		1			5
VI					1	1	3
VII					2	2	5
VIII		1			2		3
IX		1			4		5
X		1			3	1	5
XI	5		2	1	1		9
XII					3		3
XIII						1	1
XIV					2		2
XV						1	1
XVI					1		1
XVII						2	2
XVIII	1	3	3				4
Total	9	8	4	2	24	13	60

Recursos humanos, recursos físicos y materiales

El citado estudio, determina también la brecha de recursos humanos necesarios para ofrecer CONE Integral en los 17 hospitales regionales del país:

Cuadro 11
Paraguay. Brechas de RRHH calificados en los Hospitales Regionales del MSPyBS en guardia activa considerando un mínimo de 2 gineco-obstetras, 2 pediatras y 1 anestesiólogo por día en sistema rotatorio de lunes a sábado (n=17)

Especialidad	Gineco-Obstetra	Pediatra	Anestesiólogo
Total de brechas	147	148	89

En total, son 384 profesionales médicos/as que se necesitan para la cobertura del CONE Integral.

Considerando solamente el componente salarial (sueldos+aguinaldo), el costo anual de remunerar a estos/as profesionales asciende a:

Cuadro 12
Paraguay. Cálculo de remuneraciones destinadas a profesionales médicos para guardia activa para que los Hospitales Regionales ofrezcan CONE Integral (n=384)

A	B	C	D	E
Salario mensual (salario mínimo x 3)	Salario Anual A x 12	Aguinaldo B/12	Total individual B + C	Total general (D) x 384
1.219.795 x 3 = 3.659.385 (A)	43.912.620 (B)	3.659.385 (C)	47.572.005 (D)	18.267.649.920 (E)

Son G. 18.267.649.920 (dieciocho mil millones doscientos sesenta y siete millones seiscientos cuarenta y nueve mil novecientos veinte guaraníes) o su equivalente³³ en dólares americanos 3.382.898 (tres millones trescientos ochenta y dos mil ochocientos noventa y ocho dólares americanos).

Esta cifra no incluye otros beneficios sociales como aporte para el seguro médico, subsidio por insalubridad, remuneraciones extraordinarias, etc. Además debe tenerse presente que

33 Al cambio: 1 dólar = 5.400 guaraníes.

los/as profesionales que ya están prestando servicio en estos Hospitales Regionales deben tener la misma remuneración, según el principio de: “a igual trabajo, igual remuneración”. Tampoco incluye el costo de actualización continua que todos estos/as profesionales deben recibir.

En cuanto al CONE Básico, es menester dotar a los Puestos de Salud, por su posición de puerta de entrada a la red asistencial, de personal calificado para la atención del embarazo, el parto y el puerperio, obviamente para ofrecer al menos algunas funciones de atención obstétrica de emergencia. Actualmente esto es excepcional en todas las regiones sanitarias, estando los Puestos a cargo de auxiliares de enfermería o de auxiliares de obstetricia. El personal calificado en este caso son las Licenciadas y los Licenciados en Obstetricia. Sobre el supuesto de dotar a 600 Puestos con este tipo de profesional calificado, se llega al siguiente cálculo:

Cuadro 13
Paraguay. Cálculo de remuneraciones destinadas a profesionales obstetras para que los Puestos de Salud ofrezcan algunas funciones de CONE Básico (n=600)

A	B	C	D	E
Salario mensual (salario mínimo x 2)	Salario Anual A x 12	Aguinaldo B/12	Total individual B + C	Total general (D) x 600
1.219.795 x 2 = 2.439.590 (A)	29.275.080 (B)	2.439.590 (C)	31.714.670 (D)	19.028.802.000 (E)

Son G. 19.028.802.000 (diecinueve mil millones veintiocho millones ochocientos dos mil guaraníes) o su equivalente³⁴ en dólares americanos 3.523.852 (tres millones quinientos veintitrés mil ochocientos cincuenta y dos dólares americanos). Aquí tampoco se incluyen los demás beneficios salariales vigentes, ni los costos de actualización continua de los/as profesionales.

Otros costos, que escapan a los propósitos de este documento, pero que indefectiblemente deben contemplarse se refieren a: reacondicio-

34 Al cambio: 1 dólar = 5.400 guaraníes.

namiento de la infraestructura existente en los casos que sea pertinente, renovación de equipos, fortalecimiento del sistema de referencia y contra referencia (incluyendo medios de comunicación y de transporte adecuados), acti-

vidades de promoción de los servicios ofrecidos, fortalecimiento de la capacidad de gestión, campañas de Información, Educación y Comunicación (IEC) para la comunidad, entre otros.



II Parte

Una estimación financiera

Medicamentos para las AOE: Costos de medicamentos de la AOE

Metodología

En el marco de este estudio, se consultaron las normas, protocolos y procedimientos en vigencia, diseñados y publicados por el Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social bajo el título de “Emergencias Obstétricas y Neonatales, Normas y Procedimientos”, así como la publicación de la OMS, UNFPA, UNICEF y Banco Mundial denominada “Manejo de las complicaciones del embarazo y el parto: Guía para obstetras y médicos”.

Se definieron los procesos de atención de las principales causas de muerte materna (aborto, hemorragia obstétrica, toxemia del embarazo e infección puerperal) e identificaron el uso específico de medicamentos, líquidos parenterales e insumos.

Lo anterior a su vez se ajustó a la capacidad resolutoria del Primer, Segundo y Tercer Nivel de Atención, conforme al mencionado documento del MSPyBS y al propio esquema de organización que dicho Ministerio utiliza para sus establecimientos de salud según “Organización de los Servicios de Salud en el marco de la Reforma Sectorial” (1998).

Se investigaron los costos de los medicamentos necesarios para la atención de las emergencias obstétricas en los tres primeros niveles de atención, tomando como referencia el costo de adquisición de la licitación pública nacional que el MSPyBS llevó a cabo en el año 2005 y en caso de no contar con dichos datos se consultaron los precios comerciales al por menor, sobre los cuales se realizó un descuento de por lo menos el 25%, que es el mínimo margen de diferencia entre los precios de las compras licitadas y el precio de venta al público.

Algunas aclaraciones deben formularse para la correcta interpretación de los cuadros respecti-

vos. La primera es que este documento expone en forma sintética los medicamentos e insumos que se utilizan según cada proceso de atención, a partir de los esquemas terapéuticos que debe aplicar el personal calificado, pero no describe en detalle dichos esquemas terapéuticos lo cual es del ámbito médico obstétrico propiamente. En los cuadros, con frecuencia se observarán las iniciales “s.e.t.” que significa “según esquema terapéutico”, haciendo referencia a los estándares de tratamiento consensuados entre las y los expertos. Por tanto, los costos de los medicamentos corresponden a las cantidades de los mismos que deben utilizarse para:

- a) Una atención inicial de al menos 12 y hasta 24 horas, en los casos en que la atención comienza, pero no termina en el primer y segundo nivel de atención.
- b) Una atención integral por el tiempo que sea necesario para que se produzca la resolución del problema (a veces es un acto quirúrgico, otras un esquema de antibiótico-terapia de una semana de duración), más que el simple control de los síntomas, pero no incluye los costos de medicamentos en Unidades de Cuidados Intensivos.

Es obvio que los esquemas, por más elaborados que hayan sido, son siempre guías orientadoras que deben ser ajustadas en cada caso, para cada paciente, según las características clínicas que se presenten. En la medida que la terapéutica aplicada no produzca la respuesta esperada o se retrase la aplicación de la misma, a la vez que aumenta el riesgo de muerte o de daño, aumenta el costo de la atención pues se precisa de mayores recursos para solucionar el problema.

Tampoco debe olvidarse que en una misma paciente, puede coexistir más de un problema, lo que a su vez requerirá un tratamiento combinado.

Igualmente importante es recordar que una terapéutica aplicada en el primer o segundo nivel de atención pueden ser absolutamente insuficientes para resolver la emergencia, pero tienen una gran importancia para estabilizar a la paciente mientras se la deriva o para evitar daños, que sin ser mortales, dificulten la recuperación o dejen secuelas más o menos permanentes, hasta que la atención pueda continuarse y completarse en los niveles de mayor capacidad resolutoria.

Inclusive, el compromiso vital puede ser tan grave, que sea de absoluta necesidad la internación en una Unidad de Cuidados Intensivos, con el consiguiente incremento sustancial de los costos de atención. El notorio déficit de camas de cuidados intensivos en el sector público es un factor que también conspira con frecuencia para dar respuesta a estas situaciones críticas.

Una mención aparte merece el tema del reemplazo sanguíneo: realizarlo en condiciones seguras es aún una utopía en los centros de sa-

lud y en los Hospitales Distritales; inclusive en los Hospitales Regionales cuando los reactivos para serología se agotan y no se reponen oportunamente. A pesar de esto, este estudio parte de la hipótesis que se utiliza sangre y concentrados debidamente estudiados y no se ocupa de los costos de los reactivos para tipificación y serología.

Lista de medicamentos que se usan en AOE, por morbilidad y nivel de atención

Los valores contenidos en el Cuadro 14 hacen referencia a los precios unitarios de los distintos medicamentos e insumos. Los cuadros siguientes (15 al 18), son resúmenes de hojas de MS Excel que fueron diseñadas para el cálculo de costos de los medicamentos en insumos de la AOE. Los valores, expresados en guaraníes, son fracciones o múltiplos de los precios base, según el respectivo esquema terapéutico.

Cuadro 14

Lista de medicamentos y costos unitarios que se usan en AOE

Medicamento/Insumo	Presentación	Costo en Guaraníes	
1	Solución Ringer Lactato	Frasco/bolsa x 1.000 ml	4.900
2	Solución Glucosada al 5%	Frasco/bolsa x 1.000 ml	4.900
3	Solución isotónica de cloruro de sodio	Frasco/bolsa x 1.000 ml	4.900
4	Polimerizado de gelatina al 4% (Haemacel®)	Frasco x 500 ml	46.000
5	Gluconato de calcio al 10%	Ampolla x 10 ml	1.400
6	Alfa metildopa 500 mg	Caja x 30 comprimidos	29.500
7	Nifedipina 10 mg	Caja x 20 comprimidos	13.500
8	Clonidina clorhidrato 0,15 mg	Ampolla x 1 ml	13.650
9	Sulfato de magnesio 50%	Ampolla x 20 ml	9.000
10	Diazepam 10 mg	Ampolla	9.000
11	Atropina sulfato 1 mg	Ampolla x 1 ml	5.000
12	Lidocaina clorhidrato 2%	Frasco x 20 ml	2.000
13	Fenobarbital 200 mg	Ampolla x 5 ml	2.300
14	Midazolam 15 mg	Ampolla x 3 ml	9.000
15	Bupivacaína hiperbárica 0,5%	Ampolla x ml	9.000
16	Fentanilo citrato	Ampolla x 2 ml	9.000
17	Dexametasona solución inyectable	Frasco ampolla x 2 ml	7.000
18	Maleato de Ergometrina solución inyectable	Ampolla x 1 ml	6.480
19	Oxitocina solución inyectable	Ampolla x 1 ml	1.525
20	Ketorolaco tabletas 20 mg	Caja de 10 unidades	15.762
21	Ampicilina sódica liofilizada de 1 g	Frasco ampolla	3.000
22	Ampicilina 500 mg comprimidos	Caja x 10 comprimidos	15.000
23	Penicilina G sódica de 10 MegaU	Frasco ampolla	8.500
24	Metronidazol inyectable de 500 mg	Frasco ampolla x 100 ml	6.000
25	Metronidazol 500 mg comprimidos	Caja x 10 comprimidos	12.220
26	Gentamicina 400 mg	Ampolla x 2 ml	12.000
27	Equipo de canalización para venoclisis	Tubuladura y catéter	18.500
28	Aguja raquídea Nº 25	Unidad	36.735
29	Jeringa desechable de 3 ml	Unidad	400
30	Jeringa desechable de 5 ml	Unidad	600
31	Sonda Foley Nº 18	Unidad	8.000
32	Colector de orina	Unidad	3.500
33	Hoja de bisturí Nº 23	Unidad	512
34	Sonda nasogástrica	Unidad	1.480
35	Gasa 10 m	Paquete	14.000
36	Tela adhesiva	Tamaño mediano	3.800
37	Guante estéril 7 ½	Par	1.700
38	Equipo para AMEU (Aspiración Manual Endo Uterina)	Set	390.000
39	Iodopovidona solución	Frasco x 500 ml	8.000
40	Hilo de algodón 3/0	Unidad	6.000
41	Mat de sutura: Polyglactil (Vicryl®) 3/0 c/ aguja curva	Unidad	18.000
42	Mat de sutura: Polyglactil (Vicryl®) 1 c/ aguja curva	Unidad	10.000
43	Catgut 3/0 c aguja curva	Unidad	16.000
44	Equipo de transfusión sanguínea	Bolsa + tubuladura + catéter	19.000
45	Catéter para subclavia	Tubuladura	286.000
46	Equipo microgotero	Tubuladura	2.200

Fuente: Elaboración propia a partir de datos obtenidos del Catálogo de Bienes y Servicios del Ministerio de Hacienda y de consultas directas a proveedores del sector privado en los casos en que el Catálogo no contenía los datos requeridos.

Determinación de costos unitarios de medicamentos de AOE por morbilidad y por nivel de atención

Cuadro 15

Lista de medicamentos y costos unitarios que se usan en TOXEMIA

Tipo	Medicamento prescrito	Costo
Preeclampsia leve	Ningún medicamento específico	0
	Puestos de Salud	
	Nifedipina 10 mg s.e.t.	6.750
	Total	6.750
	Centros de Salud	
	Nifedipina 10 mg s.e.t.	6.750
	Solución Lactato Ringer s.e.t.	14.700
	Equipo de canalización	18.500
	Jeringas	3.000
	Total	42.950
	Hospitales Distritales y Regionales	
	Nifedipina 10 mg s.e.t.	6.750
	Alfa metildopa 500 mg s.e.t.	29.500
	Solución Lactato Ringer s.e.t.	29.400
	Sulfato de Magnesio s.e.t.	18.000
Gluconato de Calcio s.e.t.	5.600	
Equipo de canalización	18.500	
Jeringas	6.000	
Sonda vesical	8.000	
Colector de orina	3.500	
Dexametasona 12 mg s.e.t.	7.000	
Total	132.250	
Preeclampsia severa	Puestos de Salud	
	Diazepam 10 mg s.e.t.	9.000
	Jeringas	1.200
	Total	10.200
	Centros de Salud	
	Equipo de canalización	18.500
	Solución Lactato Ringer s.e.t.	14.700
	Nifedipina 10 mg s.e.t.	6.750
	Diazepam 10 mg s.e.t.	9.000
	Jeringas	2.400
	Total	51.350
	Hospitales Distritales y Regionales	
	Nifedipina 10 mg s.e.t.	6.750
	Fenobarbital 200 mg	2.300
	Solución Lactato Ringer s.e.t.	29.400
Sulfato de Magnesio s.e.t.	18.000	
Gluconato de calcio s.e.t.	5.600	
Equipo de canalización	18.500	
Jeringas	6.000	
Sonda vesical	8.000	
Colector de orina	3.500	
Sonda nasogástrica	1.480	
Clonidina s.e.t.	54.600	
Equipo microgotero	2.200	
Total	156.330	
Eclampsia	Hospitales Distritales y Regionales	
	Nifedipina 10 mg s.e.t.	6.750
	Fenobarbital 200 mg	2.300
	Solución Lactato Ringer s.e.t.	29.400
	Sulfato de Magnesio s.e.t.	18.000
	Gluconato de calcio s.e.t.	5.600
	Equipo de canalización	18.500
	Jeringas	6.000
	Sonda vesical	8.000
	Colector de orina	3.500
	Sonda nasogástrica	1.480
	Clonidina s.e.t.	54.600
	Equipo microgotero	2.200
	Total	156.330

Cuadro 16

Lista de medicamentos y costos unitarios que se usan en INFECCIÓN PUERPERAL

Tipo	Medicamentos/insumos prescritos	Costo
	Puestos de Salud/Centros de Salud/Hospitales Distritales y Regionales	
Celulitis de la herida	Ampicilina VO s.e.t.	30.000
	Metronidazol VO s.e.t.	24.400
	Total	54.400
	Centros de Salud/Hospitales Distritales y Regionales	
Fascitis necrotizante (sobre la hipótesis de 4 días de antibioticoterapia parenteral)	Penicilina G IV s.e.t.	34.000
	Gentamicina IV s.e.t.	48.000
	Metronidazol IV s.e.t.	72.000
	Ampicilina VO s.e.t.	30.000
	Metronidazol VO s.e.t.	24.400
	Jeringas	12.000
	Equipo de canalización	18.500
	Solución Lactato Ringer s.e.t.	14.700
	Guantes estériles	5.100
	Iodopovidona	8.000
Total	266.700	
	Centros de Salud/Hospitales Distritales y Regionales	
MetritisAbsceso pélvico (sobre la hipótesis de 4 días de antibioticoterapia parenteral)	Ampicilina IV s.e.t.	96.000
	Gentamicina IV s.e.t.	48.000
	Metronidazol IV s.e.t.	72.000
	Solución Lactato Ringer s.e.t.	14.700
	Equipo de canalización	18.500
	Jeringas	12.000
	Guantes estériles	5.100
	Total	266.300
	Centros de Salud/Hospitales Distritales y Regionales	
Infección/sepsis (sobre la hipótesis de 6 días de antibioticoterapia parenteral)	Ampicilina IV s.e.t.	144.000
	Gentamicina IV s.e.t.	72.000
	Metronidazol I.V. s.e.t.	108.000
	Solución Lactato Ringer s.e.t.	58.800
	Equipo de canalización	18.500
	Catéter para subclavia	286.000
	Jeringas	12.000
	Sonda vesical	8.000
	Colector de orina	3.500
Total	710.800	

Cuadro 17

Lista de medicamentos y costos unitarios que se usan en COMPLICACIONES DEL ABORTO

Tipo	Medicamentos/insumos prescritos	Costo
	Centros de Salud/Hospitales Distritales y Regionales	
	Ampicilina IV s.e.t.	144.000
	Gentamicina IV s.e.t.	72.000
	Metronidazol I.V. s.e.t.	108.000
Infección/sepsis (sobre la hipótesis de 6 días de antibioticoterapia parenteral)	Solución Lactato Ringer s.e.t	58.800
	Equipo de canalización	18.500
	Catéter para subclavia	286.000
	Jeringas	12.000
	Sonda vesical	8.000
	Colector de orina	3.500
	Total	710.800
	Hospitales Distritales y Regionales	
	Bupivacaína hiperbárica s.e.t.	9.000
	Midazolam s.e.t.	18.000
	Aguja raquídea nº 25	36.735
	Jeringas	6.000
	Solución Lactato Ringer s.e.t.	19.600
	Equipo de canalización	18.500
	Hoja de bisturí Nº 23	512
	Sonda vesical	8.000
Lesiones uterinas, vaginales o intestinales	Colector de orina	3.500
	Guantes quirúrgicos estériles	6.800
	Paquete de gasa 10 m	14.000
	Polyglactil (Vicryl®) 3/0 con aguja curva	36.000
	Polyglactil (Vicryl®) 1 con aguja curva	20.000
	Hilo de algodón 3/0	6.000
	Tela adhesiva	3.800
	Atropina sulfato s.e.t.	5.000
	Fentanilo citrato s.e.t.	27.000
	Total	238.447

Cuadro 18

Lista de medicamentos y costos unitarios que se usan en HEMORRAGIA EN EL PREPARTO Y POSTPARTO EN MÁS DE 20 SEMANAS DE GESTACIÓN

Tipo	Medicamentos/insumos prescritos	Costo
	Centros de Salud/Hospitales Distritales y Regionales	
Hipovolemia por hemorragia vaginal	Solución Lactato Ringer s.e.t.	14.700
	Equipo de canalización	18.500
	Total	33.200
	Centros de Salud/Hospitales Distritales y Regionales	
Desprendimiento prematuro de placenta normoinserta	Solución Lactato Ringer s.e.t.	19.600
	Equipo de canalización	18.500
	Equipo de transfusión sanguínea	19.000
	Oxitocina s.e.t.	9.150
	Jeringas	3.000
	Total	69.250
	Centros de Salud/Hospitales Distritales y Regionales	
Ruptura Uterina	Solución Lactato Ringer s.e.t.	19.600
	Equipo de canalización	18.500
	Bupivacaína hiperbárica s.e.t.	9.000
	Midazolam s.e.t.	18.000
	Aguja raquídea n° 25	36.735
	Jeringas	6.000
	Hoja de bisturí N° 23	512
	Sonda vesical	8.000
	Colector de orina	3.500
	Guantes quirúrgicos estériles	6.800
	Paquete de gasa 10 m	14.000
	Polyglactil (Vicryl®) 3/0 con aguja curva	36.000
	Polyglactil (Vicryl®) 1 con aguja curva	20.000
	Hilo de algodón 3/0	12.000
	Tela adhesiva	3.800
	Atropina sulfato s.e.t.	5.000
Fentanilo citrato s.e.t.	27.000	
	Total	244.447
	Centros de Salud/Hospitales Distritales y Regionales	
Atonía o hipotonía uterina	Solución Lactato Ringer s.e.t.	19.600
	Equipo de canalización	18.500
	Equipo de transfusión sanguínea	19.000
	Oxitocina s.e.t.	12.200
	Ergometrina s.e.t.	12.960
	Jeringas	3.600
	Total	85.860
	Centros de Salud/Hospitales Distritales y Regionales	
Retención de restos placentarios	Solución Lactato Ringer s.e.t.	9.800
	Oxitocina s.e.t.	4.575
	Jeringas	2.400
	Guantes estériles	3.400
	Equipo de canalización	18.500
	Total	38.675

Costos totales anuales de medicamentos de AOE, considerando la incidencia y frecuencia de casos esperados de complicaciones: Cantidad de eventos esperados por año

La morbilidad obstétrica severa y su relación con la mortalidad pueden ser medidas más sensibles del resultado del embarazo que sólo la mortalidad. Sin embargo, se requiere un desarrollo y una evaluación del modo de predecir y reducir los riesgos³⁵. La contribución de los medicamentos e insumos para el tratamiento de las AOE será tanto más significativa en la medida en que sea posible conocer con cierta exactitud la prevalencia³⁶ y la incidencia³⁷ de las morbilidades obstétricas severas.

Para estimar con la mayor precisión posible los costos totales de medicamentos de AOE es necesario disponer de información estadística pertinente, lo que exige un adecuado registro de los diagnósticos en el Sistema de Información (SI). La información normalmente disponible en dicho Sistema del MSPyBS como población de mujeres en edad fértil, número de embarazos esperados, % de embarazadas con Controles Pre Natales (CPN), % partos institucionales, % de partos vaginales, % de cesáreas, etc., aunque son indicadores útiles para otros fines, son insuficientes para determinar la frecuencia de las distintas morbilidades que se presentan durante el embarazo, el parto y el puerperio.

Es menester señalar, además, que los indicadores mencionados corresponden en su mayoría a datos recolectados en los servicios del MSPyBS exclusivamente, cuya cobertura es inferior al 50% de los partos institucionales, existiendo un vacío de información o en el mejor de los casos una ausencia de integración y sistematización de los datos de los servicios

35 Waterstone M., Bewley S., Wolfe C: Incidence and predictors of severe obstetric morbidity: case-control study. *BMJ* 2001;322:1089-1094.

36 En epidemiología, corresponde al número de casos existentes de una enfermedad o condición en una población determinada.

37 En epidemiología, número de casos nuevos ocurridos en un período de tiempo dado, por ejemplo en un año.

prestados en los demás sub sectores, así como de las morbilidades ocurridas (siendo una excepción relativa las enfermedades de notificación obligatoria-ENO)³⁸.

Aún al interior del MSPyBS, persiste el problema sobre la ambigüedad o inexactitud de los diagnósticos, inclusive en casos extremos la ausencia de los mismos.

Además, con motivo de esta investigación se constató que cada una de las dieciocho Regiones Sanitarias del país utiliza un formato diferente para informar al Programa de Salud Sexual y Reproductiva –dependiente de la Dirección General de Programas– con respecto a las emergencias obstétricas, lo cual evidentemente dificulta al mencionado Programa la recopilación y el análisis de estos eventos. Actualmente, el Programa está en proceso de rediseñar su sub sistema de información, de forma tal que la captura, informe, procesamiento, análisis y comparación de los datos sea un proceso homogéneo y coherente.

Cuando la cantidad de mujeres con complicaciones en una población es desconocida se puede utilizar un estimado conservador de que el 15% de las mujeres embarazadas desarrollarán complicaciones que requerirán de atención médica de emergencia³⁹. Esta proporción puede ser considerablemente alta en diferentes marcos, por ejemplo donde la incidencia del aborto inseguro es alta.

Por tanto, y bajo las condiciones actuales, estimaciones retrospectivas sólo se pueden desarrollar dentro de las limitaciones señaladas.

¿Cuáles son entonces las informaciones disponibles y qué se puede inferir a partir de ellas? Son las siguientes:

- El número de embarazos de alto riesgo registrados en los establecimientos del MSPyBS.

.....

38 Por praxis existe renuencia del sector privado para informar sobre las ENO.

39 Maine, D., Wardlaw, T.M., Ward, V.M., McCarthy, J., Birnbaum, A., Akalin, M.Z., and Brown, J.E. *Guidelines for Monitoring the Availability and Use of Obstetric Care*. New York: UNICEF/WHO, 1997.

En el año 2004 el MSPyBS registró 12.125 embarazos de alto riesgo. El valor de este indicador es relativo, pues existe abundante evidencia científica que demuestra que al no ser prevenibles ni evitables las emergencias obstétricas, el *screening* a mujeres embarazadas para identificar aquellas con alto riesgo descuidará a las mujeres de bajo riesgo cuando, de hecho, la mayor parte de muertes y complicaciones ocurrirán en este grupo.

- El número de partos institucionales realizados por el MSPyBS (vaginales y cesáreas), distribuidos por Regiones Sanitarias, inclusive por cada uno de los establecimientos del MSPyBS. En el año 2004, el MSPyBS registró 56.865 partos, de los cuales 41.397 fueron vaginales y 15.468 por cesárea. En este caso, existe un sub registro de los eventos exitosos, es decir de las complicaciones obstétricas potencialmente letales que no tuvieron como desenlace una muerte materna o neonatal. Por otra parte, llama la atención la proporción de cesáreas realizadas, 27%, cuando la recomendación es de un mínimo del 5% y un máximo del 15% de todos los nacimientos. Pero si se considera que se estima un 25% de partos no institucionales, donde la cesárea es inexistente, el porcentaje encontrado probablemente esté dentro o cercano al rango recomendado.
- El número de emergencias obstétricas (y neonatales) agrupadas por causas registradas en establecimientos del MSPyBS. Estos son los registros efectivamente disponibles, si bien no están agrupados por niveles de gravedad, ni se puede distinguir en que tipo de establecimiento de la red se brindó la atención a la emergencia. Con dicha información se tiene que en el 2004, el comportamiento de las emergencias en términos cuantitativos fue tal como se indica en el Cuadro 19.
- El número de muertes maternas, agrupadas por causas ocurrieron 40 en todo el país, no solamente en establecimientos del MSPyBS (ver Gráfico 5).

40 Los informes de la Comisión Nacional de Vigilancia Epidemiológica de la Salud y Morbimortalidad Materna y Neonatal contienen datos precisos, de cada muerte materna.

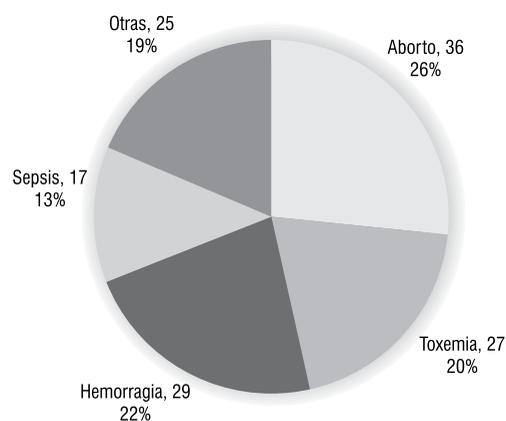
Cuadro 19
Emergencias Obstétricas registradas en establecimientos del MSPyBS - Año 2004

Tipo	2004
Infeción puerperal	90
Pre eclampsia	467
Eclampsia	143
Hemorragia > 20 semanas	85
Hemorragia < 20 semanas	362
Aborto incompleto	6.238
Septicemia	96
Hemorragia aguda	52

Fuente: Datos facilitados por el Programa de Salud Reproductiva dependiente de la Dirección General de Programas. MSPyBS.

Gráfico 5

Mortalidad materna por causas en el Paraguay. Año 2005



Fuente: Comisión Nacional de Vigilancia Epidemiológica de la Salud y Morbimortalidad Materna y Neonatal. Informe 2005.

Con esta información se puede calcular el costo de los medicamentos e insumos de AOE necesarios para evitar dichas muertes (sin olvidar que la atención calificada del parto es más amplia que la sola disponibilidad de medicamentos e insumos), pero poco aporta sobre la gran cantidad de eventos que no tuvieron desenlace fatal.

Por otra parte, por recomendación de expertos/as nacionales se procedió a una revisión exhaustiva de los estudios realizados a nivel internacional. La mayoría de ellos son de

tipo prospectivo-multicéntrico, encontrándose un rango de valores variable, según se hubieran realizado en países desarrollados o en vías de desarrollo (todos africanos). Finalmente, se optó por aplicar las cifras de prevalencia contenidas en el “Mother–Baby Costing Spreadsheet” desarrollado por la el Departamento de Salud Reproductiva de la Organización Mundial de la Salud (OMS). Según dicha herramienta, la prevalencia/incidencia de las complicaciones obstétricas es:

Cuadro 20
Prevalencia/Incidencia de las complicaciones obstétricas

% de embarazos que requieren el manejo de abortos incompletos	Complicaciones del aborto	5,0%
% de partos que requieren el manejo de eclampsia	Eclampsia	0,5%
% de partos que requieren el manejo de hemorragias posparto	Hemorragia	5,0%
% de partos que requieren el manejo de sepsis puerperal	Sepsis	8,0%

Fuente: “Mother - Baby Costing Spreadsheet”. OMS/MSM.

Si se admite un total de 160.000 nacidos vivos en el año 2004 y 170.000 embarazos para el mismo año, la prevalencia de las complicaciones obstétricas sería:

Cuadro 21
Paraguay. Prevalencia/Incidencia de las complicaciones obstétricas

Tipo	Nº de eventos esperados	%	Nº
Complicaciones del aborto	170.000 embarazos	5,0%	8.500
Eclampsia	160.000 partos	0,5%	800
Hemorragia	160.000 partos	5,0%	8.000
Sepsis	160.000 partos	8,0%	12.800
TOTAL	--	--	30.100

Fuente: Elaboración propia.

Nótese que para 170.000 embarazos, 30.100 complicaciones obstétricas representan el 17,7%, siendo que como ya citó antes, la estimación conservadora es de 15% del total de embarazos.

El “Mother-Baby Costing Spreadsheet” sin embargo no permite hacer estudios de costos detallados, sino estimaciones generales. Por ejemplo las complicaciones del aborto abarcan “x” cantidad de casos que requieren tratamiento quirúrgico, “y” cantidad que requieren tratamiento antimicrobiano y “z” que requieren terapia combinada. Actualmente no se cuenta

con dicha información, que exigen la realización de estudios prospectivos no disponibles en nuestro país.

Pero se puede estimar en forma general el costo de los medicamentos e insumos para la AOE a partir de los datos del cuadro anterior.

Cuadro 22
Paraguay. Costo de medicamentos e insumos para AOE de las principales complicaciones obstétricas

Tipo	Nº de complicaciones esperadas	Costo unitario	Costo Total
Complicaciones del aborto	8.500	238.447*	2.026.799.500
Hemorragia	8.000	85.860**	686.880.000
Eclampsia	800	156.330***	125.064.000
Sepsis	12.800	710.800****	9.098.240.000
TOTAL			11.936.983.500

* Tratamiento quirúrgico de las lesiones uterinas, vaginales o intestinales Fuente: Elaboración propia.

** Tratamiento de la atonía o hipotonía uterina

*** Tratamiento de la eclampsia

**** Tratamiento de infección/sepsis

Son G. 11.936.983.500 (once mil millones novecientos treinta y seis millones novecientos ochenta y tres mil quinientos guaraníes) o su equivalente en dólares americanos 2.210.553 (dos millones doscientos diez mil quinientos cincuenta y tres dólares americanos).

Lo que representa en promedio 74 dólares por cada caso de AOE realizada.

Ante la dificultad de determinar con mayor detalle los diagnósticos y sus respectivas cantidades dentro de los cuatro grupos principales de complicaciones, se han incluido en los anexos las hojas de MS Excel donde los costos de las AOE están expresados por 100 casos para cada tratamiento costado y por su respectivo nivel de atención.

Presupuesto: Inclusión en el Presupuesto General de la Nación. Asignación del Objeto del Gasto correspondiente

En el Presupuesto General de la Nación (PGN) los medicamentos (antibióticos, anestésicos, analgésicos, etc.) y los insumos (materiales de

uso hospitalario, jeringas, guantes, etc.) se clasifican como Objetos del Gasto diferentes, correspondiéndoles el Objeto del Gasto (OG) 352 a **Productos farmacéuticos y medicinales** y el 358 **Útiles y materiales médico-quirúrgicos y de laboratorio**, respectivamente.

Se procedió a determinar para cada uno de los cuatro tratamientos seleccionados (a) su respectiva distribución porcentual en los dos grandes grupos (b), medicamentos e insumos. Luego se prorrateó por el respectivo costo total (c) y se obtuvo el monto correspondiente para

medicamentos (d) e insumos (e) de cada AOE. El resumen se aprecia en el Cuadro 23.

En concepto de medicamentos, para el Objeto del Gasto 352, deberá imputarse la suma de G. 6.663.370.785 (seis mil millones seiscientos sesenta y tres millones trescientos setenta mil setecientos ochenta y cinco guaraníes). En concepto de insumos, para el objeto del gasto 358, deberá imputarse la suma de G. 5.273.612.715 (cinco mil millones doscientos setenta y tres millones seiscientos doce mil setecientos quince guaraníes).

Cuadro 23
Paraguay. Imputación presupuestaria por Objeto del Gasto de medicamentos e insumos para AOE de las principales complicaciones obstétricas

Tipo (a)	% distribución M/I (b)	Costo Total (c)	Objeto del Gasto 352 Medicamentos (d)	Objeto del Gasto 358 Insumos (e)
Complicaciones del aborto	75/25	2.026.799.500	1.520.099.635	506.699.865
Eclampsia	54/46	686.880.000	370.915.210	315.964.790
Hemorragia	33/67	125.064.000	41.271.130	83.792.870
Sepsis	52/48	9.098.240.000	4.731.084.810	4.367.155.190
TOTAL		11.936.983.500	6.663.370.785	5.273.612.715

Fuente: Elaboración propia.

Análisis comparativo y cualitativo del costo de una mortalidad materna y de los recursos necesarios para evitar dicha muerte

Son escasas las investigaciones sistemáticas realizadas sobre el capital humano, social y económico generado para el mejoramiento de la salud materna, pero los efectos negativos de la mala salud son evidentes. Hay significativas consecuencias económicas, sociales y psicológicas debido a la morbilidad y mortalidad maternas⁴¹.

Consecuencias y costos para las madres.

La naturaleza de las complicaciones obstétri-

⁴¹ *Safe Motherhood interventions in low-income countries: an economic justification and evidence of cost effectiveness.* M. Jowett, 2004.

cas indica que las mismas pueden impactar sobre las mujeres en forma directa e indirecta. Si no se cuenta con una efectiva, universal y oportuna estrategia de apoyo a la maternidad segura, es inevitable que se produzcan costos catastróficos directos en la búsqueda de atención para el problema de salud de las embarazadas. Estos costos abarcan los gastos directos como transporte, medicamentos, aranceles, alimentación y hospedaje en el lugar de tratamiento para la mujer y sus acompañantes. Los gastos catastróficos pueden consumir rápidamente buena parte de los recursos que dispone

la familia para afrontar la situación y pueden finalmente llevarla a la pobreza. Esta posibilidad de incurrir en gastos catastróficos se constituye a menudo en un factor disuasorio para solicitar oportunamente asistencia sanitaria.

Obviamente la muerte es la consecuencia más seria para la mujer y su familia. Pero aún antes la propia enfermedad, sin que tenga un desenlace fatal, ya implica una pérdida de productividad, pudiendo esta ser más o menos permanente según el grado de incapacidad que el proceso mórbido produjo en la embarazada. Cuando se enferma, no puede seguir trabajando en el hogar o fuera de él.

Además debido a la enfermedad, la mujer sufre dolor y molestias que pueden llevar a una significativa reducción de su calidad de vida, al punto de afectar inclusive el bienestar familiar, por ejemplo en cuestiones sobre cuidado de sus hijos e hijas.

Es muy difícil cuantificar los costos de estas consecuencias.

Consecuencias y costos para los niños y niñas. La salud de las madres es un determinante fundamental de la salud de sus hijos e hijas y, por lo tanto, afecta indirectamente a la formación del capital humano. Costos económicos potenciales para hijos e hijas están asociados a la morbilidad y mortalidad materna. Debido a la muerte o a la enfermedad y la consiguiente disminución de ingresos y cuidados, hay menos dinero disponible para el cuidado de la salud, educación y mejor alimentación de la prole, que a su vez se reflejará en aumentos en los costos de atención de la salud, incremento del riesgo de muerte infantil y disminución de la nutrición y de la instrucción escolar.

El o la bebé de una mujer embarazada que está enferma o desnutrida es más propenso/a a padecer insuficiencia ponderal (bajo peso) y problemas de desarrollo en la edad adulta. Además, niños y niñas con bajo peso al nacer (con menos de 2.500 gramos) corren un mayor riesgo de morir o sufrir infecciones y retrasos de crecimiento, obtienen resultados inferiores en

las pruebas cognitivas y pueden tener mayores probabilidades de padecer enfermedades crónicas en la edad adulta.

Cuando una madre muere, el riesgo de morir de sus hijos e hijas supervivientes dentro de los dos años siguientes es entre 3 y 10 veces mayor que en el caso de los/as que viven con ambos padres. Por otra parte y en general, el impacto de la muerte del padre no suele ser tan significativo sobre la supervivencia y la educación de los hijos e hijas.

Consecuencias y costos para las familias y la sociedad. Con la muerte o enfermedad de una mujer la sociedad pierde a una integrante cuyo trabajo y cuyas actividades son esenciales para la vida y la cohesión de la familia y la comunidad.

Las madres sanas tienen más tiempo y están más disponibles para la interacción social y la creación de los vínculos que son indispensables para la formación del capital social⁴². Si bien a niños y niñas se les considera como el futuro de la sociedad, las madres son las promotoras de ese futuro. Son mucho más que meras cuidadoras y amas de casa, roles frecuentemente subvalorados. Las madres transmiten la historia cultural de las familias y comunidades, junto con sus normas sociales y tradiciones. Asimismo, influyen desde las primeras etapas en el comportamiento y establecen modos de vida que no sólo determinan el futuro desarrollo de sus hijos e hijas y la capacidad de ellos/as para gozar de buena salud, sino que además forjan las sociedades. Por esa razón, la sociedad valora la salud de sus madres y niños/as por sí sola y no meramente como contribución a la riqueza de la nación.

La morbilidad/mortalidad materna además incrementa la participación de los niños y niñas en el mercado laboral, lo cual puede resultar en enfermedad, daño y otras secuelas en ellos/as. Ante la muerte materna muchas veces la respuesta es la separación de los/as hijos e hijas, que quedan a cargo de diferentes parientes o bien

⁴² Informe sobre la Salud en el mundo. OMS, 2005.

son enviados a orfanatos, con el consiguiente deterioro de la cohesión social, además de depresión y otros trastornos psicológicos en los/as afectados/as. En último caso, todas estas consecuencias podrían tener efecto sobre la sociedad de diferentes maneras.

El presente estudio ha determinado que los costos de medicamentos e insumos para la AOE, según el tipo de complicación y su respectivo tratamiento, oscila entre 16 (dieciséis) y 132 (ciento treinta y dos) dólares, con un promedio de 74 (setenta y cuatro) dólares. Son cifras insignificantes al lado de una vida humana y las consecuencias nocivas que se producen cuando muere una madre.

Por otra parte, los costos de salarios para la atención calificada del parto (ACP) no se pueden imputar exclusivamente a las AOE, sino que forman parte, junto con las instalaciones edilicias y los equipamientos, de toda la logística que la sociedad (y más precisamente el Es-

tado) debe ofrecer a la población de embarazadas (170.000 por año estimativamente) y aún a la de mujeres en edad fértil (1.400.000 estimativamente). Si a la oferta de AOE se le adicionan los cuidados del recién nacido (Cuidados Obstétricos y Neonatales Esenciales = CONE) se debe considerar como beneficiarios directos a los y las 160.000 nacidos vivos (o al menos a los más de 100.000 que nacen en servicios de salud), y beneficiarios/as potenciales a los/as 750.000 niños y niñas menores de 5 años que viven en el país.

En otros términos, ofrecer en forma integral AOE, extiende sus efectos positivos a todo el sistema de salud, mediante el fortalecimiento de la capacidad de respuesta a las complicaciones obstétricas severas, pues al estar preparados para la resolución de los problemas complejos y potencialmente letales concomitantemente el sistema de atención está en condiciones de responder efectivamente a los problemas más simples, que a su vez son los más frecuentes.

A modo de conclusión

- En Paraguay, en 2005 se registraron 135 muertes maternas, con una TMM de 134 x 100.000 nacidos vivos, siendo la cuarta causa de muerte en mujeres de 15 a 49 años; y la primera en las de 25 a 29 años.
- El aborto, según los certificados de defunciones registrados en el Departamento de Bioestadísticas del Ministerio de Salud correspondientes al año 2005, fue la primera causa de muerte con 36 casos (26,7%), desplazando a la hemorragia al segundo lugar.
- El 81% de las muertes maternas de dicho año se debió a causas obstétricas directas. Los recursos orientados al aumento de la disponibilidad y el acceso a la información sobre los servicios de planificación familiar, al fortalecimiento de la atención prenatal, a mejorar la nutrición de la mujer y a tratar de identificar los embarazos de alto riesgo lo antes posible y realizar el seguimiento correspondiente no tienen un impacto significativo para la reducción de la mortalidad materna, pues existe abundante evidencia que demuestra que la gran mayoría de las complicaciones y muertes se presentan durante e inmediatamente después del parto y a causa de complicaciones repentinas, inevitables e inesperadas. A pesar de ello, la mayoría de las muertes maternas relacionadas con problemas obstétricos son evitables, si estas complicaciones se tratan de inmediato y de manera adecuada.
- La debilidad en la atención del parto en los establecimientos de salud es responsable de

más de la mitad de las muertes maternas, situación que no ha variado con respecto a los años anteriores. La atención calificada, se refiere al proceso en el cual el proveedor calificado posee las aptitudes necesarias y tiene el apoyo de un establecimiento propicio con los suministros, el equipo y la infraestructura adecuada, un sistema de comunicación eficaz y de referencia de pacientes, así como el transporte necesario.

- Considerando la ocurrencia, el 72% de las muertes se registró en 5 de las 18 Regiones Sanitarias: Capital, Central, San Pedro, Itaipúa y Alto Paraná.
- El Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social ha definido, aprobado y puesto en ejecución la Política Nacional de Salud 2005-2008 que plantea prioritariamente la atención a la salud integral de la mujer y propone como meta la significativa disminución de la mortalidad materna e infantil y ampliar sustantivamente la cobertura en la atención en las instituciones de salud del embarazo, parto y posparto. El instrumento conductor para dicho efecto es el Plan Nacional de Salud Sexual y Reproductiva 2003-2008.
- El Programa de Salud Sexual y Reproductiva, incluido en el presupuesto del MSPyBS desde 2002, no diferencia en forma específica los rubros a la atención del embarazo, el parto y el puerperio de la población bajo responsabilidad del Ministerio de Salud. Asimismo, no se conocen documentos públicos que informen sobre el gasto asignado a dichas prestaciones de salud.
- Actualmente no es posible determinar el volumen de recursos públicos que se asignan vía presupuesto para la implementación de una política específica de disminución de la mortalidad materna, en un marco más amplio que promueva la salud materna.
- La inversión social en el Paraguay ha ido en ascenso en los últimos años, aunque dista mucho aún del nivel necesario. En el año 2005, el país invirtió 674 millones de dólares

en programas sociales. Para el año 2007, el proyecto de Presupuesto General de la Nación enviado por el Poder Ejecutivo al Parlamento Nacional prevé una cifra cercana al 9% del PIB a ser destinada a la Inversión Social, siendo que en el MERCOSUR dicha cifra se acercará al 19% del PIB y en la Unión Europea se podría superar el 27% del PIB.

- En Paraguay, el Gasto Público en Salud, ha pasado de un 0,3% en 1990 a un 3,4% en 2004 en su participación en el PIB, siendo que dentro del gobierno central, salud paso de representar un 2,8% en 1990 a un 6,3% en 2004. En ese año, se estimaba que el gasto público en salud era de 28,6 U\$S per cápita.
- La ejecución presupuestaria promedio entre los años 1999-2005 es del 77% de la previsión presupuestaria, siendo el nivel más bajo el observado en el año 1999 con el 65,2%, y el nivel más alto de ejecución en el 2002 con el 84,6%.
- Con respecto a la estrategia de CONE, el “Monitoreo sobre la disponibilidad y utilización de servicios con Cuidados Obstétricos y Neonatales Esenciales en los Establecimientos de salud del Paraguay”, de marzo de 2006, revela que existe una distribución inadecuada. Se visualiza una concentración de establecimientos que ofrecen los CONE Integrales en el Área Metropolitana, con una sobre oferta de CONE, con 10 establecimientos para 2.000.000 de habitantes (4 son suficientes), en tanto que el resto del país tiene una sub oferta de CONE Integrales con 3 establecimientos para cerca de 4.000.000 de habitantes (se necesitan 5 más).
- Con respecto a los CONE Básicos, la oferta esperada es de 48 establecimientos, pero el citado estudio demuestra que el MSPyBS sólo ofrece dicho servicio en 4 establecimientos.
- En el país existe escasa información fidedigna sobre la frecuencia de la morbilidad materna, lo cual constituye una limitante seria para poder determinar con precisión la prevalencia e incidencia de las complicaciones

- obstétricas severas por causas, gravedad y nivel de atención.
- Aplicando las cifras de prevalencia contenidas en el “Mother-Baby Costing Spreadsheet” desarrollado por el Departamento de Salud Reproductiva de la Organización Mundial de la Salud, se pudo estimar en 30.100 las posibles complicaciones obstétricas para 170.000 embarazos, distribuidas en 8.500 complicaciones del aborto, 8.000 eventos hemorrágicos, 800 de eclampsia y 12.800 de sepsis.
 - Los costos de medicamentos e insumos para la AOE de estas complicaciones, representan G. 11.936.983.500 (once mil millones novecientos treinta y seis millones novecientos ochenta y tres mil quinientos guaraníes).
 - Si lo expresamos en dólares americanos serían 2.210.553 (dos millones doscientos diez mil quinientos cincuenta y tres dólares americanos). Lo que representa en promedio 74 dólares por cada caso de AOE realizada. El Banco Mundial ha determinado que las intervenciones costo efectivas para reducir la mortalidad materna son inferiores a 100 dólares por AVAD (años de vida ajustados en función a la discapacidad).
 - Con respecto a la imputación en el Presupuesto General de la Nación, en concepto de medicamentos, para el objeto del gasto 352, deberá imputarse la suma de G. 6.663.370.785 (seis mil millones seiscientos sesenta y tres millones trescientos setenta mil setecientos ochenta y cinco guaraníes).
 - A su vez, en concepto de insumos, para el objeto del gasto 358, deberá imputarse la suma de G. 5.273.612.715 (cinco mil millones doscientos setenta y tres millones seiscientos doce mil setecientos quince guaraníes).
 - La morbilidad y la mortalidad maternas generan consecuencias nocivas sobre la propia mujer, su descendencia, su familia y la comunidad. Los efectos son económicos, psicológicos y sociales. El costo de evitar una muerte materna o una secuela dolorosa y prolongada es muy bajo en términos absolutos y relativos, en comparación con los beneficios tangibles e intangibles, que aporta una madre sana, en pleno ejercicio de sus facultades y derechos. Sin embargo, es menester tener presente que la salud materna no se reduce a la mera ausencia de enfermedad, ni al acceso a métodos efectivos y seguros de regulación de la fecundidad, al acceso a los cuidados prenatales y a servicios de atención del parto de buena calidad, sino que es además resultado de diversas condiciones sociales como por ejemplo: una mejor nutrición, mejores condiciones habitacionales y de trabajo, oportunidad de acceder a un mejor nivel de educación con la consecuente mayor capacidad de decisión, negociación y autodeterminación en las decisiones que afectan su propia salud sexual y reproductiva, al empoderamiento que resulta de su mejor educación y que facilita su participación política en todos los niveles, etc.
 - La inversión social orientada a la promoción de la maternidad segura, además de los efectos directos sobre la salud materna, al disminuir las desigualdades en el acceso, contribuye a mitigar la pobreza y a redistribuir los ingresos en los lugares donde la población de escasos recursos es mayoritaria.
 - Pero, además, la inversión en maternidad segura multiplica sus efectos positivos a todo el sistema de atención, pues fortalece en su conjunto la capacidad resolutoria de la red de establecimientos de salud.

Recomendaciones

- Es necesario a los efectos de medición, evaluación y comparación que el presupuesto destinado a la Atención Obstétrica de Emergencia se distinga claramente dentro del presupuesto del Programa de Salud Sexual y Reproductiva del MSPyBS.
 - Deben realizarse estudios prospectivos multicéntricos que permitan conocer la real prevalencia e incidencia de las complicaciones obstétricas, especialmente las severas, de forma tal a poder asignar los recursos presupuestarios con mayor precisión, según las causas biológicas que originan dichas complicaciones.
 - Es necesario también determinar, dentro de dichos estudios prospectivos, la incidencia y prevalencia de las complicaciones, considerando el nivel de atención donde son ofrecidos los servicios, a fin de racionalizar a través de un eficiente sistema de logística, la distribución de los medicamentos e insumos para AOE, con la consiguiente eficiencia y economía en la adquisición de los mismos.
 - Deben extremarse los esfuerzos actualmente en curso, para fortalecer el Sistema de In-
- formación del MSPyBS, a los efectos de lograr una mayor precisión, fiabilidad, oportunidad y coherencia al momento de realizar los análisis de los datos que se generan a partir de las actividades realizadas y eventos ocurridos.
- Especial énfasis debe darse para alcanzar un sistema homogéneo de recopilación de datos sobre morbilidad materna y las emergencias obstétricas en todas las 18 Regiones Sanitarias del país.
 - El fortalecimiento de la provisión de medicamentos e insumos para AOE no debe producirse en un contexto aislado de los demás componentes que hacen a la atención calificada del parto: disponibilidad de personal calificado las 24 horas de los 365 días del año, infraestructura edilicia adecuada, equipamiento suficiente, sistemas efectivos de referencia y contra referencia, acompañados de una gestión eficiente, con reducción de las barreras económicas para la población más pobre, dentro de un ambiente de respeto a las creencias y a los derechos de las mujeres.

Bibliografía

- Borghi J. et al. "Mobilising financial resources for maternal health. The Lancet Maternal Survival Series". Año 2006. <http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140673606693835/fulltext?iseop=true> (en línea, 17/08/2006).
- Campbel O. et al. *Strategies for reducing maternal mortality: getting on with what works*. The Lancet Maternal Survival Series. Año 2006. <http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140673606693811/fulltext> (en línea, 18/08/2007).
- Castañeda M. et al. *La mortalidad materna, un problema sin resolver*. Año 2002. http://www.siyanda.org/docs/muerte_%20materna.pdf (en línea, 22/04/2007).
- CEPEP: *Encuesta Nacional de Demografía y Salud Sexual y Reproductiva 2004. Informe Final*. Asunción, 2005.
- Comisión Nacional de Vigilancia Epidemiológica de la Salud y la Mortalidad Materna: *Informe año 2002*. Asunción, 2003.
- Comisión Nacional de Vigilancia Epidemiológica de la Salud y la Mortalidad Materna: *Informe año 2003*. Asunción, 2004.
- Comisión Nacional de Vigilancia Epidemiológica de la Salud y la Mortalidad Materna: *Informe año 2004*. Asunción, 2005.
- Comisión Nacional de Vigilancia Epidemiológica de la Salud y Morbilidad Materna y Neonatal: *Informe año 2005*. Asunción, 2006.
- DGEEC: *Encuesta Permanente de Hogares. Año 2005*. Asunción, 2006.
- Días Echeverría D. et al: *Muerte Materna y Presupuesto Público*. Fundar, Centro de Análisis e Investigación, México DF. 2005
- Domínguez, A. et al: *Salud y aborto en la Argentina, de las propuestas a los hechos*. Córdoba, 2004.
- Engender Health and Mailman School of Public Health. Columbia University. *Quality Improvement for Emergency Obstetric Care*. New York, 2003.
- Federación Internacional de Planificación de la Familia (IPPF). Carta de IPPF. *Carta sobre Derechos Sexuales y de Procreación*. Año 1995. http://www2.hu-berlin.de/sexology/ECS5/ippf_carta.html (en línea, 03/05/2007).
- Gülmezoglu et al. "WHO systematic review of maternal mortality and morbidity: methodological issues and challenges". BioMed Central. Año 2004. <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=481067> (en línea, 18/08/2007).
- Jowett M. *Safe Motherhood interventions in low-income countries: an economic justification and evidence of cost effectiveness*. Año 2004 <http://www.york.ac.uk/inst/che/pdf/DP181.pdf> (en línea, 10/08/2007)
- Maine, D. et al. *Diseño y evaluación de programas para la mortalidad materna. Centro para la población y salud familiar*. Nueva York, 1997.
- Maine, D. et al. *Guidelines for Monitoring the Availability and Use of Obstetric Care*. UNICEF/WHO. New York, 1997.
- Mantel Gd. Et al. *Severe acute maternal morbidity: a pilot study of a definition for a near-miss*. British Journal of Obstetrics and Gynaecology. Año 1998 http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?cmd=retrieve&db=pubmed&list_uids=9763050&dopt=Abstract (en línea, 16/08/2007).
- Ministerio de Hacienda. *Catálogo de Bienes y Servicios del Ministerio de Hacienda*. Asunción, 2006.
- MSPyBS: *Organización de los Servicios de Salud en el marco de la Reforma Sectorial*. Asunción, 1998.
- MSPyBS: *Emergencias Obstétricas y Neonatales, Normas y Procedimientos*. Asunción, 2002.
- MSPyBS: *Plan Nacional de Salud Sexual y Reproductiva 2003-2008*. Asunción, 2003.

- MSPyBS. Indicadores de Mortalidad. Departamento de Bioestadística. Asunción, años 1996 a 2005.
- MSPyBS. *Guía de Vigilancia Epidemiológica de la Salud y la Morbimortalidad Materna y Neonatal*. Asunción, 2005.
- MSPyBS: *Monitoreo sobre la disponibilidad y utilización de servicios con Cuidados Obstétricos y Neonatales Esenciales (CONE) en los Establecimientos de salud del Paraguay*. Asunción, 2006.
- MSPyBS/CENDER/RED CIDEM: *Investigación sobre Mortalidad Materna y sus Consecuencias Familiares y Sociales*. Asunción, 2003.
- MSPyBS/OPS: *Cuentas Nacionales de Salud*. Asunción, 2005.
- OMS. *Beyond the numbers. Reviewing maternal deaths and complications to make pregnancy safer*. Año 2004 <http://www.who.int/reproductive-health/publications/btn/> (en línea, 04/05/2007).
- OMS. *Informe sobre la Salud en el Mundo 2005*. Año 2006. <http://www.who.int/whr/2005/es/index.html> (en línea, 19/08/2007).
- OMS, UNFPA, UNICEF. *Guías para monitorear la disponibilidad y la utilización de los servicios obstétricos*. Nueva York, 1997.
- OMS, UNFPA, UNICEF y Banco Mundial. *Manejo de las complicaciones del embarazo y el parto: Guía para obstetras y médicos (IMPAC)*. Año 2002. http://www.who.int/reproductive-health/publications/mcpc/mcpc_sp.pdf (en línea, 11/06/2007).
- ONU. *Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo. Salud de la Mujer y la Maternidad sin riesgos*. Año 1994. http://www.unfpa.org/spanish/icpd/icpd_poa.htm (en línea, 24/04/2007).
- ONU. *Cuarta Conferencia Mundial Sobre la Mujer. Declaración y Plataforma de Acción de Beijing*. Año 1995. <http://www.un.org/esa/gopher-data/conf/fwcw/off/platesp/9520p1.sp> (en línea, 24/04/2007).
- Parlamento Nacional. *Ley del Presupuesto General de Gastos de la Nación*. Asunción, 2006.
- PNUD, UNFPA, UNICEF. *Proyecto Gasto Social, El Gasto Social en el Anteproyecto de Presupuesto 2007*. Asunción, 2006.
- Sistema de las Naciones Unidas en Paraguay. *Objetivos de Desarrollo del Milenio. Informe de Paraguay*. Asunción, 2003.
- Soto, Clyde. *El aborto como causa de muerte en mujeres del Paraguay*. Asunción, 2004.
- UNFPA. *Mortalidad Materna, Actualización 2002. En especial atención obstétrica de emergencia*. Año 2003. www.unfpa.org/upload/lib_pub_file/309_filename_mmupdate_2002_spa.pdf (en línea 13/07/2007).
- UNFPA. *Mortalidad Materna. Actualización 2004. El parto en buenas manos*. 2004. http://www.unfpa.org/upload/lib_pub_file/377_filename_mmupdate05_spa.pdf (en línea, 24/06/2007).
- UNFPA. *Beijing at Ten: UNFPA's Commitment to the Platform for Action*. Año 2005. http://www.unfpa.org/upload/lib_pub_file/368_filename_beijing-at-ten.pdf (en línea, 29/06/2007).
- UNFPA. *Informe Anual 2005*. Año 2006. <http://www.unfpa.org/about/report/2005/spanish/> (en línea, 13/07/2007).
- UNFPA&The Alan Guttmacher Institute. "Adding it up: The benefits of investing in Sexual and Reproductive Health Care". 2003 <http://www.guttmacher.org/pubs/covers/addingitup.html> (en línea, 13/07/2007).
- Waterstone, M. et al. *Incidence and predictors of severe obstetric morbidity: case-control study*. BMJ 2001; 322:1089-1094 www.bmj.com/cgi/content/full/322/7294/1089 (en línea, 17/08/2007).



III Parte

Anexos

CUADRO 32
MORTALIDAD MATERNA POR CAUSAS SEGÚN AÑOS
PARAGUAY (TASA REGISTRADA x 100.000 NACIDOS VIVOS)

CAUSAS	1996		1997		1998		1999		2000		2001		2002		2003	
	Nº	TASA	Nº	TASA	Nº	TASA	Nº	TASA	Nº	TASA	Nº	TASA	Nº	TASA	Nº	TASA
1. Aborto	34	38,5	25	28,3	16	18,5	23	25,6	35	40,7	32	38,4	39	43,3	36	41,5
2. Toxemia	23	26,0	15	17,0	23	26,6	21	23,3	37	43,0	20	24,0	27	30,0	32	36,9
3. Hemorragia	21	23,8	27	30,5	25	28,9	28	31,1	22	25,6	33	39,6	48	53,3	28	32,3
4. Sepsis	10	11,3	7	7,9	12	13,9	11	12,2	15	17,4	22	26,4	19	21,1	16	18,4
5. Tétanos Obstétrico	0	0,0	1	1,1	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
6. Sida	0	0,0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	2,4	0	0,0	0	0,0
7. Otras Compl. Emb.Parto y Puerperio	21	23,8	15	17,0	20	23,1	20	22,2	32	37,2	25	30,0	31	34,4	39	45,0
TOTAL GENERAL	109	123,3	90	101,8	96	110,9	103	114,4	141	164	134	160,7	164	182,1	151	174,1

Nacidos vivos en el año 1996 = 88438
Nacidos vivos en el año 1998 = 86596
Nacidos vivos en el año 2000 = 86000
Nacidos vivos en el año 1997 = 88422

Nacidos vivos en el año 1999 = 90007
Nacidos vivos en el año 2001 = 83400
Nacidos vivos en el año 2002 = 90085
Nacidos vivos en el año 2003 = 86739

Fuente: Indicadores de Mortalidad. Departamento de Bioestadística MSPyBS.

TOTAL DE PARTOS POR ESTABLECIMIENTOS - AÑO 2005

	código estab.	nombre establecimiento	tipo estab.	nº camas	partos del área	partos fuera área	alto riesgo médico	alto riesgo obstetra	bajo riesgo médico	bajo riesgo obstetra	bajo riesgo auxiliar	TOTAL partos	% Acumulado	
1	204	San Pablo	H.E	45	461	3137	1458	20	2023	97	0	3598	6,19%	6,19%
2	245	Hospital Nacional de Itauguá	H.E	88	2929	0	954	0	1975	0	0	2929	5,04%	11,24%
3	215	Cruz Roja Paraguaya	H.E	49	2750	0	1301	0	1449	0	0	2750	4,73%	15,97%
4	101	Encarnación	H.R	25	1180	1192	960	0	0	1412	0	2372	4,08%	20,06%
5	101	San Lorenzo	H.R	21	1354	970	56	20	572	1676	0	2324	4,00%	24,06%
6	203	Trinidad	H.E	24	587	1451	840	37	190	971	0	2038	3,51%	27,57%
7	201	Barrio Obrero	H.E	26	399	1478	796	0	0	1081	0	1877	3,23%	30,80%
8	101	Coronel Oviedo	H.R	23	1055	446	435	0	0	1066	0	1501	2,58%	33,38%
9	101	Villarica	H.R	25	723	777	604	0	44	848	4	1500	2,58%	35,96%
10	205	Lambare	H.D	19	1093	304	164	155	351	727	0	1397	2,41%	38,37%
11	222	Capitá	H.D	13	1101	291	0	0	314	1078	0	1392	2,40%	40,77%
12	101	Caacupé	H.R	15	542	703	338	0	0	907	0	1245	2,14%	42,91%
13	201	Caaguazú	C.S	14	899	294	537	0	0	656	0	1193	2,05%	44,96%
14	237	Nemby	C.S	15	892	300	0	0	292	900	0	1192	2,05%	47,01%
15	101	Paraguarí	H.R	21	294	875	130	121	286	632	0	1169	2,01%	49,03%
16	101	Concepción	H.R	19	534	627	278	0	8	875	0	1161	2,00%	51,03%
17	223	Fernando de la Mora	H.D	21	606	518	0	0	461	663	0	1124	1,94%	52,96%
18	201	San Estanislao	H.D	12	449	670	453	13	117	430	106	1119	1,93%	54,89%
19	101	Pedro Juan Caballero	H.R	15	972	124	263	0	0	833	0	1096	1,89%	56,77%
20	236	Mariano Roque Alonso	H.D	20	729	350	1	1	366	711	0	1079	1,86%	58,63%
21	101	Ciudad del Este	H.R	20	728	176	407	0	0	497	0	904	1,56%	60,19%
22	210	Hospital Loma Pytá	H.E	10	198	701	319	0	580	0	0	899	1,55%	61,74%
23	229	Limpio	H.D	6	692	149	196	73	96	476	0	841	1,45%	63,18%
24	225	Luque	C.S	8	638	64	80	13	13	596	0	702	1,21%	64,39%
25	204	Presidente Franco	H.D	12	409	291	226	0	12	462	0	700	1,21%	65,60%
26	202	Hernandarias	H.D	15	500	195	321	0	0	374	0	695	1,20%	66,79%
27	101	Caazapá	H.R	10	126	533	219	0	0	440	0	659	1,13%	67,93%
28	206	San Juan Nepomuceno	C.S	7	336	249	132	179	0	0	274	585	1,01%	68,94%
29	101	Pilar	H.R	10	339	219	147	1	0	308	102	558	0,96%	69,90%

cont.>

cont. >

	código estab.	nombre establecimiento	tipo estab.	n° camas	partos del área	partos fuera área	alto riesgo médico	alto riesgo obstetra	bajo riesgo médico	bajo riesgo obstetra	bajo riesgo auxiliar	TOTAL partos	% Acumulado	
30	201	Minga Guazú	H.D	11	308	157	158	0	0	307	0	465	0,80%	70,70%
31	101	San Pedro	H.R	13	380	69	136	0	21	96	196	449	0,77%	71,47%
32	209	Sta. Rosa del Aguaray	C.S	3	248	124	104	4	16	93	155	372	0,64%	72,11%
33	201	Curuguaty	H.D	3	264	102	120	75	2	169	0	366	0,63%	72,74%
34	101	Salto del Guairá	H.R	10	115	250	159	0	1	150	55	365	0,63%	73,37%
35	207	Natalio	H.D	10	194	159	130	0	0	0	223	353	0,61%	73,98%
36	212	Tomás Romero Pereira (Triunfo Km.43)	C.S	3	210	134	61	18	0	248	17	344	0,59%	74,57%
37	203	Eusebio Ayala	H.D	8	212	121	1	41	7	284	0	333	0,57%	75,14%
38	202	San Ignacio	H.D	4	249	76	94	1	4	111	115	325	0,56%	75,70%
39	208	Capiibary	C.S	4	290	23	59	0	0	254	0	313	0,54%	76,24%
40	209	Tobati	H.D	4	303	8	25	49	33	204	0	311	0,54%	76,78%
41	205	Dr. Juan Manuel Frutos	C.S	3	234	74	105	4	7	192	0	308	0,53%	77,31%
42	221	Itá	C.S	7	278	27	7	34	7	257	0	305	0,53%	77,83%
43	203	Santa Rosa	H.D	6	239	64	97	0	15	10	181	303	0,52%	78,35%
44	218	Quiindy	C.S	3	235	68	66	156	20	61	0	303	0,52%	78,88%
45	219	Itauguá	C.S	4	281	21	5	0	1	296	0	302	0,52%	79,40%
46	319	Santa Rita	H.D	6	156	145	138	4	10	149	0	301	0,52%	79,91%
47	215	Carapeguá	H.D	5	262	33	46	45	32	172	0	295	0,51%	80,42%
48	220	Ybycui	H.D	6	239	47	24	129	0	120	13	286	0,49%	80,91%
49	203	Coronel Bogado	H.D	4	197	88	138	0	2	140	5	285	0,49%	81,40%
50	211	Altos	H.D	6	191	83	37	68	65	96	8	274	0,47%	81,88%
51	201	Horqueta	H.D	6	125	145	46	0	0	99	125	270	0,46%	82,34%
52	208	Mayor Otaño	C.S	6	178	85	28	0	0	233	2	263	0,45%	82,79%
53	101	San Juan Bautista	H.R	6	186	73	111	8	32	72	36	259	0,45%	83,24%
54	201	Ayolas	C.S	3	235	20	52	34	0	18	151	255	0,44%	83,68%
55	207	Choré	C.S	3	241	7	37	71	25	111	4	248	0,43%	84,11%
56	206	Repatriación	C.S	3	144	73	110	7	0	72	28	217	0,37%	84,48%
57	203	Colonia Independencia	H.D	7	87	121	48	3	0	78	79	208	0,36%	84,84%
58	979	Mcal. Estigarribia	PS	6	191	16	126	0	0	0	81	207	0,36%	85,19%
59	231	Guarambaré	C.S	4	116	80	4	11	0	181	0	196	0,34%	85,53%
60	331	Villa Choferes del Chaco	C.S	3	122	68	1	0	0	0	189	190	0,33%	85,86%
61	208	Yuty	C.S	3	182	6	14	0	0	0	174	188	0,32%	86,18%
62	206	San Pedro del Paraná	C.S	2	156	26	20	2	0	58	102	182	0,31%	86,50%
63	201	Capitán Bado	H.D	2	177	5	41	19	28	94	0	182	0,31%	86,81%
64	208	Yhu	C.S	4	138	38	33	7	0	136	0	176	0,30%	87,11%
65	326	Vaquería	PS	3	94	81	66	35	30	36	8	175	0,30%	87,41%
66	233	Areguá	C.S	4	167	8	0	9	0	164	2	175	0,30%	87,71%
67	201	Arroyos y Esteros	C.S	5	165	7	3	91	0	0	78	172	0,30%	88,01%
68	203	San José de los Arroyos	C.S	3	155	12	49	0	0	118	0	167	0,29%	88,30%
69	205	Juan E. O'Leary	C.S	3	88	77	0	0	0	22	143	165	0,28%	88,58%
70	206	Piribebuy	C.S	2	162	0	0	27	0	120	15	162	0,28%	88,86%
71	239	San Antonio	C.S	6	148	12	1	12	1	145	1	160	0,28%	89,14%
72	332	Vallemi	C.S	2	95	57	28	0	1	0	123	152	0,26%	89,40%
73	315	Clinica Virgen de Caacupé	PS	3	119	31	0	3	11	108	28	150	0,26%	89,66%
74	203	Yby Yau	C.S	2	72	74	2	0	5	0	139	146	0,25%	89,91%
75	210	Fram	C.S	3	95	51	56	0	0	90	0	146	0,25%	90,16%
76	322	Ypané	C.S	3	122	20	0	0	0	142	0	142	0,24%	90,40%
77	202	Bella Vista	H.D	4	124	16	0	34	14	92	0	140	0,24%	90,64%
78	219	Yaguarón	C.S	4	132	0	0	5	0	127	0	132	0,23%	90,87%
79	204	Gral. Aquino	C.S	3	121	4	33	0	0	0	92	125	0,22%	91,09%
80	220	Ypacarai	C.S	4	83	37	0	3	0	117	0	120	0,21%	91,29%
81	232	Villeta	C.S	4	107	3	0	21	0	89	0	110	0,19%	91,48%
82	211	Yatyty	C.S	2	88	17	0	3	0	100	2	105	0,18%	91,66%
83	213	Acahay	C.S	4	97	1	0	28	0	70	0	98	0,17%	91,83%
84	202	Paso Yobai	C.S	3	96	0	0	2	0	37	57	96	0,17%	92,00%
85	227	Alberdi	H.D	6	85	11	0	0	0	64	32	96	0,17%	92,16%

cont. >

cont. >

	código estab.	nombre establecimiento	tipo estab.	nº camas	partos del área	partos fuera área	alto riesgo médico	alto riesgo obstetra	bajo riesgo médico	bajo riesgo obstetra	bajo riesgo auxiliar	TOTAL partos	% Acumulado	
86	203	Itacurubí del Rosario	C.S	3	80	12	11	0	0	15	66	92	0,16%	92,32%
87	327	Raúl A. Oviedo	PS	2	83	9	0	2	0	85	5	92	0,16%	92,48%
88	202	Carmen del Paraná	C.S	4	81	11	38	0	0	54	0	92	0,16%	92,64%
89	202	Loreto	C.S	3	67	16	3	5	2	0	73	83	0,14%	92,78%
90	203	Katueté	C.S	2	46	36	37	0	13	12	20	82	0,14%	92,92%
91	222	La Colmena	C.S	4	25	53	0	0	0	78	0	78	0,13%	93,06%
92	203	Juan León Mallorquin	C.S	3	72	6	0	5	0	73	0	78	0,13%	93,19%
93	101	Fuerte Olimpo	H.R	4	78	0	0	0	0	0	78	78	0,13%	93,33%
94	205	Villa del Rosario	C.S	5	76	0	0	24	0	4	48	76	0,13%	93,46%
95	204	Iturbe	C.S	4	51	25	0	11	0	0	65	76	0,13%	93,59%
96	228	Villa Elisa	C.S	6	57	16	0	0	0	73	0	73	0,13%	93,71%
97	340	San Agustín	PS	2	45	27	0	2	0	8	62	72	0,12%	93,84%
98	202	Caraguatay	C.S	3	67	3	0	2	0	27	41	70	0,12%	93,96%
99	210	Mauricio José Troche	C.S	2	36	32	0	0	0	31	37	68	0,12%	94,07%
100	217	Pirayú	C.S	3	66	1	0	29	0	38	0	67	0,12%	94,19%
101	235	Nueva Italia	C.S	4	62	3	0	0	0	65	0	65	0,11%	94,30%
102	204	Itacurubí de la Cordillera	C.S	6	60	2	0	6	0	56	0	62	0,11%	94,41%
103	301	Nueva Germania	PS	2	49	11	0	1	0	0	59	60	0,10%	94,51%
104	303	Bella Vista	PS	6	55	1	0	0	0	56	0	56	0,10%	94,61%
105	307	Paso Barreto	PS	3	50	4	0	0	0	0	54	54	0,09%	94,70%
106	346	Juan XXIII	PS	4	45	9	0	0	0	0	54	54	0,09%	94,79%
107	224	Quyquyhó	C.S	2	47	6	0	0	0	21	32	53	0,09%	94,88%
108	204	Belén	C.S	3	47	5	0	0	0	0	52	52	0,09%	94,97%
109	319	Emboscada	C.S	2	50	1	0	31	0	18	2	51	0,09%	95,06%
110	207	San Bernardino	C.S	2	50	1	0	22	0	26	3	51	0,09%	95,15%
111	209	San Rosa del Mbutuy (J.R. Chaves)	C.S	3	42	9	0	9	0	42	0	51	0,09%	95,24%
112	304	Colonia Yguazú	C.S	2	42	9	0	0	0	51	0	51	0,09%	95,33%
113	206	Santa Rosa del Monday	C.S	3	34	16	20	0	4	22	4	50	0,09%	95,41%
114	202	Lima	C.S	2	47	2	0	5	0	14	30	49	0,08%	95,50%
115	306	Padre Guido Coronel (Gleba 2)	C.S	2	48	1	2	0	0	0	47	49	0,08%	95,58%
116	321	C.S. Nº 12 Valerio Fernández	C.S	10	16	32	0	0	5	43	0	48	0,08%	95,66%
117	501	Asen. Arroyito Nucleo 3	PS	3	39	8	0	0	0	0	47	47	0,08%	95,74%
118	518	Arapyajú 1	A.C	2	42	4	0	0	0	0	46	46	0,08%	95,82%
119	212	Isla Pucú	C.S	3	42	3	1	11	0	0	33	45	0,08%	95,90%
120	201	Capitán Meza	C.S	2	45	0	0	0	0	2	43	45	0,08%	95,98%
121	309	Gral. Eugenio A. Garay	C.S	4	41	3	0	1	0	28	15	44	0,08%	96,05%
122	310	Juan de Mena	C.S	3	43	0	0	22	0	0	21	43	0,07%	96,13%
123	204	General Artigas	C.S	2	39	4	0	1	0	42	0	43	0,07%	96,20%
124	205	Santiago	C.S	2	43	0	1	4	0	0	38	43	0,07%	96,28%
125	311	Ita Pirú	PS	3	42	0	0	12	0	0	30	42	0,07%	96,35%
126	211	Itapé	C.S	3	40	2	0	2	0	1	39	42	0,07%	96,42%
127	327	Yypé	PS	4	31	8	0	0	0	0	39	39	0,07%	96,49%
128	210	Atyrá	C.S	2	35	3	0	4	0	31	3	38	0,07%	96,55%
129	306	Valenzuela	C.S	3	37	1	0	1	0	0	37	38	0,07%	96,62%
130	326	Pastoral Pastoreo	PS	2	24	13	0	0	0	0	37	37	0,06%	96,68%
131	317	Materno Infantil Santa Ana	C.S	5	34	3	0	2	0	35	0	37	0,06%	96,75%
132	312	San José Obrero	C.S	2	31	5	0	4	2	30	0	36	0,06%	96,81%
133	325	Boquerón	PS	2	27	9	0	0	0	0	36	36	0,06%	96,87%
134	327	Nueva Fortuna	PS	1	36	0	0	0	0	0	36	36	0,06%	96,93%
135	207	Yegros	C.S	2	29	6	0	0	0	0	35	35	0,06%	96,99%
136	225	Caapucú	C.S	2	28	6	0	0	0	8	26	34	0,06%	97,05%
137	313	Col. José Félix Lopéz	PS	4	28	5	0	0	0	0	33	33	0,06%	97,11%
138	209	José Fassardi	C.S	2	30	2	0	1	0	2	29	32	0,06%	97,16%
139	221	Sapucaí	C.S	2	25	7	0	9	0	15	8	32	0,06%	97,22%

cont. >

cont. >

código estab.	nombre establecimiento	tipo estab.	n° camas	partos del área	partos fuera área	alto riesgo médico	alto riesgo obstetra	bajo riesgo médico	bajo riesgo obstetra	bajo riesgo auxiliar	TOTAL partos	% Acumulado		
140	303	Las Mercedes	PS	1	8	23	0	0	0	31	31	0,05%	97,27%	
141	329	3 de Noviembre	PS	2	29	1	0	0	2	28	30	0,05%	97,32%	
142	210	J. Eulogio Estigarribia (Campo 9)	C.S	4	23	7	1	0	2	11	30	0,05%	97,37%	
143	524	Luz Bella	A.C	2	29	0	0	0	0	29	29	0,05%	97,42%	
144	346	Pireca	PS	2	14	15	0	0	0	29	29	0,05%	97,47%	
145	207	Nueva Londres	C.S	2	22	7	0	1	0	17	29	0,05%	97,52%	
146	306	Puerto Antequera	PS	3	28	0	0	0	0	28	28	0,05%	97,57%	
147	318	Nueva Colombia	PS	2	22	6	0	0	0	28	28	0,05%	97,62%	
148	214	Avai	C.S	4	27	1	0	14	0	14	28	0,05%	97,67%	
149	207	San Miguel	C.S	2	27	1	2	0	0	3	23	0,05%	97,72%	
150	204	Yabeyby	C.S	2	21	7	0	0	1	0	27	0,05%	97,77%	
151	209	General Delgado	C.S	3	25	1	0	1	0	0	25	0,04%	97,81%	
152	205	Obligado	C.S	3	12	14	0	0	0	11	26	0,04%	97,85%	
153	512	Kororo-I	PS	2	25	0	0	0	0	25	25	0,04%	97,90%	
154	305	Zeballos Cué	C.S	3	22	3	0	0	0	25	25	0,04%	97,94%	
155	208	Sta. Elena	C.S	3	24	0	0	0	0	24	24	0,04%	97,98%	
156	308	San Lorenzo	PS	2	24	0	0	0	0	24	24	0,04%	98,02%	
157	307	Mbacayaty del Yhaguy	C.S	3	23	0	0	0	0	22	23	0,04%	98,06%	
158	318	Mbuyapey	PS	2	23	0	0	20	0	1	2	23	0,04%	98,10%
159	202	Puente Kyjhá "Dr. Oscar Servin"	C.S	4	22	1	0	2	0	21	23	0,04%	98,14%	
160	528	Ara Verá	A.C	2	21	1	0	0	0	0	22	0,04%	98,18%	
161	202	Cecilio Báez	C.S	2	18	4	0	2	0	0	20	0,04%	98,22%	
162	306	San Cosme y Damián	PS	2	22	0	0	1	0	0	21	0,04%	98,26%	
163	206	Villa Florida	C.S	1	19	3	0	2	2	10	8	22	0,04%	98,29%
164	304	Correa Ruguá	PS	3	14	7	0	0	0	3	18	21	0,04%	98,33%
165	209	Santa María	C.S	2	20	1	0	1	0	5	15	21	0,04%	98,37%
166	316	Ybyrarobaná Cruce (Bernardino Caballero)	PS	5	21	0	0	0	0	0	21	21	0,04%	98,40%
167	302	San Pablo	PS	3	17	3	0	0	0	0	20	20	0,03%	98,44%
168	232	San Ygnacio (Calle 13)	PS	2	15	4	0	0	0	3	16	19	0,03%	98,47%
169	308	Loma Grande	PS	1	16	3	0	2	0	5	12	19	0,03%	98,50%
170	226	San Roque González de Sta.Cruz	C.S	3	19	0	0	12	0	7	0	19	0,03%	98,53%
171	329	Manduará	PS	2	19	0	0	0	0	0	19	19	0,03%	98,57%
172	548	Callejón San Antonio	PS	1	10	8	0	0	0	0	18	18	0,03%	98,60%
173	228	Cerrito	C.S	2	17	1	0	0	0	8	10	18	0,03%	98,63%
174	338	Potrero Arce	PS	2	15	2	0	15	0	2	0	17	0,03%	98,66%
175	312	Tacuará	PS	1	14	3	0	0	0	0	17	17	0,03%	98,69%
176	303	Primero de Marzo	C.S	2	14	2	0	4	0	0	12	16	0,03%	98,72%
177	310	Yasy Cañy	PS	2	15	1	0	0	2	0	14	16	0,03%	98,74%
178	307	Laureles	PS	2	10	5	0	0	5	0	10	15	0,03%	98,77%
179	508	Estrellita	A.C	1	14	0	0	0	0	0	14	14	0,02%	98,79%
180	356	Valle Pé	PS	2	12	2	0	0	0	0	14	14	0,02%	98,82%
181	307	Yataity	PS	2	13	1	0	0	0	0	14	14	0,02%	98,84%
182	316	Edelira (Km. 21)	PS	3	11	3	0	0	0	0	14	14	0,02%	98,87%
183	354	Toryvete	PS	1	13	1	0	0	0	0	14	14	0,02%	98,89%
184	322	San Juan Bautista Ñeembucu	PS	4	7	7	0	0	0	0	14	14	0,02%	98,91%
185	330	Koe Porá	PS	2	10	4	0	0	0	0	14	14	0,02%	98,94%
186	314	Cnel. Martinez (Tebicuary)	PS	1	13	0	0	0	0	0	13	13	0,02%	98,96%
187	341	Raúl Peña	PS	1	7	6	11	0	0	2	0	13	0,02%	98,98%
188	554	Arapyahú 2	A.C	2	12	0	0	0	0	0	12	12	0,02%	99,00%
189	205	San Salvador	C.S	1	9	3	0	0	2	0	10	12	0,02%	99,02%
190	302	Tito Firpo	PS	6	11	1	0	0	0	0	12	12	0,02%	99,04%
191	214	Caballero	C.S	2	12	0	0	5	0	0	7	12	0,02%	99,07%
192	307	Itaquyry	PS	3	12	0	0	0	0	7	5	12	0,02%	99,09%
193	302	Humaitá	PS	3	12	0	0	0	0	1	11	12	0,02%	99,11%

cont. >

cont.>

	código estab.	nombre establecimiento	tipo estab.	nº camas	partos del área	partos fuera área	alto riesgo médico	alto riesgo obstetra	bajo riesgo médico	bajo riesgo obstetra	bajo riesgo auxiliar	TOTAL partos	% Acumulado	
194	323	Colonia Cocuera	PS	2	11	0	0	0	2	0	9	11	0,02%	99,13%
195	208	San Patricio	C.S	1	10	1	0	0	0	0	11	11	0,02%	99,14%
196	317	San Alberto (Gleiva 6)	PS	2	9	2	6	0	0	1	4	11	0,02%	99,16%
197	302	Ygatymí	PS	2	11	0	0	0	0	5	6	11	0,02%	99,18%
198	303	Jhuguá Ocampos	PS	2	8	2	0	0	0	0	10	10	0,02%	99,20%
199	317	María Auxiliadora	PS	2	6	4	0	0	0	0	10	10	0,02%	99,22%
200	527	Kiray	A.C	1	10	0	0	0	0	0	10	10	0,02%	99,23%
201	319	Cerro Punta	PS	1	10	0	0	0	0	0	10	10	0,02%	99,25%
202	306	Mayor Martínez	PS	2	9	1	0	0	0	3	7	10	0,02%	99,27%
203	343	Compañía Pancholo	PS	6	9	0	0	0	0	0	9	9	0,02%	99,28%
204	305	Tava Curupayty	PS	1	9	0	0	0	0	0	9	9	0,02%	99,30%
205	318	Mbaracayú	PS	1	9	0	0	0	3	0	6	9	0,02%	99,31%
206	314	Naranjal	C.S	2	8	1	0	0	1	0	8	9	0,02%	99,33%
207	305	Urunday	PS	2	5	3	0	0	0	1	7	8	0,01%	99,34%
208	303	Natalicio Talavera	PS	2	8	0	1	0	0	0	7	8	0,01%	99,36%
209	356	Sta. Teresa	PS	2	8	0	0	0	0	4	4	8	0,01%	99,37%
210	314	Ybytymí	PS	2	8	0	0	1	0	0	7	8	0,01%	99,39%
211	326	Limoy Pueblo	PS	1	7	1	0	0	0	0	8	8	0,01%	99,40%
212	320	Itá Corá	PS	4	8	0	0	0	0	6	2	8	0,01%	99,41%
213	325	Villalbín	PS	3	2	6	0	0	0	3	5	8	0,01%	99,43%
214	311	Arroyito (Ruta 5)	PS	4	5	2	0	0	0	0	7	7	0,01%	99,44%
215	328	Gral. Resquín	PS	2	6	1	0	0	0	0	7	7	0,01%	99,45%
216	343	San Gervasio	PS	2	7	0	0	0	0	0	7	7	0,01%	99,46%
217	306	San Ramón	PS	1	7	0	0	0	0	0	7	7	0,01%	99,47%
218	210	5. General Díaz	C.S	4	7	0	0	0	1	5	1	7	0,01%	99,49%
219	314	Potrero Bordón	PS	1	0	7	0	0	0	0	7	7	0,01%	99,50%
220	321	Paso de Patria	PS	2	6	1	0	0	1	4	2	7	0,01%	99,51%
221	328	Zanjita	PS	2	3	4	0	0	0	2	5	7	0,01%	99,52%
222	353	Maracaná	PS	4	7	0	0	0	0	0	7	7	0,01%	99,54%
223	207	C.S. Nº 8 Sajonia	C.S	1	7	0	0	0	0	7	0	7	0,01%	99,55%
224	306	Paso Mbutu	PS	3	5	1	0	0	0	0	6	6	0,01%	99,56%
225	312	San Carlos	PS	3	6	0	0	0	0	0	6	6	0,01%	99,57%
226	347	Jhuguá Poty	PS	2	6	0	0	0	0	0	6	6	0,01%	99,58%
227	312	25 de Diciembre	PS	2	6	0	0	0	0	0	6	6	0,01%	99,59%
228	360	Triunfo	PS	2	6	0	0	0	0	0	6	6	0,01%	99,60%
229	355	Jerusalén II (Asent. Belén)	PS	1	3	3	0	0	0	2	4	6	0,01%	99,61%
230	341	Potrero Villalba	PS	1	2	4	0	0	0	0	6	6	0,01%	99,62%
231	320	Cuartelero	PS	1	5	0	0	0	0	0	5	5	0,01%	99,63%
232	325	La Niña	PS	2	5	0	1	0	0	0	4	5	0,01%	99,64%
233	502	Sanguinas Cué	PS	2	5	0	0	0	0	0	5	5	0,01%	99,65%
234	309	Rio Negro	PS	2	5	0	0	0	1	0	4	5	0,01%	99,65%
235	357	Jorge Naville	PS	1	3	2	0	0	0	0	5	5	0,01%	99,66%
236	316	Panchito López	PS	1	5	0	0	0	0	0	5	5	0,01%	99,67%
237	340	Colonia María Antonia	C.S	2	5	0	0	2	0	3	0	5	0,01%	99,68%
238	319	Tebicuarymí	PS	2	5	0	0	0	0	5	0	5	0,01%	99,69%
239	344	Libertador	PS	1	5	0	0	0	0	0	5	5	0,01%	99,70%
240	366	San Juan	PS	2	5	0	0	0	0	0	5	5	0,01%	99,71%
241	359	Acepar 1º Línea	PS	1	5	0	0	0	0	0	5	5	0,01%	99,71%
242	305	Paso Horqueta	PS	2	4	0	0	0	0	0	4	4	0,01%	99,72%
243	302	Santa Librada	PS	2	4	0	0	0	0	0	4	4	0,01%	99,73%
244	305	Dr. Botrell	PS	1	4	0	0	0	0	0	4	4	0,01%	99,73%
245	313	Félix Pérez Cardozo	PS	1	3	1	0	0	0	0	4	4	0,01%	99,74%
246	309	Coratei	PS	1	4	0	0	0	0	0	4	4	0,01%	99,75%
247	302	Domingo M. Irala	PS	1	4	0	0	0	0	0	4	4	0,01%	99,76%
248	369	Puerto Indio	PS	1	4	0	0	0	0	0	4	4	0,01%	99,76%
249	301	Tavapy	PS	3	3	1	0	0	0	0	4	4	0,01%	99,77%
250	310	Guazucúa	PS	2	3	1	0	0	2	0	2	4	0,01%	99,78%
251	324	Cuero Fresco	PS	1	3	0	0	0	0	0	3	3	0,01%	99,78%

cont.>

cont. >

	código estab.	nombre establecimiento	tipo estab.	n° camas	partos del área	partos fuera área	alto riesgo médico	alto riesgo obstetra	bajo riesgo médico	bajo riesgo obstetra	bajo riesgo auxiliar	TOTAL partos	% Acumulado	
252	505	Curuzú de Hierro	PS	1	3	0	0	0	0	0	3	3	0,01%	99,79%
253	326	Cruce Bella Vista	PS	1	3	0	0	0	0	0	3	3	0,01%	99,79%
254	315	Santa Cecilia	PS	2	0	3	0	0	0	0	3	3	0,01%	99,80%
255	345	Potrero del Carmen	PS	2	1	2	0	0	0	1	2	3	0,01%	99,80%
256	368	San Pedro 13 Linea	PS	2	3	0	0	0	0	0	3	3	0,01%	99,81%
257	325	La Pastora	PS	2	3	0	0	0	0	0	3	3	0,01%	99,81%
258	317	Chacoré	PS	2	3	0	0	0	0	0	3	3	0,01%	99,82%
259	350	Irrazábal (2da. Linea)	PS	2	3	0	0	0	0	0	3	3	0,01%	99,82%
260	201	Buena Vista	C.S	3	3	0	0	0	0	0	3	3	0,01%	99,83%
261	216	Hospital Tavai	C.S	0	3	0	0	0	0	0	3	3	0,01%	99,83%
262	332	Enramadita	PS	1	3	0	0	0	0	0	3	3	0,01%	99,84%
263	309	Colonia Itaipú	PS	1	0	3	0	0	0	0	3	3	0,01%	99,84%
264	304	Desmochado	PS	3	2	1	0	0	0	0	3	3	0,01%	99,85%
265	318	Isla Umbú	PS	2	2	1	0	0	0	0	3	3	0,01%	99,85%
266	345	Yvyphyi	PS	2	2	1	0	0	0	0	3	3	0,01%	99,86%
267	325	4 de Octubre	PS	2	3	0	0	0	0	0	3	3	0,01%	99,86%
268	315	Kumandakai	PS	2	3	0	0	0	0	0	3	3	0,01%	99,87%
269	322	Alfonso Cué	PS	2	2	0	1	0	0	0	1	2	0,00%	99,87%
270	340	Azotey	PS	2	0	2	0	0	0	0	2	2	0,00%	99,88%
271	348	Aquidabán Nigui	PS	2	2	0	0	0	0	0	2	2	0,00%	99,88%
272	327	Tacuati	PS	2	2	0	0	0	1	0	1	2	0,00%	99,88%
273	520	Potrerito	A.C	1	2	0	0	0	0	0	2	2	0,00%	99,89%
274	313	Barrio San Pedro	PS	1	2	0	0	0	0	0	2	2	0,00%	99,89%
275	329	Guayaibí	PS	2	2	0	0	0	0	0	2	2	0,00%	99,89%
276	362	Mangrullo	PS	1	2	0	0	0	0	0	2	2	0,00%	99,90%
277	324	Moisés Bertoni	C.S	4	2	0	0	0	0	0	2	2	0,00%	99,90%
278	317	Gral. Higinio Morínigo	C.S	2	1	1	0	0	0	0	2	2	0,00%	99,90%
279	322	Toro Blanco Guazú	PS	1	2	0	0	0	0	0	2	2	0,00%	99,91%
280	352	Avay	PS	0	2	0	0	0	0	0	2	2	0,00%	99,91%
281	311	Itaipyté	PS	1	2	0	0	0	0	0	2	2	0,00%	99,91%
282	331	Naranjito	PS	1	2	0	0	0	0	0	2	2	0,00%	99,92%
283	332	Tierra Prometida	PS	1	2	0	0	0	0	0	2	2	0,00%	99,92%
284	321	San Cristóbal	PS	1	2	0	0	0	0	0	2	2	0,00%	99,92%
285	324	San Lorenzo (Estero Cambá)	PS	2	0	2	0	0	0	0	2	2	0,00%	99,93%
286	327	Laguna Itá	PS	2	2	0	0	0	0	0	2	2	0,00%	99,93%
287	316	Tacuaras	PS	2	1	1	0	0	0	0	2	2	0,00%	99,93%
288	303	Corpus Christi	PS	1	2	0	0	0	0	0	2	2	0,00%	99,94%
289	344	Aguae	PS	1	2	0	0	0	0	0	2	2	0,00%	99,94%
290	319	Col. San Alfredo	PS	3	1	0	0	0	0	0	1	1	0,00%	99,94%
291	304	Paso Tuyá	PS	2	1	0	0	0	0	0	1	1	0,00%	99,94%
292	308	Naranjaty	PS	2	1	0	0	0	0	0	1	1	0,00%	99,95%
293	569	Tatora	PS	1	1	0	0	0	0	0	1	1	0,00%	99,95%
294	342	Zanja Cué	PS	1	1	0	0	0	0	0	1	1	0,00%	99,95%
295	320	Cruce Liberación	PS	1	1	0	0	0	0	0	1	1	0,00%	99,95%
296	349	Martillo	PS	2	1	0	0	0	0	0	1	1	0,00%	99,95%
297	607	Naciente	PS	1	1	0	0	0	0	0	1	1	0,00%	99,96%
298	515	6 de Enero Planta 2	A.C	1	1	0	0	0	0	0	1	1	0,00%	99,96%
299	516	Aguerito	PS	1	1	0	0	0	0	0	1	1	0,00%	99,96%
300	309	Calle 6000 Bertoni	PS	0	1	0	0	0	0	0	1	1	0,00%	99,96%
301	310	Potrero Ybaté	PS	1	1	0	0	0	0	0	1	1	0,00%	99,96%
302	337	Calle Asunción	PS	1	1	0	0	0	0	0	1	1	0,00%	99,96%
303	310	Borja	PS	2	1	0	0	0	0	1	0	1	0,00%	99,97%
304	341	Planchada (Ex Arroyo Moroti)	PS	2	0	1	0	0	0	0	1	1	0,00%	99,97%
305	347	Paraguayú	PS	1	1	0	0	0	0	0	1	1	0,00%	99,97%
306	358	Tembiaporá	PS	1	1	0	0	0	0	0	1	1	0,00%	99,97%
307	313	San Pablo	PS	1	1	0	0	0	0	0	1	1	0,00%	99,97%
308	330	San Pedro	PS	1	1	0	0	0	0	0	1	1	0,00%	99,97%

cont. >

cont.>

	código estab.	nombre establecimiento	tipo estab.	nº camas	partos del área	partos fuera área	alto riesgo médico	alto riesgo obstetra	bajo riesgo médico	bajo riesgo obstetra	bajo riesgo auxiliar	TOTAL partos	% Acumulado
309	347	Roa Ruguá	PS	1	1	0	0	0	0	0	1	1	0,00% 99,98%
310	344	Isla Valle	PS	1	1	0	0	0	0	0	1	1	0,00% 99,98%
311	308	Paranambú	PS	1	1	0	0	0	0	0	1	1	0,00% 99,98%
312	353	Tres Fronteras	PS	1	1	0	0	0	0	0	1	1	0,00% 99,98%
313	305	San Miguel	PS	1	1	0	0	0	0	0	1	1	0,00% 99,98%
314	308	Tacuruty	PS	0	0	1	0	0	0	0	1	1	0,00% 99,98%
315	317	Ybapyú	PS	1	1	0	0	0	0	0	1	1	0,00% 99,99%
316	329	Mburicá	PS	2	1	0	0	0	0	0	1	1	0,00% 99,99%
317	353	Estanzuela	PS	2	1	0	0	0	0	0	1	1	0,00% 99,99%
318	317	Naranjito		1	1	0	0	0	0	0	1	1	0,00% 99,99%
319	327	Guyra Keha	PS	1	1	0	0	0	0	0	1	1	0,00% 99,99%
320	350	Yby Pyta I	PS	1	1	0	0	0	0	0	1	1	0,00% 99,99%
321	307	Ypejhú	PS	1	1	0	0	0	0	0	1	1	0,00% 100,00%
322	361	Acepar 3ª Línea	PS	1	1	0	0	0	0	0	1	1	0,00% 100,00%
323	362	Acepar 7ª Línea	PS	1	1	0	0	0	0	0	1	1	0,00% 100,00%
58084													

DISTRIBUCIÓN DEL NÚMERO DE PARTOS SEGÚN REGIONES SANITARIAS POR MESES. AÑO 2004

REGIONES SANITARIAS	PARTOS												TOTAL REGIÓN
	MESES												
	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE	
CONCEPCIÓN	181	209	238	213	204	196	197	169	184	164	169	186	2310
SAN PEDRO	259	243	291	276	270	283	264	253	259	249	218	208	3073
CORDILLERA	345	295	332	347	339	320	303	301	303	282	236	279	3682
GUAIRÁ	196	208	219	219	239	211	213	216	207	165	183	214	2490
CAAGUAZÚ	265	269	337	363	364	359	402	387	337	302	312	311	4028
CAAZAPÁ	124	124	131	132	146	153	120	154	140	125	134	105	1588
ITAPÚA	363	338	353	379	325	361	352	363	399	319	292	332	4176
MISIONES	97	93	115	105	109	115	90	112	101	97	77	96	1207
PARAGUARI	259	209	257	233	260	247	235	223	244	213	179	203	2762
ALTO PARANÁ	270	319	351	321	367	361	373	373	384	329	330	355	4133
CENTRAL	962	936	1124	1063	1004	813	787	705	818	690	735	753	10390
ÑEMBUCÚ	68	74	75	79	87	69	65	83	81	57	51	75	864
AMAMBAY	85	98	124	104	86	101	88	110	3	4	9	0	812
CANINDEYU	90	123	114	92	90	109	100	91	96	81	85	75	1146
PTE. HAYES	58	71	79	83	84	74	80	82	70	58	72	46	857
ALTO PARAGUAY	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	0
BOQUERÓN	31	47	32	31	47	29	42	35	27	28	30	33	412
ASUNCIÓN	730	734	873	813	878	865	884	924	828	840	846	871	10086
HOSP. ESPEC.	237	228	228	250	224	243	236	194	264	232	268	245	2849
TOTAL PAIS	4620	4618	5273	5123	5123	4909	4831	4775	4745	4235	4226	4387	56865

Fuente: Ficha de Censo y Egreso Hospitalario. Departamento de Biestadística MSPyBS
 Obs: (*) Alto Paraguay y Alto Itapúa
 ACTUALIZADO AL 10/10/2006

cont. >

DISTRIBUCIÓN DEL NÚMERO DE PARTOS SEGÚN REGIONES SANITARIAS POR MESES. AÑO 2004

REGIONES SANITARIAS	PARTOS												TOTAL REGIÓN													
	MESES												TOTAL REGIÓN													
	ENERO		FEBR.		MARZO		ABRIL		MAYO		JUNIO		JULIO		AGOSTO		SEPTIEMBRE		OCTUBRE		NOVIEMBRE		DICIEMBRE			
Cesárea	Curetaje	Cesárea	Curetaje	Cesárea	Curetaje	Cesárea	Curetaje	Cesárea	Curetaje	Cesárea	Curetaje	Cesárea	Curetaje	Cesárea	Curetaje	Cesárea	Curetaje	Cesárea	Curetaje	Cesárea	Curetaje	Cesárea	Curetaje	Cesárea	Curetaje	
CONCEPCIÓN	23	33	21	27	38	32	24	24	27	28	22	21	20	20	22	31	25	25	23	32	45	77	56	97	346	444
SAN PEDRO	40	54	49	60	78	59	61	43	67	39	59	41	58	42	50	42	61	55	57	53	59	80	60	49	699	617
CORDILLERA	49	59	43	25	53	24	58	36	57	29	55	42	64	38	58	42	56	54	50	18	57	113	54	66	654	546
GUIAÑA	58	25	45	32	45	26	66	25	67	20	60	29	57	41	66	38	50	30	95	105	76	68	99	79	784	518
CAAGUAZÚ	72	64	64	64	84	68	88	47	97	50	143	77	124	63	112	67	113	61	91	74	82	73	87	69	1157	777
CAAZAPA	17	26	24	24	25	31	28	19	26	22	33	20	26	23	30	26	32	27	32	22	35	31	30	17	338	288
ITAPUA	82	53	88	65	106	50	113	36	100	47	103	56	104	54	79	46	108	62	107	62	94	44	92	49	1176	624
MISIONES	16	6	14	7	15	7	15	6	15	4	23	11	17	2	20	8	15	2	28	1	19	5	25	10	222	69
PARAGUARI	35	37	36	38	39	32	51	36	51	18	51	29	43	23	56	34	51	22	41	24	31	27	49	34	534	354
ALTO PARANA	98	61	106	77	122	72	108	67	123	58	108	66	115	69	135	96	136	102	116	93	123	98	113	74	1403	933
CENTRAL	266	156	205	165	288	186	271	143	244	142	190	125	173	148	163	144	189	160	168	172	173	130	137	154	2467	1825
NEEMBUCÚ	25	21	8	8	7	9	9	5	13	7	10	13	11	4	12	7	13	9	6	9	8	10	9	7	124	109
AMAMBAY	15	13	15	14	27	6	40	10	20	11	26	23	24	8	22	22	0	0	0	0	0	0	0	0	189	107
CANINDEYU	28	18	26	25	30	22	23	12	20	15	35	15	20	16	17	15	21	10	21	12	26	11	14	15	281	186
PTE. HAYES	13	12	16	5	14	10	24	13	24	11	23	6	20	11	17	3	11	14	16	10	27	11	4	18	209	124
ALTO PARAGUAY	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
BOQUERÓN	6	3	11	5	5	5	5	6	8	1	11	2	4	1	11	4	5	4	8	4	6	4	5	4	85	43
ASUNCIÓN (*)	298	146	297	124	339	110	312	104	349	121	321	149	319	150	342	167	316	173	313	199	358	200	370	133	3934	1776
HOSP. ESPEC.	80	63	77	90	75	94	59	94	75	97	79	78	71	120	59	127	81	133	66	122	73	115	71	101	866	1234
TOTAL PAÍS	1221	850	1145	855	1390	843	1351	737	1378	717	1354	792	1270	833	1271	919	1283	943	1238	1012	1292	1097	1275	976	15468	10574

Fuente: Ficha de Censo y Egreso Hospitalario. Departamento de Bioestadística MSPyBS
 (*) Incluye parte de los Hospitales Especializados
 ACTUALIZADO AL 10/10/2006

Cuadro No. 27

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y BIENESTAR SOCIAL
PRESUPUESTO DEL EJERCICIO FISCAL 2005
DESAGREGACIÓN POR NIVELES DE GASTO Y FUENTES DE FINANCIAMIENTO

	Presupuesto Total	FF 10	FF 20	FF 30	Presupuesto Total	FF 10	FF 20	FF 30	Presupuesto Total	FF 10	FF 20	FF 30
Total	800.521.559.300	495.421.525.329	194.931.811.620	110.168.222.351	100,0%	61,9%	24,4%	13,8%	100,0%	61,9%	24,4%	13,8%
Servicios personales	339.732.766.703	316.154.346.798	3.681.720.000	19.896.699.905	100,0%	93,1%	1,1%	5,9%	100,0%	93,1%	1,1%	5,9%
Servicios no personales	49.765.420.700	11.922.610.365	27.002.494.000	10.840.316.335	100,0%	24,0%	54,3%	21,8%	100,0%	24,0%	54,3%	21,8%
Bienes de consumo e insumos	196.575.582.980	132.863.301.253	1.169.383.620	62.542.899.107	100,0%	67,6%	0,6%	31,8%	100,0%	67,6%	0,6%	31,8%
Bienes de cambio	.	.	.	.	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Inversión física	207.993.417.685	29.675.935.677	161.832.214.000	16.485.268.008	100,0%	14,3%	77,8%	7,9%	100,0%	14,3%	77,8%	7,9%
Inversión financiera	.	.	.	.	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Servicio de la deuda pública	546.000.000	.	546.000.000	.	100,0%	0,0%	100,0%	0,0%	100,0%	0,0%	100,0%	0,0%
Transferencias	4.960.552.885	4.098.552.885	700.000.000	162.000.000	100,0%	82,6%	14,1%	3,3%	100,0%	82,6%	14,1%	3,3%
Otros gastos	947.818.347	706.778.351	.	241.039.996	100,0%	74,6%	0,0%	25,4%	100,0%	74,6%	0,0%	25,4%
Total	815.837.740.740	509.915.925.269	194.931.811.620	110.990.003.851	100,0%	62,5%	23,9%	13,6%	100,0%	62,5%	23,9%	13,6%
Servicios personales	360.712.198.359	331.330.241.428	3.704.970.000	25.676.986.931	100,0%	91,9%	1,0%	7,1%	100,0%	91,9%	1,0%	7,1%
Servicios no personales	68.898.905.820	11.711.705.890	44.179.392.200	13.007.807.730	100,0%	17,0%	64,1%	18,9%	100,0%	17,0%	64,1%	18,9%
Bienes de consumo e insumos	179.882.818.295	116.440.929.981	7.569.383.620	55.872.505.694	100,0%	64,7%	4,2%	31,1%	100,0%	64,7%	4,2%	31,1%
Bienes de cambio	.	.	.	.	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Inversión física	200.297.086.391	46.404.859.631	137.955.315.800	15.936.910.960	100,0%	23,2%	68,9%	8,0%	100,0%	23,2%	68,9%	8,0%
Inversión financiera	.	.	.	.	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Servicio de la deuda pública	546.000.000	.	546.000.000	.	100,0%	0,0%	100,0%	0,0%	100,0%	0,0%	100,0%	0,0%
Transferencias	4.248.863.576	3.288.113.576	976.750.000	4.000.000	100,0%	76,9%	23,0%	0,1%	100,0%	76,9%	23,0%	0,1%
Otros gastos	1.251.868.299	760.075.763	.	491.792.536	100,0%	60,7%	0,0%	39,3%	100,0%	60,7%	0,0%	39,3%
Total	659.196.733.683	474.621.887.427	106.666.373.466	77.908.472.790	100,0%	72,0%	16,2%	11,8%	100,0%	72,0%	16,2%	11,8%
Servicios personales	358.212.954.358	330.563.435.783	2.647.841.480	25.001.677.095	100,0%	92,3%	0,7%	7,0%	100,0%	92,3%	0,7%	7,0%
Servicios no personales	34.657.130.518	6.315.845.588	20.469.414.135	7.871.870.795	100,0%	18,2%	59,1%	22,7%	100,0%	18,2%	59,1%	22,7%
Bienes de consumo e insumos	146.615.859.683	101.495.216.354	6.282.925.765	38.837.717.564	100,0%	69,2%	4,3%	26,5%	100,0%	69,2%	4,3%	26,5%
Bienes de cambio	.	.	.	.	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Inversión física	115.635.823.573	32.937.723.988	77.074.366.616	5.823.732.969	100,0%	28,4%	66,5%	5,0%	100,0%	28,4%	66,5%	5,0%
Inversión financiera	.	.	.	.	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Servicio de la deuda pública	.	.	.	.	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Transferencias	2.967.573.888	2.775.748.418	191.825.470	.	100,0%	93,5%	6,5%	0,0%	100,0%	93,5%	6,5%	0,0%
Otros gastos	907.391.663	533.917.296	.	373.474.367	100,0%	58,8%	0,0%	41,2%	100,0%	58,8%	0,0%	41,2%

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y BIENESTAR SOCIAL
PRESUPUESTO DEL EJERCICIO FISCAL 2004
DESAGREGACIÓN POR PROGRAMAS Y FUENTES DE FINANCIAMIENTO

	PRESUPUESTO VIGENTE				PRESUPUESTO OBLIGADO			
	TOTAL	FF 10	FF 20	FF 30	Total	FF 10	FF 20	FF 30
TOTAL	663.877.570.833	424.798.354.485	138.269.564.832	100.809.651.516	549.267.292.026	407.819.148.296	69.799.664.316	71.648.479.414
Administración general	35.786.886.718	28.594.584.051	.	7.192.302.667	33.127.356.813	27.819.267.241	.	5.308.089.572
Normalización/monitoreo/supervisión/evaluación técnica de la Política	10.849.740.566	9.178.199.457	.	1.671.541.109	10.277.433.448	8.971.654.907	.	1.305.778.541
Atención primaria en salud	207.730.702.348	180.483.102.259	.	27.247.600.089	194.971.293.507	176.535.140.076	.	18.436.153.431
Asistencia médica especializada	97.158.089.994	87.051.512.954	.	10.106.577.040	89.927.135.870	83.686.761.949	.	6.240.373.921
Asistencia nacional en emergencias médicas	27.871.409.578	23.659.544.063	.	4.211.865.515	25.210.175.848	21.915.021.476	.	3.295.154.372
Enfermedades renales	3.230.208.450	2.760.028.450	.	470.180.000	2.169.355.954	1.744.734.787	.	424.621.167
Salud mental	10.726.450.093	9.423.480.121	.	1.302.969.972	10.068.162.318	9.170.402.421	.	897.759.897
Nutrición y protección de alimentos	2.121.362.675	1.212.330.600	.	909.032.075	1.948.074.515	1.212.317.175	.	735.757.340
Vigilancia y evaluación epidemiológica	68.253.008.670	27.884.743.680	.	40.368.264.990	57.931.636.007	27.525.086.985	.	30.406.549.022
Programa de bienestar social	6.311.319.893	6.195.606.357	.	115.713.536	6.091.778.550	5.980.656.714	.	111.121.836
Abastecimiento de agua potable y saneamiento	13.462.623.527	8.414.993.769	.	5.047.629.758	10.303.378.387	7.339.747.546	.	2.963.630.841
Desarrollo de RRRH en salud	2.356.153.119	1.474.727.696	.	881.425.423	2.214.115.304	1.474.631.462	.	739.483.842
Mantenimiento y recuperación física y de equipos biomédicos	5.714.708.443	5.584.108.443	.	130.600.000	3.779.448.404	3.680.774.926	.	98.673.478
Inspección y control físico de las ent. de prestación de servicios	1.323.488.482	1.019.539.140	.	303.949.342	1.204.606.203	1.017.523.139	.	187.083.064
Instituto Nacional de Salud	2.643.491.273	2.643.491.273	.	.	2.625.208.655	2.625.208.655	.	.
Sistema Nacional de Salud	54.000.000	54.000.000	.	.	54.000.000	54.000.000	.	.
Programas y proyectos de inversión de asistencia primaria	9.679.167.326	2.065.589.089	6.762.578.237	850.000.000	6.288.278.563	2.016.718.757	3.753.310.736	498.249.090
Programas y proyectos de inversión del Programa de Ref. a la Atención Primaria	49.786.624.555	16.957.210.986	32.829.413.569	.	31.371.562.921	16.390.473.161	14.981.089.760	.
Programas y proyectos de inversión del Proyecto de Inversión	108.818.135.123	10.140.562.097	98.677.573.026	.	59.724.290.739	8.659.026.919	51.065.263.820	.
TOTAL	100,0%	64,0%	20,8%	15,2%	100,0%	74,2%	12,7%	13,0%
Administración general	100,0%	79,9%	0,0%	20,1%	100,0%	74,2%	12,7%	13,0%
Normalización/monitoreo/supervisión/evaluación técnica de la Política	100,0%	84,6%	0,0%	15,4%	100,0%	84,0%	0,0%	16,0%
Atención primaria en salud	100,0%	86,9%	0,0%	13,1%	100,0%	87,3%	0,0%	12,7%
Asistencia médica especializada	100,0%	89,6%	0,0%	10,4%	100,0%	90,5%	0,0%	9,5%
Asistencia nacional en emergencias médicas	100,0%	84,9%	0,0%	15,1%	100,0%	93,1%	0,0%	6,9%
Enfermedades renales	100,0%	85,4%	0,0%	14,6%	100,0%	86,9%	0,0%	13,1%
Salud mental	100,0%	87,9%	0,0%	12,1%	100,0%	80,4%	0,0%	19,6%
Nutrición y protección de alimentos	100,0%	57,1%	0,0%	42,9%	100,0%	91,1%	0,0%	8,9%

cont.>

cont. >

	PRESUPUESTO VIGENTE				PRESUPUESTO OBLIGADO			
	TOTAL	FF 10	FF 20	FF 30	Total	FF 10	FF 20	FF 30
Vigilancia y evaluación epidemiológica	100,0%	40,9%	0,0%	59,1%	100,0%	62,2%	0,0%	37,8%
Programa de bienestar social	100,0%	98,2%	0,0%	1,8%	100,0%	47,5%	0,0%	52,5%
Abastecimiento de agua potable y saneamiento	100,0%	62,5%	0,0%	37,5%	100,0%	98,2%	0,0%	1,8%
Desarrollo de RRRH en salud	100,0%	62,6%	0,0%	37,4%	100,0%	71,2%	0,0%	28,8%
Mantenimiento y recuperación física y de equipos biomédicos	100,0%	97,7%	0,0%	2,3%	100,0%	66,6%	0,0%	33,4%
Inspección y control físico de las ent. de prestación de servicios	100,0%	77,0%	0,0%	23,0%	100,0%	97,4%	0,0%	2,6%
Instituto Nacional de Salud	100,0%	100,0%	0,0%	0,0%	100,0%	84,5%	0,0%	15,5%
Sistema Nacional de Salud	100,0%	100,0%	0,0%	0,0%	100,0%	100,0%	0,0%	0,0%
Programas y proyectos de inversión de asistencia primaria	100,0%	21,4%	69,9%	8,8%	100,0%	100,0%	0,0%	0,0%
Programas y proyectos de inversión del Programa de Ref. a la Atención Primaria	100,0%	34,1%	65,9%	0,0%	100,0%	32,2%	59,9%	7,9%
Programas y proyectos de inversión del Proyecto de Inversión	100,0%	9,3%	90,7%	0,0%	100,0%	52,2%	47,8%	0,0%

Cuadro No. 29
MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y BIENESTAR SOCIAL
PRESUPUESTO DEL EJERCICIO FISCAL 2004
DESAGREGACIÓN POR NIVELES DE GASTO Y FUENTES DE FINANCIAMIENTO

	Presupuesto Total	FF 10	FF 20	FF 30	Presupuesto Total	FF 10	FF 20	FF 30	Presupuesto Total	FF 10	FF 20	FF 30
Total	611,929,083,570	396,708,354,485	115,269,564,832	99,951,164,253	100,0%	64,8%	18,8%	16,3%	100,0%	64,8%	18,8%	16,3%
Servicios personales	317,498,685,494	297,837,427,891	1,512,993,045	18,148,264,538	100,0%	93,8%	0,5%	5,7%	100,0%	93,8%	0,5%	5,7%
Servicios no personales	54,634,027,794	5,759,641,228	38,005,390,885	10,868,995,681	100,0%	10,5%	69,6%	19,9%	100,0%	10,5%	69,6%	19,9%
Bienes de consumo e insumos	131,970,597,024	73,741,659,970	541,414,020	57,687,523,034	100,0%	55,9%	0,4%	43,7%	100,0%	55,9%	0,4%	43,7%
Bienes de cambio	-	-	-	-	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Inversión física	102,428,054,229	15,097,005,507	74,338,766,882	12,992,281,840	100,0%	14,7%	72,6%	12,7%	100,0%	14,7%	72,6%	12,7%
Inversión financiera	-	-	-	-	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Servicio de la deuda pública	571,000,000	-	571,000,000	-	100,0%	0,0%	100,0%	0,0%	100,0%	0,0%	100,0%	0,0%
Transferencias	4,427,552,889	4,098,552,889	300,000,000	29,000,000	100,0%	92,6%	6,8%	0,7%	100,0%	92,6%	6,8%	0,7%
Otros gastos	399,166,140	174,067,000	-	225,099,140	100,0%	43,6%	0,0%	56,4%	100,0%	43,6%	0,0%	56,4%
Total	663,877,570,833	424,798,354,485	138,269,564,832	100,809,051,516	100,0%	64,0%	20,8%	15,2%	100,0%	64,0%	20,8%	15,2%
Servicios personales	329,754,869,362	307,710,800,223	3,298,919,998	18,745,149,141	100,0%	93,3%	1,0%	5,7%	100,0%	93,3%	1,0%	5,7%
Servicios no personales	56,909,975,679	5,922,772,415	38,949,771,733	12,037,431,531	100,0%	10,4%	68,4%	21,2%	100,0%	10,4%	68,4%	21,2%
Bienes de consumo e insumos	138,985,768,438	81,054,637,734	1,131,914,020	56,799,216,684	100,0%	58,3%	0,8%	40,9%	100,0%	58,3%	0,8%	40,9%
Bienes de cambio	-	-	-	-	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Inversión física	135,211,458,300	28,438,379,699	93,897,959,081	12,875,119,520	100,0%	21,0%	69,4%	9,5%	100,0%	21,0%	69,4%	9,5%
Inversión financiera	-	-	-	-	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Servicio de la deuda pública	571,000,000	-	571,000,000	-	100,0%	0,0%	100,0%	0,0%	100,0%	0,0%	100,0%	0,0%
Transferencias	2,004,373,443	1,555,373,443	420,000,000	29,000,000	100,0%	77,6%	21,0%	1,4%	100,0%	77,6%	21,0%	1,4%
Otros gastos	440,125,611	116,390,971	-	323,734,640	100,0%	26,4%	0,0%	73,6%	100,0%	26,4%	0,0%	73,6%
Total	549,267,292,026	407,819,148,296	68,799,664,316	71,648,479,414	100,0%	74,2%	12,7%	13,0%	100,0%	74,2%	12,7%	13,0%
Servicios personales	326,506,925,010	307,444,539,452	2,042,071,865	17,020,313,693	100,0%	94,2%	0,6%	5,2%	100,0%	94,2%	0,6%	5,2%
Servicios no personales	35,128,677,579	4,017,649,190	22,544,222,473	8,566,605,916	100,0%	11,4%	64,2%	24,4%	100,0%	11,4%	64,2%	24,4%
Bienes de consumo e insumos	110,124,183,944	72,838,028,080	379,557,480	36,906,598,384	100,0%	66,1%	0,3%	33,5%	100,0%	66,1%	0,3%	33,5%
Bienes de cambio	-	-	-	-	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Inversión física	75,691,028,475	22,044,235,715	44,651,874,358	8,994,918,402	100,0%	29,1%	59,0%	11,9%	100,0%	29,1%	59,0%	11,9%
Inversión financiera	-	-	-	-	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Servicio de la deuda pública	-	-	-	-	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Transferencias	1,565,574,220	1,383,636,080	181,938,140	-	100,0%	88,4%	11,6%	0,0%	100,0%	88,4%	11,6%	0,0%
Otros gastos	250,902,798	91,059,779	-	159,843,019	100,0%	36,3%	0,0%	63,7%	100,0%	36,3%	0,0%	63,7%

Morbilidad: TOXEMIA - Medicamentos e insumos necesarios para el tratamiento
Partos esperados: 160.000 • Frecuencia de morbilidad: 0,5%
Pre eclampsia severa

Nivel de Atención	Códigos	Medicamentos (M) e Insumos (I)	Presentación	Cantidad por caso	Frecuencia de Utilización	Costo Unitario	Costo Total x 1 caso	Costo x 100 casos
PS	M	Nifedipina 10 mg comprimidos	Caja x 20 comp	1,00	0,500	13.500	6.750	
							6.750	675.000
CS	M	Nifedipina 10 mg comprimidos	Caja x 20 comp	1,00	0,500	13.500	6.750	
	M	Solución Lactato Ringer	Frasco x 1000 ml	3,00	1,000	4.900	14.700	
	I	Equipo de canalización	Set	1,00	1,000	18.500	18.500	
	I	Jeringas de 5 cc c/aguja 21		5,00	1,000	600	3.000	
						42.950	4.295.000	
HD/HR/HE	M	Nifedipina 10 mg	Caja x 20 comp	1,00	0,500	13.500	6.750	
	M	Alfa metil dopa 500 mg	Caja x 30 comp	1,00	1,000	29.500	29.500	
	M	Solución Lactato Ringer	Frasco x 1000 ml	6,00	1,000	4.900	29.400	
	M	Sulfato de Magnesio	Ampolla x 20 ml	2,00	1,000	9.000	18.000	
	M	Gluconato de Calcio al 10%	Ampolla x 10 ml	4,00	1,000	1.400	5.600	
	M	Dexametasona	Fco Amp x 2 ml	1,00	1,000	7.000	7.000	
	I	Equipo de canalización	Set	1,00	1,000	18.500	18.500	
	I	Jeringas de 5 cc c/aguja 21		10,00	1,000	600	6.000	
	I	Sonda vesical	Set	1,00	1,000	8.000	8.000	
	I	Colector de orina	Set	1,00	1,000	3.500	3.500	
						132.250	13.225.000	

Morbilidad: TOXEMIA - Medicamentos e insumos necesarios para el tratamiento
Eclampsia

Nivel de Atención	Códigos	Medicamentos (M) e Insumos (I)	Presentación	Cantidad por caso	Frecuencia de Utilización	Costo Unitario	Costo Total	Costo x 100 casos
PS	M	Diazepam 10 mg	Ampolla x 2 ml	1,00	1,000	9.000	9.000	
	I	Jeringas de 5 cc c/aguja 21		2,00	1,000	600	1.200	
						10.200	1.020.000	
CS	M	Nifedipina 10 mg	Caja x 20 comp	1,00	0,500	13.500	6.750	
	M	Diazepam 10 mg	Ampolla	1,00	1,000	9.000	9.000	
	M	Solución Lactato Ringer	Frasco	3,00	1,000	4.900	14.700	
	I	Equipo de canalización	Set	1,00	1,000	18.500	18.500	
	I	Jeringas de 5 cc c/aguja 21		4,00	1,000	600	2.400	
						51.350	5.135.000	
HD/HR/HE	M	Nifedipina 10 mg	Caja x 20 comp	1,00	0,500	13.500	6.750	
	M	Fenobarbital 200 mg	Ampolla x 5 ml	1,00	1,000	2.300	2.300	
	M	Clonidina clorhidrato 0,15 mg	Ampolla x 1 ml	4,00	1,000	13.650	54.600	
	M	Solución Lactato Ringer	Frasco x 1000 ml	6,00	1,000	4.900	29.400	
	M	Sulfato de Magnesio	Ampolla x 20 ml	2,00	1,000	9.000	18.000	
	M	Gluconato de Calcio al 10%	Ampolla x 10 ml	4,00	1,000	1.400	5.600	
	I	Equipo microgotero	Set	1,00	1,000	2.200	2.200	
	I	Equipo de canalización	Set	1,00	1,000	18.500	18.500	
	I	Sonda nasogástrica	Set	1,00	1,000	1.480	1.480	
	I	Jeringas de 5 cc c/aguja 21		10,00	1,000	600	6.000	
I	Sonda vesical	Set	1,00	1,000	8.000	8.000		
I	Colector de orina	Set	1,00	1,000	3.500	3.500		
						156.330	15.633.000	

Morbilidad: INFECCIÓN PUERPERAL - Medicamentos e insumos necesarios para el tratamiento
Partos esperados: 160.000 • Frecuencia de morbilidad: 8%
Celulitis de la herida

Nivel de Atención	Códigos	Medicamentos (M) e Insumos (I)	Presentación	Cantidad por caso	Frecuencia de Utilización	Costo Unitario	Costo Total	Costo x 100 casos
TODOS	M	Ampicilina 500 mg	Comprimidos	20,00	1,000	1.500	30.000	
	M	Metronidazol 500 mg	Comprimidos	20,00	1,000	1.220	24.400	
							54.400	5.440.000

Fascitis necrotizante (supuesto: 4 días de antibioticoterapia parenteral)

Nivel de Atención	Códigos	Medicamentos (M) e Insumos (I)	Presentación	Cantidad por caso	Frecuencia de Utilización	Costo Unitario	Costo Total	Costo x 100 casos
CS/HD/HR/HE	M	Penicilina G sódica 10 Mega UI	Frasco ampolla	4,00	1,000	8.500	34.000	
	M	Gentamicina 400 mg	Frasco ampolla	4,00	1,000	12.000	48.000	
	M	Metronidazol 500 mg	Frasco ampolla	12,00	1,000	6.000	72.000	
	M	Ampicilina 500 mg	Comprimidos	20,00	1,000	1.500	30.000	
	M	Metronidazol 500 mg	Comprimidos	20,00	1,000	1.220	24.400	
	M	Solución Lactato Ringer	Frasco x 1000 ml	3,00	1,000	4.900	14.700	
	M	Iodopovidona	Frasco	1,00	1,000	8.000	8.000	
	I	Equipo de canalización	Set	1,00	1,000	18.500	18.500	
	I	Guantes estériles	Par	3,00	1,000	1.700	5.100	
	I	Jeringas de 5 cc c/aguja 21		20,00	1,000	600	12.000	
							266.700	26.670.000

Metritis- Absceso pélvico (supuesto: 4 días de antibioticoterapia parenteral)

Nivel de Atención	Códigos	Medicamentos (M) e Insumos (I)	Presentación	Cantidad por caso	Frecuencia de Utilización	Costo Unitario	Costo Total	Costo x 100 casos
CS/HD/HR/HE	M	Ampicilina 1 g	Frasco ampolla	32,00	1,000	3.000	96.000	
	M	Gentamicina 400 mg	Frasco ampolla	4,00	1,000	12.000	48.000	
	M	Metronidazol 500 mg	Frasco ampolla	12,00	1,000	6.000	72.000	
	M	Solución Lactato Ringer	Frasco x 1000 ml	3,00	1,000	4.900	14.700	
	I	Equipo de canalización	Set	1,00	1,000	18.500	18.500	
	I	Guantes estériles	Par	3,00	1,000	1.700	5.100	
	I	Jeringas de 5 cc c/aguja 21		20,00	1,000	600	12.000	
								266.300	26.630.000

Morbilidad: COMPLICACIONES DEL ABORTO - Medicamentos e insumos necesarios para el tratamiento
Embarazos esperados: 170.000 • Frecuencia de morbilidad: 5%
Infección/Sepsis (supuesto: 6 días de antibioticoterapia parenteral)

Nivel de Atención	Códigos	Medicamentos (M) e Insumos (I)	Presentación	Cantidad por caso	Frecuencia de Utilización	Costo Unitario	Costo Total	Costo x 100 casos
CS/HD/HR/HE	M	Ampicilina sódica 1 g iny.	Frasco Ampolla	48,00	1,000	3.000	144.000	
	M	Gentamicina 400 mg iny.	Frasco Ampolla	6,00	1,000	12.000	72.000	
	M	Metronidazol 500 mg iny.	Frasco Ampolla	18,00	1,000	6.000	108.000	
	M	Solución Lactato Ringer	Frasco x 1000 ml	12,00	1,000	4.900	58.800	
	I	Jeringas de 5 cc c/aguja 21		20,00	1,000	600	12.000	
	I	Equipo de canalización	Set	1,00	1,000	18.500	18.500	
	I	Catéter para subclavia	Set	1,00	1,000	286.000	286.000	
	I	Sonda vesical	Set	1,00	1,000	8.000	8.000	
	I	Colector de orina	Set	1,00	1,000	3.500	3.500	
						710.800	71.080.000	

Lesiones uterinas, vaginales o intestinales

Nivel de Atención	Códigos	Medicamentos (M) e Insumos (I)	Presentación	Cantidad por caso	Frecuencia de Utilización	Costo Unitario	Costo Total	Costo x 100 casos
HD/HR/HE	M	Bupivacaína hiperbárica 0,5%	Ampolla	1,00	1,000	9.000	9.000	
	M	Midazolam 15 mg	Ampolla x 3 ml	2,00	1,000	9.000	18.000	
	M	Solución Lactato Ringer	Frasco x 1000 ml	4,00	1,000	4.900	19.600	
	M	Atropina sulfato	Ampolla x 1 ml	1,00	1,000	5.000	5.000	
	M	Fentanilo citrato	Ampolla x 2 ml	3,00	1,000	9.000	27.000	
	I	Aguja raquídea nº 25	Set	1,00	1,000	36.735	36.735	
	I	Jeringas de 5 cc c/aguja 21		10,00	1,000	600	6.000	
	I	Equipo de canalización	Set	1,00	1,000	18.500	18.500	
	I	Hoja de bisturí nº 23	Sobre	1,00	1,000	512	512	
	I	Sonda vesical	Set	1,00	1,000	8.000	8.000	
	I	Colector de orina	Set	1,00	1,000	3.500	3.500	
	I	Guantes quirúrgicos 7 1/2	Par	4,00	1,000	1.700	6.800	
	I	Polyglactil (Vicryl ®) 3/0 con aguja curva	Sobre	2,00	1,000	18.000	36.000	
	I	Polyglactil (Vicryl ®) 1 con aguja curva	Sobre	2,00	1,000	10.000	20.000	
	I	Hilo de algodón 3/0	Sobre	1,00	1,000	6.000	6.000	
	I	Gasa x 10 m	Paquete	1,00	1,000	14.000	14.000	
	I	Tela adhesiva tamaño mediano	Rollo	1,00	1,000	3.800	3.800	
						238.447	23.844.700	

Morbilidad: HEMORRAGIA EN EL PREPARTO Y POSTPARTO EN MÁS DE 20 SEMANAS DE GESTACIÓN

Medicamentos e insumos necesarios para el tratamiento

Partos esperados: 160.000 • Frecuencia de morbilidad: 5%

Hipovolemia por hemorragia vaginal

Nivel de Atención	Códigos	Medicamentos (M) e Insumos (I)	Presentación	Cantidad por caso	Frecuencia de Utilización	Costo Unitario	Costo Total	Costo x 100 casos
CS/HD/HR/HE	M	Solución Lactato Ringer	Frasco x 1000 ml	3,00	1,000	4.900	14.700	
	I	Equipo de canalización	Set	1,00	1,000	18.500	18.500	
							33.200	3.320.000

Desprendimiento prematuro de placenta normoinsera

Nivel de Atención	Códigos	Medicamentos (M) e Insumos (I)	Presentación	Cantidad por caso	Frecuencia de Utilización	Costo Unitario	Costo Total	Costo x 100 casos
CS/HD/HR/HE	M	Solución Lactato Ringer	Frasco x 1000 ml	4,00	1,000	4.900	19.600	
	M	Oxitocina 5 UI	Ampolla x 1 ml	6,00	1,000	1.525	9.150	
	I	Jeringas de 5 cc c/aguja 21		5,00	1,000	600	3.000	
	I	Equipo de canalización	Set	1,00	1,000	18.500	18.500	
	I	Equipo de transfusión sanguínea	Set	1,00	1,000	19.000	19.000	
							69.250	6.925.000

Atonia o hipotonía uterina

Nivel de Atención	Códigos	Medicamentos (M) e Insumos (I)	Presentación	Cantidad por caso	Frecuencia de Utilización	Costo Unitario	Costo Total	Costo x 100 casos
CS/HD/HR/HE	M	Solución Lactato Ringer	Frasco ampolla	4,00	1,000	4.900	19.600	
	M	Oxitocina 5 UI	Ampolla x 1 ml	8,00	1,000	1.525	12.200	
	M	Maleato de ergometrina iny.	Ampolla x 1 ml	2,00	1,000	6.480	12.960	
	I	Jeringas de 5 cc c/aguja 21		6,00	1,000	600	3.600	
	I	Equipo de canalización	Set	1,00	1,000	18.500	18.500	
	I	Equipo de transfusión sanguínea	Set	1,00	1,000	19.000	19.000	
							85.860	8.586.000

Retención de restos placentarios

Nivel de Atención	Códigos	Medicamentos (M) e Insumos (I)	Presentación	Cantidad por caso	Frecuencia de Utilización	Costo Unitario	Costo Total	Costo x 100 casos
CS/HD/HR/HE	M	Solución Lactato Ringer	Frasco ampolla	2,00	1,000	4.900	9.800	
	M	Oxitocina 5 UI	Ampolla x 1 ml	3,00	1,000	1.525	4.575	
	I	Jeringas de 5 cc c/aguja 21		4,00	1,000	600	2.400	
	I	Guantes estériles 7 1/2	Par	2,00	1,000	1.700	3.400	
	I	Equipo de canalización	Set	1,00	1,000	18.500	18.500	
							38.675	3.867.500

Morbilidad: HEMORRAGIA EN EL PREPARTO Y POSTPARTO EN MÁS DE 20 SEMANAS DE GESTACIÓN
Medicamentos e insumos necesarios para el tratamiento
Ruptura Uterina

Nivel de Atención	Códigos	Medicamentos (M) e Insumos (I)	Presentación	Cantidad por caso	Frecuencia de Utilización	Costo Unitario	Costo Total	Costo x 100 casos
	M	Bupivacaína hiperbárica 0,5%	Ampolla	1,00	1,000	9.000	9.000	
	M	Midazolam 15 mg	Ampolla x 3 ml	2,00	1,000	9.000	18.000	
	M	Solución Lactato Ringer	Frasco x 1000 ml	4,00	1,000	4.900	19.600	
	M	Atropina sulfato	Ampolla x 1 ml	1,00	1,000	5.000	5.000	
	M	Fentanilo citrato	Ampolla x 2 ml	3,00	1,000	9.000	27.000	
	I	Aguja raquídea nº 25	Set	1,00	1,000	36.735	36.735	
	I	Jeringas de 5 cc c/aguja 21		10,00	1,000	600	6.000	
	I	Equipo de canalización	Set	1,00	1,000	18.500	18.500	
	I	Hoja de bisturí nº 23	Sobre	1,00	1,000	512	512	
HD/HR/HE	I	Sonda vesical	Set	1,00	1,000	8.000	8.000	
	I	Colector de orina	Set	1,00	1,000	3.500	3.500	
	I	Guantes quirúrgicos 7 1/2	Par	4,00	1,000	1.700	6.800	
	I	Polyglactil (Vicryl ®) 3/0 con aguja curva	Sobre	2,00	1,000	18.000	36.000	
	I	Polyglactil (Vicryl ®) 1 con aguja curva	Sobre	2,00	1,000	10.000	20.000	
	I	Hilo de algodón 3/0	Sobre	1,00	1,000	6.000	6.000	
	I	Gasa x 10 m	Paquete	1,00	1,000	14.000	14.000	
	I	Tela adhesiva tamaño mediano	Rollo	1,00	1,000	3.800	3.800	
							238.447	23.844.700

