



SUBSECRETARIA DE SALUD PÚBLICA
DIVISION PREVENCIÓN Y CONTROL DE ENFERMEDADES
DEPTO. CICLO VITAL
PROGRAMA NACIONAL SALUD DE LA MUJER

**ORIENTACIÓN TÉCNICA PARA LA AUDITORÍA Y VIGILANCIA DE LA MORTALIDAD
MATERNA**

ÍNDICE		
	TEMA	PÁGINA
I	Antecedentes	3
II	Normativa	5
III	Estrategias implementadas	6
IV	Objetivos	6
V	Metodología	7
VI	Actividades	8
VII	Meta Desempeño Colectivo	10
VIII	Anexos:	12
1	Formato Informe Regional de Mortalidad Materna	12
2.	Información y comunicación inmediata de defunción materna	14

Aprueba "Orientación Técnica para la Auditoría y Vigilancia de la Mortalidad Materna".

Resolución Exenta N° 297 31.03.2016

I. ANTECEDENTES

MUERTES MATERNAS EN CHILE

Evolución de la Razón de Mortalidad Materna relacionada con el embarazo, según año, Chile 1997-2013

Gráfico 1



Hitos: 2002 Instrucción interna para el reporte de MM - 2007 Norma Auditoría MM - 2012 Comunicación inmediata MM

En Chile, la Razón de Mortalidad Materna (RMM), ha presentado una disminución de 22,3 a 15,6 por 100.000 nacidos vivos, entre los años 1997 y 2013. Sin embargo se presentan cifras estables entre los años 2001 a 2012 con una RMM de 17,4 y 17,2, observándose un descenso a 15,6 por 100.000 nacidos vivos el año 2013 (gráfico 1).

GRUPO		2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
		RMM	RMM	RMM	RMM	RMM	RMM	RMM	RMM	RMM	RMM	RMM	RMM	RMM	RMM
Total general		18,7	17,4	17,1	12,2	17,3	19,8	19,3	18,2	16,5	19,7	18,3	18,5	22,1	21,4
O00-O07	Aborto	5,0	1,5	2,8	2,0	1,6	2,9	2,9	1,7	2,0	1,2	2,4	3,2	1,6	0,8
O10-O16	Edema, proteinuria y trastornos hipertensivos en el embarazo, parto y el puerperio	4,6	5,8	5,2	1,6	3,3	4,1	4,9	3,7	4,4	4,3	2,8	5,6	4,1	4,9
O20.-; O46.-; O67.-; O72.-	Hemorragia en el embarazo, parto y el puerperio	1,1	0,4	0,8	0,4	1,2	1,6	0,8	0,8	0,4	0,8	1,2	0,4	0,8	0,8
O21-O26; O29-O45; O47-	Complicaciones predominantes, relacionadas con el embarazo y el parto	3,1	2,3	2,0	4,1	2,9	1,2	1,6	3,7	3,2	3,2	2,4	0,8	2,5	1,2
O85.-; O86.-; O91-	Sepsis puerperal y otras infecciones	0,4	1,5	1,6	1,2	0,0	0,8	0,0	0,4	0,0	1,6	1,6	0,0	0,8	0,8
O87-O90; O92.-	Complicaciones relacionadas con el puerperio	1,5	1,2	1,2	0,0	1,6	0,4	1,6	2,1	2,0	0,8	0,8	1,2	0,0	0,0
O95.-	Muertes obstétricas de causa no específica	0,0	0,4	0,0	0,0	0,0	0,4	0,0	0,8	0,0	0,4	0,4	0,0	0,8	0,4
O96.-; O97	Muerte materna debida a cualquier causa obstétrica que ocurre después de 42 días pero antes de un año del parto	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	1,2	0,0	0,0	0,0	0,0	0,4	2,4	4,9	5,8
O98.-; O99.-	Muertes obstétricas indirectas	3,1	4,2	3,6	2,8	6,6	7,0	7,4	5,0	4,4	7,5	6,4	4,8	6,6	6,6

Fuente: DEIS - MINSAL

*Tasa observada por 100.000 Nacidos vivos corregidos

Según tabla 2, en el período 2000 - 2013, la RMM que incorpora las **muertes maternas tardías**, se observa:

- Un aumento de la RMM de las muertes obstétricas indirectas de 3,1 a 6,6 por 100.000 nacidos vivos.
- Se ha mantenido estable con algunas variaciones la RMM por trastornos hipertensivos en el embarazo, parto y puerperio, presentando 4,6 - 4,9 por 100.000 nacidos vivos, respectivamente.
- Un aumento de la RMM de las muertes maternas por cualquier causa obstétrica que ocurre después de 42 días, pero antes de un año del parto de 0,0 a 5,8 por 100.000 nacidos vivos, respectivamente.

II. NORMATIVA

A partir del año 2002 el Departamento de Estadísticas e Información de Salud (DEIS) realiza una búsqueda permanente de casos mortalidad materna en mujeres de 10 a 54 años, la cual se ha formalizado a contar del año 2000 en base a la metodología de Búsqueda Intencionada de Muertes Maternas (BIMM); desde el año 2007 se cuenta con una Norma del Procedimiento para el Registro de las Auditorías de Muertes Maternas, Fetales, Neonatales e Infantiles, actualizada el año 2012, que establece la comunicación dentro de 24 horas de la muerte materna.

El año 2011 se constituye la Comisión Nacional de Auditoría de Mortalidad Materna y Perinatal que realiza un análisis clínico de los casos.

Procesos de investigación vigentes de BIMM, bajo el supuesto que toda defunción de mujeres de 10 a 54 años debe ser considerada como materna, hasta que se demuestre lo contrario:

- Cruces de bases de datos
- Consulta directa al médico que certifica la defunción
- Registro de Auditorías de Muertes Maternas

La Constitución de los Comités de Auditoría de Mortalidad materna, fetal, neonatal e infantil, por niveles de resolución, debe ser flexible, según el tipo de mortalidad.

- Comité Nacional
- Comités regionales
- Comités locales

MEDICIÓN DE MORTALIDAD MATERNA

El límite de 42 días, utilizado en la definición de muerte materna, es arbitrario. Esto sumado al reconocimiento que los procedimientos modernos de soporte vital y tecnología, pueden prolongar la vida y retrasar la muerte, es que la CIE-10 introduce una nueva categoría llamada “**muerte materna tardía**”, definida como la muerte de una mujer por causas obstétricas directas o indirectas más allá de los 42 días, pero antes de un año de terminado el embarazo. ⁽¹⁾

Para facilitar la identificación de muertes maternas, en circunstancias en que la atribución de la causa de muerte es inadecuada (falta de información precisa en los certificados médicos de defunción) sumado a que en la práctica la diferencia entre causa de muerte incidental e indirecta es difícil de realizar, la CIE-10 introdujo una categoría denominada “**muerte relacionada con el embarazo**” que se define como la muerte de una mujer durante el embarazo o dentro de los 42 días del término del embarazo, independiente de la causa de muerte. ⁽¹⁾

Tabla 1. Mediciones estadísticas de Mortalidad Materna ⁽¹⁾	
Razón de Mortalidad Materna (RMM)	Número de muertes maternas durante un determinado período de tiempo por 100.000 nacidos vivos durante el mismo período de tiempo.
Tasa de Mortalidad Materna (TMM)	Número de muertes maternas durante un determinado periodo de tiempo por 100.000 mujeres en edad reproductiva durante el mismo período de tiempo. Por convención, el Ministerio de Salud de Chile utiliza el grupo de 10 a 54 años de edad.
Riesgo de Muerte Materna a lo largo de la vida	Probabilidad de que una mujer muera, por una causa materna, a lo largo de su vida reproductiva.

III. ESTRATEGIAS IMPLEMENTADAS POR EL PROGRAMA SALUD DE LA MUJER:

1. Constitución de la Comisión Nacional Obstétrica y Neonatal. Resolución Exenta N° 10 de 11.04.11 y la Comisión Nacional de Auditoría de Mortalidad Materna y Perinatal Resolución Exenta N° 1013 de 16.12.11
2. Actualización de la Norma N° 100 y de los Formularios de Auditoría Materna, Fetal, Neonatal e Infantil
3. Auditorias de muertes maternas y análisis de casos con antecedentes clínicos; elaboración de informes de mortalidad materna: análisis epidemiológico y recomendaciones.
4. Elaboración de documentos regulatorios, tales como: actualización Guía Perinatal; elaboración "Norma General Técnica para la Atención Integral en el Puerperio, Manual de Procedimientos para la Atención del Recién Nacido en Atención Inmediata y Puerperio, Guía Clínica de Diabetes y Embarazo.
5. Implementar un protocolo de cesárea, para disminuir la variabilidad de indicación en el sistema público y privado de salud.

IV. OBJETIVOS

Objetivos generales

1. Fortalecer el sistema de información y vigilancia de la mortalidad materna, para favorecer el análisis y evaluación de las causas prevenibles.
2. Realizar seguimiento continuo y sistemático de la ocurrencia de muertes maternas, con el fin de caracterizar y favorecer la toma de decisiones.

Objetivos específicos

- Operativizar y fortalecer el 100% de los comités regionales y locales de auditoría
- Realizar análisis de auditorías al 100% de las muertes maternas
- Realizar análisis clínico al 100% de las muertes maternas

- Elaborar informe trimestral, considerando variables sociodemográficas, biomédicas y retroalimentar a los equipos del nivel local
- Definir programa de mejora en base de los análisis individuales de las muertes maternas.
- Realizar seguimiento del mejora
- Evaluar en forma trimestral el cumplimiento de la auditoría de mortalidad materna.

V. METODOLOGÍA DE MONITOREO, ANÁLISIS Y EVALUACIÓN DE LAS MUERTES MATERNAS

1. Comunicación inmediata: Comunicación de antecedentes básicos del evento, dentro de las 24 horas hábiles de producida la muerte. Esta comunicación se debe realizar completando el formulario (Anexo 2) y enviándolo por e-mail: auditoriasdeis@minsal.cl, con copia al Comité Regional de Auditoría de Muertes Maternas, e-mail: auditoriaseremi6@gmail.com.

Responsable: Jefe del Servicio Clínico.

En los casos ocurridos en establecimientos de salud del extra sistema y Servicio Médico Legal, la responsabilidad es del Médico Director del establecimiento o del profesional de su dependencia en quien delegue esta función.

- 3. Informe de auditoría de muerte materna:** realizadas por el comité local y regional, tendrá un plazo de 10 días hábiles desde ocurrido el evento, según Norma N° 100 “Procedimientos para el registro de las auditorías de muertes maternas, fetales e infantiles”. Completar antecedentes en plataforma del DEIS, según Norma N° 100.

La constitución del comité local y regional, debe ser flexible, según el tipo de mortalidad: materna, fetal, neonatal o infantil.

Responsables:

- Comité Local de Auditoría de Mortalidad Materna, integrado por:
 - Médico Jefe del Servicio de Obstetricia y Ginecología
 - Matrn/a Jefe del Servicio de Obstetricia y Ginecología
 - Matrn/a de APS
- Encargada/o Programa Salud de la Mujer de SEREMI y Servicio de Salud.

Una vez realizado el análisis del caso, se debe generar un informe de conclusiones y recomendaciones que debe ser enviado al comité regional de auditorías de muerte materna de la SEREMI de Salud.

Para el caso de establecimientos de salud del extra sistema, que no cuente con comité de auditoría, el Médico Director del establecimiento o profesional encargado de auditoría debe enviar el formulario Informe de auditoría de muerte materna, a la coordinadora del comité de auditoría regional de la SEREMI de Salud.

3. Análisis clínico:

Análisis clínico para evaluar calidad del proceso de atención, realizando revisión de antecedentes por la Comisión Nacional de Auditoría de Mortalidad Materna y Perinatal, a través de la ficha clínica de: APS, Unidades del Servicio de Obstetricia y Ginecología, UCI y laboratorio de Anatomía Patológica, según corresponda.

Enviar fotocopia de la ficha clínica con los antecedentes, antes de 7 días hábiles, al Dpto. Ciclo Vital MINSAL, en sobre cerrado como confidencial.

Responsables de la evaluación de casos clínicos:

Equipo técnico del Programa Salud de la Mujer del Dpto. Ciclo Vital

Profesionales de la Comisión Nacional de Auditoría Materna y Perinatal.

4. Visita a terreno:

- ✓ Programar visitas a SEREMI para evaluar funcionamiento de los comités regionales y entregar apoyo técnico
- ✓ Realizar análisis y evaluación de los antecedentes clínicos y sociodemográficos de las muertes maternas.
- ✓ Interactuar con el equipo técnico del programa Salud de la Mujer, definir en conjunto las áreas críticas y elaborar programa de mejora.
- ✓ Realizar seguimiento de los planes de mejora
- ✓ Elaborar informe de la visita por profesional de la Comisión Nacional de Auditoría y Comité Regional de auditoría de Mortalidad Materna, enviar a las autoridades del nivel local, regional y central. Retroalimentar a los equipos.

Participan.

- ✓ Comité Regional Auditoría Mortalidad Materna (constitución según el tipo de mortalidad).
- ✓ Profesional de la Comisión Nacional de Auditoría Materna y Perinatal.

VI. ACTIVIDADES

1. Actividades a nivel central:

- Coordinar la Comisión Nacional de Auditoría de Mortalidad Materna y Perinatal.
- Reactivar los Comités Regionales de Auditoría (evaluar funcionamiento y programa de trabajo).
- Proporcionar asesoría técnica a los comités regionales para su adecuado funcionamiento, según tipo de mortalidad.
- Realizar monitoreo, análisis y evaluación de las muertes maternas a nivel nacional, con la participación de la Comisión Nacional de Auditoría de Mortalidad Materna y Perinatal
- Evaluar informe trimestral de Mortalidad Materna de las SEREMI y entregar certificado de cumplimiento de la meta de desempeño colectivo
- Elaborar informe anual con antecedentes epidemiológicos, sociodemográficos y causas de las muertes maternas.

- Definir áreas críticas y proponer estrategias de intervención, trabajo a realizar en equipo con: DIGERA y DIVAP.
- Enviar informe y recomendaciones a los Directores de los Servicios de Salud y SEREMI.

Responsable: equipo integrado por profesional del Dpto. Ciclo Vital, DIVAP, DIGERA, DEIS.

2. Actividades a nivel regional:

- Mantener coordinación continua con el Nivel Central, importante informar la ocurrencia de un evento dentro de las 24 horas hábiles.
- Coordinar los comités locales de Auditoría del sistema público y privado
- Ante la ocurrencia de una muerte materna en el sistema público y privado, reunir antecedentes clínicos del control prenatal, manejo en la hospitalización (servicio obstetricia, UPC), según corresponda.
- Participar en reuniones de los comités locales, según corresponda, para definir áreas críticas y planes de mejora.
- Vigilar cumplimiento de normativa: comunicación inmediata, informe de auditorías y dar respuesta ante requerimientos para el análisis de casos clínicos.
- Elaborar informe trimestral con los antecedentes epidemiológicos y determinantes sociales, causas, de las muertes maternas de la región.
- Definir áreas críticas, en conjunto con los comités locales y proponer programa de mejora.
- Retroalimentar a los equipos locales en su rol de autoridad sanitaria
- Enviar informe trimestral de auditorías para evaluar cumplimiento de la meta colectiva, al nivel central DEIS - Dpto. Ciclo Vital
- Retroalimentar a las autoridades locales: Director de Servicio de Salud, Director de establecimiento, Jefe Dpto. Salud Pública SEREMI

Responsable: Comité Regional de Auditoría.

3. Actividades a nivel local

- Mantener coordinación continua con el Comité Regional de Auditoría
- Participar en reuniones del Comité Regional
- Elaborar programa de trabajo anual
- Informar de inmediato a la SEREMI la ocurrencia de toda muerte materna y envío de comunicación inmediata según Norma.
- Ante la ocurrencia de una muerte materna, realizar análisis y evaluación inmediata del evento, junto al equipo clínico que participó en la atención con ocurrencia de muerte.
- Reunir antecedentes clínicos y ordenar en forma cronológica, para favorecer el análisis y evaluación (atención en APS, Unidades del Servicio de Obstetricia y Ginecología, UCI y Otros). Monitorear el llenado y envío de formularios.

- Sacar fotocopia de los antecedentes clínicos (nivel primario, secundario y terciario, UCI y otros), enviar al Dpto. Ciclo Vital, en sobre confidencial sin identificación de la paciente, dentro de 7 días hábiles de ocurrida la muerte.
- Coordinar con el Comité Regional para el análisis de caso, con todos los antecedentes y envío de informe de auditoría, según Norma.
- Elaborar informe y retroalimentar a los equipos del nivel local.

Responsable: Comité Local de Auditoría, según tipo de mortalidad.

VII. META DESEMPEÑO COLECTIVO

Compromiso de desempeño

Vigilar el cumplimiento de las normativas ministeriales vinculadas a las auditorías de muerte materna (hasta 42 días postparto)

Indicador

Porcentaje de cumplimiento de auditorías de mortalidad materna

Fórmula de cálculo del indicador

$(\text{N}^\circ \text{ de muertes maternas con informe de auditoría completo ingresados en la plataforma DEIS/MINSAL} / \text{N}^\circ \text{ total de muertes maternas del periodo}) * 100$

Medio de verificación

Informe sobre auditorías maternas elaborado por SEREMI remitido a nivel central según corte (Anexo 1. Formato del informe). Certificado de cumplimiento DEIS - Dpto. Ciclo Vital.

Observaciones

1° Informe corte enero a marzo 2016: Reporte de casos auditados con información completa, desde del 01/01/2016 hasta el 31/03/2016, ingresados al Sistema de auditoría de muerte materna (DEIS/MINSAL) hasta el 08/04/2016.

El nivel central validará lo reportado hasta el 15/04/2016, emitiéndose certificado de cumplimiento a todas las Seremis que cumplan como mínimo con un 100% de los casos ingresados.

Si no se han presentado muertes maternas en ese período, informar y enviar las actividades realizadas por el comité regional, según tipo de mortalidad.

2° Informe corte abril a junio 2016: Reporte de casos auditados con información completa, desde 01/04/2016 hasta el 30/06/2016, ingresados al Sistema de auditoría de muerte materna (DEIS/MINSAL) hasta el 08/07/2016.

El nivel central validará lo reportado hasta el hasta el 15/07/2016, emitiéndose certificado de cumplimiento a todas las Seremis que cumplan como mínimo con un 100% de los casos.

Si no se han presentado muertes maternas en ese período, informar y enviar las actividades realizadas por el comité regional, según tipo de mortalidad.

3º Informe corte julio a septiembre 2016: Reporte de casos auditados con información completa, desde 01/07/2016 hasta el 30/09/2016, ingresados al Sistema de auditoría de muerte materna (DEIS/MINSAL) hasta el 08/10/2016.

El nivel central validará lo reportado hasta el 15/10/2016, emitiéndose certificado de cumplimiento a todas las Seremis que cumplan como mínimo con un 100% de los casos.

Si no se han presentado muertes maternas en ese período, informar y enviar las actividades realizadas por el comité regional, según tipo de mortalidad.

4º corte octubre a diciembre 2016: Reporte de casos auditados con información completa, desde 01/10/2016 hasta el 20/12/2016, ingresados al Sistema de auditoría de muerte materna (DEIS/MINSAL) hasta el 26/12/2016.

El nivel central validará lo reportado hasta el 29/12/2016, emitiéndose certificado de cumplimiento a todas las Seremis que cumplan como mínimo con un 100% de los casos.

Si no se han presentado muertes maternas en ese período, informar y enviar las actividades realizadas por el comité regional, según tipo de mortalidad.

Las SEREMIS que no presenten muertes maternas durante cualquiera de los períodos establecidos, se emitirá certificado de cumplimiento haciendo mención a esta situación.

Los informes deben ser remitidos al correo mgonzález@minsal.cl, en los plazos señalados en el formato (se adjunta en anexo).

Referencia

1. Ministerio de Salud. Departamento de Estadísticas e Información de Salud 2014. Informe seguimiento permanente y recodificación de muertes maternas. Chile 2010 a 2012.
2. Ministerio de Salud. Departamento de Estadísticas e Información de Salud (DEIS)



SUBSECRETARIA DE SALUD PÚBLICA
DIVISION PREVENCIÓN Y CONTROL DE ENFERMEDADES
DEPTO. CICLO VITAL

VIII ANEXOS

1. FORMATO PARA EL INFORME REGIONAL DE MORTALIDAD MATERNA

IDENTIFICACIÓN SEREMI

Región	
Profesional Responsable	
Teléfonos	
Correo electrónico	
Fecha del informe	

INFORME CORTE: _____

LISTADO DE DEFUNCIONES MATERNAS

RUT	NOMBRE	FECHA DEFUNCIÓN	FECHA AUDITORÍA	ESTABLECIMIENTO DE OCURRENCIA

PRINCIPALES CONCLUSIONES DEL COMITÉ REGIONAL DE AUDITORÍA DE MORTALIDAD MATERNA

PRINCIPALES RECOMENDACIONES DEL COMITÉ REGIONAL DE MORTALIDAD MATERNA

FIRMA PROFESIONAL RESPONSABLE: _____

FECHA: _____

2. INFORMACION Y COMUNICACIÓN INMEDIATA DE DEFUNCIÓN MATERNA

Nombre del establecimiento			
<i>Identificación del caso</i>			
Nombre			
RUN	Edad	N° Ficha	
Fecha y hora de la defunción			
<i>Antec. Hospitalización</i>	Fecha y hora de ingreso:		
Dg. de Ingreso			
Tipo de Parto/Aborto			
Complicaciones			
Estado fetal / neonatal		Apgar 1' =	Apgar 5' =
Causa de Defunción			
Otros antecedentes relevantes			
<i>Profesional responsable de la información</i>			
Nombre:			
Cargo:			
Email:			
Teléfono (s)			

Enviar via e-mail a: auditoriasminal@deis.cl

