UNIDA Salud
health journal
e-ISSN: 2791-2728

Publicación periódica de acceso abierto, financiada y editada por la Universidad de la Integración de las Américas

Artículo original

Costo de la atención hospitalaria de mujeres con evento obstétrico sin complicaciones y con muerte materna de la República del Paraguay en el año 2018

Cost of hospital care of women with an obstetric event without complications and with a maternal death in the Republic of Paraguay in the year 2018

María Elida Quintana Molinas[1], Gladys Esther Mora de López[2], Cynthia Marlene Diaz Vicensini[3]

[1] Universidad Nacional de Asunción, Facultad de Odontología. Asunción, Paraguay.

[2] Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social, Dirección Nacional Estratégica de Recursos Humanos en Salud. Asunción, Paraguay.

[3] Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. Dirección de Salud sexual y Reproductiva. Asunción, Paraguay.

RESUMEN

Este trabajo tuvo como objetivo determinar el costo económico que representa la atención de mujeres con muerte materna, así como a mujeres con evento obstétrico sin complicaciones en la República del Paraguay en el año 2018. Fue realizado un estudio retrospectivo en datos de fuente secundaria, en una muestra de 150 registros incluyendo 75 de muerte materna y 75 de mujeres con evento obstétrico sin complicaciones; todas registradas en las Redes Integradas e Integrales de Servicios de Salud y Certificados de defunción del Registro del Estado Civil paraguayo. **Resultados**: Edad promedio 26,97±7,84; mayoría menores de 25 años (50,67%); las mayores frecuencias de muerte materna en los 2 extremos de muestra en las de 20 y menos (24,00%) y en las mayores de 30 (45,33%). 66% de las mujeres son del área urbana en tanto de las fallecidas el 52% son del área rural. En su mayoría provienen de regiones sanitarias con alta densidad poblacional (Central en un 31,33%, Alto Paraná 24,67%, Itapúa con 8,67%). Sólo 9 mujeres (6%) corresponde a la población indígena del país (todas fallecidas). Solo 6% contaba con seguro médico y sólo el 4% de los decesos fueron constatados por personal forense. En el puerperio fueron la mayoría de los decesos (62%), el bajo registro de la situación, pone en tela de juicio la calidad del llenado del certificado de defunción. En el 90% la atención estuvo en el tercer nivel de salud, el 6,67 % en domicilio, trayecto o la calle. En ambos grupos la cesárea fue principalmente la forma de interrupción del embarazo y se puede evidenciar que la baja escolaridad, se encuentra ligada a los malos resultados como el fallecimiento de la madre. **Conclusión**: vemos que todos los casos pueden ser considerados prevenibles, si agregamos el pilar principal, como la planificación familiar a la prioridad de la atención con calidad, sobre todo teniendo en cuenta que una de las primeras causas de MM en el país continúa siendo el aborto reflejando la falta de acceso y cobertura del sistema como una de las debilidades a tener en cuenta, incluyendo la falta de educación y acceso a la información veraz y oportuna por parte de la usuaria.

Palabras clave: costo, muerte materna, planificación familiar

ABSTRACT

The objective of this work was to determine the economic cost of caring for women with maternal death, as well as women with an uncomplicated obstetric event in the Republic of Paraguay in 2018. A retrospective study was carried out on data from a secondary source, in a sample of 150 records including 75 of maternal death and 75 of women with an obstetric event without complications; all registered in the Integrated and Integral Networks of Health Services and Death Certificates of the Paraguayan Civil Status Registry. Results: Average age 26.97 ± 7.84; majority under 25 years of age (50.67%); the highest frequencies of maternal death in the 2 extremes of the sample in those aged 20 and under (24.00%) and in those over 30 (45.33%). 66% of the women are from the urban area while 52% of the deceased are from the rural area. Most of them come from health regions with high population density (Central 31.33%, Alto Paraná 24.67%, Itapúa 8.67%). Only 9 women (6%) correspond to the indigenous population of the country (all deceased). Only 6% had medical insurance and only 4% of the deaths were verified by forensic personnel. In the puerperium were the majority of deaths (62%), the low registration of the situation calls into question the quality of filling out the death certificate. In 90% the attention was in the third level of health, 6.67% at home, journey or the street. In both groups, the cesarean section was mainly the way to interrupt the pregnancy and it can be seen that low education is linked to poor results such as the death of the mother. Conclusion: we see that all cases can be considered preventable, if we add the main pillar, such as family planning, to the priority of quality care, especially considering that one of the leading causes of MM in the country continues to be abortion reflecting the lack of access and coverage of the system as one of the weaknesses to take into account, including the lack of education and access to truthful and timely information by the user.

Keywords: cost, family planning, maternal death.

Para correspondencia dirigirse a: mariaequintana@odo.una.py; moraops@gmail.com; saludsexualyreproductiva@mspbs.gov.py
Recibido: Agosto 03, 2023. Aceptado: Setiembre 05, 2023.
Conflictos de interes: Ninguna que declarar.

Este es un artículo publicado en Acceso Abierto bajo Licencia Creative Commons CC-BY, que permite el uso sin restricciones, distribución y reproducción en cualquier medio, siempre que se cite debidamente la obra original.

INTRODUCCIÓN

El presente trabajo aborda como tema principal el costo de la atención hospitalaria de mujeres gestantes desde su ingreso al sistema de salud, incluyendo desde el control prenatal hasta el egreso de la paciente. Fueron incluidas las mujeres con evento obstétrico sin complicaciones y todas las muertes maternas registradas por el Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social de la República del Paraguay en el año 2018.

La maternidad es considerada un acontecimiento importante para la mujer y la familia y no debería ser una situación de riesgo en la que se convierte porque el sistema de salud no es lo suficientemente eficiente para prevenir estos eventos (1). En tal sentido, la muerte materna es el resultado de un conjunto de múltiples situaciones que conjugan entre si y producen este resultado negativo. Es un tema de suma importancia ya que la muerte materna es el indicador de impacto más sensible que se utiliza para medir la calidad de atención en salud (2).

La mortalidad materna o muerte materna (MM) es un término estadístico que describe la muerte de una mujer durante o hasta 42 días después del embarazo debida a causas relacionadas o agravadas por la gestación misma o por la atención brindada, pero no por las causas accidentales (3). Más de una mujer muere en el mundo cada minuto y la Organización Mundial de la Salud (OMS), en su informe sobre mortalidad materna publicado en el 2020, estimó que, durante ese año, 287 000 mujeres murieron durante o tras el embarazo o el parto. El 95% de todas las muertes maternas en 2020 se produjeron en países de ingresos bajos y medianos bajos, y la mayoría podrían haberse evitado (4).

A pesar de que la mortalidad materna en Latinoamérica se redujo un 40% entre 1990 y 2013 y en los países de la región, entre ellos Paraguay (5), se han realizado progresos importantes, la muerte materna y más aún la muerte de los recién nacidos continúa representando un grave problema de salud pública. La mayoría de estas muertes son médicamente prevenibles porque los tratamientos y terapias para prevenir dichas muertes se conocen y manejan desde el año 1950 (6).

La mortalidad materna verifica la calidad de los sistemas de salud en el mundo, pues la misma no implica buen o mal estado de salud general, sino aspectos relacionados a violencia contra la mujer, por ejemplo (7).

Es sabido que en lo relacionado a Muerte Materna existe un importante subregistro, puesto que menos del 40 % de los países miembros de la OMS reportan correcta, sistemática y verazmente sus niveles de mortalidad materna (8).

La mortalidad materna refleja un problema de Salud Pública, evidencia debilidades en la cobertura, en el acceso, en la calidad de los servicios de salud, teniendo en cuenta que la mayoría de las muertes son evitables y que su disminución es objeto de seguimiento nacional e internacional (9).

En la mayoría de los países desarrollados y aquellos en desarrollo, indicadores como mortalidad infantil han disminuido y la esperanza de vida al nacer ha aumentado, en países como Paraguay la razón de mortalidad materna sigue siendo elevada, considerando que en los recientes Objetivos de Desarrollo del Milenio (10) que han cerrado en el 2015, se trazaron metas que no se han podido cumplir, como la reducción de la tres cuartas partes de los casos de muerte materna, con línea de base en el año 1996, no logrando nuestro país cumplir con estos objetivos.

Con temas como la muerte materna, se han realizado diferentes tipos de análisis que guardan relación con las causas, los determinantes sociales asociados con la muerte materna, dirigidos en su mayoría a las consecuencias sociales y a las debilidades propias del sistema de salud, pero aún no hemos analizado a la muerte materna desde el aspecto del costo en salud relacionado a la inversión en prevención y así como también relacionado al costo social que implica a las familias dicha pérdida (11).

Por tal motivo, la investigación es de actualidad para el tratamiento de temas trascendentales, como diagnosticar la situación acerca del costo que genera la atención de mujeres gestantes en la República del Paraguay, evaluar las causas que más generan muerte materna teniendo en cuenta el modelo de las tres demoras, cuánto le cuesta al estado paraguayo la atención de mujeres con algún evento obstétrico sin complicación en comparación al costo de dichas muertes, proponiendo la implementación de un sistema de campañas destinadas a la prevención de dichas muertes a nivel país por las consecuencias y costos sociales que esto acarrea.

MATERIALES Y MÉTODOS

Con la finalidad de conocer la realidad, la situación actual y fundamentar la necesidad de conocer el impacto que genera al país el costo de la muerte materna utilizamos la metodología descriptiva, transversal, teniendo en cuenta la población total de mujeres gestantes atendidas según datos proveídos por el MSP y BS de la República del Paraguay en el año 2018.

POBLACIÓN Y MUESTRA

La población comprende a todos los casos de mujeres (150 mujeres gestantes) que han tenido eventos ginecobstétricos, atendidas y registradas en la red de atención del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social de Paraguay en el año 2018 es decir, 75 muertes maternas y 75 mujeres con evento obstétrico sin complicaciones.

Para el caso de muerte materna no se tomó muestra ya que se tomaron todos los casos de mujeres gestantes con desenlace fatal atendidas en los centros asistenciales públicos de la República del Paraguay del año 2018.

La muestra de las pacientes con evento obstétrico sin complicaciones estuvo constituida por 75 pacientes que fueron asistidas en los diferentes nosocomios y que fueron registrados en los datos del MSP y BS. El instrumento fue completado por las autoras de esta investigación.

Para la recolección de los datos consideramos apropiado incorporar a todas las pacientes tratadas en la República de Paraguay en el año 2018.

Las informaciones recogidas fueron tabuladas en planilla electrónica Microsoft Excel® 2010, analizadas de manera grupal en cada pregunta, con aplicaciones de fórmulas apropiadas proporcionadas por la misma planilla electrónica; las informaciones se presentan en tablas y gráficos enumerados.

Las técnicas y procedimientos empleados en el presente trabajo fueron los siguientes:

- Observación: observamos y realizamos registros de acuerdo al certificado de defunción y completamos la ficha preparada por nuestra autoría.

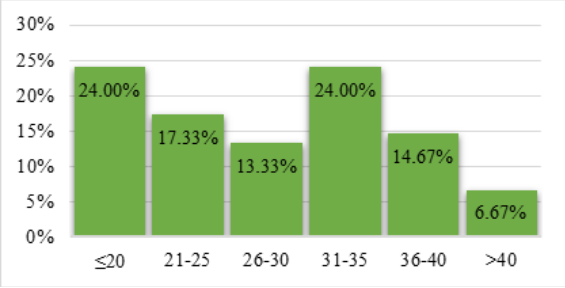
- Procesamiento de datos con EPI INFO 6.0 como las estadísticas.

RESULTADOS

Descripción de las variables sociodemográficas

La edad promedio de las mujeres gestantes atendidas en los servicios de salud del Paraguay es de 26,97 ± 7,84 (14 a 48) años; siendo mayoría las menores de 25 años (50,67%).

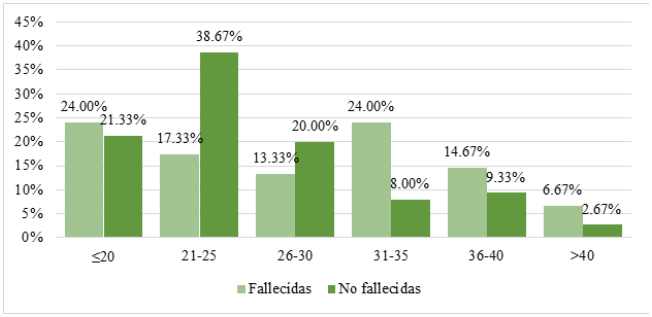
La edad más prevalente entre las mujeres con muerte materna fue de 21 años, siendo los grupos etarios mayoritarios las menores de 20 y las del rango etario de 31 a 35 (24,00% cada uno). (Figura 1)



Fuente: Elaboración propia

Figura 1. Mujeres con muerte materna según edad (N: 75)

Se observó que al comparar las edades de los casos de muerte materna con las mujeres con evento obstétrico sin complicaciones podemos decir que la mayor frecuencia de muerte materna se observa en los 2 extremos de muestra en las de 20 y menos (24,00%) y en las mayores de 30 (45,33%) (Figura 2)



Fuente: Elaboración propia

Figura 2. Cuadro comparativo de la edad de ambos grupos

Descripción de las variables del sistema de salud

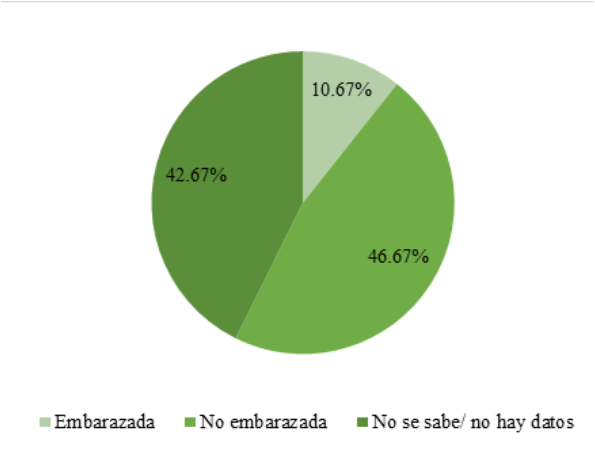
Comparando los días de internación de ambos grupos se observa que coinciden en que la mayoría han estado internadas de 1 a 3 días (Tabla 1).

Tabla 1. Cuadro comparativo de los días de hospitalización de ambos grupos (N: 150)

Días de hospitalización	EO sin Complicaciones		MM	
	FA	FR	FA	FR
<1día	3	4,00%	24	32,00%
1-3 días	53	70,67%	40	53,33%
4-6 días	12	16,00%	5	6,67%
7-9 días	4	5,33%	-	-
10-12 días	1	1,33%	5	6,67%
>12 días	2	2,67%	1	1,33%
TOTAL	75	100%	75	100%

Fuente: Elaboración propia

Con respecto al estado al momento de la muerte el 10,67% estaba embarazada cuando falleció, el 46,67 % no lo estaba y el 42,67 % no se sabe o no hay datos, en este último valor en específico es muy importante ya que la herramienta de recolección de este dato es el certificado de defunción y esto nos lleva a entender la mala calidad del llenado del documento (Figura 3).



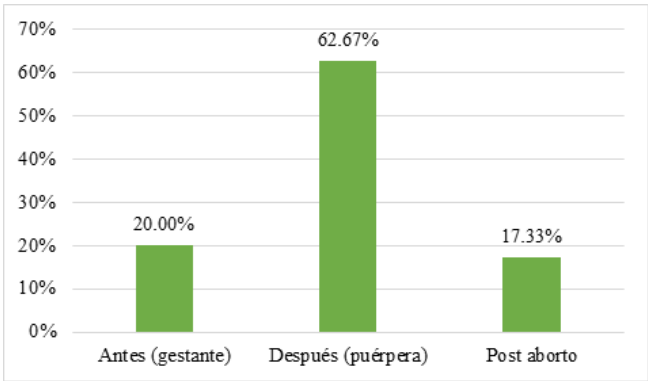
Fuente: Elaboración propia

Figura 3. Estado al momento de la muerte materna (N:75)

El análisis de los casos indica que el momento en que ocurrieron las muertes maternas son en el puerperio en un 62%, durante la gestación en un 20% y en el post aborto en un 17, 3% (Figura 4)

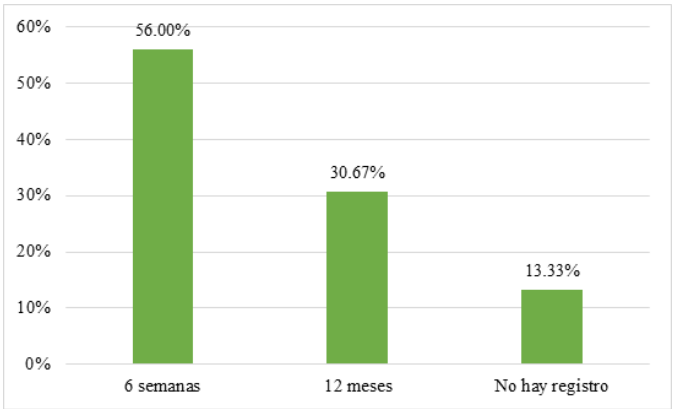
Según el Certificado de Defunción se observa que el 56,00% de las mujeres fallecidas en este estudio se encontraban en el periodo de puerperio de al menos 6 semanas en tanto que el 30,67% lo estaba en los últimos 12 meses, evidenciando las mujeres que han fallecido dentro del primer año posterior a la gestación, considerando las muertes maternas tardías, y el 13,33% sin registro de la situación, lo que pone en tela de juicio

la calidad del llenado del certificado de defunción (Figura 5).



Fuente: Elaboración propia

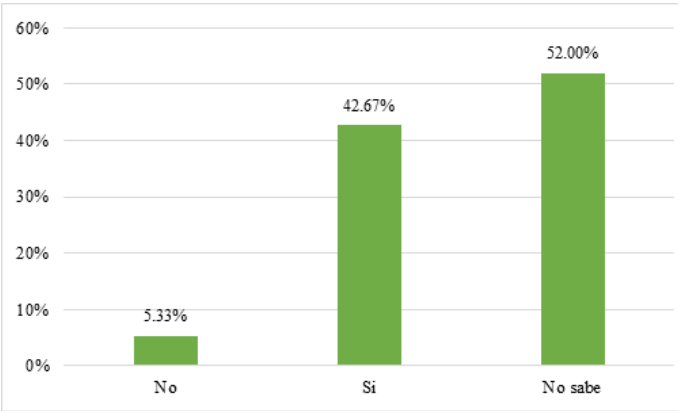
Figura 4. Momento de la muerte materna en relación al evento obstétrico (N:75)



Fuente: Elaboración propia

Figura 5. Embarazada en los últimas 6 semanas o 12 meses. (N:75)

En el 52,00% de los casos el codificador o la persona encargada de la carga no sabe si la fallecida ha recibido asistencia médica al momento de la muerte, pues en el certificado no se ha registrado, en el 42,67 % si recibió asistencia médica y sólo el 5,3 % no lo ha recibido (Figura 6).



Fuente: Elaboración propia

Figura 6. Recibió asistencia médica en el momento de la muerte (N: 75)

De los casos estudiados de las pacientes con evento obstétrico sin complicaciones, se observa que todas (N: 75) han recibido atención en el tercer nivel de atención.

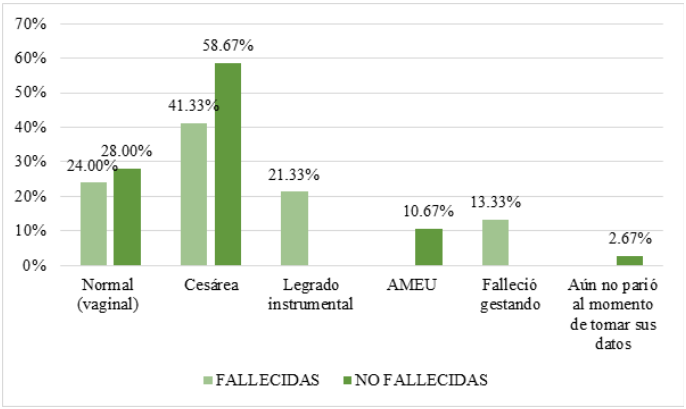
Y de todos los casos de las muertes maternas se observa que en el 80% y el 6,67% fueron asistidas en los niveles tercero y segundo respectivamente, el resto no acudieron para asistencia institucional. (Tabla 2).

Tabla 2. Cuadro comparativo según niveles de atención donde acudieron para su atención en ambos grupos (N: 150)

NIVEL DE ATENCION DEL MSPBS	MM		EO sin Complicaciones	
	FA	FR	FA	FR
Nivel 1	-	-	-	-
Nivel 2	5	6,67%	-	-
Nivel 3	60	80,00%	75	100%
Domiciliario, trayecto, calle	10	13,33%	-	-
Total	75	100%	75	100%

Fuente: Elaboración propia

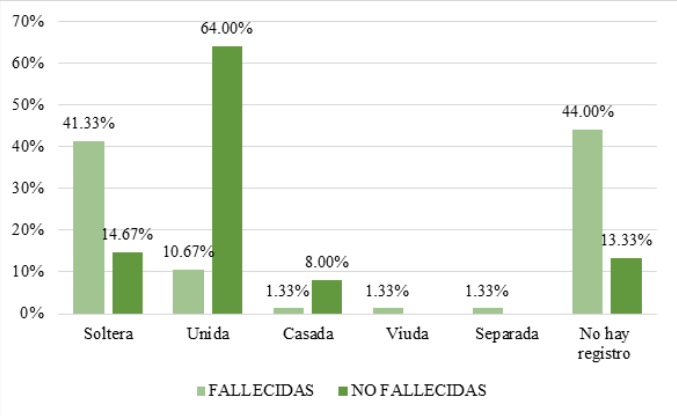
Comparando las vías de resolución en ambos grupos, se observa que en ambos la cesárea se realizó con mayor frecuencia; en los casos de las muertes maternas se realizó el legrado instrumental en un 21,3% en cambio en los casos sin complicaciones se ha utilizado el AMEU en un 10%. (Figura 7).



Fuente: Elaboración propia

Figura 7. Comparación de la vía de resolución de la gestación de ambos grupos (N: 150)

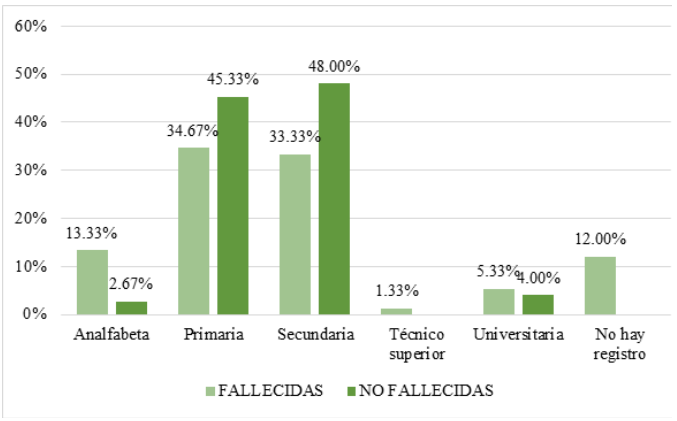
Comparando el estado civil de ambos grupos se observa que entre las muertes maternas un 41,33% eran solteras y 12% tenían una pareja oficialmente (unida y/o casada); mientras que en las pacientes sin complicaciones se observa mayor situación de acompañamiento de una pareja en el 72% (unida y casada). (Figura 8)



Fuente: Elaboración propia

Figura 8. Cuadro comparativo del estado civil de ambos grupos (N: 150)

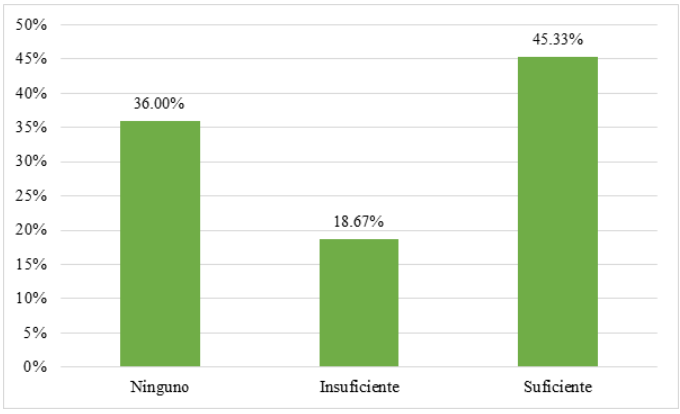
Comparando ambos grupos se puede evidenciar que el analfabetismo y la baja escolaridad que estuvo más presente en las mujeres que acabaron con muertes maternas. (Figura 9)



Fuente: Elaboración propia

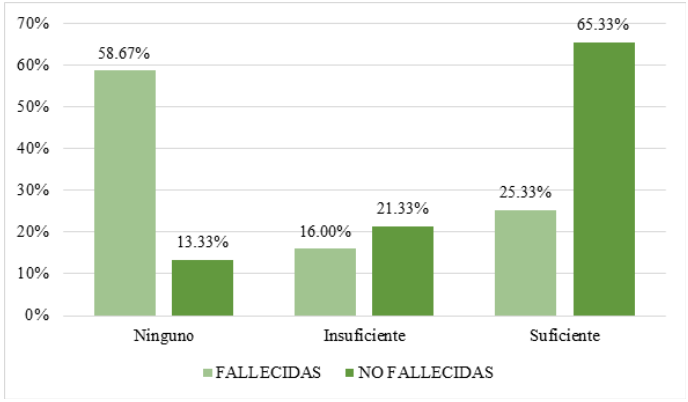
Figura 9. Comparación del nivel de estudio de ambos grupos (N: 150)

Para ambos grupos se constata que el control prenatal fue suficiente en el 45,33% de los casos; el 36,00% no realizó control prenatal y el 18,67 % lo hizo de manera insuficiente (Figura 10)



Fuente: Elaboración propia

Figura 10. Porcentaje de control prenatal de ambos grupos (N: 150)

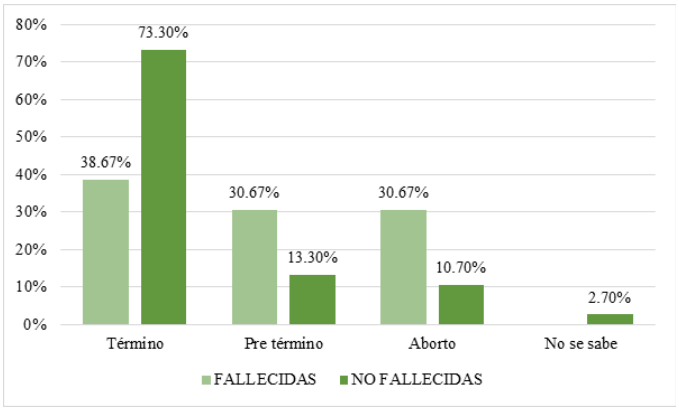


Fuente: Elaboración propia

Figura 11. Cuadro comparativo del control prenatal de ambos grupos (N: 150)

Se puede observar la relación importante entre los casos que acabaron en muerte materna y el nulo y deficiente control prenatal que presentaban las mujeres que murieron. (Figura 11)

Comparando ambos sucesos se observa que los casos de aborto o pre término tienen una carga importante en el impacto de las muertes maternas como factor de riesgo. (Figura 12)



Fuente: Elaboración propia

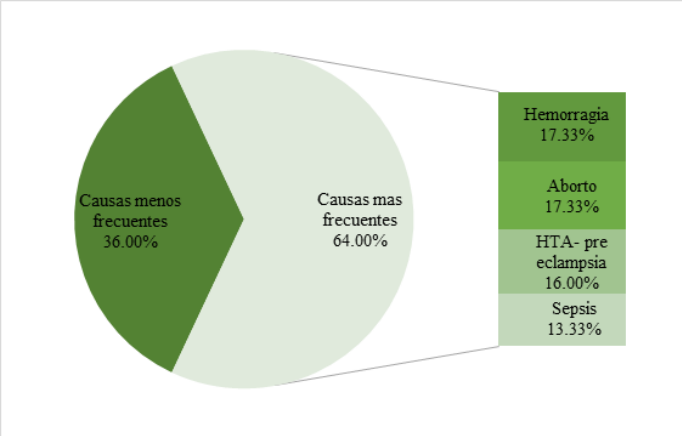
Figura 12. Gráfico comparativo de la edad gestacional de ambos grupos (N: 150)

La causa principal de muerte materna es la hemorragia en un 17,33%; el aborto en un 17,33%; la preclamsia en el 16,00%; la sepsis en el 13,33% y en un 36,00% otras causas que incluyen casos como Dengue, cardiopatías, Lupus, etc. (Figura 13).

En relación al requerimiento e ingreso a UTI, el 71,3% del total de casos no ingresó a la UTI y el 28,7 % de los casos ha ingresado a una UTI. (Figura 14)

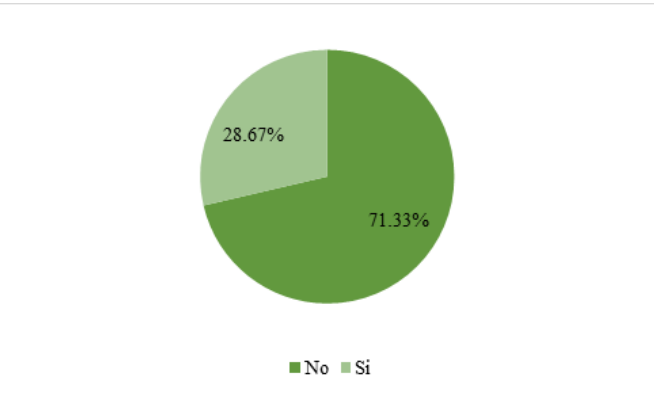
Podemos ver que la diferencia en cuanto a nivel socioeconómico entre los casos de muertes maternas y las otras, se encuentran en el nivel de extrema pobreza para las muertes maternas y las de clase media para las de evento obstétrico. (Figura 15).

Respecto a los costos de los procedimientos en ambos grupos pueden observarse en las tablas 3 y 4.



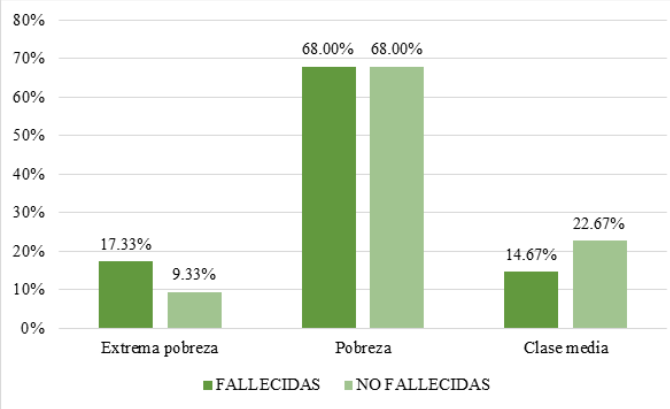
Fuente: Elaboración propia

Figura 13. Causas de muerte materna (N: 75)



Fuente: Elaboración propia

Figura 14. Porcentaje de ingreso a UTI en ambos casos (N: 150)



Fuente: Elaboración propia

Figura 15. Comparación del nivel socioeconómico de ambos grupos (N: 150)

Tabla 3. Costos comparativos de procedimientos en casos de muerte materna y eventos obstétricos sin complicaciones

Procedimiento y costo	Muerte Materna	Evento obstétrico sin complicación	Total General
Parto (1.606.708)	33.740.868	35.347.576	69.088.444
Cesárea (2. 447.766)	90.567.342	107.701.704	198.269.046
Instrumentado	4.895.532		4.895.532
Legrado 1.500.000	4.500.000	12.000.000	16.500.000
Histerectomía (3.000.000)	27.000.000		27.000.000
Salpingectomía (2.000.000)	2.000.000		2.000.000
AMEU (1.500.000)	3.000.000		3.000.000
Internación en UTI por día (5.000.000)	820.000.000		820.000.000
Control prenatal (50.000)	11.500.000	9.550.000	21.050.000
Total general	997.203.742	164.599.280	1.161.803.022

Tabla 4. Costos comparativos de procedimientos en casos de muerte materna y eventos obstétricos sin complicaciones

	Guaraníes	Dólares
Costo de la muerte materna:	Gs. 997.203.742	$ 155.813
Costo de los eventos obstétricos sin complicaciones:	Gs. 164.599.280	$ 25.718
Costo total de la atención de los 150 casos:	Gs. 1.161.803.022	$ 181.531

Fuente: Elaboración propia

CONCLUSIONES

En este estudio comparativo entre 75 casos de MM y 75 casos de evento obstétrico sin complicaciones, se ha observado que el gasto del estado es 6 veces mayor en los casos que terminan como MM, respondiendo afirmativamente la hipótesis del presente trabajo, esto implica que el costo de MM que fue de 997.203.742 Gs (155.813U$S) en comparación con el costo del otro grupo que fue 164.599.280 Gs (25.718U$S), teniendo en cuenta que el gasto mayor radica en la utilización de la terapia intensiva.

Este trabajo permite ratificar que las acciones principales y prioritarias para evitar estos eventos deben estar en la inversión de lo que significa la promoción y la prevención.

Hoy en día vemos que todos los casos pueden ser considerados prevenibles, si agregamos el pilar principal, como la planificación familiar a la prioridad de la atención con calidad, sobre todo teniendo en cuenta que una de las primeras causas de MM en el país continua siendo el Aborto, reflejando la falta de acceso y cobertura del sistema como una de las debilidades a tener en cuenta, incluyendo la falta de educación y acceso a la información veraz y oportuna por parte de la usuaria.

Tomando en consideración las múltiples causas de las MM, una de ellas constituyen los determinantes sociales como la pobreza, la falta de educación formal, ya que vemos que estos dos hechos se presentan en mayor medida en los casos de MM por lo que intervenciones más efectivas en las políticas públicas, no solo de instituciones como el MSPBS si no también otras instituciones del estado son importantes para prevenir estos eventos.

Teniendo en cuenta el tipo de población dentro de la franja etaria a la cual nos referimos, es importante tener en cuenta que el adolescente, es un grupo vulnerable a esta situación por lo que la atención debe ser integral, multidisciplinario y con un enfoque interinstitucional para el abordaje del embarazo en adolescentes.

Contribución de autores:

María Elida Quintana Molinas: Elaboración de artículo y revisión metodológica. **Gladys Esther Mora de López:** Análisis y presentación de los resultados. **Cynthia Marlene Diaz Vicensini:** Análisis y presentación de los resultados.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. López Rodríguez Y. Embarazo en la adolescencia y su repercusión biopsicosocial sobre el organismo de la madre y de su futuro hijo. Rev Cuba Enferm [Internet]. diciembre de 2011 [citado 4 de octubre de 2023];27(4):337-50. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0864-03192011000400011&lng=es&nrm=iso&tlng=es

2. Montesano-Delfín JR, Hernández A, Zapién-Moreno J, Olivares-Durán E, Guízar-Mendoza JM, Luna-Ruiz MA. Mortalidad materna: enlace entre gestión directiva y atención clínica oportuna. Rev Médica Inst Mex Seguro Soc [Internet]. 2009 [citado 4 de octubre de 2023];47(1):109-16. Disponible en: https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=35463

3. https://www.facebook.com/pahowho. Pan American Health Organization / World Health Organization. 2018 [citado 4 de octubre de 2023]. Definición de defunción materna - RELACSIS | OPS/OMS. Disponible en: https://www3.paho.org/relacsis/index.php/es/foros-relacsis/foro-becker-fci-oms/61-foros/consultas-becker/887-foro-becker-definicion-de-defuncion-materna/

4. Mortalidad materna [Internet]. [citado 4 de octubre de 2023]. Disponible en: https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/maternal-mortality

5. Informe de Naciones Unidas indica que Paraguay redujo mortalidad materna en un 48% - Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social [Internet]. [citado 4 de octubre de 2023]. Disponible en: https://www.mspbs.gov.py/portal/19565/informe-de-naciones-unidas-indica-que-paraguay-redujo-mortalidad-materna-en-un-48.html

6. Herrrera M M. Mortalidad materna en el mundo. Rev Chil Obstet Ginecol [Internet]. 2003 [citado 4 de octubre de 2023];68(6):536-43. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0717-75262003000600015&lng=es&nrm=iso&tlng=es

7. Gutiérrez Machado M, Quincose Rodríguez M, Suárez González JA, Corrales Gutiérrez A, Sevilla Bermúdez G, Machado Benavides HL. Caracterización de la mortalidad materna en Villa Clara (2001 - 2015). Rev Cuba Obstet Ginecol [Internet]. marzo de 2017 [citado 4 de octubre de 2023];43(1):0-0. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0138-600X2017000100004&lng=es&nrm=iso&tlng=es

8. Fantin MA, Zavattiero C, Fantin MA, Zavattiero C.

Evolución y desigualdades de la mortalidad materna en Paraguay; algunos desafíos para su reducción. Poblac Desarro [Internet]. diciembre de 2016 [citado 4 de octubre de 2023];22(43):2-12. Disponible en: http://scielo.iics.una.py/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S2076-054X2016004300002&lng=pt&nrm=iso&tlng=es

9. Salud materna - OPS/OMS | Organización Panamericana de la Salud [Internet]. [citado 4 de octubre de 2023]. Disponible en: https://www.paho.org/es/temas/salud-materna

10. ONU. Objetivos de desarrollo del milenio. Informe de 2015.

11. Organización Panamericana de la Salud. Indicadores básicos de salud. Paraguay 2015. 2015;