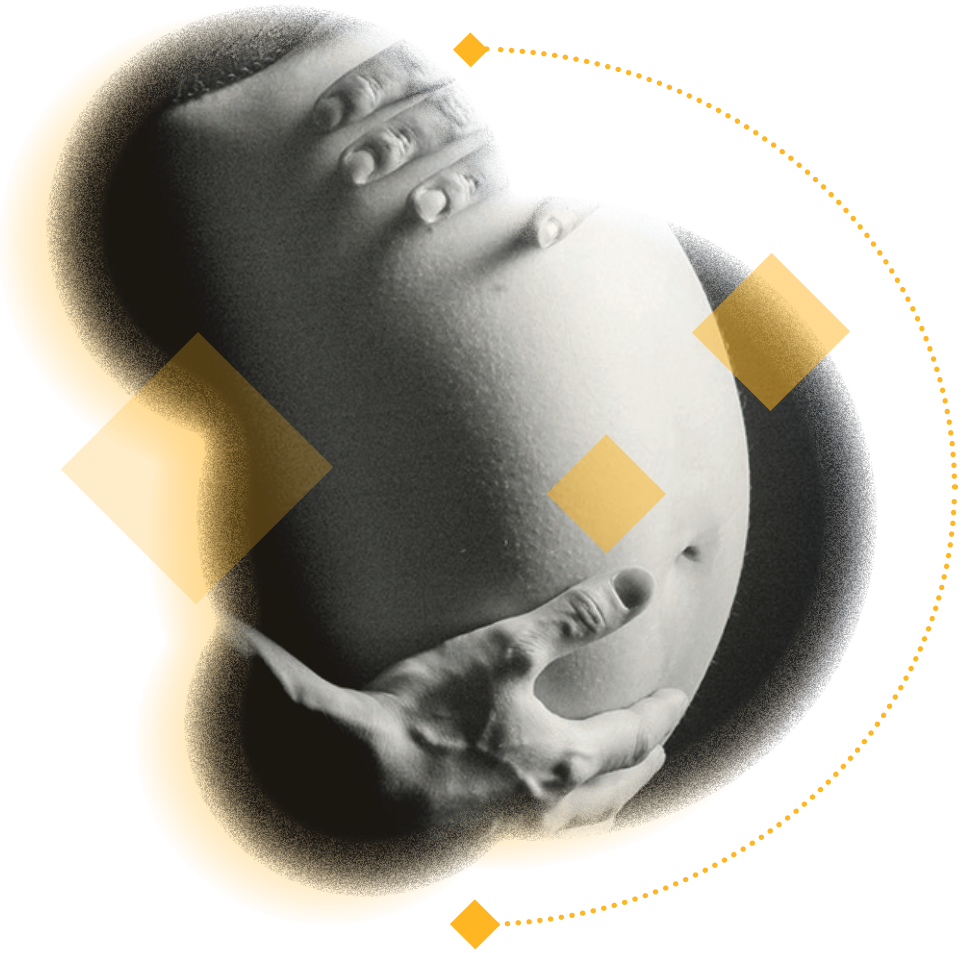
ISSN: 2215-6321

AÑO 8

Mortalidad materna y su evolución reciente 2021



San José, Costa Rica
NOVIEMBRE 2022

INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA Y CENSOS

Mortalidad materna y su evolución reciente 2021

San José, Costa Rica
NOVIEMBRE 2022

inec
INSTITUTO NACIONAL DE
ESTADÍSTICA Y CENSOS

Se permite la reproducción total o parcial con propósitos educativos y sin fines de lucro, con la condición de que se indique la fuente. El INEC agradece se le remita un ejemplar de cualquier documento elaborado con base en esta publicación.

Elaboración:
Unidad de Estadísticas Demográficas

Diseño y Diagramación:
Proceso Producción Gráfica

310 Estadísticas Vitales 2019: Población, Nacimientos Defunciones y Matrimonios
E [recurso electrónico] / Instituto Nacional de Estadística y Censos.—2019.--
San José, Costa. : INEC, 2020-
151 p. : digital, archivo PDF
1 recurso en línea; 3,1 MB

ISSN: 2215-6305

Contiene: cuadros y gráficos estadísticos.
NOTA: La serie viene de la Oficina del Censo, primera publicación editada 1906-
No se vuelve imprimir a partir 2019.

1. ESTADÍSTICAS VITALES. 2. ESTADÍSTICA. 3. COSTA RICA. 4. INEC.

Presentación

La mortalidad materna constituye uno de los principales problemas de salud pública a los que se enfrentan los países de nuestra Región, su prevalencia evidencia limitaciones del sistema de salud en garantizar a las mujeres su derecho a una maternidad segura. Este es un indicador trazador de desigualdades que activa alertas en los sistemas de salud, particularmente en los mecanismos para la detección y tratamiento oportuno de condiciones que pueden afectar, gravemente, la salud de las mujeres durante el embarazo, parto o posparto.

Es por esta razón, que la reducción de la mortalidad materna es una prioridad de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS), cuya primera meta, del objetivo 3, responde al imperativo ético de "Garantizar una vida sana y promover el bienestar para todas las personas, en todas las edades" y se propone la reducción del indicador mundial a 70 muertes por cien mil nacimientos, dado que según datos del Observatorio Global de Salud de la Organización Mundial de la Salud (OMS) para el 2017, el valor mundial de este indicador es de 211 muertes maternas por cien mil nacimientos[1/].

Costa Rica, desde el 2000, implementó mecanismos permanentes de análisis y evaluación de la mortalidad materna, los cuales se apoyan en la declaración obligatoria de afecciones de la salud que son sujetas de control epidemiológico por parte del Ministerio de Salud (en adelante MS).

La declaración obligatoria de muertes maternas se realiza por un sistema informático del MS, del cual el Instituto Nacional de Estadística y Censos (en adelante INEC) tiene acceso, lo que permite un control cruzado con las estadísticas oficiales del INEC, estos datos son un insumo para que las autoridades de salud emitan recomendaciones para el mejoramiento continuo de la atención en salud, dado que estos eventos son sometidos a un proceso de investigación, análisis y evaluación.

En nuestro país, la vigilancia epidemiológica de la mortalidad materna permite, en primer lugar, recolectar la información pertinente para su análisis y, en segundo lugar, posibilita el desarrollo de programas de salud pública y la formulación de recomendaciones, con el propósito de mejorar cobertura y calidad en la atención.

Con el fin de monitorear los avances del país en esta temática y que las instituciones competentes puedan contar con información actualizada y de fácil acceso, que les permita diseñar acciones específicas, es que el Instituto Nacional de Estadística y Censos (en adelante INEC) presenta el folleto "Mortalidad materna y su evolución reciente".

1/ El valor más reciente publicado en el Observatorio Mundial de la Salud de OMS, disponible en: https://apps.who.int/gho/data/view.main.1370?lang=en

El folleto presenta información estadística sobre el comportamiento de la mortalidad materna para el periodo 2011 - 2021, con un mayor detalle para 2021. Esta información procede del registro de defunciones recibidas en el INEC, en el trascurso de todo el año. Los eventos, tradicionalmente, son sometidos a un riguroso proceso de control y verificación mediante una acción conjunta entre el Sistema Nacional de Análisis de Muertes Maternas e Infantiles del MS y el INEC. No obstante, en el marco de la atención sanitaria de la pandemia por COVID-19, este Sistema se mantuvo inactivo, por lo que el INEC ha coordinado con personal de la Dirección de Vigilancia e Indicadores de Salud del MS, para realizar un control cruzado de los datos publicados en este documento.

Ligia Bermúdez Mesén
Presidenta
Consejo Directivo

Floribel Méndez Fonseca
Gerente

Tabla de contenido

Página

Presentación 3
Símbolos y siglas 7
1. Definición de términos 9
2. Principales resultados 11
2.1 Panorama nacional 11
2.2 Panorama provincial 13
2.3 Afecciones de la salud que desencadenaron en muertes maternas 14
2.4 El rostro de la mortalidad materna 15
2.4.1 Relación de la edad con la mortalidad materna 15
2.4.2 Relación del empleo con la mortalidad materna 17
2.4.3 Relación del estado conyugal con la mortalidad materna 18
2.4.4 Relación de la condición de inmigrante con la mortalidad materna 19
Bibliografía 21
Referencias bibliográficas 21
Referencias en línea 21

Índice de cuadros

Cuadro 2.1 Costa Rica. Total de nacimientos, defunciones maternas y razón de mortalidad materna, 2011 - 2021 11

Cuadro 2.2 Costa Rica. Razón de mortalidad materna por año, según provincia, 2011 - 2021 (Por diez mil nacimientos) 13

Índice de gráficos

Gráfico 2.1 Costa Rica. Razón de mortalidad materna (RMM), 2011 - 2021 (Por diez mil nacimientos) 12

Gráfico 2.2 Costa Rica. Distribución porcentual de defunciones maternas por causas obstétricas directas e indirectas, 2011 - 2021 14

Gráfico 2.3 Costa Rica. Razón de mortalidad materna (RMM) y distribución porcentual de defunciones maternas y de nacimientos por grupos de edades de la madre, 2021 16

Gráfico 2.4 Costa Rica. Distribución porcentual de defunciones maternas por condición de actividad, 2021 17

Índice de figuras

Página

Figura 2.1 Costa Rica. Razón de mortalidad materna por condición de unida o no unida, 2021 (Por diez mil nacimientos) 18

Figura 2.2 Costa Rica. Razón de mortalidad materna por nacionalidad, 2021 (Por diez mil nacimientos) 20

Símbolos y siglas

Símbolos

(-)	a) presente en un cuadro indica que la cantidad es nula o cero.
	b) entre fechas, significa que contempla todo el período completo, incluidos el primer año y el último.
( )	espacio en blanco para los miles.

Siglas

FIGO	La Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia
INEC	Instituto Nacional de Estadística y Censos
ODS	Objetivos de Desarrollo Sostenible
OMS	Organización Mundial de la Salud

1. Definiciones

Defunción materna: es la muerte de una mujer mientras que está embarazada o dentro de los 42 días de terminar un embarazo, independientemente de la duración y la localización del embarazo, por cualquier causa vinculada o agravada por el embarazo o su manejo, pero no por causas accidentales o incidentales. Estas se subdividen en:

> Defunción obstétrica directa: son aquellas que resultan de complicaciones obstétricas del estado gravídico (embarazo, trabajo de parto y puerperio), de intervenciones, omisiones, tratamiento incorrecto, o de la cadena de eventos que llevó a cualquiera de los arriba mencionados.
>
> Defunción obstétrica indirecta: son aquellas que derivan de una enfermedad previamente existente o de una enfermedad que apareció durante el embarazo y que no fue debida a causas obstétricas directas, pero que se agravó por los efectos fisiológicos propios del embarazo.

Razón de mortalidad materna: es la relación entre las defunciones maternas ocurridas durante un año calendario y los nacimientos ocurridos durante ese mismo periodo, por diez mil nacimientos.

Causa básica de muerte: corresponde a la enfermedad o lesión que inició la cadena de acontecimientos patológicos que condujeron directamente a la muerte.

2. Principales resultados

2.1 Panorama nacional

La mortalidad materna es uno de los indicadores que refleja, con mayor claridad, inequidades existentes en la atención de salud de las mujeres; por tanto, su constante monitoreo y seguimiento para definir acciones de salud pública orientadas a su disminución es una de las prioridades, no solo de las autoridades de salud, sino del país y de la región.

El indicador asociado a este fenómeno es la razón de mortalidad materna, el cual se obtiene al dividir el número de muertes de mujeres cuya causa básica de defunción está asociada al estado de embarazo, parto o posparto, ocurridas durante un periodo determinado, generalmente un año, entre el total de nacimientos ocurridos durante ese mismo periodo. De manera que, este dato permite determinar el riesgo de morir al que están expuestas las mujeres durante esta etapa. En el país, se expresa como la cantidad de muertes maternas ocurridas por diez mil nacimientos.

Tal como se muestra en el cuadro 2.1 y gráfico 2.1, el comportamiento ha sido considerablemente irregular, aunque con una tendencia al descenso sostenida en el periodo 2016 - 2018, pero a partir de 2019 experimenta un incremento de 25,9 % en este año con respecto a 2018 y para 2020, esta tendencia se exacerba al experimentar un incremento de 70,0 % con respecto a 2019, el mayor del periodo en análisis, en 2021 el aumento es de 17,8 % con respecto a 2020. En este último trienio estos incrementos se traducen en una muerte materna más por diez mil nacimientos, de año a año.

La disminución más significativa se experimentó en 2013, cuyo cambio representó 33,9 % con respecto al 2012, una muerte materna menos por diez mil nacimientos.

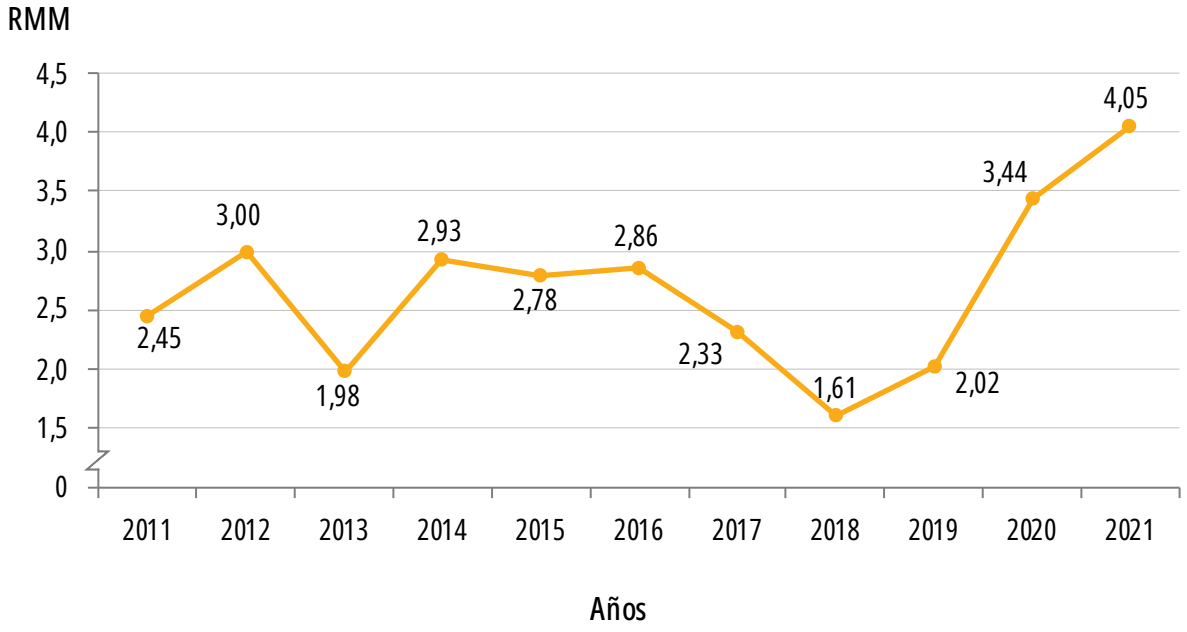
CUADRO 2.1
Costa Rica. Total de nacimientos, defunciones maternas y razón de mortalidad materna, 2011 - 2021

Año	Nacimientos	Defunciones maternas	Razón de mortalidad materna[1/]
2011	73 459	18	2,45
2012	73 326	22	3,00
2013	70 550	14	1,98
2014	71 793	21	2,93
2015	71 819	20	2,78
2016	70 004	20	2,86
2017	68 811	16	2,33
2018	68 449	11	1,61
2019	64 274	13	2,02
2020	58 156	20	3,44
2021	54 288	22	4,05

1/ Por diez mil nacimientos.

Fuente: INEC-Costa Rica. Estadísticas vitales, 2011 - 2021.

GRÁFICO 2.1
Costa Rica. Razón de mortalidad materna (RMM), 2011 - 2021
(Por diez mil nacimientos)



Fuente: cuadro 2.1.

2.2 Panorama provincial

Al analizar la razón de mortalidad materna por provincia, se observa un comportamiento muy irregular durante el periodo analizado. Para 2021, cinco de las siete provincias experimentaron un aumento significativo y cuatro de estas, San José, Alajuela, Heredia y Guanacaste, presentan una razón mayor a la nacional.

De las cinco provincias que experimentaron un aumento, Puntarenas es la que presenta un panorama más desfavorable, ya que pasó de cero muertes maternas en 2020 a tres muertes por diez mil nacimientos; seguida por, San José Heredia y Guanacaste que experimentaron aproximadamente dos muertes más por diez mil nacimientos con relación a 2020. Por su parte, en una situación menos crítica se encuentran Limón, que experimentó una muerte materna más por diez mil nacimientos.

Cartago y Alajuela experimentaron tres y dos muertes maternas menos por diez mil nacimientos, al comparar el indicador con 2020, respectivamente.

CUADRO 2.2
Costa Rica. Razón de mortalidad materna por año, según provincia, 2011 - 2021
(Por diez mil nacimientos)

Provincia	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Costa Rica	**2,45**	**3,00**	**1,98**	**2,93**	**2,78**	**2,86**	**2,33**	**1,61**	**2,02**	**3,44**	**4,05**
San José	2,19	2,65	0,93	3,19	4,63	3,35	2,46	0,50	2,62	2,99	4,54
Alajuela	4,75	3,41	0,70	2,72	1,33	2,03	2,70	2,61	2,15	6,18	4,14
Cartago	-	4,07	2,79	4,18	2,74	6,95	-	-	-	6,78	3,61
Heredia	1,51	4,53	-	3,07	-	4,71	3,25	3,25	1,69	1,93	4,33
Guanacaste	-	3,36	3,51	5,02	1,70	1,73	3,52	-	1,81	1,99	4,42
Puntarenas	-	1,30	1,36	-	4,07	1,40	-	2,73	1,51	0,00	3,39
Limón	6,20	2,37	7,39	2,50	2,46	-	3,93	2,68	2,94	1,62	3,22

Fuente: INEC-Costa Rica. Estadísticas vitales, 2011 - 2021.

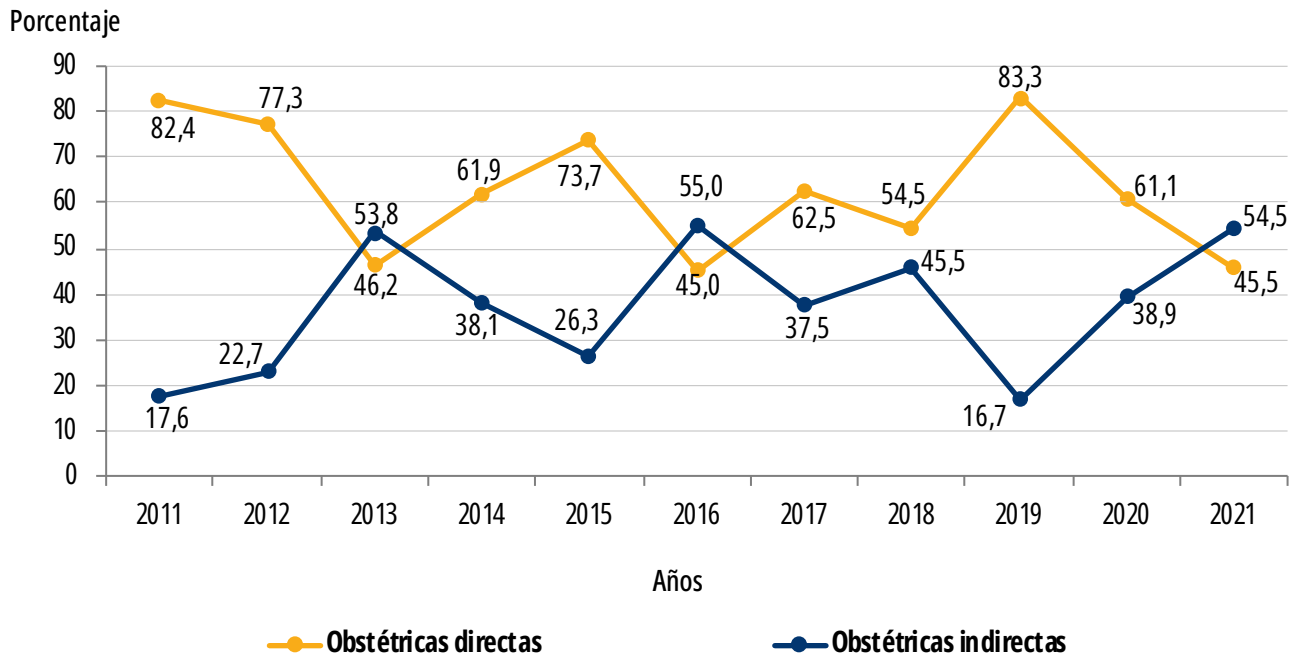
2.3 Afecciones de la salud que desencadenaron en muertes maternas

Para efectos de análisis y de acciones concretas de salud pública, las muertes maternas se subdividen en muertes obstétricas directas e indirectas. Las primeras se refieren a aquellas muertes que ocurren como resultado de complicaciones obstétricas durante el embarazo, trabajo de parto o posparto, intervenciones, omisiones o tratamiento incorrecto, o de la cadena de eventos que llevó a cualquiera de los antes mencionados. Por su parte, las muertes obstétricas indirectas son aquellas derivadas de enfermedades preexistentes o que se presentaron durante el embarazo y que no fueron debidas a causas obstétricas directas, pero que se agravaron por efectos fisiológicos propios del embarazo. (Organización Mundial de la Salud, 2012)

Tal como se observa en el gráfico 2.2, en el periodo analizado, la composición de las muertes maternas ha mostrado un predominio de causas obstétricas directas, siendo en 2019 el porcentaje mayor de todo el periodo, ya que representaron el 83,3 % del total de defunciones maternas.

No obstante, este patrón de predominio de las causas obstétricas directas se invierte en 2013, 2016 y 2021, en el caso de este último año este predominio es explicado por las defunciones maternas asociadas a COVID-19, que representaron el 40,9 % de las defunciones maternas y el 75 % de las defunciones por causas obstétricas indirectas.

GRÁFICO 2.2
Costa Rica. Distribución porcentual de defunciones maternas por causas obstétricas directas e indirectas, 2011 - 2021



Nota: excluye las muertes maternas cuya causa no se especifica y por tanto, no pueden ser clasificadas como directa o indirecta.
Fuente: INEC-Costa Rica. Estadísticas vitales, 2011 - 2021.

2.4 El rostro de la mortalidad materna

Las condiciones de vida de las mujeres y sus características demográficas, sociales, económicas y culturales desempeñan un papel determinante en la incidencia de algunas afecciones en su salud. Estas condiciones pueden ubicar a las mujeres en una situación de mayor vulnerabilidad ante la muerte.

Los certificados de defunción recogen una serie de variables de tipo demográfico, social y económico que permiten realizar un primer acercamiento a la caracterización de estas mujeres, con el fin de establecer si existen condiciones que actúan como determinantes sociales de la salud, en aras de apoyar el diseño de acciones dirigidas a atenuar dicho efecto.

2.4.1 Relación de la edad con la mortalidad materna

Uno de los factores que incide en un mayor riesgo de muerte durante el embarazo, parto o posparto es la edad , que, sumada a ciertas condiciones nutricionales y de estado físico, en general, potencializan dicho riesgo.

El efecto de la edad, especialmente la edad materna avanzada[2/], como factor de riesgo obstétrico y perinatal ha sido ampliamente estudiado, al respecto (Guizar N, 2014, pág. 50) expone en las conclusiones de su tesis de especialidad lo siguiente:

> "En base a nuestros resultados podemos concluir que la edad materna avanzada se asocia en nuestro medio a más patología gestacional, mayor tasa de resolución del embarazo vía cesárea, sobre todo en mujeres primíparas. Todo ello repercute en la morbimortalidad materna fetal, convirtiéndolas en un grupo poblacional de riesgo obstétrico que requiere una atención prenatal adecuada..."

Así mismo, al respecto de los riesgos obstétricos que afectan la salud materna y perinatal, (Andorno M, 2011, pág. 207) indica que:

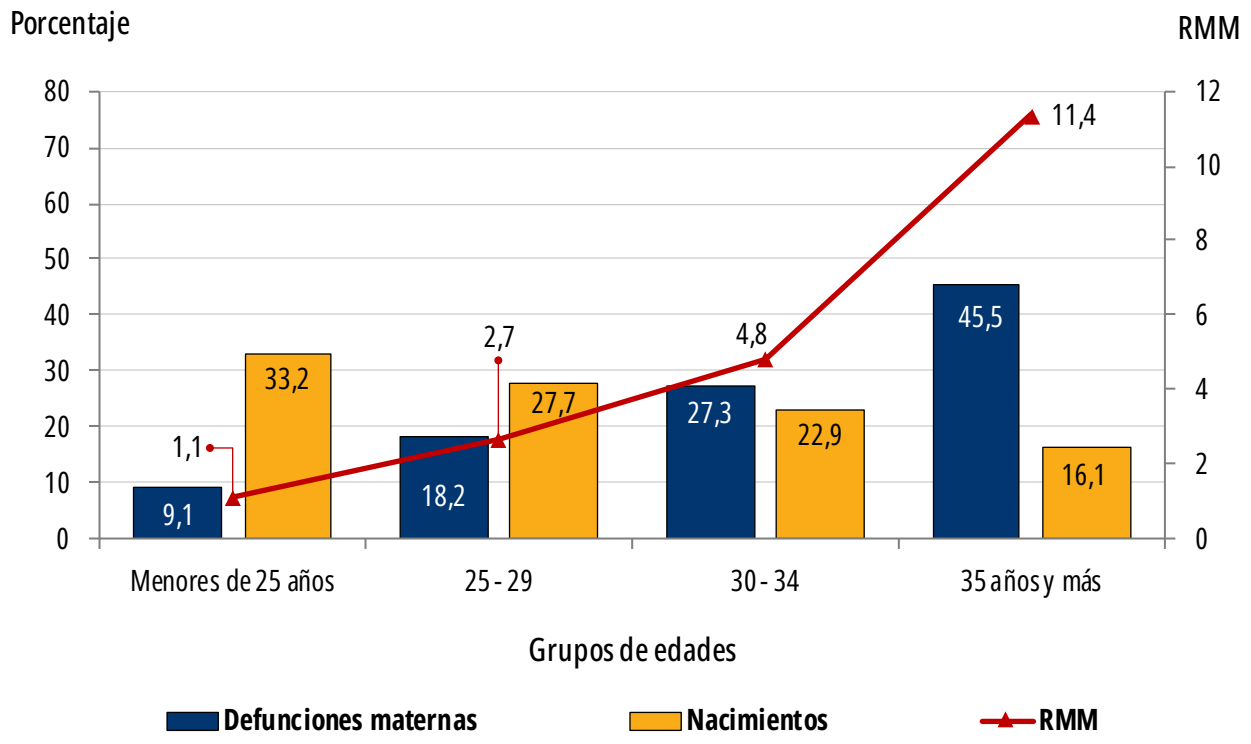
> "Los estados hipertensivos del embarazo, la diabetes gestacional, la restricción del crecimiento intrauterino, prematuridad, nacimiento por cesárea, puntuación baja de APGAR, muerte perinatal y el peso bajo al nacer son ejemplos de eventos adversos que son asociados con la edad avanzada".

2/ La Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO) define como "edad materna avanzada" los embarazos ocurridos a partir de los 35 años.

En este sentido, al analizar la distribución porcentual de las 22 muertes maternas ocurridas en 2021, y la razón de mortalidad materna por grupos de edades, tal como se observa en el gráfico 2.3, se evidencia de manera clara el patrón descrito, dado que son las mujeres de 35 años y más las que experimentaron un mayor riesgo de muerte materna; este riesgo fue, en 2021, 10,7 veces el riesgo que experimentan las mujeres menores de 25 años, que es el grupo que mayor aporte hace al total de nacimientos. Es relevante que el predominio de las defunciones asociadas a COVID-19, aumentó en un porcentaje cercano al 200 % (194,4 %) el riesgo de morir durante el embarazo, parto y posparto.

En términos de la razón de mortalidad materna, durante 2021, en el grupo de 35 años y más murieron diez mujeres más por diez mil nacimientos que, en el grupo de mujeres menores de 25 años, evidenciando una clara desigualdad con respecto a la edad.

GRÁFICO 2.3
Costa Rica. Razón de mortalidad materna (RMM) y distribución porcentual de defunciones maternas y de nacimientos por grupos de edades de la madre, 2021



Fuente: INEC-Costa Rica. Estadísticas vitales, 2021.

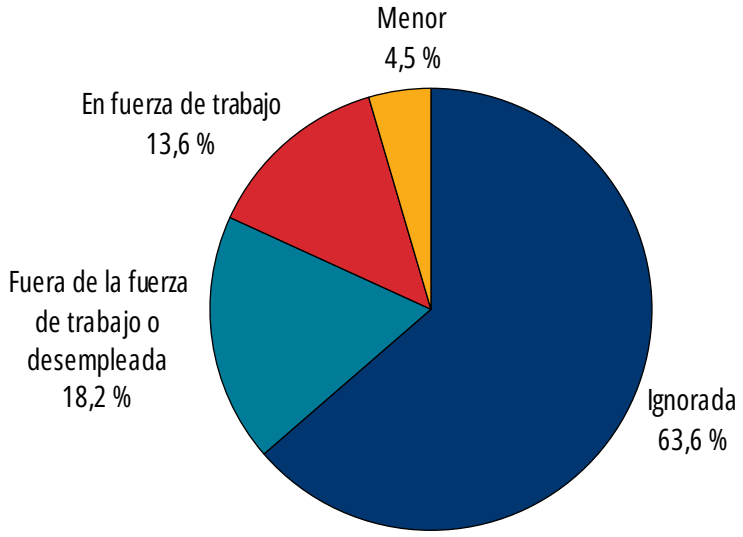
2.4.2 Relación del empleo con la mortalidad materna

El contar con un trabajo remunerado generalmente facilita a las mujeres el ejercicio de su autonomía económica[3/], la cual trasciende a la independencia financiera, dado que conlleva de manera implícita, el acceso libre a la seguridad social directa.

Al analizar las muertes maternas ocurridas en 2021 por condición de actividad, destaca el hecho de que a 14, de las 22 mujeres fallecidas, (64 %) no se les registró esta información, lo cual pudo haber estado mediado por la premura del registro de las muertes por COVID-19 que afectó la calidad del llenado de variables sociodemográficas. Dada esta proporción tan significativa de información ignorada no se puede analizar la relación de esta variable con la mortalidad materna.

Por lo antes expuesto, se insta a una reflexión a lo interno del sistema de salud, donde se sopese el impacto de no contar con esta información para el análisis de los determinantes sociales de la mortalidad y específicamente de la mortalidad materna en un contexto de pandemia, donde generalmente, las inequidades en el acceso a los servicios de salud y las relacionadas con factores sociales se exacerban afectando negativamente la salud de las personas, sobre todo de grupos poblacionales en situación de vulnerabilidad. En este sentido, se recomienda reforzar en el personal registrador y de salud, la sensibilización sobre la relevancia de registrar toda la información solicitada en los certificados de defunción.

GRÁFICO 2.4
Costa Rica. Distribución porcentual de defunciones maternas por condición de actividad, 2021



Fuente: INEC-Costa Rica. Estadísticas vitales, 2021.

3/ La autonomía económica se entiende como la capacidad de las personas de generar ingresos propios para satisfacer sus necesidades de subsistencia. De tal forma quien no genera ingresos es pobre aun cuando tenga la posibilidad de acceder a los ingresos de otros, lo cual lo ubica como económicamente dependiente. No sólo son dependientes para su sustento presente, también lo son para la atención de salud y la acumulación de derechos previsionales propios para su vejez. (Bravo, 2010:3)

2.4.3 Relación del estado conyugal con la mortalidad materna

Otra variable demográfica que se considera como un factor de riesgo asociado a la mortalidad materna es el estado conyugal. De acuerdo al estudio de cohorte realizado por (Pinedo A, 1995)[4/] uno de los factores de mayor importancia, según su riesgo relativo y significancia estadística, fue el estado civil soltera, aún con mayor significancia estadística que otras variables como: alfabetismo, desnutrición y sobrepeso, entre otras. En este sentido los autores indican:

> ...precisamente, entre los factores de riesgo, algunas condiciones socioeconómicas expresadas a través del estado civil soltera, bajo nivel de estudios, ocupación en tareas domésticas, falta de servicios sanitarios y nacimientos están muy ligados a la muerte. En el presente estudio, es evidente que el estado civil soltera se comporta como factor deletéreo[5/] ". (Pinedo A, 1995, pág. 4)

Debido a los principios de confidencialidad, los datos por estado conyugal se presentan en dos categorías, unida y no unida[6/]. Los datos de 2021 muestran que la tesis de Pinedo se cumple, dado que tal como se observa en la siguiente figura, las mujeres no unidas tienen una probabilidad de muerte materna mayor que las mujeres unidas experimentando, aproximadamente, tres muertes más por diez mil nacimientos.

FIGURA 2.1
Costa Rica. Razón de mortalidad materna por condición de unida o no unida, 2021
(Por diez mil nacimientos)

Nota: los valores ignorados fueron prorrateados.
Fuente: INEC-Costa Rica. Estadísticas vitales, 2021.

4/ Este estudio de cohorte se realizó en el Banco de Datos del Sistema Perinatal del Departamento de Ginecoobstetricia del Hospital María Auxiliadora de Lima, Perú; consistió en el análisis de 44 eventos de muertes maternas. Para más detalle de este estudio consultar Pinedo et al (1995) "Factores de riesgo asociados a la mortalidad materna". Revista de Ginecología y Obstétrica (Perú) 1995; 41(3):52-4.
5/ La palabra deletéreo hace referencia a algo venenoso o mortífero (DRAE):2001, 22 Edición.
6/ La categoría unida incluye los eventos donde se indicó que la mujer era casada o en unión libre y las no unidas incluye a las mujeres en las que se declaró que era soltera, viuda, separada y divorciada.

2.4.4 Relación de la condición de inmigrante con la mortalidad materna

La condición de persona migrante o extranjera puede limitar, en ocasiones, el acceso a una atención de salud oportuna y de calidad, dado que esta condición, en especial, cuando es irregular, puede estar asociada a dificultades en el acceso a condiciones de vida digna, acceso oportuno a servicios de salud, a factores de jornadas de trabajo extenuantes, limitados recursos económicos o temor de ser deportadas por su condición irregular, además de la ausencia de redes de apoyo familiar para el cuidado adecuado del posparto y de la persona recién nacida.

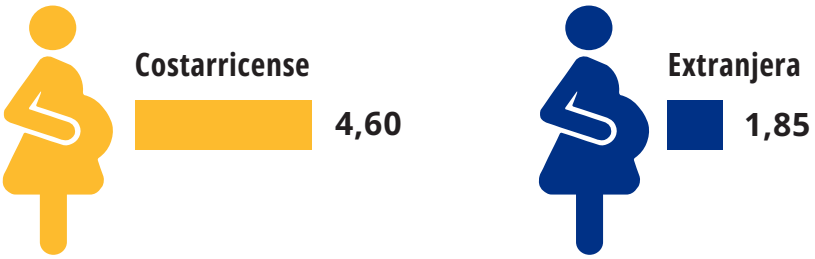
En relación a lo anterior, (De la Torre, 2006)[7/] en su artículo "Control de la gestación de inmigrantes", referido a un estudio realizado en España sobre población inmigrante, comenta que:

> ...de acuerdo con la evidencia disponible, el programa de cuatro consultas prenatales contiene el número mínimo de consultas que debe ofrecerse para los embarazos de bajo riesgo. La mujer inmigrante no sólo está expuesta a peores condiciones laborales y de vivienda, sino que, por razones políticas, administrativas o culturales, tiene difícil acceso a los servicios de salud... (De la Torre, 2006, pág. 54)
>
> La mayoría de mujeres inmigrantes hacen un escaso uso de los servicios sanitarios y en la atención prenatal, con consultas más tardías, menos frecuentes y más discontinuas, en comparación a las nativas. Las mujeres inmigrantes acuden para el control de su embarazo en el segundo trimestre de la gestación (semana18), mientras que las gestantes nacionales lo hicieron en el primer trimestre (semana 11) ... Por otro lado, el grupo de gestantes inmigrantes acuden al hospital con el parto más avanzado, siendo significativa la mayor incidencia de parto en expulsivo Las gestantes peor controladas acuden menos veces para una finalización programada y con más frecuencia con parto en expulsivo y extrahospitalario. Esto determina una mayor morbimortalidad materna y perinatal. (De la Torre, 2006, pág. 55)

Al respecto, cuando se analiza la razón de mortalidad materna por nacionalidad en 2021, tal como se observa en la figura 2.2, esta tesis no se cumple, dado que las mujeres costarricenses experimentaron un mayor riesgo de fallecer por causas maternas, que las mujeres nacidas en otro país. En 2021 fallecieron tres mujeres costarricenses más por diez mil nacimientos. que las nacidas en otro país.

7/ Torre, J. de la et al. Control de gestación en inmigrantes. Anales Sistema de Navarra [online]. 2006, vol.29, suppl.1 [citado 2017-11-14], pp.49-61. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272006000200005&lng=es&nrm=iso>. ISSN 1137-6627.

FIGURA 2.2
Costa Rica. Razón de mortalidad materna por nacionalidad, 2021
(Por diez mil nacimientos)



Nota: los valores ignorados fueron prorrateados.
Fuente: INEC-Costa Rica. Estadísticas vitales, 2021.

Bibliografía

Andorno M, B. E. (2011). *"Embarazos en los extremos de la vida y resultados perinatales"; Revista de Posgrado de la 6ª Cátedra de Medicina.* Obtenido de http://congreso.med.unne.edu.ar/revista/revista207/2_207.pdf

De la Torre, J. d. (2006). "*Control de gestación en inmigrantes. Anales Sis San Navarra",* España 2006, vol.29, suppl.1. Obtenido de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272006000200005&lng=es&nrm=iso>. ISSN 1137-6627.

Guizar N, I. I. (2014). *"Edad materna avanzada como factor de riesgo de resultados perinatales adversos en el Hospital Materno Infantil del ISSEMYM en el periodo del 1 de agosto de 2012 al 31 de julio de 2013" Tesis para optar por especialidad en ginecología y obstetricia, Unive.* Obtenido de http://ri.uaemex.mx/bitstream/123456789/14862/1/Tesis.417702.pdf

Gutiérrez-Aguirre CH, A. J.-R.-A. (2012). *Síndrome de Hellp, diagnóstico y tratamiento*. Revista de Hematología, México, 195-200.

Organización Mundial de la Salud. (2012). *"Guía de la OMS para la aplicación de la CIE-10 a las muertes ocurridas durante el embarazo, parto y puerperio: CIE-MM"*, Ginebra, Suiza.

Pinedo A, T. L. (1995). *"Factores de riesgo asociados a la mortalidad materna" Revista de Ginecologia y Obstetrica Perú.* Obtenido de http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/ginecologia/vol_41n3/f_riesgo.htm

Referencias bibliográficas

Ministerio de Salud de Costa Rica, Organización Mundial de la Salud y Organización Panamericana de la Salud (2005) *"Salud de las mujeres en Costa Rica, un análisis desde la perspectiva de género"*, San José, Costa Rica, Abril 2005.

Organización Panamericana de la Salud (1995) *"Clasificación Estadísticas Internacional de Enfermedades y Problemas relacionados con la Salud"*, volumen 2, 10° revisión, edición 2008, Washington, D.F.

Referencias en línea

Bravo. Rosa (2009) *"Avances y desafíos en torno a la autonomía económica de las mujeres", ponencia presentada en el Panel "Avances y desafíos en torno a la autonomía económica de las mujeres"* del Seminario Género en el Poder: el Chile de Michelle Bachelet. Organizado por el Observatorio de Género y Equidad y llevado a cabo los días 28 y 29 de mayo en el Palacio de la Moneda, Santiago de Chile.
http://www.observatoriogeneroyliderazgo.cl/seminario/wp-content/uploads/2009/04/rosabravodoc.pdf

Natalia P. Quintanilla, et all (2003) *"Preclampia"*, Revista de Posgrado de la VI a Cátedra de Medicina de la Universidad Nacional de Nordeste (UNNE) Argentina, N° 133 de noviembre 2003, http://med.unne.edu.ar/revista/revista133/preeclam.htm

Secretaria de Salud de México (1992) *"Guía de práctica clínica de diagnóstico y tratamiento de sepsis puerperal*", México D.F. http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/272_GPC_Diagnostico_tratamiento_de_SEPSIS_PUERPERAL/RER_SEPSIS_PUERPERAL.pdf

Diccionario médico interactivo, portales médicos.com
http://www.portalesmedicos.com/diccionario_medico/index.php/Flebotrombosis

Página Web de la División de Estadística de Naciones Unidas
http://mdgs.un.org/unsd/mdg/Home.aspx

ISBN: 978-9930-525-10-4

INEC Costa Rica @ineccr INEC Costa Rica INEC Costa Rica

www.inec.cr

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, C. R.
Teléfonos: 2527 - 1144, 2527 - 1145, 2527 - 1146 y 2527 - 1147