

ANÁLISIS Y SITUACIÓN DE SALUD

Situación epidemiológica de la mortalidad materna en el Perú a la SE 52 - 2023

I.- INTRODUCCIÓN

En América Latina y el Caribe entre 2015 y 2020, murieron en promedio 8 000 mujeres por complicaciones durante la gestación, el parto y hasta los 42 días de culminada la gestación. En este periodo, la pandemia por la COVID-19 incrementó la muerte materna (MM) con el consecuente retroceso de los avances por lograr su prevención y control (1,2).

Hasta el 2019, en el Perú, se observaba una tendencia decreciente en la ocurrencia de la MM (Figura 1), sin embargo, desde el inicio de la pandemia por la COVID -19 en 2020, se produjo un incremento de muertes maternas, al igual que en los países de la región de las Américas; entre los factores que explicaron este incremento se describieron la dificultad en el acceso a la inmunización y disponibilidad de vacunas para las embarazadas, la saturación de los servicios y las barreras en el acceso a atención especializada (3).

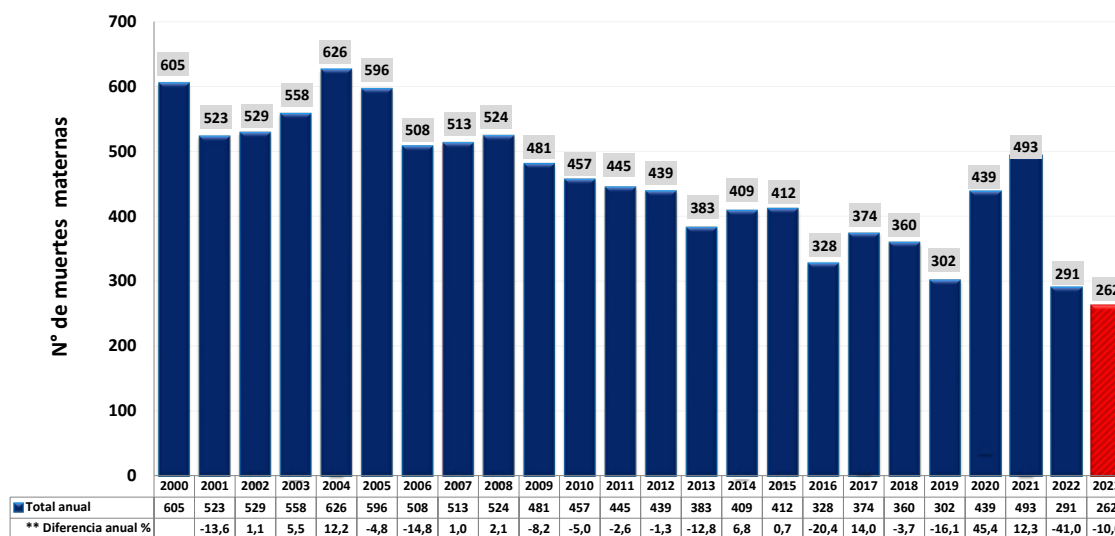
En Perú, el MINSA inició la inmunización contra la COVID-19 a las gestantes en junio del 2021 (4); así mismo, con la implementación de medidas de prevención y control en regiones priorizadas, la capacitación a los proveedores de salud y el fortalecimiento de Comités Regionales de Prevención de Mortalidad Materna Fetal y Neonatal, entre otros, se logró un impacto positivo en la reducción en la mortalidad materna, que se ha mantenido hasta la actualidad.

La mejora de salud materna continúa siendo prioritaria, por ello, la Organización Mundial de la Salud, brinda apoyo técnico y recomienda a los países el fortalecimiento de los sistemas de salud a fin de recopilar datos de alta calidad con miras a responder a las necesidades y las prioridades de las mujeres y las niñas (5), esto contribuirá en el desarrollo y aplicación de políticas y programas eficaces. Para responder a esto, el MINSA, a través del Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades, contribuye en la obtención de datos oportunos y de calidad provenientes del sistema de vigilancia epidemiológica, lo que contribuye eficazmente en la toma de decisiones.

II. SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA

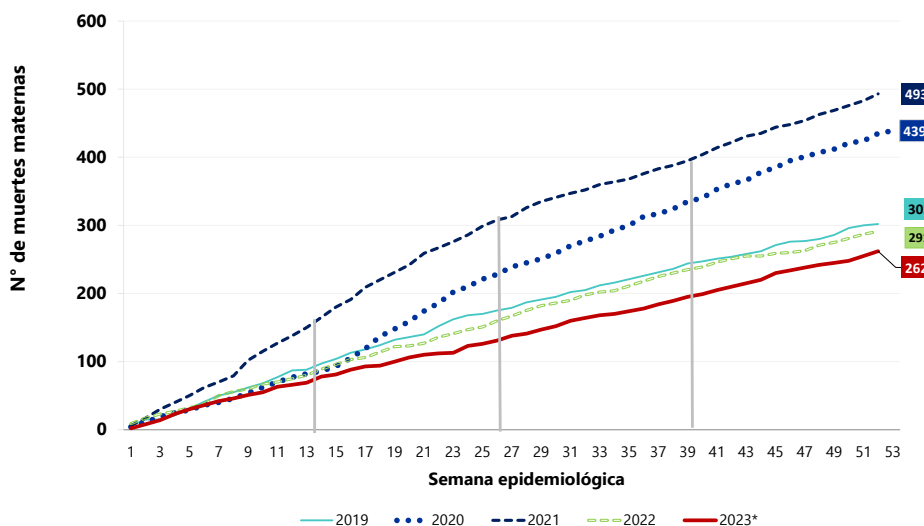
Hasta la SE 52 – 2023, se notificaron 262 MM al sistema de vigilancia epidemiológica, lo que representa una disminución de 10 % (-29) comparado al mismo periodo del 2022, con un promedio semanal de 5 MM y un máximo de 10 MM (SE 24 y 45), manteniendo una tendencia decreciente (Figura 1).

Durante este período, la disminución observada se mantuvo por debajo en todos los trimestres comparado al 2022, y ha sobrepasado lo presentado en la etapa prepandemia con el menor registro de los últimos 23 años (Figura 1 y 2).



*Hasta SE 52 - 2023 (Preliminar al cierre de base) /** Diferencia porcentual con respecto al año anterior.
Se consideraron las muertes notificadas como directa e indirecta, ocurridas hasta los 42 días de culminada la gestación.
Fuente: Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades – MINSA

Figura 1. Número de muertes maternas. Perú, 2000 – 2023*



*Hasta SE 52 - 2023 (Preliminar al cierre de base)
Se consideraron las muertes notificadas como directa e indirecta, ocurridas hasta los 42 días de culminada la gestación.
Fuente: Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades – MINSA

Figura 2. Número acumulado de muertes maternas. Perú, 2019 – 2023*

Muertes maternas tardías (MMT): Según la Directiva Sanitaria vigente (6), la muerte materna tardías es: “la muerte de una mujer por causas obstétricas directas o indirectas después de los 42 días posparto pero antes de un año de la terminación del embarazo. No se consideran para el cálculo de razón o tasa de muerte materna”.

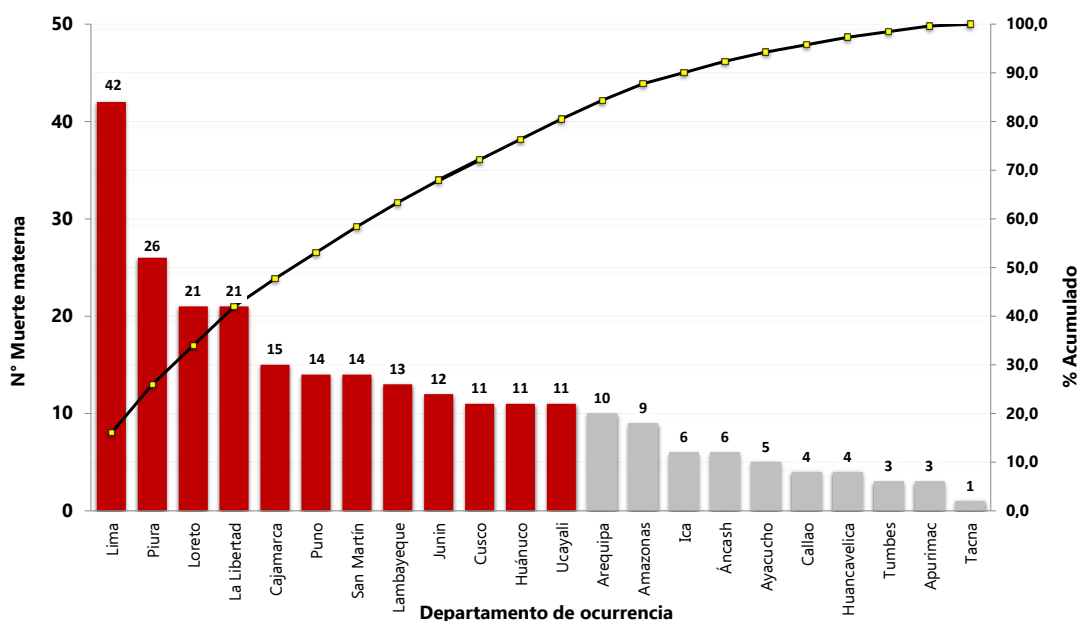
Las complicaciones relacionadas al embarazo, también pueden desencadenar la muerte después de las seis semanas de su culminación. Así mismo, el incremento del desarrollo de tecnologías y procedimientos modernos en medicina podría facilitar la sobrevivencia de muchas mujeres a estas complicaciones, y la ocurrencia de la muerte después de los 42 días (7).

Dada la situación actual, el análisis de estas muertes, contribuiría también en la toma de decisiones. La vigilancia epidemiológica en el Perú, viene realizando esfuerzos para la incorporación y notificación de la MMT, en los últimos años su notificación está incrementando.

Hasta la SE 52 - 2023, se notificaron al sistema de vigilancia epidemiológica 15 muertes maternas tardías, notificadas por Las DIRIS de Lima (5) y los departamentos de Piura (4), Cajamarca (3), Ica (1), Cusco (1) y la provincia constitucional del Callao (1). El 80% ocurrieron por causas indirectas principalmente causa de enfermedades del sistema respiratorio y digestivo.

Departamento de ocurrencia

Hasta la SE 52 – 2023, el 80 % de las MM ocurrieron en 12 departamentos. Los departamentos que notificaron el mayor número de MM según ocurrencia fueron Lima (42), Piura (26), Loreto (21), La Libertad (21) y Cajamarca (15) concentrando el 47,7 % del total de muertes en este período (Figura 3).



*Hasta SE 52 - 2023 (Preliminar al cierre de base)

Se consideraron las muertes notificadas como directa e indirecta, ocurridas hasta los 42 días de culminada la gestación.

Fuente: Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades – MINSA

Figura 3. Número de muertes maternas según departamento de ocurrencia, 2023*

Hasta la SE 52 – 2023, el 8 % (20) de MM ocurrieron en departamentos diferentes al departamento de procedencia o residencia de la fallecida. Las DIRIS de Lima notificaron 10 MM procedentes de Ica (3), Ancash (2), Apurímac (1), Huancavelica (1), Junín (1), Piura (1) y San Martín (1). Así mismo, el departamento de Ucayali notificó 3 MM procedentes de Pasco, Huánuco y Áncash.

Los departamentos de San Martín (+6), Ayacucho (+3) y Puno (+3) presentaron incremento de muertes. Por otro lado, los departamentos que presentaron mayor disminución en comparación al mismo periodo 2022 fueron Cajamarca (-9), Lambayeque (-8), La Libertad (-6), y la provincia constitucional del Callao (-4).

Grupo de edad

Hasta la SE 52 - 2023, la edad promedio de las fallecidas fue de 29,8 años, con un rango de edad entre los 13 a 51 años, el 6,9 % (18) de MM ocurrió en mujeres ≤ 17 años (adolescentes), el 38,9 % (102) en mujeres entre los 18 a 29 años (joven) y el 54,2 % (142) corresponde a mujeres entre los 30 a 59 años (adulta). Comparado al mismo periodo del 2022 (5,2 %) se produjo un incremento (+2,7 %) en la proporción de MM en el grupo de mujeres ≤ 17 años.

En cuanto a grupos de riesgo obstétrico, 36 (13,7 %) muertes ocurrieron en mujeres ≤ 19 años, 146 (55,7 %) muertes ocurrieron en mujeres de 20 a 34 años y 80 (30,5 %) en mujeres ≥ 35 años. El 52,7 % de mujeres

fallecidas ≤ 19 años, procedían de los departamentos de La Libertad (6), Loreto (5), San Martín (5) y Junín (3). Comparado al mismo periodo del 2022 (10,7 %) se produjo un incremento (+3 %) en la proporción de MM en el grupo de mujeres ≤ 19 años.

Investigación epidemiológica

La información que se presenta en relación a grupo étnico, momento, lugar, atención prenatal y causas, corresponden a datos válidos disponibles de la investigación epidemiológica y la notificación inmediata, hasta la SE 52 - 2023. Esta información podría variar cuando se complete y actualicen los datos de la investigación epidemiológica.

Grupo étnico – etnia

Hasta la SE 52 - 2023, el 90 % de MM ocurrió en mujeres mestizas, el 8,6 % en mujeres del grupo indígena amazónico y el 1,4 % en mujeres del grupo andino. Comparado al mismo periodo del 2022, se mantiene características similares respecto al grupo étnico.

Grupo indígena amazónico: En este período, los departamentos de Amazonas (7), Loreto (5) y Junín (5), son los que acumulan el mayor número de muertes maternas (89,5 %) de mujeres pertenecientes al grupo indígena amazónico. Así mismo, el mayor número de muertes maternas de este grupo (63,2 %), pertenecieron a las etnias Awajun (6) y Asháninka (6), procedentes principalmente en los departamentos Amazonas y Junín. La mayoría (63,2 %) de MM en este grupo fueron extrainstitucionales (domicilio y trayecto) ocurridas por causa directas (57,8 %) principalmente hemorragias. Dentro de las causas indirectas, las enfermedades infecciosas y las parasitarias fueron más frecuentes.

Momento de fallecimiento

Hasta la SE 52 - 2023, el puerperio representó el momento con mayor número de MM, se observó disminución en la proporción de MM ocurridas durante el embarazo comparado al 2022 (Tabla 1). La ocurrencia de las muertes maternas según momento de fallecimiento es diferente a nivel regional comparado con el promedio nacional.

**Tabla 1. Muerte Materna según características del fallecimiento
Perú, 2022 - 2023***

Características del fallecimiento	2022	2023*
Momento	%	%
Puerperio	60,7	65,2
Embarazo	33,1	24,9
Parto	6,2	7,5
Desconocido/Otros	-	2,4
Lugar		
Institucional	65,9	71,5
MINSa	53,4	61,3
EsSalud	11,7	8,7
PNP/FFAA	-	-
Privados	0,7	1,6
Extra institucional	34,1	28,5
Domicilio	17,9	14,6
Trayecto	14,1	12,6
Otros	2,1	1,2
Nivel - Categoría del EESS de fallecimiento (solo MM institucionales)		
I Nivel	6,8	6,1
II Nivel	53,4	54,7
III Nivel	38,2	38,7
Sin datos	1,6	0,6
Atenciones prenatales - APN		
NO	25,1	25,4
SI	74,9	74,6
Trimestre de inicio APN (solo las que tuvieron APN)		
I trimestre	52,2	59,4
II trimestre	34,0	29,4
III trimestre	13,9	11,2
N° de APN (solo las que tuvieron APN)		
1 a 5	60,3	52,9
6	13,4	12,4
≥ 7	26,3	34,7

Fuente: Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades – MINSa

*Hasta SE 52 - 2023 (Preliminar al cierre de base).

Se consideraron las muertes notificadas como directa e indirectas ocurridas hasta los 42 días de culminada la gestación. Datos válidos disponibles de investigación epidemiológica y notificación inmediata al 05/01/2024.

Lugar de fallecimiento

Hasta la SE 52 – 2023, se observa que el 71,5 % de MM fueron institucionales, ocurriendo en su mayoría en EESS del MINSa y Gobiernos Regionales, se observó disminución en la proporción de MM ocurridas en EsSalud (Tabla 1). Para este periodo, la proporción de MM extrainstitucionales disminuyó comparado al 2022 (Tabla 1). Desde 2020, la MM institucional ocurre principalmente en EESS de II nivel de atención.

Atenciones prenatales

La Norma Técnica de Salud para la Atención Integral de Salud Materna aprobada en el año 2013 por el MINSa (8), tiene como finalidad contribuir a la reducción de la morbilidad materna y perinatal en el Perú, y define como gestante controlada a la gestante que ha cumplido con su sexta atención prenatal y que ha recibido el paquete básico de atención a la gestante.

Hasta la SE 52 del 2023, el 74,9 % de muertes (directa e indirecta), corresponde a mujeres que tuvieron al menos 1 atención prenatal (APN) durante su embarazo (Tabla 1). Dentro del grupo que recibió atenciones prenatales,

más de la mitad de las mujeres fallecidas iniciaron sus APN oportunamente, ya que iniciaron las APN durante el primer trimestre del embarazo. Así mismo, el 39,7 % de las fallecidas fueron gestantes que cumplieron con el número de APN mínimo requerido, ya que llegaron a tener entre 6 a 15 APN (Tabla 1).

Causas de muerte materna

Hasta la SE 52 - 2023, la proporción de muerte maternas directas e indirectas se mantiene similar comparado al mismo periodo 2022. El 62,6 % de MM ocurrieron debido a causas directas. Las hemorragias (21,8 %) y trastornos hipertensivos (19,8 %) ocupan el primer y segundo lugar a nivel nacional, siendo las principales causas directas de MM (Tabla 2).

- **Hemorragia obstétrica:** Hasta la SE 52 - 2023, el 45,7 % de MM extrainstitucional, ocurrió a causa de hemorragia, comparado al promedio nacional y a las ocurridas en establecimientos de salud (12,1 %) las hemorragias son más frecuentes en las MM extrainstitucionales. En el año 2022, el 40,4 % de MM extra institucional ocurrió a causa de hemorragia.
- **Trastornos hipertensivos:** Hasta la SE 52 - 2023, el 24,8 % de MM institucionales, ocurrieron a causa de trastornos hipertensivos, comparado al promedio nacional y a las ocurridas extra institucionalmente (7,1 %), los trastornos hipertensivos son más frecuentes en las MM institucionales. Situación similar se reportó en el año 2022, donde el 26,5 % de MM institucionales, ocurrieron a causa de trastornos hipertensivos.

Hasta la SE 52 - 2023, las enfermedades infecciosas-parasitarias y las enfermedades del sistema respiratorio son más frecuentes, comparado al mismo período del año 2022 se presentó incremento en estas causas (Tabla 2).

Tabla 2. Muerte materna según causas de defunción. Perú, 2022 - 2023*

CAUSAS DE DEFUNCIÓN	2022	2023*
	%	%
Causas Directas	63,2	62,6
Hemorragia obstétrica	25,7	21,8
Trastornos hipertensivos	21,9	19,8
Otras causas obstétricas directas	6,3	7,0
Aborto y sus complicaciones	2,4	5,3
Infección obstétrica /Sepsis	2,4	4,1
Otras directas (poco específicas)	4,5	4,5
Causas Indirectas	36,8	37,4
Enfermedades infecciosas y parasitarias	3,5	8,6
Enfermedad del sistema respiratorio	3,5	6,2
Trastorno cardiovascular/vascular	4,9	4,5
Otras causas indirectas	5,6	4,1
Enfermedades neoplásicas	3,8	4,1
Enfermedad sistema digestivo	3,1	2,1
Enfermedad cerebrovascular/ Sistema nerv.	4,5	1,2
Enfermedad por la COVID - 19	3,5	0,4
Otras indirectas (poco específicas)	4,5	6,2
TOTAL	100,0	100,0

Fuente: Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades – MINSa

* Hasta SE 52 del año 2023.

Se consideraron las muertes notificadas como directa e indirectas ocurridas hasta los 42 días de culminada la gestación.

Datos válidos disponibles de investigación epidemiológica y notificación inmediata al 05/01/2024. N= 243 (SE 52 - 2023)

COVID - 19: MM notificadas al sistema de vigilancia epidemiológica como fallecidas a causa de la COVID -19 confirmada o sospechosa, hasta los 42 días de culminada la gestación.

III. CONCLUSIONES

- Los casos de MM reportados hasta la SE 52 – 2023, presentan una disminución de 10 % comparado al mismo periodo del 2022, a excepción de los años de pandemia (2020 y 2021), se ha mantenido la tendencia decreciente.
- Los departamentos que reportaron el mayor número de casos son Lima, Piura, Loreto y La Libertad, siguen siendo los mismos que el año anterior. El departamento de Cajamarca presenta mayor disminución comparado al mismo período en el 2022.
- Las MM ocurren principalmente en mujeres del grupo de edad de ≤ 30 años. La proporción de MM en el grupo de fallecidas ≤ 19 años se incrementó comparado a lo presentado en el 2022, en su mayoría procedían de los departamentos de La Libertad, Loreto y San Martín.
- El 8,6 % de MM pertenecían al grupo indígena amazónico, pertenecieron principalmente a las etnias Awajun y Asháninka, ocurrieron en su mayoría en los departamentos de Amazonas, Loreto y Junín. Dentro de sus características resaltan que ocurren en domicilio o trayecto y por causa directas principalmente hemorragias.
- Las MM ocurrieron principalmente en la etapa del puerperio y en establecimientos de salud, principalmente del II nivel de atención. En este periodo, la proporción de MM extrainstitucionales disminuyó comparado a lo presentado en 2022.
- El 75 % de muertes maternas se producen en mujeres que recibieron atenciones prenatales, de este grupo la mayoría inicio sus atenciones oportunamente durante el I trimestre.
- Las hemorragias y los trastornos hipertensivos, representan las principales causas de MM a nivel nacional. Las hemorragias son más frecuentes en MM extrainstitucionales; por otro lado, los trastornos hipertensivos son más frecuentes en MM institucionales. Las enfermedades infecciosas y parasitarias representan la principal causa de MM indirecta.

V. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Cuevas, L. Informe sobre los datos actualizados y análisis de indicadores clave de salud materna y razón de mortalidad materna de países de Latino América y el Caribe, periodo 2015-2021. Ciudad de Panamá: Grupo de Trabajo Regional para la Reducción de la Mortalidad Materna, 2022.
2. Grupo de Trabajo Regional para la Reducción de la Mortalidad Materna. Declaración conjunta a favor de la reducción de la morbilidad y la mortalidad materna, 2023.
3. Arnedo F, Maternal mortality linked to COVID-19 in Latin America: Results from a multi-country collaborative database of 447 deaths. <https://doi.org/10.1016/j.lana.2022.100269>.
4. MINSA. Protocolo para la vacunación de gestantes. 2021. Lima: MINSA; 2021. Disponible en: <https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/1942907/PROTOCOLO%20GESTANTES.pdf.pdf>.
5. Organización Mundial de la Salud. Mortalidad materna, 2023. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/maternal-mortality>.
6. Ministerio de Salud. Directiva Sanitaria N° 036-MINSA/CDC-V-02. Directiva Sanitaria que establece la notificación e investigación para la Vigilancia Epidemiológica de la muerte materna, aprobada por RM N°778-2016/MINSA.

7. Comisión Nacional de Arbitraje Médico. Boletín CONMED. Salud en cifras. Panorama epidemiológico de las muertes maternas tardías. Dirección General de Epidemiología. Agosto 2019. [Internet] [citado 28 de septiembre de 2020]. Disponible en: <http://www.conamed.gob.mx/gobmx/boletin/pdf/boletin25/b25-5.pdf>.
8. Ministerio de Salud. NTS N° 105-MINSA/DGSP-V.01; "Norma Técnica de Salud para la Atención Integral de Salud Materna". Resolución Ministerial N° 827-2013/MINSA.

Elaborado por: Lic. Obst. Fabiola Gil Cipirán

Unidad Técnica de Vigilancia Epidemiológica de ITS, MMN, IAAS –
Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de
Enfermedades