



Taller sobre monitoreo de los ODM en América Latina

Situación de la salud reproductiva

Costa Rica. 2011

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





Salud reproductiva

“Estado general de bienestar físico, mental y social, y no de mera ausencia de enfermedades o dolencias, en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo y sus funciones y procesos. En consecuencia, la salud reproductiva entraña la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos de procrear, y la libertad para decidir hacerlo o no hacerlo, cuándo y con qué frecuencia”. (FNUAP, 1995; p.41).





Componentes de la salud reproductiva

- La planificación familiar, accesible y de calidad.
- El comportamiento sexual y reproductivo responsable, implica relaciones sexuales con protección y los embarazos planeados y espaciados.
- La atención durante el embarazo, parto y el post-parto.
- La detección y atención de las enfermedades de los órganos reproductivos, incluidas las infecciones de transmisión sexual (ITS, VIH y sida) y cáncer.
- El tratamiento de la infertilidad
- La prevención del aborto





OBJETIVO 5: MEJORAR LA SALUD MATERNA

Meta 5.1

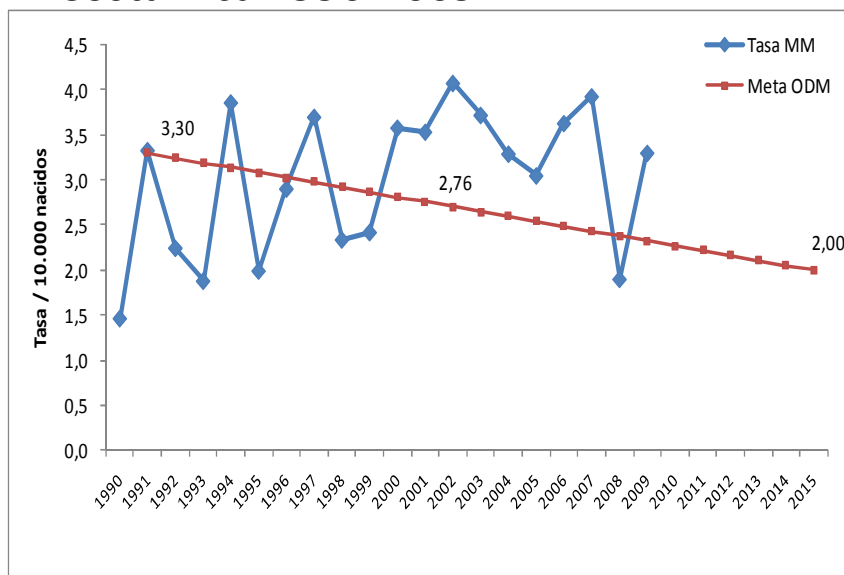
Que para el año 2015, el valor máximo de la tasa de mortalidad materna, tanto nacional como en los diferentes ámbitos subnacionales, sea de 2 por diez mil nacidos vivos.

INDICADORES DE ESTADO DE SALUD: MORTALIDAD

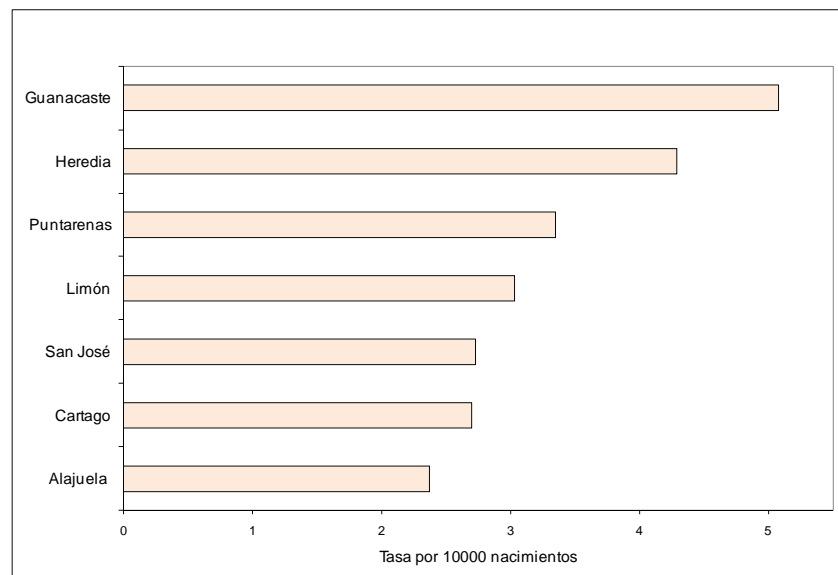
No.	INDICADOR	DEFINICIÓN	TIPO / FÓRMULA O METODOLOGÍA / NOTAS TÉCNICAS	FUENTE / ELABORACIÓN / PERIODICIDAD	CATEGORÍAS / SUBCATEGORÍAS
14	Número de muertes maternas	<ul style="list-style-type: none"> Total de muertes maternas registradas en un determinado período, país, territorio o área geográfica. 	<p>Tipo: magnitud absoluta</p> <p>Metodología: obtención directa de la información de la fuente oficial.</p> <p>Nota técnica:</p> <ul style="list-style-type: none"> Muerte materna: defunción de una mujer mientras está embarazada o dentro de los 42 días siguientes a la terminación de su embarazo, independientemente de la duración y sitio del embarazo debida a cualquier causa relacionada con o agravada por el embarazo mismo o su atención (principalmente códigos 630-676 de ; códigos O00-O99, A34 de), pero no por causas accidentales o incidentales (OPS²). 	<p>Fuente: INEC (base de datos de defunciones)</p> <p>Elaboración: INEC u otro</p> <p>Periodicidad: anual</p>	<p>Unidad geográfica: país, provincia, cantón y región del Ministerio de Salud</p> <p>Causas según : grupos de categorías y categorías a tres dígitos</p>
15	Tasa de mortalidad materna (anual, trienal o quinquenal)	<ul style="list-style-type: none"> Cociente entre el número de muertes maternas registradas en un determinado período (año, trienio, quinquenio, etc.) y el número de nacidos vivos en el mismo año, expresado por 10.000 nacidos vivos, para un determinado país, territorio o área geográfica (OPS², modificada). <p>Sinonimia: razón de mortalidad materna</p>	<p>Tipo: tasa</p> <p>Fórmula:</p> $\frac{\text{Número de muertes maternas registradas en el período}}{\text{Nacidos vivos en el mismo período}} \times 10.000$ <p>Nota técnica:</p> <ul style="list-style-type: none"> Muerte materna: defunción de una mujer mientras está embarazada o dentro de los 42 días siguientes a la terminación de su embarazo, independientemente de la duración y sitio del embarazo debida a cualquier causa relacionada con o agravada por el embarazo mismo o su atención (principalmente códigos 630-676 de ; códigos O00-O99, A34 de), pero no por causas accidentales o incidentales (OPS²). Dado el bajo número anual de muertes maternas se deben utilizar, preferentemente, tasas trienales o quinquenales. 	<p>Fuente:</p> <p>N: INEC (base de datos de defunciones)</p> <p>D: INEC</p> <p>Elaboración: INEC u otro</p> <p>Periodicidad: anual</p>	<p>Unidad geográfica: país, provincia y región del Ministerio de Salud</p>

Situación y Tendencias

Mortalidad materna por año.
Costa Rica 1990-2009



Mortalidad materna por provincia
Costa Rica 2005-2009

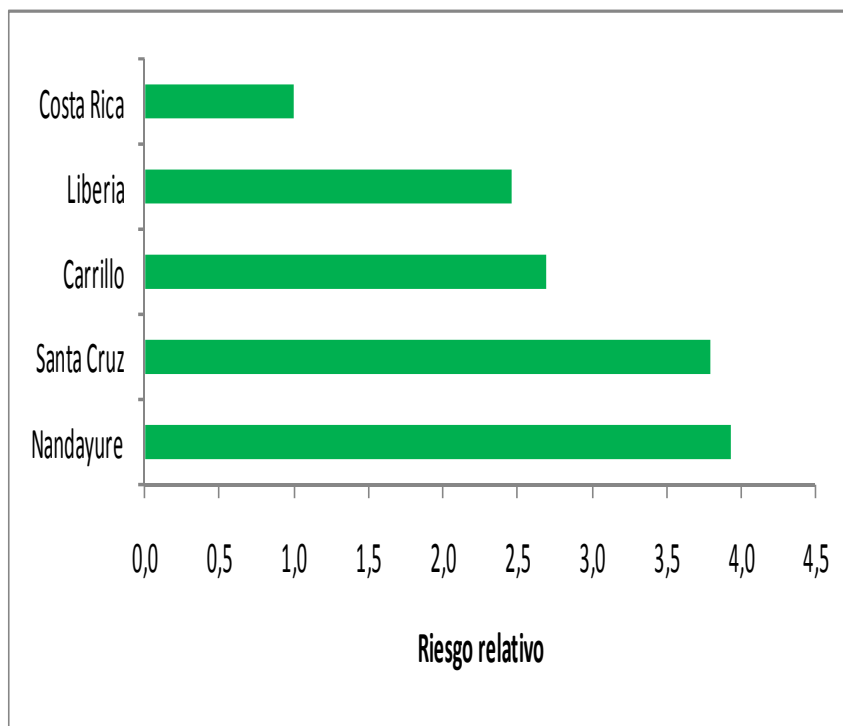


Fuente: Dirección Vigilancia de la Salud con base en datos del INEC

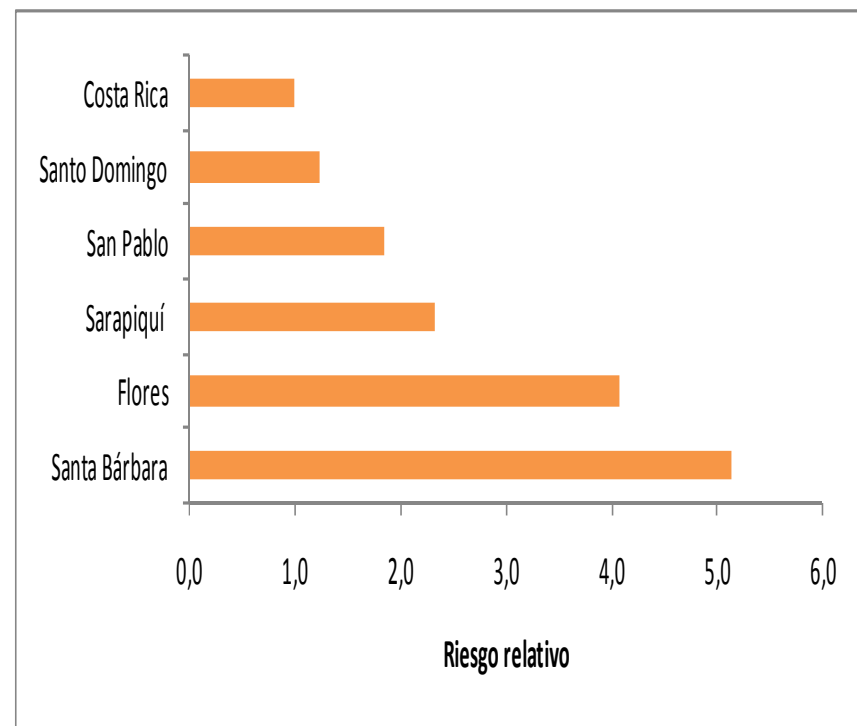
La mortalidad materna persiste siendo un reto, el país no ha logrado que la misma presente una tendencia decreciente sostenida. Al interior del país el comportamiento no es homogéneo, para el quinquenio 2005-2009 Guanacaste presentó una tasa muy superior a la nacional (5,08) mientras que Alajuela presentó la tasa más baja (2,37)

Cantones con sobre-riesgo de mortalidad materna respecto a la tasa quinquenal nacional. Costa Rica 2005-2009

Provincia de Guanacaste

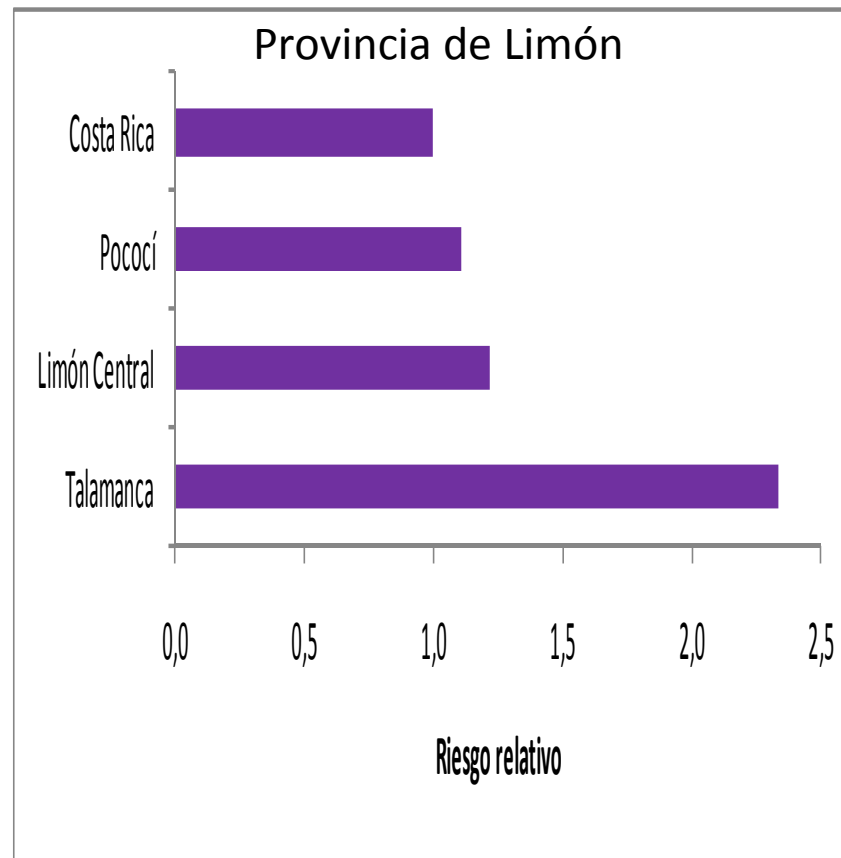
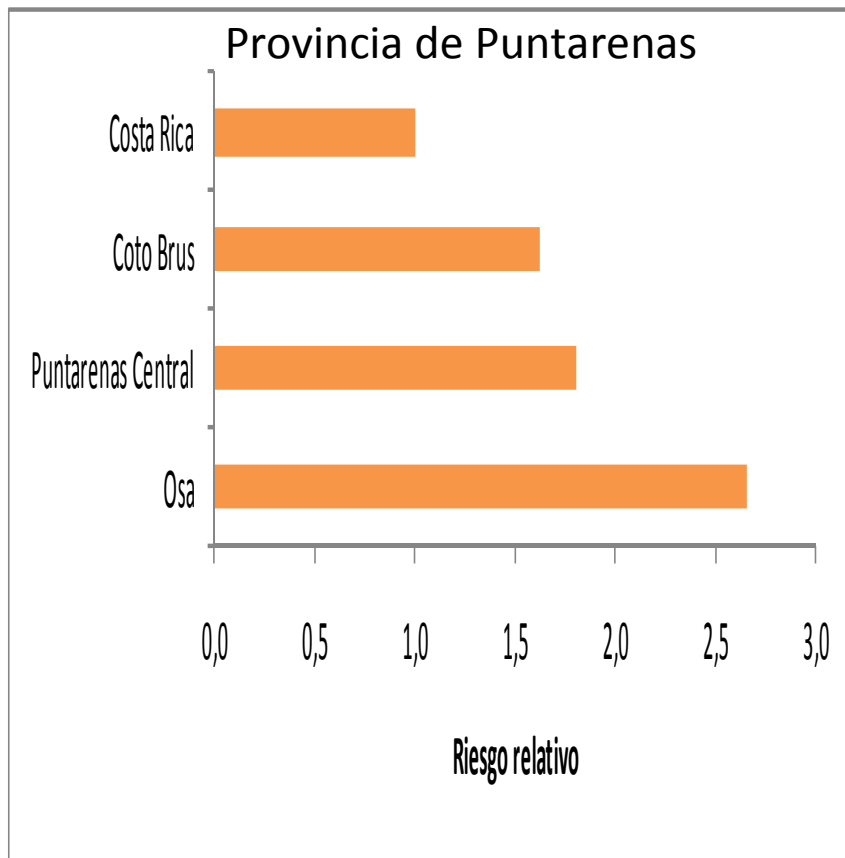


Provincia de Heredia



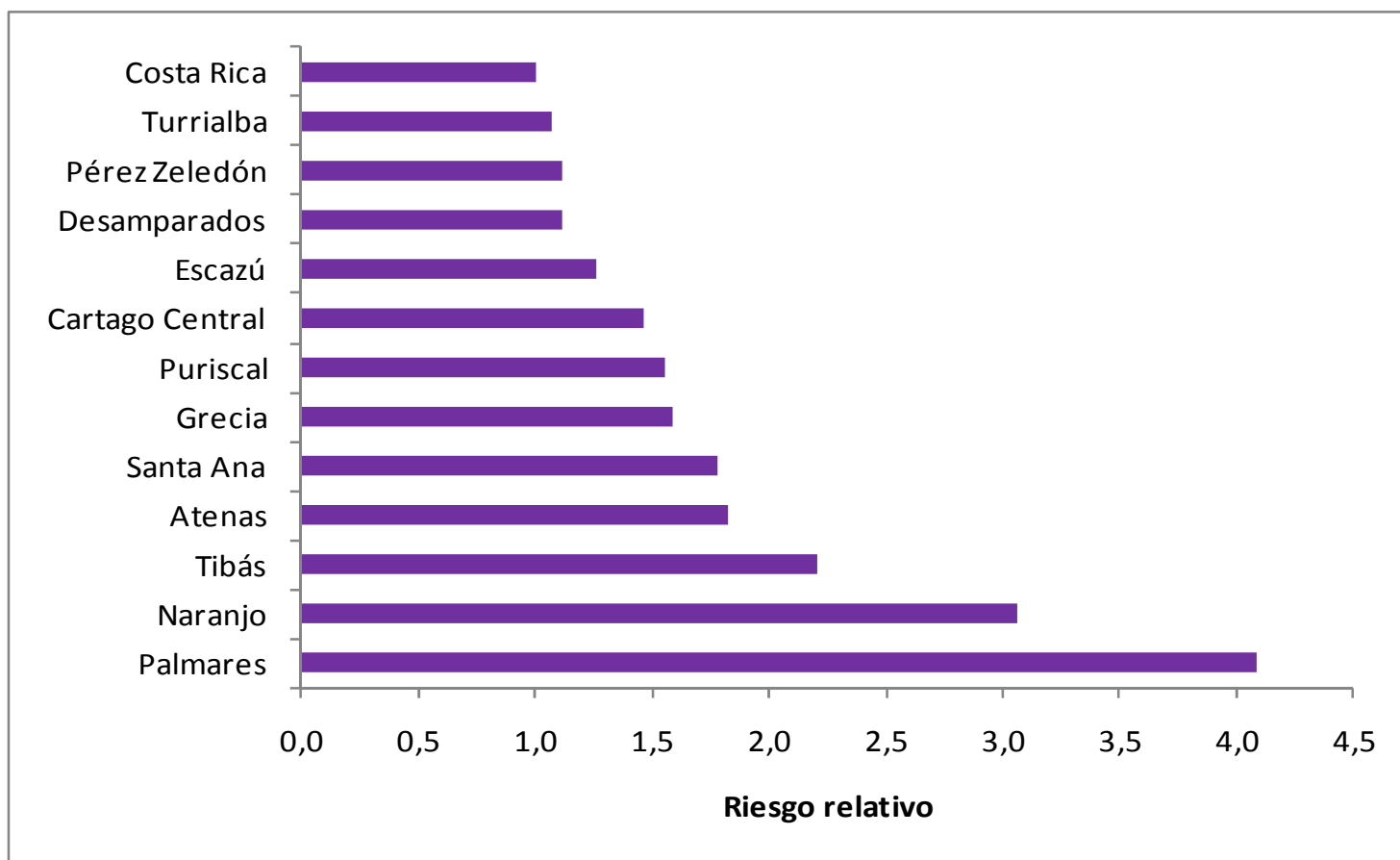
Fuente Dirección de Vigilancia de la Salud con base en datos del INEC

Cantones con sobre-riesgo de mortalidad materna respecto a la tasa quinquenal nacional. Costa Rica 2005-2009



Fuente Dirección de Vigilancia de la Salud con base en datos del INEC

Cantones con sobre-riesgo de mortalidad materna respecto a la tasa quinquenal nacional de las provincias de San José, Cartago y Alajuela. Costa Rica 2005-2009



Fuente: Dirección de Vigilancia de la Salud con base en datos del INEC



Causas de mortalidad materna

- Otras afecciones obstétricas no clasificadas en otra parte
- Edema, proteinuria y otros trastornos hipertensivos del embarazo, parto y puerperio
- Complicaciones del trabajo de parto y el parto
- Embarazo terminado en aborto



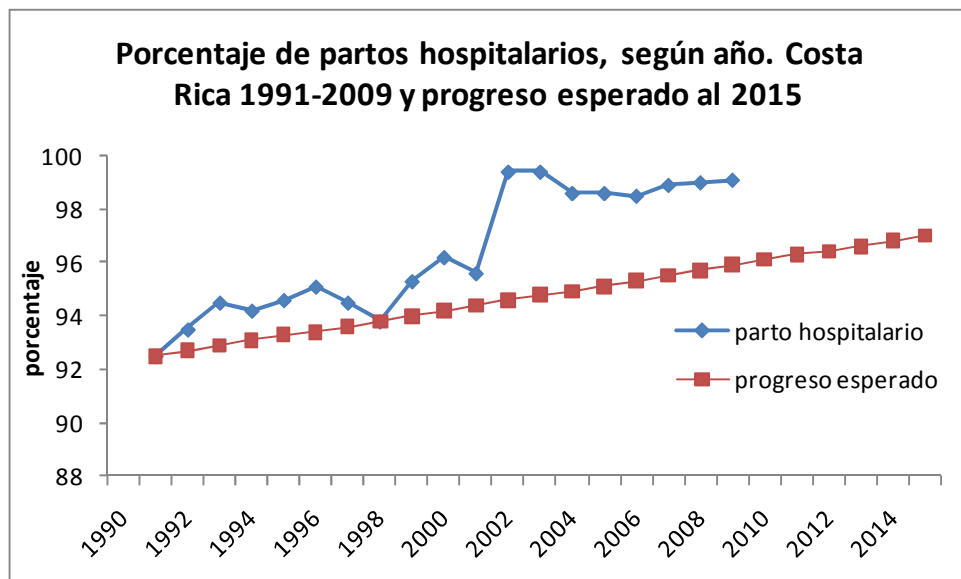


OBJETIVO 5: MEJORAR LA SALUD MATERNA

Meta 5.2

Que para el año 2015, 97% de los partos sean hospitalarios; captación de las mujeres durante el primer trimestre de gestación; y que el porcentaje de embarazadas con atención prenatal completa sea de 75%.

Situación y Tendencias

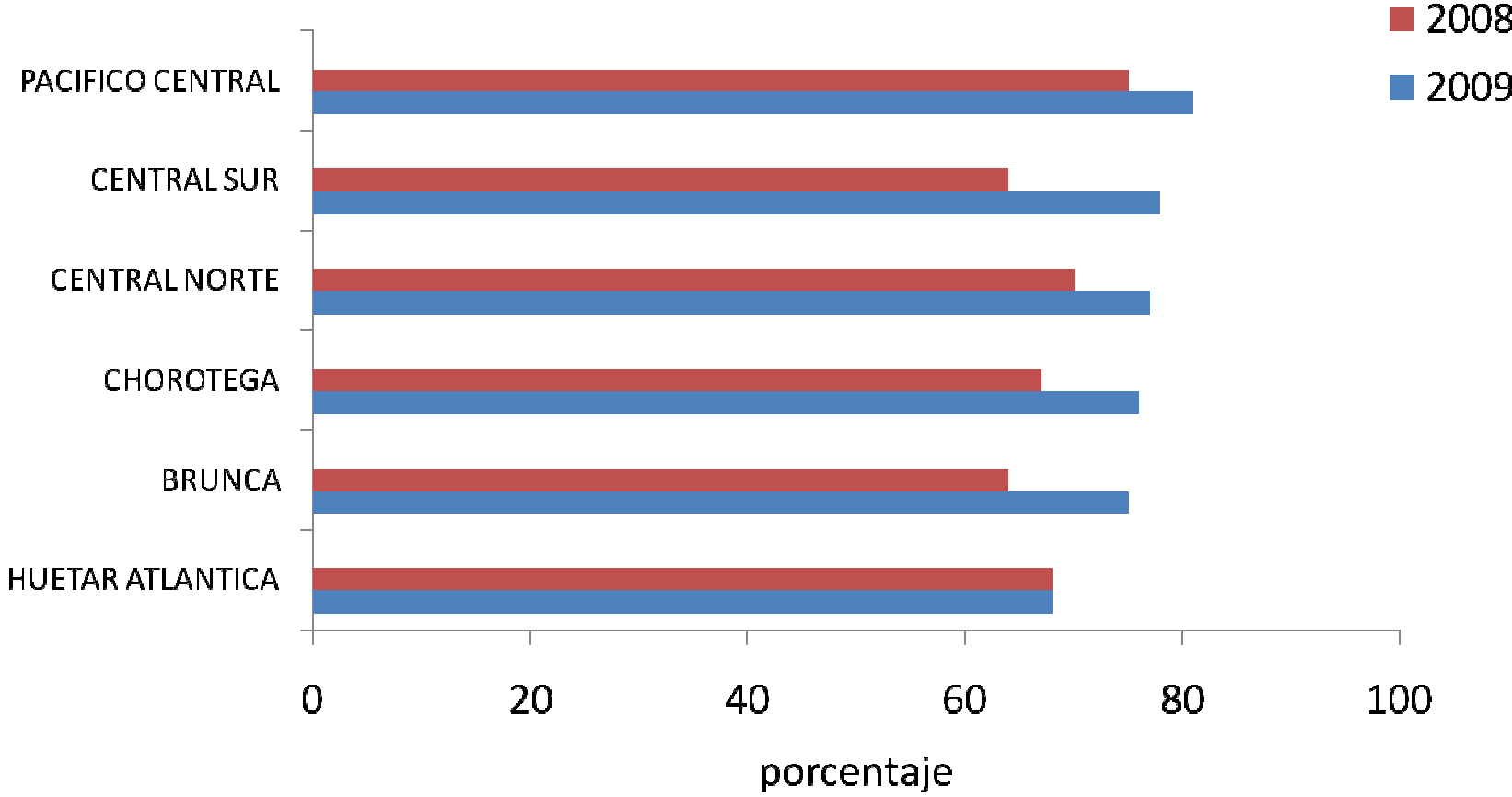


Fuente: Dirección Vigilancia de la Salud con base a datos del INEC

El 98,7% de los partos hospitalarios son atendidos por personal profesional.
0,3% por estudiantes o personal auxiliar
1% otro o desconocido

La seguridad social en el país tiene una amplia cobertura nacional, con altos porcentajes de partos con atención hospitalaria pública, a esto se suma lo que se atiende en el sector privado, sumando un 99,1% de atención de parto institucional.

Porcentaje de mujeres captadas en el I trimestre del embarazo en el sector público, según regionalización de la C.C.S.S. Costa Rica 2008-2009



Fuente: Informe Compromisos de gestión 2008-2009.C.C.S.S.



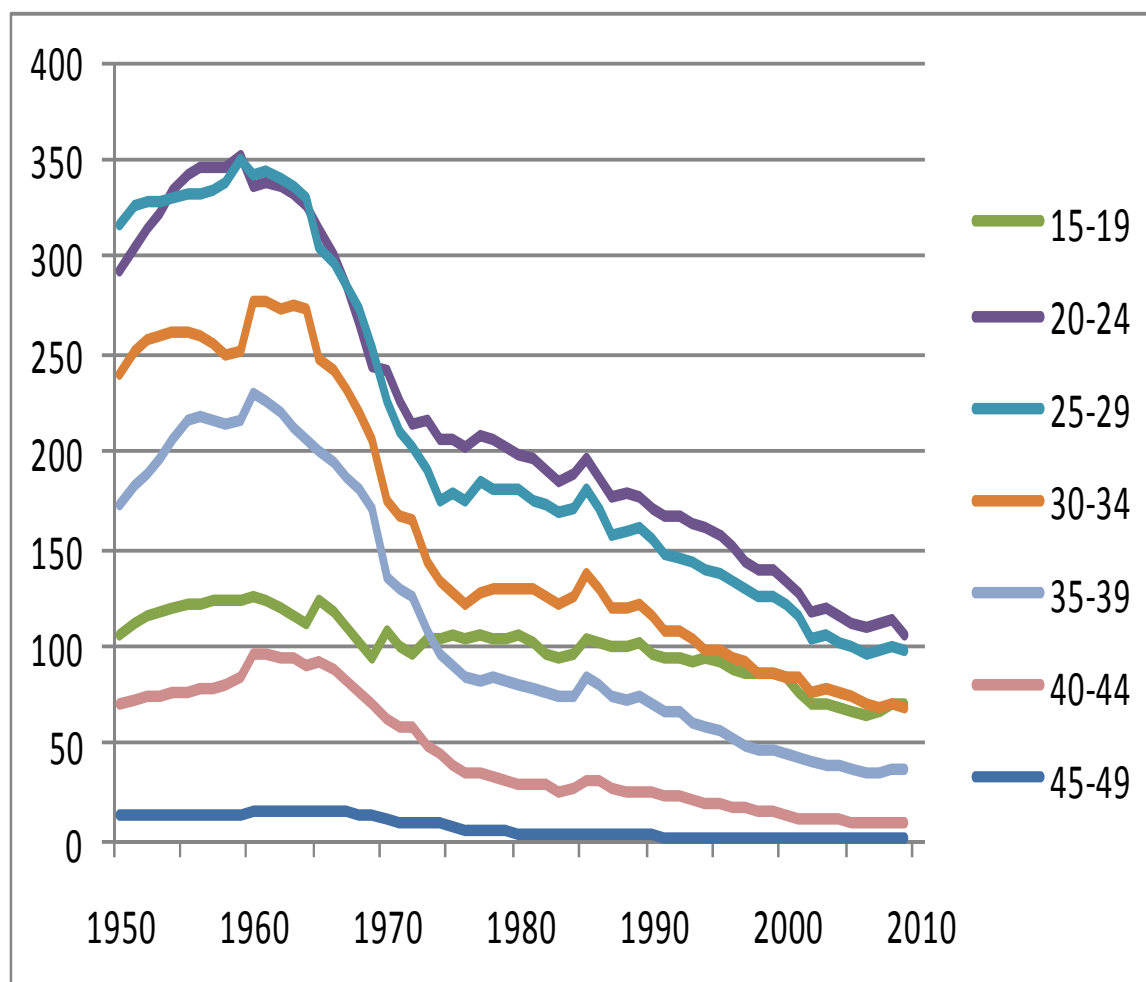
OBJETIVO 5: MEJORAR LA SALUD MATERNA

Meta 5.3

*Lograr para el 2015, el acceso universal
a la salud reproductiva.*

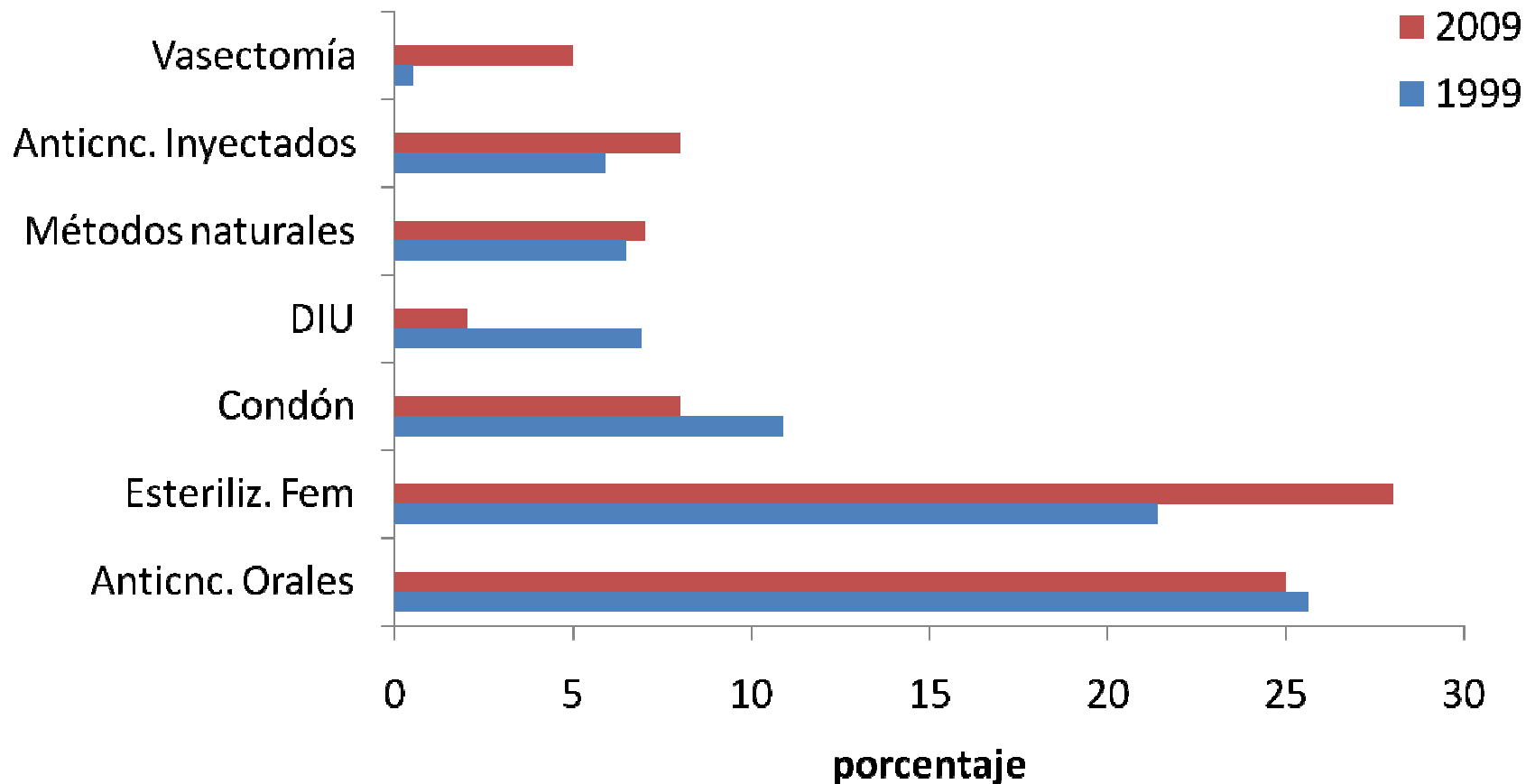
*(uso anticonceptivos, natalidad en
adolescentes, cobertura prenatal y
necesidades insatisfechas de
planificación familiar)*

Tasas específicas de fecundidad según edad. Costa Rica, 1950–2010.



Fuente: Dirección Vigilancia de la Salud a partir de datos obtenidos de Indicadores Demográficos. Centro Centroamericano de Población (CCP)-Universidad de Costa Rica (UCR). (Consultado el 23 de marzo de 2010)

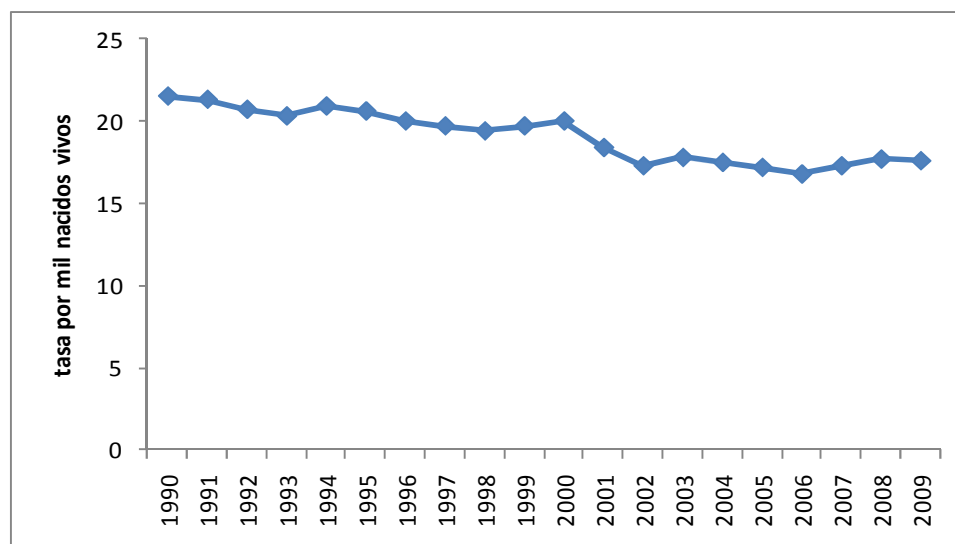
Frecuencia relativa de métodos anticonceptivos utilizados por mujeres de 15 a 49 años. Costa Rica 1999-2009



Encuesta Salud Reproductiva. ADC 1999- 2009

Situación y Tendencias

Tasa de natalidad de adolescentes de 10 a 19 años
Costa Rica 1990- 2009

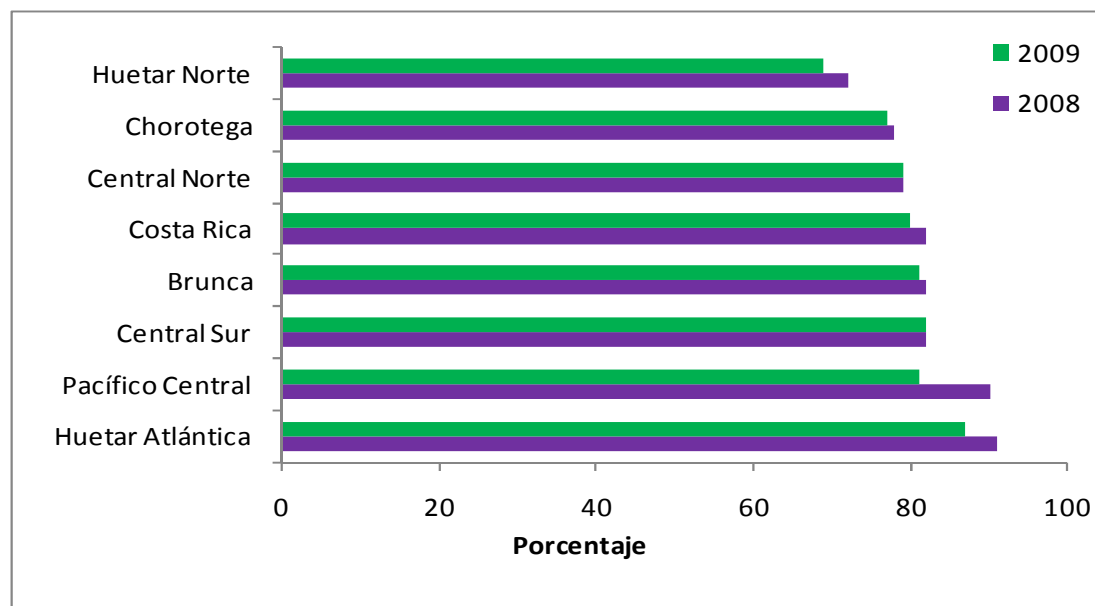


Fuente: Dirección Vigilancia de la Salud con base en datos del INEC

Las provincias con tasas superiores a la nacional son: Guanacaste, Puntarenas y Limón.

Los nacimientos con Bajo Peso al Nacer tienen un 22% más de probabilidad de ocurrir en embarazos en edades extremas. La incidencia de bajo peso disminuye conforme aumenta el número de consultas. Promedio de consultas 6. Rango de 1 a 21

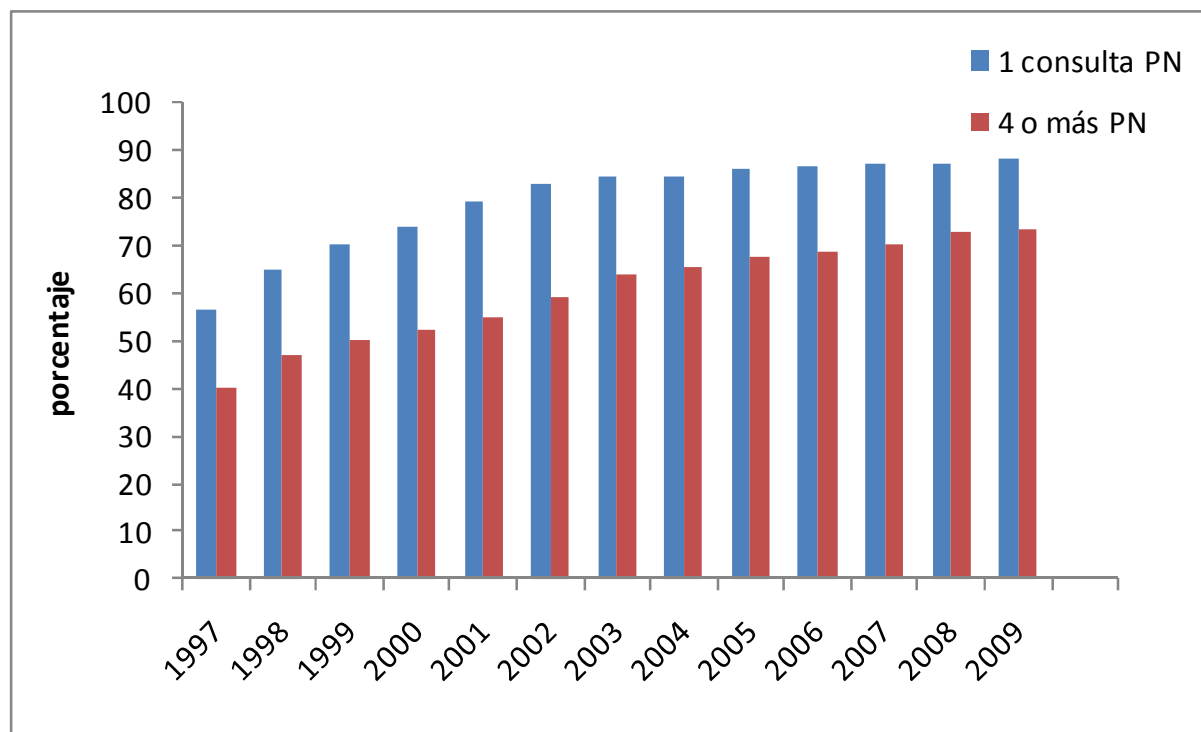
Cobertura de Atención prenatal por parte de la C.C.S.S Según región de salud. Costa Rica 2008-2009.



Fuente: Informe Compromisos de gestión 2008-2009.C.C.S.S.

No se cuenta con el dato de cobertura con criterios de calidad para este período, sin embargo para el 2007-2008 fue de un 64%. Existe una diferencia con el dato de cobertura prenatal reportado por el Departamento de Estadística de la CCSS.

Cobertura de atención prenatal en el sector público, según número de consultas por año. Costa Rica 1997-2009



Fuente: Dirección de Vigilancia de la salud con base a datos del departamento de estadística de la CCSS.

El tema de las necesidades insatisfechas en materia de planificación familiar no se logró documentar; sin embargo, considerando que los programas de planificación están orientados sólo a las mujeres, que los menores de edad no tienen libertad para decidir por sí mismos en este campo, el no contar con condón femenino, el que el país no tenga un programa de educación sexual estandarizado y en ejecución dirigido a los y las adolescentes, son evidencia de que sí existen necesidades insatisfechas en esta materia.

“De la atención de la enfermedad, hacia la promoción de la salud”



MUCHAS GRACIAS

