



Defunciones maternas 2002 - 2012

PROCESO DE BÚSQUEDA Y RECLASIFICACIÓN

San José, Costa Rica
JULIO 2016



MINISTERIO DE SALUD
REPÚBLICA DE COSTA RICA



Defunciones maternas 2002 - 2012

PROCESO DE BÚSQUEDA Y RECLASIFICACIÓN

San José, Costa Rica
JULIO 2016

Equipo técnico

Dr. Rafael Salazar Portuguez, Despacho Ministerial, Ministerio de Salud.

Dra. María Ethel Trejos Solórzano, Dirección de Vigilancia de la Salud, Ministerio de Salud.

Dra. Olga Hernández Chaves, Dirección de Garantía de Acceso a los Servicios de Salud, Ministerio de Salud.

MSc. Rosa Ma. Vargas Alvarado, Dirección de Vigilancia de la Salud, Ministerio de Salud.

MSc. Olga Martha Araya Umaña, Unidad de Estadísticas Demográficas, Instituto Nacional de Estadística y Censos.

Bach. Karla Jinesta Campos, Unidad de Estadísticas Demográficas, Instituto Nacional de Estadística y Censos.

Dra. María Spence Arias, Dirección de Garantía de Acceso a los Servicios de Salud, Ministerio de Salud.

Sra. Hilda Blanco León, Dirección de Vigilancia de la Salud, Ministerio de Salud.

305.4 Costa Rica. Instituto Nacional de Estadística y Censos
E837-d Defunciones maternas 2002-2012: Proceso de búsqueda y
reclasificación
[recurso electrónico] / Instituto Nacional de Estadística y
Censos ; Ministerio de Salud. --. --San José, C. R. : INEC. 2016
1 recurso en línea; 1 MB.

ISBN: 978-9930-525-10-4

1. MORTALIDAD MATERNA. 2. BIRMM. 3. METODOLOGÍA.
4. INEC. 5. MSP. 6. COSTA RICA. I. Título.

Se permite la reproducción total o parcial siempre que los datos
no sean alterados y se asignen los créditos correspondientes.

Presentación

Partiendo del hecho de que toda mujer tiene derecho a tener una maternidad saludable y segura, es fundamental que los Estados y específicamente los sistemas de salud, enfoquen sus esfuerzos, no sólo en garantizar una atención prenatal y posnatal de calidad, sino de brindar a las mujeres las herramientas necesarias que les permita decidir libre y responsablemente sobre su vida reproductiva. No obstante, el alcanzar este objetivo requiere superar una serie de condiciones, muchas de ellas de orden estructural, que limitan y dificultan que estas puedan ejercer dicho derecho en igualdad de oportunidades.

La razón de mortalidad materna (RMM) y principalmente aquellas muertes que son prevenibles, es el indicador más claro de un contexto de desigualdad, en el cual confluyen múltiples factores que se traducen en la violación de derechos relacionados con el acceso a recursos económicos, educativos y de salud que limitan el ejercicio de una sexualidad integral e informada y de una maternidad segura libre de violencia y discriminación.

Por ende, la mortalidad materna constituye uno de los principales problemas de salud pública en los países de nuestra región, asimismo evidencia debilidades en los sistemas de salud, principalmente en la detección y tratamiento oportuno de complicaciones de salud de las mujeres durante el embarazo, parto o puerperio. Es por esta razón que su reducción constituye una prioridad y dicha preocupación fue plasmada en el V Objetivo de Desarrollo del Milenio (ODM), en el cual se fijó como meta: que nuestros países redujeran “en tres cuartas partes la mortalidad materna, en el periodo comprendido entre 1990 y 2015 y a partir del 2015 logran la universalidad del acceso a la salud sexual y reproductiva” (ODM-Costa Rica-Programa Naciones Unidas para el Desarrollo, PNUD, 2005).

En el caso de Costa Rica, tal como se describe en el segundo informe de avances de los Objetivos de Desarrollo del Milenio presentado por el país en 2010, no se logró alcanzar dicha meta, pues el comportamiento de este indicador desde 1990 fue muy inestable, con una tendencia al crecimiento que se desacelera en 2009. Es por esto, que en el marco de la Primera Reunión de la Conferencia Regional sobre Población y Desarrollo de América Latina y el Caribe celebrada en Montevideo en

agosto del 2012, estas intenciones fueron ratificadas como uno de los retos aún pendientes y que los estados miembros, incluida Costa Rica, asumieron el compromiso de establecerlos como prioritarios.

Con el fin de implementar acciones concretas en aras de disminuir la mortalidad materna y poder monitorear los avances, es necesario contar con información oportuna y certera que refleje adecuadamente la realidad del país. En este sentido, con la creación del Sistema Nacional de Evaluación de la Mortalidad Materna en 1999, se establece que toda muerte materna ocurrida en el país, ya sea dentro del sistema de salud pública, privado o fuera de ellos, debe ser reportada y sometida a un riguroso proceso de investigación.

Este sistema genera amplia información que permite desarrollar un proceso de verificación y control de las muertes maternas, al que se le ha denominado "Búsqueda Intencionada y Reclassificación de la Mortalidad Materna (BIRMM)" y será descrito en detalle el presente informe.

En este primer apartado se comenta la importancia del indicador Razón de Mortalidad Materna (RMM) como reflejo de las condiciones de vida de un país, en términos del cumplimiento de metas de desarrollo del milenio y de los derechos humanos fundamentales, así mismo se describe la conformación y funcionamiento del Sistema Nacional de Evaluación de Mortalidad Materna, como un mecanismo para su control y seguimiento. En el segundo apartado se aborda el procedimiento para el registro y seguimiento de los eventos de mortalidad materna, así como los aspectos metodológicos que lo sustentan, y más específicamente del proceso de búsqueda intencionada BIRMM y del cálculo de la RMM. En el tercer apartado se esbozan algunas conclusiones y por último, en el cuarto apartado algunas recomendaciones derivadas de dicha experiencia.

Contenido

	Página
Presentación	3
1. Sistema de evaluación de mortalidad materna	7
1.1 Comisión local y comisión hospitalaria	8
1.2 Comisión regional	9
1.3 Comisión nacional	10
2. Metodología	11
2.1 Acopio y registro	11
2.2 Seguimiento y análisis	12
2.2.1 Cotejo con instrumentos de declaración obligatoria de la mortalidad materna	12
2.2.2 Revisión de las muertes de mujeres en edad fértil	14
2.2.3 Análisis conjunto de causas de muerte consignadas en los certificados de defunción	18
2.3 Algunos resultados de la implementación del proceso de Búsqueda Intencionada y Reclasificación de la Mortalidad Materna (BIRMM) en Costa Rica	19
2.4 Cálculo de la Razón de Mortalidad Materna (RMM) en Costa Rica	21
2.4.1 Análisis de muertes maternas para el cálculo de la Razón de Mortalidad Materna	22
2.4.2 Algunas consideraciones con respecto al cálculo de la RMM ...	24
3. Conclusiones	26
4. Recomendaciones	27
5. Referencias bibliográficas	28

Contenido

	Página
Figuras	
Figura 1. Estructura del Sistema Nacional de Evaluación de Mortalidad Materna	7
Figura 2. Análisis de mujeres en edad fértil, 2012.	16
Cuadros	
Cuadro 1. Defunciones maternas analizadas y recuperadas mediante la Búsqueda Intencionada y Reclasificación de Muertes Maternas (BIRMM), 2003- 2012.	20
Cuadro 2. Defunciones maternas analizadas para el cálculo de la Razón de Mortalidad Materna, 2004-2012	23
Gráficos	
Gráfico 1. Porcentaje de defunciones maternas recuperadas mediante la BIMM, 2003-2012	21

1. Sistema de evaluación de mortalidad materna

Visualizando la necesidad de crear un mecanismo mediante el cual se diera seguimiento a los eventos de muertes maternas en el país y con el fin de diseñar estrategias orientadas a disminuirlas y a erradicar aquellas que son prevenibles, el 20 de setiembre de 1999 se crea, mediante decreto ejecutivo 28147-5, el Sistema Nacional de Evaluación de Mortalidad Materna, el cual es dirigido y coordinado por el Ministerio de Salud, como ente rector de la Salud Pública.

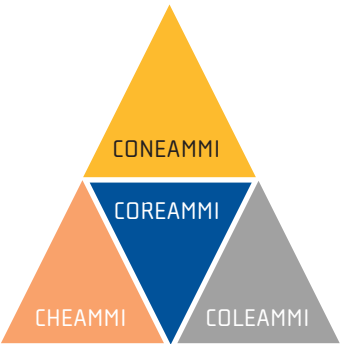
El sistema está enfocado en la detección temprana, la notificación oportuna de los eventos de muertes materna, la recolección de los datos necesarios para su investigación y análisis, principalmente de sus causas y condición de prevenibilidad, para así formular recomendaciones y otras acciones orientadas al mejoramiento de la calidad de la atención en salud y consecuentemente para la prevención de la mortalidad.

El sistema está organizado para su funcionamiento, por niveles directamente relacionados con los niveles de atención de la salud, de manera que existe una comisión nacional, comisiones regionales, comisiones locales en cada Área de Salud y comisiones hospitalarias en los hospitales que cuentan con servicio de maternidad (24 públicos y 5 privados), como se muestra en la siguiente figura.



FIGURA 1

Estructura del Sistema Nacional de Evaluación de Mortalidad Materna



Fuente: Sistema Nacional de Evaluación y Análisis de Mortalidad Materno, Perinatal e Infantil.

Cada una de estas comisiones cuenta con un equipo de carácter interdisciplinario, considerando que la mortalidad materna responde a una serie de factores y condiciones relacionadas con el entorno social y cultural de la persona afectada y su familia, así como en la red de atención de la salud, las cuales confluyen y desencadenan en la muerte.

Para efectos de facilitar la comprensión del funcionamiento de este sistema, la estructura y las competencias de cada uno de sus componentes, serán descritas a continuación, las cuales se abordarán desde su base o nivel local hasta el nivel central.

1.1 Comisión local y comisión hospitalaria

Dentro del equipo multidisciplinario que conforma las comisiones locales se cuenta con profesionales en medicina, enfermería, trabajo social, registros de salud y otros funcionarios de instituciones con representación local que tienen relación con el tema.

El papel fundamental de estas comisiones es la participación activa y presencial en los análisis de las muertes, aportando la información referente a la atención prenatal recibida por la usuaria en el nivel local, el reporte de los casos ocurridos en la comunidad, llevar registros actualizados de los eventos de su área de atracción y reportarlas a la comisión regional.

Por su parte, las comisiones hospitalarias están conformadas por: médico especialista en gineco-obstetricia, enfermería obstétrica, un representante de registros de salud, trabajo social, médico-patólogo y otros profesionales según se requiera.

Dentro de las principales funciones de esta comisión se destacan: el reporte obligatorio de las muertes ocurridas en el centro hospitalario, reporte mensual de las muertes de mujeres en edad fértil, realizar la investigación domiciliar, aportar la información del expediente de salud, coordinar el análisis del evento y enviar los documentos de análisis a la comisión nacional.

La comisión hospitalaria debe vigilar que se realice la autopsia a todas las muertes maternas, de acuerdo a lo estipulado en el decreto ejecutivo N° 17461-S de 12 de marzo de 1987 “Reglamento de Autopsia Médico Legal”.

Cada uno de los eventos de mortalidad materna debe ser analizado de forma conjunta con la presencia de todos los actores involucrados en la atención de la usuaria en cualquiera de los niveles de atención y servicios, se debe identificar los determinantes que influyeron en la causa de muerte y definir su carácter de prevenibilidad.

Derivado del análisis se emiten las recomendaciones pertinentes según debilidades identificadas y necesidad de mejora de la calidad de atención.

La comisión debe velar por el cumplimiento de las recomendaciones emanadas del análisis para el mejoramiento continuo de la calidad de los servicios de salud, y debe promover las actividades de capacitación y fortalecimiento en las capacidades técnicas del personal de salud.

De igual manera la comisión local debe acatar y dar seguimiento a las recomendaciones emanadas del análisis de caso para el mejoramiento de la calidad de la atención de la salud en el primer nivel.

1.2 Comisión regional

Por su parte, las comisiones regionales son coordinadas por el Ministerio de Salud, a través de la enfermería obstétrica regional u otro profesional asignado para el tema, la persona encargada a nivel regional de la Caja Costarricense Seguro Social y de ser necesario se integra una persona epidemióloga del Ministerio de Salud y personal de registros médicos. La sede de las comisiones regionales está ubicada en las oficinas regionales del Ministerio de Salud.

Este comité tiene dentro de sus principales funciones llevar el registro actualizado de los casos de muerte de mujeres en edad fértil (10-49 años) notificados y revisarlos, para verificar e identificar casos de muerte materna que no hayan sido notificados a través del reporte obligatorio. Asimismo debe llevar un registro actualizado de los eventos de muerte materna acontecidos en su región. Por tanto, debe vigilar que sus reportes sean oportunos y completos.

La presencia y participación de al menos un representante de dicha comisión en las reuniones de estudios de casos de muerte materna que ocurran en su región es fundamental.

1.3 Comisión nacional

La comisión nacional está conformado por el Ministerio de Salud, con representantes con especialidad en gineco-obstetricia (médico o profesional de enfermería) quién será el coordinador y un representante de la Dirección de Vigilancia de la Salud.

Asimismo debe contar con la representación de las siguientes instituciones e instancias: Escuela de Enfermería, de la Universidad de Costa Rica, Escuela de Medicina de la Universidad de Costa Rica, Área de Salud de la Mujer de la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS), Área de Salud del Niño de la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS), Comité de Salud de la Mujer y Perinatología del Colegio de Enfermeras de Costa Rica, Asociación Nacional de Neonatología y Pediatría del Colegio de Médicos y Cirujanos de Costa Rica, Hospital Nacional de Niños, Patronato Nacional de la Infancia (PANI), Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC) y un representante, con especialidad en gineco-obstetricia (médico o profesional de enfermería) de los hospitales privados.

Dentro de sus funciones primordiales están: vigilar que la información de los eventos de muerte materna, se registren en forma veraz y oportuna, analizar la información recolectada en dicho sistema y como resultado del mismo determinar si sus causas se derivan de las condiciones de vida de la mujer, o de inconvenientes que afectaron la capacidad de respuesta de los servicios y sus funcionarios en los diferentes niveles de atención o de una combinación de ambas. Así como determinar el carácter de prevenibilidad de la muerte.

Por tanto, amparado en esos resultados debe emitir las recomendaciones correspondientes, elaborar un plan de mejoramiento y dar seguimiento a su implementación, asimismo fomentar y apoyar la capacitación permanente del personal de salud involucrado y en las comisiones a todo nivel.

Tal como se puede derivar de lo descrito en párrafos anteriores el sistema de evaluación de mortalidad materna genera una serie de información muy valiosa que permite la implementación de un control cruzado entre el INEC, ente responsable de la estadística oficial de mortalidad materna, el Ministerio de Salud y CCSS.

2. Metodología

En el presente apartado se describe el proceso que conlleva la elaboración de las estadísticas oficiales sobre mortalidad materna, a cargo del Instituto Nacional de Estadística y Censos. Este proceso comprende desde el acopio y procesamiento de los certificados de defunción hasta el cálculo de los indicadores correspondientes, específicamente de la razón de mortalidad materna (RMM).

2.1 Acopio y registro

En el país para realizar los trámites relacionados con la sepultura de los cuerpos de personas fallecidas, así como para aquellos trámites relacionados a indemnizaciones y herencias es necesario contar con el certificado de defunción, emitido por personas acreditadas para tales fines por la oficina de Registro Civil presentes en diferentes zonas geográficas del país. Si bien este certificado tiene una finalidad de orden civil, para fines estadísticos y de salud pública este cuenta con una copia que es para uso exclusivo del Instituto Nacional de Estadística y Censos, ente encargado de la producción de las estadísticas oficiales.

Estas copias son remitidas desde los centros hospitalarios y oficinas regionales del registro civil a las oficinas centrales de dicho ente y allí son preparadas para su remisión al INEC. Un día por semana una persona funcionaria de la Unidad Estadísticas Demográficas del INEC se apersona a esta institución para trasladar el material.

Una vez ingresados los certificados de defunción, estos son debidamente codificados y registrados en una base de datos de carácter preliminar. Aquellos casos cuya causa de muerte corresponda a una muerte ocurrida durante el embarazo, parto o puerperio son separados para su seguimiento y revisión.

2.2 Seguimiento y análisis

A nivel internacional se ha reconocido las dificultades para la medición de la mortalidad materna, usualmente subestimada debido principalmente a problemas en la declaración de la causa de muerte en el certificado de defunción, conscientes de esta situación el INEC en coordinación con el Ministerio de Salud Pública realizan un proceso de revisión y seguimiento de los casos de muertes maternas y de las muertes de mujeres en edad fértil, al que se le ha denominado Búsqueda Intencionada y Reclasificación de Muertes Maternas (BIRMM).

Este proceso se lleva a cabo en varias etapas las cuales se describen a continuación:

2.2.1 Cotejo con instrumentos de declaración obligatoria de la mortalidad materna

Este procedimiento se apoya del Sistema Nacional de Evaluación de la Mortalidad Materna, dado que, tal como se mencionó en el apartado anterior, la mortalidad materna en Costa Rica es un evento de declaración obligatoria, por lo que en el momento en que ocurre uno de ellos, las Áreas de Salud lo deben notificar de manera oportuna al Área Rectora de Salud y a la Comisión Local de Evaluación de Mortalidad Materna, mediante un instrumento diseñado para tales fines, denominado “Formulario de Reporte Obligatorio de Muerte Materna” (comúnmente llamado instrumento 01).

De manera inmediata la comisión local debe notificar a la comisión regional y esta a su vez a la comisión nacional, esta última instancia, mediante su secretaría técnica hace llegar al INEC vía fax una copia de dichos instrumentos.

Con esta información el INEC procede en primera instancia a localizar el certificado de defunción correspondiente, el cual en teoría, debió haber sido registrado como muerte materna y por ende debió haber sido separado para facilitar su seguimiento y análisis.

Una vez localizado el certificado se corrobora el diagnóstico de muerte materna, de no haber ninguna inconsistencia entre el diagnóstico consignado en el certificado y lo indicado en el instrumento 01, de manera preliminar se da por aprobado el dato y se contabiliza en la estadística oficial.

Por el contrario, puede ocurrir que en algunos casos en el certificado de defunción no se haya consignado como una muerte materna y por ende el INEC hasta ese momento no la tenga contabilizada como tal. En este caso, con la información contenida en el Instrumento 01, se ubica el certificado y se separa como una posible muerte materna, la cual será analizada de manera conjunta con el Ministerio de Salud y si se determina que efectivamente se trata de una muerte materna se procede a su reclasificación y corrección de la estadística oficial.

De manera paralela, una vez notificado el caso, la Comisión Local de Evaluación de Mortalidad Materna inicia una investigación que implica la recolección de diversa información, en la que se destaca el historial clínico de la fallecida, consignado en el expediente de salud del centro hospitalario donde falleció y del expediente del control prenatal en los servicios ambulatorios del primer o segundo nivel, ya sean estos públicos o privados.

Asimismo se realiza una visita domiciliar con el fin de recabar información adicional relacionada con el entorno familiar y comunal. Esta información permite reconstruir la ruta crítica de la fallecida desde el momento que inició el contacto con el Sistema de Salud y por ende determinar las causas de la muerte y su condición de prevenibilidad, todo esto con la finalidad de emitir las recomendaciones y acciones a implementar para mejorar los servicios de atención de salud.

Si bien este análisis está orientado a la formulación de estrategias de mejora a los servicios de salud y de sus capacidades de acción, permite contar con información clave que facilita la verificación y validación de los diagnósticos de causas de muerte, así como su reclasificación si es que lo amerita.

En el caso de que el certificado no haya sido recibido en el INEC, este ente procederá a dar seguimiento, pues puede haber ocurrido algún inconveniente en el proceso de registro civil o puede corresponder

a un caso que se encuentre en investigación por diversas razones y haya sido enviado al Sistema Judicial del país a través del Área de Medicatura Forense. No obstante, una vez que el certificado es recibido se contabiliza en la estadística oficial.

Se considera oportuno destacar el hecho de que gracias a la notificación expedita que realiza la Comisión Nacional de Evaluación de Mortalidad Materna al INEC sobre los eventos de mortalidad materna, registrados mediante el procedimiento de declaración obligatoria (instrumento 01), se ha logrado agilizar la verificación y corrección de las estadísticas oficiales de mortalidad, reduciendo considerablemente el porcentaje de muertes clasificadas como “Causas en Estudio” (R970)¹ y por ende, mejorando considerablemente el valor de oportunidad de dicha estadística, pues estos casos que han sido confirmados por el Ministerio de Salud como muertes maternas son contempladas en la razón de mortalidad materna, aunque sus diagnósticos de defunción no hayan sido enviados oficialmente por parte de Medicatura Forense, evitando que por un trámite médico-legal estas tengan que ser registradas tardíamente.

2.2.2 Revisión de las muertes de mujeres en edad fértil

Considerando, tal como se comentó en líneas anteriores, que uno de los principales factores que intervienen en el subregistro de la mortalidad materna, corresponde a dificultades en la asignación del diagnóstico o causa de muerte, es que se realiza una revisión de las muertes de mujeres en edad fértil (10-50 años de edad).

Del total de estas muertes se seleccionan para análisis aquellos casos en los que mediante el sistema de declaración obligatoria se ha determinado que la muerte ocurrió durante el embarazo parto o puerperio. Estos casos son confrontados uno a uno con la información del INEC, que proviene de los certificados de defunción.

Tal como se detalló en el apartado 2.2.1, mediante este proceso se logra: a) corroborar los diagnósticos de causa de muerte, b) afinar

1/ El código R970 se refiere a un código implementado por el INEC para diferenciar aquellas causas de muertes que por diversas razones se encuentran en estudio, de las causas mal definidas contempladas en la CIE-10 como R990.

o especificar causas, en aquellos casos en que si bien las muertes fueron consignadas como causas obstétricas, se clasifican como no especificadas y c) recuperar y reclasificar las causas maternas que se encontraban solapadas bajo otros diagnósticos de defunción.

En el caso de que las muertes hayan obedecido a causas asociadas a accidentes, suicidios y homicidios éstas son excluidas del análisis. No obstante, para fines de políticas públicas si bien los casos de suicidios no se consideran muertes maternas, para efectos de políticas de salud pública estos son analizados cautelosamente dado que pueden asociarse a cuadros depresivos agravados por procesos hormonales propios del embarazo y postparto² y por ende pueden posicionarse como una causa indirecta, aunque en la CIE- no se establezca como tal.

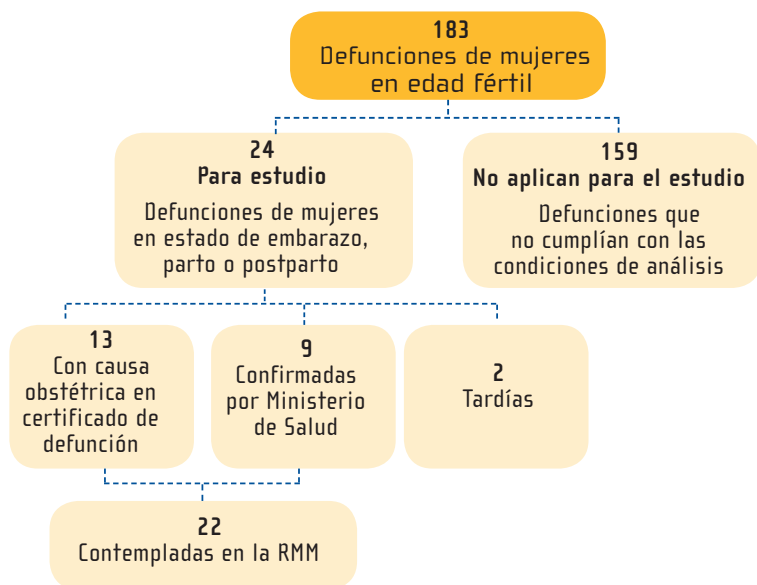
Así mismo se revisan aquellas muertes que presentan causas de muerte pocos usuales para el rango etario de la fallecida o que presentan causas que podrían estar asociadas a causas maternas aunque su diagnóstico no lo contemple y por ende podrían estar solapando una muerte materna.

En el año 2012, mediante el proceso de declaración obligatoria se reportaron un total de 183 muertes de mujeres en edad fértil, de las cuales se corroboraron 24 muertes por causas obstétricas, 13 fueron consignadas correctamente en el certificado de defunción y 2 correspondieron a muertes maternas tardías, estas últimas si bien son objeto de análisis, no son contempladas en el indicador de RMM. Finalmente 9 casos fueron recuperados y consignados como muertes obstétricas, tal como se muestra en la figura 1.

2/ (2011) “Las mujeres y la depresión: descubriendo la esperanza”, Instituto Nacional de la Salud Mental, Estados Unidos de Norteamérica. Disponible en http://www.nimh.nih.gov/health/publications/espanol/las-mujeres-y-la-depresion/women-depression_sp_ln_08.10.2011.pdf

FIGURA 2

Análisis de mujeres en edad fértil 2012



No obstante, considerando que algunas causas no obstétricas pueden encubrir muertes maternas es necesario implementar otras acciones en aras de mejorar su registro, actualmente el país se encuentra finiquitando el proceso de diseño para la realización de un estudio de causas de muerte en mujeres en edad fértil, mediante la aplicación de una variación del método RAMOS modificado. El método RAMOS modificado consiste en investigar aquellas muertes de mujeres en edad fértil cuyas causas son sospechosas de encubrir una muerte materna.

Para ello se utilizan los siguientes criterios:

- a) El diagnóstico corresponda a alguna o algunas de las 46 causas seleccionadas como sospechosas de encubrir una muerte materna emitido por la OPS en su Guía para el mejoramiento de la información de mortalidad materna (principalmente complicaciones hemorrágicas, cerebrovasculares, cardiovasculares, infecciosas, renales y otras poco definidas).

- b) En el certificado de defunción no aparece una causa antecedente originaria o una causa básica de defunción que explique cómo se inició la cadena de acontecimientos que llevaron a la muerte, aunque esta no se encuentre dentro de las 46 causas seleccionadas (por ejemplo cuando sólo se anoten complicaciones o enfermedades terminales sin que aparezca la causa que las produjo).
- c) Cuando se haya marcado en el certificado de defunción que la muerte ocurrió durante el embarazo, parto, puerperio o después del puerperio pero antes de un año.
- d) Que contengan dentro de las causas de muerte registradas en el certificado de defunción alguna de las siguientes complicaciones:
 - A34 Tétanos obstétrico, – B20-B24 Enfermedad por VIH (y se indique en el certificado que falleció durante el embarazo parto o puerperio) – C58 Tumor maligno de la placenta (Coriocarcinoma) – D39.2 Tumor de comportamiento incierto o desconocido de la placenta (Corioadenoma destruens, Mola invasora o maligna) – E23.0 Hipopituitarismo (por Síndrome de Sheehan) – F53 Trastornos mentales y del comportamiento asociados con el puerperio, no clasificados en otra parte – M83.0 Osteomalasia puerperal – 000-098 Embarazo, parto o puerperio³.

Este estudio contempla el total de casos de muertes de mujeres de 12 a 50 años acontecidos durante el periodo 2010-2012.

El INEC enlistará los casos y serán remitidos al Ministerio de Salud, específicamente a la Comisión Nacional de Evaluación de Mortalidad Materna, quienes mediante las comisiones locales y hospitalarias se encargarán de la recolección de los datos requeridos para su estudio.

Para la captura de los datos se trabajará con un software en el que se establecerá previamente la información que debe ser captura para su análisis posterior, y se realizará mediante PDA (Asistente personal digital). Los funcionarios designados para dicha tarea serán

3/ Tomado de [2009] “Búsqueda Intencionada y Reclasificación de Muertes Maternas en México, Informe 2008”, Secretaría de Salud, Subsecretaría de Integración y Desarrollo del Sector Salud, Dirección General de Información en Salud, Centro Mexicano para la Clasificación de Enfermedades y Centro Colaborador para la Familia de Clasificaciones Internacionales de la OMS en México (CEMECE).

debidamente capacitados para el uso de dicho dispositivo y para la aplicación del procedimiento de recolección de los datos.

Cada uno de los casos será investigado analizando la información consignada en su expediente médico y otra evidencia relacionada, que permita determinar si el diagnóstico fue realizado correctamente o si por el contrario estas prácticas están originando un subregistro de la mortalidad materna.

2.2.3 Análisis conjunto de causas de muerte consignadas en los certificados de defunción

La Comisión Nacional de Evaluación de Mortalidad Materna realiza reuniones ampliadas en las que se cuenta con la presencia de los representantes de las comisiones regionales, hospitalarias y locales. Estas reuniones ampliadas se realizan aproximadamente tres veces al año y en ellas se abordan temas de interés nacional.

Considerando que el mejoramiento en la captación de la mortalidad materna es una de los temas prioritarios, se realiza un taller para el análisis conjunto de las causas de muertes maternas consignadas en los certificados de defunción. Para ello cada comisión regional aporta una muestra o la totalidad de los casos presentados en su región. Este ejercicio finaliza en una reflexión en plenario sobre los aciertos y desaciertos de dichos diagnósticos.

Este tipo de reflexiones permite, mediante una construcción colectiva del conocimiento, fortalecer las capacidades de dichas comisiones para el diagnóstico adecuado de la mortalidad materna y por ende se emiten recomendaciones que las comisiones deben implementar para mejorar su captación.

Es un proyecto de país, consolidar estos análisis y que estos sean realizados desde el nivel local con el personal de salud, para mejorar la calidad de los diagnósticos y por ende del registro de mortalidad materna.

En este mismo sentido, el país está trabajando de manera conjunta con una iniciativa de la Red Latinoamericana y del Caribe de Sistemas de Información en Salud (RELACIS) en el diseño e implementación de

un curso en línea dirigido a los y las profesionales en medicina quienes son los encargados de consignar y certificar la causa de muerte en el certificado de defunción.

El curso ha sido implementado en países como Uruguay y México y la idea es realizar la adaptación para impartirlo en el país. Asimismo se está negociando con el colegio de médicos para que este sea un requisito de incorporación a dicho ente y se ha estado trabajando en la estrategia para que este también sea impartido a los profesionales de medicina que ya se encuentran incorporados.

2.3 Algunos resultados de la implementación del proceso de Búsqueda Intencionada y Reclasificación de la Mortalidad Materna (BIRMM) en Costa Rica.

Mediante la implementación del proceso de búsqueda descrito en los apartados anteriores se ha logrado la recuperación de un número significativo de casos de muertes maternas, especialmente mediante el proceso de cotejo con el instrumento de declaración obligatoria (instrumento 01).

En el año 2012, mediante la declaración obligatoria de muertes de mujeres en edad fértil se identificaron 22 casos de muertes ocurridas durante el embarazo, parto y post parto. Sin embargo, de estas se recibieron en el INEC únicamente 13 con dicho diagnóstico en el certificado de defunción.

Al realizar el proceso de búsqueda intencionada (BIRMM) se lograron recuperar 9 casos de muertes maternas, de los cuales 3 fueron consignados en el certificado de defunción bajo otro diagnóstico y 6 en los que el diagnóstico se encontraba en estudio por parte de la Medicatura Forense, pero habían sido previamente confirmados como tales por parte del Ministerio de Salud. Estos datos evidencian que mediante este procedimiento en el año 2012 se logró recuperar un 40,9% de los casos contemplados en la estadística oficial.

Al observar los resultados de este proceso de búsqueda en los últimos diez años, se evidencia que en promedio se ha recuperado un 36,0% de los casos de mortalidad materna, con porcentajes que oscilan entre el 10% obtenido en el año 2009 hasta un 58,8% en el año 2011, tal como se aprecia en el cuadro 1.

CUADRO 1

**Defunciones maternas analizadas y recuperadas mediante la Búsqueda Intencionada y Reclasificación de Muertes Maternas (BIRMM)
2003-2012**

Año	Defunciones con diagnóstico de MM en certificado de defunción	Defunciones maternas confirmadas por el Ministerio de Salud	Total de defunciones maternas para el cálculo de RMM	Porcentaje de defunciones maternas recuperadas por BIRMM
2003	8	13	21	61,9
2004	17	5	22	22,7
2005	19	8	27	29,6
2006	19	9	28	32,1
2007	9	5	14	35,7
2008	16	9	25	36,0
2009	19	3	20 ^{1/}	15,0
2010	9	6	15	40,0
2011	7	10	17	58,8
2012	13	9	22	40,9

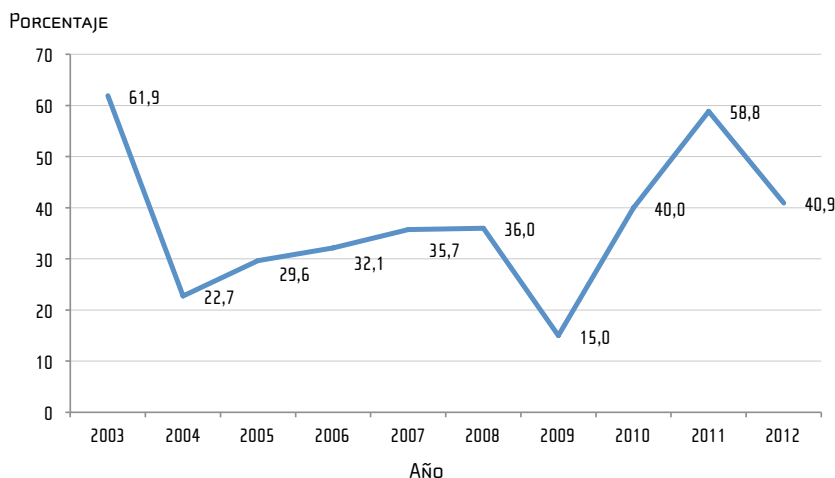
1/ Se incluye un caso de una muerte por Sida.

Los resultados de esta búsqueda no muestran una tendencia clara, pues presentan un comportamiento irregular, con oscilaciones considerables en algunos años, tal como se ilustra en el gráfico 1.

Su elevado porcentaje en algunos años refleja la relevancia de este proceso para el mejoramiento en la captación de los datos de mortalidad.

GRÁFICO 1

Porcentaje de defunciones maternas recuperadas mediante la BIMM
2003-2012



2.4 Cálculo de la Razón de Mortalidad Materna (RMM) en Costa Rica

Considerando que los criterios para el cálculo de la razón de mortalidad materna pueden variar de un país a otro, se considera pertinente describir los criterios utilizados por Costa Rica para el cálculo de este indicador.

La razón de la mortalidad materna (RMM) corresponde a la relación entre el número de defunciones ocasionadas por condiciones propias del embarazo, parto o el puerperio, o por causas no obstétricas, agravadas por dicha condición, ocurridas hasta 42 días después del alumbramiento y los nacimientos acontecidos en un periodo determinado.

En este sentido, no se consideran muertes maternas aquellas defunciones que obedecen a causas externas como accidentes, homicidios y suicidios. Aunque estas últimas son analizadas con especial cautela, tal como se indicó en el apartado 2.2.2.

2.4.1 Análisis de muertes maternas para el cálculo de la Razón de Mortalidad Materna

Para el cálculo de este indicador el país se ha apegado a la definición internacional excluyendo en su numerador las muertes maternas tardías, es decir, las ocurridas después de los 42 días de ocurrido el parto o aborto. Asimismo se excluyen aquellos casos cuya causa de muerte corresponden a cariocarcinoma, pues por lo general se presentan en estadios tardíos. No obstante, en el proceso de seguimiento y análisis estas muertes son analizadas y son consideradas en acciones concretas y política pública, aunque estas sean excluidas del indicador.

En el caso de Costa Rica, las muertes maternas extemporáneas no se excluyen del análisis sino que estas son incluidas como registro tardío.

De igual forma existen algunas muertes maternas indirectas, que deben ser clasificadas fuera del grupo "0" (grupo de causas obstétricas), pues deben mantener su código para efectos de vigilancia epidemiológica. Ejemplo de ello son las muertes por VIH y Sida, que a pesar de esta particularidad deben ser consideradas en el cálculo de la RMM.

En el cuadro 2 se observa una síntesis de los resultados del análisis de los casos de muertes maternas para el cálculo de la RMM, para el último decenio.

CUADRO 2

Defunciones maternas analizadas para el cálculo de la Razón de Mortalidad Materna 2003-2012

Año	Eventos analizados	Eventos confirmados para el cálculo de RMM	Defunciones maternas tardías	Defunciones no maternas	Defunciones maternas extemporáneas	Observaciones
2003	30	28	2	-	4	4 casos recibidos en el 2002
2004	22	22	-	-	-	
2005 ^{a/}	32	27	-	1	2	1 suicidio, 2 casos pasaron al 2006
2006	31	28	-	3	-	Corresponden a suicidios
2007	14	14	-	-	-	
2008	26	25	-	1	-	
2009	20	20	-	-	-	Se incluye un caso por Sida
2010	16	15	1	-	-	
2011	18	17	-	1	-	
2012	24	22	2	-	-	

a/ Los casos recibidos extemporáneamente son incluidos como registro tardío en el año siguiente.

Tal como se muestra en el cuadro 2, el número de eventos analizados por año es muy variable, durante todo el periodo se han descartado un 4,7 % de las muertes analizadas, que corresponde en promedio a un caso por año, ya sea por tratarse de muertes por causas externas, específicamente suicidios o por tratarse de muertes maternas tardías.

En el caso de los casos de muertes extemporáneas, estas no se presentan desde 2005, año en el que se presentaron 2 casos, los cuales fueron consignados en el 2006 como registro tardío. Este hecho evidencia que en los últimos 7 años ha existido una mejora significativa en el reporte oportuna de dichas muertes.

2.4.2 Algunas consideraciones con respecto al cálculo de la RMM

En el cálculo de todo indicador, específicamente de aquellos en los que su numerador y denominador proceden de fuentes de datos distintas, debe tenerse en consideración el efecto que puede tener el subregistro diferenciado en ambas fuentes. Pues si ambos componentes numerador y denominador tienen un mismo porcentaje de subregistro o muy similar, el efecto del mismo será compensando al realizar el cálculo.

Caso contrario, si el subregistro es mucho mayor en uno de los dos componentes el indicador puede verse afectado significativamente, ya sea subestimando el evento, cuando el mayor subregistro se da en el numerador, o sobreestimándolo cuando este mayor subregistro se da en el denominador.

En el caso de la RMM este efecto puede presentarse en ambos componentes, numerador (muertes maternas) y denominador (nacimientos). No obstante, tal como se ha comentado a lo largo de este documento, es el numerador el que usualmente tiene una mayor afectación, por las dificultades que se presentan en la definición de la causa de muerte, lo que implica una subestimación de la mortalidad materna.

En el caso de Costa Rica, tal como se describió en el apartado 2, el proceso de búsqueda intencionada denominado BIRMM ha permitido afinar la captación de los casos de muertes maternas (numerador) y por ende recuperar algunos casos que de otra forma pudiesen haber sido omitidos reduciendo la subestimación de la razón de mortalidad materna.

En el caso de su denominador, que son los nacimientos, el país utiliza los registrados en el Sistema de Estadísticas Vitales, sin ningún tipo de ajuste por subregistro. Dado que mediante estudios indirectos, como el realizado para la evaluación del X Censo de Población y VI de Vivienda 2011, se ha determinado que dicho registro cuenta con una muy buena cobertura, la cual es de alrededor 99,5 %, es decir presenta un subregistro de 0,5% que obedece a un registro tardío, el cual es menor al 1% desde el año 2006⁴.

4/ [2013] "Evaluación demográfica del X Censo Nacional de Población de Costa Rica 2011 y de otras fuentes de información", Centro Centroamericano de Población, Universidad de Costa Rica.

En este mismo sentido, es relevante mencionar que la mejora en el registro de nacimientos y de los registros vitales en general, ha obedecido entre otros aspectos, a acciones implementadas por la oficina de registro civil, tales como la presencia permanente de una persona registradora en centros hospitalarios, incluso fines de semana y días feriados, a la acreditación de personal de la guardia rural y otras instancias con mayor presencia en zonas rurales para ejercer la función de registro.

3. Conclusiones

De esta breve reflexión se concluye que el proceso de BIMM ha sido fundamental para mejorar la captación de la mortalidad materna, pues ha permitido recuperar un porcentaje significativo de eventos que no fueron identificados correctamente, ya sea por omisiones de información en el diagnóstico o por la asignación errónea de los mismos, los cuales oscilan entre el 10 y el 50%.

En este proceso ha sido fundamental el acompañamiento continuo de la secretaría técnica de la Comisión Nacional de Evaluación de Mortalidad Materna, de otras instancias del Ministerio de Salud Pública y otras instituciones que componen dicha comisión. Por lo que se considera de gran relevancia fortalecer estos vínculos interinstitucionales.

Los datos reflejan la necesidad de fortalecer el proceso de BIRMM, acompañándolo de otras acciones que puedan apoyarlo, como es el caso del estudio de causas en muertes de mujeres en edad fértil y la implementación de otras metodologías novedosas que permitan conocer con mayor certeza el nivel de subregistro de la mortalidad materna y por tanto implementar acciones específicas que permitan disminuir dicho subregistro.

Si bien en el cálculo del indicador RMM no se contemplan muertes maternas tardías ni las que obedecen a causas externas como lo son los suicidios, estas son analizadas, dado que su seguimiento tiene implicaciones para efectos de políticas públicas en salud, por lo que se considera deben seguir siendo sujeto de análisis.

4. Recomendaciones

Considerando la relevancia del proceso de BIRMM en el mejoramiento de la captación de la mortalidad materna, fundamentalmente en el cotejo con los eventos de declaración obligatoria, el cual se apoya en la información generada por el Sistema de Evaluación de la Mortalidad Materna, se considera vital continuar con el fortalecimiento de dicho sistema, específicamente de las capacidades técnicas del personal que compone las comisiones regionales, locales y hospitalarias para la realización de un abordaje más integral del análisis de mortalidad materna.

Si bien la CCSS, como principal prestador de servicios de salud del país, ha tenido una participación en este proceso, se considera necesario promover una participación más proactiva de dicha instancia, tanto en el análisis de los casos de mortalidad materna, como en la implementación de las recomendaciones emitidas por el Sistema de Evaluación de Mortalidad Materna.

Si bien el país actualmente se encuentra finiquitando la metodología para un estudio de causas de muerte en mujeres en edad fértil, es necesario que se gestione la institucionalización de dicho estudio, es decir que se establezca claramente las competencias de los entes involucrados y su periodicidad, considerando su importancia para el mejoramiento de la captación de la mortalidad materna.

Asimismo, se considera necesario se fortalezcan los procesos de reflexión colectiva y capacitación sobre el adecuado llenado correcto de los certificados de defunción y sobre todo consignación de los diagnósticos de causa de muerte, específicamente fortaleciendo las capacidades a nivel local.

5. Referencias bibliográficas

[2009] **“Búsqueda Intencionada y Reclasificación de Muertes Maternas en México, Informe 2008”**, Secretaría de Salud, Subsecretaría de Integración y Desarrollo del Sector Salud, Dirección General de Información en Salud, Centro Mexicano para la Clasificación de Enfermedades y Centro Colaborador para la Familia de Clasificaciones Internacionales de la OMS en México [CEMECE]. Distrito Federal México 2009.

[2012] **“Búsqueda Intencionada y Reclasificación de Muertes Maternas en México Informe 2010”**, Secretaría de Salud, Subsecretaría de Integración y Desarrollo del Sector Salud, Dirección General de Información en Salud, Centro Mexicano para la Clasificación de Enfermedades y Centro Colaborador para la Familia de Clasificaciones Internacionales de la OMS en México [CEMECE]. Distrito Federal México 2012.

[2013] **“Búsqueda Intencionada y Reclasificación de Muertes Maternas en México Informe 2011”**, Secretaría de Salud, Subsecretaría de Integración y Desarrollo del Sector Salud, Dirección General de Información en Salud, Centro Mexicano para la Clasificación de Enfermedades y Centro Colaborador para la Familia de Clasificaciones Internacionales de la OMS en México [CEMECE]. Distrito Federal México 2013.

[2013] **“Consenso de Montevideo sobre población y desarrollo”**, Primera reunión de la Conferencia Regional sobre Población y Desarrollo de América Latina y el Caribe, Integración plena de la población y su dinámica en el desarrollo sostenible con igualdad y enfoque de derechos: clave para el Programa de Acción de El Cairo después de 2014. Montevideo, 12 a 15 de agosto de 2013

[2010] **“Costa Rica: Objetivos de desarrollo del milenio, II Informe País”**, Ministerio de Planificación Nacional y Política Económica y Sistema de las Naciones Unidas. San José, CR 2010.

Decreto Ejecutivo 28147-S.27 Agosto 1999.

[2013] **“Evaluación demográfica del X Censo Nacional de Población de Costa Rica 2011 y de otras fuentes de información”**, Centro Centroamericano de Población, Universidad de Costa Rica, San José, Costa Rica.

[2012] **“Guía para el mejoramiento de la información de la mortalidad materna”**; Organización Panamericana de la Salud OPS; versión borrador.

[2011] **“Las mujeres y la depresión: descubriendo la esperanza”**, Instituto Nacional de la Salud Mental, Estados Unidos de Norteamérica. Disponible en http://www.nimh.nih.gov/health/publications/espanol/las-mujeres-y-la-depresion/women-depression_sp_In_08.10.2011.pdf

[2012] **“Lineamientos Estandarizados para la Notificación Inmediata de Muertes Maternas”**, Secretaría de Salud Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud y Dirección General de Epidemiología. Distrito Federal México 2012.

ISBN: 978-9930-525-10-4



9 789930 525104



INEC Costa Rica



inec.go.cr



@INECCR



INEC Costa Rica

INEC, de la Rotonda de La Bandera 450 metros oeste, sobre Calle Los Negritos,
Edificio Ana Lorena, Mercedes de Montes de Oca, Costa Rica.

Correo E.: informacion@inec.go.cr **Apartado:** 10163 - 1000 San José, CR.

Teléfono: 2280 - 9280 ext. 326 - 327 **Telefax:** 2224-2221