Estudio de los factores que afectan la Mortalidad Materna en dos Regiones Sanitarias del Paraguay

Promoviendo la Maternidad Segura

Realizado por el Centro Paraguayo de Estudios de Población con el apoyo del Fondo de Población de las Naciones Unidas, UNFPA

Paraguay 2009

Lo expresado en este documento no necesariamente refleja los puntos de vista del Fondo de Población de las Naciones Unidas, UNFPA,
entidad que ha apoyado la realización de este estudio.

Toda reproducción total o parcial de esta publicación podrá ser hecha por cualquier persona o institución siempre que se cite la fuente:

CEPEP: Estudio de los factores que afectan la Mortalidad Materna en dos Regiones Sanitarias del Paraguay.

Centro Paraguayo de Estudios de Población:
Avda. Perú 1284 c/ Ana Díaz
Tel / Fax: 226-195 / 220-847 / 201-567
e-mail: cepep@cepep.org.py
Web site: www.cepep.org.py
Asunción-Paraguay.

Índice

Presentación 7

Resumen ejecutivo 8

1. **Descripción del Paraguay** 13
2. **La salud sexual y reproductiva en el Paraguay** 21
   Acceso a la atención prenatal 21
   Acceso a la planificación familiar 21
   Acceso al parto en los servicios de salud 23
   La mortalidad materna 23
3. **Área geográfica del estudio** 26
   El departamento de Cordillera. Descripción. 26
   El departamento de Paraguarí. Descripción. 30
   Desarrollo humano y pobreza en los departamentos del estudio 35
   Los servicios de salud en los departamentos del estudio 38
   Algunos indicadores de mortalidad y problemas de salud en las dos Regiones Sanitarias del estudio 46
4. **Resumen de la Metodología del Estudio** 48
5. **La vigilancia epidemiológica materna y neonatal** 52
6. **Los derechos sexuales y reproductivos** 54
7. **Los consejos de salud** 58
8. **La nueva política de salud** 61
9. **La maternidad segura** 66
10. **La planificación familiar** 70
11. **La atención prenatal** 75
12. **El embarazo en adolescentes** 80
13. **La asistencia calificada del parto y del nacimiento** 87
14. **Las emergencias obstétricas y neonatales** 96
15. **La muerte materna y neonatal** 100
16. **La participación del varón en la maternidad segura** 106
17. **Los equipos de atención primaria en salud (APS)** 110
18. **Abordaje sistémico a la mortalidad materna y neonatal** 115

Conclusiones del estudio 117
Recomendaciones 122

Referencias 130
Acrónimos 131
Anexos 132

Apoyaron este estudio:
Fondo de Población de las Naciones Unidas, UNFPA
Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social, MSP y BS

Dra. Margarita Bazzano, Directora General de Programas de Salud y colaboradores/as.
Lic. Lucía Bogado, Directora de Bioestadísticas
Dr. Rolfer Gómez Wagner, Dirección de la Tercera Región Sanitaria (Cordillera)
Dr. Simón Pereira, Dirección de la Novena Región Sanitaria (Paraguarí)
Lic. Ana Adela Medina, Equipo Técnico de la Tercera Región Sanitaria, Cordillera.
Lic. Magdalena Arias, Equipo Técnico de la Tercera Región Sanitaria, Cordillera.
Lic. Elodia Vysokolán, Equipo Técnico de la Novena Región Sanitaria, Paraguarí.
Lic. Griselda Riego, Equipo Técnico de la Novena Región Sanitaria, Paraguarí.
Lic. Eusebio Verón, Equipo Técnico de la Novena Región Sanitaria, Paraguarí.
Médicos/as, enfermeras, obstetras y personal de apoyo de la red de servicios
de la Tercera y Novena Región Sanitaria.

Equipo del Centro Paraguayo de Estudios de Población, CEPEP
Dra. Cynthia Prieto Conti, Directora Ejecutiva.

Equipo de Investigadores/as:
Dr. Roberto Kriskovich
Lic. Mercedes Melián
Lic. Julio Galeano
Lic. Edgar Tullo
Encuestadoras:
Sra. Josefina Ojeda y Sra. Margarita Molas
Digitadora:
Srta. Rossana Arévalo
Equipo de Apoyo Informático:
Lic. Rodrigo Aguillón
Lic. Aldo Amarilla
Sr. Antonio Ramírez
Transporte:
Sr. Estanislao Portillo
Sr. Virgilio Ortiz
Sr. Jorge Sepúlveda
Apoyo Administrativo y Logístico:
Lic. Elvira Balbuena, Directora Administrativa y colaboradoras
del Departamento de Administración y Finanzas.
Srta. María Elina Martínez, Secretaría General.
Lic. Clara Galeano,
Centro de Información en Población y Salud Sexual y Reproductiva, CIPSSR.

Presentación

El Centro Paraguayo de Estudios de Población, CEPEP, realizó esta investigación en las Regiones Sanitarias de Cordillera y de Paraguarí, con el propósito de identificar algunos factores relevantes que afectan la maternidad segura y que contribuyen a mantener o elevar los niveles de morbi-mortalidad materna y neonatal.

Este estudio no hubiese sido posible sin la cooperación de directivos y equipos técnicos de la Dirección General de Programas de Salud, del Departamento de Bioestadísticas y de las Tercera y Novena Regiones Sanitarias del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social, así como del valioso apoyo técnico y financiero del Fondo de Población de las Naciones Unidas, UNFPA.

Deseamos expresar nuestro especial reconocimiento a las usuarias y usuarios de los servicios que participaron en este estudio, así como a los funcionarios de los servicios de salud, y a las autoridades y líderes locales y departamentales, por su valioso apoyo.

El CEPEP, profundamente comprometido con los derechos sexuales y reproductivos de todos y todas, ha realizado este estudio como parte de su apoyo al Plan Nacional de Salud Sexual y Reproductiva 2009–2013, abogando para que la información obtenida pueda ser de utilidad para el diseño e implementación de estrategias y acciones que favorezcan una maternidad sana para todas las mujeres y sus niños y niñas.

Ing. Raúl Hoeckle
Presidente
Consejo Directivo CEPEP

Resumen ejecutivo

Este estudio cualitativo fue realizado por el CEPEP en dos Regiones Sanitarias del Paraguay con el apoyo del Ministerio de Salud y el financiamiento del UNFPA. Tiene el propósito de identificar factores relevantes que afectan la maternidad en forma positiva, promoviendo una maternidad segura y saludable, o desfavorable, contribuyendo a mantener la elevada mortalidad materna y neonatal. No profundiza en las causas biológicas inmediatas de la muerte materna y neonatal, que son bien conocidas en nuestro medio, sino que recaba a diversos actores sus opiniones y reflexiones sobre por qué suceden estas muertes y cuáles son las respuestas que se dan en las comunidades y desde los servicios de salud a esta problemática.

Se trabajó en el 80% de los municipios de los departamentos de Cordillera y Paraguarí, tanto en áreas urbanas como rurales, explorando conocimientos y prácticas en derechos, participación, cuidados para la maternidad segura, incluyendo planificación familiar, prenatal, atención del parto y de las emergencias obstétricas. Se reflexionó sobre el tema con diversas personas, lo que facilitó elaborar un listado de sugerencias y recomendaciones para un mejor abordaje del problema. Se realizaron entrevistas a autoridades locales, gerentes y proveedores de salud, usuarias en consultorio externo e internadas (puérperas), varones y mujeres de la comunidad. En total se visitaron 51 ciudades, pueblos y compañías y sus respectivos servicios de salud. Se entrevistaron a 241 personas, 120 de Cordillera y 121 de Paraguarí.

Se abordó la consideración del tema en los mecanismos de la participación de la sociedad civil en salud. La Ley Nº 1032[1] establece los Consejos de Salud como "organismos de coordinación, consenso y participación interinstitucional del sector público y privado de la salud". Este estudio comprobó que los Consejos Regionales y la casi totalidad de los Consejos Locales de Salud están funcionando en las dos Regiones, pero que estos Consejos en ningún momento trataron el tema de la maternidad y la morbi-mortalidad materna y neonatal.

[1] La Ley Nº 1032/96 sancionada por el Congreso de la Nación Paraguaya el 27 de noviembre de 1996 y promulgada por el Presidente de la República el 30 de diciembre del mismo año, es la que crea el Sistema Nacional de Salud del Paraguay.

Este estudio nos revela la escasa comprensión del enfoque de derechos humanos en general y de los derechos sexuales y reproductivos en particular. Se perciben en estos departamentos los avances logrados a nivel país en salud sexual y reproductiva, y específicamente en planificación familiar. Sin embargo, como lo demuestran las encuestas del CEPEP, persiste una brecha en el acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva, incluyendo los de planificación familiar, de las mujeres de los quintiles más pobres y las mujeres de los quintiles menos pobres, entre mujeres guaraní parlantes y castellano parlantes, según el grado de escolaridad y también diferencias de acceso de adolescentes a estos servicios con respecto a mujeres de otras edades.

En Cordillera y Paraguarí se ha comprendido entre las medidas inmediatas para reducir la morbilidad materna y neonatal a las siguientes: acceso a educación y servicios de planificación familiar con provisión de insumos anticonceptivos, asistencia prenatal de calidad a partir del primer trimestre del embarazo; diagnóstico precoz y tratamiento oportuno para la resolución de las emergencias obstétricas y neonatales, suficiente preparación de las mujeres y de la comunidad para identificar señales de alarma y funcionamiento de los servicios para dar una respuesta rápida en el cumplimiento de los Cuidados Obstétricos y Neonatales Esenciales (CONE).

También se percibe en ambas Regiones la necesidad de establecer estrategias que favorezcan la equidad con un mayor acercamiento de los servicios a la población de los quintiles más pobres, las adolescentes y personas socialmente excluidas. Se considera importante reforzar la calificación de un mayor número de profesionales con el consiguiente entorno habilitante en anticoncepción post-evento obstétrico (post parto y post aborto) para disminuir embarazos no deseados y evitar abortos provocados a repetición, y también en la resolución de las emergencias obstétricas y neonatales.

Cabe destacar que los datos fueron recolectados antes de la implementación de las resoluciones SG Nº 140 y SG Nº 1.074 en las que se dispone la gratuidad universal de las internaciones hospitalarias y la implemenación progresiva de la gratuidad universal para todas las prestaciones en salud respectivamente.

Otros aspectos conocidos y valorados en las dos Regiones son: la atención calificada del parto y del post-parto, la atención del recién nacido en el marco de la "continuidad de la atención", la lactancia materna inmediata y exclusiva hasta los seis meses y los controles adecuados del crecimiento y desarrollo. Quedó en evidencia que se ha cumplido con la elaboración y difusión de mormas técnicas, pero no se avanzó lo suficiente en el fortalecimiento de la red de servicios para cumplir con estos mandatos normativos. Persisten deficiencias en ambas Regiones en cuanto a la organización y funcionamiento en red de los establecimientos de salud. También es insuficiente la estructuración de "equipos de recursos humanos completos" para la guardia médica (con gineco-obstetra, pediatra, cirujano, anestesiólogo/anestesista, personal de enfermería y obstetricia de apoyo), Unidades de Terapia Intensiva (UTI) en los Hospitales Regionales. Esta situación, definida como "crítica y alarmante", persiste sin mucha variación, desde el primer estudio CONE realizado también en estos departamentos en el 2005. La situación es atenuada con la utilización del Hospital Nacional de Itauguá[(2)] como referente principal y, en algunos casos único, para la resolución de las emergencias obstétricas y neonatales de Cordillera y Paraguarí.

Además de la insuficiente capacidad de resolución de las emergencias obstétricas y neonatales de estos departamentos, sus mecanismos de derivación hacia otros servicios de mayor complejidad mediante una red de ambulancias organizada para rápidas respuestas, son todavía insuficientes.

Se observó que la principal "demora" en la atención de las emergencias obstétricas ya no se da en el hogar ni en la llegada de las pacientes a los servicios como fuera en el pasado. La demora sucede principalmente dentro del establecimiento de salud y es debida a su poca capacidad resolutiva por insuficiencia y deficiencias en los recursos humanos, la falta de Unidades de Terapia Intensiva (UTI) en Hospitales Regionales, el insuficiente equipamiento básico (instrumentales, respiradores, autoclave, cajas de cirugía), insuficiente o irregular provisión de medicamentos de urgencia y otros insumos críticos (sangre segura, líquidos de reposición, insumos para anestesia-analgesia).

[(2)] El Hospital Nacional de Itauguá creado por Ley de la Nación Nº 931/90 del 14 de noviembre de 1990, con una construcción de 54.000 m2 en un predio de 58 hectáreas, es un Hospital General del Ministerio de Salud de referencia nacional ubicado a 33 km del Hospital Regional de Paraguarí y a 30 km del Hospital Regional de Caacupé del departamento de Cordillera.

En algunos servicios de referencia, incluyendo Hospitales Regionales, no se pudo garantizar la provisión regular de insumos elementales (guantes quirúrgicos, jeringas estériles y productos básicos de limpieza y desinfección). Existen peligros latentes, identificados incluso en los nuevos y modernos Hospitales Regionales, por condiciones no satisfactorias para la bioseguridad.

En las dos Regiones preocupa el aumento de los embarazos en adolescentes, con reducción progresiva de la edad de las embarazadas. Se identifica este problema por las consecuencias en la salud como por su incidencia negativa en la educación, posibilidades de empleo y cumplimiento del plan de vida de jóvenes y adolescentes. La ausencia de acciones orientadas hacia este grupo etario estratégico, altamente discriminado y excluido, fue reiterada por autoridades, gerentes de salud, prestadores de servicio, varones y mujeres de la comunidad. También insistieron en la necesidad de implementar entre el Ministerio de Salud y el de Educación y Cultura la educación para la sexualidad en el sistema educativo formal, que incluya a toda la comunidad educativa.

Una situación interpretada por varios referentes como un "cambio cultural positivo" es el mayor involucramiento del varón en la salud sexual y reproductiva y en los cuidados para una maternidad segura.

En ambas Regiones se inició, desde agosto del 2009, la reconversión funcional de algunos Puestos de Salud, con la presencia de los equipos multidisciplinarios de las Unidades de Salud de la Familia (USF). En Cordillera 11 equipos de salud de la familia con 29 prestadores de servicio (entre médicos, licenciadas en enfermería u obstetricia y técnicos de enfermería), y en Paraguarí 12 equipos de APS con 80 prestadores de servicio totalizan un refuerzo en recursos humanos de 109 personas contratadas para estos departamentos. En este estudio se percibió que estas USF han iniciado con mucha motivación el cumplimiento de la nueva Política de Salud, camino a la universalidad de la atención, llegando hasta los hogares y a la comunidad para conocer y valorar con las familias sus necesidades y tratando de identificar, mediante un relevamiento en el terreno, aquellos factores condicionantes del proceso de salud-enfermedad. Estas USF sirven de primer contacto y de puerta de entrada al Sistema para la promoción de la salud, la prevención de enfermedades prevalentes y la resolución rápida a personas en situación de emergencias, incluyendo las relacionadas a la maternidad.

Los avances logrados con este nuevo modelo de atención necesitan ser apuntalados con el reforzamiento de la red de servicios departamentales, haciendo que por lo menos sus Hospitales Regionales cuenten con organización y funcionamiento de equipos de recursos humanos mínimos para salvar vidas con la resolución –entre otras- de las emergencias obstétricas y neonatales, y reducir la sobreutilización del Hospital Nacional en procedimientos que deberían ser resueltos a nivel departamental.

Es fundamental reorientar los servicios con humanización de la atención, trato cordial y solidario, mejor comunicación con las usuarias con valoración de la interculturalidad y la calidez de atención.

Se sugiere que estudios sistematizados como el presente, realizados con metodología dinámica problematizadora y de investigación-acción inmediata, puedan ser llevados a cabo en todas las Regiones Sanitarias. Esto podría ser de utilidad para acelerar e ir evaluando los efectos de los cambios que se van introduciendo en el Sistema Nacional de Salud, con la aplicación de las Políticas de Salud y Calidad de Vida con Equidad.

Entre las recomendaciones emanadas de este estudio resaltan: acelerar los procesos de cambio fortaleciendo el Sistema de Salud en su conjunto; implementar los planes operativos de la SSR; reforzar las alianzas intersectoriales; impulsar el sistema de vigilancia; consolidar los avances en la DAIA; organizar las redes de servicios, fortalecer sustantivamente los hospitales regionales y los sistemas de referencias a hospitales de mayor complejidad, desarrollar estrategias de comunicación educativa y de actualización de conocimientos y buenas prácticas; fortalecer la atención calificada del prenatal, del parto y para la resolución de las emergencias; mejorar la calidad de las prestaciones y dar mayor énfasis a la participación del varón y a la atención del adolescente; integrar acciones centradas en las personas según sus necesidades y humanizar los servicios con nuevos modelos de atención, de participación, de gestión y de financiamiento en el marco de un Sistema de Salud centrado en la gente, con equidad.

1. Descripción del Paraguay

La República del Paraguay es un país y Estado soberano, geográficamente ubicado entre Bolivia, Brasil y Argentina, en el centro de la América del Sur. Es mediterráneo y tiene una extensión de 406.752 kilómetros cuadrados con una población estimada para el 2009, de acuerdo al Censo de Población y Vivienda del 2002, de 6.340.439 habitantes (3.204.846 varones y 3.135.792 mujeres) con una densidad poblacional de 16 habitantes por kilómetro cuadrado.

Limita al norte y noreste con Bolivia, al norte y al este con Brasil y al sur y sureste con Argentina, integrantes todos con Paraguay del Mercado Común del Sur, MERCOSUR. El río Paraguay divide al país en dos regiones diferentes: la Región Occidental, que forma parte del Gran Chaco Sudamericano, y la Región Oriental, la más poblada (con el 97% del total de habitantes del país), que corresponde a una prolongación de la meseta del Paraná y del Bosque Atlántico del Alto Paraná. Los ríos Pilcomayo, Paraguay y Paraná (con su actual lago artificial de la represa de Itaipú), forman una importante cuenca hidrográfica a la cual se suman los humedales, entre ellos los que forman el lago Ypoá en el departamento de **Paraguarí** y el lago Ypacaraí en el departamento de **Cordillera**.

La Región Oriental del país, en donde se encuentran los dos departamentos de este estudio, se destaca por su suelo fértil para la agricultura, sus bosques que sufren una importante deforestación y sus campos con pasturas aptas para una ganadería en crecimiento. En esta región se encuentra la principal fuente de ingreso nacional: la energía hidroeléctrica de los emprendimientos binacionales de Itaipú, con el Brasil, y Yacyretá, con la Argentina, a las que se suma la hidroeléctrica nacional Acaray. Esta región, comprendida entre los ríos Paraná y Paraguay, que pertenecen a la cuenca del Río de la Plata, posee riqueza hídrica de aguas superficiales y subterráneas con un régimen pluvial favorable.

El Paraguay es rico en su hidrología. Está regado por los ríos Paraguay (1.265 km), Paraná (689) y sus afluentes y el río Pilcomayo (835 km). Los lagos y embalses son: lago Ypacaraí con 90 km² (en **Cordillera** y Central), lago Ypoá (con 150 Km² en **Paraguarí** y Ñeembucú), embalse Yguazú de 270 km², y represas de las hidroeléctricas de Acaray (25 km²), Yacyretá (1.420 km²) e Itaipú (1.350 km²).

Gráfico 1

Mapa del Paraguay

El Sistema Acuífero Guaraní, llamado Acuífero Gigante del MERCOSUR, es uno de los reservorios de agua dulce subterránea transfronteriza más grandes del mundo. Corre entre fisuras rocosas y arenillas del subsuelo en formaciones geológicas de 200 a 130 millones de años. Se encuentra en el subsuelo de Brasil, Argentina, Paraguay y Uruguay, los 4 miembros originales del MERCOSUR. Abarca una superficie de 1.190.000 kilómetros cuadrados y se encuentra entre los 50 a 1.500 metros de profundidad. El Acuífero Guaraní recibe ese nombre porque su extensión subterránea coincide aproximadamente con el territorio que fue habitado por la nación guaraní.

Paraguay tiene un clima tropical a subtropical. La temperatura media anual oscila entre 23º y 26º C (en verano 32º) pudiendo alcanzar temperaturas cercanas a 40º C. La media del verano en el Chaco es de 37.8º C (Dirección de Meteorología e Hidrografía). La precipitación pluvial varía de moderada a alta. El Chaco Central tiene periodos de sequía intensos. La aptitud de los suelos es eminentemente agrícola en la Región Oriental y pastoril en el Chaco, con zonas boscosas en ambas regiones. En los departamentos de **Paraguarí** y **Cordillera** el suelo es arenoso y en algunos lugares arcilloso.

Como antecedentes históricos del Paraguay que hacen a la construcción de su cultura mencionamos que los pueblos originarios que habitaban su actual territorio hicieron tempranas alianzas de paz y establecieron lazos de sangre con los "conquistadores" españoles y otros europeos que les acompañaban. Iniciaron la construcción de una nueva identidad de nación mestiza y bilingüe que se consolida luego en la República del Paraguay. En 1516 una expedición de Juan Díaz de Solís es derrotada por nativos en el actual Río de la Plata. Muere Solís y los sobrevivientes que regresan a España naufragan en Santa Catalina, actual costa atlántica brasileña. Uno de los sobrevivientes, el portugués Alejo García se interna en el continente, descubre las Cataratas del Yguazú "aguas grandes" en idioma guaraní, cruza el río Paraná y atraviesa el actual territorio de Paraguay llegando hasta la zona de la actual Asunción. Así García "descubrió" el Paraguay donde tuvo hijos con mujeres indígenas, que fueron los primeros "mestizos" en la población del futuro Paraguay. El gobernador español Domingo Martínez de Irala también tuvo concubinas entre las mujeres guaraníes y animó a los españoles, franceses, portugueses, italianos e ingleses a que hicieran lo mismo para desalentar el deseo de retornar a Europa .

Martínez de Irala también expandió el poder de congregaciones católicas y fundó pueblos, en los territorios actuales de **Cordillera** y **Paraguarí** asentándolos sobre poblaciones indígenas preexistentes (Altos, Atyrá, Tobatí, Carapeguá, Acahay).

Irala inició **las encomiendas** que otorgaban la propiedad de la tierra a los colonos, junto con el derecho al trabajo agrícola y ganadero de los indígenas que vivían en esas propiedades, quienes se convirtieron en los primeros labradores campesinos sin tierra. Los jesuitas también tenían en Paraguarí grandes "estancias" con trabajadores indígenas y mestizos a su servicio.

En 1811 Paraguay se independiza de España y del gobierno de Buenos Aires. Uno de los mecanismos de defensa de la independencia fue el aislamiento del país bajo el poder de Gaspar Rodríguez de Francia, la más importante figura de la historia paraguaya, quien vivió un tiempo con su padre en Yaguarón, departamento de **Paraguarí**. El Supremo Dictador gobernó con rigidez desde 1814 hasta su muerte en 1840 (26 años). Consolidó la independencia aislando al país que creció económicamente pero sin respeto a los derechos humanos. Francia fue madurando una conciencia popular sobre la nacionalidad paraguaya y a la vez generó una intensa pasividad política en la ciudadanía, característica del pueblo paraguayo que persiste a través de los tiempos con el aporte de caudillos y gobernantes autócratas. En 1865 al 70 la guerra de la Triple Alianza de Argentina, Brasil y Uruguay contra el Paraguay diezmó la población del Paraguay, que quedó 6 años ocupado por tropas brasileñas. De 1933 a 1935 se desarrolló la guerra del Chaco entre Paraguay y Bolivia, una de las más sangrientas en el continente. Paraguay soportó en el curso de su historia largos periodos de dictaduras y autoritarismos que influyeron en la cultura nacional.

Los idiomas oficiales del Paraguay son el guaraní y el castellano. A pesar de la fuerte hispanización de su población mestiza, la mayoría se expresa en idioma guaraní. La moneda del país es el "Guaraní". Sus músicas: la "polca paraguaya", de origen europeo, y la "guarania", más lenta y romántica creada por José Asunción Flores. El deporte popular es el fútbol, que comenzó a practicarse en 1901 (2 veces campeón de América), siendo Paraguay sede de la Confederación Sudamericana de ese deporte (la CONMEBOL). La flor nacional es la Flor de Mburucuyá, llamada también pasionaria y su árbol nacional el "tajy" o lapacho. El pájaro más notable es el "guyrá campana" o pájaro campana, llamado así por el sonido metálico de su canto.

Mburucuyá

Paraguay es socio pleno y fundador del Mercado Común del Sur, MERCOSUR. Es un país predominantemente agrario, con la soja como principal producto. Las mayores cosechas son: soja, caña de azúcar, mandioca (yuca), arroz, maíz, poroto, sésamo, algodón, canela, girasol y trigo. Paraguay ocupa el cuarto lugar entre los países exportadores de soja, detrás de Estados Unidos, Brasil y Argentina. En el 2009-2010 se estima un incremento de soja del 28% en relación a 2008-2009, llegando a una producción de 5,75 millones de toneladas (1,6 millones de toneladas más que la campaña anterior).

Otra fuente de ingresos es la energía hidroeléctrica generada en los emprendimientos sobre el río Paraná con el Brasil y con la Argentina. En el 2008 ITAIPÚ Binacional tuvo una generación récord de energía. Esto permitió pagar a los gobiernos de Paraguay y de Brasil una suma igual a 218 millones de dólares para cada país.

La ganadería alcanza en el 2009 a 10 millones de cabezas de bovinos. El sector comercial y financiero tiene una participación entre ambos del 28%. El comercio de reexportación o triangulación es muy importante en la frontera este del país con el Brasil considerada como tercer mercado mundial de mayor movimiento comercial, después de Hong Kong y Miami. La participación del sector industrial es sólo del 14%. Entre las industrias se destacan las que procesan yerba mate, tabaco, cervezas, lácteos y recientemente fabricas y ensambladoras de motocicletas. También se ha implementado en el país el régimen de la maquila. El sector industrial es reducido y ligado a actividades agrícolas o ganaderas.

En los últimos años se invierte en plantas productoras de biocombustibles. La industria farmacéutica, de rápido crecimiento, está sustituyendo a los proveedores del exterior con modernos laboratorios de producción. Se impulsa la producción pesquera y de especies menores (aves de corral, porcicultura, piscicultura) además de la industria textil y el turismo. La iniciada Reforma del Estado es fundamental para superar las restricciones fiscales. El país ha equilibrado su macroeconomía sin superar la pobreza, que es crítica en gran número de su población.

Paraguay es un país multiétnico y pluricultural. La mayor parte de su población es mestiza. Posee aportes de las diversas etnias de pueblos originarios, principalmente guaraníes y de la corriente europea, inicialmente de españoles. Más tarde llegaron portugueses, alemanes, suizos, franceses, ucranianos, rusos, judíos, húngaros, eslavos, siriolibaneses y otros árabes y más recientemente orientales (japoneses, chinos y coreanos), completando un mosaico de culturas que sin embargo no influyen mucho en la fuerte identidad paraguaya.

El Censo Nacional Indígena de Población de Viviendas, realizado por la Dirección General de Estadística, Encuestas y Censos (DGEEC) en el 2002 contabilizó un total de 415 comunidades indígenas, 179 aldeas y 30 núcleos familiares con una población total de 87.099 indígenas (1,7% de la población total del país). Se entiende por indígena a "la persona que se declara pertenecer a una etnia o pueblo originario y se manifiesta miembro de una comunidad, núcleo de familia o barrio indígena, independientemente de que siga hablando o no la lengua de origen" (DGEEC, 2002). Los pueblos indígenas en el Paraguay pertenecen a cinco familias lingüísticas (Guaraní, Lengua Maskoy, Mataco Mataguayo, Zamuco y Guaicurú). Se encuentran en 14 de los 17 departamentos del país **con excepción de Cordillera**, **Paraguarí** y Ñeembucú, **que no tienen población indígena**.

También existió en Paraguay una corriente migratoria de población negra procedente del África. Los negros y afrodescendientes en Paraguay no sufrieron las penurias del tráfico y la esclavitud como en otros países de América. Esta población fue incorporada en las antiguas estancias de los jesuitas en **Paraguarí**. En la ciudad de Paraguarí actualmente existe un barrio (Kamba Kokué) que congrega familias afrodescendientes que se relacionan con afrodescendientes que viven en Cordillera (Emboscada) y en el departamento Central (Camba Kuá, Fernando de la Mora). Otro pueblo, con orígenes de población negra en el departamento de Paraguarí es Tavapy, que se denomina actualmente San Roque González de Santa Cruz, en honor al primer santo paraguayo.

En el actual departamento de **Cordillera**, hacia 1790 se fundó el pueblo de Emboscada, exclusivamente poblado con 500 "pardos libres". Actualmente la población afroparaguaya es muy pequeña, se limita a pequeñas poblaciones en los departamentos de **Paraguarí**, **Cordillera** y Central (Fernando de la Mora). Es un grupo poblacional, sistemáticamente invisibilizado, que en los últimos tiempos está resurgiendo con la expresión de su cultura, principalmente la danza, en festividades religiosas como la de San Baltazar.

Paraguay es el país que tiene el menor producto interno bruto (PIB) en el MERCOSUR y uno de los más bajos en Sudamérica (sólo le supera a Ecuador y Bolivia). El PIB per cápita en Paraguay es de 1.928 dólares (al cierre del 2007). El PIB per cápita promedio –en el período de 1998–2008– fue de 1.476 dólares. En el 2008 el PIB per cápita fue de 2.593.

De acuerdo a la consultora Price Water House Coopers la economía paraguaya registrará una expansión del PIB para el 2010, gracias a la recuperación de la producción agrícola, cuyo puntal es la soja. El Paraguay está ubicado en la posición 121 de 150 países en el Índice de Competitividad total de la WEF (World Economic Forum). (Ministerio de Hacienda). El 35% de la población es pobre y el 19% vive en la pobreza extrema (1.172.274 habitantes).

Cuadro 1

Paraguay. Situación de pobreza a nivel nacional, urbano y rural. Año 2007

POBLACIÓN	POBREZA TOTAL (2007)	POBREZA EXTREMA (2007)
• A Nivel Nacional	35,6% (2.156.312)	19,4% (1.172.274)
• A Nivel Urbano	36,0%	15,7%
• A Nivel Rural	35,0%	24,4%

Fuente: Ministerio de Hacienda. Plan Estratégico-Económico-Social. 2008-2013, Setiembre de 2008.

Al país no sólo le afecta la pobreza por su escasa productividad y otros factores estructurales sino también las grandes **inequidades:** el 65% de la población del interior del país posee el 5% de la tierra, mientras que el 1% son propietarios que poseen dos tercios del territorio. El 68% de los ocupantes de pequeñas tierras con producción agrícola o familiar no tienen títulos de propiedad. Otro dato que expresa las desigualdades es que el 10% de la población del país concentra el 40% de los ingresos totales y el 1% de la población concentra la tenencia del 70% de la superficie del país.

La situación socioeconómica en el área rural se caracteriza por la coexistencia de tres modelos productivos: el modelo tradicional campesino de fincas familiares de una a 20 hectáreas, basada en mano de obra familiar, escasa tecnología y baja productividad; el modelo de la agricultura mecanizada–agro exportadora con aplicación intensiva de tecnología, sobre todo realizado por inmigrantes brasileños y menonitas, y finalmente el modelo de ganadería en grandes extensiones de tierra llamadas "estancias". Los contrastes sociales y la coexistencia de minifundios campesinos con latifundios agrícolas y ganaderos es fuente de conflictos con "ocupaciones" de latifundios considerados improductivos por parte de campesinos sin títulos de propiedad. Las persecuciones a las organizaciones campesinas (desde 1956 a 1989) tienen secuelas hasta la fecha con desconfianza y escasos mecanismos de diálogo y participación. Se está produciendo la emergencia de nuevos liderazgos campesinos, de empresarios, productores y de grupos vecinales urbanos.

Las políticas públicas para el desarrollo social en el Paraguay se destacan por su dispersión con escasa articulación intersectorial y debilidad institucional.

La Constitución Nacional de 1992 asegura la división de poderes Ejecutivo, Legislativo y Judicial y declara que el Paraguay se "constituye en un Estado social de derecho, unitario, indivisible y descentralizado, adoptando para su gobierno la democracia representativa, pluralista y participativa, fundada en el reconocimiento de la dignidad humana. Un dato alarmante en cuanto a la percepción política del pueblo es que sólo el 38% de paraguayos y paraguayas confía en la democracia como sistema de gobierno. Sólo el 12% está satisfecho con la democracia, con 88% de insatisfechos. Otro aspecto poco desarrollado es el de la descentralización.

El analfabetismo en el Paraguay es del 5,1% en general, del 6,1% en las mujeres y de 9,9% en las mujeres que viven en el área rural.

Cuadro 2

Paraguay. Situación del empleo, desempleo y subempleo a nivel nacional, población femenina y juvenil. Año 2007

POBLACIÓN	DESEMPLEO TOTAL (2007)	SUBEMPLEO (2007)
• A Nivel Nacional	8,5%	26,5%
• Femenina	12,0%	27,7%
• Juvenil	19,0%	36,5%
Tasa de subutilización juvenil: 55,6% (600.000)		
Población Económicamente Activa: 2.877.530 personas.		

Fuente: Ministerio de Hacienda. Plan Estratégico-Económico-Social. 2008-2013, Setiembre de 2008.

El gasto en salud está aumentando. En el 2009 el gasto dedicado a la salud creció 45% y el gasto en Educación el 13% según el Ministerio de Hacienda. Se multiplicó por 7 el número de familias en situación de extrema pobreza que reciben Transferencias Monetarias Condicionadas que, según el Ministerio de Hacienda llegará a 120.000 familias en enero del 2010.

La **exclusión social en salud** expresa la falta de acceso a bienes, servicios y oportunidades que otros disfrutan. La exclusión en salud es altísima, de cerca del 62% de la población. **La estructura del gasto social** es del 10% del PIB Producto Interno Bruto. Según un estudio de PNUD, UNFPA, UNICEF del 2007, el gasto en salud representa el 25% del total del gasto social y es el 2,5% del PIB. El promedio del gasto social por habitante es de 142 dólares americanos. **El Paraguay es uno de los países de más alto gasto de bolsillo en salud con un 50% del gasto total en salud** (OPS/OMS 2007). El problema del elevado gasto de bolsillo en salud está siendo enfrentado con la nueva Política de Salud orientada hacia un presupuesto solidario que solventa la marcha progresiva del sistema público de salud hacia la universalidad de la atención financiada con fondos fiscales del Presupuesto General de la Nación.

2. La salud sexual y reproductiva en el Paraguay

La Encuesta Nacional de Demografía y Salud Sexual y Reproductiva, ENDSSR 2008, realizada por el CEPEP, ofrece importante información sobre algunos aspectos relacionados a la Maternidad Segura que incluimos a continuación:

Acceso a la atención prenatal

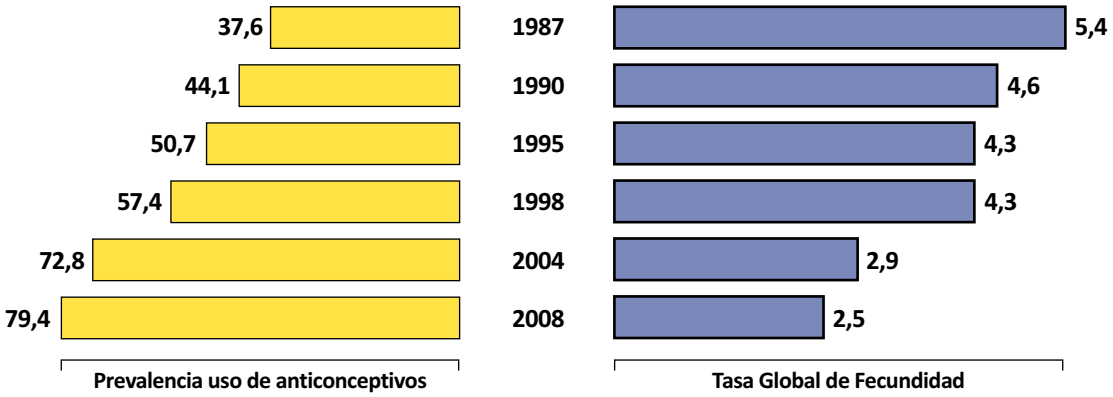
A través de las diferentes encuestas realizadas se ha podido observar un incremento importante en el acceso a la atención prenatal. La mayoría de las mujeres (97%) ha tenido consultas prenatales en su último embarazo (se incluyen los embarazos de los 5 años anteriores a la encuesta). De éstas, el 90% ha tenido 4 o más consultas. En las encuestas de hogares es muy difícil evaluar la calidad de atención brindada. Pero a forma de conocer el nivel de cumplimiento de las normas nacionales se puede usar el indicador de oferta de pruebas para sífilis y VIH a embarazadas en la atención prenatal. La ENDSSR 2008 muestra que estas pruebas han sido ofrecidas sólo a la mitad de las mujeres en su atención prenatal. Esta atención prenatal ha sido brindada, a nivel nacional, por una amplia gama de servicios públicos y privados.

Acceso a la planificación familiar

Uno de los avances más importantes en el campo de la salud sexual y reproductiva en el Paraguay se ha dado en el área de la planificación familiar. Como resultado de la implementación de la estrategia de Disponibilidad Asegurada de Insumos Anticonceptivos, DAIA, como una Política de Estado, con la asignación de los recursos presupuestarios necesarios apoyados por Ley, con el desarrollo de un efectivo sistema de logística y el fortalecimiento de la capacitación y supervisión, el acceso de las mujeres paraguayas a métodos anticonceptivos modernos ha aumentado de manera notable en los últimos años. Este acceso se ha traducido en una disminución de la tasa global de fecundidad, TGF, de manera inversamente proporcional. Así, una prevalencia de uso de métodos anticonceptivos de 79% encontrada en la ENDSSR 2008 ha sido acompañada con un descenso de la TGF a 2,5 hijos por mujer. En el Gráfico 2 se puede observar la información sobre TGF y prevalencia de uso de anticonceptivos de las diferentes encuestas realizadas por el CEPEP.

Gráfico 2

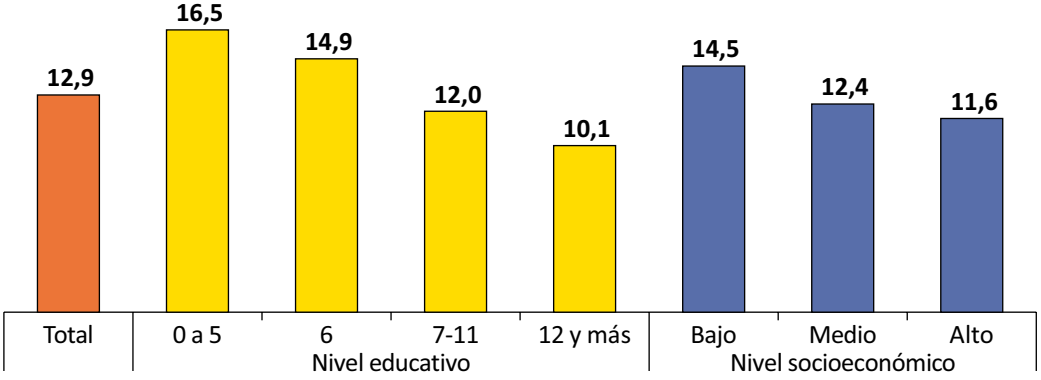
Paraguay. Prevalencia de uso de anticonceptivos y Tasa Global de Fecundidad. ENDSSR-2008



Si bien se ha logrado llegar a una situación excepcional en cuanto al acceso a métodos anticonceptivos, igualando el acceso de las mujeres rurales al de las mujeres urbanas, las diferencias socioeconómicas (en color azul) y por nivel educativo (en color amarillo) persisten, mostrando que aún quedan desafíos por superar para lograr la equidad. (Gráfico 3).

Gráfico 3

Paraguay. Necesidad insatisfecha de métodos anticonceptivos modernos por nivel educativo y socioeconómico. ENDSSR 2008

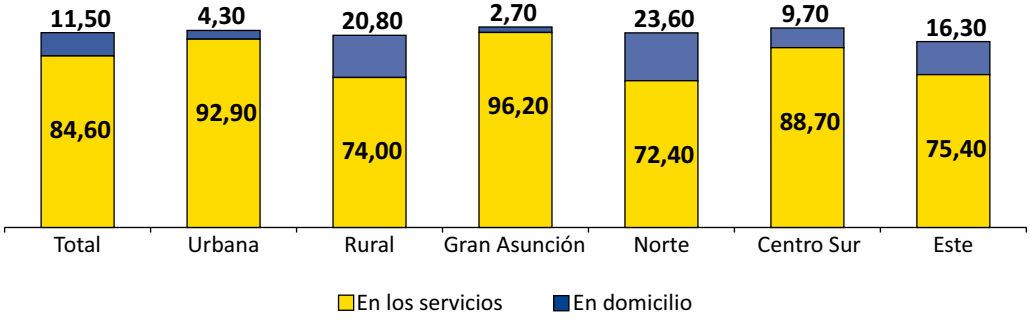


Acceso al parto en los servicios de salud

El parto realizado en los servicios de salud ha tenido un gran incremento en los últimos años en el Paraguay, pasando de 74% en la ENDSSR 2004 a 85% en la ENDSSR 2008. El Ministerio de Salud es el más importante proveedor de este servicio con el 50% de los partos proveídos en su red de servicios. Sin embargo, se debe destacar que el promedio nacional de 85% muestra importantes variaciones según el lugar de residencia de la mujer, como puede verse en el gráfico 4. También existen importantes diferencias por años de estudio y nivel socio-económico.

Gráfico 4

Paraguay. Lugar de atención del parto. ENDSSR 2008



La mortalidad materna

En el Paraguay, los indicadores de mortalidad materna han sido de los más reacios a mejorar, a pesar de los esfuerzos realizados por el Ministerio de Salud. Sin embargo, a través de los años ha habido una leve disminución de la Razón de Mortalidad Materna. El promedio nacional esconde grandes diferencias por departamentos.

Cuadro 3

Razón de mortalidad materna por Regiones Sanitarias. Años 2000 a 2008

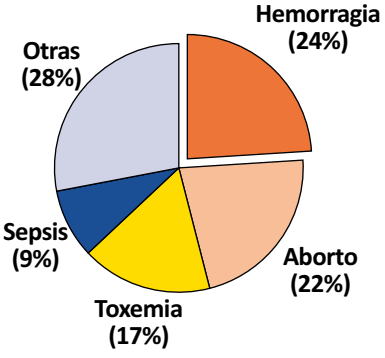
REGIONES SANITARIAS	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Concepción	201,1	294,3	329,2	272,0	252,4	116,7	94,5	154,0	153,8
San Pedro	277,3	186,9	359,7	373,5	341,0	212,4	215,9	104,5	103,0
Cordillera	**113,8**	**47,4**	**125,5**	**134,0**	**120,0**	**215,2**	**67,7**	**75,2**	**75,0**
Guairá	201,7	72,4	154,9	62,3	169,9	85,2	58,8	235,7	234,3
Caaguazú	196,8	204,5	202,0	318,1	267,6	131,4	146,5	136,7	136,8
Caazapá	502,1	213,5	321,2	299,5	163,3	124,2	105,5	78,2	78,0
Itapúa	165,4	195,6	194,4	167,3	105,5	128,7	106,5	144,5	143,6
Misiones	194,9	51,9	194,2	52,1	144,0	49,3	53,2	59,5	59,3
Paraguarí	**132,2**	**316,3**	**234,2**	**107,9**	**174,3**	**261,4**	**147,9**	**257,9**	**256,2**
Alto Paraná	240,5	284,4	182,4	201,4	87,7	110,7	100,9	155,2	154,1
Central	93,7	110,0	118,1	121,3	102,3	89,6	119,6	93,1	96,4
Neembucú	260,2	0,0	86,8	184,3	84,0	90,6	0,0	229,4	228,3
Amambay	120,0	136,0	304,0	73,6	227,1	156,5	143,8	95,9	95,5
Canindeyú	402,4	400,9	437,5	327,0	389,5	227,7	281,7	211,5	209,9
Pte. Hayes	149,9	468,0	297,4	231,7	293,6	374,5	172,9	219,8	272,9
Alto Paraguay	769,2	1680,7	0,0	1041,7	775,2	0,0	429,2	763,4	766,3
Boquerón	0,0	0,0	283,3	146,0	100,5	165,6	256,0	87,0	86,4
Asunción	94,3	21,1	122,5	102,9	92,4	82,4	76,7	68,4	67,8
TOTAL GENERAL	**164,0**	**159,7**	**182,1**	**174,1**	**153,5**	**128,5**	**121,4**	**125,9**	**127,3**

Fuente. Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social.
Departamento de Bioestadística.

Se debe aclarar que el cálculo de la razón de mortalidad materna es especialmente complicado en nuestro país por el déficit en el registro de los nacimientos, los cuales en un elevado número se realizan de manera tardía. Los niveles de mortalidad materna del Paraguay son considerados moderados y su descenso ha constituido siempre una prioridad dentro de las políticas de salud.

Gráfico 5

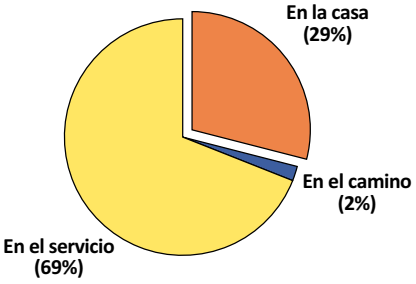
Paraguay. Las causas de muerte materna. Año 2008



Las muertes maternas durante el año 2008 han sido causadas en primer lugar por las hemorragias (24%) y el aborto (22%). La toxemia ha sido la tercera causa de muerte materna con un 17% del total de muertes. La sepsis ha tenido una participación del 9% como causa de muerte materna en el 2008. Las demás causas abarcan el 28% restante (20% corresponde a causas indirectas).

Gráfico 6

Paraguay. Las muertes maternas por tipo de demora. Año 2008

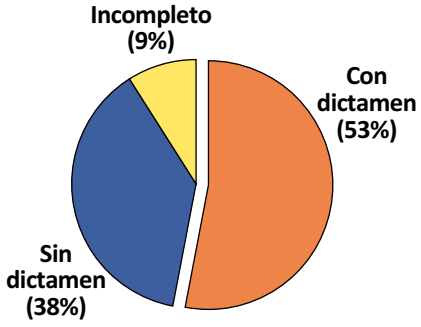


El análisis de las muertes maternas ocurridas durante el año 2008 ha concluido que la mayoría de las demoras han ocurrido en los servicios. Estas demoras expresan las debilidades de los servicios en cuanto a recursos y calidad de atención. Esto explica el hecho que, a pesar de haber habido un gran aumento en el acceso al parto en los servicios, este acceso no ha tenido un impacto proporcional en el indicador de muerte materna.

Este componente de demora en el servicio ha estado presente con fuerza también en otros años. En el 2007 las demoras en el servicio han estado presentes en el 54% de las muertes maternas y en el 2006 en el 46%. Si bien en todos los años se ha observado una fuerte presencia de la demora en los servicios, ésta ha ido aumentando paulatinamente, debido al mayor acceso de las mujeres al parto en los establecimientos de salud.

Gráfico 7

Paraguay. La vigilancia de las muertes maternas. Año 2008



Conforme al Sistema de Vigilancia Epidemiológica de la Salud y la Morbilidad, Mortalidad Materna y Neonatal, SVESMMM-N, todas las muertes maternas deben ser estudiadas por un equipo técnico el cual deberá elaborar un informe técnico, o dictamen al respecto. Durante el año 2008 alrededor de la mitad de las muertes registradas han tenido este dictamen.

3. Área geográfica del estudio

Este Estudio se realizó en dos Regiones Sanitarias del Paraguay, la Tercera Región, cuyo territorio – población se corresponde con el departamento de **Cordillera**, y la Novena Región Sanitaria que cubre el departamento de **Paraguarí**. Ambos departamentos son vecinos, están en el centro de la Región Oriental del país y son cercanos a Asunción, la capital de la República. Cordillera está a 49 kilómetros de Asunción (por ruta II) y Paraguarí a 30 kilómetros (por ruta I) y a 40 kilómetros por la carretera de acceso sur a Asunción.

El departamento de Cordillera. Descripción

Es el tercero de los 17 departamentos del Paraguay. Tiene una superficie total de 4.948 Km^2 con una población estimada para el año 2009 de 273.606 habitantes y una densidad de 55,2 habitantes por kilómetro cuadrado. Está ubicado al sur del departamento de San Pedro y al norte de los departamentos Central y Paraguarí; limita al este con Caaguazú y al oeste tiene 33 kilómetros de costa sobre el río Paraguay que lo separa del departamento de Presidente Hayes, ubicado en el Chaco Paraguayo. La cordillera[3] de los Altos, cuya altura máxima alcanza los 200 metros, atraviesa la zona sur del departamento caracterizada por su buena producción agrícola de caña de azúcar, arroz, maíz, cafeto, mandioca, maní, locote, zanahoria y tomate, plantas ornamentales y frutales como limón, frutilla, mandarina, naranjo, piña y banana. También se cultiva en Cordillera el Ka'a He´ê ("hierba dulce" en idioma guaraní)[4].

La zona de Cordillera ubicada hacia el noreste, plana y con muchos esteros, es apta para la explotación ganadera (vacuna, equina, porcina y caprina). En su artesanía se destaca la producción de ponchos de sesenta listas, el encaje jú, y los trabajos en madera repujada en cuero. Los ríos Manduvirá, Piribebuy y Salado y numerosos arroyos atraviesan una zona con rica vegetación y forman en su recorrido saltos de agua, que junto al lago Ypacaraí, hacen de este departamento uno de los más ricos en bellezas naturales.

[3] En Paraguay se denomina "Cordillera" a una cadena de cerros que por su altura en topografía corresponde a una "sierra".

[4] Ka'a He'ê. Arbusto perenne originario del Paraguay y de parte cercana del Brasil. Desde épocas pre colombinas utilizado por los pueblos guaraníes como endulzante natural de sus infusiones de yerba mate. Contiene un steviósido.

En este territorio se encuentran lugares históricos de la guerra de la Triple Alianza de 1865-1870 (Acosta Ñu, en Eusebio Ayala; Vapor Cué en Caraguatay); formaciones geológicas de millones de años de antigüedad (Cerro Tobatí); el lago Ypacaraí con su espejo de agua de 90 km; el santuario de estilo neoclásico de la Virgen de los Milagros de Caacupé; las iglesias de Altos y Piribebuy, se suman al panorama de valles, cerros y arroyos, creando un marco favorable, aunque poco explotado, para actividades turísticas.

El departamento de Cordillera cuenta con 20 distritos o Municipios cuya población se incluye en el Cuadro 4, según proyecciones para el 2009 del Censo de Población del 2002. (DGEEC, 2009).

Cuadro 4

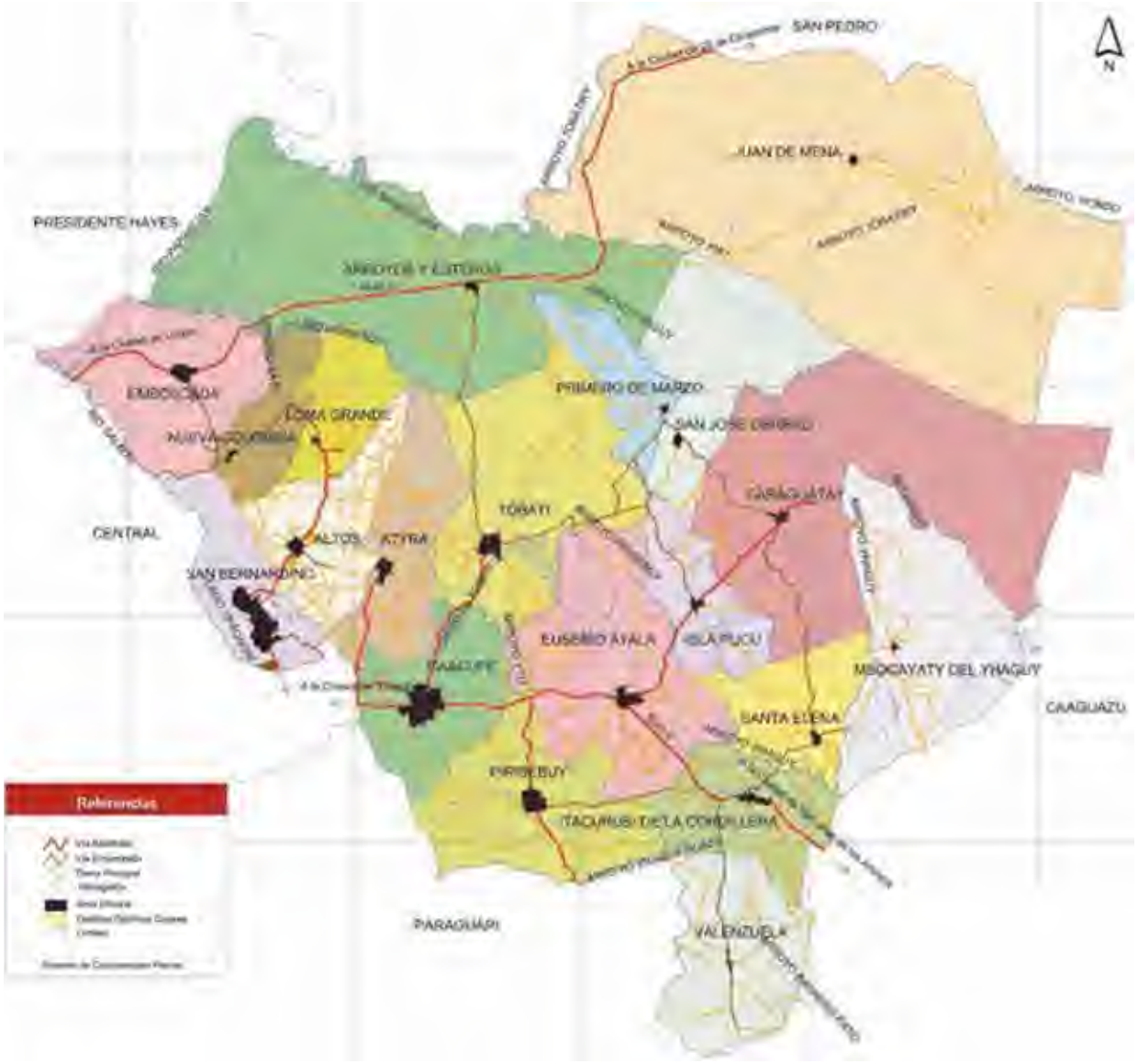
Cordillera. Proyección de la población total por sexo y distritos. Año 2009

DISTRITOS	POBLACIÓN		
	TOTAL	HOMBRES	MUJERES
Caacupé	47.835	23.886	23.949
Altos	13.276	6.947	6.329
Arroyos y Esteros	23.003	12.201	10.802
Atyrá	15.467	8.103	7.364
Caraguatay	14.138	7.378	6.760
Emboscada	13.638	7.065	6.573
Eusebio Ayala	21.101	10.591	10.510
Isla Pucú	8.032	4.116	3.916
Itacurubí de la Cordillera	11.789	5.892	5.897
Juan de Mena	6.482	3.499	2.983
Loma Grande	3.233	1.740	1.493
Mbocayaty del Yhaguy	5.030	2.654	2.376
Nueva Colombia	4.330	2.314	2.016
Piribebuy	23.069	11.788	11.281
Primero de Marzo	7.220	3.838	3.382
San Bernardino	11.147	5.773	5.374
Santa Elena	6.028	3.131	2.897
Tobatí	26.953	14.119	12.834
Valenzuela	6.897	3.617	3.280
San José Obrero	4.939	2.565	2.374
20 distritos	**273.606**	**141.217**	**132.390**

Fuente: Dirección General de Estadística, Encuestas y Censos, DGEEC, Proyección de población de acuerdo a Censo 2002, PARAGUAY.

Gráfico 8

Mapa del departamento de Cordillera (Tercera Región Sanitaria)



Dos rutas troncales asfaltadas cruzan este departamento: la ruta II "Mariscal José Félix Estigarribia", que une Asunción con el este del país y que pasa por Caacupé, Eusebio Ayala, Itacurubí de la Cordillera y llega a Ciudad del Este en la frontera con Foz de Iguazú, Brasil, y la ruta III "General Elizardo Aquino", que se dirige hacia el norte del país, cruza por Emboscada y Arroyos y Esteros en este departamento y pone en comunicación con la capital del país a los departamentos de Concepción y Amambay, limítrofes con Brasil. Ambas rutas tienen ramales que las unen con varias poblaciones de este departamento que se caracterizan por sus buenas vías de comunicación.

Santuario de Caacupé

La ciudad de **Caacupé**, distante 54 kilómetros de Asunción, es la capital del departamento. Por ser sede del santuario donde cada 8 de diciembre concurren peregrinos de todo el país a venerar a la Virgen de los Milagros, popularmente es considerada como la "capital espiritual del Paraguay". El santuario fue construido en la década de 1960 en reemplazo de un viejo templo colonial que fuera demolido. En las paredes de la escalera que va al campanario están murales de Nino Sotelo realizados en base a narraciones populares sobre la virgen. En Caacupé están las sedes de la Gobernación del departamento, con su Secretaría de Salud Departamental; de la Dirección de la Tercera Región Sanitaria y también la sede del Consejo Regional de Salud. En Caacupé está el Hospital Regional, cabecera de la red de servicios de salud del departamento. Otras ciudades en Cordillera son:

Eusebio Ayala: Fundada en 1710 con el nombre de Barrero Grande. Tiene cultivos de caña de azúcar, arroz, maíz, tabaco, poroto y café. Familias y micro empresas se dedican a la producción y venta del chipá. Fábrica de camperas y otros elementos en cuero. En este municipio se encuentran los campos de Acosta Ñu donde 3.500 niños y adolescentes se enfrentaron a cerca de 20.000 soldados aliados en la guerra de la Triple Alianza. También en sus cercanías está Vapor cué, donde se hundiera en esa guerra toda la flotilla paraguaya.

Altos, del Ybyturapé (en guaraní "sendero del viento"). Uno de los pueblos más antiguos (1538). En 1879 llegaron colonos alemanes que dan características especiales a la zona. Produce café, hierbas medicinales, sandías y diversos productos hortícolas. Es cuna del cantante Luis Alberto del Paraná, quien difundiera por el mundo las polcas y guaranias del Paraguay. Confecciona tallados en madera de personajes mitológicos folclóricos como el pombero y kurupí y máscaras de mulatos (kambá ra'angá).

Emboscada: Fundada en 1740 con el nombre de San Agustín de la Emboscada por las frecuentes emboscadas que hacían aquí los indios guaicurús a los carios guaraníes. Es la "ciudad de la piedra" por la actividad de sus pobladores de explotar canteras de piedra losa. Cultivan café y extraen almendra de coco. Sus palmas de karanday son utilizadas para confección de sombreros. Elaboran como artesanía "guampas" de madera, una especie de vaso para el mate o el tereré (infusión de yerba mate con agua fría, característica del Paraguay). Desde 1816 tiene una penitenciaría de alta seguridad, actualmente desactivada.

Arroyos y Esteros: Los ríos Piribebuy y Manduvirá son alimentados por numerosos arroyos y esterales donde se cultiva el arroz. En sus campos se crían ganado vacuno, cabras y ovejas. Es la principal productora de caña dulce y cuna del azúcar orgánico en el Paraguay. Además del azúcar se produce como derivados miel de caña y aguardiente (caña paraguaya). El sésamo es un producto agrícola en crecimiento. También la producción de bananas, piña y melones. Cuenta con un campo internacional de golf de 18 hoyos, el Country Golf Club del golfista paraguayo Carlos Franco.

Tobatí: ("tobamorotí" o caras pálidas). Pueblo que venera una imagen "gemela" a la de la Virgen de Caacupé. Su suelo posee un kaolín que le da calidad a sus ladrillos y tejas y a sus cacharros de alfarería. Tiene hermosos paisajes con cerros de forma caprichosa rodeados de cocoteros de cuyas fibras fabrican hamacas paraguayas. Se dedican a la ganadería y al cultivo de arroz.

Itacurubí (piedra triturada) de la Cordillera: Es agrícola, ganadero y artesanal.

Santa Elena: Pequeña población agrícola y ganadera. Tiene árboles frutales cítricos y destilerías de "petit grain".

Nueva Colombia, ubicada en los valles de la cordillera de los Altos, famosa por sus canteras en donde se extrae una piedra losa muy apreciada para la construcción y la arquitectura. También tiene huertas y árboles frutales.

El departamento de Paraguarí. Descripción

Tiene una superficie de 8.705 km^2 con una población estimada para el 2009 de 239.052 habitantes, con una densidad de 27,4 habitantes por kilómetro cuadrado. Es vecino de Cordillera con el que comparte límites al norte, por donde llegan desprendimientos de la Cordillera de los Altos conformando cerros aislados como Mbatoví, Caré, Peró, Ybycuí, Yhú, Santo Tomás y otros. Al sur limita con el departamento de Misiones separado por el río Tebicuary, al este tiene a los departamentos de Guairá y Caazapá; al oeste los departamentos Central y Ñeembucú y al norte los departamentos de Caaguazú y Cordillera. Los ríos Tebicuary-mí y Negro desembocan en el río Tebicuary, afluente del río Paraguay, y los arroyos Ca'añavé y Aguai'y desaguan en el lago Ypoá y sus humedales componiendo una rica red hidrográfica.

Lago Ypoa

El lago Ypoá, ubicado en el Parque Nacional del mismo nombre de 100.000 hectáreas de extensión, corresponde a un gran humedal con un ecosistema virgen, poco explorado, que abarca al lago Ypoá y las lagunas Cabral, Verá y Paranamí y sus islas Mocito, Valdez, Ildefonso y Marcelo. Posee una avifauna variada con monos, yacarés, carpinchos, ciervos de los pantanos (en peligro de extinción), loros habladores, avestruces, variadas aves acuáticas, garzas y tucanes, víboras como las de coral y cascabel. La superficie del lago Ypoá (en guaraní "agua que da suerte") supera los 250 km^2. Es un lago muy sensible a los cambios climáticos. Está lleno de leyendas como la de una isla que tiene un lecho de caracoles y que, según los pobladores cercanos, se mueve, a veces desaparece o cambia de lugar.

El departamento está asentado en el antiguo valle de Yarigua- á, estancia ganadera de la Compañía de Jesús. El poblamiento de la región es uno de los más antiguos del país, data del siglo XVI con la fundación de ciudades como Carapeguá (1733), Quiindy (1766), Ybycuí (1769), Acahay y su consolidación durante el siglo XVII. En 1854 con el gobierno de Carlos Antonio López se instala el Ferrocarril que recorría el tramo Asunción-Paraguarí, que luego de la guerra del 65-70 se prolonga hasta Villarrica (Guairá), constituyéndose en el eje ferroviario propicio para la creación de nuevos poblados.

Alrededor del 70% de sus áreas aptas para actividad agropecuaria se destina a la ganadería (con vacunos y porcinos) y el 15% a la agricultura (caña dulce, mandioca, maíz, cebolla, poroto, algodón, maní, piña, arvejas, mandioca y soja). La artesanía suple a la escasa industrialización. En el distrito de Carapeguá se dedican a la producción artesanal con hilados de algodón y lana que utilizan en la confección de hamacas paraguayas, ponchos, cubrecamas y bolsos. Con el tejido de lienzo rústico o "encaje jú" y con el "crochet" elaboran carpetas y vestimentas. Cuenta con ingenios azucareros, industrias lácteas y destilerías de alcohol.

En tiempos de la colonia, en diversos poblados existían capillas de órdenes religiosas como la de los jesuitas en Paraguarí, los dominicos en Tavapy (actual San Roque González de Santa Cruz) y los franciscanos en Yaguarón, donde legaron una Iglesia emblemática de este departamento. Luego de la guerra de la Triple Alianza el crecimiento poblacional y económico de este territorio se extiende por un lado siguiendo las carreteras (ciudades de Yaguarón, Paraguarí, Carapeguá, Roque González, Quiindy) y por el otro a la vía férrea (pueblos de Escobar, Sapucai, Caballero e Ybytimí). Con la desaparición del ferrocarril las poblaciones que bordeaban esta vía entran en retroceso con escasa producción y pobreza. Con este fenómeno surgen mejores oportunidades para los pueblos ubicados sobre las rutas pavimentadas y sus ramales hacia Piribebuy y desde Carapeguá a Ybycuí, Acahay y La Colmena. En este departamento se ubican tres áreas geográficas protegidas: el parque nacional Ybycuí; el monumento natural del cerro Acahay, y el parque nacional del lago Ypoá.

Gráfico 9

Mapa del departamento de Paraguarí (Novena Región Sanitaria)

La capital del departamento, ubicada a 66 km de Asunción es la **ciudad de Paraguarí**, denominada "cuna de la independencia" por su cercanía con los campos donde los próceres Fulgencio Yegros, Cabañas y Gamarra lucharon en 1810 contra el ejército argentino de Manuel Belgrano en jornadas precursoras de nuestra independencia. También se la denomina como "ciudad de los toreros" y "ciudad del viento norte". Otras ciudades de Paraguarí son:

Ciudad de Paraguarí

Iglesia de Yaguarón

Yaguarón: (gran jaguar) antigua reducción franciscana con un pueblo originario de carios guaraníes. Del año 1600 data su iglesia de San Buenaventura, cercana al cerro Yaguarón, de estilo barroco hispano-guaraní con imágenes de madera talladas a mano que es patrimonio de la humanidad. Conserva una de las más antiguas tradiciones musicales con instrumentos de los originarios indígenas la Banda paraí "Peteke-Peteke". El museo Gaspar Rodríguez de Francia conserva mobiliarios y objetos que pertenecieron al supremo Dictador y a otros próceres de la independencia.

Quiindy: cercana al lago Ypoá es zona con ganado vacuno, ovino, equino y porcino. Tiene viñedos y plantaciones de caña dulce. Muchos de sus habitantes se dedican a la fabricación y venta de pelotas de cuero para variados deportes.

Sapucai: Antiguo pueblo ferrocarrilero que mantiene los restos de los talleres del Ferrocarril paraguayo y como cementerio de trenes tiene antiguas locomotoras y vagones. La ganadería es su principal ocupación con vacunos, ovinos y equinos. También huertas, viñedos y apicultura. El leprocomio Santa Isabel es centro de aislamiento, enseñanza e investigación.

La Colmena: fundada en 1936 como la primera colonia de origen japonés en el Paraguay con familias de inmigrantes japoneses procedentes del Brasil. Producción de cítricos, caña dulce y viñedos.

Pirayú: pequeño poblado cercano a Cerro Verá donde naciera el Gral. Eduvigis Díaz y de Cerro León con el cuartel donde el Mariscal López convocara al pueblo para integrar su ejército y del Campamento de Escurra donde celebró su último cumpleaños antes de morir en Cerro Corá 6 meses después (marzo 1870). Tiene quintas con cría de ganado, huertas y artesanía en tejidos de encaje jú.

Ybycuí: Histórica por su fundición de hierro (La Rosada) y sus arsenales de la guerra del 70, hoy reconstruida y declarada Monumento Nacional.

El departamento de Paraguarí comprende 17 distritos, los que se describen en el Cuadro 5 con su población, según proyección para el año 2009 del Censo del 2002.

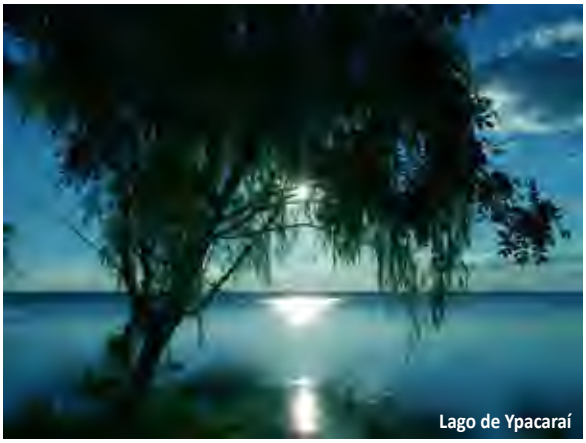
Cuadro 5

Paraguarí. Proyección de la población total por sexo y distrito. Año 2009

DISTRITOS	POBLACIÓN		
	TOTAL	HOMBRES	MUJERES
Paraguarí	23.386	11.830	11.556
Acahay	16.109	8.577	7.532
Caapucú	7.839	4.032	3.808
Gral. Bernardino Caballero	7.057	3.725	3.332
Carapeguá	33.012	16.953	16.059
Escobar	8.834	4.658	4.176
La Colmena	5.595	2.865	2.730
Mbuyapey	14.088	7.487	6.601
Pirayú	15.828	8.128	7.700
Quiindy	19.687	10.263	9.424
Quyquyhó	7.531	3.957	3.574
San Roque G. de Santa Cruz	11.674	6.190	5.484
Sapucai	6.560	3.456	3.104
Tebicuarymí	4.154	2.259	1.895
Yaguarón	27.311	14.006	13.305
Ybycuí	23.035	11.926	11.109
Ybytimí	7.349	3.940	3.409
17 Distritos	**239.049**	**124.252**	**114.798**

Fuente: Dirección General de Estadísticas, Encuestas y Censos, DGEEC, Proyección de población de acuerdo al Censo 2002, PARAGUAY.

Cordillera y Paraguarí, son departamentos vecinos y tienen características muy similares: Están ubicados en la zona central de la Región Oriental del país; cercanos a la capital de la República, de cuyo Municipio están separados por el departamento Central. Ambos departamentos son cruzados por la Cordillera de Altos y por varios ríos y arroyos que contribuyen a su riqueza hídrica, además del lago Ypacaraí en Cordillera y el lago Ypoá en Paraguarí. La densidad de población es baja en los dos departamentos, 55 habitantes por kilómetro cuadrado en Cordillera y 27,4 en Paraguarí.


Lago de Ypacaraí

No tienen poblaciones indígenas y en ambos se encuentran algunos de los pocos pueblos con personas afrodescendientes del Paraguay (Emboscada en Cordillera; ciudades de Paraguarí y San Roque González en el departamento de Paraguarí). La similitud de sus antecedentes históricos se refleja en sus iglesias, en la religiosidad de sus pobladores y en testimonios relacionados con la guerra de la Triple Alianza (Ybycuí y Pirayú en Paraguarí; Acosta Ñú y Vapor Cué – Eusebio Ayala en Cordillera). La chipa o el "chipá" (que significa "torta"), es un panecillo de harina de mandioca (yuca) o de maíz, característica en varias poblaciones de Cordillera (Ypacaraí, Caacupé, Piribebuy y principalmente Eusebio Ayala); y de Paraguarí (ciudad de Paraguarí). En estos departamentos persiste la producción familiar agrícola; no tiene las grandes extensiones de producción mecanizada de agro-exportación como en otros departamentos. Tanto Cordillera como Paraguarí tienen cultivos de caña dulce con producción industrial del azúcar. La ganadería es un rubro importante en sus extensos campos con ganado vacuno, porcino, ovino y equino. Ambos departamentos tienen una variada artesanía en cerámica, madera tallada, tejidos típicos (Tobatí, Caacupé, Carapeguá).

Desarrollo humano y pobreza en los departamentos del estudio

El IDH es el promedio ponderado de cuatro variables: 1) la Esperanza de Vida al Nacer, que valora la capacidad de una vida larga y saludable; 2) la matrícula de los habitantes en los tres niveles de educación básica, media y superior; 3) la tasa de alfabetización de personas mayores de 15 años y 4) el nivel de producción de bienes y servicios per-cápita, PIB, de cada departamento. En el cuadro 6 se relaciona el IDH de los departamentos de este estudio con el IDH del país y de los demás departamentos.

Cuadro 6

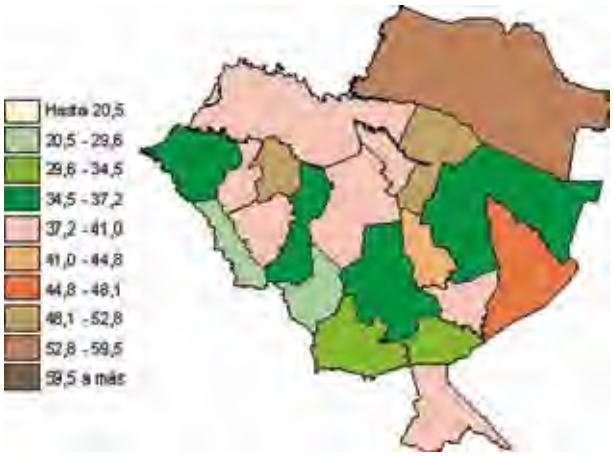
Paraguay. Índice de Desarrollo Humano IDH, por departamentos y total país. Año 2006

Asunción	0,837
PARAGUAY	0,759
Misiones	0,755
Concepción	0,751
Central	0,749
Itapúa	0,748
Caazapá	0,748
Alto Paraná	0,744
Guairá	0,743
Cordillera	0,742
Canindeyú	0,742
San Pedro	0,739
Ñeembucú	0,736
Caaguazú	0,733
Paraguarí	0,729
Presidente Hayes	0,713
Amambay	0,706
Boquerón	0,702
Alto Paraguay	0,679

Fuente: Dirección General de Estadística, Encuestas y Censos, DGEEC / PNUD, Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo.

Gráfico 10

Departamento de Cordillera. Mapa de pobreza (Porcentaje de la población con ingresos por debajo de la línea de pobreza)



Cuadro 7

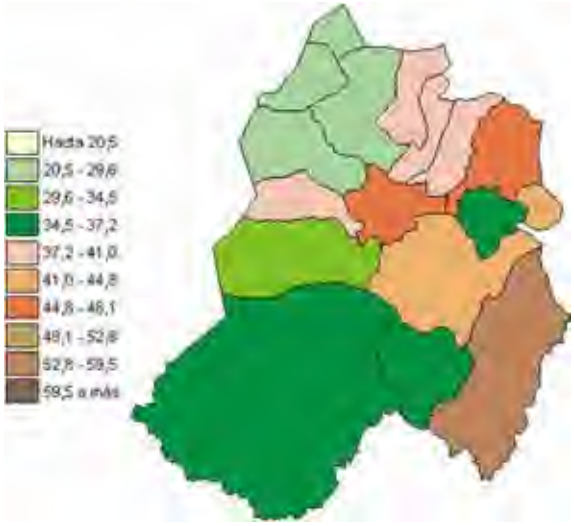
Departamento de Cordillera. Ingresos y pobreza

CÓDIGO GEOGRÁFICO	DISTRITO	INGRESO PROMEDIO MENSUAL (EN GUARANÍES)		POBLACIÓN POBRE*	
		FAMILIAR	POR PERSONA	PROPORCIÓN %	ORDEN **
301	Caacupé	991.543	211.442	23,2	195
302	Altos	741.965	146.978	40,3	113
303	Arroyos y Esteros	654.608	132.638	39,2	119
304	Atyrá	752.622	153.831	34,6	154
305	Caraguatay	628.366	142.172	36,3	140
306	Emboscada	698.193	155.332	35,2	150
307	Eusebio Ayala	798.623	176.262	35,1	152
308	Isla Pucú	655.788	145.491	41,8	105
309	Itacurubí de la Cordillera	870.763	200.805	32,5	161
310	Juan de Mena	515.483	105.052	55,8	32
311	Loma Grande	605.883	128.648	48,3	65
312	Mbocayaty del Yhaguy	624.319	123.858	46,3	75
313	Nueva Colombia	593.857	126.858	39,8	117
314	Piribebuy	760.130	176.566	33,7	158
315	Primero de Marzo	642.538	127.645	40,1	114
316	San Bernardino	1.145.089	250.433	22,0	196
317	Santa Elena	637.088	138.577	37,4	130
318	Tobatí	846.449	164.747	37,7	127
319	Valenzuela	617.615	130.363	39,9	116
320	San José Obrero	587.884	118.841	48,9	60
Total departamento		**775.819**	**164.964**	**35,2**	
Total País		**1.291.402**	**271.343**	**34,4**	

* Con ingreso familiar per cápita inferior a la línea de pobreza.
** Orden de mayor a menor proporción (1 indica el distrito más pobre y 218 el menos pobre).
Fuente: Dirección General de Estadística, Encuestas y Censos.

Gráfico 11

Departamento de Paraguarí. Mapa de pobreza. (Porcentaje de la población con ingresos por debajo de la línea de pobreza)



Cuadro 8

Departamento de Paraguarí. Ingresos y pobreza

CÓDIGO GEOGRÁFICO	DISTRITO	INGRESO PROMEDIO MENSUAL (EN GUARANÍES)		POBLACIÓN POBRE*	
		FAMILIAR	POR PERSONA	PROPORCIÓN %	ORDEN **
901	Paraguarí	937.067	204.446	25,3	190
902	Acahay	644.334	128.378	45,1	85
903	Caapucú	664.311	152.414	36,1	144
904	Caballero	621.520	130.841	38,7	124
905	Carapeguá	846.941	184.243	20,9	197
906	Escobar	558.118	121.689	40,9	111
907	La Colmena	850.649	183.391	36,5	139
908	Mbuyapey	550.433	103.267	56,2	30
909	Pirayú	815.491	180.172	24,9	191
910	Quiindy	706.909	157.147	32,5	162
911	Quyquyhó	651.166	143.429	35,0	153
912	San Roque G. de Santa Cruz	641.008	137.055	37,6	129
913	Sapucai	684.796	148.211	37,4	131
914	Tebicuary-Mí	610.185	119.172	43,9	97
915	Yaguarón	803.195	168.310	28,4	180
916	Ybycuí	695.610	139.387	42,3	102
917	Ybytimí	573.010	117.644	45,0	87
Total departamento		**731.998**	**154.982**	**34,5**	
Total País		**1.291.402**	**271.343**	**34,4**	

* Con ingreso familiar per cápita inferior a la línea de pobreza.
** Orden de mayor a menor proporción (1 indica el distrito más pobre y 218 el menos pobre).
Fuente: Dirección General de Estadística, Encuestas y Censos.

servicios de salud en los departamentos del estudio

La Tercera Región Sanitaria (Cordillera) contaba en el 2007 con 46 servicios alud y en el 2009 con 48, sin incluir las Unidades de Salud de la Familia (USF). guarí en el 2007 tenía 50 servicios de salud y en el 2009 tiene 56, sin incluir las USF. Cuadros 9 y 10).

Cuadro 9

Departamentos de Cordillera y Paraguarí. Establecimientos del MSPyBS, por tipo de establecimiento y número de camas. Año 2007

DEPARTAMENTO	HOSPITAL REGIONAL	HOSPITAL DISTRITAL	CENTRO DE SALUD	PUESTO DE SALUD	CENTRO ESPECIALIZADO	DISPENSARIO	TOTAL	USF	REHUS USF	Nº DE CAMAS
Cordillera	1	3	17	24	-	1	46	-	-	201
Paraguarí	1	4	9	35	1	-	50	-	-	256
Total	**2**	**7**	**26**	**59**	**1**	**1**	**96**	**-**	**-**	**457**

Fuente: Dirección General de Desarrollo de Servicios de Salud. Dirección de Coordinación de Regiones Sanitarias. Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social.

Desde agosto del 2009 se habilitaron las Unidades de Salud de la Familia, 11 en Cordillera y 12 en Paraguarí, incorporando nuevos recursos humanos (29 en Cordillera y 80 en Paraguarí) totalizando 109 para la USF.

Cuadro 10

Departamentos de Cordillera y Paraguarí. Establecimientos de salud del MSPyBS, por tipo de establecimiento y número de camas. Año 2009

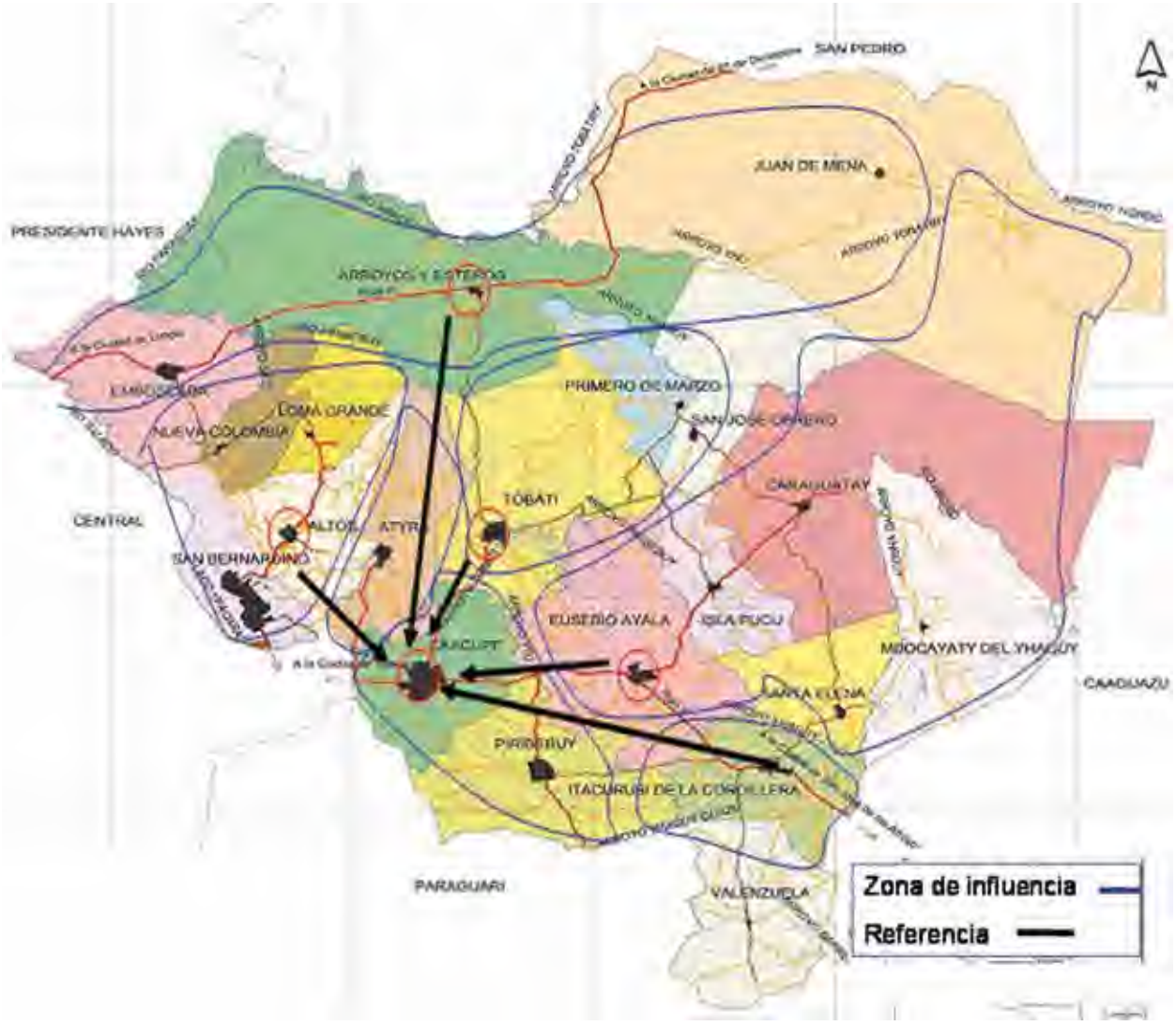
Departamento	Hospital Regional	Hospital Distrital	Centro de Salud	Puesto de Salud	Centro Especializado	Dispensario	Total	USF	REHUS USF	Nº de camas
Cordillera	1	3	15	29	-	-	48	11	29	203
Paraguarí	1	4	10	40	1	-	56	12	81	301
Total	**2**	**7**	**25**	**69**	**1**	**-**	**104**	**23**	**110**	**504**

Fuente: Tercera y Novena Regiones Sanitarias, 2009.

En los mapas de Cordillera y Paraguarí (Gráfico 12 y Gráfico 13) se evidencian las zonas de influencia de sus Hospitales Distritales.

Gráfico 12

Cordillera. Zonas de influencia de los servicios



En el 2008-2009 se habilitó en Cordillera el nuevo **Hospital Regional en Caacupé** y se realizaron mejoras en los **Hospitales Distritales de Eusebio Ayala y de Altos** y en varios Centros de Salud.

Gráfico 13

Paraguarí. Zonas de influencia de los servicios

En el año 2007 se habilitaron obras de construcción y remodelación en 3 hospitales de la Novena Región: el **Hospital Regional de Paraguarí** con una ampliación de 250 m², totalizando 3.235 m², con diez consultorios, dos de urgencias, dos salas de cirugía, una de parto y un área de internación con 62 camas.

Hospital Regional de Paraguarí

Tiene nuevas instalaciones y equipos del sistema centralizado de gases medicinales y de prevención y combate a incendios. Tiene salas de radiología, de ecografía y de laboratorio clínico y bacteriológico.

El **Hospital Distrital de Ybycuí** de 2.215 m^2, con once consultorios, un centro quirúrgico-obstétrico y salas de internación con 41 camas; laboratorio, radiología y banco de sangre.

El **Hospital Distrital de Mbuyapey** de 254 m^2, remodelado y ampliado con nueve consultorios, sala de parto y cirugía, y un área de internación con 12 camas.

Hospital Distrital de Quiindy

Algunas mejoras están siendo introducidas en el **Hospital Distrital de Quiindy** con la construcción de un alojamiento para médicos de guardia y mejor ubicación de los recursos humanos de gestión (sección de recursos humanos, estadísticas, jefatura de enfermería, etc.). En algunos Municipios existen locales de salud recientemente construidos pero que están cerrados por falta de recursos humanos y de presupuesto para su operación. Es el caso de dos Puestos de Salud en compañías de Yaguarón que fueron construidos por la Gobernación de Paraguarí pero que están sin funcionar, según sus vecinos y el Intendente del lugar "porque no tiene rubros para contratar recursos humanos".

En los Cuadros 11 y 12 se consigna el porcentaje de establecimientos de salud de ambos departamentos que ofrecen servicios de SSR, año 2009.

Cuadro 11

Cordillera. Número de establecimientos de salud y porcentaje de los mismos que ofrecen servicios de SSR. MSPyBS. Año 2009

SERVICIOS PRESTADOS	HOSPITAL REGIONAL	HOSPITAL DISTRITAL	CENTRO DE SALUD	PUESTO DE SALUD
Número de establecimientos	**1**	**3**	**15**	**28**
Planificación Familiar				
PF con por lo menos tres anticonceptivos	100	100	100	100
Aplicación de DIU	100	100	100	100
Prenatal				
VDRL en embarazadas	100	100	100	100
Tratamiento de sífilis	100	100	100	100
VIH en embarazadas	100	100	100	0
Uso del SIP	100	100	100	100
Parto				
Parto vaginal	100	100	100	11
Parto por cesárea	100	67	0	0
Histerectomía obstétrica	100	0	0	0
Uso del partograma	100	100	100	0
Emergencia Obstétrica y Neonatal				
Guardia Médica 24 horas todos los días	100	67	0	0
Sangre segura	100	0	0	0
Atención de víctimas de violencia sexual	100	100	100	0
Otros servicios				
PAP	100	100	100	61
Colposcopía	100	67	0	0
Atención diferenciada a adolescentes	0	0	0	0

Fuente: Tercera Región Sanitaria.

Cuadro 12

Paraguarí. Número de establecimientos de salud y porcentaje de los mismos que ofrecen servicios de SSR. MSPyBS. Año 2009

SERVICIOS PRESTADOS	HOSPITAL REGIONAL	HOSPITAL DISTRITAL	CENTRO DE SALUD	PUESTO DE SALUD
Número de establecimientos	**1**	**4**	**9**	**40**
Planificación Familiar				
PF con por lo menos tres anticonceptivos	100	100	100	100
Aplicación de DIU	100	100	100	30
Prenatal				
VDRL en embarazadas	100	100	100	17,5
Tratamiento de sífilis	100	100	100	100
VIH en embarazadas	100	75	22	0
Uso del SIP	100	100	100	100
Parto				
Parto vaginal	100	100	100	10
Parto por cesárea	100	75	0	0
Histerectomía obstétrica	100	75	0	0
Uso del partograma	100	100	100	10
Emergencia Obstétrica y Neonatal				
Guardia Médica 24 horas todos los días	100	75	0	0
Sangre segura	100	0	0	0
Atención de víctimas de violencia sexual	100	100	100	0
Otros servicios				
PAP	100	100	100	100
Colposcopía	100	0	0	0
Atención diferenciada a adolescentes	0	0	0	0

Fuente: Novena Región Sanitaria.

En los Cuadros 13 y 14 se aprecia el bajo índice de ocupación de camas en los dos departamentos. Todos los Hospitales y Centros de Salud tienen camas disponibles para la Maternidad, con índice de ocupación también bajo. Ningún Servicio cuenta con Unidad de Terapia Intensiva (UTI), y la mayoría de los casos de urgencias y de gravedad son derivados al Hospital Nacional.

Cuadro 13

Cordillera. Porcentaje de ocupación de camas por especialidad en la red del MSPyBS. Año 2007

TIPO DE ESTABLE-CIMIENTO	SERVICIOS DE SALUD	OCUPACIÓN DE CAMAS %				
		MATERNIDAD	PEDIATRÍA	NEONATOLOGÍA	CLÍNICA MÉDICA	CIRUGÍA
H.R	Hospital Regional Caacupé	19	56	0	96	70
H.D	Altos	32	41	0	52	22
H.D	Eusebio Ayala	27	16	0	19	9
H.D	Tobatí	30	48	0	17	0
C.S	Arroyos y Esteros	9	50	0	60	0
C.S	Atyrá	11	0	0	0	0
C.S	Caraguatay	10	8	0	8	0
C.S	Emboscada	11	13	0	12	0
C.S	Isla Pucú	6	0	0	0	0
C.S	Itacurubí	3	0	0	0	0
C.S	Juan de Mena	3	0	0	0	0
C.S	Loma Grande	4	0	0	0	0
C.S	Mbocayaty	4	0	0	0	0
C.S	Nueva Colombia	5	0	0	0	0
C.S	Piribebuy	23	9	0	4	0
C.S	1º de Marzo	7	100	0	2	0
C.S	San Bernardino	7	2	0	25	0
C.S	Santa Elena	4	0	0	0	0
C.S	Valenzuela	2	0	0	0	0
C.S	San José Obrero	4	0	0	0	0

Fuente: Base de datos. Dirección de Coordinación de Regiones Sanitarias. Agosto, 2007.

Cuadro 14

Paraguarí. Porcentaje de ocupación de camas por especialidad en la red del MSPyBS. Año 2007

TIPO DE ESTABLECIMIENTO	SERVICIOS DE SALUD	OCUPACIÓN DE CAMAS %				
		MATERNIDAD	PEDIATRÍA	NEONATOLOGÍA	CLÍNICA MÉDICA	CIRUGÍA
H.R	Paraguarí	13	98	0	0	0
H.D	Carapeguá	53	41	45	44	11
H.D	La Colmena	8	27	11	21	14
H.D	Quiindy	43	39	40	65	55
H.D	Ybycuí	6	0	0	0	0
C.S	Acahay	15	3	0	9	0
C.S	Caballero	5	0	0	7	0
C.S	Pirayú	4	0	0	3	0
C.S	Quyquyhó	27	16	0	29	6
C.S	San Roque González	2	0	0	0	0
C.S	Sapucai	3	4	0	0	0
C.S	Yaguarón	26	28	0	57	3
C.S	Mbuyapey	4	0	0	0	0
P.S	Caapucú	5	18	0	22	0
P.S	Escobar	11	0	0	0	0
P.S	Tebicuarymí	2	0	0	0	0
P.S	Ybytimí	2	0	0	0	0

Fuente: Base de datos. Dirección de Coordinación de Regiones Sanitarias. Agosto, 2007.

Todos los Hospitales y Centros de Salud así como 4 Puestos de Salud en Paraguarí tienen camas disponibles para la internación de puérperas. Su índice de ocupación es bajo.

Algunos indicadores de mortalidad y problemas de salud en las dos Regiones Sanitarias del estudio

De acuerdo a los registros en el Subsistema de Información de Estadísticas Vitales (SSIEV) del Ministerio de Salud de los Indicadores de Mortalidad General, Materna, Neonatal, Perinatal, Infantil, de las personas menores de 5 años de edad y de la Mortalidad por enfermedades originadas en el periodo perinatal, se destaca que para el año 2008 el departamento de Cordillera en general presenta indicadores por debajo de las cifras del total del país, mientras que el departamento de Paraguarí en general tiene valores por encima de los indicadores del total país. (TM: Tasa de Mortalidad, Ver Cuadro 15).

Cuadro 15

Cordillera y Paraguarí. Algunos indicadores de mortalidad y totales país. Año 2008

INDICADORES DE MORTALIDAD	TOTAL PAÍS	DEPARTAMENTO CORDILLERA	DEPARTAMENTO PARAGUARÍ
TM General por 1.000 Hts.	3,8	3,5	5,5
Razón de Mortalidad Materna por 100.000 nacidos vivos	127,3	75,0	256,2
TM Neonatal por 1.000 nacidos vivos	11,3	8,5	11,9
TM Perinatal por 1.000 nacidos vivos	18,5	15,5	20,2
TM Infantil (< 1 año) por 1.000 nacidos vivos	16,7	12,8	17,0
TM en menores de 5 años por 1.000 nacidos vivos	19,9	15,8	19,2
TM por enfermedades originadas en periodo perinatal por 1.000 nacidos vivos	18,5	15,5	20,2

Fuente: Subsistema de Información de las Estadísticas Vitales (SSIEV).
Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social.

Los principales problemas de salud en estos departamentos son:

Enfermedades relacionadas a las condiciones de pobreza, el deficiente saneamiento básico y la escasa escolaridad de la población; las afecciones infecto-contagiosas y las enfermedades prevenibles por vacunación, la desnutrición infantil y las **complicaciones del embarazo y del parto que afectan a las mujeres y los recién nacidos**. También las enfermedades respiratorias agudas, agravadas últimamente con la circulación del virus H1N1. El dengue es un peligro latente en cuanto persista la poca capacidad de la población y de los municipios para controlar la proliferación del vector. Durante este estudio el Ministerio de Salud detectó casos de dengue en el departamento de Paraguarí.

En ambos departamentos van en aumento las lesiones y muertes por accidentes de tránsito, especialmente los que involucran a motocicletas. Persiste en estos departamentos, como en todo el país, un número grande, aunque deficientemente registrado de casos de violencias intrafamiliar y de género. El perfil epidemiológico en transición hace que en estas Regiones Sanitarias coexistan las enfermedades de la pobreza con los trastornos propios del desarrollo como las intoxicaciones por uso incorrecto de plaguicidas; los trastornos en la salud mental, la hipertensión arterial, la diabetes, las enfermedades cardiocirculatorias y los accidentes (causas externas).

4. Resumen de la Metodología del Estudio

La mayoría de los estudios realizados sobre el tema se centran en la muerte materna y sus causas biológicas, cuantifican el fenómeno estudiado, lo analizan y lo representan de manera proporcional en cuadros o gráficos demostrativos. Estos estudios son mayormente cuantitativos y siguen lógicas estadísticas con estándares de validez y fiabilidad, lo que permite acercarnos a una evidencia objetiva de la realidad. Tenemos que reconocer que además de las realidades objetivas existen otras realidades que son complejas y subjetivas como los fenómenos humanos. La realidad, que es medible en los estudios cuantitativos, es interpretable en los análisis cualitativos. Este estudio es cualitativo con alguna mención de información cuantitativa de diferentes fuentes secundarias. Se trató en este estudio que las personas entrevistadas expresaran libremente sus puntos de vista y exteriorizaran pareceres en relación a la maternidad. Las expresiones captadas en los actores que participan de alguna manera en los procesos relacionados a la maternidad fueron interpretadas para identificar factores positivos o negativos que pudieran influir en la evolución de la maternidad.

Entrevista a usuaria

Para guiar el ordenamiento de los aportes para este estudio se diseñaron siete guías con preguntas cualitativas disparadoras, las que fueron aplicadas en las conversaciones con personas seleccionadas al azar pero de manera intencionalmente variada entre actores-clave en el proceso de maternidad segura en las dos Regiones.

Las personas entrevistadas fueron:

- Mujeres en edad fértil de 12 a 44 años usuarias en consultorios externos o internadas (puérperas) y en la comunidad;
- Varones jóvenes y adultos en los servicios y en la comunidad;
- Autoridades locales y departamentales;
- Directores y proveedores de servicios de salud.

También se han realizado grupos focales integrados por mujeres y rones. Se ha entrevistado un total de 241 personas, 120 en el departamento Cordillera y 121 en el departamento de Paraguarí. Se visitaron durante este udio 2 Hospitales Regionales, 6 Hospitales Distritales, 18 Centros de Salud 25 Puestos de Salud incluyendo los que tienen equipos de USF. Además, llegó a las Municipalidades, Gobernaciones y hogares en comunidades banas, periurbanas y rurales. (Ver Cuadro 16). El propósito fue captar rcepciones sobre el mismo asunto pero con las miradas de actores que sarrollan roles diferentes en el proceso de construcción de una maternidad gura. Se realizaron reuniones de trabajo con profesionales de la salud de dos Regiones del estudio. En estas reuniones se analizaron con técnicos la Región varios problemas y logros, se examinaron materiales y datos adísticos y otras informaciones cuantitativas de fuentes secundarias. mbién se recogieron opiniones y percepciones sobre la maternidad y sus mplicaciones y cuidados.

Cuadro 16

Cordillera y Paraguarí. Grupo de personas entrevistadas. Estudio de factores que afectan la mortalidad materna. Año 2009

DEPARTAMENTOS / PERSONAS ENTREVISTADAS	CORDILLERA ENTREVISTAS	PARAGUARÍ ENTREVISTAS	TOTAL PERSONAS
Autoridades	11	9	20
Gerentes de salud	6	7	13
Proveedores de servicios de salud	23	26	49
MEF en consultorio externo	17	16	33
Madres internadas (puérperas)	14	10	24
MEF en la comunidad	35	36	71
Varones	10	11	21
Grupos focales	4	6	10
Total	**120**	**121**	**241**

Se analizó una variada información secundaria nacional, internacional y local. Como puede apreciarse en el esquema del Gráfico 14 se examinaron mediante observación directa, revisión de informes y entrevistas, aquellos factores positivos y negativos que inciden o contribuyen a la salud materno neonatal o a sus dolencias, enfermedades y muertes relacionadas a la maternidad.

En **los servicios de salud** se examinó el plantel y la distribución de los recursos humanos, la infraestructura, los equipos, instrumentales, suministros y medicamentos en Puestos de Salud, Centros de Salud, Hospitales Distritales y Regionales así como la existencia de normas técnicas, el funcionamiento de los servicios y su modelo de atención (el entorno habilitante).

Con **los proveedores** de servicio se analizó la generación de conocimientos, el uso de normas y protocolos de atención, las actitudes, aptitudes y prácticas, el relacionamiento con la gente y la percepción de usuarios y usuarias en cuanto a calidad técnica y humana de la atención. **Con usuarias (MEF) y varones** se estudiaron principalmente aspectos del autocuidado, actitudes, conocimiento sobre riesgos, calidad percibida, empoderamiento y satisfacción. Finalmente, **en la comunidad** se vieron puntos de vista, opiniones y acciones de autoridades locales, gerentes de salud, líderes vecinales y otros.

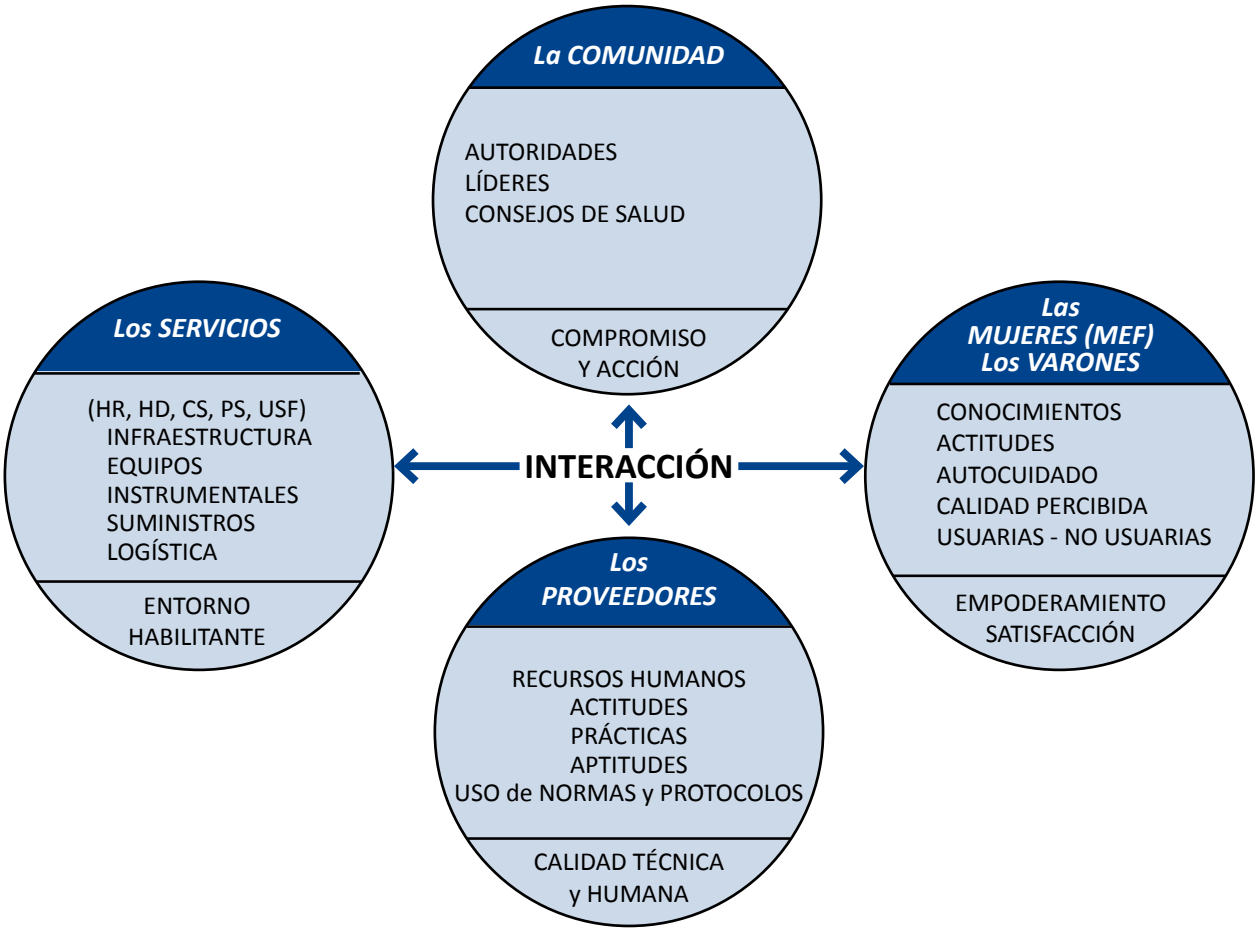
Entrevista a prestadores de Servicios

En el esquema del Gráfico 14 se representan los ámbitos donde se estudiaron los factores relacionados a la Maternidad Segura y su cara opuesta de la morbimortalidad materna y del recién nacido. El equipo de investigación del CEPEP se preocupó por crear un microclima propicio que facilite la espontaneidad en los relatos de experiencias y en aportes de los participantes utilizando las guías solamente como soporte para enmarcar el tema y abordar los asuntos que pudieran ser críticos.

Al realizar el análisis del material recogido y también las impresiones causadas por los comentarios formulados se trató de apreciar coincidencias, diferencias de opinión, discrepancias, para extraer del análisis integrado de lo recogido más que **"hallazgos"** concretos algunos **"aportes sustantivos"** para nuevos enfoques estratégicos y planes más realistas de Maternidad Segura. Las sugerencias extraídas de este estudio pudieran ser útiles para que los actores regionales, locales y nacionales, en una planificación proactiva, mejoren las circunstancias futuras potenciando los factores positivos detectados y tratando de anular o minimizar los aspectos negativos o desfavorables para avanzar en la construcción de mejores condiciones para el desarrollo de la salud.

Gráfico 14

Esquema que visualiza los ámbitos del estudio para el análisis de factores y actores que inciden en la mortalidad materna y neonatal



Fuente: elaboración propia CEPEP.

5. La vigilancia epidemiológica materna y neonatal

Contexto general

El Ministerio de Salud ha establecido un **Sistema de Vigilancia Epidemiológica de la Salud y la Morbilidad, Mortalidad Materna y Neonatal (SVESMMM-N)** con Comisiones de Estudio y Equipos Técnicos de apoyo en los tres niveles nacional, regionales y locales y con instrumentos que facilitan los análisis y la formulación de conclusiones y recomendaciones. La organización y funciones de esta Vigilancia están establecidas en una Guía Nacional. Este Sistema de Vigilancia se orienta a una "gestión eficiente de procesos continuos y sistemáticos de recolección, análisis e interpretación de datos y en la difusión de la información, lo que permite identificar oportunamente hechos relevantes que pueden afectar la salud y la vida de las madres y recién nacidos, las circunstancias que lo rodean y las causas inmediatas y subyacentes de los fenómenos estudiados", con el fin de contar con información de calidad para tomar medidas de prevención y de mejoramiento.

Las muertes maternas se analizan mediante el expediente clínico, que incluye la Historia Clínica Perinatal (HCPB), el Partograma y otros, así como con la realización de la autopsia verbal y del cuestionario confidencial. Con estos instrumentos se reconstruye la historia y el camino que recorre la mujer que tiene una complicación hasta que fallece. Se puede así identificar debilidades en las prestaciones y en el modelo de atención del sistema de salud así como en el autocuidado y en las respuestas personales, familiares, comunitarias e institucionales a las emergencias obstétricas y neonatales. La aplicación de la Guía de Vigilancia ayuda a establecer medidas correctivas que mejoren la capacidad de atención y promuevan una maternidad más segura. El estudio sistemático de las defunciones neonatales no ha sido implementado.

Con apoyo de la OMS y de OPS (CLAP-SMR-OPS/OMS) se realizó de octubre 2007 a setiembre 2008 en tres Regiones Sanitarias del país una investigación sobre muerte materna aplicando el Método RAMOS prospectivo modificado (Reproductive Age Mortality Survey). Este estudio se llevó a cabo en Asunción (18 Región Sanitaria) y en los departamentos de Alto Paraná y Central (10 y 11 Regiones Sanitarias respectivamente). El estudio RAMOS ha evidenciado que el 79 por ciento de las muertes maternas ocurrieron por **causas obstétricas directas** y entre ellas, el trastorno hipertensivo del embarazo fue la principal causa (33,3%), seguida por el aborto (23,3%) y en tercer lugar las hemorragias. Las **causas indirectas** representan en este estudio el 21,4 por ciento de las muertes, siendo las enfermedades del sistema circulatorio las más frecuentes. Un hallazgo muy preocupante fue que **el 25,6 por ciento de las mujeres fallecidas no habían tenido atención prenatal**.

Hallazgos de la investigación

En Cordillera y Paraguarí se tuvo la oportunidad de analizar con este estudio la situación actual del Sistema de Vigilancia de la Salud y la Morbimortalidad Materna y Neonatal. Quedó evidenciado en las dos Regiones que, si bien se siguen analizando localmente las muertes maternas, desde hace varios años no funcionan los Comités ni se aplica la normativa establecida para la Vigilancia con la rigurosidad empleada en años anteriores. Tampoco se aplica el método RAMOS.

Los técnicos entrevistados, algunos de larga trayectoria en salud pública, consideraron necesario y urgente reactivar los procedimientos establecidos en el SVESMMM-N por "los beneficios que nos aporta al acercarnos el conocimiento sobre las causas directas, indirectas y contribuyentes de la mortalidad materna y neonatal con el propósito de mejorar nuestra atención".

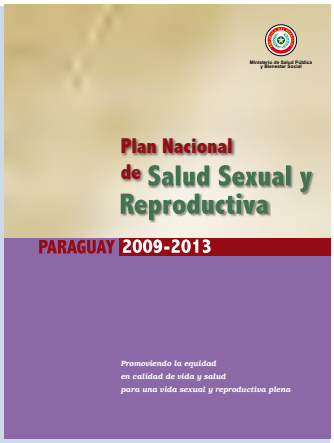
6. Los derechos sexuales y reproductivos

Contexto general

La sexualidad es un aspecto natural y esencial en todas las sociedades humanas. Forma parte integral de la personalidad de cada persona en todas las etapas de su vida individual y social. Se deben considerar en esta temática, el ejercicio y la expresión de la sexualidad, la actividad sexual y el placer derivado de la misma. También la intimidad del relacionamiento, la comunicación física, emocional y afectiva, la orientación sexual y las identidades de género que son aspectos complejos que no tienen que ver solamente con la salud y los derechos reproductivos. Aquí interactúan otros factores históricos, genéticos, biológicos, sicológicos y religiosos. Los derechos relacionados con la sexualidad y la reproducción son derechos humanos que integran y se interrelacionan con los demás derechos civiles, sociales, económicos y culturales. Todos los derechos humanos son universales, indivisibles, interdependientes y están interrelacionados entre sí.

Varias cumbres y encuentros internacionales, con sus Declaraciones y Cartas, Convenciones, Pactos y Planes de Acción, así como las correspondientes Resoluciones de la Asamblea General de las Naciones Unidas, sus Comisiones y Organismos técnicos específicos (PNUD, UNFPA, OPS/OMS, UNICEF, UNESCO y otros) han generado conocimientos y prácticas que orientan, protegen, promueven, hacen efectivos y garantizan los derechos humanos, incluyendo los derechos a la salud y los derechos sexuales y reproductivos.

La Conferencia del Cairo, marca el hito al poner a las personas en el centro del desarrollo sostenible, además de promover la equidad de género y los derechos de las mujeres y niñas. El ejercicio de los derechos de mujeres, adolescentes y niñas, expresado como participación en condiciones de igualdad en la vida civil, cultural, económica, política y social, con pleno acceso a la salud, se constituye en una piedra angular para el desarrollo.



El Plan Nacional de Salud Sexual y Reproductiva 2009-2013 expresa que "todas las personas, cualquiera sea su edad, sexo, situación socio-económica, pertenencia étnico-cultural, concepción política, filosófica o religiosa, deben tener igualdad de oportunidades y autonomía para ejercer un conjunto de derechos que surgen de su propia condición y dignidad humana". Entre estos derechos humanos "destaca el derecho a la salud, que abarca a cada persona en su dimensión individual y en su dimensión social" y agrega que el derecho a la salud debe ser garantizado por el Estado y realizarse con continuidad en todas las etapas del ciclo de vida. "Es obligación del Estado respetar, proteger, realizar y garantizar ese derecho. Para ello, debe crear y promover un entorno legal, político, cultural, educativo, económico, social y ambiental favorable mediante Políticas Públicas que contribuyan al pleno ejercicio del derecho a la salud de todas las personas".

También expresa el Plan de SSR 2009-2013 que "la vigencia de los derechos humanos posibilita el pleno ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos, lo que garantiza a las personas una vivencia de su sexualidad sana, placentera y sin riesgos, opuesta a toda forma de discriminación, coacción o violencia".

El Plan Nacional de Salud Sexual y Reproductiva 2009 -2013, en su Guía de planificación resalta: "Los Derechos Sexuales y Reproductivos representan la vigencia de derechos humanos básicos, en el marco de la salud sexual y reproductiva. Son derechos sexuales y reproductivos, entre otros: el derecho a una maternidad segura, el derecho a información veraz y adecuada en temas de salud sexual y reproductiva, el derecho a decidir cuántos hijos tener y cuándo; y contar con los medios para hacerlo, el derecho a no sufrir discriminación por razones relacionadas a la reproducción o a la sexualidad (por embarazo, por ser portador de VIH, por orientación sexual y otras), el derecho a no sufrir violencia de ningún tipo, incluyendo la violencia sexual, el derecho a no sufrir enfermedades de transmisión sexual, el derecho a una atención de calidad en los servicios de salud basada en la vigencia de los derechos de las usuarias y usuarios".

Todo el Plan Nacional de SSR está basado en los derechos humanos. Insiste en la "responsabilidad del Estado y sus instituciones de crear las condiciones para que las personas tengan posibilidades de ejercer sus derechos sexuales y reproductivos", pero además afirma que es necesario que "la ciudadanía exija el cumplimiento de sus derechos, y denuncie cuando éstos no se cumplen o son violados", utilizando para ello los mecanismos de participación y de contraloría social. "Debemos exigir al Estado –dice el Plan– pero también construir conciencia sobre los derechos y las obligaciones al interior de la sociedad civil y en cada persona".

Los Derechos Sexuales y los Derechos Reproductivos son, entre otros: 1. El derecho a la vida: es el derecho a una Maternidad Segura. 2. El derecho a la libertad y a la seguridad. Incluye el derecho a no sufrir una Infección de Transmisión Sexual y a no ser forzada a embarazo, aborto o esterilización. 3. El derecho a la igualdad y a estar libres de todas las formas de discriminación incluso en la vida sexual y reproductiva. Incluye la no discriminación por ser portador de VIH, por orientación sexual, por embarazo, etc. 4. El derecho a la privacidad. 5. El derecho a la libertad de pensamiento 6. El derecho a la información y educación en temas de salud sexual y reproductiva. 7. El derecho a optar por contraer matrimonio o no y a formar y planear una familia. 8. El derecho a decidir tener o no hijos, cuántos y cuándo tenerlos. 9. El derecho a la atención de buena calidad y a la protección de la salud. Incluye el derecho a información, acceso, libre elección, seguridad, privacidad, confidencialidad, trato digno, confort, continuidad y opinión. 10. El derecho a los beneficios del progreso científico. 11. El derecho a la libertad de reunión y participación. Incluye el derecho a promover y/o apoyar políticas y acciones en beneficio de la salud sexual y reproductiva de la población. 12. El derecho a no sufrir violencia, incluyendo violencia sexual, abusos, torturas ni maltratos.

Hallazgos de la investigación

Durante este Estudio se revisaron aspectos clave para la creación de condiciones favorables en los departamentos de Cordillera y Paraguarí para el ejercicio pleno de los derechos por todas las personas. Se examinaron los avances y dificultades en la difusión e intercambio de conocimientos y el desarrollo de mecanismos participativos que faciliten la comprensión de los derechos y obligaciones y que contribuyan a velar por su protección, promoción, garantía del cumplimiento. Se abordó el tema de los derechos sexuales y reproductivos con autoridades locales, gerentes de salud, profesionales de la salud y con mujeres usuarias de los servicios.

En ambos departamentos y en todos los grupos de personas entrevistadas se evidenció que existe escaso conocimiento sobre el tema.

Muchas personas afirmaban conocer esos derechos, pero cuando se les solicitaba que mencionaran algunos aspectos relacionados a los mismos, las respuestas eran escasas o insuficientes. Apenas mencionaban el derecho a la información, a la privacidad y a planificar la familia.

Varias mujeres entrevistadas, reconocían que "se avanzó muy poco en este tema", "conocemos poco, sobre todo las mujeres", "se debería hablar de esto en las capacitaciones en salud", y que se debe insistir "no sólo en los derechos reproductivos, sino el derecho a la salud y todos los derechos humanos". Un gerente de salud opinó que se habla mucho de políticas de salud y de programas "con enfoque de derechos", pero pocos conocemos lo que eso significa y escasos son los esfuerzos que se realizan para comprenderlos mejor. Algunos mencionaron que "debemos explicar mejor el alcance de los derechos sexuales y reproductivos tanto en la educación dirigida a la población como en la capacitación a los proveedores de salud".

Otras personas, al ser entrevistadas, expresaron que "los derechos sexuales y reproductivos por parte de las mujeres todavía son desconocidos". "Todavía la mujer está muy supeditada al hombre, es muy dependiente del marido". "Frecuentemente dice: voy a consultar con mi marido", "tengo que ver qué opina mi marido". "Ella no sabe que tiene derechos". Por eso también, algunas explican la persistencia de la "violencia y la agresión a la mujer que es muy frecuente". También es evidente que la comunicación educativa, la información pública en salud y la utilización de los medios son las facetas menos desarrolladas en el Sistema de Salud.

En relación a los derechos sexuales y reproductivos y su escasa difusión, técnicos de ambos departamentos expresaron que "no se puede ejercer ni exigir lo que no se conoce, no se comprende y no se asume como propio". "Es difícil que las personas y organizaciones de la sociedad civil se involucren con los organismos responsables del Estado si no funcionan espacios y mecanismos de participación amplia y democrática que faciliten este ejercicio". Uno de esos mecanismos que funciona en el campo de la salud son los **Consejos de Salud,** donde se puede concretar la intersectorialidad, difundir el enfoque de derechos y ejercer la rectoría del Ministerio.

7. Los consejos de salud

Contexto general

La Ley 1032 que crea el Sistema Nacional de Salud da un paso importante a la participación de diversas instituciones públicas y privadas y de la ciudadanía en la consideración de problemas y toma de decisiones en salud. En cumplimiento a esta ley existe un Consejo Nacional de Salud, los Consejos Regionales (a nivel departamental) y los Consejos Locales de Salud (a nivel distrital). Estos Consejos impulsan el funcionamiento del Sistema Nacional de Salud favoreciendo la articulación, coordinación y consenso entre las Instituciones y la Sociedad; participan en la implementación y difusión de la política de salud, en la elaboración de planes locales de salud y realizan propuestas para los diversos sectores. Los Consejos de Salud pueden evaluar periódicamente la aplicación de políticas y planes y la ejecución presupuestaria y apoyar la ejecución de la programación local. Una función muy importante es la movilización y gestión de recursos departamentales y locales y también de los aportes financieros del Presupuesto General de Gastos canalizados a través del Ministerio de Salud y conocidos como **Fondos de Equidad Social.**

Muchos Consejos de Salud son exitosos en su funcionamiento. Son dinámicos, incluyentes, capaces de incorporar las propuestas de sus miembros respetando valores y creencias de cada actor. Son efectivos, orientados a resultados y consecuentes con las políticas de salud y los derechos humanos. Otros tienen una frágil organización y sus componentes parecen estar poco motivados. A fin de mejorar la comunicación y el accionar más institucionalizado entre los Consejos Locales con los Consejos Regionales y de éstos con el Consejo Nacional se ha puesto en vigencia una reciente Resolución Ministerial orientada a fortalecer el Sistema Nacional de Salud: la Resolución S.G. Nº 887/09 del 9 de noviembre del 2009, que establece en su artículo 2º: "Disponer que en adelante, todas las iniciativas de participación comunitaria en salud, así como de apoyo y cooperación a los diferentes Servicios de Salud del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social, que funcionan tanto en la capital como en el interior de la República, se encaucen a través de los Consejos Regionales y Locales de Salud **legalmente habilitados y oficializados por Resoluciones del Consejo Nacional de Salud".**

Hallazgos de la investigación

Este estudio pudo constatar que en los departamentos de Cordillera y Paraguarí funcionan los Consejos Regionales de Salud respectivos y también la mayoría de los Consejos Locales casi coincidiendo con el número de distritos existentes. Se reciben y administran con normalidad los Fondos de Equidad y los provenientes de otras fuentes (PAI). El funcionamiento de los Consejos Locales de Salud favorece el proceso gradual de descentralización administrativa, aumenta el control social sobre los recursos y permite su uso eficiente. Los Consejos, según las personas entrevistadas, también desempeñan un rol fundamental "en la identificación de necesidades de la comunidad y en el apoyo a la gestión de los servicios de salud pública". Muchas necesidades urgentes de funcionamiento de los servicios fueron abordadas con éxito por los Consejos de Salud, gracias también a los Fondos de Equidad Social y del PAI.

Autoridades de los departamentos y Gerentes de Salud han expresado en las entrevistas que "cuando los Consejos se reúnen regularmente y trabajan coordinadamente con las diferentes personas y organizaciones que los integran, se destacan los trabajos realizados en beneficio de la comunidad": como por ejemplo "realizan mejoras en los Centros de Salud, apoyan las campañas de salud realizadas en las comunidades, identifican necesidades de la comunidad y ejecutan acciones para satisfacer dichas necesidades".

Se citó como aconsejable "que los integrantes de los Consejos de Salud reciban mayor capacitación para conocer mejor cuáles son sus funciones y cuál es la finalidad de los Consejos Locales y Regionales así como sus relaciones con el Consejo Nacional". Varios Consejos Locales están integrados por personas de todos los partidos políticos y no hacen discriminación de género ya que "varios de ellos están integrados por más mujeres que hombres o en igual número". Los temas abordados por los Consejos "son más bien administrativos y relacionados a donde es mejor invertir el dinero". En los Consejos "se habla más de cómo utilizar el dinero", "en qué área se va a gastar" que de otros temas específicos de salud. Aparentemente ninguno de los Consejos ha tratado alguna vez temas de salud sexual y reproductiva, maternidad segura o mortalidad materno–neonatal.

Sin embargo, el mayor involucramiento de las instituciones en los problemas cotidianos de salud y de los servicios que se produce en los Consejos permite que éstos, las Gobernaciones y los Municipios apoyen con mayor especificidad y con acciones prácticas a los servicios: contratan personal crítico, contribuyen para la compra de medicamentos e insumos estratégicos y para gastos operativos (viáticos, combustible, reparaciones menores, mantenimiento de equipos, edificios, patios y vehículos).

Tanto las autoridades de las Gobernaciones como los Intendentes Municipales y Gerentes de Salud expresaron que "la labor de estos Consejos de Salud es buena" y que "contribuyen a un mejor relacionamiento entre las instituciones y los servicios". En estos "espacios de intercambio, consenso y coordinación", como lo especifica la Ley 1032, se podría impulsar de manera más dinámica y práctica la consideración de problemas de salud relevantes en cada localidad. En el sondeo de opinión con otros actores y personas de la comunidad sobre el funcionamiento de los Consejos de Salud se pudo recoger que tanto los Consejos Regionales de Cordillera y de Paraguarí y los Consejos Locales están funcionando. Algunas personas opinan que quizá es el momento de fortalecer los Consejos y los llamados "Sub Consejos de Salud", ya que en ellos se articulan y reúnen las organizaciones gubernamentales, las no gubernamentales junto con los representantes de diversos sectores de la sociedad en cada departamento y en las distintas comunidades locales. Un gerente de salud mencionó la posibilidad de organizar desde los Consejos de Salud "Grupos de Trabajo" que se ocupen, por ejemplo, de analizar la realidad local en el ámbito de los derechos sexuales y reproductivos en los servicios de educación y de salud relacionados a esta temática. Otros opinaron que varios podrían ser los grupos de trabajo temáticos como los de "prevención de accidentes", "maternidad segura", "organización de servicios y de ambulancias".

De acuerdo a la Dirección General de Descentralización del Ministerio de Salud, en Cordillera, del total de 20 Municipios, 19 participan del proceso de descentralización administrativa. Durante el 2008 el Ministerio de Salud entregó a Cordillera 15 millones de Guaraníes, cifra que aumentó en el 2009 a **2.460.732.095 Guaraníes** provenientes del Fondo de Equidad y otros.

Paraguarí, por intermedio de sus Consejos de Salud, en 11 de sus 17 Municipios recibió en el 2008 la suma de 155 millones de Guaraníes y en el año 2009 recibió del Ministerio de Salud (Fondo de Equidad y otros) un total de **4.208.705.863 Guaraníes**. Estos fondos se utilizan fundamentalmente para apoyar como un complemento a su presupuesto regular, el funcionamiento de los servicios locales de salud.

8. La nueva política de salud

Contexto general

En el Paraguay se ha iniciado un **proceso de cambio en el Sistema de Salud con un enfoque basado en derechos**. En el campo de los servicios de salud esta política enmarca el desarrollo de **la estrategia renovada de la atención primaria** en el contexto de redes fortalecidas de servicios de atención integral que incorporan recursos en todos los niveles de complejidad. El acceso a servicios de salud es un componente esencial de los derechos humanos en sus aspectos económicos, sociales y culturales. Para satisfacer las necesidades y la creciente demanda en salud actualmente el Ministerio está impulsando acciones para que el Sistema de Salud organice progresivamente una oferta de servicios oportuna, eficiente y eficaz garantizando a todas las personas el acceso equitativo a una atención humanizada y de calidad.

Un aspecto de atención prioritaria en la Política de Salud es el de establecer y desarrollar en cada Región Sanitaria estrategias factibles y eficaces para ir superando las barreras geográficas, económicas, de género, generacionales o étnico – culturales. La barrera económica es la primera que está siendo abordada mediante un **"proceso de implementación progresiva de la gratuidad universal"**. La última de una serie de Resoluciones al respecto fue la **Resolución del Ministerio de Salud S.G. Nº 1074/09 del 21 de diciembre del 2009, por la cual "se extiende la exoneración de pago de aranceles para todas las prestaciones médicas y odontológicas, medicamentos, insumos biológicos y servicios de ambulancia ofrecidos en todos los Hospitales, Centros y Puestos de Salud, Unidades de Salud de la Familia y otras dependencias de la Red de Servicios del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social".**

La Política de Salud plantea la decisión de que el Sistema de Salud otorgue dignidad a la atención con respeto a las culturas y a las diversidades de personas y comunidades. Propone además un financiamiento justo y solidario, sin gastos de bolsillo en el momento de la atención.

En el momento de redactarse este informe (diciembre de 2009) el gobierno anunció a través del Presidente de la República y de la Ministra de Salud lo que denominaron la "gratuidad de la salud pública" que se inició con la supresión de todos los aranceles que estaban vigentes en ese momento, como lo expresa la Resolución S.G. 1074/09 del Ministerio de Salud que mencionamos con anterioridad.

El sistema de salud que se va construyendo de acuerdo a la nueva política, fomenta el intercambio de conocimientos y de acciones intersectoriales con la rectoría firme pero democrática del sector salud y con la activa participación de formuladores de políticas, prestadores de servicios, gerentes y autoridades de salud y de otras áreas sociales que promueven el mejoramiento de los condicionantes de la salud. La participación en salud se expresa, entre otras formas y mecanismos, con la corresponsabilidad asumida con el Estado por los Consejos de Salud y con la elaboración participativa de planes, como se hiciera con el Plan Nacional de SSR 2009-2013, actualmente en fase de implementación en todo el país con sus planes operativos que están siendo elaborados en forma participativa en cada Región Sanitaria y en cada uno de los establecimientos de salud pública de toda la república.

En la actualidad se vienen instalando progresivamente los Equipos de Salud de la Familia con base operativa en los antiguos Puestos de Salud, que reconvierten sus funciones con un nuevo enfoque de servicios dinámicos que se proyectan hacia donde vive y trabaja la gente llegando a hogares, familias y comunidades con acciones principalmente de promoción de la salud y de prevención de enfermedades y daños prevalentes. Sabemos que el sistema de salud no se restringe a los servicios asistenciales y de prevención, también abarca "a todas las instituciones y políticas de las que emanan iniciativas cuya principal finalidad es mejorar la salud" (OMS). Comprende "el fortalecimiento de espacios y mecanismos de **participación interinstitucional y social** para hacer efectivo el derecho a la salud".

De acuerdo al análisis realizado por los técnicos de salud del nuevo Gobierno que asumió en agosto del 2008 para la elaboración del **Plan de Contingencia en Salud** y según se consigna en el mismo, la situación de salud y los principales problemas identificados fueron:

- **Alto gasto de bolsillo** de usuarios y usuarias para la atención y recuperación de la salud;
- **Alta morbilidad y mortalidad** por enfermedades y daños prevenibles;
- **Cobertura insuficiente** de servicios y programas, con **baja calidad y calidez** en las prestaciones de salud;
- Sistema de Salud con **elevada exclusión** de los grupos de población más vulnerables;
- **Gestión en salud excesivamente burocrática** y con elevada sospecha de corrupción; y
- Persistencia de la **centralización y la fragmentación del sistema de salud**.

Como expresara la actual Ministra de Salud, Dra. Esperanza Martínez, ya en el año 2005, "la exclusión en salud es una de las manifestaciones más graves de discriminación. En el Paraguay existe una incapacidad política, técnica y económica del Sistema de Salud en su conjunto para garantizar esa cobertura de salud de toda la población, que por mandato constitucional está teóricamente garantizada", y agregaba que la gran proporción del gasto en salud aportada por los hogares (el "gasto de bolsillo") en nuestro país no sólo aumenta los niveles de pobreza sino que "este modelo de financiamiento, juntamente con los bajos niveles de inversión pública, son responsables de la presencia de una carga de mortalidad y de morbilidad alta y potencialmente evitable que afecta particularmente a las poblaciones menos favorecidas". A partir de diciembre 2009 este "gasto de bolsillo" como aporte a los servicios en el momento de las consultas se redujo a cero. Este proceso muy auspicioso necesita todavía, según las autoridades de salud, una mayor explicación en los niveles locales sobre sus alcances y consecuencias para facilitar la comprensión y adhesión de los recursos humanos en salud, de los medios de comunicación locales, y de la población urbana y rural.

Algunas situaciones que también fueron identificadas al inicio de la nueva gestión en salud en relación a la salud sexual y reproductiva de las mujeres fueron: el temprano inicio de actividad sexual en jóvenes; el progresivo aumento de los embarazos en adolescentes; los espacios intergenésicos cortos; la necesidad de garantizar la disponibilidad de insumos, bajo peso de los bebés al nacer y la elevada morbimortalidad materna y neonatal.

La descentralización en salud, entendida como "transferencia de poder, autoridad, recursos financieros y autonomía administrativa hacia los niveles locales con el fin de que allí se tomen decisiones más adecuadas a las necesidades de sus habitantes" se ha iniciado, también gradualmente, en el marco de la Política de Salud que propone el "fortalecimiento de un sistema de salud moderno, participativo y descentralizado", lo que se está dando de manera gradual en un "ambiente de gobernanza muy difícil".

Hallazgos de la investigación

Las propuestas de las políticas de salud y calidad de vida al parecer no han sido suficientemente difundidas en los departamentos en estudio. Sólo los gerentes de salud conocen estas políticas y sus alcances. Las autoridades locales y la población valoran las mejoras que van surgiendo con las USF y con la mayor inversión en salud, pero no las identifican como un proceso de cambio organizado en función a una política pública.

Un reclamo de técnicos regionales de Cordillera y Paraguarí es la necesidad de realizar mayores esfuerzos para que las acciones de salud propuestas en los diversos programas se integren al ser ejecutados en los servicios. Cada uno de los establecimientos de salud (Hospitales, Centros y Puestos de Salud) y las Unidades de Salud de la Familia que integran la Red de Servicios de Salud deben, "como efectores de servicios, centrar su acción en la gente, en sus familias y comunidades y darles respuesta y solución a sus necesidades y problemas, con un enfoque de derechos y de ciclo de vida". "En esta acción integral e integrada nosotros en los servicios debemos aplicar las prioridades y las normas técnicas señaladas por los diferentes programas de salud". Esto está representando un nuevo paradigma en salud que provoca cambios sustantivos en el modelo de atención y que deberán ser complementados por nuevos modelos de gestión, de financiamiento y de participación en salud que comienzan a ser implementados. Prestadores de servicios y algunos gerentes de salud dijeron que estos procesos necesitan ser conocidos por todas las personas, lo que requiere mayores esfuerzos de comunicación.

Las Unidades de Salud de la Familia se están estableciendo en las comunidades utilizando como base de operaciones la infraestructura de Puestos de Salud que son reconvertidos en sus funciones. En Cordillera y Paraguarí iniciaron sus actividades en agosto de este año y en los 5 meses de funcionamiento las USF han realizado las visitas iniciales a los hogares con el censo correspondiente y el diagnóstico rápido de la situación de salud. Su labor es muy aceptada por la comunidad y ha generado gran demanda de consultas, lo que dificulta en cierta medida la tarea programada de promoción de la salud y de prevención de enfermedades y daños.

En ambos departamentos los gerentes de salud comprenden que se está implementando un aspecto del **modelo de atención** que comienza con la reconversión de los antiguos Puestos de Salud, estáticos y con escaso personal técnico, en dinámicas Unidades de Salud de la Familia, con la participación de los equipos multidisciplinarios (médico/a, licenciada/o en enfermería u obstetricia, técnicos/as en enfermería, odontólogo/a) con funciones principalmente de promoción y prevención que se proyectan hacia los hogares y comunidades urbanas y rurales. Aún no ha sido implementado en estos departamentos el componente del modelo de atención que corresponde a los promotores comunitarios de salud.

En el ámbito de estos cambios iniciados, se destacan todavía como elementos frágiles del sistema: la deficiente organización y funcionamiento de las redes de servicios que incluye el incipiente fortalecimiento de sus hospitales y policlínicas de referencia y las políticas y acciones concretas en el campo de los recursos humanos en salud (REHUS), que necesita mejorar en su organización, aumentar su número en algunos campos, racionalizar su distribución y perfeccionar las funciones técnicas y de gerencia. También es importante insistir en la motivación y compromiso con el cambio, como un aspecto cultural del reordenamiento del Sistema de Salud.

9. La maternidad segura

Contexto general

La **Maternidad Segura** es uno de los ámbitos del Plan Nacional de Salud Sexual y Reproductiva 2009 – 2013 del Paraguay. Es uno de los derechos reproductivos fundamentales. Incluye la decisión de la mujer y su pareja de optar por la maternidad; la obligación de ambos de practicar los cuidados necesarios y su derecho de recibir servicios para que el embarazo y el nacimiento transcurran en condiciones saludables sin que la madre y su bebé sufran riesgos, trastornos, lesiones, enfermedades o muerte. Además implica la obligación de las personas y los servicios de estar alertas y preparados para que, en caso de presentarse alguna complicación, todas las mujeres afectadas puedan acceder a un tratamiento oportuno y de calidad.

La preocupación por la maternidad es muy antigua en salud pública. Los primeros programas materno – infantiles y luego los más amplios de salud reproductiva siempre fueron prioritarios en el Paraguay y en todos los países. Fue en 1987 en Nairobi donde se lanzó la Iniciativa Mundial por una Maternidad sin riesgos. En 1990, los Ministros de Salud de los países de las Américas aprobaron un Plan para reducir en 50 por ciento la mortalidad materna en la Región. Este propósito se renueva en el 2000 con las Metas del Milenio que establece el compromiso de reducir en dos tercios esa mortalidad en el período desde 1990 al 2015. La Declaración Universal de los Derechos Humanos establece que "la maternidad y la infancia tienen derecho a cuidados y asistencia especiales". La Convención de los Derechos del Niño garantiza el derecho de niños, niñas y adolescentes "al disfrute del más alto nivel posible de salud". Este derecho incluye al bebé en su vida intrauterina, su nacimiento y su desarrollo posterior.

La Constitución Nacional del Paraguay expresa que "la maternidad y la paternidad responsables serán protegidas por el Estado" y que "se establecerán planes de salud reproductiva y salud materno infantil, en especial para la población de escasos recursos". El Código Sanitario del Paraguay establece que "durante la gestación, la protección de la salud comprenderá a la madre y al ser en gestación, como unidad biológica" y agrega "la reproducción humana debe ser practicada con libertad y responsabilidad, protegiendo la salud de la persona, desde su concepción".

El camino hacia una maternidad segura no comienza con el embarazo, sino mucho antes, con las condiciones en que viven la niña y su familia y las oportunidades ofrecidas en la comunidad; con los conocimientos, actitudes y prácticas de las personas, con las políticas de salud y de educación y también con la eficacia y calidad de los servicios. Todas las mujeres en edad fértil tienen el **derecho** a disfrutar de embarazos y partos seguros para ella y su descendencia. Como lo recuerda nuestro Plan Nacional de Salud Sexual y Reproductiva, el Estado tiene el **deber** y la responsabilidad de crear condiciones favorables que fortalezcan la educación, el empoderamiento y la autoestima de la mujer y adoptar medidas que faciliten su acceso a servicios adecuados para que se pueda respetar, proteger y ejercer su derecho a la maternidad con nacimientos seguros y saludables.

Según lo expresa el Plan Nacional de Salud Sexual y Reproductiva 2009-2013, la estrategia de la maternidad segura se centra en la educación y el empoderamiento de la mujer para el ejercicio pleno de sus derechos y en el enfoque señalado en la política de salud de la **continuidad de la atención** que abarca la etapa preconcepcional, la de la embarazada, del nacimiento del bebé, de la puérpera, de la madre lactante, del recién nacido y del menor de un año de edad.

El enfoque integral para una Maternidad Saludable según nuestro Plan Nacional de SSR comprende: a) la atención de la salud de la mujer no embarazada (antes y entre los embarazos); b) la identificación, captación y acceso oportuno de las embarazadas a la atención prenatal a partir del primer trimestre del embarazo, con cumplimiento de las normas de atención con calidad, basadas en las guías técnicas de la OMS; c) la preparación adecuada de la embarazada, su familia y su pareja que facilite la identificación oportuna de las complicaciones y su rápida concurrencia a los servicios de urgencia; d) la preparación de los servicios para la resolución eficaz y rápida de las emergencias obstétricas y neonatales en las redes de servicios de urgencia; e) la asistencia del parto, con recepción del recién nacido y el nacimiento seguro, a cargo de personal calificado y en servicios que cuenten con laboratorio, instrumentales, equipos, medicamentos, sangre segura y otros insumos necesarios; f) la aplicación de normas y protocolos y la permanente actualización de datos de los requerimientos para realizar los cuidados obstétricos y neonatales esenciales, CONE; g) el contacto afectivo temprano de la madre, piel a piel, con el recién nacido y el cumplimiento de los diez pasos de la lactancia materna exclusiva con el enfoque de "la continuidad de atención de niños y niñas", h) el acceso a servicios de planificación familiar de calidad y con disponibilidad de amplia gama de anticonceptivos.

Esto debe complementarse con el desarrollo en todo el país del "Sistema de Vigilancia de la Salud, la Morbilidad y la Mortalidad Materna y Neonatal" y de un proceso sistemático de supervisión y monitoreo de avances, dificultades y logros, así como de evaluación de los procesos y de los resultados en salud".

Hallazgos de la investigación

Este estudio ha confirmado en Paraguarí y Cordillera la alta valoración que la población asigna a la maternidad y la necesidad sentida de que ella se desarrolle en las mejores condiciones posibles. Según lo expresaran las mujeres entrevistadas, "la práctica de la sexualidad y la maternidad están muy ligadas en las mujeres" y sobre todo a la realización de "su rol de mujer", "de su papel de ser madres, compañeras del hombre y amas de casa". Nosotras "nos realizamos como personas al ser madres", expresó una adolescente embarazada.

Pareciera que las personas, no pueden vencer fuertes resistencias culturales y no logran desligar la actividad sexual de la función reproductiva para valorarla también como fuente de placer, de relacionamiento afectivo y de comunicación humana. En el hombre prevalece "la satisfacción de ser padres" y "el ejercicio positivo de su virilidad", actitudes que son reforzadas por el entorno socio-cultural. El trabajo remunerado y la maternidad son circunstancias muy valoradas por la mujer campesina porque dan un nuevo sentido a sus vidas, aumentando su autoestima y el respeto de su comunidad. Mujeres puérperas dijeron que la maternidad "es lo más importante en su vida" que implica "nuevas responsabilidades". Algunas adolescentes expresan que "al estar embarazadas somos mejor atendidas y más respetadas por los varones de nuestra comunidad".

Quienes más perciben la poca calidez en la atención en los servicios son las adolescentes embarazadas. Una de ellas expresó "me parece que la doctora está molesta por mi embarazo". Algunos profesionales en ambas Regiones señalaron la conveniencia de tener espacios u horarios específicos para las adolescentes que así lo desean. Autoridades y líderes locales también señalaron la necesidad de crear espacios adecuados para la atención de las adolescentes con participación de "grupos juveniles de apoyo" (Ybycuí, Yaguarón, Quiindy, Atyrá, Paraguarí, Caacupé).

En las conversaciones realizadas durante el trabajo de campo con mujeres en la comunidad y las que estaban en los servicios de salud dijeron que ellas "deben estar preparadas para ser madres y saber criar a sus hijos". Todas las puérperas, independientemente de sus circunstancias personales (algunas muy complejas), se sentían "muy felices con el nacimiento de su bebé". Algunas expresaban su preocupación por la calidez de la atención en el servicio: "me hallo (estoy contenta) por ser mamá pero estoy triste porque no sé nada de mi bebé; lo tuve, me trajeron a esta sala y no le vi más, estoy preocupada y nadie me explica nada". Esta situación es contraria a la política de alojamiento conjunto, que mejora sustancialmente el bienestar y la salud del bebé. Otras mujeres expresaron su satisfacción por el servicio: "aquí le quieren a mi bebé como si fuera hijo del hospital".

También el estudio revela que existe una mayor conciencia en la población sobre los cuidados que requiere el embarazo y sobre las ventajas de tener el parto en los servicios de salud, "donde nos pueden auxiliar con rapidez en caso de tener complicaciones", según lo expresaron. Eso explicaría la disminución de los partos en el domicilio y el aumento de las consultas prenatales, aunque éstas no siempre comienzan en el primer trimestre del embarazo.

Los datos estadísticos y la opinión de los prestadores de servicios revelan que las consultas prenatales muchas veces son tardías, algunas ya muy cerca del parto. Solamente el 32,8% en Cordillera y el 33,9% en Paraguarí de estas atenciones se inician oportunamente, durante el primer trimestre del embarazo. A este hecho contribuyen tanto el escaso conocimiento de las mujeres sobre la importancia del prenatal oportuno, como la pasividad de los servicios que "esperan la llegada de usuarias" sin realizar acciones de captación oportuna en el terreno. Las visitas a los domicilios del personal estable de los servicios se redujo en los últimos tiempos a las campañas del PAI. Esto comienza a cambiar mediante la labor de las USF, según se pudo constatar en el terreno, tanto en Cordillera como en Paraguarí.

10. La planificación familiar

Contexto general

La evidencia internacional revela que la RMM, Razón de Mortalidad Materna, disminuye a medida que se incrementa la TPA, Tasa de Prevalencia de Anticonceptivos. Organizar servicios efectivos y de calidad en anticoncepción es una de las medidas recomendadas para mejorar la maternidad y reducir la morbimortalidad materna y neonatal.

La DAIA (Disponibilidad Asegurada de Insumos Anticonceptivos) es un proceso orientado a garantizar que cada persona, según sus circunstancias, tenga la oportunidad de informarse en forma veraz y responsable y pueda escoger con libertad, obtener y utilizar adecuadamente los métodos anticonceptivos para ejercer su derecho a la planificación familiar. La DAIA implica tener el financiamiento y los mecanismos que faciliten la compra de anticonceptivos, conocer la utilización de los insumos en los servicios (IMI) y estimar adecuadamente la demanda.

También para la DAIA se necesita disponer de un Sistema de Información y Administración Logística (SIAL) moderno y eficaz que gerencie todo el ciclo de insumos: Estimación de necesidades, adquisición, almacenamiento, distribución, control de abastecimiento y desabastecimiento en las bocas de entrega (servicios de salud), entrega informada a usuarios/as de acuerdo a normas y finalmente su utilización adecuada por parte de las personas que lo desean.

Este proceso es complejo y exige políticas claras, compromiso, liderazgo, conocimiento técnico, coordinación y acción oportuna y eficaz. Para esto funciona la Comisión DAIA, de carácter interinstitucional, cuya eficacia se mide por los importantes resultados logrados a nivel nacional. Cabe resaltar que en la ENDSSR 2008 se evidenció que los establecimientos públicos de salud por primera vez son los principales proveedores de métodos anticonceptivos a nivel nacional.

En el año 2003, se conforma el Comité DAIA en el Paraguay, dependiente del Consejo Nacional de Salud Sexual y Reproductiva. Desde el inicio, el Comité ha tenido un funcionamiento institucional sostenido, con reuniones periódicas, elaboración y aprobación de actas de las sesiones donde se establecen las acciones y sus responsables de manera participativa y rotativa y se hace el seguimiento del avance de las gestiones encomendadas a cada responsable. Se elabora, de manera participativa en el seno del Comité, un Plan Estratégico para la Disponibilidad Asegurada de Insumos Anticonceptivos 2006 – 2010, que es presentado por la Ministra Dra. Teresa León al Consejo Nacional de Salud Sexual y Reproductiva, donde es aprobado.

El Plan Estratégico para la Disponibilidad Asegurada de Insumos Anticonceptivos 2006/2010, elaborado por el Comité DAIA, con la cooperación técnica de DELIVER y el apoyo de USAID y UNFPA tiene 5 objetivos específicos: 1) Contribuir a la disponibilidad de métodos anticonceptivos mediante el desarrollo de acciones de abogacía en espacios e instancias políticas de los diferentes sectores y el fortalecimiento del Comité DAIA, 2) Asegurar el acceso y la disponibilidad de los métodos anticonceptivos esenciales, a bajo costo, con financiamiento sostenible, 3) Contribuir a mejorar el acceso sostenible y equitativo a métodos anticonceptivos, de acuerdo a una focalización de los recursos, 4) Fortalecer el Sistema Logístico para garantizar la disponibilidad adecuada y oportuna de insumos anticonceptivos; y 5) Promover el acceso a servicios de PF para satisfacer la demanda y facilitar el uso voluntario de anticonceptivos.

La abogacía permanente, el buen relacionamiento con actores claves, las alianzas, la buena coordinación interagencial y el importante apoyo dado al Comité DAIA por USAID con participación de la entidad DELIVER, por UNFPA y OPS, fortalecen el funcionamiento eficiente del comité DAIA son aspectos que impulsan y dan sostenibilidad al proceso de aseguramiento de insumos anticonceptivos en la red de servicios del Ministerio de Salud.

El Comité DAIA en Paraguay está integrado a nivel nacional por representantes de diversas dependencias del Ministerio de Salud Pública (Dirección General de Programas, de Medicamentos e Insumos Estratégicos, la Dirección de SSR y otras); del Instituto de Previsión Social (IPS); la Cámara de Farmacias del Paraguay (CAFAPAR); el CEPEP, Centro Paraguayo de Estudios de Población y el PSI-Paraguay. También lo integran USAID, el Proyecto DELIVER, el UNFPA y la OPS/OMS que prestan su valiosa cooperación técnica y financiera. Otros organismos o personas son invitados a participar en reuniones del Comité DAIA, de acuerdo a los temas tratados (Asesores jurídicos, personal de las UOC, Unidades Operativas de Compras, prestadores de servicio, representantes del Ministerio de Hacienda u otros).

Hallazgos de la investigación

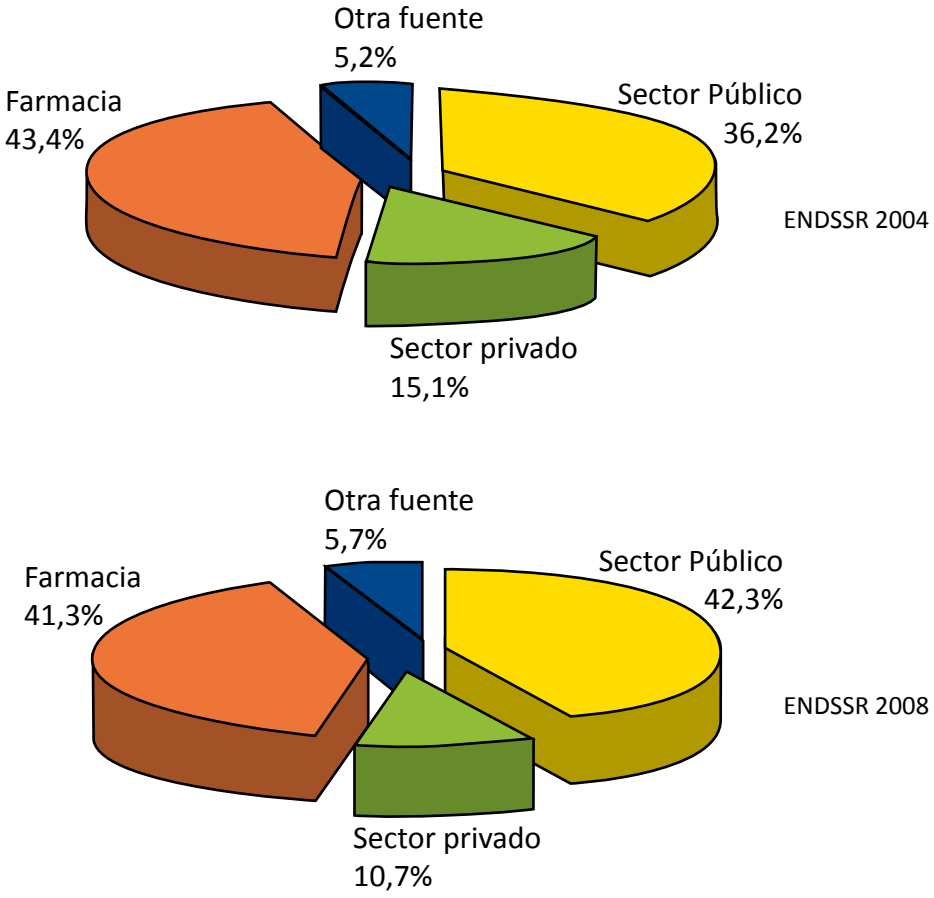
Se ha constatado en este estudio que los servicios de salud de Cordillera y Paraguarí disponen de todos los anticonceptivos incluidos en la canasta básica establecida por la Comisión DAIA, según lo expresado por técnicos de los equipos regionales de salud y por los responsables de los servicios, **no ha existido ningún tipo de desabastecimiento durante los años 2008 - 2009.** Hecho corroborado por usuarias: "no nos faltaron insumos en los últimos años, cosa frecuente en otros tiempos", expresaron algunas entrevistadas.

La disminución o desaparición del desabastecimiento de métodos anticonceptivos, que en otras épocas era un mal crónico en todos los servicios de la red ministerial, es uno de los grandes logros de la política de la DAIA y posiblemente sea un importante contribuyente al aumento en el uso de métodos anticonceptivos modernos y al hecho de que el Ministerio de Salud se ha constituido en el principal proveedor de métodos anticonceptivos del país. La disponibilidad de métodos se ha podido constatar en las visitas a los servicios a lo largo de esta investigación.

Los datos de la ENDSSR 2008, muestran que por primera vez el sector público se constituye en la principal fuente de provisión de métodos anticonceptivos modernos (42.3%), ubicándose por encima de las farmacias (41.3%). Desde la ENDSSR 2004 pasó de 36.3% a 42.3% en la ENDSSR 2008, representando un aumento de 17% en 4 años.

Gráfico 15

Fuente de obtención de métodos anticonceptivos modernos. Mujeres casadas/ unidas de 15 a 44 años de edad, segun encuestas



Fuente: Cuadro 5.11, ENDSSR 2008 y nuevo procesamiento ENDSSR 2004.

Una dificultad que persiste en algunos servicios es que la PAE, Píldora de Anticoncepción de Emergencia, está disponible en los consultorios de Planificación Familiar, que funcionan dentro de un horario restringido y no en los servicios de guardia del establecimiento de salud que funcionan las 24 horas, y es donde concurren las personas que necesitan este insumo, principalmente las víctimas de abusos o violencia sexual, o aquellas mujeres que han tenido una relación sexual sin protección anticonceptiva. Como el tiempo que transcurre entre la relación sexual y la toma de la PAE es determinante de su efectividad, es sumamente importante que el producto esté fácilmente accesible, en un amplio horario, de preferencia las 24 horas del día.

Los responsables de Salud Sexual y Reproductiva en ambas Regiones han identificado como necesidades de capacitación la actualización en consejería y en tecnología anticonceptiva, principalmente con los recursos humanos recientemente incorporados en las Unidades de Salud de la Familia. También se considera necesaria la capacitación teorico-practica, con pasantías en el Hospital Nacional de Itauguá, para la anticoncepción post-evento obstétrico.

Un aspecto señalado por algunas personas entrevistadas se refiere a la autonomía de la mujer en decidir libremente sobre la anticoncepción. Se señaló al respecto que "cuando algún profesional de la salud tuviera alguna objeción de conciencia o se oponga al uso de anticonceptivos modernos por razones religiosas, no debería presionar a la mujer que consulta sino más bien orientarla y dejar que ella tenga la oportunidad de ejercer sus derechos derivándola a otro profesional que pudiera ayudarla en el tema de la planificación familiar, sin reprocharla ni dejarla sin atención", como frecuentemente está sucediendo con algunos profesionales.

11. La atención prenatal

Contexto general

Para una maternidad saludable se necesita que la mujer tenga buena salud desde antes de su embarazo, que su embarazo sea deseado y planificado con responsabilidad, que el cuidado prenatal se realice de manera oportuna, continuada y con calidad; que planifique su parto con anticipación y que realice un adecuado trabajo de parto asistido por personas calificadas para ello y en un "entorno habilitante". El camino hacia la maternidad y el nacimiento seguros y saludables se inicia con condiciones favorables de educación, nutrición y salud de las niñas con el empoderamiento y la autonomía de la mujer. Prosigue con el acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva de calidad y la decisión para un embarazo deseado, tomada en armonía con la pareja. Desde las etapas iniciales del embarazo, la mujer debe concurrir al servicio de salud para su atención prenatal.

La Norma Nacional de Atención Prenatal 2006 que está vigente, establece que la atención prenatal debe ser oportuna y que se debe **iniciar el prenatal en el primer trimestre de la gestación, antes del 4º mes del embarazo**. A partir de allí, el cuidado prenatal debe ser continuado y de calidad con un diálogo abierto entre la gestante, su pareja y los prestadores de servicios de salud. La consulta prenatal debe ser completa, periódica, de calidad y de alta cobertura para así prevenir y detectar a tiempo complicaciones del embarazo, vigilar los signos vitales de la madre y el crecimiento y desarrollo del bebé en el útero, realizar la educación de la madre referente a los cuidados elementales y la identificación de señales de alarma que indiquen el inicio de alguna complicación. Esta valiosa información debe ser comentada a través de un diálogo abierto entre la gestante, su pareja y los prestadores de servicios de salud aprovechando para aclarar dudas y aumentar la confianza en los servicios. La misma Norma dispone que la embarazada asista para la atención prenatal "por lo menos 4 veces durante su gestación".

Las visitas realizadas por la embarazada para su atención prenatal ofrecen la oportunidad de desarrollar un proceso educativo adecuado a las características socio-culturales de la gestante procurando darle una correcta orientación nutricional y sobre el conveniente estilo de vida saludable, proveerle de complemento de micronutrientes como hierro y ácido fólico, realizar las inmunizaciones y los análisis necesarios y la preparación para la prevención, la identificación precoz y el tratamiento inmediato de cualquier complicación.

En el Paraguay el acceso a alguna forma de atención prenatal es casi universal. En el Cuadro 17 y Gráfico 15 se señalan la tendencia de la atención prenatal (por lo menos una consulta) y de la atención oportuna (en el primer trimestre del embarazo) de acuerdo a las Encuestas realizadas por el CEPEP en los años 1998, 2004 y 2008. Se puede apreciar el importante aumento del prenatal en forma oportuna desde un 35% en 1998 a un 79% en el 2008. Esto respondería a una mayor conciencia y difusión de la importancia del prenatal a partir del primer trimestre del embarazo para facilitar la promoción de la salud, el cuidado del embarazo y la prevención de las complicaciones. Esos resultados no coinciden con lo observado en las estadísticas de los servicios de salud de Cordillera y Paraguarí.

Cuadro 17

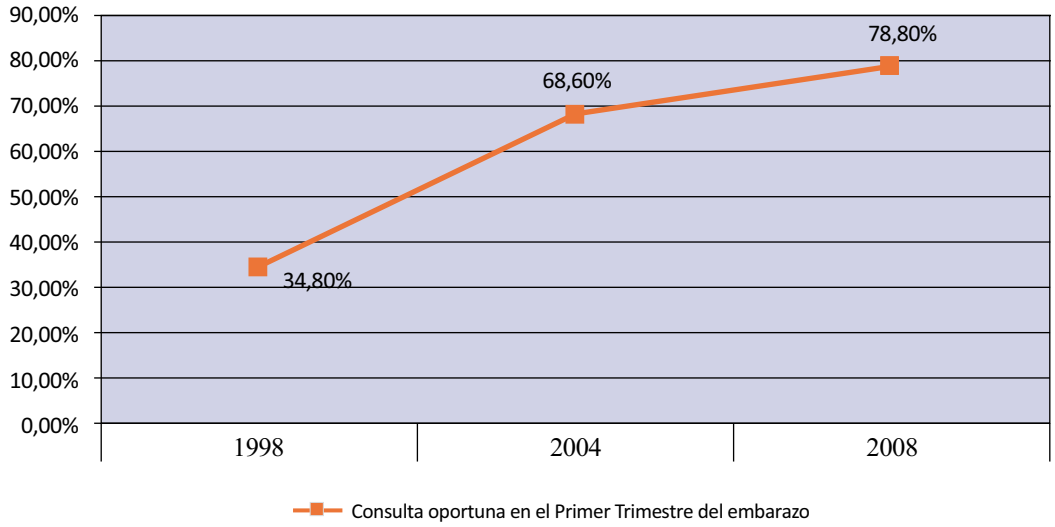
Salud de la Madre. Tendencia de la atención prenatal. Años 1998, 2004 y 2008

ENCUESTAS DEL CEPEP ATENCIÓN PRENATAL	ENSMI 1998	ENDSSR 2004	ENDSSR 2008
Con al menos una Consulta Prenatal	88,0%	94,2%	97,1%
Consulta oportuna en el Primer Trimestre del embarazo	34,8%	68,6%	78,8%

Fuente: Encuestas del CEPEP.

Gráfico 15

Paraguay. Tendencia de la consulta oportuna en el primer trimestre del embarazo. Años 1998, 2004 y 2008



Fuente: Encuestas del CEPEP.

Hallazgos de la investigación

De acuerdo a este estudio, existe conciencia en los gerentes y profesionales de la salud de ambas Regiones Sanitarias sobre la importancia del prenatal realizado oportunamente. También las mujeres entrevistadas expresaron que lo mejor es consultar "lo más pronto posible", "cuando apenas nos damos cuenta que estamos embarazadas". Es bueno venir a tiempo "para hacerme los análisis y saber si mi bebé se encuentra bien". Algunas mujeres también mencionaron la importancia de los controles: "tengo que controlar mi peso y mi presión arterial", "tengo que ver como va creciendo mi bebé". Sin embargo, a pesar de estas aseveraciones, observando las estadísticas de los servicios en estas Regiones, se puede concluir que es necesario reforzar la educación a la población para promover con mayor intensidad la efectiva concurrencia de las mujeres embarazadas a una temprana atención prenatal.

En cuanto a la percepción de calidad en la atención, las usuarias del prenatal y las puérperas internadas expresaron que "estaban satisfechas con la atención que recibían" y con "el servicio de salud en general". Al solicitar a usuarios y usuarias una valoración de su satisfacción por el servicio y la calidad de la atención recibida la mayoría calificaron con una buena nota (alrededor de 7 en una escala del 1 al 10).

Un aspecto deficitario en ambas Regiones es el poco énfasis que aparentemente se pone al enseñar a la embarazada y su pareja **las señales de peligro o de alarma que anuncian la presencia de alguna complicación**. Este es un aspecto clave en la prevención de muertes maternas porque permite la rápida concurrencia a los servicios y el tratamiento oportuno de las complicaciones desde su inicio. Esta deficiencia se puso de manifiesto en las entrevistas con los prestadores de servicios de prenatal, tanto en los hospitales, centros y puestos de salud como en las Unidades de Salud de la Familia, USF. La mayoría de esos proveedores no mencionaban espontáneamente que ellos proporcionaban durante la atención prenatal esta información oportuna y necesaria para las embarazadas. También se evidenció el escaso conocimiento sobre las "señales de alarma" que tenían las embarazadas que ya habían realizado varias consultas prenatales. Los profesionales conocen que el reconocimiento oportuno de síntomas o signos que anuncian el inicio de una complicación es lo que permite realizar una consulta oportuna y un tratamiento precoz con mayores posibilidades de éxito pero no siempre transmiten esta información a las mujeres y a la comunidad.

Uno de los indicadores claves de la calidad de atención en la consulta prenatal es el acceso universal y oportuno de las embarazadas a las pruebas para VIH y VDRL. También es importante conocer el nivel de vacunación antitetánica de las gestantes. En Cordillera, en el 2008, sólo en el 59,5% de las embarazadas que cumplieron su prenatal se realizó la prueba de VDRL y en Paraguarí el porcentaje fue un poco mayor. Es importante registrar estos datos por el monitoreo de cumplimiento de los indicadores del Plan Nacional de SSR.

La **preparación para el parto** es también un componente importante del Prenatal. El parto es un proceso fisiológico, normal, pero que puede complicarse. Es por eso que el autocuidado y la preparación previa de las mujeres y de los servicios es importante. El planeamiento del parto se debe realizar durante el Prenatal para garantizar que el mismo sea asistido por "personal calificado y en un entorno habilitante", lo que es fundamental para un parto seguro y para la atención inmediata del recién nacido y del post-parto. En los departamentos del estudio no existe una orientación explícita para programar los partos con anticipación. Los técnicos conocen el formulario "Planeando mi parto" pero no lo usan.

Las estadísticas de los servicios prestados del Ministerio de Salud indican que en Cordillera y en Paraguarí se tienen cifras elevadas de consultas prenatales realizadas. Sin embargo, este estudio ha evidenciado en los registros clínicos y laboratoriales que la atención que muchas mujeres reciben durante su embarazo **no cumple con todos los estándares establecidos en las Normas nacionales vigentes, las que se ajustan a las últimas recomendaciones dadas por la OMS al respecto**. Algunos técnicos de salud de ambas Regiones reconocieron esta situación y dijeron que es necesario capacitar y concienciar a médicos y licenciadas en enfermería y obstetricia en conocer y dar "estricto cumplimiento de la Norma Nacional de Atención Prenatal, así como de otros instrumentos normativos".

Como puede observarse en el Cuadro 18, en el año 2009 existe un alto porcentaje de atención prenatal (por lo menos una consulta) en ambas Regiones (95% en Cordillera y 89% en Paraguarí). Sin embargo, en el mismo cuadro se registran los **bajos porcentajes de consulta oportuna: apenas 32,8% en Cordillera y 33,9% en Paraguarí**, sin mayores cambios **entre los años 2008 y el 2009,** visualizándose una enorme brecha con el porcentaje de consulta oportuna a nivel nacional (78,80%). La concentración de la consulta aparentemente es aceptable, pero esta información no revela cuantas consultas realizó cada embarazada durante el transcurso de su embarazo. Este dato importante todavía no puede ser registrado y analizado en las estadísticas de ambas Regiones, por no estar incluido su registro en el actual sistema estadístico.

Cuadro 18

Cordillera y Paraguarí. Atención Prenatal. Años 2008 y 2009

ATENCIONES	CORDILLERA		PARAGUARÍ	
	2008	2009	2008	2009
MEF (Mujeres en Edad Fértil)	-	64.265	-	53.700
Embarazadas esperadas	-	6.818	-	5.655
Total embarazadas Atendidas (Prenatal)	5.839 -	6.510 (95%)	5.014 -	5.056 (89%)
Antes del 4º mes	2.137 (36,5%)	2.140 (32,8%)	1.673 (33,4%)	1.714 (33,9%)
en el 4º mes o más	3.702	4.370	3.341	5.056
Total de Consulta Prenatal	28.542	28.015	21.561	19.684
Concentración de la Consulta	4,8	4,3	4,3	3,8
Proporción de la Consulta Prenatal en relación al total de Consulta Externa	-	20%	-	26%

12. El embarazo en adolescentes

Contexto general

Una situación analizada en este estudio se relaciona al embarazo en la adolescencia y en especial en las menores de 15 años de edad. Se reconoce que es un problema social y de salud pública no solo por las dificultades orgánicas derivadas de la inmadurez física materna como además por los aspectos económicos y socio-culturales que comprometen la vida tanto de la madre como de su bebé. Existen evidencias de que la adolescente de menos de 15 años de edad tiene mayor riesgo de tener abortos, parto de pretérmino, hijos con bajo peso al nacer o una mayor necesidad de cesáreas, debidas al incompleto desarrollo fisiológico de la embarazada.

El acceso a la educación básica general, a la educación para la salud y la sexualidad es un componente importante que incide en la maternidad segura y en la reducción de la morbimortalidad materna y neonatal. Las evidencias demuestran que las niñas que acceden a mayores niveles de escolaridad y tienen oportunidades en el hogar y en el sistema educativo de participar en la educación para la sexualidad, mejoran su calidad de vida y están mejor preparadas para ejercer sus derechos.

Cuando las niñas no acceden a los servicios educativos o dejan la escuela a una edad temprana entran precozmente a un mundo adulto y quedan expuestas a riesgos físicos y sicológicos enfrentando situaciones para las cuales generalmente no están suficientemente preparadas. Algunas niñas y adolescentes logran superar condiciones severamente adversas y otras logran transformar su situación adversa en una oportunidad o estímulo para su desarrollo bio-sico-social. El enfoque de riesgo que se utiliza en las adolescentes en situaciones desfavorables debe ser complementado y enriquecido por el escudo protector de la **resiliencia**[5]**.** Para una buena salud sexual y reproductiva en las adolescentes y para estar preparadas para una maternidad saludable se debe tener acceso a una información oportuna y accesible, culturalmente adecuada, presentada en un lenguaje corriente, amigable y en el idioma de mayor comprensión para cada persona.

[5] Resiliencia (del inglés "resilient" empleado en metalurgia para describir la capacidad de algunos materiales de recuperar su forma original luego de ser sometidos a una presión deformante). En Ciencias Sociales "la resiliencia caracteriza a aquellas personas que, a pesar de nacer y vivir en condiciones de alto riesgo, se desarrollan sicológicamente sanas y socialmente exitosas". Consiste en el "desarrollo de personas sanas en circunstancias ambientales no sanas" (Werner 1992). "Es la capacidad de afrontar adversidades".

La educación para la sexualidad en el marco del Sistema Educativo es una obligación del Estado ante las nuevas generaciones. En la Convención Internacional de los Derechos del Niño y de la Niña se establece que "el Estado deber proveer elementos pedagógicos para aumentar el conocimiento integral de la sexualidad y desarrollar actitudes y prácticas que favorezcan que las personas desarrollen plenamente su personalidad y sus capacidades con responsabilidad ante si mismas y la sociedad en la que viven".

La Educación de la Sexualidad que se ha iniciado recientemente de manera más institucionalizada en el Sistema Educativo Paraguayo es un aporte pedagógico y cultural que puede favorecer a largo plazo el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos. La educación para la sexualidad puede transformar creencias y costumbres, y dar mayores elementos para tomar decisiones en cuanto al ejercicio responsable de la sexualidad, la prevención de los embarazos no deseados en adolescentes, la prevención de las infecciones de transmisión sexual, ITS, y por el VIH, la reducción de las violencias basadas en género y el abuso sexual, además de favorecer el ejercicio de la maternidad segura.

La ENDSSR 2008 realizada por el CEPEP evidencia que la edad de inicio de las relaciones sexuales premaritales es menor en las personas que viven en área rural, tienen menor escolaridad o pertenecen a estratos de población de menor nivel socio económico. Las consecuencias laborales y en la educación de los embarazos tempranos son muy negativas para el futuro de la adolescente. Entre las adolescentes de 15 a 24 años de edad que estaban estudiando en el momento de embarazarse, la Encuesta encuentra que el 51,1% interrumpieron sus estudios y solo el 6,4% reanudaron esos estudios luego del nacimiento de su bebé. Entre las adolescentes que tenían trabajo remunerado en el momento del embarazo el 44,3% dejaron su trabajo y sólo el 7,2% volvieron al trabajo luego del parto.

Las sucesivas encuestas realizadas por el CEPEP indican que el uso de anticonceptivos en la primera relación sexual de mujeres adolescentes y adultas jóvenes tiene una tendencia en permanente aumento.

En la ENDSSR – 2008 se observa que siete de cada diez mujeres jóvenes reportaron haber usado un método anticonceptivo en su primera relación sexual. La tendencia de uso de anticonceptivos en la primera relación sexual se fue incrementando en las mujeres de 15 a 24 años de edad: en la Encuesta de 1987 era de 12,2%; en 1995/6 de 23,6%; en la ENSMI – 1998 subió a 31,3%; en la ENDSSR 2004 registró un 56.3% y en la última Encuesta en el 2008 subió al 70,5%.

Hallazgos de la investigación

Las autoridades, los gerentes de salud, los hombres y mujeres prestadores de servicios y las demás personas entrevistadas en la comunidad, reconocen al embarazo en las adolescentes como "problema preocupante y frecuente", que según afirmaron todos "aumenta en número y cada vez en adolescentes de menor edad".

Las personas laboralmente relacionadas a los servicios de salud principalmente señalaron los riesgos biológicos para la salud en las embarazadas precoces. Indicaron que "las adolescentes no están con la madurez física, mental y emocional suficiente y que carecen de la preparación requerida para esta función". Llamaron la atención sobre el hecho de ser "embarazadas de alto riesgo" con "peligros de complicaciones para la madre y su bebé": "parto prematuro, bebé de bajo peso al nacer, asfixia neonatal, hemorragias y las complicaciones debidas al aborto (hemorragias, sepsis y rotura uterina)". Por otro lado, las autoridades y otras personas entrevistadas que no son trabajadores de la salud señalaron con mayor énfasis "los problemas que causa el embarazo temprano en el plan de vida de la mujer adolescente, "en sus estudios, en su trabajo, en su relación familiar y su futuro".

Entre los factores que contribuyen a esta problemática las personas entrevistadas señalaron: la baja escolaridad, la escasa educación en sexualidad realizada en los establecimientos de enseñanza y en los hogares, las actitudes negativas ante la anticoncepción, la inseguridad e insuficiente formación en el tema de maestros y padres de familia. "Maestras y maestros conocen poco o creen que conocen poco y por eso temen abordar el tema". Una situación señalada con preocupación es que el embarazo en adolescentes se produce en personas muy jóvenes de 16-17 años, existiendo situaciones de niñas de esas edades que ya tienen dos cesáreas. Esta es una señal de que luego del primer embarazo, la consejería post-quirúrgica sobre la conveniente utilización de un anticonceptivo no funcionó adecuadamente ya que la adolescente volvió a embarazarse muy pronto.

Varios profesionales señalaron la necesidad de una "mayor capacitación práctica de los médicos de la Región para la anticoncepción post evento".

Lo expresado por profesionales y por mujeres y varones jóvenes en estos departamentos coincide con el Plan Nacional de Salud Sexual y Reproductiva vigente en el sentido en que es preferible que "la atención a adolescentes se realice en forma diferenciada con privacidad y confidencialidad", en un espacio amigable y adecuado a la "cultura" de este grupo etario. El profesional que atiende a adolescentes debe reunir cualidades técnicas y humanas adecuadas. Según algunas personas entrevistadas en nuestro estudio, "muchas personas adolescentes no acuden a los servicios porque en la admisión del establecimiento de salud se comenta que ellas vienen a buscar anticonceptivos". Tampoco se manejan con discreción "los datos de adolescentes durante el registro de la información a cargo de la estadígrafa". Otra entrevistada comentó "el embarazo en adolescentes es cada vez más frecuente y ellas temen venir pronto porque desconfían de la confidencialidad y la calidad del servicio".

Según lo expresado por varias personas entrevistadas, estos embarazos se producen porque las escuelas y colegios "no enseñan educación sexual", "no les dicen cómo prevenir embarazos y ellas tienen relaciones sexuales cada vez más precoces", "en algunos lugares la Iglesia (cualquiera sea ella) dificulta la educación sexual y también algunos padres de familia muy conservadores". El tema de la sexualidad es "un tabú muy relacionado al pecado". "Muchas maestras no están preparadas o creen no estar lo suficientemente preparadas" y "no se animan a abordar el tema aunque lo consideren de mucha importancia". Algunas maestras o profesoras de colegio recurren al médico local para que realice esta educación, pero en muchas ocasiones este profesional desarrolla el tema con un enfoque meramente anatómico y biologista sin considerar las amplias facetas de la sexualidad. Sin embargo, existen escuelas y colegios tanto en Cordillera como en Paraguarí que han incorporado el tema de la sexualidad de manera integral y sin inconvenientes.

También en este estudio se señala la falta de comunicación adecuada de padres y docentes con las personas adolescentes, en especial con las mujeres en temas relacionados a la sexualidad y la reproducción todavía considerados como "tabúes". Fueron resaltados como elementos negativos la timidez, la baja autoestima, las pocas informaciones que reciben las adolescentes y la inexistencia de programas motivadores de educación y de información adecuados a la "cultura adolescente".

Se nombró como un factor importante la inexistencia en los servicios de salud de ambas Regiones de "consultorios diferenciados" o "servicios amigables para adolescentes". Esto desfavorece el acceso de este importante grupo de población a los servicios de SSR y específicamente a los consultorios de anticoncepción o planificación familiar. Algunas enfermeras y obstetras también señalaron que "la embarazada adolescente no accede tempranamente y tampoco lo hace con regularidad a sus controles prenatales".

Mujeres puérperas internadas opinaron respecto a las adolescentes que "a esa edad una no está preparada para traer hijos al mundo". Otras señalaron que "la culpa es de los padres" porque "no dialogan con sus hijas" y agregaron que se "debería hacer charlas para las jóvenes y los jóvenes, informarles sobre el embarazo y sus riesgos en la adolescencia". Otra entrevistada comentó que "tienen que planificar, porque en el embarazo a edades muy tempranas sufren las mamás y los bebés también". Algunas entrevistadas mencionaron que es una "irresponsabilidad de los padres" que hay adolescentes embarazadas por "falta de comunicación entre padres e hijas", y en algunos casos hay "violencia sexual de familiares cercanos hacia las adolescentes". Durante la realización de nuestro estudio una niña de 12 años de edad estaba en el consultorio prenatal. Su embarazo era consecuencia de una violencia sexual de un primo adolescente. Enfermeras señalaron que es frecuente el abuso de menores por parte de su propio padre o padrastro.

Autoridades y algunos gerentes en las dos Regiones mencionaron que se trabaja con el CODENI[6] para conseguir apoyo económico de parte del padre de la criatura o de los familiares en caso de que sea menor de edad o no trabaje. En algunas localidades se implementan programas que buscan "dar asistencia a niños, niñas y adolescentes abandonados, explotados sexualmente, los destinados a trabajos pesados y también a adolescentes embarazadas". En ciertas áreas, algunas radios comunitarias emiten programas donde se tratan temas de educación en salud sexual y reproductiva, prevención de embarazos en adolescentes, transmisión de ITS, prevención del aborto y otros temas relacionados. Algunos colegios tienen (según los entrevistados) buenos programas de educación para la sexualidad (casos de Caraguatay en Cordillera y de Ybycuí en Paraguarí).

[6] CODENI: Paraguay ratificó en 1990 la Convención sobre los Derechos del Niño (CDN) y lo hizo por Ley 7/90. En el año 2000 aprobó el Código de la Niñez y la Adolescencia que crea el Sistema Nacional de Promoción y Protección de la Niñez (Ley 680/0) y como parte de este Sistema se constituyen las Consejerías Municipales por los Derechos del Niño, de la Niña y el Adolescente (CODENI) que se ocupan a nivel local de la promoción y protección de los derechos de este importante grupo poblacional y proveen atención especializada al respecto con un servicio permanente y gratuito con profesionales del derecho, sicología, trabajo social y otros

Se señaló en las dos Regiones Sanitarias como una circunstancia desfavorable para las adolescentes "la soledad y el abandono que sufren las personas menores como consecuencia de la migración interna e internacional de sus padres". En especial en los últimos años "de las madres que migran del interior del país hacia la capital, o emigran a la Argentina, España o Estados Unidos, dejando a sus hijos e hijas menores al cuidado de sus abuelos o de otras personas, con el consiguiente aumento de las situaciones de riesgo".

Una de las entrevistadas comentó que "hay muchos casos de embarazos en adolescentes porque los padres no conversan con sus hijas sobre métodos anticonceptivos y sobre relaciones sexuales". Las adolescentes "quieren experimentar pero no están preparadas para eso" "y muchas no conocen cómo usar los anticonceptivos". Otra entrevistada manifestó "en mi localidad hay muchos casos de madres adolescentes, la mayoría dejan a sus bebés con sus abuelos y sus madres y van a trabajar". Algunas "se embarazan y luego abortan, sin pensar en el riesgo que eso representa". Un problema serio es la casi inexistente preparación de los servicios de salud para atender las necesidades específicas de las personas adolescentes. En ninguna de las Regiones estudiadas existían, al momento del estudio, servicios de salud sexual y reproductiva orientados a adolescentes, bajo el modelo "amigable", que favorece la comunicación y el acceso.

Algunos consideraron entre los factores negativos que afectan a las personas adolescentes "el menor control familiar y social actualmente existente de las actividades de las adolescentes" y "el aumento de sus relaciones afectivas con parejas no estables, algunas muy mayores". También se mencionó como factor propicio a los embarazos fortuitos "las condiciones de vida en situación de extrema pobreza", "las formas de vida en los asentamientos campesinos y en las viviendas precarias de barrios periurbanos marginados" que "favorecen la promiscuidad y el hacinamiento e inciden en la auto estima y la capacidad de realización personal de las mujeres jóvenes".

La ciudadanía está consciente de que la sexualidad se intensifica con la pubertad y pasa a ocupar un lugar importante en la vida y el desarrollo de las adolescentes ante los riesgos de una maternidad potencial que puede concretarse de manera fortuita.

En este estudio surgieron como factores que influyen en el inicio de la actividad sexual en la adolescencia los siguientes: la presión ejercida por los pares (principalmente entre varones); la escasa y deficiente comunicación existente entre padres, educadores y adolescentes; la inexistencia de una educación sexual en los hogares y en los centros de enseñanza; el desconocimiento y la información incompleta o incorrecta sobre varios aspectos de la sexualidad, reproducción humana y anticoncepción en adolescentes, docentes, padres, madres y población en general. También la débil autoestima en la adolescencia y juventud; la mala utilización del tiempo libre ante escasas oportunidades ofrecidas por nuestras sociedades para actividades físicas, deportivas, artísticas, culturales y espirituales. Se agrega el poco acceso a la información y a servicios de planificación familiar de adolescentes varones y mujeres sexualmente activas; la soledad y el ocio prolongado de adolescentes pertenecientes a familias separadas por migración de sus padres o madres; la falta de proyectos de vida en poblaciones en situación de pobreza; marginadas y excluidas. Algunas personas mencionaron la mayor oferta en dinero por favores sexuales de personas adultas y adultos mayores dirigidas a jóvenes en situación de calle o con vulnerabilidades por pobreza y falta de oportunidades para su realización personal.

13. La asistencia calificada del parto y del nacimiento

Contexto general

Todos los embarazos pueden conllevar un riesgo para la madre y su bebé, el que puede convertirse en un problema real de complicaciones en cualquier etapa del transcurso del embarazo. Estas complicaciones son más frecuentes durante el parto. Las complicaciones del embarazo y el parto son difíciles de predecir y de anticipar. Por esto, no ha resultado efectivo el uso del **"enfoque de riesgo"**. Este enfoque, basado en identificar a las mujeres con mayor probabilidad de sufrir una complicación durante el embarazo y asegurar que reciban la atención adecuada, ha demostrado además ser poco costo-efectivo.

El "**enfoque de la atención calificada**" implica la creación de las mejores condiciones posibles para que todas las mujeres embarazadas y sus bebés tengan embarazos, partos y nacimientos seguros y saludables. La **atención calificada del parto** es la realizada **por personal calificado** y **en un entorno habilitante** y es reconocida como una estrategia clave porque la evidencia muestra que durante el parto y las 24 horas que le siguen, ocurre alrededor del 80% de las muertes maternas. El acceso a la atención calificada, es crítico para garantizar la salud de la madre y el recién nacido.

"La **atención calificada** se refiere al proceso por el cual una mujer embarazada y su bebé reciben los cuidados adecuados durante el embarazo, el trabajo de parto, el parto, el nacimiento, en el período posparto y neonatal. El proveedor de salud debe tener conocimientos actualizados y las destrezas necesarias y contar además con el apoyo de un entorno habilitante en varios niveles del sistema de salud. Esto incluye un marco de políticas y normas, protocolos e instrumentos para la atención, suministros adecuados, equipamiento e infraestructura, además de un eficiente y efectivo sistema de comunicación, de referencia y de transporte".

Según la OMS, la Confederación Internacional de Matronas y la FIGO, Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia, el **personal calificado** es "un profesional de la salud con destrezas en obstetricia, que ha sido capacitado y es competente en el manejo de embarazos normales (sin complicaciones), partos y periodo postnatal inmediato; y que es capaz de identificar a tiempo las complicaciones, para manejarlas eficazmente o para referir a la mujer y al recién nacido donde corresponda". Este **personal calificado** tiene destrezas para brindar todo tipo de cuidados maternos, desde antes del embarazo hasta el período de posparto, incluyendo los **Cuidados Obstétricos y Neonatales Esenciales, CONE.**

Los Cuidados Obstétricos Esenciales son: a) tratamiento del embarazo con problemas (anemia, diabetes, VIH/sida); b) tratamiento médico de las complicaciones relacionadas con el embarazo, el parto o el aborto (hemorragia, septicemia, complicaciones del aborto, eclampsia); c) procedimientos manuales (retiro de la placenta, sutura de desgarros o episiotomías); d) vigilancia de la dilatación con utilización del partograma; y e) atención neonatal básica. Los **cuidados obstétricos integrales** incluyen todo lo anterior, además de las intervenciones quirúrgicas (cesáreas), la anestesia y la transfusión sanguínea.

El Paquete de Atención Básica del Recién Nacido comprende: a) **Limpieza**: parto limpio y manejo higiénico del cordón umbilical para prevenir infecciones del recién nacido (tétanos y sepsis). b) **Protección térmica**: prevención o manejo de hipotermia o hipertermia neonatal. c) **Lactancia materna exclusiva y temprana**. d) **Iniciación de la respiración y reanimación**, si es necesaria. e) **Cuidado de los ojos**: prevención y manejo de la oftalmía neonatal. f) **Inmunización** (BCG partir de los 2.000 g.). g) **Manejo de las enfermedades** del recién nacido. h) **Atención del recién nacido prematuro** o del recién nacido con **bajo peso al nacer**. i) **Capacitación en Reanimación Neonatal**.

En cualquier momento durante el transcurso del embarazo, el parto o el puerperio puede producirse una emergencia. **La Emergencia obstétrica** es una complicación que afecta a la salud de la mujer durante el embarazo, parto o puerperio con riesgo inminente de secuela y/o muerte para la madre, feto y/o recién nacido o ambos. (OPS). Esta emergencia debe ser identificada con la mayor rapidez para dar el tratamiento inmediato.

El entorno inmediato del parto tiene que ver con la calidad de los servicios. En los servicios que atienden partos se debe disponer del ambiente físico y de instalaciones adecuadas con los equipos, suministros y medicamentos necesarios. La preparación de la mujer, así como de todo el equipo humano de la sala de parto, del quirófano y de la recepción y cuidados de neonatos garantizan la maternidad segura. También debe preverse siempre el concurso del pediatra para el momento del parto.

Además de la habilidad y destreza para acompañar el trabajo de parto y el nacimiento, se debe garantizar una excelente **atención** a la recepción y cuidado inmediato del recién nacido con **capacidades para reconocer en el bebé recién nacido una complicación neonatal** desde su inicio. Esto es fundamental para poder practicar una intervención esencial en forma inmediata.

La muerte materna es el resultado de una emergencia obstétrica no atendida; atendida, pero con demoras en el tratamiento o con insuficiente o deficiente atención. Estas emergencias pueden ser prevenidas cuando la embarazada tiene conocimientos y prácticas en el autocuidado de su salud, y tanto los prestadores como los servicios de salud estén preparados para el cumplimiento de los **Cuidados Obstétricos y Neonatales Esenciales, CONE**. En Paraguay, además de las Normas Técnicas de atención correspondientes al embarazo y al parto se cuenta con la "Guía para el Manejo de las complicaciones del embarazo y el parto", IMPAC (por su sigla en inglés "Integrated Management of Pregnancy and Childbirth", basada en las últimas evidencias disponibles. La utilización correcta del IMPAC puede salvar vidas en nuestros servicios de salud.

El Grupo de Trabajo Interagencial Regional en América Latina y el Caribe para la Reducción de la Mortalidad Materna, creado en 1999 y constituido por la Organización Panamericana de la Salud (OPS), el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA), el Fondo para la Infancia de las Naciones Unidas (UNICEF), el Banco Mundial, el Banco Interamericano de Desarrollo (BID), la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID), Population Council y Family Care Internacional (FCI), elaboró en el 2003 un ***Consenso Estratégico Interagencial para América Latina y el Caribe***, en el que se definen las necesidades regionales a las que responde, y las estrategias prioritarias para abordarlas de manera coordinada. Este Consenso Estratégico Interagencial prioriza intervenciones claves dirigidas a reducir la mortalidad materna en la región: asegurar la asistencia calificada del parto; fortalecer y/o asegurar la provisión de cuidados obstétricos esenciales, principalmente en el primer nivel de referencia; y asegurar el acceso a consejería y servicios de planificación familiar.

De acuerdo con la visión estratégica del UNFPA, la lucha contra la mortalidad materna tiene tres pilares: a) Acceso a información, servicios y métodos modernos de planificación familiar para prevenir embarazos no deseados y gestaciones potencialmente peligrosas; b) Acceso a atención calificada de todos los partos, porque la evidencia muestra que la mayoría (80%) de las complicaciones y muertes maternas ocurren durante el parto, o inmediatamente después; y c) Acceso a cuidados obstétricos y neonatales esenciales, porque permite proporcionar intervenciones necesarias para salvar vidas en el momento en que se producen las complicaciones.

La salud del recién nacido debe ser considerada en el contexto de la salud materna y del proceso que ambos viven durante el embarazo, el parto y en los momentos inmediatos luego del nacimiento. El enfoque debe ser de la **"atención continuada"** en las etapas preconcepcional, del embarazo, del parto y en la etapa post natal inmediata. Esto requiere coordinación entre la mujer, su pareja y su familia, el médico pediatra y el médico gineco-obstetra y en ocasiones el cirujano y anestesiólogo, los servicios de salud y la comunidad. La alta mortalidad neonatal refleja la deficiencia de los servicios en esta atención.

En las horas críticas que rodean al nacimiento, la atención debe ser al binomio madre-bebé. Las primeras 24 horas y la primera semana de vida son de alta vulnerabilidad. La lactancia materna inmediata y exclusiva y la atención calificada del recién nacido son fundamentales. La promoción de la salud de la madre y de su bebé debe ser una acción integrada. Para que ello sea efectivo deberá crearse en toda la red un entorno habilitante favorable. Las Regiones Sanitarias son espacios de gerencia y de servicios muy favorables para que en cada servicio se provea una atención integrada (que incluya las normas de atención de los distintos Programas) pero que sea desarrollada teniendo como centro del modelo de atención a cada persona en sus propias circunstancias y necesidades. El AIEPI neonatal comprende normas de atención desde la primera semana de vida y acciones para mejorar "el Sistema de Salud, la aptitud de proveedores y las prácticas en el hogar y la comunidad", según lo expresara un pediatra de un Hospital Regional que reclamaba "una acción mas cercana de los médicos pediatras, neonatólogos con los gineco-obstetras en todos los aspectos de la Maternidad Segura y la SSR como un todo".

En cuanto al desarrollo de las acciones educativas con los prestadores de los servicios conviene recordar que existen diferencias entre capacitación y calificación. Con la **capacitación** se adquiere conocimientos y habilidades pero con la **calificación** se da un paso adelante: Implica un uso competente de los conocimientos. Consiste no sólo en **saber** sino además en **saber hacer**. Además de los conocimientos actualizados y de las aptitudes clínicas y de gerencia es importante mejorar las **destrezas en las actitudes** del personal calificado para que además de tener la calidad técnica, se logre la humanización de la atención, libre de toda forma de discriminaciones y maltratos.

Hallazgos de la investigación

En cuanto a la **atención calificada del parto** este estudio nos ha revelado que la capacidad de los establecimientos de salud en ambas Regiones es muy variada: algunos servicios como los Hospitales Regionales de Caacupé y Paraguarí cuentan con infraestructura física y recursos humanos para atender partos vaginales, cesáreas programadas y cesáreas de urgencia, así como para resolver con éxito la mayoría de las emergencias obstétricas o neonatales que se presenten. Sin embargo, la inexistencia de Unidades de Terapia Intensiva, UTI, en estos hospitales, es una limitante importante, salvada solamente con la remisión de las pacientes al Hospital Nacional de Itauguá.

Los llamados Hospitales Distritales y algunos Centros de Salud cuentan con recursos humanos capacitados y con el equipamiento necesario para realizar parto vaginal y atención inmediata de recién nacido sano. También pueden realizar cesáreas, pero solamente las programadas. Las cesáreas de urgencia solamente pueden ser atendidas cuando esta urgencia "coincide con una guardia completa", que no es lo habitual. **Ningún "Hospital Distrital" en ambas Regiones cuenta con "guardia médica completa" capaz de solucionar las complicaciones graves de las mujeres durante el parto o del recién nacido**. Ningún hospital de Cordillera y Paraguarí cuenta con Unidades de Terapia Intensiva o intermedia. Un déficit no siempre valorado por los gerentes de salud es la ausencia o insuficiencia de pediatras para la buena recepción y primer examen del bebé inmediatamente después del nacimiento. Una paciente refirió que en un servicio de salud se dio de alta a la madre y a su bebé y luego de un tiempo el bebé presentó síntomas de gravedad y falleció. Era, según expresó esta entrevistada, un bebé con ano imperforado que no fue detectado en el servicio.

Tampoco las ambulancias existentes en estas Regiones garantizan una remisión oportuna al Hospital Nacional de aquellas personas en situación de urgencia. La red de ambulancias aún no trabaja como tal. Los vehículos son insuficientes y con grandes limitaciones para su adecuado mantenimiento. Durante el estudio se ha expresado también la necesidad de contar con mayor acceso a combustible.

La atención del parto asistido en los servicios de Cordillera y Paraguarí viene aumentando progresivamente todos los años. En los Cuadros 19 y 20 se consignan los partos realizados en ambas Regiones en los años 2008 y 2009.

Cuadro 19

Cordillera y Paraguarí. Partos en los servicios del Ministerio de Salud y total país. Año 2008.

SERVICIOS DE SALUD	TOTAL DE PARTOS	PROCEDENCIA		PERSONAL QUE ASISTIÓ		
		DE LA REGIÓN	DE OTRAS REGIONES	MÉDICO	ENFERMERA Y OBSTETRA	AUXILIAR DE ENFERMERÍA
Tercera Región. Cordillera	2.583	1.736	847	622	1.863	98
Novena Región. Paraguarí	2.330	1.199	1.131	778	1.526	26
Total país	60.501	37.730	22.771	26.057	30.249	4.195

Fuente: Departamento de Bioestadística. Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social.

Cuadro 20

Cordillera y Paraguarí. Partos en servicios del Ministerio de Salud y total país. Primer Semestre año 2009.

SERVICIOS DE SALUD	TOTAL DE PARTOS	PROCEDENCIA		PERSONAL QUE ASISTIÓ		
		DE LA REGIÓN	DE OTRAS REGIONES	MÉDICO	ENFERMERA Y OBSTETRA	AUXILIAR DE ENFERMERÍA
Tercera Región. Cordillera	1.458	900	558	376	989	93
Novena Región. Paraguarí	1.192	580	612	359	820	13
Total país	43.306	22.874	20.432	21.242	19.900	2.162

Fuente: Departamento de Bioestadística. Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social.

Existe gran diferencia entre el número de embarazadas que siguen su atención prenatal en estas dos Regiones y el número de partos asistidos en los establecimientos de salud tanto de Cordillera como Paraguarí. Técnicos de ambas Regiones nos informaron y en las visitas a los municipios lo hemos corroborado; que las embarazadas de Emboscada, Arroyos y Esteros, Nueva Colombia y Loma Grande de Cordillera prefieren tener su parto en el Hospital Distrital de Limpio o en el Materno Infantil de Loma Pytá. Las embarazadas de Tobatí, Barrero Grande y Caacupé prefieren tener el parto en el Hospital Nacional de Itauguá, y muchas mujeres en los municipios de Ybytymí, Sapucai, Escobar del departamento Paraguarí tienen su parto en el Hospital Regional de Villarrica (IV Región Sanitaria). La preferencia en estos casos obedece a razones de cercanía y mejor disponibilidad de transporte así como la percepción de mayor seguridad ofrecida por estos Hospitales de referencia.

Tampoco se ha aplicado en estos departamentos el formulario "Planeando mi Parto", que ofrece la oportunidad de dialogar con la embarazada sobre el servicio donde desea realizar su parto y registrar los motivos de esta opción.

En la mayoría de los servicios con maternidad, en ambos departamentos, **la Historia Clínica Perinatal** es llenada, pero muchas veces en forma incompleta o incorrecta. Un problema preocupante, que podría afectar la calidad de la atención del parto, es que **no se utiliza en forma sistemática el Partograma,** instrumento que ayuda al manejo adecuado del trabajo de parto. Tampoco existe una **supervisión capacitante** sistemáticamente realizada con los servicios por el equipo técnico regional o nacional o un proceso de **educación permanente en servicio** que acompañe la aplicación de las Normas e Instrumentos y actualice a los prestadores de servicio en su utilización adecuada.

Cuadro 21

Cordillera y Paraguarí. Parto por lugar de realización. Año 2009

SERVICIOS DE SALUD	TOTAL DE PARTOS	PARTO EN MSP Y BS		OTROS	DOMICILIO	BPN (BAJO PESO AL NACER)
		VAGINAL	CESÁREA			
Tercera Región. Cordillera	3.198	2.190	728	180	100	116
		2.918 (91%)				
Novena Región. Paraguarí	2.514	1.664	720	22	108	90
		2.384 (95%)				

Fuente: Departamento de Bioestadística. Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social.

En los cuadros 19 y 21, se aprecia que en Cordillera el total de partos en el 2008 fue de 2.583 y en el 2009, 3.198. En la Novena Región de Paraguarí en el 2008 se atendieron 2.330 partos y en el 2009 un total de 2.514 partos fueron asistidos en sus establecimientos de salud. Se tuvo además un 22,7% de cesáreas y en Paraguarí un 28,6%. En algunos servicios importantes por su jerarquía y el volumen de sus prestaciones, se identificaron problemas en la provisión de insumos hospitalarios como guantes estériles, compresas y algunos medicamentos cuya utilización es mencionada en las Normas. En el momento de la visita a un Hospital Regional, el mismo no tenía desde hacía varios días "Oxitocina", "Sulfato de magnesio" y otros medicamentos de urgencia "por retardo en la provisión debido a demoras en trámites de compra", según explicaron sus directivos.

Otros problemas relevantes identificados en las dos Regiones en cuanto a la atención obstétrica y del recién nacido fueron: falta de sangre segura y de líquidos de reposición (soluciones electrolíticas endovenosas, sustituto de plasma), deficiencias en la bioseguridad por mala higiene, procedimientos no muy seguros de asepsia-antisepsia, deterioro o inexistencia de autoclaves; estufas sin indicadores de temperatura, cruzamiento de ropas sucias-limpias y manejo inadecuado de jeringas y otros elementos punzo cortantes, así como incorrecta disposición de desechos hospitalarios contaminados. Algunos señalaron que la irregularidad en la entrega de kit de parto y de cesáreas así como su remisión incompleta han creado problemas que tuvieron que ser solucionados con su provisión por parte de la propia embarazada o sus familiares. Esto explica en cierta medida la preferencia de las embarazadas de tener su parto en el Hospital Nacional o en otros servicios fuera de la Región.

En este estudio se ha constatado que no son muchos los servicios en Cordillera y en Paraguarí que pueden dar una **atención calificada del parto** y ofrecer con calidad la **recepción pediátrica inmediata del recién nacido** y en menor proporción aún para **resolver las complicaciones obstétricas y neonatales.**

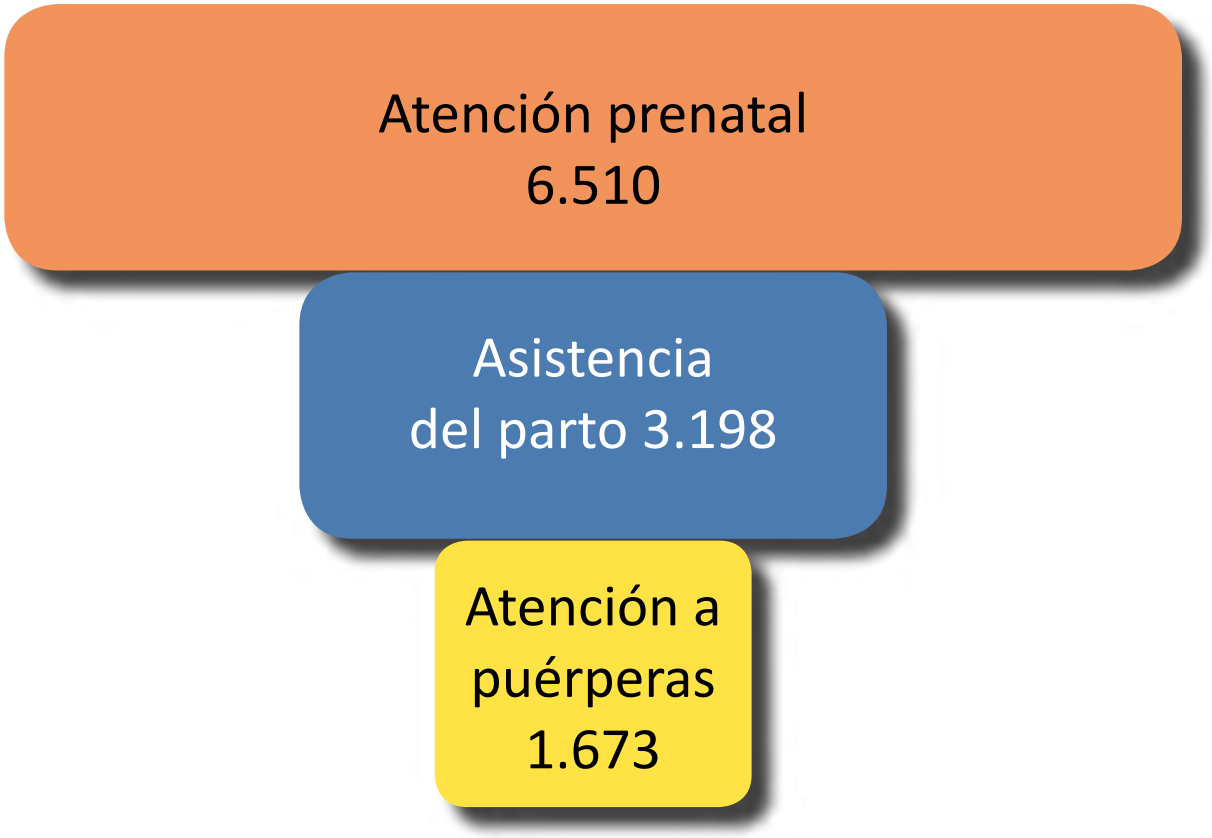
Un problema grave en ambos departamentos es que apenas sus dos Hospitales Regionales, de Caacupé y de Paraguarí, tienen guardia completa y exclusiva (compuesta por gineco-obstetra, pediatra, cirujano y anestesiólogo/ anestesista) y personal de enfermería y auxiliar de apoyo que funcione en equipo completo las 24 horas de todos los días del año. El 100% de los Hospitales Distritales (de Ybycuí, Quiindy, Carapeguá y Mbuyapey en Paraguarí y de Eusebio Ayala, Tobatí y Altos en Cordillera) no tiene condiciones de cubrir sus guardias médicas por falta de recursos humanos calificados, además de no contar con garantía de sangre segura, UTI y otras necesidades estructurales en equipamientos, medicamentos de urgencia e insumos estratégicos.

Una sugerencia que surgió entre profesionales de larga experiencia en estas Regiones fue de modificar el sistema de Hospitales de Referencias y dotar de todos los adelantos a los 2 Hospitales Regionales (de Caacupé y de Paraguarí) y convertir los Hospitales Distritales en excelentes Policlínicas (quizá en algunos se podrán realizar atención de parto vaginal en mejores condiciones técnicas y de confort). Esta propuesta debería ser complementada por una excelente red de ambulancias. El principal Hospital de Referencia de estos dos departamentos es el **Hospital Nacional de Itauguá**. Este Hospital está a 33 km (20 minutos) del Hospital Regional de Paraguarí y a 30 km (18 minutos) del Hospital Regional de Caacupé, ambos por ruta asfaltada y en buenas condiciones de mantenimiento.

Existe un bajo registro de atención a puérperas en ambas regiones. En Cordillera de 6.510 embarazadas con Prenatal, 3.198 tienen su parto en los servicios de esta Región y sólo se registran 1.673 puérperas que volvieron para el control luego del parto. Esta es una típica expresión de la fragmentación programática de la atención, porque según expresan los propios prestadores de servicios las mujeres luego del parto regresan para que sus bebés sean controlados en su crecimiento y desarrollo o para vacunarse, pero muchas de ellas no reciben su atención de control puerperal en una evidente oportunidad perdida para una atención integral.

Gráfico 16

Cordillera. Atención prenatal, del parto y puérperas. Año 2009.



14. Las emergencias obstétricas y neonatales

Contexto general

Las **emergencias** pueden ocurrir repentinamente, o pueden desarrollarse como resultado de una complicación que no se trata o no se monitorea adecuadamente. La mayoría puede prevenirse mediante una planificación cuidadosa, el seguimiento de las guías clínicas y el monitoreo estricto de la evolución de la situación de la mujer. La mayoría de las muertes maternas y neonatales podrían ser evitadas si existiera en los servicios un monitoreo eficaz de la salud de la mujer embarazada, si ésta pudiera identificar oportunamente cualquier signo o síntoma de peligro que la alertara a concurrir con la mayor rapidez a un servicio que esté preparado para darle una atención calificada y resolver la emergencia obstétrica. Finalmente si las mujeres, sus familiares, la comunidad y los servicios estuvieran alertas y efectivamente preparados para actuar ante la eventual aparición de una complicación, ella sería más fácilmente resuelta en el servicio preparado para esta función.

La evitabilidad de estas muertes exige una especial consideración del Estado y la Sociedad Civil, dadas las desventajas y desiguales oportunidades de los sectores sociales de donde provienen las madres que fallecen. Estas emergencias pueden ser prevenibles en gran medida, cuando la embarazada tiene conocimientos y prácticas en el autocuidado de su salud que adquiere con buenas consultas prenatales y cuando los prestadores y los servicios de salud están preparados para el cumplimiento de los cuidados obstétricos y neonatales esenciales (CONE). Sabemos que toda mujer embarazada puede presentar una complicación seria durante su embarazo, parto o luego del parto. Muchas de ellas reciben tratamiento y superan la emergencia. Otras quedan con secuelas y otras mueren como consecuencia de que la emergencia médica que padece no es atendida o lo es pero de manera tardía o inapropiada. También los bebés mueren por complicaciones durante el parto.

Las muertes maternas en Paraguay responden en un 80% a complicaciones durante el embarazo, parto y puerperio; es decir, a las denominadas defunciones obstétricas directas. Las complicaciones obstétricas pueden derivar en **emergencias obstétricas**: "una complicación clínica o un accidente que aparece de forma más o menos intempestiva en una mujer embarazada, en pleno parto o en la puérpera, como resultado de complicaciones del proceso de gestación, omisiones y/o errores asistenciales, que ponen en riesgo la salud y la vida de la madre y el bebé y que requieren atención inmediata y apropiada".

En el año 2005, el Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social, conjuntamente con el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA), la Organización Panamericana de la Salud y Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS) y el apoyo del BID, Banco Interamericano de Desarrollo, ajustan a las condiciones del Sistema de Servicios de Salud del Paraguay una metodología de estudio que había sido realizada en otros países de la Región para el relevamiento de las condiciones y el funcionamiento de los servicios en cuanto al cumplimiento de lo que fue denominado Cuidados Obstétricos y Neonatales Esenciales. **El estudio CONE del 2005** se aplicó al 100% de los Hospitales Nacionales, Regionales, Distritales y al 100% de los Centros de Salud y similares dependientes del Ministerio de Salud, del Instituto de Previsión Social IPS, de la Sanidad de las Fuerzas Armadas y de la Policía Nacional, de la Universidad Nacional de Asunción (CMI) y la Cruz Roja Paraguaya (Hospital Reina Sofía). Dos años después se realizó una actualización parcial de este estudio.

En este **estudio CONE del 2007** se utilizaron instrumentos, muestras y metodologías que pudieran ser comparables con los del Estudio CONE-Paraguay, realizado en el año 2005. En el Cuadro 22 se resume la situación de funciones de CONE en los Hospitales de Cordillera y Paraguarí de acuerdo al estudio del año 2007.

Cuadro 22

Cordillera y Paraguarí. Funciones CONE en hospitales. Año 2007

HOSPITALES	DISPONIBILIDAD DE ALGUNAS FUNCIONES CONE						
	1 ADMINISTRACIÓN	2 EXTRACCIÓN MANUAL DE PLACENTA	3 PARTOGRAMA	4 AMEU	5 CESÁREA	6 TRANSFUSIÓN	7 ATENCIÓN NEONATAL BÁSICA
CORDILLERA							
H.R Caacupé	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
H.D Altos	Sí	Sí	Sí	Sí	Programada	No	Sí
H.D Eusebio Ayala	Sí	No	Sí	No	Programada	Sí	No
Tiene Registro de Emergencias, de Referencias y de RN patológicos.							
PARAGUARÍ							
H.R Paraguarí	Sí	Sí	No	Sí	Sí	Sí	Sí
H.D Ybycuí	No	No	Sí	No	No	No	No
H.D Carapeguá	No	No	Sí	No	No	No	No
H.D Quiindy	Sí	No	Sí	No	No	No	No
No tiene registro de Emergencia, de referencia y de RN patológicos							

Hallazgos de la investigación

La situación encontrada en el estudio CONE 2007 no señaló mejoras sustantivas en relación al 2005 y según los equipos técnicos puede afirmarse que tampoco mejoró mucho la situación para el 2009. Ningún Hospital Distrital tanto en Cordillera como en Paraguarí, dispone actualmente de CONE completo. Los dos Hospitales Regionales cumplen con el CONE **pero no tienen UTI** para madres ni para recién nacidos. Los registros tampoco mejoraron. El Hospital de referencia para las dos Regiones Sanitarias es el Hospital Nacional de Itauguá.

Hasta el presente, por lo menos en Cordillera y Paraguarí, no se avanzó mucho en la corrección de las deficiencias detectadas en los estudios CONE, principalmente en la dotación de recursos humanos y equipos a los Hospitales de Referencia que resultan ineficaces en cuanto a su capacidad para resolver las emergencias obstétricas y neonatales. Esta situación preocupa a los gerentes de salud que son conscientes de que estas deficiencias afectan negativamente a la maternidad segura y permiten la persistencia de elevada morbimortalidad. En los controles de gestión y en el monitoreo de prestaciones no existe un registro confiable de emergencias obstétricas y/o neonatales registradas, atendidas, y resueltas con indicación expresa de la condición del egreso. Tampoco se utilizan los datos aportados por estas emergencias para realizar el estudio de causas y demoras según el SVESMMM-N

El tratamiento actualizado de las complicaciones post-abortos con la metodología de la AMEU, Aspiración Manual Endouterina, es otra necesidad de capacitación identificada en ambas Regiones, más aún teniendo en cuenta la importancia del aborto como causa de morbilidad y muerte materna. Se estima que esta capacitación, con la correspondiente provisión de los insumos necesarios, servirá para mejorar la atención de ese tipo de emergencias obstétricas y disminuir sus complicaciones. Profesionales del Hospital Nacional manifestaron su buena disposición de seguir capacitando en esta técnica a recursos humanos enviados desde las Regiones, lo que debería hacerse, según lo expresaron esos profesionales, de acuerdo a una programación que garantice la calidad de la enseñanza-aprendizaje y la provisión de los insumos necesarios.

Estos profesionales que hacen asistencia y docencia en el Hospital Nacional expresaron la necesidad que, en el marco de un proceso institucionalizado de educación continua para proveedores de salud, este Hospital - escuela en SSR reciba apoyo que le permita una mejoría de calidad en la docencia. Entre las necesidades mencionadas se incluye la reposición de equipos e instrumentales obstétricos deteriorados por el uso; insumos de hospital, instrumentales, ropas quirúrgicas, así como el mejoramiento en la infraestructura y mantenimiento. El Hospital Nacional cuenta con excelentes profesionales, con experiencia y motivados para realizar docencia, pero necesitan que se mejore el entorno físico en el que se desarrolla la capacitación y se proporcione a los pasantes todo lo necesario para una práctica de calidad. Se considera necesario establecer como rutina el seguimiento del desempeño en su lugar de trabajo de las personas capacitadas y una rigurosa evaluación de la capacidad y eficacia de los cursos para transmitir conocimientos y favorecer buenas prácticas en los participantes. También es importante valorar la carga horaria de la capacitación y expedir los certificados correspondientes avalados institucionalmente por el Instituto Nacional de Salud y la Universidad.

15. La muerte materna y neonatal

Contexto general

De acuerdo con la definición de la Décima Clasificación Internacional de Enfermedades, CIE-10, una muerte materna es ***"la muerte de una mujer durante el embarazo o dentro de los 42 días posteriores a la terminación del embarazo, independientemente de la duración y el lugar del embarazo, debido a cualquier causa relacionada o agravada por el embarazo mismo o su atención, pero no debido a causas accidentales o incidentales".***

La Defunción obstétrica directa "es la muerte que resulta de complicaciones del embarazo, parto o puerperio, de intervenciones, omisiones, tratamiento incorrecto, o de una cadena de acontecimientos originados en cualquiera de las circunstancias mencionadas". La **Defunción obstétrica indirecta** "es la muerte que resulta 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".

La mayoría de las muertes maternas son directas. En el Paraguay el 80% de las Muertes Maternas son directas (2007-2008). Las causas de muertes maternas indirectas más frecuentes en nuestro país son las enfermedades cardiovasculares, la tuberculosis, la malaria, hipertensión arterial, diabetes y el sida. En el año 2009 la epidemia de H1N1 impactó en la morbi-mortalidad materna. En 953 personas se confirmó la influenza pandémica H1N1. Fallecieron 284 personas con infección respiratoria aguda grave, IRAG, 29 eran embarazadas.

Las muertes maternas y neonatales son elevadas en nuestro país y constituyen un grave problema social y de salud pública. Reducir esta mortalidad es una prioridad de los sucesivos gobiernos del país desde hace muchos años y uno de los aspectos mas relevantes del actual Plan Nacional de Salud Sexual y Reproductiva 2009-2013, que fue elaborado participativamente en las 18 Regiones Sanitarias y que se encuentra en fase de implementación con planes operativos en todos los servicios y sus comunidades en el país.

La muerte materna es una experiencia devastadora para la pareja, la familia, los hijos existentes y el recién nacido sobreviviente. La víctima es una mujer joven que fallece en el marco de una función natural de la vida, en pleno proceso de procreación y en etapa de producción de la mujer y su pareja. Su muerte repercute gravemente en su familia con el incremento de la morbimortalidad infantil, la orfandad de niños pequeños, el aumento de la deserción escolar y el ingreso prematuro de menores al mercado laboral o a otras situaciones de calle. También afecta a la economía de la familia y de la comunidad.

Hallazgos de la investigación

Según este estudio en las dos Regiones, este tema tan relevante parece no ser una cuestión muy preocupante ni prioritaria para las autoridades departamentales y locales, los gerentes de salud en Cordillera y Paraguarí, ni para los responsables de salud de la mujer en los Hospitales de ambos departamentos. El aparente escaso número de muertes maternas en relación a otras causas o patologías y su dispersión geográfica parece ser la causa de la invisibilidad de este problema. Se sabe que por la escasa capacidad de los Servicios en estos departamentos la mayoría de las emergencias obstétricas y neonatales son atendidas en el Hospital Nacional de Itauguá, donde también se producen las muertes. Tal vez este aspecto saca prioridad al tema en la agenda diaria de los servicios de Cordillera y Paraguarí.

Las muertes neonatales, que se presentan en más elevado número que las maternas, tampoco llaman la atención y parece ser que es un tema poco considerado en los controles de gestión y en otros procesos de evaluación en salud. Las defunciones neonatales no son estudiadas sistemáticamente en el marco de la SVESMMM-N. Consciente de esta situación, un antiguo médico de Cordillera, gerente de salud pública y actualmente ocupado en labores asistenciales, sugirió "que se forme un grupo técnico interinstitucional de médicos, licenciadas en obstetricia y otros referentes que se ocupe exclusivamente de la Maternidad Segura". Remarcó que este grupo temático podría conformarse en el seno del Consejo Regional de Salud para "asesorarle" en el tema para la toma de decisiones específicas. También se sugirió que un grupo similar podría conformarse a nivel del Consejo Nacional de Salud, considerando que este es un problema nacional y atendiendo al compromiso del país con los Objetivos de Desarrollo del Milenio, ODM.

Otra sugerencia fue la de reactivar los Comités de Estudio establecidos en el Sistema de Vigilancia de la Salud, la Morbilidad, la Mortalidad Materna y Neonatal SVESMMM-N. En este punto se debe recordar que se contempla la formación y funcionamiento de este tipo de grupos tanto en la Región Sanitaria como en los servicios distritales. Estos grupos deberían tener por función analizar de manera continua y sistemática todos los aspectos concernientes a la salud, la morbilidad y la mortalidad materna y neonatal y no limitarse a estudiar casos de defunción materna.

De acuerdo a lo observado y a las opiniones de los equipos técnicos de ambas Regiones, en los departamentos de Cordillera y Paraguarí la mayoría de los hospitales no están en condiciones de resolver las emergencias obstétricas y neonatales, por lo que muchas mujeres en situaciones graves están siendo remitidas al Hospital Nacional de Itauguá. En este Hospital la mayoría de las emergencias obstétricas que son atendidas corresponden en primer lugar a mujeres que proceden del departamento Central, donde está ubicado este Hospital, seguidas en frecuencia por las que son remitidas desde los departamentos de Cordillera y Paraguarí.

Desde el año 2000 hasta setiembre del 2009 se registraron 47 muertes maternas en Cordillera y 63 en Paraguarí. Ver Cuadro 23 y Gráfico 17.

Cuadro 23

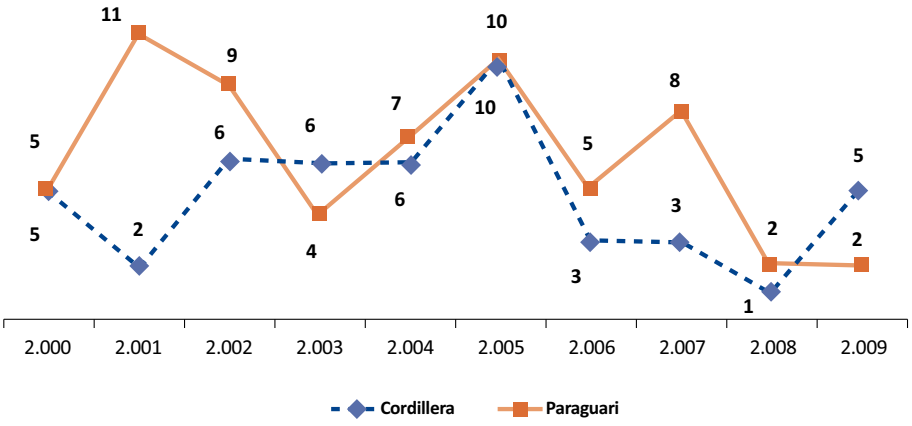
Cordillera, Paraguarí y Total País. Muertes maternas. Años 2000 a 2008

LUGAR	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	TOTAL
Cordillera	5	2	6	6	6	10	3	3	1	5	47
Paraguarí	5	11	9	4	7	10	5	8	2	2	63
Total País	**141**	**134**	**164**	**151**	**155**	**136**	**113**	**122**	**116**	**-**	**1.232**

Fuentes: Departamento de Bioestadística y Región Sanitaria. Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social.

Gráfico 17

Cordillera y Paraguarí. Muertes maternas. Años 2000 a 2009



En el cuadro 24 y gráfico 18 se puede observar la tendencia de la razón de mortalidad materna en los departamentos de Cordillera y Paraguarí desde el año 2000 al 2008 y su relación con la razón de mortalidad materna en el Total País. Los valores de Cordillera están por debajo de las cifras del país, mientras que los de Paraguarí están por encima de las cifras nacionales.

Cuadro 24

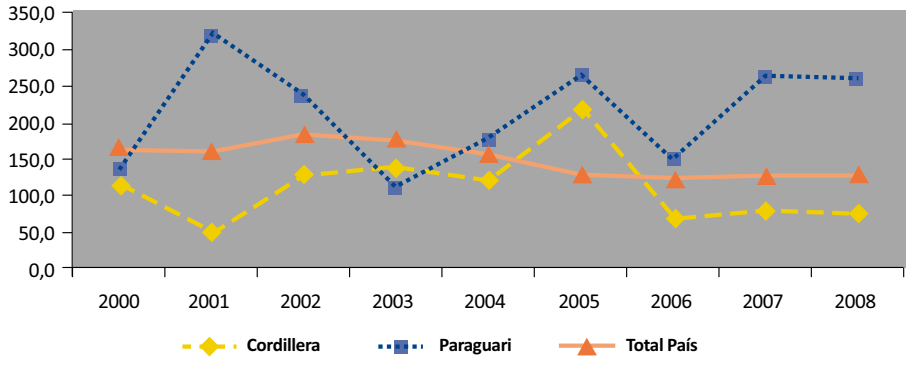
Cordillera, Paraguarí y Total País. Razón de mortalidad materna. Años 2000 a 2008

REGIONES SANITARIAS	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Cordillera	113,8	47,4	125,5	134,0	120,0	215,2	67,7	75,2	75,0
Paraguarí	132,2	316,3	234,2	107,9	174,3	261,4	147,9	257,9	256,2
Total País	**164,0**	**159,0**	**182,1**	**174,1**	**153,5**	**128,5**	**121,4**	**125,9**	**127,3**

Fuente: Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. Dirección de Salud Reproductiva Año 2009.

Gráfico 18

Cordillera, Paraguarí y total país. Tendencia de la razón de mortalidad materna. Años 2000 a 2008



Fuente: Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. Dirección de Salud Reproductiva Año 2009.

En el año 2007 sumaron 71 las muertes neonatales ocurridas en los departamentos de Cordillera y Paraguarí (34 muertes en Cordillera y 37 en Paraguarí).

Cuadro 25

Cordillera y Paraguarí. Nacidos vivos registrados, mortalidad neonatal, post neonatal e infantil y total país. Año 2007

SERVICIOS DE SALUD	NACIDOS VIVOS REGISTRADOS	MORTALIDAD					
		NEONATAL		POST NEONATAL		INFANTIL	
		Nº	TASA	Nº	TASA	Nº	TASA
Tercera Región. Cordillera	3.999	34	8,5	17	4,3	51	12,8
Novena Región. Paraguarí	3.122	37	11,9	16	5,1	53	17,0
Total país	**95.862**	**1084**	**11,3**	**520**	**5,4**	**1604**	**16,7**

Fuente: Certificados de Defunción y Nacidos Vivos Registrados; Dirección de Bioestadística del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social.

En el 2008 en Cordillera se tuvo 45 muertes neonatales y en Paraguarí 39, totalizando 84 muertes del recién nacido en la zona de este estudio.

Cuadro 26

Cordillera y Paraguarí. Nacidos vivos registrados, mortalidad neonatal, post neonatal e infantil y total país*. Año 2008

SERVICIOS DE SALUD	NACIDOS VIVOS REGISTRADOS	MORTALIDAD					
		NEONATAL		POST NEONATAL		INFANTIL	
		Nº	TASA	Nº	TASA	Nº	TASA
Tercera Región. Cordillera	4.023	45	11,2	28	7,0	73	18,1
Novena Región. Paraguarí	3.129	39	12,5	11	3,5	50	16,0
Total país	**98.680**	**1,155**	**11,7**	**532**	**5,4**	**1,687**	**17,1**

(*) Cifras Provisorias

Fuente: Certificados de Defunción y Nacidos Vivos Registrados; Dirección de Bioestadística del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social.

Del 2004 al 2009 se registraron 205 muertes neonatales en el departamento de Paraguarí y 246 en el de Cordillera (Cuadro 27). El elevado número de muertes neonatales en estos departamentos **(un total de 451 muertes neonatales en seis años)** sugieren, además de factores socioculturales y económicos, la baja calidad de la atención prenatal, de la asistencia al parto como de la atención inmediata del recién nacido y también la poca capacidad de los servicios para resolver las emergencias obstétricas y neonatales.

Cuadro 27

Cordillera y Paraguarí. Muerte Neonatal. Años 2004 a 2009*

AÑO	NÚMERO DE MUERTES EN MENORES DE UN AÑO	
	PARAGUARÍ	CORDILLERA
2004	37	54
2005	46	61
2006	33	56
2007	37	20
2008	39	34
*2009	13	21
Total	**205**	**246**

*Hasta noviembre.
Fuente: Tercera y Novena Región Sanitaria.

Una buena práctica realizada en Cordillera y Paraguarí y que tuvo beneficios en la salud y la sobrevivencia infantil fue la capacitación realizada en años anteriores con profesionales de los servicios en **reanimación neonatal**. Lastimosamente esta capacitación fue esporádica y no se incorporó de manera sistemática en un proceso de educación y actualización continua. Varios profesionales expresaron la necesidad de insistir en esta capacitación que sería teórico-práctica y con apoyo del Hospital Nacional y de Sociedades Científicas.

16. La participación del varón en la maternidad segura

Contexto general

El enfoque de género no significa ocuparse solamente de mujeres. Los varones desempeñan un papel clave en la equidad entre los géneros y tienen mucho que ver con las decisiones de pareja en cuanto a la maternidad, y a la salud reproductiva y sexual en general. Lo que es una cuestión de pareja en lo biológico merece un acompañamiento y toma de decisiones compartidas también en los otros aspectos de la sexualidad, la maternidad y la crianza de la descendencia.

Como lo expresa Thoraya Ahmed Obaid, Directora Ejecutiva del UNFPA, "los hombres son asociados y agentes de cambio al apoyar los derechos humanos y la maternidad sin riesgos". El apoyo y la participación de una pareja bien informada mejora los resultados del embarazo y del parto. En los casos en que la mujer embarazada necesita una atención médica inmediata por complicaciones graves, la decisión y la acción del varón puede significar la diferencia entre la vida y la muerte.

No es mucha la información que se tiene sobre la participación masculina en aspectos de salud sexual y reproductiva en el Paraguay. En el 2001 el CEPEP realizó un estudio sobre "Perspectivas y necesidades de Servicios de Salud Reproductiva para Hombres", en acuerdo con el Ministerio de Salud y con financiamiento de USAID. Proyecto Engender Helth. Este estudio reveló la necesidad sentida en la población masculina de contar con servicios de salud sexual y reproductiva y sexual específicamente desarrollados para atender a los varones. Los proveedores de salud destacan en este estudio cualitativo la importancia de incorporar a los varones en los programas de SSR ampliando el modelo básicamente materno infantil de los servicios de salud. En el análisis de los hallazgos en este estudio se identificaron desconocimientos por los varones sobre el uso de anticonceptivos y la falta de oportunidades para informaciones correctas y oportunas, lo que produce temores, prejuicios e interpretaciones erróneas. En los grupos focales organizados los hombres manifestaron que sus posibilidades de informarse formalmente sobre temas de salud sexual y reproductiva eran entre "pocas" o "nulas".

Entre las barreras existentes para la atención de varones se identificaron en esa ocasión: la atención a cargo de médicas o enfermeras, el costo de la consulta, la percepción de que los centros de salud son lugares donde sólo se brinda atención a mujeres y niños. También expresaron que es una costumbre nacional extendida en los hombres la de no consultar a los servicios de salud sino en casos extremos y a último momento. Tanto los varones como los servicios identifican como "temas masculinos" la prevención de las ITS, el uso correcto del condón y la elección de los métodos de planificación familiar con su pareja para la prevención del embarazo. En ese estudio no se consideró el tema del acompañamiento del hombre a la evolución de los embarazos, la atención prenatal, el conocimiento de los signos de alarma de las complicaciones, la participación en el nacimiento y los cuidados del recién nacido. El tema de la maternidad segura no se identifica mucho con aspectos importantes de una paternidad responsable. Como se verá más adelante, se da un cambio favorable actualmente en cuanto a la participación del varón en aspectos relacionados a la maternidad.

Hallazgos de la investigación

"Los hombres de nuestras comunidades son muy solidarios", nos expresaba una autoridad departamental. Frecuentemente, los hombres líderes vecinales, políticos, dirigentes de asentamientos campesinos, miembros del Consejo Local de Salud, comerciantes y otras personas caracterizadas de la sociedad **apoyan el auxilio y traslado de enfermos y de embarazadas con complicaciones graves** hacia los hospitales de referencia. Pero además de esta presencia del varón como miembro de su comunidad, se ha constatado en el estudio un creciente **involucramiento del hombre como pareja en los avatares del embarazo de su mujer**. En entrevistas con estos actores se pudo constatar que poseen conocimientos básicos sobre los cuidados del embarazo y la atención del bebé y se sienten comprometidos con la reproducción y la paternidad responsables. Sobre todo los más jóvenes, referían que muchos conocimientos sobre maternidad los adquirieron de otras parejas amigas que ya tuvieron hijos.

La mayoría de los varones conocían diferentes aspectos de la maternidad. Varios hombres entrevistados refirieron por ejemplo que "la hemorragia, por causa de aborto, ya sea espontáneo o provocado, es la principal causa de complicaciones", así como "la rotura de bolsas e infecciones producidas por diferentes razones".

Uno de los varones entrevistados en una comunidad rural mencionó que fue testigo de una situación lamentable en que "el cordón umbilical se lió por el cuello de su bebé y se produjo su deceso". En ocasiones las embarazadas no llegan a tiempo a los servicios de salud cuando ocurren las complicaciones, por la distancia o por la falta de medios de transporte para llegar a los servicios. Es aquí donde la solidaridad y la disponibilidad de los varones ayudan a minimizar los problemas. La mayoría de los varones entrevistados no pudieron definir concretamente lo que es para ellos la maternidad. Algunos de los conceptos mencionados es que "la madre debe ocuparse de educar al niño, alimentarlo y cuidarlo". Otros de los términos utilizados fueron "es lo más hermoso que le puede pasar a una mujer", "es lo más grande", "lo más lindo en la vida", entre otros.

Muchas mujeres usuarias y prestadoras de servicio así como los gerentes de salud han referido que en los últimos tiempos se observa un mayor acompañamiento de los hombres durante el embarazo. Ha aumentado su presencia en consultas prenatales, en la ecografía y en el momento de concurrir a los servicios para el nacimiento del bebé. Sin embargo, la excelente conducta adoptada por los Sanatorios y Maternidades privadas, con el apoyo de los médicos obstetras y pediatras que facilitan la presencia del padre del bebé en el momento de su nacimiento, no es lo que se observa en el sector público.

La mayoría de las mujeres entrevistadas en Cordillera y Paraguarí expresaron que le gustaría que alguna persona de su confianza la acompañara en el momento del parto. La mayor parte de estas mujeres desean ser acompañadas por su pareja o esposo en este momento y algunas prefieren a sus madres. Otras expresaron que "sienten vergüenza y prefieren afrontar solas con los profesionales de salud este momento muy íntimo de su vida".

Todas las mujeres que ya tuvieron sus hijos y que fueron entrevistadas en la comunidad y en controles post-parto, así como las puérperas internadas en los servicios, expresaron que ellas **"no pudieron cumplir su deseo y el de su pareja de estar acompañadas en la sala de parto durante el nacimiento de su bebé porque *en el servicio esto no es permitido***". Llamativamente, algunos médicos que no permiten el ingreso a la sala de partos del padre del bebé en el servicio público, sí lo aceptan de rutina cuando el parto lo realizan en servicios privados.

Se pudo constatar en varios servicios, y así lo expresaron las mujeres, que "su pareja le acompaña y se interesa en lo que pasa en sus controles prenatales". Algunas expresaron que "su pareja no puede venir al servicio por razones de trabajo pero que comparte con ella las novedades que se dan durante el transcurso del embarazo y se muestra muy atento hacia ella y su bebé". Esta situación de compromiso y participación de los hombres en la maternidad es reconocida por algunas mujeres y por los prestadores de servicio como un **"cambio cultural favorable en las nuevas generaciones"**.

Según consulta realizada con hombres y mujeres, al parecer, no existe una preferencia de las mujeres de estos departamentos en relación a la posición para tener el parto y aceptan sin inconvenientes la que se establece en los servicios de salud. Este tema sería interesante explorar en aquellos departamentos que tienen población indígena para -si la situación lo amerita- iniciar procesos de adecuación cultural de los servicios de maternidad en el marco de la humanización del parto y la mejoría de la calidad y calidez de los servicios. También en esas culturas se podría explorar cómo evoluciona el comportamiento del varón ante los cuidados del embarazo, el nacimiento de sus hijos e hijas y los cuidados posteriores.

17. Los equipos de atención primaria en salud (APS)

Contexto general

Una novedad, cuya práctica se ha evidenciado en este estudio, es la incorporación en las dos Regiones Sanitarias de modelos de atención que responden a la nueva Política de Salud y Calidad de Vida. Actualmente se vuelve a reconocer en toda América Latina la necesidad de desarrollar sistemas de salud basados en la APS. La OPS/OMS considera que "la renovación de la estrategia de la atención primaria en salud, APS, debe ser parte integral del desarrollo de los Sistemas de Salud y a su vez, estos sistemas basados en la APS son la mejor estrategia para promover mejoras sostenibles con equidad en la salud de la población".

> Un Sistema de Salud Basado en la APS, según la OPS es "aquel que garantiza cobertura y acceso universal a servicios aceptados por la población, promueve la equidad; presta atención integral, integrada y apropiada a lo largo del tiempo; pone énfasis en prevención y promoción y garantiza el primer contacto de las personas y familias con el Sistema. Este Sistema que toma a las familias y las comunidades como base para la planificación y la acción, requiere un sólido marco legal, institucional y organizativo, además de recursos humanos, económicos y tecnológicos adecuados y sostenibles.

La actual Política de Salud del Paraguay declara como filosofía "la **universalidad** del derecho a la salud interrelacionado con los demás derechos humanos, económicos, sociales, políticos y culturales; la **equidad,** como principio de justicia para que todas las personas se acerquen al máximo nivel de **calidad de vida y salud** con seguridad social y económica; la **integralidad** en las respuestas a las necesidades sociales y la **participación** de las comunidades y de cada persona como factor de democratización, transparencia del Estado y garantía de los derechos". Entre sus ejes estratégicos la Política propone la "articulación, coordinación y complementación de acciones y recursos del **Sistema Nacional de Salud**"; la "organización de las **Redes de Servicios** de atención" y la "universalización de la **Atención Primaria en Salud,** APS" como una estrategia renovada que incluye como puerta de entrada a las Redes la atención de los equipos humanos de Atención Primaria en Salud (APS) desde las llamadas **Unidades de Salud de la Familia (USF)** compuestas por médico, licenciada en enfermería y/u obstetricia; técnicos en enfermería, odontólogo, auxiliar administrativo y agentes comunitarios de salud.

La política y la estrategia nacional de salud reconocen que los equipos de las USF deben estar articulados y ser respaldados por una Red de Servicios de Referencia de la cual forman parte los servicios para la atención ambulatoria especializada (Policlínicas); la red de servicios de Urgencia y la red de Hospitalizaciones, principalmente establecidas en los Hospitales de Referencia, fuertemente fortalecidos en su capacidad resolutiva mediante guardias médicas completas y exclusivas de 24 horas los 365 días del año. Es fundamental que estos servicios hospitalarios cuenten con equipos de recursos humanos, instalaciones, equipamientos, instrumentales, insumos hospitalarios y medicamentos necesarios, para cumplir efectivamente con las normas y protocolos de atención.

Desde el inicio de la actual administración del Estado, el Ministerio de Salud ha iniciado en casi todos los departamentos del país la selección y contratación por concurso de profesionales y técnicos para incorporar en las Regiones Sanitarias las acciones previstas de APS.

Hallazgos de la investigación

En el departamento de Paraguarí, Novena Región Sanitaria, se ha designado a un profesional responsable de coordinar, supervisar y apoyar la APS en esta Región. Se han constituido 12 Unidades de Salud de la Familia articuladas a la Red de Servicios de Paraguarí con sus Hospitales de Referencia. Las nuevas USF se instalaron en el departamento de Paraguarí, de acuerdo a lo consignado en el Cuadro 28. En la Región de Cordillera se establecieron 11 USF (Cuadro 29).

Las Unidades de Salud de la Familia (USF) forman parte de las Redes de Servicio de estos departamentos. Nuestro estudio ha constatado que los equipos multidisciplinarios llegan hasta los hogares y comunidades y allí levantan un censo de las familias y hacen un relevamiento de sus necesidades y problemas como datos básicos necesarios para un análisis actualizado de la situación social y de salud de las comunidades urbanas y rurales de su área de influencia. Estos recursos humanos están motivados, y son muy bien aceptados por las comunidades y podrían ser puntales en la promoción de la maternidad segura, además de todos los demás aspectos de la salud integral.

Cuadro 28

Unidades de Salud de la Familia (USF). Departamento de Paraguarí, Novena Región Sanitaria, Año 2009

ESTABLECIMIENTO BASE	DISTRITO	MÉDICOS	LICENCIADAS	AUXILIAR EN ENFERMERÍA	TOTAL
1. Centro de Salud San Roque González	Roque González	1	1. Lic. en Enfermería	3	5
2. Puesto de Salud Simbrón	Roque González	1	1. Lic. en Obstetricia	4	6
3. Puesto de Salud Arazaty	Roque González	1	1. Lic. en Obstetricia	5	7
4. Centro de Salud Pirayú	Pirayú	1	1. Lic. en Enfermería y Obstetricia	5	7
5. Puesto de Salud Tava´i	Pirayú	1	1. Lic. en Obstetricia	5	7
6. Puesto de Salud Yaguarón Yurú	Pirayú	1	1. Lic. en Obstetricia	5	7
7. Puesto de Salud Tebicuarymí	Tebicuarymí	1	1. Lic. en Obstetricia	5	7
8. Puesto de Salud Ybytimí	Ybytimí	1	1. Lic. en Enfermería	5	7
9. Centro de Salud Caballero	Bernardino Caballero	1	1. Lic. en Obstetricia	4	6
10. Puesto de Salud Arroyo Porá	Sapucai	1	1. Lic. en Obstetricia	5	7
11. Puesto de Salud Loma Guazú	Sapucai	1	1. Lic. en Obstetricia	5	7
12. Puesto de Salud María Antonia	Mbuyapey	1	1. Lic. en Obstetricia	5	7
Total: 12 Equipos de APS	**7 distritos**	**12**	**12**	**56**	**80**

Fuente: Novena Región Sanitaria, 2009.

Cuadro 29

Unidades de Salud de la Familia. Departamento de Cordillera, Tercera Región Sanitaria. Año 2009

ESTABLECIMIENTO BASE	DISTRITO	MÉDICOS	LICENCIADAS	AUXILIAR EN ENFERMERÍA	TOTAL
1. Puesto de Salud Mompox	Tobatí	1	1		2
2. Puesto de Salud Minas	Emboscada		1	1	2
3. Puesto de Salud Nueva Colombia	Nueva Colombia		1	1	2
4. Puesto de Salud Loma Grande	Loma Grande	1	1	1	3
5. Puesto de Salud Acuña de Figueroa	Altos	1	1	1	3
6. Puesto de Salud Tucanguá	Altos	1	1	1	3
7. Puesto de Salud Itagazá	Altos	1	1	1	3
8. Centro de Salud Juan de Mena	Juan de Mena	1	1	1	3
9. Puesto de Salud Mbocayaty del Yhaguy	Mbocayaty del Yhaguy	1	1	1	3
10. Puesto de Salud Matianda	San Bernardino	1	1	1	3
11. Centro de Salud Valenzuela	Valenzuela	1		1	2
Total: 11 Equipos de APS	**9 distritos**	**9**	**10**	**10**	**29**

Fuente: Tercera Región Sanitaria, 2009.

El componente aún no implementado es el de los promotores comunitarios, el cual entraría a desarrollarse a partir del año 2010, aparentemente con importante participación de jóvenes egresados de las escuelas técnicas de salud.

Según todos los gerentes de salud entrevistados en Paraguarí y en Cordillera, es muy oportuno realizar cuanto antes un proceso de actualización de conocimientos y prácticas en los variados ámbitos de la salud sexual y reproductiva, principalmente con los recursos humanos recientemente incorporados a las redes de servicio de estos departamentos con los equipos de las Unidades de Salud de la Familia. Especialmente se ha sugerido realizar la actualización en atención prenatal de calidad, planificación familiar, prevención de ITS y por el VIH y acciones en los hogares, en las comunidades y en los servicios para la prevención de la morbimortalidad materna, neonatal e infantil.

También remarcaron que es más necesario que nunca fortalecer la red de referencia para completar la labor de estas USF. Los servicios de referencia, que deberán fortalecerse en su capacidad resolutiva a corto plazo, para satisfacer la mayor demanda de atención que será generada son, por lo menos, los siguientes:

En Cordillera:
- Hospital Regional en Caacupé;
- Hospital Distrital de Altos;
- Hospital Distrital de Eusebio Ayala (Barrero Grande);
- Hospital Distrital de Tobatí.

En Paraguarí:
- Hospital Regional en la ciudad de Paraguarí;
- Hospital Distrital de Ybycuí;
- Hospital Distrital de Carapeguá;
- Hospital Distrital de Quiindy.

Si la escasez de recursos humanos especializados o el insuficiente financiamiento no permiten el desarrollo de todos estos Hospitales, será imprescindible reforzar sustancialmente los Hospitales Regionales de Caacupé y de Paraguarí con todos los elementos necesarios para actuar como hospitales modelos con óptima capacidad resolutiva para todo el departamento, reservando la referencia al Hospital Nacional solamente para circunstancias excepcionales. En este caso, los actualmente llamados Hospitales Distritales (3 en Cordillera y 3 en Paraguarí) que no logran fortalecerse para cumplir esta función podrían ser redimensionados como Policlínicas (algunos quizá con atención de parto vaginal).

18. Abordaje sistémico a la mortalidad materna y neonatal

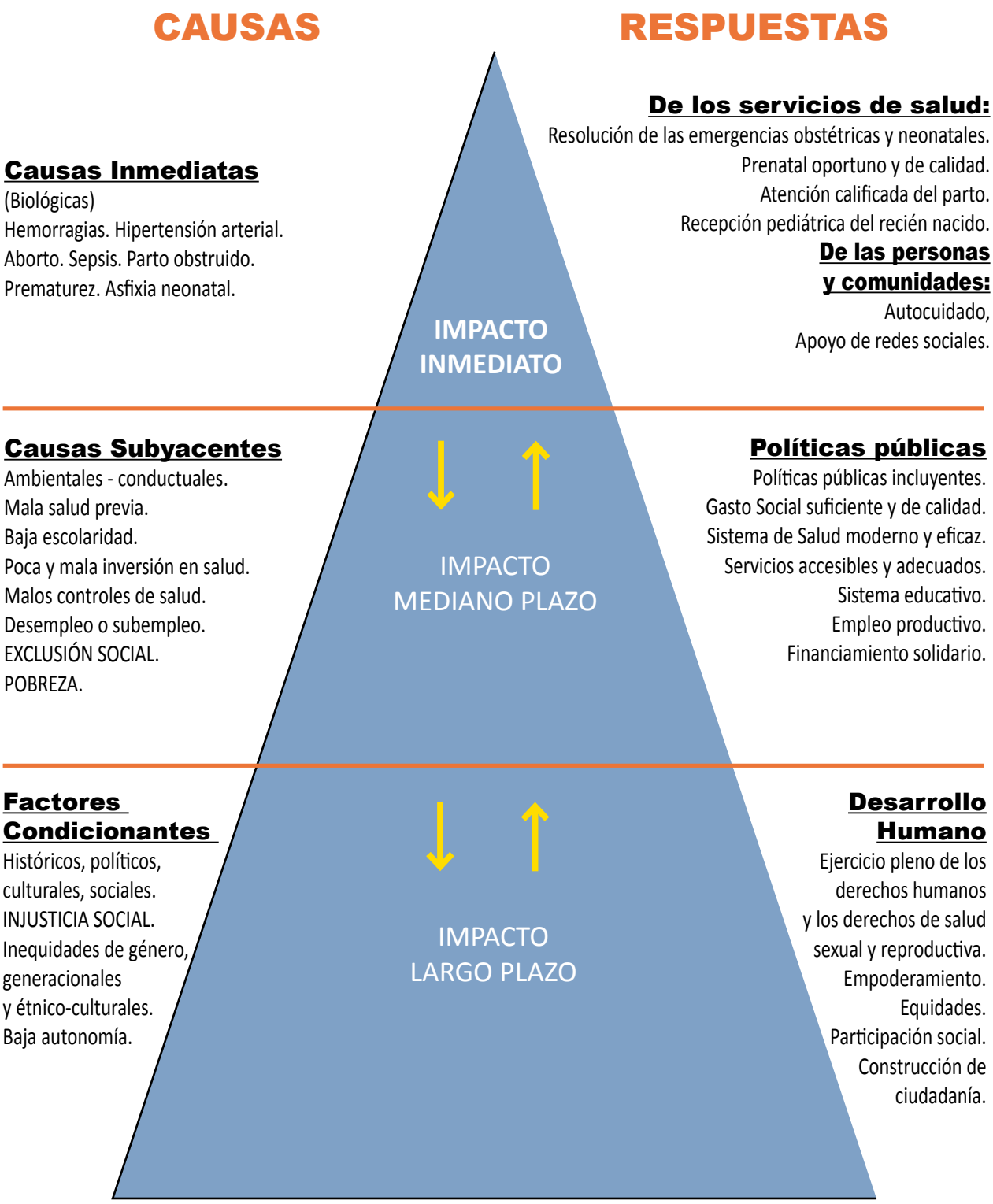
Las muertes maternas son prematuras, afectan a mujeres jóvenes, en plena etapa reproductiva de su vida pero también social y económicamente productiva. Los **Años de Vida Potencialmente Perdidos**, indicador que se obtiene de la diferencia entre la edad del fallecimiento y la edad a la que se espera que murieran las mujeres, nos revela que en Cordillera y Paraguarí en los últimos dos años, en promedio cada muerte materna equivale a 40 AVPP.

La problemática de la muerte materna y neonatal es muy compleja. Las causas inmediatas, biológicas, son conocidas y se expresan en las complicaciones obstétricas y neonatales que deben ser oportunamente identificadas y resueltas en los servicios de salud. Pero existen causas más profundas, subyacentes y condicionantes que tienen que ver con la pobreza, el subdesarrollo y las inequidades. Ambas facetas del problema exigen un abordaje sistémico, con respuestas políticas, sociales, culturales, organizacionales, económicas y de derechos humanos. Las respuestas deben ser transectoriales, integrales e integradas y con plena participación social.

Basándonos en la "Pirámide de Intervenciones" del documento de la OMS, Paquete Madre/Bebé: "Implementando la Maternidad Segura", donde se especifican las intervenciones que tienen impacto inmediato o aquellas a más largo plazo en la salud materna y neonatal, presentamos en el Gráfico 19 un esquema donde se especifican algunas respuestas para enfrentar a las causas inmediatas y subyacentes, así como a los factores condicionantes de la mortalidad materna y neonatal. Se ha incluido en la pirámide la necesidad de la vigencia plena de los derechos sexuales y reproductivos, base indispensable para una salud sexual y reproductiva satisfactoria.

Gráfico 19

Algunas intervenciones y respuestas ante la multicausalidad de la muerte materna y neonatal



Conclusiones del estudio

La Maternidad Segura, un tema poco difundido en las dos Regiones de Salud. Las muertes maternas y neonatales llaman la atención de todos los actores intervinientes en salud, pero no son consideradas con la gravedad que tienen y por su trascendencia en estos departamentos. Los Consejos de Salud no incluyen en su agenda de trabajo a la maternidad segura ni otros aspectos de la SSR. Preocupa el desconocimiento expresado por directivos y gerentes de servicios de salud sobre la existencia o no de disposiciones de las Gobernaciones, ordenanzas de las Municipalidades o programas explícitos de los Hospitales, que promuevan acciones de maternidad y nacimientos seguros.

A. Entre los determinantes que influyen en las complicaciones y en la morbimortalidad materno-neonatal se pueden mencionar:

- políticas públicas todavía inequitativas en su aplicación, con insuficiente inversión social y en salud;
- injusticia social y altos niveles de pobreza;
- desempleo, subempleo o trabajo con baja remuneración;
- poco acceso a la información en salud;
- deficiencias en la educación, baja escolaridad de las mujeres, e insuficiente educación sexual en los hogares y en el sistema educativo;
- temprano inicio de relaciones sexuales, poca disponibilidad de información sobre anticoncepción y cuidados oportunos del embarazo;
- deficiente condición de vida de la mujer y frecuentes situaciones de violencia basada en género (abuso, violencia sexual);
- embarazos tempranos en adolescentes o a edades tardías; múltiples y frecuentes, con intervalos entre una y otra gestación muy cortos que comienzan antes que la mujer se haya recuperado de una gestación, parto o aborto anterior;
- fragmentación y segmentación en servicios y programas, con atención inequitativa y excluyente;
- falta de adherencia a normas y protocolos nacionales;

- inequidad en el acceso a los servicios y en los resultados en salud que se evidencian en complicaciones graves del embarazo asociadas directamente a baja escolaridad, residencia rural, idioma guaraní predominante y pobreza;
- barreras económicas, normativas, geográficas y culturales al acceso a los servicios, principalmente de quienes más lo necesitan, con poco énfasis en la atención a poblaciones con altas vulnerabilidades;
- escaso compromiso con la maternidad segura y débil implementación de las acciones-clave basadas en evidencias, para reducir la morbimortalidad materna y neonatal;
- estilos de vida poco saludables, desnutrición y anemia, cardiopatías, tuberculosis, hipertensión arterial, diabetes y tabaquismo;
- escasa inversión financiera del Presupuesto General de Gastos del Ministerio, asignada a las Regiones Sanitarias, escaso aporte a salud de las Gobernaciones, Municipios y Royalties de Itaipú;
- insuficiente equipamiento para la realización con calidad de los procedimientos establecidos en las Normas y Protocolos de atención;
- falta de incentivos sociales, económicos y profesionales para la permanencia de médicos y licenciadas de enfermería y obstetricia en poblaciones rurales pobres dispersas y con poca infraestructura, débiles en servicios sociales;
- discontinuidad de procesos de capacitación inicial de los recursos humanos y de actualización de conocimientos y prácticas, sin educación permanente en servicio, lo que no puede garantizar acciones calificadas de los proveedores de salud;
- infraestructura inadecuada de los servicios, con escaso desarrollo de procesos de mantenimiento físico, y de disponibilidad asegurada de instrumentales, equipamientos, suministros clínicos, anticonceptivos y medicamentos estratégicos para la calidad en atención prenatal, la resolución de las emergencias obstétricas y neonatales y la asistencia calificada del parto;
- dotación incompleta de profesionales calificados en atención gineco-obstétrica, neonatal, cirugía y anestesia en hospitales de referencia;
- escasa disponibilidad de servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento;
- debilitamiento del Sistema de Vigilancia de la Salud y la Morbimortalidad Materna y Neonatal en todos los niveles del Sistema;

- debilidades en los registros de prestaciones-clave, el monitoreo y en la supervisión que reducen la capacidad de análisis de la calidad de atención, de acuerdo a Normas;
- insuficiente asesoría para planificación familiar post evento obstétrico.

B. Cuando las emergencias no pueden ser resueltas y las muertes maternas o neonatales suceden en los servicios de salud se han identificado como eslabones críticos de la cadena de atención en estos departamentos, los siguientes:

- ausencia de una "guardia médica completa y exclusiva de 24 horas";

  La "guardia médica completa y exclusiva" se compone de médicos con capacidad para cuidados obstétricos y neonatales esenciales (obstetra, pediatra, cirujano, anestesiólogo) con apoyo de enfermería/obstetricia, laboratorio clínico, disponibilidad de transfusión de sangre segura, así como de un sistema de comunicación y transporte para referencias. Esta guardia médica completa solamente se ocupa de su función específica de cubrir la guardia y atender las emergencias con "exclusividad". (Los demás servicios médicos de consulta externa y atención de personas hospitalizadas lo cumplen otros profesionales del plantel del Hospital).

- falsa seguridad dada por el profesional "a llamado" o en "guardia pasiva";
- limitada preparación de los establecimientos y de sus recursos humanos para la rápida atención de emergencias obstétricas y neonatales;
- falta de medicamentos de urgencia fácilmente accesibles para el equipo de guardia (incluye la Píldora Anticonceptiva de Emergencia, PAE);
- deficiencias en los medios de comunicación y de transporte para una referencia oportuna. Dotación de ambulancias insuficiente, sin mantenimiento preventivo, que no trabajan en red y no disponen de financiamiento suficiente para pago de salario de choferes y compra de combustibles.

C. Las principales dificultades sentidas por usuarias en los servicios de maternidad de ambas Regiones Sanitarias fueron:

- horarios y turnos casi exclusivamente diurnos, con escasos "números" otorgados por día para las atenciones; largas esperas para la atención y llegadas tardías de los médicos;
- "rechazo" en las guardias de urgencia en la Región, con frecuente derivación hacia el Hospital Nacional de Itauguá;
- escaso manejo del idioma guaraní por los profesionales y uso de terminología médica poco comprensible para la mayoría;
- escasa información dada a las interesadas sobre situación de salud de recién nacidos o puérperas internadas;
- inexistencia de Unidades de Terapia Intensiva (UTI) en la red de los servicios de ambas Regiones, lo que explica, según los médicos, la frecuencia elevada de remisión de mujeres y sus bebés al Hospital Nacional que dispone de UTI para embarazadas y para recién nacidos;
- inexistencia de "guardia médica completa, permanente y exclusiva" en Hospitales Regionales y Distritales e imposibilidad de realizar transfusiones de sangre segura;
- falta de algunos medicamentos, sobre todo los de urgencia, recetados por los médicos que respondan a los protocolos de Atención;
- frecuente falta de combustible para las ambulancias.

Con las experiencias recogidas en este Estudio, podemos reafirmar que:

Lo más sentido por la población, al momento del estudio, ha sido la barrera económica: el pago directo por servicios y uso de ambulancia, así como la exigencia de algunos hospitales de solicitar que las usuarias traigan guantes estériles para la consulta (incluyendo la de atención prenatal) o jeringas para la extracción de sangre para análisis de laboratorio. Como se señaló con anterioridad, esta situación comienza a ser superada a partir de la implementación de la Resolución del Ministerio de Salud S.G. Nº 1074 del 21 de diciembre del 2009.

Se tiene la percepción que los directivos y gerentes de salud no están todavía suficientemente conscientes de la trascendencia práctica de las nuevas políticas de salud que forman parte de un reordenamiento estatal y de un cambio sustantivo, gradual y progresivo en el Sistema Nacional de Salud, en sus redes de servicios y en los modelos de atención, de gestión, de participación y de financiamiento.

Recomendaciones

En atención a los hallazgos del estudio y a las expresiones de los diversos actores participantes se pueden mencionar a manera de Recomendaciones, las siguientes:

I. En el Sistema de Salud:

- **Fortalecer el Sistema de Salud.** Las intervenciones en salud pública son poco eficaces si se las aplican en forma aislada. Es necesario no sólo que los servicios mejoren el acceso y aumenten su capacidad resolutiva, sino también que todo el Sistema de Salud en su conjunto funcione bien y establezca vínculos de cooperación con otros actores y sectores como los de educación, mujer, juventud, acción social, municipios, gobernaciones y participantes de la sociedad civil.
- **Institucionalizar la participación.** Ejercer la rectoría y fortalecer la intersectorialidad y la participación social fortaleciendo a los Consejos Nacional, Regionales y Locales de Salud.
- **Reforzar alianzas.** Fortalecer estrategias entre OG, ONG y OSC e integrar en los servicios las acciones de salud en la niñez, adolescencia, SSR y de promoción de la salud, dando énfasis y apoyo a la labor de los equipos técnicos regionales y de los efectores directos en los servicios de salud.
- **Actuar sobre los condicionantes.** La exclusión en educación y en salud deberá ser enfrentada desde sus factores condicionantes para incidir en la calidad de vida y en los indicadores de morbilidad y mortalidad.
- **Implementar el Plan Nacional de SSR.** Impulsar en estos departamentos y en todo el país la difusión del Plan Nacional de Salud Sexual y Reproductiva y la implementación de sus Planes Operativos a nivel regional, distrital y en cada uno de los establecimientos de salud, con monitoreo, evaluación y rendiciones de cuentas.

- **Llevar la SSR hasta los Consejos de Salud.** Establecer Grupos de Trabajo en SSR; Maternidad Segura y Adolescencia en el Consejo Nacional de Salud, en los Consejos Regionales y en los Locales para facilitar el análisis de la situación en SSR y la toma de decisiones oportunas y adecuadas.

- **Evaluar procesos y resultados velando por la equidad.** Reforzar los procesos de registro y análisis de la información, monitoreo y evaluación, controlando la gestión en todos los niveles incluyendo mediciones que valoren cambios en la equidad en el acceso a los servicios y los resultados en salud.

- **Hacer la vigilancia de la salud.** Desarrollar nuevamente en todos los niveles el proceso de vigilancia de la salud y de la morbilidad y mortalidad materna y neonatal para analizar las causas biológicas de la situación de salud-enfermedad-muerte como también sus determinantes, causas subyacentes y factores favorecedores o desfavorecedores de la Maternidad Segura.

- **Organizar grupos impulsores:** Conformar grupos multidisciplinarios que dinamicen la acción a nivel de Regiones, Zonas y establecimientos de salud dando asesoría y apoyo a los equipos locales para estimularlos a un mejor desempeño y al logro de resultados.

- **Garantizar la DAIA y la calidad en PF.** Asegurar el funcionamiento del Grupo Interinstitucional DAIA, para velar por la calidad de los servicios de planificación familiar y la disponibilidad asegurada de insumos anticonceptivos en las redes de servicios y su utilización correcta por las personas cuando los necesiten. Establecer estrategias para reducir brecha, llegar a adolescentes y mujeres guaraní parlantes y con menor nivel socio económico.

- **Consolidar alianza internacional.** Desarrollar acciones a nivel nacional, con apoyo de los Organismos de Cooperación en el Paraguay, de la "Alianza por una Maternidad sin Riesgo y la Salud del Recién Nacido" conformada por la Organización Mundial de la Salud (OMS), el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA), la Federación Internacional de Planificación de la Familia (IPPF), la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO) y la Fundación de Bill y Melinda Gates.

- **Acelerar los procesos de cambio.** Contribuir al desarrollo en las redes de servicios y de los nuevos modelos de atención, de gestión, de financiamiento y de participación. Integrar los procesos de desarrollo de las USF y del fortalecimiento de las redes con un enfoque integrador y sistémico, desarrollando un nuevo paradigma en salud.

II. Con las mujeres, sus parejas y comunidades:

- **Educar a los actores**. Desarrollar estrategias locales, para aumentar capacidades a las mujeres, las embarazadas y su pareja en conocimientos básicos, actitudes y prácticas saludables para una maternidad segura.
- **Promover la salud.** Extender la estrategia de promoción de la salud en las Escuelas Saludables y difundir con la comunidad educativa (de madres, padres, directivos, docentes y alumnado) de esas escuelas las acciones-clave para una maternidad segura y saludable.
- **Organizar grupos solidarios.** Apoyar grupos de lactancia materna, de parejas, de madres embarazadas o lactantes y grupos juveniles, para el intercambio de experiencias en cuidados del embarazo, y del recién nacido, de apoyo a madres en situación de riesgo.
- **Aumentar la información pública:** Elaborar y difundir boletines informativos, volantes, y materiales con mensajes educativos adecuados a variadas audiencias (calle, escuela, mercados, lugares de trabajo, servicios de salud).
- **Socializar los conocimientos con quienes más lo necesitan.** Desarrollar estrategias locales, sencillas, adecuadas a cada audiencia, que promuevan la difusión, la protección y garantía de los derechos a la salud integral y a la salud sexual y reproductiva en especial con las personas pobres, de baja escolaridad, las que se expresan solamente en guaraní, las jóvenes y adolescentes, la gente marginada y en situación de calle, las socialmente excluidas o insuficientemente atendidas en cuanto a su salud y educación.
- **Garantizar el ejercicio de los derechos.** Reforzar en la comunidad, en las agrupaciones vecinales, campesinas y periurbanas, los conocimientos, actitudes y prácticas favorables al pleno ejercicio de los derechos humanos, sexuales y reproductivos y específicamente de los derechos de la mujer a una maternidad segura, saludable y feliz. Redoblar esfuerzos para que todas las personas puedan ejercer su derecho a la salud como condición clave para la realización de sus derechos sexuales y reproductivos.

- **Aumentar la sensibilización social.** Motivar a personas e instituciones hacia la promoción de la salud y la maternidad segura. Ofrecer una intensa comunicación educativa popular para que todas las personas conozcan y practiquen sus derechos y responsabilidades. Los medios de prensa, radio y televisión pueden contribuir con estrategias creativas y con participación de las audiencias en la comunicación con el personal de salud, expertos de salud pública, comunicadores sociales, periodistas de radios comunitarias o comerciales y otros medios (televisión, prensa escrita, medios alternativos).

- **Mejorar la comunicación educativa en los servicios de salud.** Reforzar la calidad del proceso de comunicación educativa desde los servicios de salud de manera sencilla y en el idioma adecuado a la cultura, para asegurar la comprensión de las mujeres y sus parejas sobre la necesidad de la consulta prenatal oportuna durante el primer trimestre de su embarazo así como sobre el reconocimiento de los síntomas y signos de alarma de una complicación obstétrica, para consultar de inmediato a aquellos servicios de salud que estén en condiciones de resolver la complicación.

- **Facilitar la participación social.** Fortalecer la organización y la interacción de las comunidades, los Consejos Regionales y Locales de Salud y las USF en un permanente "Diálogo por la Salud" para generar conocimientos; promover prácticas favorables a la maternidad segura, evitar demoras en la utilización de los servicios, favorecer mecanismos de comunicación, evacuación y transporte para el traslado de las mujeres que presentan complicaciones.

- **Asegurar asistencia calificada y oportuna para la maternidad segura.** Promover con las personas, familias y las comunidades el empoderamiento de la mujer, la identificación oportuna y la búsqueda activa de embarazadas para una asistencia calificada durante el embarazo, parto y posparto.

- **Impulsar buenas prácticas.** Superar la subestimación de los proveedores de ciertas prácticas y tradiciones culturales vinculadas a la maternidad. Favorecer las prácticas saludables, tolerar las prácticas tradicionales inocuas y ayudar a cambiar aquellas que son nocivas. Favorecer el diálogo entre prestadores y usuarias y facilitar explicaciones oportunas para evitar que la incomprensión de las mujeres de las prácticas médicas a las que son sometidas, sea sentida por ellas como una falta de calidez en la atención.

III. En los servicios de salud:

- **Organizar las redes de servicios.** Fortalecer la capacidad de la red de establecimientos de salud para la resolución de las emergencias obstétricas y neonatales con educación permanente en servicio, la práctica de simulación de situaciones de urgencia; el monitoreo permanente de la disponibilidad de instrumentales, equipos, insumos y medicamentos estratégicos.

- **Humanizar la atención.** Disponer medidas adecuadas para que en los servicios de salud las usuarias y sus familiares encuentren siempre un ambiente físico y humano cómodo, seguro y confiable y con un relacionamiento interpersonal cortés y digno, sin ningún tipo de discriminaciones ni violencias.

- **Fortalecer la calificación de los recursos humanos.** Desarrollar procesos de educación permanente en servicio con pasantías de profesionales de los servicios en Hospitales de Referencia para actualizar conocimientos y prácticas en el manejo del parto vaginal y por cesáreas, tratamiento de las complicaciones obstétricas y neonatales; manejo del tercer período con expulsión activa de la placenta, atención inmediata y reanimación del recién nacido y lactancia materna inmediata y exclusiva.

- **Garantizar insumos de urgencia.** Todo establecimiento de salud que preste servicios de maternidad deberá disponer permanentemente y en lugar accesible todos los medicamentos esenciales y los insumos básicos para el manejo de las complicaciones del embarazo y parto así como para el cuidado inmediato del recién nacido (Carrito Rojo de las Emergencias).

- **Garantizar la bioseguridad.** Mantener los hospitales regionales, distritales y otros servicios de maternidad, en perfectas condiciones de bioseguridad en las salas de parto, quirófano, 5 salas de enfermería y de hospitalización.

- **Reforzar la infraestructura de hospitales.** Disponer permanentemente de instalaciones, oxígeno, instrumentales y equipos necesarios, líquidos de reposición intravenosa, sangre segura, medicamentos de urgencia, equipos de reanimación, antibióticos y los insumos para diferentes opciones de anestesia y analgesia.

- **Actualizar estudio CONE.** Mantener a nivel nacional, departamental, local y de cada servicio de salud el registro actualizado de datos sobre disponibilidad de recursos humanos, materiales y tecnológicos, que garanticen los Cuidados Obstétricos y Neonatales Esenciales (CONE, actualizado en cada Región Sanitaria y Establecimientos de Salud).

- **Mejorar el "manejo" del parto en los servicios.** Insistir en el uso obligatorio del Partograma en los servicios de maternidad, como instrumento para la toma de decisiones relacionadas con el manejo del trabajo de parto.

- **Planear los partos.** Promover en los servicios, mediante el diálogo de los prestadores con la embarazada y su pareja, la elección y conocimiento del servicio donde se realizará el parto y utilizar de rutina el formulario "Planeando el nacimiento de mi bebé o Planeando mi parto".

- **Fortalecer la supervisión y el monitoreo.** Mejorar la supervisión de apoyo a los servicios y los controles de gestión como mecanismos para favorecer la aplicación de normas y protocolos, el uso sistemático de instrumentos para mejorar la calidad de atención materna y neonatal como la Historia Clínica Perinatal Básica del CLAP, el Partograma, el IMPAC y la ficha de Control de Crecimiento y Desarrollo de la niñez.

- **Desarrollar la calidad de atención.** Promover procesos de producción de la Calidad Total en los servicios con mayor acercamiento entre los servicios y la comunidad; y un mejor diálogo entre prestadores/usuarios/usuarias. Generar estudios operativos para políticas y estrategias informadas en evidencias.

- **Eliminar todo tipo de discriminaciones.** Razones de género, edad, económicas, territoriales, culturales y étnicas no pueden constituirse en barreras al acceso a servicios de salud, y por tanto, a la atención calificada de la maternidad y afectar los resultados en salud.

- **Centrar la atención en las personas.** Promover la atención continua, por ciclo de vida, con adecuación a las culturas y las necesidades diferentes de los distintos grupos humanos, aprovechando al máximo las oportunidades para una atención integral e integrada.

- **Prestar mayor atención a la adolescencia.** Facilitar espacios y mecanismos para la atención de adolescentes con fuerte contenido educativo y con participación juvenil. Motivar la participación en salud de grupos juveniles y favorecer la educación entre pares.

- **Involucrar a los varones en la Maternidad Segura y la SSR.** Incorporar en las capacitaciones con los proveedores de servicios aquellos contenidos que promuevan un mayor involucramiento de los varones en la atención materna y la crianza del bebé. Esto podría incrementar el número de hombres que acompañan a su pareja en la atención prenatal, que estén alertas ante las complicaciones y se preparen para participar en los cuidados del recién nacido, como una expresión explícita de la paternidad responsable.

- **Superar las inequidades.** Mejorar el acceso con equidad a los servicios de salud superando barreras económicas, sociales o culturales y lograr que el embarazo, parto y nacimientos seguros, como derechos humanos básicos, sean promovidos en todos los niveles y por todos los medios (incluyendo los de comunicación social) hasta que su pleno ejercicio sea una realidad.

- **Servicios hacia la comunidad.** Las redes de servicios deben superar su pasividad, abrirse a la población y llegar hasta los barrios, las compañías y los hogares.

- **Asegurar la continuidad de la atención.** Promover la articulación entre las Unidades de Salud de la Familia (USF) y las policlínicas de red integrada de servicio y hospitales de referencia, para conformar una unidad funcional para la continuidad de la atención. Esto permitirá que las mujeres verifiquen su situación de salud antes de su embarazo; realicen su consulta prenatal de manera oportuna, tengan acceso a servicios de variada complejidad para la realización del parto y el nacimiento seguros y puedan recibir la ayuda necesaria para la resolución de toda forma de complicaciones y emergencias obstétricas o neonatales.

- **Organizar las redes de ambulancias.** Establecer una programación ordenada de cobertura, sistema de llamadas y respuestas rápidas, y un mecanismo que garantice el financiamiento del salario de choferes, combustible y mantenimiento preventivo de vehículos.

- **Hogares maternos.** Promover con los Consejos Regionales de Salud o Locales de Salud, con las gobernaciones y las municipalidades, el financiamiento para la habilitación de hogares maternos cercanos a los hospitales de referencia, para acoger a las embarazadas que proceden de lugares lejanos y están próximas a tener su parto.

Con las experiencias recogidas en este Estudio, podemos reafirmar que:

"Es difícil reducir drásticamente la morbimortalidad materna y neonatal en un país que recién está dando los primeros pasos hacia un importante cambio en su Sistema de Salud y que todavía tiene mucho por hacer para vencer la lucha contra la pobreza y las inequidades". Sin embargo, se percibe un proceso de cambio que deberá extenderse para permitir la implementación progresiva de acciones a favor de la mujer, sus hijos y sus familias.

Este estudio se inició para profundizar en el conocimiento de los factores que afectan en forma positiva o negativa la salud y la mortalidad materna. Luego de realizar un ejercicio cualitativo ampliamente participativo y de recoger valoraciones y aportes de los principales actores involucrados en la maternidad en las Regiones Sanitarias de Cordillera y Paraguarí, percibimos que los hallazgos de este estudio ayudan a tener una mirada sistémica de los problemas y sus soluciones. Esto puede contribuir a establecer consensos sobre políticas y acciones prácticas que puedan acelerar los procesos de cambio necesarios para la construcción social de la salud y el mejoramiento de la calidad de vida con equidad, lo que conducirá a una maternidad más segura y saludable.

Referencias

- Ahmed Obaid, Thoraya, Culture Matters to Development: it is the "How" and not the "Why" and "What". Presentado en Bem, Suiza, el 13 de diciembre del 2005.
- Bartomeu Meliá. El guaraní conquistado y reducido. Biblioteca Paraguaya de Antropología, vol. 5. Tercera Edición. CEADUC, Universidad Católica, UCA, Asunción, 1993.
- Centro Paraguayo de Estudios de Población (CEPEP). Encuesta Nacional de Demografía y Salud Sexual y Reproductiva, 2008 (ENDSSR 2008). Informe final. Asunción, CEPEP/USAID/CDC/UNICEF/IPPF, 2009.
- Centro Paraguayo de Estudios de Población (CEPEP). Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil 1998 (ENSMI – 98). Informe final. Asunción; CEPEP/USAID/CDC, 1999.
- Currea-Lugo, Víctor, La encrucijada del derecho a la salud en América Latina. En Ely Yamin, Alicia: Derechos económicos, sociales y culturales en América Latina. Del invento a la herramienta. Centro Intenacional de Investigaciones para el Desarrollo, 2006.
- Dirección General de Estadística, Encuestas y Censos (DGEEC). Principales resultados del Censo 2002 de Población y Vivienda, Fernando de la Mora, DGEEC/BID/BM, 2003.
- Dr. Daniel Mendonca, disertación en Segundo Foro Empresarial, Asunción, 2009.
- Egon Schoden. Aspectos fundamentales de la cultura Guaraní, Biblioteca Paraguaya de Antropología, UCA, Asunción, 1998.
- Ely Yamin, Alicia, Introducción. En Ely Alicia: Derechos económicos, sociales y culturales en América Latina. Del invento a la herramienta, Centro Internacional de Investigaciones para el Desarrollo, 2006.
- Foucault, M. "La voluntad de saber" en Historia de la sexualidad. Madrid, siglo XXI, 1978.
- Geografía del Paraguay. Editorial Hispano Paraguay SRL. Primera Edición, 1999.
- Gil-González, Diana; Carrasco-Portino, Mercedes; Ruiz, María Teresa. Knowledge gaps in scientific literatura on maternal mortality: a systematic review. Bulletin of the World Health Organization, noviembre de 2006.
- Guía de Vigilancia Epidemiológica de la Salud y la Morbimortalidad Materna y Neonatal, Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social, OPS/OMS, Paraguay, 2008.
- Nierrmayer S, Keenan W. Reanimación del recién nacido. En: Klaus MH, Fanaroff AA, Editores. Cuidados del recién nacido de alto riesgo. 5ª ed. México: McGraw-Hill, Interamericana; 2003, p. 49-70.
- OMS. Maternal death. Review guidelines. Geneva-World Health Organization. WHO/FHE/MSM/95.
- OPS/OMS. Sexta Conferencia Sanitaria Panamericana. 54ª Sesión del Comité Regional de la Estrategia para la reducción de la mortalidad y la morbilidad maternas. Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud, 2002.
- OMS. Paquete madre/bebé: implementando la maternidad segura en los países. Guía práctica. 1994.
- Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud. Estrategia Regional para la Reducción de la Mortalidad y Morbilidad Maternas. Washington:OPS/OMS: 2002.
- Paraguay, Secretaría Técnica de Planificación de la Presidencia de la República, Dirección General de Estadística, Encuestas y Censos, Encuesta Permanente de Hogares, EPH.
- UNFPA. El UNFPA y los procesos de cambio en los sistemas de salud. Orientaciones estratégicas para América Latina y el Caribe, Ana Cristina González Vélez, Uruguay, julio 2007.

Acrónimos

AMEU: Aspiración Manual Endouterina.
AIEPI: Atención Integral a las Enfermedades Prevalentes en la Infancia.
APS: Atención Primaria en Salud.
AVPP: Años de Vida Potencialmente Perdidos.
BID: Banco Interamericano de Desarrollo.
CAFAPAR: Cámara de Farmacias del Paraguay.
CS: Centro de Salud.
CEPEP: Centro Paraguayo de Estudios de Población.
CLAP-SMR-OPS/OMS: Centro Latino Americano de Perinatología, Salud de la Mujer y Reproductiva. Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud.
COE: Cuidados Obstétricos y Neonatales.
CONE: Cuidados Obstétricos y Neonatales Esenciales.
DAIA: Disponibilidad Asegurada de Insumos Anticonceptivos.
DGEEC: Dirección General de Estadística, Encuestas y Censos.
ENDS: Encuesta Nacional de Demografía y Salud.
ENDSMI: Encuesta Nacional de Demografía y Salud Materno Infantil.
ENDSSR: Encuesta Nacional de Demografía y Salud Sexual y Reproductiva.
FCI: Family Care International.
FIGO: Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia.
HD: Hospital Distrital.
HN: Hospital Nacional.
HR: Hospital Regional.
IMPAC: "Integraled Management of Pregnancy and Childbirth". Manejo Integral del Embarazo y el Nacimiento.
IPPF: Federación Internacional de Planificación de la Familia.
IPS: Instituto de Previsión Social.
LAC: Latinoamérica y el Caribe.
MSP y BS: Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social.
MM: Mortalidad Materna.
ODM: Objetivos de Desarrollo del Milenio-Naciones Unidas.
OG: Organismos Gubernamentales.
ONG: Organismos No Gubernamentales.
OPS/OMS: Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud.
OSC: Organismos de la Sociedad Civil.
PNUD: Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo.
PS: Puesto de Salud.
RAMOS: "Reproductive Age Mortality Survey". Estudio de Mortalidad en Mujeres en Edad Fértil.
RMM: Razón de Mortalidad Materna.
MEF: Mujeres en Edad Fértil.
SIAL: Sistema de Información y Administración Logística.
SSIEV: Subsistema de Información de las Estadísticas Vitales.
SSR: Salud Sexual y Reproductiva.
SVSMMM-N: Sistema de Vigilancia de la Salud y de la Morbimortalidad Materna y Neonatal.
TPA: Tasa de Prevalencia de Anticonceptivos.
UCP: Unidad Coordinadora de Proyecto.
UNESCO: Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura.
UNFPA: Fondo de Población de las Naciones Unidas.
UNICEF: Organización de las Naciones Unidas para la Infancia.
USAID: Agencia de los Estados Unidos de América para el Desarrollo Internacional.
USF: Unidades de Salud de la Familia.
UTI: Unidad de Terapia Intensiva.

Cuadro 27

Lugares visitados en este estudio

Nº	DEPARTAMENTO DE CORDILLERA	SERVICIOS DE SALUD
1	Caacupé	HR
2	Eusebio Ayala	HD
3	Altos	HD
4	Tobatí	HD
5	Itacurubí	CS
6	Caraguatay	CS
7	Loma Grande	CS
8	Nueva Colombia	CS
9	Emboscada	CS
10	San Bernardino	CS
11	Atyrá	CS
12	Piribebuy	CS
13	Santa Elena	CS
14	Valenzuela	CS
15	Aguaity	PS
16	Caaguy Cupé	PS
17	Mina	PS
18	Cabaña	PS
19	Villa Las Mercedes	PS
20	Mómpox	PS
21	Piraretá	PS
22	Naranjo	PS
23	Heriberta Matiauda	PS
24	Almada	PS

Nº	DEPARTAMENTO DE PARAGUARÍ	SERVICIOS DE SALUD
1	Paraguarí	HR
2	Ybycuí	HD
3	Carapeguá	HD
4	Quiindy	HD
5	Caballero	CS
6	Sapucai	CS
7	Roque González	CS
8	Yaguarón	CS
9	Pirayú	CS
10	Acahay	CS
11	Caapucú	CS
12	La Colmena	CS
13	Loma Guazú	PS
14	Escobar	PS
15	Ybytymí	PS
16	Tebicuarymí	PS
17	César Barrientos	PS
18	Santa Ángela	PS
19	Caapucú	PS
20	Valle Apu´á	PS
21	Mbaritu	PS
22	Zayas	PS
23	Tavaí	PS
24	Mbatoví	PS
25	Cerro León	PS
26	Tajy Loma	P.S
27	Ñuatí	P.S

Guías usadas en este Estudio

1 AUTORIDADES (EA1)

CONFIDENCIAL: La información solicitada en este cuestionario es confidencial y sólo se utilizará con fines estadísticos

ESTUDIO DE FACTORES QUE AFECTAN LA MORTALIDAD MATERNA EN DOS REGIONES SANITARIAS DEL PARAGUAY

Entrevista	Autoridades

Departamento: ..... |___|___|
Distrito: ..... |___|___|
Localidad:..... |___|___|
Institución:..... |___|___|
Establecimiento o Servicio: ..... |___|___|
Entrevistador/a:..... |___|___|
Cargo del Entrevistado/a: ..... |___|___|

1. Su Institución

1. **La institución a la que usted pertenece** _____
   a. **Trabaja en coordinación con el Ministerio de Salud**
   SÍ ☐ NO ☐ ¿Por qué? _____
   b. **¿En qué temas? Cite por lo menos 2 (dos)**
   b1) _____
   b2) _____

2. Los Consejos de Salud

El Consejo Regional de Salud

a. **¿Funciona** el Consejo Regional de Salud de este Departamento?
   SÍ ☐ NO ☐
b. ¿**Usted participa** en sus reuniones?
   SÍ ☐ NO ☐ ¿Por qué? _____
c. ¿**Cuándo fue la última reunión** del Consejo Regional a la que usted asistió?
   |___|___| mes |___|___| año

Los Consejos Locales de Salud

d. ¿Cuántos Consejos Locales de Salud **funcionan** en el Departamento?
   |___|___| Consejos Locales
e. ¿**Usted participa** en las reuniones del Consejo Local?
   SÍ ☐ NO ☐ ¿Por qué? _____
f. ¿**Cuándo fue la última Reunión** del Consejo Local a la que usted asistió?
   |___|___| mes |___|___| año
g. ¿En las reuniones del Consejo de Salud, **se trataron alguna vez** los temas de Maternidad Segura,
   ¿Mortalidad Materna o SSR?
   Nunca ☐ Alguna vez ☐ Muchas veces ☐

3. El Plan Nacional de Salud Sexual y Reproductiva

a. ¿**Conoce usted el Plan** Nacional de Salud Sexual y Reproductiva?
   SÍ ☐ NO ☐
b. ¿**Participó usted** en la elaboración del Plan de SSR?
   SÍ ☐ NO ☐
c. ¿**Tiene un ejemplar** del Plan Nacional de Salud Sexual y Reproductiva?
   SÍ ☐ NO ☐ *Si no tiene, entregar un ejemplar del Plan*

4. Los Derechos Sexuales y Reproductivos

a. ¿**Escuchó hablar de los derechos** sexuales y reproductivos?
   SÍ ☐ NO ☐
b. ¿**Cuáles son los derechos** SR en los que más se avanzó en este Departamento?
   1. _____
   2. _____

EA1

5. ***La Atención Prenatal***

a. ¿**En qué mes de su gestación** considera usted que la embarazada debe hacerse su **primer control prenatal**?
|___|___| mes de gestación

b. ¿**Cuántos controles prenatales** debe hacerse hasta el final del embarazo?
|___|___| controles

c. ¿Qué piensa usted del **embarazo en las adolescentes**?

_____

6. ***Las complicaciones del Embarazo y del Parto (Emergencias Obstétricas y Neonatales o del Recién Nacido)***

a) La complicación del embarazo o del parto en este Departamento/Distrito es un problema
Raro ☐ Poco Frecuente ☐ Frecuente ☐ Muy Frecuente ☐

b) ¿**Cuáles son los Hospitales** del Departamento que están preparados para resolver las Emergencias Obstétricas y del Recién Nacido? **Cite**.

_____

7. ***Apoyo de su Institución a la Maternidad Segura***

a) ¿Esta Institución (donde usted trabaja) **apoyó a algún servicio de salud** para mejorar la atención de la maternidad (apoyo económico, remodelación o ampliación, capacitaciones, charlas educativas, compra de instrumentales o medicamentos?
SÍ ☐ Tipo de apoyo _____
NO ☐ ¿Por qué? _____

b) **Financió su Institución** alguna actividad sobre Maternidad o SSR
Durante el 2008 (**Actividad y promedio de costo o aporte**):
Actividad: _____
Monto invertido (aproximado) en Gs _____
Durante el 2009 (**Actividad y promedio de costo o aporte**):
Actividad: _____
Monto invertido (aproximado) en Gs _____

8. ***Las Muertes Maternas y del Recién Nacido***

a) ¿Tiene alguna información sobre el número de muertes maternas y del recién nacido en este Departamento?. *Anotar el año que menciona.*

Muertes del Recién Nacido (AÑO: |___|___|)	*Muertes Maternas (AÑO: |___|___|)*
SÍ ☐ ¿Cuántas en el año? |___|___| (Estimar)	*SÍ ☐ ¿Cuántas en el año? |___|___| (Estimar)*
NO ☐	*NO ☐*

b) ¿Sabe **DE QUÉ MURIERON** las embarazadas?

_____

c) ¿Sabe **POR QUÉ SE MURIERON** esas embarazadas?

_____

d) ¿Sabe **DE QUÉ MURIERON los recién nacidos**?

_____

e) ¿Sabe **POR QUÉ MURIERON** esos recién nacidos?

_____

9. ***Sus Propuestas***

a) ¿Qué cree usted que debe hacerse para mejorar los servicios de maternidad en este Departamento y disminuir las complicaciones y muertes de mujeres y del recién nacido?

_____

b) ¿**Qué debe hacerse en las comunidades** para disminuir las complicaciones y las Muertes Maternas y del Recién Nacido?

_____

e) ¿Algo que desea agregar o que no le hemos preguntado?

_____

Muchas Gracias

EA1

2 GERENTES DE SALUD (EG2)

CONFIDENCIAL: La información solicitada en este cuestionario es confidencial y sólo se utilizará con fines estadísticos

ESTUDIO DE FACTORES QUE AFECTAN LA MORTALIDAD MATERNA EN DOS REGIONES SANITARIAS DEL PARAGUAY

Entrevista	Gerentes de Salud

Departamento: ..... |___|___|
Distrito: ..... |___|___|
Localidad:..... |___|___|
Institución:..... |___|___|
Establecimiento o Servicio: ..... |___|___|
Entrevistador/a:..... |___|___|
Cargo del Entrevistado/a: ..... |___|___|

1. ***Los Consejos de Salud***
   El Consejo Regional de Salud
   a. ¿Funciona el Consejo Regional de Salud de este Departamento?
   SÍ ☐ NO ☐
   b. ¿**Usted participa** en sus reuniones?
   SÍ ☐ NO ☐ ¿Por qué?_____
   c. ¿**Cuándo fue la última reunión** del Consejo Regional a la que usted asistió?
   |___|___| mes |___|___| año

   Los Consejos Locales de Salud
   d. ¿Cuántos Consejos Locales de Salud **están funcionando** en el Departamento?
   |___|___| Consejos Locales
   e. ¿**Usted participa** en las reuniones del Consejo Local?
   SÍ ☐ NO ☐ _____
   f. ¿**Cuándo fue la última Reunión** del Consejo Local a la que usted asistió?
   |___|___| mes |___|___| año
   g. ¿En las reuniones del Consejo de Salud, **se trataron alguna vez** los temas de Maternidad Segura,
   Mortalidad Materna o SSR?
   Nunca ☐ Alguna vez ☐ Muchas veces ☐

2. ***El Plan Nacional de Salud Sexual y Reproductiva***
   a. ¿**Conoce usted el Plan** Nacional de Salud Sexual y Reproductiva?
   SÍ ☐ NO ☐
   b. ¿**Participó usted** en la elaboración del Plan de SSR?
   SÍ ☐ NO ☐
   c. ¿**Tiene un ejemplar** del Plan Nacional de Salud Sexual y Reproductiva?
   SÍ ☐ NO ☐ ***Si no tiene, entregarle un ejemplar del Plan***
   d. ¿**Cuáles son los temas del Plan** que usted recuerda en este momento?
   1. _____
   2. _____
   3. _____

3. ***Los Derechos Sexuales y Reproductivos***
   a. ¿**Escuchó hablar de los derechos** sexuales y reproductivos?
   SÍ ☐ NO ☐
   b. ¿**Cuáles son los derechos** SR en los que más se avanzó en este Departamento?
   1. _____
   2. _____

EG2

4. La Atención Prenatal

a. ¿**En qué mes de su gestación** considera usted que la embarazada debe hacerse su **primer control prenatal**?
|___|___| mes de gestación

b. ¿**Cuántos controles prenatales** deben hacerse hasta el final del embarazo?
|___|___| controles

c. ¿Qué piensa usted del **embarazo en las adolescentes**?
_____

5. Las Normas de Atención

- Prenatal

a. ¿**Conoce usted** la Norma de Atención Prenatal?
SÍ ☐ NO ☐

b. ¿Tiene usted aquí , en el servicio, un ejemplar de la Norma de Atención Prenatal?
SÍ ☐ NO ☐

c. ¿**Se utiliza** en los servicios la Norma de Atención Prenatal?
SÍ ☐ NO ☐ ¿Por qué? _____

- IMPAC

a. ¿Conoce usted el IMPAC? Guía para el Manejo de las complicaciones del embarazo y el parto
SÍ ☐ NO ☐

b. ¿Tiene usted aquí un ejemplar del IMPAC?
SÍ ☐ NO ☐

c. ¿**Se utiliza** el IMPAC en los servicios?
SÍ ☐ NO ☐ ¿Por qué? _____

- PARTOGRAMA

a. ¿**Conoce usted** el Partograma?
SÍ ☐ NO ☐

b. ¿Tiene suficientes **hojas del Partograma disponibles** en el Servicio?
SÍ ☐ NO ☐ ¿Por qué? _____

c. ¿**Se utiliza el Partograma** en los servicios que atienden partos en este Departamento?
☐ Siempre ☐ Frecuentemente ☐ A veces ☐ Nunca

d. ¿**Por qué no se usa siempre el Partograma** (de RUTINA) en el servicio?
_____
_____

e. ¿Usted o alguna persona **supervisa a los servicios de Maternidad** para verificar el uso de Normas, el llenado del Partograma y de la Historia Clínica Perinatal?
SÍ ☐ NO ☐ ¿Por qué? _____

6. Las complicaciones del Embarazo y del Parto
(Emergencias Obstétricas y Neonatales o del Recién Nacido)

a. En este Departamento /Distrito, la **complicación del embarazo o del parto es un problema**:
Raro ☐ Poco Frecuente ☐ Frecuente ☐ Muy Frecuente ☐

b. ¿**Cuántas Emergencias** Obstétricas y del Recién Nacido estima que fueron atendidas en los años 2008 a 2009 en este Departamento? Por favor, si usted puede estimar aproximadamente el número

Emergencias Obstétricas (2008 a 2009)	*Emergencias en el Recién Nacido (2008 a 2009)*
b1). En este Departamento: |___|___|	b3). En este Departamento: |___|___|
b2). En el establecimiento donde usted presta servicios |___|___|	b4). En el establecimiento donde usted presta servicios |___|___|

c. ¿En este Servicio (o donde usted presta servicio), **se resuelven estas situaciones?**
c1) las emergencias obstétricas
SÍ ☐ NO ☐ ¿Por qué? _____
c2) las emergencias neonatales o del Recién Nacido
SÍ ☐ NO ☐ ¿Por qué? _____
c3) el parto por cesárea
SÍ ☐ NO ☐ ¿Por qué? _____

EG2

d. ¿Si no lo puede resolver en este servicio o Departamento, **a qué servicio se deriva** a la mujer con urgencia obstétrica o neonatal?

_____

_____

e. La Red de Servicios del Departamento está organizada para atender:
e1) las emergencias obstétricas
SÍ ☐ NO ☐
e2) las emergencias neonatales o del recién nacido
SÍ ☐ NO ☐
e3) el parto por cesárea
SÍ ☐ NO ☐

f. La Red de Servicios del Departamento, ¿cuenta con **sangre segura**?
SÍ ☐ ¿Dónde? CITAR _____
NO ☐ ¿Por qué? _____

7. Los Servicios Disponibles

a. ¿Cuáles son los **Hospitales que tienen guardia de 24 horas durante los 365 días del año** y están preparados para **resolver las Emergencias** Obstétricas y del Recién Nacido?
Citar los hospitales.
1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____

b. ¿Funciona en este Departamento una **Red de ambulancias**?
SÍ ☐ NO ☐ Cuántas unidades? _____
Comentarios:

_____

8. Las Necesidades en CONE

Para poder resolver con éxito las Emergencias Obstétricas y Neonatales.
cite las necesidades más importantes *en este Departamento/Distrito.*

a. ¿Qué **recursos humanos** necesita de refuerzo?

_____

b. ¿Qué **equipamientos** necesita completar?

_____

c. ¿Qué **capacitación** o actualizaciones se necesita realizar?

_____

d. **¿Qué necesita conocer o hacer la comunidad? (mujer, pareja, familia, vecindario)**

_____

9. La calidad de atención en maternidad

a. Si usted le pone una nota del **1 al 10 para calificar la atención** que se da a la madre y a su bebé en este Hospital (o en la red de servicios). **¿Cuánto le pone?**

1☐ 2☐ 3☐ 4☐ 5☐ 6☐ 7☐ 8☐ 9☐ 10☐

b. ¿Qué usted cree que se debería hacer en este Departamento o Distrito para **mejorar los Servicios de Maternidad?**
b1) Qué se debería hacer **en los servicios:**

_____

b2) Qué se debería hacer **en las comunidades:**
(embarazada, pareja, familia, vecindario, líderes, autoridades)

_____

10. La Mortalidad Materna y Neonatal en este Departamento

a. ¿**Cuántas muertes** de madres y de recién nacidos se tuvo en este Departamento/Región en los años 2008 y 2009?

EG2

En el 2008	*En el 2009 (Hasta la fecha de hoy)*
Materna |___|___|	Materna |___|___|
Recién Nacido |___|___|	Recién Nacido |___|___|

b. ¿Sabe DE QUÉ MURIERON las embarazadas?
_____

c. ¿Sabe POR QUÉ MURIERON esas embarazadas?
_____

d. ¿Sabe DE QUÉ MURIERON los Recién Nacidos?
_____

e. ¿Sabe POR QUÉ SE MURIERON esos Recién Nacidos?
_____

f. **Participa usted** en las reuniones del **Comité de Vigilancia de la Muerte Materna**
SÍ ☐ NO ☐ ¿Por qué? _____

g. ¿Cuándo fue la última Reunión de Vigilancia en la que **usted participó**?
|___|___| mes |___|___| año

11. Sus Propuestas para una Maternidad Segura en este Departamento

a. **Para tener una Maternidad Segura** en este Departamento / Distrito
¿Cuáles son las cosas que usted considera importantes y **que deben hacerse**?
1. _____
2. _____
3. _____

b. En relación a la salud y en especial a la Salud Materna y del Recién Nacido en este Departamento
¿**Tiene algunas sugerencias o comentarios que desea aportar**?
_____

12. Las USF. Unidades de Salud Familiar

a. En este Departamento, ¿tienen **Unidades de Salud Familiar funcionando**?
SÍ ☐ NO ☐

b. Si tienen **Unidades de Salud Familiar funcionando:**
¿Cuántas Unidades son en Total?: |___|___|
¿Cuántos Recursos Humanos en Total trabajan en esas USF? |___|___|

c. Esta Región Sanitaria, **¿capacitó a sus Equipos de Salud Familiar en temas de Maternidad Segura?**
SÍ ☐ ¿Cuántos participantes? |___|___| NO ☐

13. Sus comentarios

¿**Algo que desea agregar o que no le hemos preguntado?**
_____

¡Muchas Gracias!

EG2

3 MEF EN CONSULTORIO (EMC3)

CONFIDENCIAL: La información solicitada en este cuestionario es confidencial y sólo se utilizará con fines estadísticos

ESTUDIO DE LOS FACTORES QUE AFECTAN LA MORTALIDAD MATERNA EN DOS REGIONES SANITARIAS DEL PARAGUAY

Entrevistas	MEF en consultorio

Departamento: _____ |___|___|
Distrito: _____ |___|___|
Localidad: _____ |___|___|
Establecimiento o Servicio: _____ |___|___|
Entrevistador/a: _____ |___|___|

1. ***Información General de la Mujer Entrevistada***

a) ¿**Cuántos años** cumplidos tiene usted? **AÑOS.....|____|____|**
b) ¿Cuál fue el **grado más alto** que Ud. aprobó y en qué **nivel de estudios**?

	NIVEL	GRADO								
NINGUNO.....	0	0								
PRIMARIO o E. E. B.....	1	1	2	3	4	5	6	7	8	9
SECUNDARIO.....	2	1	2	3	4	5	6			
EDUCACIÓN MEDIA.....	3	1	2	3						
FORM. DOCENTE.....	4	1	2	3	4					
SUPERIOR/ UNIV.....	5	1	2	3	4	5	6 +			

c) ¿Cuántos **hijos nacidos vivos** tuvo usted?
|____|____| hijos nacidos vivos
d) ¿Cuántos de estos hijos **están vivos actualmente**?
|____|____| hijos actualmente vivos
e) ¿**Qué idioma** hablan habitualmente en su hogar?
☐ Sólo Guaraní ☐ Sólo Español
☐ Español y Guaraní☐ ☐ Otro Idioma _____
f) Su **esposo o compañero está trabajando** en algo recibiendo pago en dinero o en otra forma?
SÍ ☐ ¿En qué trabaja? _____
NO ☐
g) **¿Usted en qué trabaja** actualmente? o ¿cuál fue su último trabajo remunerado?
_____
h) ¿Usted está **asegurada al IPS?**
SÍ ☐
NO ☐ ¿Tiene **otro Seguro** médico?_____

2. ***Su consulta actual***

a) ¿Cuál fue el motivo de su consulta de hoy?
_____
b) ¿Cuánto tiempo esperó para esta consulta? (Se refiere al tiempo transcurrido desde que sacó número o ingresó a la institución de salud hasta que fue atendida por un profesional en el consultorio)
|____|____| minutos |____|____| horas
c) ¿**Qué profesional la atendió** en esta consulta?
1 ☐ Enfermera/ Obstetra 2☐ Médico/ a 3☐ Otro (_____)
d) ¿En algún momento hoy en esta institución, recibió alguna información acerca del cuidado de su salud?
SÍ ☐ NO ☐
e) Además de la consulta, ¿qué le informaron o le recomendaron?
_____

EMC3

f) ¿Quedó satisfecha con lo que le explicaron?
SÍ ☐ NO ☐ ¿Por qué? _____

3. ***Su Consulta Prenatal***

a) ¿**En qué mes de este embarazo consultó usted por primera vez**? *Su primera consulta prenatal fue en el:*
1º☐ 2º ☐ 3º ☐ 4º ☐ 5º ☐ 6º ☐ 7º☐ 8º ☐ 9º ☐

b) ¿**Tiene algún problema**, molestia o complicación durante este embarazo?
SÍ ☐ NO ☐

c) ¿Le enseñaron a usted cómo puede darse cuenta que su embarazo se está complicando?
SÍ ☐ NO ☐

c) Qué siente o qué tiene una embarazada que se está complicando. (Señal de alarma o complicación)

Marcar lo que expresa la persona espontáneamente.	Menciona	No menciona
Sangrado genital durante el embarazo (hemorragia, anemia)....	1	2
Pérdida de líquido por la vagina…….....	1	2
Dolor de cabeza intenso…….....	1	2
Dolor de estómago o de vientre..…….....	1	2
Fiebre alta……....	1	2
Presión arterial alta (convulsiones)…….....	1	2
Mareos……....	1	2
Vómitos…….	1	2
No conoce……..	1	2
Otro _____ Especifique	1	2

d) ¿Si a usted se le presenta una complicación **a dónde y a qué servicio va a acudir con urgencia**?
_____

e) ¿Tiene decidido o planeado **dónde va a tener su próximo parto**?
SÍ ☐ ¿Dónde? _____
NO ☐ ¿Por qué? _____

4. ***<u>Satisfacción por la consulta</u>***

a) **En sus dos últimas consultas** a este servicio, ¿cómo usted se sintió atendida?
☐ Bien atendida ☐ No muy bien atendida. ¿Por qué? _____

b) ¿Qué es lo que MÁS le gusta de este Hospital?
_____

c) ¿Qué es lo que MENOS le gusta de este Hospital?
_____

d) Si usted le pone una nota del 1 al 10 a la atención recibida, ¿cuánto le pone?
1☐ 2☐ 3☐ 4☐ 5☐ 6☐ 7☐ 8☐ 9☐ 10☐

e) ¿Qué necesita este Hospital para ser mejor y dar una mejor atención?
_____

5. ***<u>Su pensamiento y su sentimiento</u>***

a) ¿Qué es para usted la maternidad?
_____

b) ¿Qué piensa usted de la madre adolescente o muy joven?
_____

c) ¿Dónde usted cree que es mejor tener el parto?
Hospital ☐
Domicilio ☐ ¿Por qué?_____

d) ¿Cómo le acompaña su pareja, compañero, marido, durante este embarazo?

e) ¿Qué cree usted que se debe hacer para tener embarazos saludables e hijos sanos?

6. ***<u>Su comentario</u>***

a) ¿Quiere decirme algo que no le pregunté?
_____

Muchas Gracias

<u>EMC3</u>

4 MADRES INTERNADAS (EMI 4)

CONFIDENCIAL: La información solicitada en este cuestionario es confidencial y sólo se utilizará con fines estadísticos

ESTUDIO DE FACTORES QUE AFECTAN LA MORTALIDAD MATERNA EN DOS REGIONES SANITARIAS DEL PARAGUAY

Entrevista	Madres Internadas

Departamento: _____ |___|___|
Distrito: _____ |___|___|
Localidad: _____ |___|___|
Institución: _____ |___|___|
Establecimiento o Servicio: _____ |___|___|
Entrevistador/a: _____ |___|___|

1. ***Información General sobre la Madre Entrevistada***

a). ¿**Cuántos años** cumplidos tiene usted? **AÑOS.....|____|____|**

b). ¿Cuál fue el **grado más alto** que usted aprobó y en qué ***nivel de estudios***?

	NIVEL	GRADO
NINGUNO.....	0	0
PRIMARIO o EDUCACIÓN ESCOLAR BÁSICA..	1	1 2 3 4 5 6 7 8 9
SECUNDARIO.....	2	1 2 3 4 5 6
EDUCACIÓN MEDIA.....	3	1 2 3
FORM. DOCENTE.....	4	1 2 3 4
SUPERIOR/ UNIVERSITARIO.....	5	1 2 3 4 5 6 +

c) ¿Cuántos **hijos nacidos vivos** tuvo usted?
|____|____| hijos nacidos vivos

d) ¿Cuántos de estos hijos **están vivos actualmente**?
|____|____| hijos actualmente vivos

e) ¿**Qué idioma** hablan habitualmente en su hogar?
☐ Sólo Guaraní ☐ Sólo Español
☐ Español y Guaraní☐ ☐ Otro Idioma _____

f) ¿Su **esposo o compañero está trabajando** en algo recibiendo pago en dinero o en otra forma?
SÍ ☐ ¿En qué trabaja? _____
NO ☐

g) **¿Usted en qué trabaja** actualmente? o ¿cuál fue su **último trabajo remunerado**?
_____

h) ¿Usted está **asegurada al IPS?**
SÍ ☐
NO ☐ ¿Tiene **otro Seguro** médico?_____

2. ***Su Embarazo***

a) Durante este embarazo, ¿usted **hizo su control prenatal**?
SÍ ☐ NO ☐ ¿Por qué? _____

b). ¿**En qué mes de este embarazo** consultó usted por primera vez? ***Su primera consulta prenatal fue:***
1º ☐ 2º ☐ 3º ☐ 4º ☐ 5º ☐ 6º ☐ 7º ☐ 8º ☐ 9º ☐

c). ¿**Cuántas veces** vino para su prenatal?
|_____|_____| controles

d) ¿**Quién la atendía** en su prenatal?
Médico ☐ Enfermera/Obstetra ☐ Los dos ☐

e). Durante sus consultas prenatales ¿**cómo usted se sintió atendida**?
Bien atendida ☐ No muy bien atendida ☐

Comentarios _____

EMI 4

3. ***Su llegada al servicio para tener su parto (o por alguna complicación)***
   a.) ¿**Cómo fue recibida** cuando llegó al servicio para tener su parto?
   Bien recibida ☐ No muy bien recibida ☐ Algo que me pueda comentar_____
   b) ¿**Esperó** en sala de espera o en pasillos **antes de internarse**?
   SÍ ☐ NO ☐
   c). ¿**Cuánto tiempo** esperó? |_____|____| horas |_____|_____| minutos
   d). ¿ Estaba el **médico de guardia** en este Hospital cuando usted se internó para tener su bebé?
   SÍ ☐ NO ☐ No sabe ☐

4. ***Su parto y nacimiento***
   a). **Tuvo su parto**: Vaginal ☐ Por cesárea ☐
   b) ¿**Qué profesionales** le asistieron en la Sala de Parto?
   Médico ☐ Enfermera ☐ Obstetra ☐
   c). ¿**Cómo se sintió usted** durante el parto?
   Bien atendida ☐ No muy bien atendida ☐ ¿Por qué?_____

5. ***Compañía durante su parto***
   a) ¿**Quién la acompañó** durante su parto?
   _____
   b) ¿Algún acompañante **entró con usted a la sala de parto**?
   SÍ ☐ ¿Quién? NO ☐ ¿Por qué?_____
   c) ¿Le gustaría que hubiese estado presente algún acompañante suyo en la sala de parto?
   SÍ ☐ ¿Quién? _____
   NO ☐ ¿Por qué?_____

6. ***Su bebé***
   a) ¿**Sexo** de su bebé?
   Varón ☐ Mujer ☐
   b) ¿**Está sano** su bebé?
   SÍ ☐ NO ☐ ¿Qué tiene?_____
   c) ¿**Tuvo algún problema** o dificultad su bebé al nacer?
   SÍ ☐ NO ☐
   d.) ¿**Cuánto pesó** su bebé al nacer?
   Peso |___|___|___|___| gramos
   e) ¿L**e da de mamar** a su bebé?
   SÍ ☐ NO ☐ ¿Por qué?_____
   f) ¿Está en la misma sala acompañada por su bebé ? **Alojamiento conjunto**
   SÍ ☐ NO ☐ ¿Por qué?_____

7. ***Sobre este Hospital***
   a) ¿Qué es **lo que MÁS le gusta** de este Hospital?
   _____
   b) ¿Qué es lo que **MENOS le gusta** de este Hospital?
   _____
   c) En su opinión: ¿Cómo es este Hospital en cuanto a **la limpieza**?
   1. ☐ Muy limpio 4. ☐ Sucio
   2. ☐ Limpio 5. ☐ Muy sucio
   3. ☐ Regularmente limpio 6. ☐ No sabe/ no responde
   d) ¿**Qué necesita este Hospital** para ser mejor o para mejorar su atención?
   _____

8. ***Sobre la atención recibida***
   a). Si usted **le pone una nota del 1 al 10** a la atención recibida en este Hospital, ¿cuánto le pone?
   1☐ 2☐ 3☐ 4☐ 5☐ 6☐ 7☐ 8☐ 9☐ 10☐
   b) ¿Le **recomendaría a otras mujeres** que tengan su parto en este Hospital?
   SÍ ☐ NO ☐ ¿Por qué?_____

EMI 4

9. Su pensamiento y su sentimiento

a). ¿**Cómo se siente usted** por ser una mamá?

_____

b) ¿**Cómo se siente** o qué piensa **su pareja** con este nacimiento?

_____

c) ¿**Qué es para usted la maternidad**?

_____

d) ¿Desea usted **tener más hijos**
SÍ ☐ NO ☐

e) Si su respuesta es SÍ, ¿**cuántos hijos más desearía tener**?
|_____|____| hijos

f) ¿Qué piensa usted de la **madre adolescente** o de la madre muy joven?

_____

g) ¿Conoce usted **alguna mujer que tuvo complicaciones graves** durante su embarazo o su parto?
SÍ ☐ ¿Qué tuvo? _____
¿Por qué? ¿Cuál fue la causa?_____
NO ☐

h) ¿Por qué cree que **muchas mujeres tienen problemas** durante su embarazo o su parto?
Cuál es la causa: _____

i) ¿Por qué cree que **algunos bebés mueren al nacer o a los pocos** días de su nacimiento?

_____

10. Su comentario

a) ¿Quiere comentarme o decirme algo que no le pregunté?

Muchas Gracias

EMI 4

5 MEF EN LA COMUNIDAD (MC5)

CONFIDENCIAL: La información solicitada en este cuestionario es confidencial y sólo se utilizará con fines estadísticos

ESTUDIO DE FACTORES QUE AFECTAN LA MORTALIDAD MATERNA EN DOS REGIONES SANITARIAS DEL PARAGUAY

Entrevista	MEF en la comunidad

Departamento: _____ |___|___|
Distrito: _____ |___|___|
Localidad: _____ |___|___|
Establecimiento o Servicio: _____ |___|___|
Entrevistador/a: _____ |___|___|

1. ***Información General de la Mujer Entrevistada***

a) ¿**Cuántos años** cumplidos tiene usted? **AÑOS.....|____|____|**

b) ¿Cuál fue el **grado más alto** que usted aprobó y en qué **nivel de estudios**?

	NIVEL	GRADO
NINGUNO.....	0	0
PRIMARIO o EDUCACIÓN ESCOLAR BÁSICA..	1	1 2 3 4 5 6 7 8 9
SECUNDARIO.....	2	1 2 3 4 5 6
EDUCACIÓN MEDIA.....	3	1 2 3
FORM. DOCENTE.....	4	1 2 3 4
SUPERIOR/ UNIVERSITARIO.....	5	1 2 3 4 5 6 +

c) ¿Cuántos **hijos nacidos vivos** tuvo Ud.? **Número de hijos nacidos vivos.|____|____|**

d) ¿Cuántos de estos **hijos viven actualmente**? **|____|____|** hijos actualmente vivos

2. Consulta a los Servicios de Salud

a) ¿**Usted ha consultado** alguna vez a algún servicio de salud en este Departamento o Distrito?
SÍ ☐ ¿Dónde?_____ _____
NO ☐ ¿Por qué motivo? _____

b). *Si consultó alguna vez*. ¿**Cuándo fue la última vez que consultó** en un servicio de salud en este Departamento?
Mes |____|____| Año |____|____|

c) Si usted **le pone una nota del 1 al 10 a la atención recibida** en esa ocasión, ¿**cuánto le pone**?
1☐ 2☐ 3☐ 4☐ 5☐ 6☐ 7☐ 8☐ 9☐ 10☐

3. ***Maternidad Segura***

a) ¿Conoció usted a alguna mujer que tuvo complicación grave durante su embarazo o parto?
SÍ ☐ NO ☐

b) ¿Qué complicaciones tuvo?
_____

c) ¿Por qué tuvo esa complicación?
_____

d) Si usted o alguna persona allegada, vecina, pariente o amiga tuviese alguna complicación o problema durante su embarazo, ¿**dónde o a quién acudiría para buscar ayuda**?
_____

d) Qué siente o qué tiene una embarazada que se está complicando. (Señal de alarma o complicación)

Marcar lo que expresa la persona espontáneamente.	Menciona	No menciona
Sangrado genital durante el embarazo (hemorragia, anemia)....	1	2
Pérdida de líquido por la vagina…….....	1	2
Dolor de cabeza intenso…….....	1	2
Dolor de estómago o de vientre..…….....	1	2
Fiebre alta…….....	1	2
Presión arterial alta (convulsiones)…….....	1	2
Mareos……...	1	2
Vómitos…….	1	2
No conoce……..	1	2
Otro _____ Especifique	1	2

4. ***Los servicios de salud***

a) ¿Si usted tuviera algún problema de salud, **acudiría al servicio de salud** de esta Localidad?
SÍ ☐ NO ☐ ¿Por qué? _____

b) ¿Cómo cree usted que es la atención en el servicio de salud de esta Localidad?
Muy Buena ☐ Buena ☐ Regular ☐ Mala ☐ No sabe ☐

c) ¿Tiene alguna sugerencia para mejorar el servicio de salud en esta Localidad?
_____

5. ***Su pensamiento y su sentimiento***

a) ¿Qué es para usted la maternidad?
_____

b) ¿Qué es para usted la paternidad?
_____

c) ¿Qué piensa usted de la madre adolescente o muy joven?
_____

d) ¿**Dónde usted cree que es mejor que la mujer tenga parto,** en el Hospital o en su casa/domicilio?
Domicilio ☐ Hospital ☐ ¿Por qué? _____

d) **La Muerte Materna**, durante el embarazo o el parto, en este Departamento es:
Raro ☐ Poco Frecuente ☐ Frecuente ☐ Muy Frecuente ☐

g) **La Muerte del Recién Nacido** en este Departamento es:
Raro ☐ Poco Frecuente ☐ Frecuente ☐ Muy Frecuente ☐

6. ***Su comentario***

a) ¿Qué cree usted que debe hacerse para mejorar la atención de la mujer embarazada?
_____

b) ¿Qué cree usted que debe hacerse para eliminar la muerte materna y del recién nacido?
_____

c) ¿Quiere agregar algún comentario sobre la Maternidad o decirme algo que no le pregunté?
_____

Muchas Gracias

MC5

6 VARONES (EVA6)

CONFIDENCIAL: La información solicitada en este cuestionario es confidencial y sólo se utilizará con fines estadísticos

ESTUDIO DE FACTORES QUE AFECTAN LA MORTALIDAD MATERNA EN DOS REGIONES SANITARIAS DEL PARAGUAY

Entrevista	Varones

Departamento: _____ |___|___|
Distrito: _____ |___|___|
Localidad: _____ |___|___|
Establecimiento o Servicio: _____ |___|___|
Entrevistador/a: _____ |___|___|

1. ***Información General del entrevistado***
   a) ¿**Cuántos años** cumplidos tiene usted? **AÑOS.....|____|____|**
   b) ¿**Cuál fue el grado más alto** que usted aprobó y en qué **nivel de estudios**?

	NIVEL	GRADO
NINGUNO.....	0	0
PRIMARIO o EDUCACIÓN ESCOLAR BÁSICA..	1	1 2 3 4 5 6 7 8 9
SECUNDARIO.....	2	1 2 3 4 5 6
EDUCACIÓN MEDIA.....	3	1 2 3
FORM. DOCENTE.....	4	1 2 3 4
SUPERIOR/ UNIVERSITARIO.....	5	1 2 3 4 5 6 +

   d) **¿Usted en qué trabaja** actualmente? o ¿cuál fue su último trabajo remunerado?
   _____

2. ***Consulta a los Servicios de Salud***
   a) ¿**Ha consultado alguna vez** a algún servicio de salud en este Departamento/Distrito?
   SÍ ☐ ¿Cuándo? **Mes** |____|____ **Año** |____|____| NO ☐ ¿Por qué?_____
   b) Si usted le pone una nota del 1 al 10 a la atención recibida en esa ocasión, ¿cuánto le pone?
   1☐ 2☐ 3☐ 4☐ 5☐ 6☐ 7☐ 8☐ 9☐ 10☐

3. ***Maternidad Segura***
   a) ¿Usted cree que la **complicación durante el embarazo o el parto en este Departamento/ Distrito es un problema?**:
   Raro ☐ Poco frecuente ☐ Frecuente ☐ Muy frecuente ☐
   b) ¿Cuáles son las **causas más frecuentes** de las complicaciones del embarazo?
   _____
   c) ¿Conoce usted alguna mujer que tuvo complicación grave durante su embarazo o parto?
   SÍ ☐ NO ☐
   d) ¿Cuál fue el motivo de esa complicación?
   _____

e) ¿Usted conoce qué tiene o qué siente una embarazada cuando se está complicando?
Cite algunas señales de alarma o de peligro de una complicación durante el embarazo.

Marcar lo que expresa la persona espontáneamente.	Menciona	No menciona
Sangrado genital durante el embarazo (hemorragia, anemia)....	1	2
Pérdida de líquido por la vagina…….....	1	2
Dolor de cabeza intenso…….....	1	2
Dolor de estómago o de vientre..…….....	1	2
Fiebre alta…….....	1	2
Presión arterial alta (convulsiones)…….....	1	2
Mareos……...	1	2
Vómitos…….	1	2
No conoce……..	1	2
Otro _____ Especifique	1	2

4. ***Los servicios de salud***

a) ¿Si usted tuviera algún problema de salud, consultaría al servicio de salud de esta Localidad?
SÍ ☐ NO ☐ ¿Por qué? _____

b) Si usted le pone una **nota del 1 al 10 al servicio** de salud de esta localidad, ¿**cuánto le pone**?
1☐ 2☐ 3☐ 4☐ 5☐ 6☐ 7☐ 8☐ 9☐ 10☐

c) ¿Tiene alguna **sugerencia para mejorar el servicio de salud** en esta Localidad?

5. ***Su pensamiento y su sentimiento***

a) ¿Qué es para usted la maternidad?
_____

b) ¿Qué piensa usted de la madre adolescente o muy joven?
_____

c) ¿Qué es la paternidad?
_____

d) ¿Tiene hijos?
SÍ ☐ ¿Cuántos? |____|____| NO ☐

d) ¿Su último hijo nació en un Hospital o en Domicilio?
Domicilio ☐ Hospital ☐ ¿Por qué? _____

e) ¿Usted cree que el hombre debe estar presente en la sala de parto cuando nace su hijo?
SÍ ☐ NO ☐ ¿Por qué? _____

f) ¿Usted estuvo o desearía estar en la sala de parto cuando nació o nazca su hijo?
Estuvo ☐ No estuvo ☐ Desearía estar ☐ No desearía estar ☐
¿Por qué? ¿Para qué? _____

g) ¿Usted cree que es mejor que la mujer tenga su hijo en el Hospital o en su casa /domicilio?
Hospital ☐ Domicilio ☐ ¿Por qué? _____

h) La Muerte Materna, durante el embarazo o el parto es en este Departamento:
Raro ☐ Poco Frecuente ☐ Frecuente ☐ Muy Frecuente ☐

i) La muerte del Recién Nacido en este Departamento es:
Raro ☐ Poco Frecuente ☐ Frecuente ☐ Muy Frecuente ☐

7. ***Su comentario***

a) ¿Quiere hacer algún comentario sobre la Maternidad o decirme algo que no le pregunté?
_____

Muchas Gracias

EVA6

7 PROVEEDORES DE SERVICIO (EP7)

CONFIDENCIAL: La información solicitada en este cuestionario es confidencial y sólo se utilizará con fines estadísticos

ESTUDIO DE FACTORES QUE AFECTAN LA MORTALIDAD MATERNA EN DOS REGIONES SANITARIAS DEL PARAGUAY

Entrevista	Proveedores de Servicio

Departamento: _____ |___|___|
Distrito: _____ |___|___|
Localidad: _____ |___|___|
Institución: _____ |___|___|
Establecimiento o Servicio: _____ |___|___|
Entrevistador/a: _____ |___|___|
Cargo del Entrevistador/a: _____ |___|___|
Especialidad: _____ |___|___|

1. ***El Plan Nacional de Salud Sexual y Reproductiva***
   a. ¿**Conoce usted el Plan** Nacional de Salud Sexual y Reproductiva?
      SÍ ☐ NO ☐
   b. ¿**Tiene un ejemplar** del Plan Nacional de Salud Sexual y Reproductiva?
      SÍ ☐ NO ☐ ***Si no tiene, entregarle un ejemplar del Plan***

2. ***Los Derechos de Usuarias/os***
   a. ¿Puede recordar algunos derechos de las usuarias de este servicio de salud?
      1._____3._____
      2._____4._____

3. ***La Atención Prenatal***
   a. ¿**En qué mes de su gestación** considera usted que la embarazada debe hacerse su **primer control prenatal**?
      |___|___| mes de gestación
   b. ¿**Cuántos controles prenatales** debe hacerse hasta el final del embarazo?
      |___|___| controles
   c. ¿Qué piensa usted del **embarazo en las adolescentes**?
      _____

4. ***Las Normas de Atención***
   - Prenatal
   a. ¿**Conoce usted** la Norma de Atención Prenatal?
      SÍ ☐ NO ☐
   b. Tiene usted aquí, en el servicio, un ejemplar de la Norma de Atención Prenatal?
      SÍ ☐ NO ☐
   c. ¿**Se utiliza** en los servicios la Norma de Atención Prenatal?
      SÍ ☐ NO ☐ ¿Por qué? _____

   - IMPAC
   a. ¿Conoce usted el IMPAC? Guía para el Manejo de las complicaciones del embarazo y el parto
      SÍ ☐ NO ☐
   b. ¿Tiene usted aquí un ejemplar del IMPAC?
      SÍ ☐ NO ☐
   c. ¿**Se utiliza** el IMPAC en los servicios?
      SÍ ☐ NO ☐ ¿Por qué? _____

   - PARTOGRAMA
   a. ¿**Conoce usted** el Partograma?
      SÍ ☐ NO ☐
   b. ¿**Se utiliza el Partograma** en los servicios que atienden partos en este Departamento?
      ☐ Siempre ☐ Frecuentemente ☐ A veces ☐ Nunca
   c. ¿**Por qué no se usa siempre el Partograma** (de RUTINA) en el servicio?

EP7

5. ***Las complicaciones del Embarazo y del Parto***
(Emergencias Obstétricas y Neonatales o del Recién Nacido)

a. En este Departamento/Distrito, la **complicación del embarazo o del parto es un problema**:
Raro ☐ Poco Frecuente ☐ Frecuente ☐ Muy Frecuente ☐

b. ¿En este Servicio (o donde usted presta servicio), **se resuelven estas situaciones?:**

b1). las emergencias obstétricas _____
SÍ ☐ NO ☐ ¿Por qué? _____

b2). las emergencias neonatales o del Recién Nacido
SÍ ☐ NO ☐ ¿Por qué? _____

b3). el parto por cesárea
SÍ ☐ NO ☐ ¿Por qué? _____

c. ¿Si no lo puede resolver en este servicio o Departamento, **a qué servicio se deriva** a la mujer con urgencia obstétrica o neonatal?
_____

6. ***Los Servicios Disponibles***

a. ¿Cuáles son los **Hospitales que tienen guardia de 24 horas durante los 365 días del año** y están preparados para **resolver las Emergencias** Obstétricas y del Recién Nacido?
Citar los hospitales.
1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____

7. ***La calidad de atención en maternidad***

a. Si usted le pone una nota del **1 al 10 para calificar la atención** que se da a la madre y a su bebé en este Hospital (o en la red de servicios), **¿cuánto le pone?**
1☐ 2☐ 3☐ 4☐ 5☐ 6☐ 7☐ 8☐ 9☐ 10☐

b. ¿Qué usted cree que se debería hacer en este Departamento o Distrito para **mejorar los Servicios de Maternidad?**

b1). Qué se debería hacer **en los servicios:**
_____

b2). Qué se debería hacer **en las comunidades:**
(embarazada, pareja, familia, vecindario, líderes, autoridades)
_____

8. ***La Mortalidad Materna y Neonatal en este Departamento***

a. ¿Conoce cuántas madres y recién nacidos murieron el año 2009 en este Departamento?
SÍ ☐ ¿Cuántos? |___|___|
NO ☐

b. ¿Sabe DE QUÉ MURIERON las embarazadas?
_____

c. ¿Sabe POR QUÉ MURIERON esas embarazadas?
_____

d. ¿Sabe DE QUÉ MURIERON los Recién Nacidos?
_____

e. ¿Sabe POR QUÉ SE MURIERON esos Recién Nacidos?
_____

9. ***Sus Propuestas para una Maternidad Segura en este Departamento***

a. En relación a la salud y en especial a la Salud Materna y del Recién Nacido en este Departamento, **¿tiene algunas sugerencias o comentarios que desea aportar**?
_____

10. ***Sus comentarios***

¿Algo que desea agregar o que no le hemos preguntado?
_____

¡Muchas Gracias!

EP7

8 GRUPOS FOCALES

CONFIDENCIAL: La información solicitada en este cuestionario es confidencial y sólo se utilizará con fines estadísticos

ESTUDIO DE FACTORES QUE AFECTAN LA MORTALIDAD MATERNA EN DOS REGIONES SANITARIAS DEL PARAGUAY

Preguntas disparadoras que pueden ser utilizadas en Grupos Focales de:

a) Mujeres
b) Varones
c) Mixtos

1. ¿Qué piensan sobre la maternidad?
2. ¿Cuál es la edad más conveniente para que la mujer se embarace?
3. ¿Qué opinan ustedes de las madres adolescentes o muy jóvenes?
4. ¿Qué piensan de las mujeres que no quieren tener hijos?
5. ¿Las complicaciones graves o muertes de las mujeres durante el embarazo o el parto en este Departamento son?
   Raro ☐ Poco Frecuente ☐ Frecuente ☐ Muy Frecuente ☐
6. ¿Cuáles son las complicaciones más frecuentes que ustedes conocen? Marcar sólo las que se mencionen espontáneamente.
   ☐ Hemorragias (pérdida de sangre) o anemia
   ☐ Presión arterial alta o eclampsia
   ☐ Infecciones graves. Fiebres
   ☐ Aborto complicado, incompleto
   ☐ Parto obstruido, dificultad en la salida del bebé
   ☐ Otros (mencionarlas)
7. ¿Por qué se producen estas complicaciones y por qué se mueren las mujeres?
   Anotar todas las causas que se mencionen.
   a) _____
   b) _____
   c) _____
   d) _____
   e) _____
   f) _____
8. Ustedes creen que las muertes del Recién Nacido en este Departamento son:
   Raro ☐ Poco Frecuente ☐ Frecuente ☐ Muy Frecuente ☐
   Cuáles son las causas:
9. ¿Qué debería hacerse para evitar las complicaciones y las muertes de las madres y del recién nacido?
   a) ¿Qué deben hacer los servicios de salud?
   b) ¿Qué debe hacer la comunidad?
   c) ¿Qué debe hacer la mujer, su pareja o su familia?
10. Se dice que tenemos una Maternidad Segura cuando todos los embarazos transcurren de manera saludable y concluyen con un nacimiento satisfactorio con la madre y su bebé vivos y en buenas condiciones de salud física y mental.
    ¿Qué ustedes recomiendan que debe hacerse para que la Maternidad Segura y Saludable sea una realidad en este Distrito y en todo el Departamento?

GF8

Conceptos y Definiciones

Defunción Materna: es "la muerte de una mujer mientras está embarazada o hasta los 42 días siguientes a la terminación del embarazo, independientemente de la duración y el sitio del embarazo, debido a cualquier causa relacionada con o agravada por el embarazo mismo o su atención, pero NO debido a causas accidentales ni incidentales". OMS.

Muerte materna relacionada al embarazo: es la muerte de una mujer mientras está embarazada o dentro de los 42 días siguientes a la terminación del embarazo, independientemente de la causa de la defunción. Atañe a las causas accidentales e incidentales como suicidios, homicidios y accidentes de tránsito.

Muerte materna tardía: es la muerte de una mujer por causas obstétricas directas o indirectas después de los 42 días pero antes de un año de la terminación del embarazo.

Defunción obstétrica directa: "es la muerte que resulta de complicaciones del embarazo, parto o puerperio de intervenciones, omisiones, tratamiento incorrecto, o de una cadena de acontecimientos originada en cualquiera de las circunstancias mencionadas".

Defunción obstétrica indirecta: "es la muerte que resulta 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".

Clasificación de la Muerte Materna según el Lugar de Ocurrencia.

A. Muerte Materna Hospitalaria: "La que ocurre en cualquier momento o en cualquier lugar de un hospital, establecimiento o puesto de salud, independientemente del tiempo transcurrido entre la llegada de la paciente y su deceso".
La muerte de una paciente en tránsito hacia un hospital es considerada defunción hospitalaria si ocurre en una ambulancia. En tales casos y por simple acuerdo, la muerte es asignada al hospital de referencia y es notificada y estudiada por ese hospital.

B. Muerte Materna No Hospitalaria: "Es aquella que no se pueden incluir dentro de la definición de Muerte Materna Hospitalaria. Esta definición incluye, por ejemplo, las defunciones que ocurren en el domicilio y en camino al hospital, si el traslado no ocurre en una ambulancia".

Clasificación de la Muerte Materna según el Lugar de Ocurrencia.

1. **Durante el embarazo:** es decir antes del inicio del trabajo de parto (incluso aunque hubiera rotura de membranas pero sin que se iniciara la labor del parto).
2. **Durante el parto:** cuando ocurre a partir del inicio del trabajo de parto y hasta la expulsión o extracción de la placenta.
3. **Durante el Puerperio o Post-parto:** cuando la muerte sucede después de la extracción o expulsión de la placenta y hasta los 42 días de la terminación del embarazo.

Emergencias: Las emergencias pueden ocurrir repentinamente, al igual que una convulsión, o pueden desarrollarse como resultado de una complicación que no se trata o monitorea adecuadamente. La mayoría puede prevenirse mediante una planificación cuidadosa, el seguimiento de las guías clínicas y el monitoreo estrecho de la mujer. (IMPAC).

Emergencia obstétrica: Es una complicación que afecta a la salud reproductiva de la mujer durante el embarazo, parto o puerperio con riesgo inminente de secuela y/o muerte para la madre, feto y/o recién nacido o ambos. (OPS).

Muerte neonatal: se refiere a la muerte de un recién nacido desde el nacimiento hasta los 27 días de vida cumplidos.

- **Muerte neonatal precoz:** es la muerte de un recién nacido desde el nacimiento hasta los 6 días de vida cumplidos.
- **Muerte neonatal tardía:** cuando la muerte se produce entre los 7 a los 27 días de vida cumplidos.

Mortalidad perinatal: es la suma de la Mortalidad Fetal Tardía (a partir de las 28 semanas de gestación con feto de 1.000 gramos o más) más la Mortalidad Neonatal Precoz.

Mortalidad Postneonatal: se produce desde los 28 días de vida hasta los 11 meses cumplidos.

Mortalidad Infantil: constituyen las defunciones de los menores de 1 año de vida.

Los Cuidados Obstétricos y Neonatales Esenciales (CONE)

CONE Básico

1. Tratamiento de embarazos complicados (por ejemplo, por anemia o diabetes).
2. Tratamiento médico de complicaciones del embarazo, eclampsia.
3. Procedimientos manuales (extracción de la placenta, reparación de desgarros o episiotomías).
4. Vigilancia del trabajo de parto (mediante el uso del partograma).
5. Atención especial del recién nacido.
6. Atención normal del embarazo, parto y puerperio.

CONE Integral

7. Tratamiento quirúrgico de problemas obstétricos (cesárea, histerectomía, legrados, etc.).
8. Anestesia y medicamentos básicos.
9. Transfusión sanguínea (sangre segura).

Los primeros corresponden al **CONE BÁSICO**, que deben ser realizados en Centros, Dispensarios y Puestos de Salud como parte de la atención primaria en el primer nivel de atención. Los siguientes cuidados corresponden al **CONE INTEGRAL** que deben ser proveídos en todos los servicios de referencia (Hospitales Distritales, Regionales, Nacionales, Maternidades y otros de mayor complejidad).

Paquete de Atención Básica del Recién Nacido

1. **Limpieza:** parto limpio y manejo higiénico del cordón umbilical para prevenir las infecciones del recién nacido (tétanos y sepsis).
2. **Protección Térmica:** prevención y/o manejo de la hipotermia o de la hipertermia neonatal.
3. **Lactancia materna exclusiva y temprana.**
4. **Iniciación de la respiración, reanimación**, si es necesario.
5. **Cuidado de los ojos:** Prevención y manejo de la oftalmia neonatal.
6. **Inmunización** (BCG a partir de los 2.000 grs.).
7. **Manejo de las enfermedades** del recién nacido.
8. **Atención del recién nacido prematuro** y/o del recién nacido con bajo peso al nacer.
9. **Personal capacitado en Reanimación Neonatal.**

Equipos y Comisiones de SVESMMM-N

A) EQUIPOS TÉCNICOS

Equipo Técnico Nacional de Vigilancia.
Estará constituido por los siguientes representantes del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social:

- Viceministro de Salud – Presidente.
- Director General de Desarrollo de Servicios de Salud- Coordinador Operativo.
- Director General de Programas de Salud – Secretario Ejecutivo.
- Director de Vigilancia Epidemiológica- Miembro.
- Director General de Planificación- Miembro.
- Director General de Administración y Finanzas- Miembro.
- Responsable de SVESMMMN-Miembro.

Funciones:

1. Definir y adoptar estrategias e intervenciones adecuadas para la prevención de la morbilidad materna y neonatal.
2. Coordinar, difundir, promocionar, investigar y asesorar en el desarrollo de las acciones sistemáticas y permanentes que demanden los niveles de atención en el área de su competencia.
3. Ejecutar y actualizar el sistema de monitoreo y evaluación, garantizando la aplicación de sus indicadores acorde al sistema informático de control de gestión.

4. Apoyar el intercambio de experiencias de los procesos de la Vigilancia de la Salud y la Morbilidad Materna y Neonatal en base a Calidad que se hayan implementado en los diferentes sectores públicos y privados.
5. Recibir los informes regionales sobre muertes maternas y neonatales, consolidarlos y presentarlos a la Comisión Nacional de VESMMMN.
6. Orientar el desarrollo de acciones necesarias para el mejoramiento continuo a través de ciclos rápidos de intervención, según el análisis de la información sobre la morbilidad materna y neonatal a nivel nacional.
7. Remitir informes técnicos semestrales/anuales al Consejo Nacional de Salud Sexual y Reproductiva.
8. Dar seguimiento a los planes de acción nacional y regionales. Retroalimentar con informaciones procesadas a nivel regional en los controles de gestión.
9. Corresponsabilidad en la aplicación de las guías y la realización de informes y retroalimentación a los equipos técnicos regionales.

Equipo Técnico Regional de Vigilancia
Estará constituido por los siguientes representantes de la Región Sanitaria del MSP y BS:
- Director Regional- Coordinador.
- Administrador
- Epidemiólogo
- Jefe de SSR.
- Jefe de Salud Infantil.
- Coordinador de Programas de Salud.
- Enfermero Jefe.
- Educador.
- Estadígrafo.

Funciones:
1. Implementar y dar seguimiento a las medidas de intervención estratégica que garanticen el mejoramiento continuo de la calidad; siguiendo los lineamientos del Plan Departamental de SSR y SIN (componente neonatal) a través de planes de acción departamentales e informar al Equipo Técnico Nacional.
2. Apoyar el intercambio de experiencias de los procesos de la vigilancia de la salud y la Morbilidad materna y Neonatal en base a calidad que se hayan implementado en los diferentes sectores públicos y privados.
3. Vigilar el proceso de análisis local de las emergencias obstétricas y neonatales y sus causales por medio del seguimiento de los indicadores de forma mensual.
4. Analizar mensualmente los resultados de los círculos de gestión de calidad (en lo relacionado a la morbilidad materna y neonatal) que se realizan en las unidades del nivel local y emitir recomendaciones sobre hallazgos.
5. Coordinar acciones y retroalimentar información consolidada a los diferentes equipos técnicos de los niveles locales. Monitorear y evaluar la implementación de los planes de acción locales.
6. Recibe, analiza, amplía el informe epidemiológico de muerte materna o neonatal (si es necesario) y elabora su Plan de Acción Regional. Posteriormente, convoca para informar a la Comisión Regional del VESMMMN. Emite el informe final del estudio con acuerdo de la Comisión Regional y lo envía al Secretario Ejecutivo del Equipo Técnico Nacional. Implementa y monitoriza el plan de acción regional.
7. Recolectar y analizar la información sobre morbilidad materna y neonatal de los distritos que no tengan Equipo Técnico.
8. Capacitar en la aplicación de las guías y la realización de los informes a los Equipos Técnicos Locales.

Equipo Técnico Local de Vigilancia
El Equipo Técnico Local se conforma en hospitales, centros de salud y otros servicios de salud público o privados. Estará constituido por los siguientes representantes:
- Director – Coordinador.
- Jefe o encargado del área de ginecología y obstetricia.
- Educador.
- Jefe o encargado del área de pediatría

- Enfermero jefe.
- Estadígrafo.
- Jefe de administración y finanzas.

Funciones:

1. Recolectar en su área de cobertura –con los instrumentos de estudio establecidos en el presente manual– los datos requeridos y velar por su calidad técnica.
2. Hacer el estudio inicial de los casos de morbilidad materna y neonatal, elaborar un informe técnico epidemiológico con su respectivo Plan de Acción. Convocar a la Comisión local de VESMMN para la presentación del mismo y recoger las recomendaciones para su implementación.
3. Dar seguimiento a la ejecución de los planes de acción locales.
4. Realizar el seguimiento de los indicadores de monitoreo, control y evaluación de la calidad mensualmente y desarrollar procesos de mejora de VESMMN.
5. Aplicación de las normas técnicas y guías vigentes por el MSP y BS referentes al área SSR y Neonatología.
6. Informar mensualmente al coordinador del nivel regional (director regional) los resultados de las actividades de Vigilancia de la Salud y la Morbilidad Materna y Neonatal en base a Calidad (Indicadores de proceso, calidad de atención e impacto).
7. Socializar las funciones del Equipo Técnico de VESMMN.

COMISIONES

Comisión Nacional de Vigilancia

La Comisión Nacional tiene por sede la Dirección General de Programas de Salud (DGPS) y se relaciona funcionalmente con el Consejo Nacional de Salud Sexual y Reproductiva y su Grupo Conductor. Recibe insumos del Equipo Técnico Nacional y de organismos de cooperación técnica en salud. La Comisión Nacional estará integrada por:

- Direcciones Generales de Programas de Salud; de Desarrollo de Servicios de Salud; de Promoción de la Salud; de Vigilancia de la Salud; de Planificación y Evaluación; de Administración y Finanzas y de Recursos Humanos del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social.
- Representantes del Hospital Nacional y Maternos Infantiles.
- Representante de la Cruz Roja Paraguaya; Centro Paraguayo de Estudios de Población (CEPEP); PROMESA, Plan Paraguay y otras ONG.
- Representante del Instituto de Previsión Social, IPS.
- Representante de las Fuerzas Públicas: Fuerzas Armadas y Policía Nacional.
- Representante de la Dirección del Registro del Estado Civil.
- Representantes de la Universidad Nacional de Asunción: Facultad de Ciencias Médicas, Cátedra de Ginecología y Obstetricia, Instituto Andrés Barbero, Escuelas de Enfermería / Obstetricia y Dirección de Obstetricia.
- Representantes de Consejos de Universidades y Escuelas de Enfermería y Obstetricia.
- Representantes de Sociedades Científicas (de ginecología-obstetricia, pediatría / perinatología, salud pública y otras).
- Organismos de Cooperación Internacional, UNFPA, USAID, OPS/OMS, UNICEF, GTZ y de Proyectos financiados por Bancos (BID y Banco Mundial).

Funciones:

1. Analizar y retroalimentar la situación nacional de la salud y morbimortalidad materna y neonatal.
2. Analizar los informes consolidados por el Equipo Técnico Nacional de Vigilancia en base a la Calidad de la Salud y la Morbimortalidad Materna y Neonatal y difundir informes semestrales al Consejo Nacional de SSR a través del Grupo Conductor.
3. Diseñar las estrategias de intervención políticas y técnicas y dar seguimiento a las recomendaciones nacionales y regionales.
4. Recomendar y desarrollar acciones de apoyo desde el seno de las organizaciones que constituyen esta comisión.

Comisión Regional de Vigilancia

Está conformada por:

- Director Regional del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social – **Coordinador.**
- Director de Programa / Encargado de SSR.

- Secretario de Salud de la Gobernación en representación del Consejo Regional de Salud.
- Representante del Instituto de Previsión Social, IPS.
- Representante del Ministerio de Educación y Cultura.
- Representante de las Fuerzas Públicas: Fuerzas Armadas y Policía Nacional.
- Representantes de Universidades de la región con carreras afines a la salud y área social.
- Representantes de Sociedades Científicas (de ginecología-obstetricia, pediatría / perinatología, salud pública y otras).
- Representantes de ONGs, y organismos de la sociedad civil de la región.
- Representante del Registro del Estado Civil departamental.
- Representantes de proyectos de organismos de cooperación internacional, que se estén implementando en la región.

Funciones:
1. Analizar la situación regional de la salud y morbimortalidad materna y neonatal.
2. Analizar los informes consolidados por Equipos Técnicos Regionales de vigilancia.
3. Elaborar y difundir informes trimestrales con el apoyo del Equipo Técnico Regional de Vigilancia en relación a los indicadores sobre salud y morbimortalidad materna y neonatal desagregada por distritos.
4. Analizar acciones, recomendaciones y dar seguimiento a los lineamientos del Plan Departamental de SSR y SIN (componente neonatal).
5. Recomendar y desarrollar acciones de apoyo desde el seno de las organizaciones que constituyen esta comisión al Plan de Acción Regional.

Comisión Local de Vigilancia
Está conformada por:
- Director de hospital o centro de salud del MSP y BS – **Coordinador.**
- El Intendente Municipal en representación del Consejo Local de Salud.
- Representante de la Junta Municipal.
- Representante del Instituto de Previsión Social, IPS.
- Representante del Ministerio de Educación y Cultura.
- Representante de la Sanidad de las Fuerzas Armadas y Policía Nacional.
- Representantes de Universidades locales con carreras afines a la salud.
- Representantes de Sociedades Científicas (de ginecología-obstetricia, pediatría / perinatología, salud pública y otras).
- Representantes de ONGs, y organismos de la sociedad civil.
- Representante del Registro del Estado Civil local.
- Representantes de proyectos de organismos de cooperación internacional, que se estén implementando en la localidad.

Funciones:
1. Analizar la situación local (hospitales, centros y puestos de salud) de la salud, morbilidad, mortalidad materna y neonatal.
2. Analizar los informes consolidados por el Equipo Técnico Local.
3. Elaborar y difundir –con el apoyo del Equipo Técnico Local- informes trimestrales sobre salud y morbimortalidad materno neonatal de su distrito.
4. Analizar y apoyar la implementación de los planes de acción locales y departamentales.
5. Recomendar y desarrollar acciones de apoyo desde el seno de las organizaciones que constituyen esta comisión.