

## **La mortalidad materna en Argentina y Paraguay; desafíos para las políticas de protección social en salud**

**Palabras clave:** mortalidad materna, protección social en salud, Argentina, Paraguay.

María Alejandra Fantin<sup>1</sup>

Claudina Zavattiero<sup>2</sup>

### **Resumen**

Las defunciones por causas derivadas del embarazo, parto y puerperio además de ser uno de los principales factores de riesgo de mortalidad en las mujeres en edad reproductiva, refleja las profundas desigualdades sociales al estar íntimamente relacionada con la pobreza, con el acceso a servicios de salud y con el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos, por lo tanto, constituyen uno de los indicadores altamente demostrativo de las condiciones socioeconómicas de un país, del acceso y calidad de los servicios de atención a la salud materna y de las políticas de protección social en salud y transversalmente de las de educación y acceso a oportunidades plenas en la sociedad (Mojarro, et al. 2003; Díaz Echeverría, 2006).

Según estimaciones de la OMS en 2015 a nivel mundial perdieron la vida unas 303.000 mujeres por causas relacionadas con la maternidad. De esas defunciones, el 99% correspondió a países en desarrollo y la mayoría de ellas podrían haberse evitado (OMS, 2015). La prevención de estas defunciones se ha convertido en una prioridad internacional desde hace varias décadas. Una de las metas de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) establecidos en el último acuerdo mundial es reducir la razón de mortalidad materna mundial a menos de 70 por 100.000 nacidos vivos entre 2016 y 2030, y lograr que ningún país tenga una mortalidad materna que supere el doble de la media mundial. En este contexto, países limítrofes como Argentina y Paraguay, que en sus fronteras comparten algunas características similares, han transitado rumbos diferentes en la dinámica demográfica y la implementación de políticas de protección social en salud, generando diferencias abismales como razones de mortalidad materna en Paraguay que duplican las de Argentina.

Por lo expuesto, el presente trabajo tiene como objetivo analizar y comparar la evolución y situación actual de la mortalidad materna en Argentina y Paraguay y revisar las medidas que cada país ha tomado con el fin de brindar información para mejorar las políticas públicas tendientes a tratar de disminuir la gravedad de la problemática analizada. Se aplican técnicas descriptivas y análisis comparativo a partir de los datos de Anuarios publicados por la Dirección de Estadísticas e Información de Salud del Ministerio de Salud de la República Argentina y de Anuarios de Indicadores de Mortalidad publicados por el departamento de Bioestadística del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social de la República del Paraguay.

El estudio concluye que Paraguay debe redoblar los esfuerzos para disminuir los niveles de mortalidad materna considerando además de sus causas, los obstáculos sociales y económicos, con miras a aumentar la calidad de vida de sus habitantes y el desarrollo del país. Para ello deberá no solo diseñar, sino también implementar políticas de protección social en salud y transversales principalmente en educación, desarrollo social y trabajo, considerando las desigualdades presentes en determinadas zonas geográficas y grupos etarios.

---

<sup>1</sup> Instituto de Investigaciones Geohistóricas -UNNE- CONICET. E-mail: [afantin@bib.unne.edu.ar](mailto:afantin@bib.unne.edu.ar)

<sup>2</sup> Instituto de Investigaciones Geohistóricas -UNNE- CONICET. E-mail: [claudinaz@hotmail.com](mailto:claudinaz@hotmail.com)

## I. Introducción

El embarazo y la maternidad, además de considerarse procesos naturales indispensables para la supervivencia humana, son acontecimientos gratificantes en la vida de muchas mujeres e inclusive en su entorno social. Pero el hecho que derive en la muerte de la madre acarrea repercusiones familiares, sociales, económicas y políticas (Rodríguez; Verdú, 2013), que se condicen con la negación de una serie de derechos humanos, incluidos los sexuales y reproductivos, e incide en el desarrollo del país. A este escenario también se añade el probable agravante de arrastrar consigo la vida de un hijo nacido en malas condiciones.

Según Cook (citada en Acosta, 1999) la mortalidad materna atenta contra el derecho a la vida, la libertad y a la seguridad personal, el derecho a fundar una familia y a tener vida familiar, el derecho al cuidado de la salud y a beneficiarse del progreso científico y los derechos relacionados con la igualdad y con la no discriminación. En este contexto, la mortalidad materna adquiere la connotación de problemática social en la medida que su ocurrencia está ampliamente relacionada con grupos socialmente postergados, carentes de oportunidades, y en situación de pobreza y desigualdad (BM, 2006). *“Las raíces de este problema se encuentran no sólo en las condiciones de pobreza relacionadas con bajos niveles de desarrollo económico, sino también en la posición social de subordinación que ocupa la mujer en las distintas sociedades; esta posición genera o exacerba factores de riesgo biológico vinculados a la maternidad, e incide en las prioridades nacionales, locales y familiares que guían la inversión de recursos para responder a esos riesgos”* (Gómez Gómez, 1997:28).

Es importante destacar que la mayor parte de las muertes maternas son evitables; numerosos estudios a nivel internacional y en latinoamericana han demostrado que dichas defunciones son prevenibles y que desde hace muchos años se cuenta con el conocimiento científico y la tecnología sencilla requeridos para impedirlos (Padilla, 2003; Gómez Gómez, 1997, UNICEF, 2009). El acceso a servicios de salud constituye un componente central en la prevención de dichas muertes (BM, 2006). En este sentido, la protección social en salud debe garantizar, por medio de los poderes públicos, que todo individuo pueda satisfacer sus necesidades y demandas de salud al obtener acceso adecuado a los servicios del sistema, sin que la capacidad de pago constituya un factor restrictivo.

En este contexto Uribe (2009: 14) plantea que existen “*nuevos paradigmas en la atención maternal y neonatal, que tienden a mejorar la capacidad resolutive, adaptación de los servicios de salud a las expectativas, creencias y valores de la población usuaria, lo que significa una mayor vinculación entre los profesionales de la salud y la población, con base a sus derechos y necesidades*”, esto implica pasar de la mortalidad materna a la maternidad segura y saludable.

Estimaciones recientes de la OMS a nivel mundial dan cuenta de que en 2015 unas 303.000 mujeres perdieron la vida por causas relacionadas con la maternidad. De esas defunciones, el 99% correspondió a países en vías de desarrollo, la mayoría de ellas vive en situación de pobreza y tiene acceso limitado a atención obstétrica de calidad, e inclusive, dichas muertes podrían haberse evitado (OMS, 2015, GTR, 2012). En América Latina y el Caribe, alrededor de 9.300 mujeres murieron por causas maternas en 2013, lo que representa 85 muertes por 100.000 nacidos vivos, fluctuando entre 14 defunciones por 100.000 nacidos vivos en Uruguay y 380 defunciones por 100.000 nacidos vivos en Haití (OMS, 2014).

Reducir las muertes maternas constituye un desafío que implica elevar la calidad de vida de las personas, especialmente de las mujeres, las gestantes y las madres, asegurándoles salud, educación, capacitación laboral y acceso a oportunidades plenas en la sociedad. Así, la prevención de las defunciones maternas se ha convertido en una prioridad internacional desde hace décadas. Una de las metas de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) establecidos en el último acuerdo mundial es reducir la razón de mortalidad materna mundial a menos de 70 por 100.000 nacidos vivos entre 2016 y 2030, y lograr que ningún país tenga una mortalidad materna que supere el doble de la media mundial.

Las mencionadas metas se dan en el marco de una serie de iniciativas, propuestas y declaratorias de compromisos internacionales previos como: la Convención sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (1979), que en su Art. 12 insta a que “*los Estados Partes garantizarán a la mujer servicios apropiados en relación con el embarazo, el parto y el período posterior al parto, proporcionando servicios gratuitos cuando fuere necesario*”, la Conferencia Internacional sobre la

Maternidad sin Riesgos (1987), la Conferencia Sanitaria Panamericana (1990)<sup>3</sup>, la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (1994) en la cual se reconocieron de manera inicial los derechos reproductivos como parte de los derechos humanos, la Cumbre Mundial sobre Desarrollo Social (1995) y la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer (1995), en estos eventos se establecieron como metas la reducción de la mortalidad materna en 50% para el año 2000 y reafirmaron la importancia de monitorear el progreso. Posteriormente, la Cumbre del Milenio (2000) de las Naciones Unidas instó a la comunidad internacional a reducir la mortalidad materna en 75% para el año 2015, frente a los niveles de 1990.

Para América Latina y el Caribe, la 26ª Conferencia Sanitaria Panamericana (2012) adoptó una meta a mediano plazo para reducir la mortalidad materna a menos de 100 defunciones maternas por 100.000 nacidos vivos (OPS, 2003). Asimismo, cabe resaltar la importancia que le han dado al tema las Conferencias Internacionales de la Mujer.

Dentro de este marco, el presente trabajo tiene la finalidad de analizar y comparar la evolución y situación actual de la mortalidad materna en Argentina y Paraguay en el quinquenio 2010-2014, con el objeto de brindar información para la toma de decisiones tendiente a tratar de disminuir la gravedad de la problemática analizada, contribuyendo al logro de las metas propuestas.

La elección de dichos países obedece a que si bien son limítrofes y en sus fronteras compartes ciertas características poblacionales y sanitarias (Fantin, 2008), la razón de mortalidad materna de Paraguay duplica la de Argentina, por lo que se considera que la experiencia de este último podría servir para que Paraguay tome medidas para reducir los niveles de mortalidad.

## **II. Materiales y Métodos**

Este documento asume la definición de muerte materna otorgada por la décima revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10) que considera que se trata de

---

<sup>3</sup> A éstas le antecede la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud (Alma Ata, 1978) que marcó un hito en la concepción de salud al considerarla como un derecho humano fundamental y que el logro más alto de salud es un objetivo social.

la muerte de una mujer mientras está embarazada o dentro de los 42 días siguientes a la terminación del embarazo, independientemente de la duración y el sitio de la gestación, debida a cualquier causa relacionada con o agravada por el embarazo mismo o su atención, pero no por causas accidentales o incidentales. Las defunciones maternas pueden subdividirse en dos grupos: las *defunciones obstétricas directas* que resultan de complicaciones obstétricas del embarazo, parto y puerperio, de intervenciones, de omisiones, de tratamiento incorrecto, o de una cadena de acontecimientos originada en cualquiera de las circunstancias mencionadas, en tanto, las *causas obstétricas indirectas* son las que resultan de una enfermedad existente desde antes del embarazo o de una enfermedad que evoluciona durante el mismo, no debidas a causas obstétricas directas pero sí agravadas por los efectos fisiológicos del embarazo, en estas se incluyen anemia, paludismo, enfermedades coronarias y VIH (OPS, 1995).

Las múltiples causales que pueden intervenir en este tipo de defunción suelen ocasionar un inadecuado registro que se traduce en una clasificación errónea y consecuente subregistro de la muerte materna en los sistemas nacionales de estadísticas vitales, pudiendo oscilar entorno al 30%<sup>4</sup>. Es por ello, que la falta de datos precisos representa una de las principales dificultades al abordar las defunciones maternas<sup>5</sup>.

Por otro lado, la Declaración Universal de los Derechos Humanos (1948) reconoció que la protección de la salud es un derecho fundamental que debe ser garantizado a toda la ciudadanía en condiciones de igualdad. A partir de ello, la OPS considera que la protección social en salud es la garantía que la sociedad otorga, por medio de los poderes públicos, para que un individuo o un grupo de individuos, pueda satisfacer sus necesidades y demandas de salud al obtener acceso adecuado a los servicios del sistema o de alguno de los subsistemas de salud existentes en el país, sin que la capacidad de pago constituya un factor restrictivo.

---

<sup>4</sup> Estudios cuidadosos realizados en Francia y en los Estados Unidos muestran que una proporción importante, frecuentemente hasta un tercio, de muertes que deben ser registradas como maternas están clasificadas erróneamente (Bouvier-Colle et cols., 1991; Berg et cols., 1996, citado en Hill et all. 2001).

<sup>5</sup> En el caso de Argentina, en el año 2001 se incorporó una pregunta a los formularios estadísticos de defunción, de forma tal de identificar más adecuadamente los casos de muertes maternas y, consecuentemente, conocer con mayor precisión el nivel de la tasa de mortalidad materna. A partir de esta herramienta, anualmente se intenta mejorar la calidad de la información y superar la omisión de causas maternas (Ministerio de Salud, 2015).

En este estudio se aplican técnicas descriptivas y análisis comparativo principalmente entre 2010 y 2014 a partir de los datos disponibles en los Anuarios publicados por la Dirección de Estadísticas e Información de Salud del Ministerio de Salud de la Argentina y en los Anuarios de Indicadores de Mortalidad publicados por el Departamento de Bioestadística del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social del Paraguay, con base en los registros de muertes y nacimientos. Para el análisis de las principales causas de mortalidad materna se utiliza la codificación según los grandes capítulos de la CIE-10.

El indicador principalmente utilizado en este documento es la razón de mortalidad materna (RMM) consistente en el cociente entre el número de muertes maternas durante un período de tiempo dado y el número de nacidos vivos en el mismo periodo, por 100.000 nacidos vivos<sup>6</sup>. El estudio demanda un trabajo de compatibilización de datos provenientes de diferentes fuentes de información por parte de los dos países.

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

### **III. Resultados y discusión**

#### **Contexto sociodemográfico<sup>7</sup>**

Argentina y Paraguay presentan estructuras de población notablemente diferente que evidencian una dinámica demográfica más avanzada en el caso de Argentina, traduciéndose en un estadio de transición demográfica avanzada respecto a Paraguay que se encuentra en plena transición según la clasificación establecida por CELADE (2005)<sup>8</sup>.

---

<sup>6</sup> Cabe precisar que este indicador no mide el riesgo obstétrico puesto que no incluye en el denominador los embarazos que no terminaron en nacimientos vivos, pero que pueden ser responsables de una muerte materna, esto es así porque en la práctica es raro encontrar la información apropiada sobre los embarazos que no terminaron en nacimientos vivos (Hill et al, 2001).

<sup>7</sup> La Tabla A1 del anexo presenta los Indicadores de contexto sociodemográfico de la población, Argentina y Paraguay.

<sup>8</sup> Se considera países en transición incipiente aquellos que exhiben alta natalidad. En la etapa de transición moderada se encuentran los países de alta natalidad, pero cuya mortalidad ya puede calificarse de moderada, con un crecimiento natural todavía elevado, cercano al 3%. En plena transición están los países con natalidad moderada y mortalidad moderada o baja, lo que determina un crecimiento natural moderado, cercano al 2% (entre 1,7% y 2,5%). En la etapa de transición avanzada se ubican los países con natalidad y

Las principales características de Paraguay al 2014 dan cuenta de que el país está conformado por 6,8 millones de habitantes, con una tasa de crecimiento media anual del orden de 15 personas por mil habitantes y se caracteriza por presentar una estructura de población joven (61,5% tiene menos de 30 años -2010-), aunque ya ha iniciado el proceso de envejecimiento (7,9% de la población tiene 60 años y más -2010-). Además, una importante parte de su población está asentada en zonas rurales (41,7% -2010-). En tanto, la población argentina de más de 42,6 millones de habitantes y mayoritariamente urbana (91%), crece a un ritmo más lento que su vecino país (11,1 por mil habitantes) y presenta una estructura de población más envejecida, el grupo menor a 30 años de edad es del 50,3% y la población de 60 años y más asciende a 14,3% (2010), por tanto, la edad media de la población argentina supera considerablemente a la de Paraguay.

Consecuentemente, la incidencia de cada uno de los factores anteriormente mencionados se manifiesta de manera distinta cuando se analiza la composición por sexo; en Paraguay existe un predominio de población masculina, con una relación de 102,1 varones por cada cien mujeres, en tanto, en la Argentina la relación es inversa, con una mayoría de población femenina y una tasa de masculinidad de 94,8 varones por cada cien mujeres.

El grupo de mujeres en edad fértil (15 a 49 años) está compuesto por el 49,7% del total de mujeres en Argentina y por el 51,8% en Paraguay. Lo mencionado, en combinación con la estructura de población, da lugar a mayor peso de población femenina adolescente entre las mujeres en edad fértil en Paraguay frente a Argentina (21,2% y 16,9% respectivamente) y tasas de natalidad que, si bien, en el caso de Paraguay presenta valores moderados (22 por mil habitantes), son más elevadas que en países con mayor envejecimiento como Argentina (17,9 por mil habitantes). Esto es así puesto que más de la mitad de los nacimientos son aportados por mujeres menores de 30 años (CEPEP, 2009).

Paraguay también ostenta baja tasa bruta de mortalidad (5,7 por mil habitantes) frente a Argentina (7,7 por mil habitantes), como resultado del bajo peso que aún tienen las personas adultas mayores en la población paraguaya. Por ende, la esperanza de vida al nacer en Paraguay es más baja que en Argentina (72,4 y 75,3 respectivamente). La

---

mortalidad moderada o baja, lo que se traduce en un crecimiento natural bajo, del orden del 1% (entre 0,5% y 1,5%).

mortalidad infantil tiene gran influencia en este indicador, además de reflejar el estado de salud, nivel de vida y desarrollo de un país. La tasa de mortalidad infantil en Paraguay casi triplica a la registrada en Argentina (27,9 y 10,8 por 1.000 nacidos vivos, respectivamente).

En este ámbito, es importante señalar que las causas por las cuales puede morir una persona son muy variadas, y en el caso de las mujeres se agrega la muerte por causa de embarazo, parto y puerperio. En 2014, dichas muertes representan el 2% del total de muertes de las mujeres en edad fértil (10 a 49 años) en Argentina y el 4,5% en Paraguay. Esta disparidad puede obedecer a factores demográficos como los presentados brevemente arriba que, según Hill et al. (2001:14) “*menos nacimientos producen menos muertes maternas, aunque no existan nuevas intervenciones de salud de la mujer*”, pero también a aspectos relacionados con las condiciones sociales, económicas, culturales y sanitarias en cada uno de los países. Solo por citar algunos, el porcentaje de partos institucionales, que está asociado de manera positiva con la disminución de la mortalidad materna, es casi universal en Argentina (99,6%) mientras que en Paraguay aún deben realizarse algunos esfuerzos para captar la totalidad de los partos (96,2%), además de garantizar la atención de calidad a las que llegan al servicio.

Otro indicador que garantiza una cobertura de salud ante cualquier eventualidad es la tenencia de seguro médico. En Argentina este indicador alcanza al 63,9% de la población y en Paraguay a menos de un tercio (29,2%). Otro aspecto que da cuenta de las disparidades entre países en el ámbito de la salud materna lo constituye el porcentaje de madres con la cantidad de controles prenatales mínimos requeridos en cada país, factor en el cual Argentina presenta un buen cumplimiento (93,2% de las madres tuvo 5 o más controles), en tanto, en Paraguay la cifra desciende a 80,6% (4 o más controles). Cabe destacar que esto es una condición necesaria para evitar muertes maternas, como se verá más adelante.

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

En el contexto que se viene presentando, es importante resaltar que mientras la tasa de mortalidad infantil y la tasa global de fecundidad han disminuido en los últimos años en ambos países, y la expectativa de vida al nacer se ha incrementado, la mortalidad materna

no ha mostrado mayor reducción. La evolución del indicador de mortalidad materna a lo largo de las últimas dos décadas muestra una reducción paulatina en Argentina y Paraguay, pero en este último las fluctuaciones en los últimos años impiden aseverar que dicha reducción será sostenida e inclusive podría apelar el cumplimiento de las metas de reducción asumidas en los ODS.

Según las estimaciones de la OMS (2014) la RMM ubica a Argentina en el lugar 94 entre 183 países a nivel mundial, en tanto, Paraguay se posiciona en el número 112, registrando niveles intermedios en el contexto de América Latina que ubica a Uruguay como uno de los países con menor RMM (14 por 100.000 nacidos vivos) y a Bolivia entre los de mayor RMM (200 por 100.000 nacidos vivos) (OMS, 2014). Al analizar los niveles de mortalidad materna de Argentina y Paraguay se puede observar una gran diferencia entre ambos países, la RMM de Paraguay en promedio triplica a la de Argentina en el periodo analizado (1990-2014) (Gráfico 1).

En el último año de la serie analizada Argentina registró un promedio trianual de RMM de 35 muertes maternas por cada 100.000 nacidos vivos, en tanto, Paraguay duplica dicho valor (81,7 muertes maternas por cada 100.000 nacidos vivos).

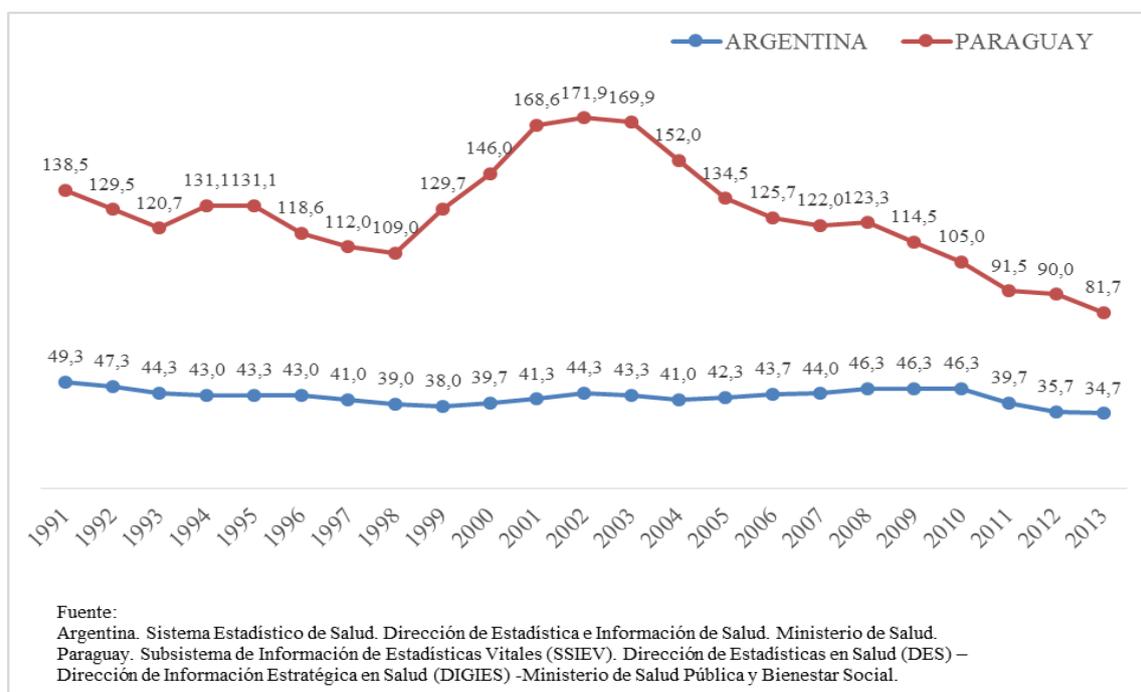


Gráfico 1. Razón de Mortalidad Materna registrada (por 100.000 nacidos vivos) según años, Argentina y Paraguay, periodo 1991-2013 (promedios móviles trianuales).

Las tendencias mostradas no se han dado de manera equilibrada al interior de ambos países, y ocultan la grave discriminación a la que están sujetas las poblaciones más vulnerables. En un análisis geográfico se pueden identificar sectores conformados por departamentos (subdivisión de Paraguay) y provincias (en Argentina), de acuerdo a los niveles de RMM<sup>9</sup>, que en general presentan cifras similares a un lado y otro de la frontera de ambos países<sup>10</sup>, con lo cual se vuelve a comprobar la hipótesis de Fantin (2008: vii) que plantea que *“los que viven en la frontera argentino-paraguaya se parecen más a sí mismos que a los pares de sus respectivos países”*.

Como se puede observar en la Tabla 1, el promedio de la RMM centrado en el año 2013 indica que las provincias que conforman el Nordeste argentino (Chaco, Formosa, Corrientes y Misiones) y que limitan con Paraguay, poseen niveles de mortalidad materna considerablemente superior a la media nacional. La situación más extrema la presenta la provincia de Formosa con una RMM de 112,6 defunciones maternas por cada 100.000 nacidos vivos, muy similar a las cifras encontradas en los departamentos de Paraguay que comparten la frontera con Argentina<sup>11</sup>. En gran parte de ellos, la mortalidad materna continúa siendo un problema significativo y de difícil erradicación; a pesar de que el nivel nacional haya experimentado un importante descenso en los últimos años<sup>12</sup>.

---

<sup>9</sup> Es preciso alertar acerca de la posibilidad de mayores niveles de sub-registro en zonas alejadas y con difícil acceso a la red de servicios, aspecto que impide captar fehacientemente la realidad presentada.

<sup>10</sup> En este sentido, se considera “zona de frontera” a diferencia del “límite de frontera” y se define, desde una perspectiva cultural y geográfica. Su existencia es determinada fundamentalmente por la presencia de manifestaciones culturales, sociales y económicas. El ancho de la frontera a ambos lados del límite internacional va a estar dado, fundamentalmente, por la relación cotidiana que ejercen los actores sociales y económicos que actúan de uno u otro lado, como así también por las acciones de desarrollo regional, cooperación e integración bilateral existentes, lo que no necesariamente va a depender de la mayor o menor distancia geográfica que existe entre el límite administrativo, sino más bien de la intensidad con que se manifiesta o se vive la frontera (Fantin, 2008).

<sup>11</sup> La utilización de unidades administrativas para la delimitación de la zona de frontera tiene una finalidad práctica y responde a la forma en la que los Ministerios de Salud publican los datos.

<sup>12</sup> La Tabla A2-1 y A2-2 presenta la Razón de Mortalidad Materna registrada por división administrativa de Argentina y Paraguay, periodo 2010-2014, respectivamente.

Tabla 1. Razón de Mortalidad Materna (por 100.000 nacidos vivos) por provincia (Argentina) y departamento (Paraguay) fronterizos, promedio trianual centrado en 2013.

<b>ARGENTINA</b>		<b>PARAGUAY</b>	
<b>TOTAL</b>	<b>34,9</b>	<b>TOTAL</b>	<b>81,7</b>
Formosa	112,6	Pte. Hayes	168,1
Chaco	58,1	Alto Paraná	105,4
Corrientes	51,9	Central	80,4
Misiones	35,9	Itapúa	77,6
		Boquerón	74,8
		Asunción	59,5
		Misiones	53,7
		Ñeembucú	34,6

Fuente:

Argentina: elaboración propia a partir de Ministerio de Salud de la Nación, Secretaría de Políticas, Regulación e Institutos, Dirección de Estadísticas e Información de Salud. Natalidad, mortalidad general, infantil y materna por lugar de residencia Argentina – Año 2012 a 2014.

Paraguay: elaboración propia a partir de Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social, Sub-Sistema de Información de las Estadísticas Vitales (SSIEV) - Año 2012 a 2014.

Las muertes maternas ocurren a lo largo del periodo de edad reproductiva de las mujeres, pero con mayor incidencia en el grupo de 30 a 34 años, seguido en importancia de las defunciones ocurridas entre 25 y 29 años de edad tanto en Argentina como en Paraguay. Cualquiera sea el caso, debe llamar la atención que en torno al 50% de las defunciones ocurren en mujeres de menos de 30 años. En este marco, un grupo particularmente vulnerable a morir por causas del embarazo, parto o puerperio lo constituyen las niñas y las adolescentes (10 a 19 años). El análisis de la tendencia de muertes maternas en este grupo es relevante considerando las implicancias y consecuencias que representa, primeramente, un embarazo en esta etapa de la vida y como agravante una muerte materna. Según Pantelides & Cerrutti (1992), entre los riesgos que corren las mujeres y sus hijos cuando éstos son tenidos en la adolescencia, se evidencian niveles más altos de morbilidad y mortalidad y un alto riesgo de perder la vida durante el embarazo o parto. Cuanto más joven la mujer queda embarazada, mayores son los riesgos sanitarios para ella misma y para su bebé.

A pesar de las diferencias mostradas anteriormente entorno a la RMM a nivel nacional, cuando se analiza la mortalidad materna en niñas y adolescentes las disparidades se pierden y representan cifras similares en ambos países, que en promedio rondan 1 de cada 8 muertes maternas en Argentina y Paraguay. Este hecho, de alarmante gravedad, involucra principalmente a adolescentes (15 a 19 años) que pierden la vida a causa de

problemas relacionados con el embarazo, parto y puerperio, pero que también incluye a niñas de entre 10 y 14 años (Gráfico 2) (Anexo, Tabla A3).

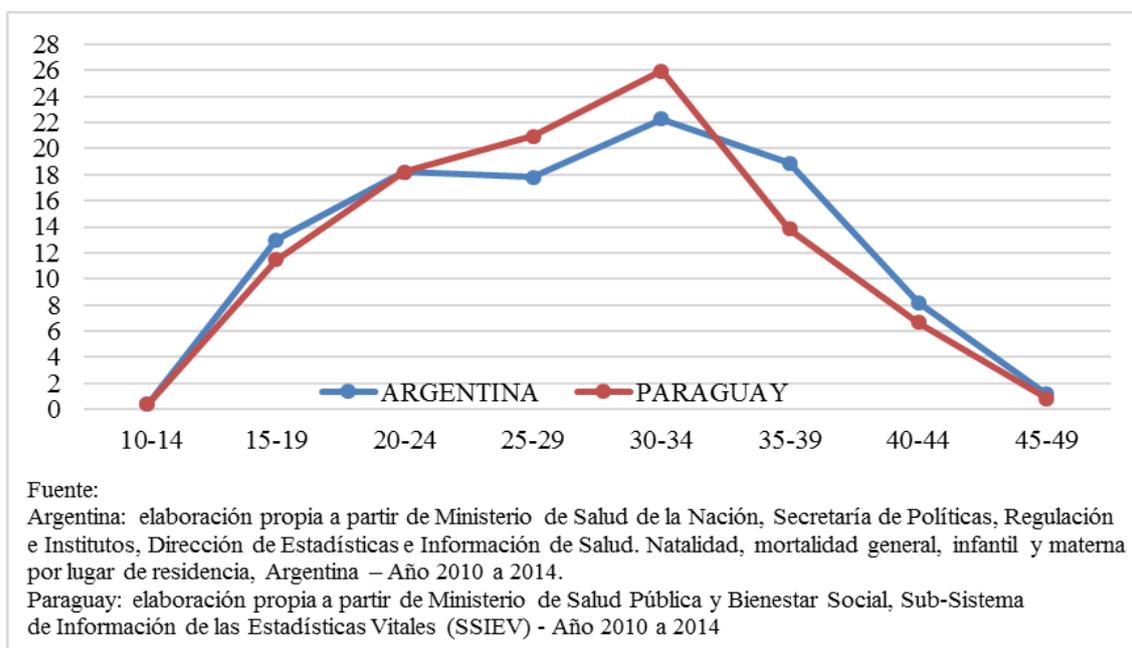


Gráfico 2. Porcentaje de muertes maternas por grupos de edad, Argentina y Paraguay, promedio trianual centrado en 2013.

### Principales causas de mortalidad materna en Argentina y Paraguay

En ambos países analizados las principales causas de muertes maternas (excluyendo las clasificadas como “otras complicaciones del embarazo, parto y puerperio”) las constituyen el aborto, las hemorragias, y la toxemia, estas últimas dos consideradas causas directas que se relacionan con una intervención tardía e insegura, falta de equipos y recursos, ausencia de normas de manejo o de supervisión de las mismas. En Paraguay esas causas directas tienen pesos similares, en tanto en Argentina, cobra mayor importancia las muertes ocasionadas por abortos (Gráfico 3) (Anexo, Tabla A4).

El aborto ha sido, a través de los años una importante causa de muerte materna, siendo responsable, según el año, de una de cada cinco muertes maternas. Es probable que su peso sea mayor en la realidad debido al sub-registro y el ocultamiento que es objeto por ser una actividad penada por la ley en los países estudiados.

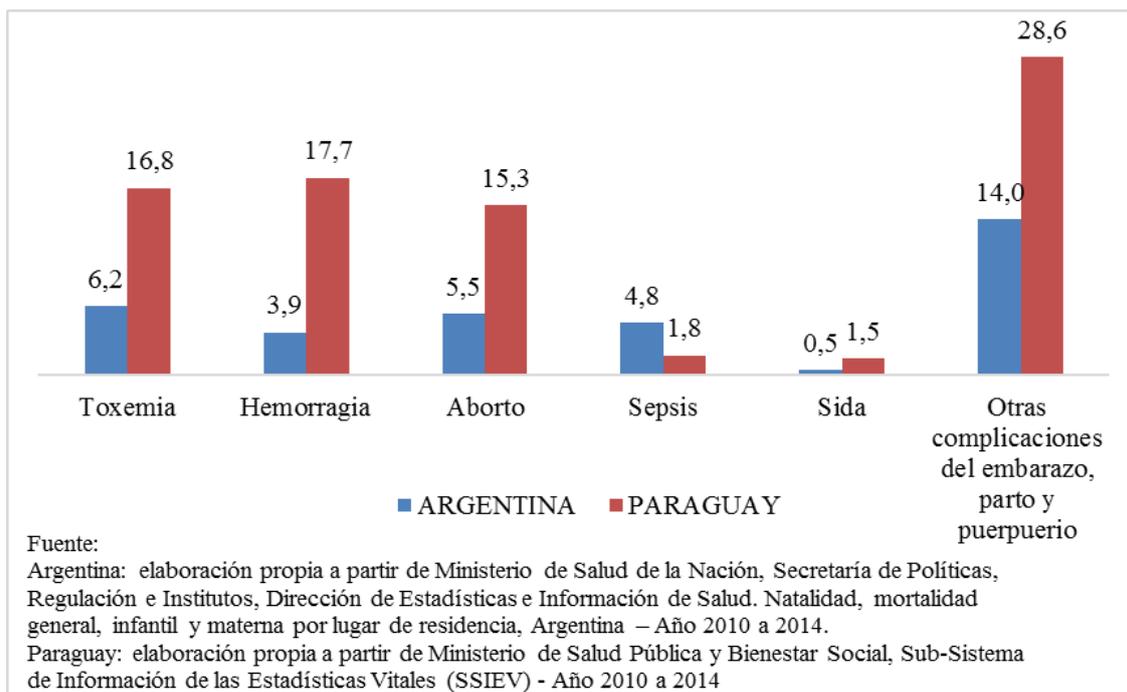


Gráfico 3. Razón de Mortalidad Materna (por 100.000 nacidos vivos) por principales causas de muerte, Argentina y Paraguay, promedio trianual centrado en 2013.

### Contexto político-institucional del sistema de salud en atención a la reducción de la mortalidad materna

La mayoría de las muertes maternas son evitables por medio de la existencia y acceso a servicios de salud adecuados en cuanto a profesionales calificados, equipos y medicamentos apropiados en la atención y respuesta a tiempo en las distintas etapas; gestacional -con al menos cuatro consultas prenatales-, parto -con los medios necesarios para garantizar la prevención de hemorragias e infecciones, la atención obstétrica y neonatal de emergencia-, y postnatales -con visitas a las madres y los recién nacidos- (UNICEF, 2009 BM, 2006).

Por su parte, “*los servicios de planificación de la familia también podrían reducir la muerte y morbilidad materna en un 30%. La prevención de embarazos no deseados y el acceso a un aborto seguro, según permita la ley, y a servicios de asistencia posterior a dicha intervención podrían reducir las muertes maternas y las lesiones que provocan los abortos en condiciones de riesgo*” (BM, 2006: 1).

En este sentido, el actual ambiente de globalización permite conocer más acabadamente las experiencias y las soluciones que los países dieron y están dando al problema de la mortalidad materna. A continuación, se presentan los avances en cada uno de los países analizados, a fin de tomar las buenas prácticas y lecciones aprendidas de un problema que *“puede y debe disminuir, en la medida en que se definan y desarrollen políticas coherentes y acciones sostenidas en el tiempo”* (MS y UNICEF, 2003:5).

Como antesala es importante señalar que, en la Argentina recién a mediados de la década de los años ochenta se comienza a incluir el tema de salud sexual y reproductiva en la agenda tanto pública como política. *“Hasta esa fecha, el silencio de las autoridades sobre la salud reproductiva y los derechos sexuales y reproductivos de la población, en particular de las mujeres, se debió básicamente a dos motivos. Por un lado, a las restricciones normativas con relación a la planificación familiar vigentes en la Argentina desde mediados de la década de 1970<sup>13</sup> hasta mediados de la de 1980 y, por otro, a la ausencia de un debate en la sociedad que ubicara en el centro de la agenda pública los intereses y derechos de las mujeres respecto de la sexualidad y la reproducción”* (op. cit). La situación se modificó en torno a los noventa con la primera experiencia de política pública “Programa de Procreación Responsable” (1988). Del mismo modo, la Reforma Constitucional de 1994 significó un importante avance en el reconocimiento de los derechos de las mujeres, ya que incorporó con rango constitucional el tratado firmado en la Convención sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW<sup>14</sup>).

En la década del 90 diversas provincias y municipios han dictado leyes de salud reproductiva que reconocen los derechos de mujeres y varones a regular su fecundidad e impulsan programas de salud reproductiva que en general tienen como objetivo brindar información sobre las diversas técnicas de control de la natalidad, sobre la necesidad de la utilización de preservativos para evitar el contagio de HIV y establecer claramente que los médicos podrán ordenar estas prácticas (op. cit)<sup>15</sup>.

---

<sup>13</sup> Decreto 659/1974 y Decreto 3938/1977 derogados por Decreto 2274/1986.

<sup>14</sup> En esta convención los estados se comprometieron a adoptar todas las medidas apropiadas para asegurar el “acceso al material informativo específico que contribuya a asegurar la salud y el bienestar de la familia, incluida la información y el asesoramiento sobre planificación de la familia”.

<sup>15</sup> De las cuatro provincias argentinas analizadas en este trabajo, el Chaco fue la primera en contar con una legislación (Ley 4.276/1996), que establece la creación del “Programa de Educación para la Salud y Procreación Humana Responsable”. Ese mismo año la provincia de Corrientes sanciona la Ley 5.146 de

En el ámbito nacional, en el año 2002 se sancionó la Ley 25.673 por la cual se reglamenta la creación del Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable (2003) bajo jurisdicción del Ministerio de Salud. De esta manera, por primera vez en el país, se incorporó la salud sexual y reproductiva a la agenda de las políticas públicas del Estado nacional y se establece explícitamente el objetivo de disminuir la morbimortalidad materno (Art. 2).

Este marco sirvió para crear institucionalidad al interior del Ministerio de Salud<sup>16</sup> y dar lugar a planes como el “Plan Estratégico para la Reducción de la Mortalidad Materna y la Mortalidad Infantil 2009–2011”, que financia el “Plan Nacer” para reducir la mortalidad infantil y materna y el gran número de muertes por abortos inseguros y la mortalidad de la mujer, y en este contexto también el “Plan operativo para la reducción de la mortalidad materno infantil, de las madres y de las adolescentes” (2009) que se centra en detectar las principales causales que desencadenan la muerte de mujeres, adolescentes, niños y niñas para actuar sobre ellas. Se trata de focalizar en los procesos de gestión, recursos humanos, insumos e infraestructura que signifiquen un obstáculo para la correcta atención de la población en cada provincia (MS, 2009). Cabe destacar que en 2012 el Ministro de Salud recibió el Premio Américas 2012, entregado por las Naciones Unidas por la implementación de dicho Plan<sup>17</sup>. Además, la vigencia de dicho Plan fue prorrogada hasta el 31 de diciembre de 2015.

En el Paraguay se han realizado acciones tendientes a reducir las muertes maternas a partir de la caída de la dictadura (1989), periodo a partir del cual se registra una serie de promulgaciones legales que incluyen el tema en diversos niveles legislativos como su incorporación en la Constitución Nacional (1992), en Códigos como el Civil (Ley N° 1183/85), el Laboral (Ley N° 213/93), el Sanitario (Ley N° 836/80), el de la Niñez y la

---

Creación del “Programa a favor de la Salud de la Mujer y el Niño”. Esta norma fue ampliada en 2004 a través de la Ley 5.601 e incorpora el suministro de anticoncepción. La provincia de Misiones, por su parte, en el año 1998, crea el Programa Provincial de Planificación Familiar Integral, a través del Decreto 92/98.

<sup>16</sup> Dirección Nacional de Maternidad e Infancia, Programas de Salud Integral de la Adolescencia, Salud Sexual y Procreación Responsable, y los Comités de Análisis de las Mortalidades Materna e Infantil, entre otros.

<sup>17</sup> [http://www.paho.org/arg/index.php?option=com\\_content&view=article&id=1065%3Aministrador-salud-premiado-plan-reducir-mortalidad-materno-infantil&catid=333%3AAarg03-salud-familiar-y-comunitaria&Itemid=512](http://www.paho.org/arg/index.php?option=com_content&view=article&id=1065%3Aministrador-salud-premiado-plan-reducir-mortalidad-materno-infantil&catid=333%3AAarg03-salud-familiar-y-comunitaria&Itemid=512) consultado en abril de 2016.

Adolescencia (Ley N° 1680/2000) y el Penal (Ley N° 1160/97) y programas o metas para reducir la mortalidad materna.

La Constitución Nacional (CN) incluye artículos Del derecho a la vida (Art. 4), De la maternidad y la paternidad (Art. 55), De la planificación familiar y de la salud materno infantil (Art. 61) y Del derecho a la salud (Art. 68). En la Ley de Reforma del Código Civil se reproducen las ideas contenidas en los artículos constitucionales transcritos. En su artículo 13 ratifica lo enunciado en el artículo 61 de la CN. Por su parte, el Código Laboral vigente en Paraguay, haciendo referencia al trabajo de las mujeres, establece varios artículos sobre los derechos y obligaciones laborales durante la maternidad (Art. 130 a 135). Las disposiciones referidas a la maternidad también están contempladas el Código de la Niñez y la Adolescencia en los siguientes artículos 9°, 10°, 11°, 12°, 13° 14° 204°, 205°, 206°, 207° y 208°. El Código Penal vigente, en el capítulo contra los hechos punibles contra la vida se tipifican los homicidios en distintos grados, con artículos que refieren a la penalización en relación a los abortos *“Cada madre tiene el derecho a gozar de un Embarazo Saludable que le permita llegar a su término con el mínimo de riesgos y complicaciones mediante la accesibilidad de los servicios de salud”*.

El gobierno nacional a través del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social (MSPBS) viene realizando esfuerzos para la atención de la mujer embarazada, el parto y el puerperio, garantizando desde 2008 la atención gratuita de las mujeres embarazadas en todos los servicios de salud pública del país, incluyendo la entrega de medicamentos básicos durante el embarazo y parto (normal o cesárea). Ha definido estrategias cuya efectividad ha sido demostrada en otros países, las cuales están plasmadas en el actual “Plan de acción para la disminución acelerada de la mortalidad materna y de la morbilidad materna severa 2012 – 2017” en concordancia y refuerzo a las estrategias y acciones establecidas en el Plan Nacional de Salud Sexual y Reproductiva 2009 – 2013<sup>18</sup>. Le antecede a este Plan las normas de Atención Humanizada Post Aborto, de marzo 2012, en el cual se plasma cómo manejar adecuadamente esta patología frecuente que puede llevar a la muerte. Además, cuenta con un sistema de Vigilancia Epidemiológica de la Salud, Morbilidad y Mortalidad Materna y Neonatal (VESMMN).

---

<sup>18</sup> Actualmente se encuentra en vigencia el Plan del mismo nombre para el periodo 2013-2018.

Actualmente también cuenta con una iniciativa nacional denominada “Movilización Nacional para la disminución de la mortalidad materna y del recién nacido 2014-2018”, con la finalidad de reducir en un 20% estas muertes.

#### **IV. Conclusiones**

La mortalidad materna además de ser un acontecimiento médico/sanitario, se relaciona estrechamente con factores económicos, sociales y culturales que incrementan el riesgo de muerte de la mujer durante el embarazo y los eventos derivados del mismo, al tiempo que da cuenta de la falta de garantía de derechos humanos básicos, cuya vigencia y responsabilidad recae en el Estado y sintetizan el grado de desarrollo de un país.

La muerte de una mujer por causas relacionadas al embarazo, parto o puerperio tiene importantes repercusiones emocionales, familiares, sociales y económicas, asimismo implica una reducción de la supervivencia del recién nacido. Este hecho es mucho más significativo en Paraguay, llegando a duplicar los valores registrados en Argentina, con lo cual se pone de manifiesto los esfuerzos que el primer país debe realizar con miras a ampliar la calidad de vida de sus habitantes y alcanzar las metas que se comprometió a cumplir en el ámbito internacional y regional.

La zona de frontera de ambos países presenta un escenario particular en el cual los niveles de mortalidad se alejan de los promedios nacionales y en dicha zona adquieren valores similares como producto de la interacción social, económica y cultural, evidenciando una inequitativa distribución de las muertes maternas sobre la superficie.

El análisis de las causas de mortalidad materna indica que los esfuerzos dirigidos a disminuir esta problemática deben estar orientados a las causas directas como toxemia y hemorragia, además de aborto. Al ser la mortalidad materna en gran medida prevenible ésta se ubica como un problema de salud pública que evidencia las inequidades económicas, sociales y culturales, tanto en el ámbito nacional como al interior de cada país. Lo anterior exige contar con sistemas sanitarios de calidad, compuesto por gestión, organización, administración de recursos, calidad de atención, cobertura de los servicios de salud, así como también, un sistema de protección social en salud y transversal en educación, desarrollo social, trabajo, entre otros.

La salud materna y la reducción de la mortalidad materna deben seguir estando entre las prioridades de la agenda pública de los países analizados, con un abordaje intersectorial que ahonde en temas de educación sexual, la importancia de contar con empleos formales vinculado al acceso a servicios de salud, sistemas de protección social eficientes y programas de lucha contra la pobreza. En este ámbito, Paraguay denota un mayor despliegue legal y programático en el tema frente a Argentina, no obstante, no ha logrado reducir los altos niveles de mortalidad materna puesto que a pesar de lo mencionado en el ámbito de la gestión y administración de políticas de salud, una serie de otros obstáculos impiden la reducción de la mortalidad materna y se relacionan con la falta de información o conocimiento, de medios para llegar hasta los servicios del nivel sanitario correspondiente, tradiciones culturales, entre otros factores que se exacerban en contextos de rezago económico, cultural y educativo, generalmente caracterizados por pobreza, inequidad y marginalidad.

Estos aspectos ponen de manifiesto los desafíos de la protección social en salud puesto que el acceso a los servicios de salud es un derecho, y el Estado debe ser garante de su otorgamiento, sobre todo a aquellos que no cuentan con Seguridad Social y para quienes el acceso a servicios de salud puede significar altos costos. En este sentido, es importante avanzar también en la disminución del sub registro de la muerte materna, a fin de que los programas de salud puedan asignar los recursos necesarios para abordar esta problemática.

### **Referencias Bibliográficas**

Acosta G. **Vía crucis de la muerte materna** – documento de trabajo. Unicef, Oficina Regional para América Latina y el Caribe, Washington. 1999.

Banco Mundial. **Mortalidad Materna**: datos básicos. Disponible en: <<http://siteresources.worldbank.org/INTPHAAG/Resources/AAGMaternalMortalitySp.pdf>>. Acceso: 26 de abril 2016.

CELADE. CEPAL (2005). **Dinámica demográfica y desarrollo en América Latina y el Caribe**. Serie Población y Desarrollo, n° 58.

Centro Paraguayo de Estudios de Población (CEPEP). **Encuesta Nacional de Demografía y Salud Sexual y Reproductiva**, ENDSSR 2008: informe final. Asunción, PY: CEPEP. 2009.

- Díaz Echeverría, D. F. **Mortalidad Materna: Una tarea inconclusa**. Fundar, Centro de Análisis e Investigación, A. C. México D. F. 2006.
- Fantín, M. A. **Población, sociedad y salud en la frontera argentino-paraguaya**. IIGHI, UNFPA, ADEPO. 2008.
- Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF). **Estado Mundial de la Infancia 2009**. UNICEF, Nueva York. 2009
- Gómez Gómez, E. **La salud y las mujeres en América Latina y el Caribe**. Viejos problemas y nuevos enfoques. Serie Mujer y Desarrollo 17. CEPAL, Santiago de Chile. 1997.
- Grupo de Trabajo Regional para la Reducción de la Mortalidad Materna (GTR). **Estimaciones de Mortalidad Materna en América Latina y el Caribe: Un breve panorama**. Disponible en: [http://www.familycareintl.org/UserFiles/File/GTR\\_SP.pdf](http://www.familycareintl.org/UserFiles/File/GTR_SP.pdf) >. Acceso: 5 de abril 2016.
- Hill, K., Stanton, C., & Gupta, N. **Medición de la Mortalidad Materna a partir de un Censo: Instrucciones para los Usuarios**. MEASURE Evaluation Manual Series, No. 4. 2001.
- Mojarro O., et al. **Mortalidad materna y marginación municipal**. Situación Demográfica de México. Consejo Nacional de Población (CONAPO), México. 2003.
- Organización Mundial de la Salud (OMS). **Nota descriptiva de la OMS sobre mortalidad materna**. N° 348 noviembre de 2015. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs348/es/>>. Acceso: 5 de abril 2016.
- Organización Mundial de la Salud (OMS). **Trends in Maternal Mortality: 1990 to 2013** WHO, UNICEF, UNFPA, World Bank, United Nations Population Division, Ginebra. 2014.
- Organización Panamericana de la Salud (OPS), Oficina Sanitaria Panamericana, Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud (OMS). **Clasificación Internacional de Enfermedades y Problemas relacionados con la Salud – Décima revisión**. OPS, Washington D.C. 1995.
- Organización Panamericana de la Salud (OPS), Organización Mundial de la Salud. **132ª Sesión del Comité Ejecutivo**. Washington, D.C. 2003.
- Padilla K, McNaughton, H. **La mortalidad materna en Nicaragua: una mirada rápida a los años 2000–2002**. Ipas Centro América, Managua. 2003.
- Pantelides, E.; cerrutti M. S. **Conducta reproductiva y embarazo en la adolescencia**. Cuadernos del CENEP N° 47, Buenos Aires, AR: Centro de Estudios de Población. 1992.

República Argentina. Ministerio de Salud de la Nación y Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. **Mortalidad Materna. Un problema de salud pública y derechos humanos.** UNICEF Argentina. Ciudad de Buenos Aires. 2003.

República Argentina. Ministerio de Salud de la Nación. **Plan operativo para la reducción de la mortalidad materno infantil, de las madres y de las adolescentes.** Disponible en: <<http://www.msal.gob.ar/plan-reduccion-mortalidad/>>. Acceso: 26 de abril 2016.

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

Rodríguez-Leal, D., Verdú, J. **Consecuencias de una muerte materna en la familia.** Aquichan. Vol. 13, No. 3, 433-441 Chía, Colombia. 2013.

Uribe-Eliás, R. (2009). **Mortalidad Materna.** Disponible en: <[http://www.facmed.unam.mx/sms/temas/2009/01\\_ene\\_2k9.pdf](http://www.facmed.unam.mx/sms/temas/2009/01_ene_2k9.pdf)>. Acceso: 10 de abril 2016.

## **Fuentes Estadísticas**

### **Argentina**

Ministerio de Salud de la Nación, Dirección de Estadísticas e Información de Salud. Estadísticas Vitales. Información Básica. Serie 5 N° 54 a 58, Buenos Aires - Año 2010 a 2014.

Ministerio de Salud de la Nación, OPS, OMS. Indicadores de Salud Argentina, año 2013 y 2014.

Ministerio de Salud de la Nación, Boletín de Indicadores Básicos año 2015.

Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INDEC). Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2010.

### **Paraguay**

Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. Indicadores de Mortalidad – Año 2010 a 2014, Asunción.

Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. Boletín de Indicadores Básicos de Salud 2013.

Dirección General de Estadísticas, Encuestas y Censos (DGEEC). Encuesta Permanente de Hogares 2014

Dirección General de Estadísticas, Encuestas y Censos (DGEEC). Proyección de la Población Nacional, Áreas Urbana y Rural por Sexo y Edad, 2000-2025, revisión 2015.

## ANEXO

Tabla A1. Indicadores de contexto sociodemográfico de la población, Argentina y Paraguay.

Indicador	ARGENTINA		PARAGUAY	
	Cifra	Año	Cifra	Año
Población total	42.669.500	2014	6.818.180	2014
Tasa de crecimiento media anual de la población (por 1.000 habitantes)	11,1	2014	15,0	2014
Porcentaje de población rural	9,0	2010	41,7	2010
Índice de masculinidad	94,8	2010	102,1	2010
Porcentaje de la población menor a 30 años de edad	50,3	2010	61,5	2010
Porcentaje de la población de 60 y más años de edad	14,3	2010	7,9	2010
Porcentaje de mujeres en edad reproductiva (15-49 años) sobre el total de mujeres	49,7	2010	51,8	2010
Porcentaje de mujeres de 10 a 19 años de edad sobre el total de mujeres	16,9	2010	21,2	2010
Tasa Global de Fecundidad	2,2	2010	2,8	2010
Tasa bruta de natalidad (por 1.000 habitantes)	17,9	2013	22,0	2013
Tasa bruta de mortalidad (por 1.000 habitantes)	7,7	2013	5,7	2013
Tasa de Mortalidad Neonatal (por 1.000 nacidos vivos)	7,4	2013	10,6	2013
Tasa de Mortalidad Infantil (por 1.000 nacidos vivos)	10,8	2013	27,9	2013
Tasa de Mortalidad menores de 5 años (por 1.000 nacidos vivos)	12,6	2013	17,0	2013
Esperanza de vida al nacer ambos sexos (años)	75,3	2008-2010	72,4	2010
Porcentaje de muertes maternas en mortalidad de mujeres en edad fértil	2,0	2014	4,5	2014
Porcentaje de partos institucionales	99,6	2013	96,2	2013
Porcentaje de población con seguro médico	63,9	2010	29,2	2014
Porcentaje de madres con 4 o más controles prenatales*	93,2	2013	80,6	2013
Porcentaje de parto por cesárea	35,0	2005	47,8	2013
Porcentaje de recién nacidos con un peso al nacer de 2500 grs. como mínimo	92,9	2014	93,9	2013
Población de 10 años y más de edad con analfabetismo	1,9	2010	4,9	2014

Fuente:

Argentina: elaboración propia a partir de Ministerio de Salud de la Nación, Boletín de Indicadores Básicos 2015. INDEC. Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2010 y Encuesta Nacional de Salud Sexual y Reproductiva Argentina 2013.

Paraguay: elaboración propia a partir de Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social, Boletín de Indicadores Básicos de Salud 2013. DGEEC, Encuesta Permanente de Hogares 2014 y Proyección de la Población Nacional, Áreas Urbana y Rural por Sexo y Edad, 2000-2025, revisión 2015.

\* En el caso de Argentina corresponde a 5 o más controles.

Tabla A2-1. Razón de Mortalidad Materna (por 100.000 nacidos vivos) por provincia, Argentina, periodo 2010-2014.

	2010	2011	2012	2013	2014
<b>TOTAL</b>	<b>43,8</b>	<b>39,8</b>	<b>34,9</b>	<b>32,5</b>	<b>37,3</b>
Ciud. Aut. de Buenos Aires	8,8	13,3	16,0	16,0	18,3
Buenos Aires	44,3	31,6	30,5	29,7	34,0
Partidos del Aglom. GBA	49,3	34,1	31,4	31,1	35,0
Catamarca	14,7	76,0	31,6	15,2	43,9
Córdoba	47,8	19,0	15,8	23,2	32,1
Corrientes	58,6	52,8	61,1	75,4	19,1
Chaco	74,8	85,8	68,1	49,3	57,0
Chubut	30,1	50,9	51,6	39,7	30,4

Entre Ríos	31,3	54,0	32,0	26,8	30,0
Formosa	162,0	123,0	149,9	92,0	95,8
Jujuy	37,3	115,4	77,5	7,6	21,4
La Pampa	72,3	74,3	37,2	35,4	0,0
La Rioja	114,4	63,4	15,9	111,9	159,1
Mendoza	43,9	46,8	36,3	34,8	27,7
Misiones	81,2	87,1	35,3	47,0	25,4
Neuquén	32,8	26,7	18,0	17,8	16,8
Río Negro	8,3	16,7	42,3	32,9	32,4
Salta	57,6	39,4	45,3	51,3	81,1
San Juan	42,3	41,7	20,8	53,7	58,0
San Luis	37,8	38,6	26,2	0,0	25,2
Santa Cruz	32,9	0,0	34,4	50,3	81,2
Santa Fe	26,3	29,6	29,6	28,4	27,7
Santiago del Estero	17,1	55,4	30,9	23,4	71,5
Tucumán	29,6	36,8	44,8	17,0	39,5
Tierra del Fuego	0,0	117,6	0,0	0,0	0,0

Fuente:

Argentina: elaboración propia a partir de Ministerio de Salud de la Nación, Secretaría de Políticas, Regulación e Institutos, Dirección de Estadísticas e Información de Salud. Natalidad, mortalidad general, infantil y materna por lugar de residencia Argentina – Año 2010 a 2014.

Tabla A2-2. Razón de Mortalidad Materna (por 100.000 nacidos vivos) por departamento, Paraguay, periodo 2010-2014.

	2010	2011	2012	2013	2014
<b>TOTAL</b>	<b>100,8</b>	<b>88,8</b>	<b>84,9</b>	<b>96,3</b>	<b>63,9</b>
Asunción	88,1	84,4	83,4	64,1	31,0
Concepción	122,3	116,4	93,4	71,8	90,8
San Pedro	129,0	138,2	75,7	60,6	71,2
Cordillera	100,3	72,0	93,4	24,1	22,4
Guairá	105,4	136,2	67,0	100,9	33,0
Caaguazú	101,7	104,0	49,4	90,3	72,4
Caazapá	123,4	204,1	279,7	84,2	39,6
Itapúa	80,0	95,0	54,5	70,1	108,3
Misiones	294,3	0,0	105,9	55,1	0,0
Paraguarí	64,1	32,2	63,6	66,1	63,6
Alto Paraná	142,9	86,0	81,5	151,6	83,1
Central	53,6	63,8	78,3	103,9	59,1
Ñeembucú	107,1	224,0	0,0	0,0	103,7
Amambay	162,6	73,5	65,7	35,6	66,6
Canindeyú	209,6	96,4	156,3	158,8	29,7
Pte. Hayes	155,8	148,2	151,2	157,8	195,2
Boquerón	79,0	70,4	72,3	152,2	0,0
Alto Paraguay	403,2	414,9	732,6	692,0	0,0

Fuente:

Paraguay: elaboración propia a partir de Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social, Sub-Sistema de Información de las Estadísticas Vitales (SSIEV) - Año 2010 a 2014

Tabla A3. Número de muertes materna por grupos de edad y porcentaje de muertes maternas adolescentes, Argentina y Paraguay, periodo 2010 a 2014.

Año	10-14	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	No esp ec	TOT AL	% de MM adolescente
<b>ARGENTINA</b>												

<b>2010</b>	3	40	44	68	75	59	36	4		2	<b>331</b>	<b>13,0</b>
<b>2011</b>	1	35	40	63	74	56	29	3		1	<b>302</b>	<b>11,9</b>
<b>2012</b>	1	33	46	47	58	49	22	2			<b>258</b>	<b>13,2</b>
<b>2013</b>		33	47	39	57	45	19	4		1	<b>245</b>	<b>13,5</b>
<b>2014</b>	2	37	51	56	61	56	24	3			<b>290</b>	<b>13,4</b>
<b>PARAGUAY</b>												
<b>2010</b>	0	7	19	26	22	16	8	1	1	2	<b>102</b>	<b>6,9</b>
<b>2011</b>	1	13	22	14	18	15	10	1	0		<b>94</b>	<b>14,9</b>
<b>2012</b>	1	9	24	20	22	8	7	0	0	1	<b>92</b>	<b>10,9</b>
<b>2013</b>	0	11	18	18	27	18	7	1	0	3	<b>103</b>	<b>10,7</b>
<b>2014</b>	0	10	8	17	20	11	4	1	0	1	<b>72</b>	<b>13,9</b>
<b>Promedio trianual centrado en 2013</b>												
<b>ARGENTINA</b>	2	34	48	47	59	50	22	3	-	1	<b>264</b>	<b>13,4</b>
<b>PARAGUAY</b>	0	10	17	18	23	12	6	1	0	2	<b>89</b>	<b>11,8</b>

Fuente:

Argentina: elaboración propia a partir de Ministerio de Salud de la Nación, Secretaría de Políticas, Regulación e Institutos, Dirección de Estadísticas e Información de Salud. Natalidad, mortalidad general, infantil y materna por lugar de residencia Argentina – Año 2010 a 2014.

Paraguay: elaboración propia a partir de Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social, Sub-Sistema de Información de las Estadísticas Vitales (SSIEV) - Año 2010 a 2014.

Tabla A4. Razón de Mortalidad Materna (por 100.000 nacidos vivos) por principales causas de muerte, Argentina y Paraguay, periodo 2010 a 2014.

Causas	ARGENTINA					PARAGUAY				
	2010	2011	2012	2013	2014	2010	2011	2012	2013	2014
Toxemia (O10-O16)	4,9	5,4	6,4	5,2	7,2	16,8	18,0	16,6	18,7	15,1
Hemorragia (O20; O44-O46; O67; O72)*	5,6	3,7	3,5	3,4	4,6	24,7	18,0	19,4	18,7	15,1
Aborto (O00-O07)	9,0	9,6	4,5	6,6	5,5	26,7	19,8	13,8	18,7	13,3
Sepsis (O75.3;O85)**	4,8	4,1	5,0	4,1	5,1	6,9	1,9	1,8	0,0	3,6
Tétanos obstétrico (A34)***	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Sida (B20-B24)	0,3	0,1	0,5	0,3	0,8	2,0	0,0	0,9	2,8	0,9
Otras complicaciones del embarazo, parto y puerperio (O21-O29; O30-O43; O47-O48;O60-O66; O68-O71; O73-O75; O86-O92; O95-O99)****	19,3	16,9	15,0	12,9	14,0	23,7	31,2	32,3	37,4	16,0
<b>Total</b>	<b>43,8</b>	<b>39,8</b>	<b>34,9</b>	<b>32,5</b>	<b>37,3</b>	<b>100,8</b>	<b>88,8</b>	<b>84,9</b>	<b>96,3</b>	<b>63,9</b>

Fuente:

Argentina: elaboración propia a partir de Ministerio de Salud de la Nación, Secretaría de Políticas, Regulación e Institutos, Dirección de Estadísticas e Información de Salud. Natalidad, mortalidad general, infantil y materna por lugar de residencia Argentina – Año 2010 a 2014.

Paraguay: Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social, Subsistema de Información de Estadísticas Vitales (SSIEV). Dirección de Estadísticas en Salud (DES) – Dirección de Información Estratégica en Salud (DIGIES) – Año 2010 a 2014.

\* En el caso de Argentina no se reporta la categoría O20 y O67 incluidas dentro de otras causas directas.

\*\* En el caso de Argentina no se reporta la categoría O75.3 y sin embargo incluye la O92 que en el caso de Paraguay está incluido en otras complicaciones

\*\*\* No reportado en el caso de Argentina

\*\*\*\* En el caso de Argentina se han agrupado las categorías Muerte obstétrica de causa no especificada (O95), Otras causas directas (O20-O29; O30-O43; O47-O48; O60-O69; O70-O71; O73-O75; O95), Enf. del Sist. Circulatorio que complican el embarazo, el parto y el puerperio (O994), Enf. del Sist. Respiratorio que complican el embarazo, el parto y el puerperio (O995), Enf. del Sist. Digestivo que complican el embarazo, el parto y el puerperio (O995) y Otras causas indirectas.