

NOTA DE INFORMACIÓN REFERENCIAL 54/2023-2024-ASISP/DIP

MORBILIDAD Y MORTALIDAD MATERNA EN EL PERÚ Y EN LA REGIÓN

Lima, 25 marzo de 2024

MORBILIDAD Y MORTALIDAD MATERNA EN EL PERÚ Y EN LA REGIÓN

ÍNDICE

Presentación	3
I. Conceptos generales	4
II. Legislación Nacional aplicable	5
III. Legislación comparada	10
IV. Estadística de la Región	23

PRESENTACIÓN

El Departamento de Investigación parlamentaria, a través del Área de Servicios de Investigación y Seguimiento Presupuestal, ha elaborado la Nota de información Referencial N° 54/2023-2024-ASISP/DIP con el objetivo de brindar la información sobre *“Morbilidad y mortalidad materna en el Perú y en la Región”*, según lo establecido en la legislación vigente, así como las estadísticas referidas a la materia.

Para lo cual se ha consultado la información disponible en fuentes oficiales y académicas especializadas; cuyas referencias se consignan en el documento.

Con la presente nota de información, esperamos poder brindar información que contribuya a la labor parlamentaria.

I. CONCEPTOS GENERALES

1.1 Morbilidad materna

La morbilidad materna se refiere a las complicaciones de salud imprevistas, ya sea a corto o largo plazo, que resultan de estar embarazada o dar a luz.

- De acuerdo a la Norma Técnica de Salud N° 174-MINSA/2021/CDC la morbilidad materna extrema se define como:¹

1. *“Complicación grave ocurrida durante el embarazo, el parto o dentro de los 42 días siguientes a la terminación del embarazo, que pone en riesgo la vida de una mujer, y requiere de atención inmediata con el fin de evitar la muerte.
El término morbilidad materna extrema es sinónimo de morbilidad materna severa, morbilidad materna grave, morbilidad materna extremadamente grave o maternal near miss (por su terminología en inglés).”*

Como lo señala la norma antes mencionada, algunas condiciones comunes que se presentan son: insuficiencia cardiovascular, insuficiencia respiratoria, insuficiencia renal, trastornos hematológicos y coágulos sanguíneos, insuficiencia hepática, trastornos neurológicos.²

Asimismo, las principales causas de la morbilidad materna incluyen:

- **Hemorragia:** Puede ocurrir antes, durante o después del parto y es una causa importante de morbilidad materna.
- **Hipertensión arterial:** Incluyendo preeclampsia y eclampsia, que pueden poner en peligro la vida de la madre y el feto.
- **Infecciones:** Tales como infecciones del tracto urinario, neumonía y sepsis, que pueden ser graves durante el embarazo y el parto.
- **Complicaciones del parto:** Como obstrucción del trabajo de parto, desgarros perineales graves o lesiones obstétricas.
- **Trastornos tromboembólicos:** Como la formación de coágulos sanguíneos que pueden causar embolia pulmonar o trombosis venosa profunda.
- **Complicaciones relacionadas con abortos inseguros:** Incluyendo hemorragias y complicaciones infecciosas.

¹https://www.dge.gob.pe/epublic/uploads/normas/normas_20215.pdf

²https://www.dge.gob.pe/epublic/uploads/normas/normas_20215.pdf

- **Enfermedades preexistentes:** Como diabetes, enfermedades cardiovasculares o enfermedades autoinmunes, que pueden complicar el embarazo.

1.2 Mortalidad materna

La mortalidad materna se define como el número de muertes relacionadas con el embarazo y el parto. Los investigadores y los profesionales de la salud emplean diversos métodos para registrar estas muertes y utilizan diferentes términos para describirlas. Algunos de estos términos incluyen:

- **Mortalidad materna:** se refiere a las muertes que ocurren durante el embarazo o dentro de las 6 semanas posteriores a la finalización del embarazo y que están relacionadas con el embarazo o su manejo, según la Organización Mundial de la Salud (OMS).
- **Muertes relacionadas con el embarazo:** se refieren a las muertes durante el embarazo y hasta 1 año después de la finalización del embarazo que están relacionadas con el embarazo o la atención durante el mismo, según los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC) de los Estados Unidos.
- **Muertes asociadas con el embarazo:** incluyen la muerte durante o en el año posterior al embarazo por causas no relacionadas con el embarazo, como accidentes automovilísticos, homicidios y suicidios.

De acuerdo a la norma técnica de salud N° 174-MINSA/2021/CDC la muerte materna se define como:

La muerte de una mujer mientras está embarazada o dentro de los 42 días siguientes a la terminación del embarazo, independientemente de la duración y localización del embarazo, debido a cualquier causa relacionada o agravada por el mismo embarazo o su manejo, pero no por causas accidentales o incidentales.³

II. LEGISLACION NACIONAL

Norma	Texto legal
Constitución política del Perú ⁴	<p>Artículo 7.- Todos tienen derecho a la protección de su salud, la del medio familiar y la de la comunidad así como el deber de contribuir a su promoción y defensa. La persona incapacitada para velar por sí misma a causa de una deficiencia física o mental tiene derecho al respeto de su dignidad y a un régimen legal de protección, atención, readaptación y seguridad.</p>

³ https://www.dge.gob.pe/epublic/uploads/normas/normas_20215.pdf

⁴ <https://www.congreso.gob.pe/Docs/constitucion/constitucion/index.html>

<p>Ley 26842 Ley General de Salud⁵ (Publicado: 15 de julio de 1997)</p>	<p>TITULO PRELIMINAR</p> <p>I. La salud es condición indispensable del desarrollo humano y medio fundamental para alcanzar el bienestar individual y colectivo.</p> <p>II. La protección de la salud es de interés público. Por tanto, es responsabilidad del Estado regularla, vigilarla y promoverla.</p> <p>(...)</p> <p>V. Es responsabilidad del Estado vigilar, cautelar y atender los problemas de desnutrición y de salud mental de la población, los de salud ambiental, así como los problemas de salud del discapacitado, del niño, del adolescente, de la madre y del anciano en situación de abandono social.</p> <p>(...)</p>
<p>Ley 27604 Ley que modifica la Ley General de salud 26842, respecto de la obligación de los establecimientos de salud a dar atención médica en casos de emergencias y partos.⁶ (Publicado: 22 diciembre 2001)</p>	<p>Artículo 2º. Atención médica en los establecimientos de salud en el momento del parto.</p> <p>Toda mujer que se encuentre en el momento del parto tiene derecho a recibir en cualquier establecimiento de salud la atención médica necesaria, estando los establecimientos de salud sin excepción obligados a prestar esta atención mientras subsista el momento de riesgo para su vida o la del niño.</p>
<p>Decreto Supremo 016-2002-SA Aprueban reglamento de Ley 27604 que modifica la Ley General de Salud N° 26842, respecto de la obligación de los establecimientos de salud a dar atención médica en caso de emergencias y partos⁷ (Publicado: 25 agosto 2022)</p>	<p>Artículo 1º.</p> <p>El presente Reglamento, establece las obligaciones, procedimientos, y responsabilidades para la atención médico quirúrgica en casos de emergencia y partos en situación de emergencia obstétrica, en todos los establecimientos de salud a nivel nacional, públicos, no públicos y privados, así como los mecanismos para su supervisión, a fin de proteger la vida y la salud de las personas.</p> <p>DISPOSICIONES ESPECIALES</p> <p>Artículo 4º.</p> <p>Todos los establecimientos de salud, sin excepción, están obligados a prestar atención inmediata a toda persona en situación de emergencia, y de poner en conocimiento del público ese derecho en algún lugar visible de la zona de atención por emergencia. La atención de emergencia por parte de los establecimientos de salud se efectuará de acuerdo a su nivel de resolución, con plena utilización de todos los recursos técnicos, de diagnóstico y terapéuticos que sean necesarios, mientras subsista el estado de grave riesgo para su vida y salud. En el caso de las emergencias obstétricas se incluye la atención del concebido o niño por nacer, a fin de proteger su vida y su salud.</p>
<p>Resolución Ministerial 695-2006-MINSA⁸ Guía Técnica: Guías de Práctica Clínica para la</p>	<p>Artículo 1.</p> <p>Aprobar la “Guía Técnica: Guías de práctica clínica para la atención de las emergencias obstétricas según nivel de capacidad resolutoria y sus 10 anexos”, que en documento adjunto forman parte integrante de la presente Resolución:</p>

⁵ <http://www.essalud.gob.pe/transparencia/pdf/publicacion/ley26842.pdf>

⁶ <https://www.gob.pe/institucion/minsa/normas-legales/255319-27604>

⁷ <https://www.gob.pe/institucion/minsa/normas-legales/254450-016-2002-sa>

⁸ <https://www.gob.pe/institucion/minsa/normas-legales/251165-695-2006-minsa>

<p>atención de las emergencias obstétricas según nivel de capacitación resolutive y sus 10 anexos. (Publicado: 26 de julio 2006)</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Hemorragia en la primera mitad del embarazo – Aborto 2. Embarazo ectópico 3. Hemorragia de la segunda mitad del embarazo 4. Hemorragia intraparto y posparto 5. Shock hipovolémico obstétrico 6. Trastornos hipertensivos en el embarazo 7. Sepsis en obstetricia 8. Aborto séptico 9. Rotura prematura de membranas (RPM) 10. Corioamnionitis 11. Endometritis puerperal 12. Alteraciones del trabajo de parto – trabajo de parto prolongado 13. Incompatibilidad feto pélvica y estrechez pélvica 14. Parto podálico 15. Anexos (10)
<p>Resolución Ministerial 142-2007/MINSA que aprueba el Documento Técnico “Estándares e indicadores de calidad en la atención materna y perinatal en los establecimientos que cumplen con funciones obstétricas y neonatales”.⁹ (Publicado: 16 de febrero 2007)</p>	<p>Artículo Primero.- Aprobar el documento técnico: “Estándares e indicadores de calidad en la atención materna y perinatal en los establecimientos que cumplen con funciones obstétricas y neonatales”, que en anexo forma parte integrante de la presente Resolución.</p>
<p>Resolución Ministerial 207-2009/MINSA, que aprueba el Documento Técnico: “Plan Estratégico Nacional para la Reducción de la Mortalidad Materna y Perinatal 2009-2015”.¹⁰ (Publicado: 1 de abril de 2009)</p>	<p>Artículo 1.- Aprobar el documento técnico: “Plan estratégico Nacional para la reducción de la Mortalidad Materna y perinatal 2009-2015” que en el documento adjunto forma parte integrante de la presente Resolución.</p> <p>PLAN ESTRATEGICO</p> <p>1. FINALIDAD. El Plan Estratégico Nacional para la Reducción de la Mortalidad Materna y Perinatal 2009 - 2015 tiene por finalidad contribuir a modificar sustancialmente en el país los indicadores negativos relacionados a la muerte en mujeres por embarazo, parto y puerperio, y de los perinatos, especialmente de los sectores menos favorecidos de la población nacional.</p> <p>2. OBJETIVOS. El presente Plan Nacional tiene los siguientes objetivos:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Establecer las pautas que deberán cumplir las diferentes instancias del Ministerio de Salud, las DISA y DIRESA, las redes y micro redes, y sus Establecimientos de Salud a nivel nacional para disminuir la mortalidad materna y perinatal en el Perú.

⁹<http://www.hnhu.gob.pe/CUERPO/CALIDAD/Documentos%20Calidad/FUNCIONES%20OBSTETRICAS/RM%20142-2007-MINSA.pdf>

¹⁰<https://www.gob.pe/institucion/minsa/informes-publicaciones/322164-plan-estrategico-nacional-para-la-reduccion-de-la-mortalidad-materna-y-perinatal-2009-2015>

	<p>2. Servir de base para que se genere el Plan Estratégico Multisectorial para la Reducción de la Mortalidad Materna y Perinatal, que involucre a todas las instancias públicas y privadas que integran el Sector Salud.</p>
<p>Resolución Ministerial 827-2013/MINSA, que aprueba la NTS 105-MINSA/DGSP-V.01 “Norma Técnica de salud para la atención integral de Salud Materna” Y su modificatoria¹¹ (publicado: 24 de diciembre de 2013)</p>	<p>Artículo 1.- Aprobar el NTS N° NTS 105-MINSA/DGSP-V.01 “Norma Técnica de salud para la atención integral de Salud Materna”, que forma parte integrante de la presente Resolución Ministerial.</p> <p>NTS N° NTS 105-MINSA/DGSP-V.01 “Norma Técnica de salud para la atención integral de Salud Materna Finalidad. Contribuir a la reducción de la morbilidad y mortalidad materna y perinatal brindando una atención integral de salud a la mujer durante el período preconcepcional y concepcional (prenatal, natal y postnatal).</p>
<p>Resolución Ministerial N° 453-2006, que aprobó el Comité de Mortalidad Materna. (Publicado: 13 mayo 2006)</p>	<p>Artículo 1.- Aprobar el reglamento de funcionamiento de los Comités de Prevención de mortalidad materna y perinatal, que en documento adjunto forma parte integrante de la presente Resolución.</p> <p>Artículo 2.- La Dirección General de Salud de las personas, a través de la Estrategia Sanitaria Nacional Salud Sexual y Salud Reproductiva, Direcciones de Salud, Direcciones Regionales de Salud, Instituto Especializado Materno Perinatal, Hospitales, Redes, Microredes y demás establecimientos de salud a nivel nacional, se encargarán de la difusión, implementación y cumplimiento del mencionado reglamento.</p>
<p>Resolución Ministerial 724-2009/MINSA, que aprueba la Guía Técnica: “Atención de la paciente gestante con infección respiratoria aguda por virus de influenza en los establecimientos de salud”¹² (Publicado: 31 de octubre de 2009)</p>	<p>Artículo 1.- Aprobar la Guía Técnica: “Atención de la paciente gestante con infección respiratoria aguda por virus de influenza en los establecimientos de salud”, que forma parte integrante de la presente Resolución Ministerial.</p> <p>Guía Técnica: “Atención de la paciente gestante con infección respiratoria aguda por virus de influenza en los establecimientos de salud Finalidad. Contribuir al control de la infección respiratoria aguda por virus de influenza en gestantes, disminuyendo la morbi-mortalidad materna y perinatal por esta causa.</p>
<p>Resolución Ministerial 778-2016/MINSA que aprueba la Directiva sanitaria 036-MINSA/cdc-V.02: “Directiva sanitaria que establece la notificación e</p>	<p>Artículo 1.- Aprobar la Directiva sanitaria 036-MINSA/cdc-V.02: “Directiva sanitaria que establece la notificación e investigación para la vigilancia epidemiológica de la muerte materna”, que forma parte integrante de la presente Resolución Ministerial.</p>

¹¹ <https://www.gob.pe/institucion/minsa/normas-legales/198935-827-2013-minsa>

¹² https://www.saludarequipa.gob.pe/salud_personas/archivos/GPC%202009/RM724-2009%20Influenza%20en%20gestantes.pdf

<p>investigación para la vigilancia epidemiológica de la muerte materna”.¹³ (Publicado: 3 de octubre de 2016)</p>	<p>Directiva sanitaria que establece la notificación e investigación para la vigilancia epidemiológica de la muerte materna Finalidad Generar información útil del análisis de la notificación y de investigación epidemiológica para contribuir a la disminución de la mortalidad materna en el ámbito nacional.</p>
<p>Resolución Ministerial 653-2021/MINSA que aprueba la norma técnica de salud 174-MINSA/2021/CDC “Norma Técnica de salud para la vigilancia epidemiológica de la morbilidad materna extrema”.¹⁴ (Publicado: 21 de mayo de 2021)</p>	<p>Artículo 1.- Aprobar NTS 174-MINSA/2021/CDC “Norma Técnica de salud para la vigilancia epidemiológica de la morbilidad materna extrema”, que como anexo forma parte integrante de la presente Resolución Ministerial.</p> <p>Norma Técnica de salud para la vigilancia epidemiológica de la morbilidad materna extrema Finalidad Contribuir en la disminución de la morbilidad y mortalidad materna, en el ámbito nacional.</p> <p>Objetivo General Establecer procedimientos que permitan la vigilancia epidemiológica de los casos de morbilidad materna extrema en establecimientos de salud – EESS en el ámbito nacional, contribuyendo en la activación de mecanismos de respuesta institucional inmediata que orienten las acciones de prevención y control, así como, la generación de información útil para la toma de decisiones en el campo clínico y de la gestión sanitaria.</p>

¹³ https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/193019/191744_RM_778-2016-MINSA.pdf20180904-20266-1qi2qim.pdf?v=1593818471

¹⁴ <https://www.gob.pe/institucion/minsa/normas-legales/1934403-653-2021-minsa>

III. LEGISLACIÓN COMPARADA

	Argentina
<p>Ley Nacional 25.673: creación del programa nacional de salud sexual y procreación responsable¹⁵ (Sancionada: 30 octubre 2002)</p>	<p>Artículo 1º.- Créase el Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable en el ámbito del Ministerio de Salud.</p> <p>Artículo 2º.- Serán objetivos de este programa: (...) b) Disminuir la morbimortalidad materno-infantil; (...)</p>
<p>Resolución 1087/2010 “Plan operativo para la reducción de la mortalidad materno infantil”.¹⁶ (Sancionada: 22 junio 2010)</p>	<p>Artículo 1.- Apruébase el 'Plan Operativo para garantizar el acceso a la salud de calidad e integral' que como ANEXO I forma parte integrante de la presente resolución, con el objetivo de reducir la mortalidad materna, infantil, de la mujer y los adolescentes, de acuerdo a los fundamentos y antecedentes que se indican en el mismo. (Denominación del Plan sustituida por art. 1º de la Resolución N° 2254/2015 del Ministerio de Salud B.O. 10/12/2015)</p> <p>Artículo 2.- Serán materias prioritarias del 'Plan Operativo para la Reducción de la Mortalidad Materno Infantil, de la Mujer y de los Adolescentes:</p> <p>a) La definición de jurisdicciones que por sus índices de mortalidad materna e infantil resultan prioritarias; b) La celebración de acuerdos políticos entre el Estado nacional y las provincias, con el establecimiento de metas generales y objetivos específicos; c) La Asistencia técnica, el seguimiento conjunto del plan establecido, así como la evaluación periódica de sus resultados; d) La capacitación en servicio en los centros asistenciales del sector público de la República Argentina, así como, la coordinación de la actividad de los capacitadores provinciales y regionales, garantizando el seguimiento de la actividad docente requerida; e) La adecuación y/o regionalización de las redes sanitarias provinciales con foco en la atención perinatal; f) La comunicación social del plan y sus avances; g) La convocatoria a los actores sociales e instituciones sanitarias, nacionales y provinciales, gubernamentales y no gubernamentales.</p> <p>Plan Operativo 2. Ejes Centrales del Plan Operativo Los objetivos generales del Plan son:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Reducción de la mortalidad infantil neonatal y postneonatal • Reducción de la mortalidad materna • Reducción de la mortalidad por aborto • Reducción de la mortalidad por embarazo adolescente; por mejora en el acceso a la atención de calidad de la salud sexual y reproductiva y, abordaje integral del embarazo adolescente con perspectiva a su disminución a mediano y largo plazo • Disminución de la incidencia y mortalidad por cáncer cérvico-uterino

¹⁵ https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/ley_25673_decretos_declaracion_de_repudio.pdf

¹⁶ <https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/resoluci%C3%B3n-1087-2010-168921/actualizacion>

<p>Resolución 1272/2017 Ministerio de Salud (M.S.)¹⁷ (Sancionada: 23 mayo 2017)</p>	<p>Artículo 1°.- Invitar a los municipios de la provincia de Buenos Aires a adherir al Sistema de Vigilancia para la Mortalidad Materna Neonatal e Infantil creado por la Resolución N° 01/16, que como Anexo I se agrega formando parte de la presente.</p> <p>Artículo 2°.- Aprobar el Convenio Tipo de Adhesión, que como Anexo II se agrega a la presente, formando parte integrante de la misma.</p> <p>ANEXO I LA PLATA, 11 DE ENERO DE 2016</p> <p>Artículo 1°.- Crear el Sistema de Vigilancia para la Mortalidad Materna Neonatal e Infantil, en el ámbito de la Dirección Provincial de Salud de la Mujer, la Infancia y la Adolescencia, con el objeto de mejorar la accesibilidad a la información sobre las defunciones maternas e infantiles en forma continua, que permitan ejecutar acciones de fortalecimiento de la seguridad de la atención, la disminución de la frecuencia y evitar cada evento.</p> <p>Artículo 2°.- A partir del 1 de enero de 2016 los efectores públicos y privados de la provincia de Buenos Aires en los que se produzca la muerte infantil y/o materna deberán notificar al Sistema de Vigilancia para la Mortalidad Materna e Infantil, dentro de las 72 horas de ocurrido, el deceso de niños y niñas menores de un año y de mujeres en cualquier momento del embarazo, parto y puerperio hasta el año de ocurrido el nacimiento. (...)</p>
<p>Bolivia</p>	
<p>Resolución Ministerial de salud y deporte N° 017-2013 “Norma nacional del sistema de vigilancia epidemiológica de la mortalidad materna”¹⁸ (Sancionada: 20 noviembre 2013)</p>	<p>Artículo Primero. Aprobar la implementación y aplicación del documento: “Sistema de vigilancia epidemiológica de la mortalidad materna”, como instrumento técnico – normativo para conocer las características sociales y biológicas de la mortalidad materna.</p> <p>NORMA NACIONAL DEL SISTEMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA DE LA MORTALIDAD MATERNA El Ministerio de Salud ha planteado un modelo de Vigilancia Epidemiológica y Análisis de Situación de Salud con varios componentes, entre ellos la mortalidad, para contar con información que permita orientar las políticas de prevención y control de los principales daños que afectan a la población boliviana, en especial a las mujeres y niños.</p> <p>Objetivo de la vemm</p> <p>1. Conocer las características sociales y biológicas de la mortalidad materna, mediante la interpretación de los datos recolectados, el reporte de los hallazgos y la evaluación del sistema mismo de VE, a fin de contribuir, en labor conjunta con las personas, familias y comunidades, a la prevención y control de la morbilidad grave y mortalidad maternas.</p> <p>2. Así, la VE permite conocer la magnitud (medida a través de varios indicadores) (ver el cuadro 1) y la estructura (características de las mujeres, causas, distribución, por ejemplo) de la mortalidad materna. Sin embargo, para que esto pueda ser factible hay un requisito básico: que la cobertura del sistema sea de al menos el 80% de las defunciones (mejor si es de 90% o más).</p>

¹⁷ <https://e-legis-ar.msal.gov.ar/hdocs/legisalud/migration/html/28840.html>

¹⁸ https://www.minsalud.gob.bo/images/Libros/DGSS/ursc/continuo/dqss_acon_NORMA_NACIONAL_DE_VIGILANCIA.pdf

<p>Ley No. 975¹⁹ (Publicada: 8 marzo 1988)</p>	<p>Artículo 1.- Toda mujer en periodo de gestación hasta un año de nacimiento del hijo, gozará de inamovilidad en su puesto de trabajo en Instituciones públicas o privadas.</p> <p>Artículo 2.- La mujer en gestación en el puesto de trabajo que implique esfuerzos que afecten su salud, merecerá un tratamiento especial, que le permita desarrollar sus actividades en condiciones adecuadas, sin afectar su nivel salarial ni su condición en su puesto de trabajo.</p>
<p>Decreto Supremo N° 24269²⁰ (Publicado: 18 abril 1996)</p>	<p>ARTÍCULO 1.- Se declara prioridad nacional la reducción acelerada de la mortalidad materna, del recién nacido y del niño menor de 5 años.</p> <p>ARTÍCULO 2.- Se aprueba el PLAN "VIDA", como instrumento de la política de gobierno, destinado a lograr la reducción de la mortalidad de la mujer y el niño menor de cinco años, obligándose a su estricto cumplimiento a todas las instituciones públicas y privadas, nacionales, regionales y municipales que participan en la aplicación de políticas sociales de acuerdo a ley.</p> <p>ARTÍCULO 3.- Se asigna al Ministerio de Desarrollo Humano, mediante la Secretaría Nacional de Salud, la responsabilidad de dirigir, normar, verificar y controlar el proceso de implementación del plan "Vida", en el marco jurisdiccional que establece la ley, con el apoyo de todas las reparticiones públicas y privadas, nacionales, departamentales y municipales que cumplan actividades vinculadas a la aplicación del plan.</p>
<p>Código de Seguridad Social.²¹ (Publicado: 14 diciembre 1956)</p>	<p>Sección B Maternidad</p> <p>Artículo 23°.- La asegurada y la esposa o conviviente del asegurado tienen derecho, en los periodos de gestación, parto y puerperio, a la necesaria asistencia médica, quirúrgica, hospitalaria y al suministro de los medicamentos que requiera el estado de la paciente. (...)</p> <p>Artículo 64°.- El subsidio de maternidad es equivalente al 100% del salario mínimo nacional de la trabajadora que deba percibir dicho subsidio, más el 70% del excedente del salario de base sobre el salario mínimo nacional. Para hacer efectivo el pago de dichos subsidios, se tomará en cuenta lo previsto por los artículos 61° y 62°.</p> <p>Artículo 65°.- El subsidio en caso de incapacidad temporal, por accidente de trabajo o enfermedad profesional se calculará conforme a lo dispuesto en los artículos 61° y 62°.</p>
<p>Decreto Supremo N° 26642²² (Publicado: 31 mayo 2002)</p>	<p>Artículo 1°.- De la modificación del Decreto Supremo N° 24227 Modificar el Decreto Supremo N° 24227 del 8 de febrero de 1996 para actualizar la conformación y funciones del "COMITE NACIONAL POR UNA MATERNIDAD SEGURA", organismo intersectorial creado para impulsar la participación interinstitucional e interagencial en acciones de reducción de la morbimortalidad materna y perinatal.</p>

¹⁹ <https://www.lexivox.org/norms/BO-L-975.pdf>

²⁰ <https://www.lexivox.org/norms/BO-DS-24269.xhtml>

²¹ <https://www.lexivox.org/norms/BO-COD-L19561214.html>

²² <https://www.lexivox.org/norms/BO-DS-26642.html>

	<p>Denominado de hoy en adelante en concordancia con el Decreto Supremo N° 25055 que reglamenta la Ley N° 1178 de Organización del Poder Ejecutivo - LOPE “CONSEJO INTERINSTITUCIONAL POR UNA MATERNIDAD SEGURA”</p> <p>Artículo 2°.- Del Consejo Interinstitucional por una Maternidad Segura El Consejo Interinstitucional Por Una Maternidad Segura, estará presidido por el Presidente de la República, quien delegará su representación a la Primera Dama de la Nación. Su organización contará con la participación de representantes del más alto nivel de los sectores de salud, educación, justicia, derechos humanos, desarrollo sostenible y planificación, asuntos campesinos y pueblos indígenas y originarios, género y generacionales y hacienda.</p> <p>Artículo 3°.- De los asesores del Consejo Interinstitucional por una Maternidad Segura Participarán como instancia de cooperación técnica del Consejo Interinstitucional Por Una Maternidad Segura, los Representantes en Bolivia de Agencias de Cooperación Internacional, expertos/as e instancias nacionales que el Consejo considere pertinente.</p> <p>Artículo 4°.- De los objetivos y funciones del Consejo Interinstitucional por una Maternidad Segura. Los objetivos y funciones son: 1. Reafirmar el compromiso del Estado de garantizar una maternidad segura para contribuir a la reducción de la morbimortalidad materna, perinatal y neonatal mediante el accionar conjunto, intersectorial e interinstitucional. 2. Mantener la temática de la maternidad segura en la agenda política analizando periódicamente los informes que el proporciona la Mesa de Trabajo por una Maternidad Segura y formulando recomendaciones a los organismos pertinentes. 3. Fortalecer e impulsar las acciones de promoción de la maternidad segura y de reducción de la mortalidad materna y del recién nacido se constituyan en políticas de Estado. Promover y armonizar políticas y estrategias en el campo social para hacer efectivo el ejercicio pleno del derecho de las mujeres a una maternidad segura. 4. Dar sustento político, legal y de coordinación interinstitucional para facilitar el cumplimiento de los compromisos nacionales e internacionales para la promoción de la salud con participación comunitaria para la reducción de la mortalidad materna y del recién nacido.</p>
<p>Plan estratégico nacional para mejorar la salud materna perinatal y neonatal Bolivia 2000 - 2015 ²³ (7 febrero 2009).</p>	<p>Presentación. El Plan Estratégico para mejorar la Salud Materna, perinatal y neonatal en Bolivia sistematiza y presenta las líneas estratégicas nacionales para orientar las intervenciones durante el período 2009-2015; se complementa con el Plan Nacional de Salud Sexual y Reproductiva, Prevención del Cáncer Cérvico Uterino y de las mama, el Plan Nacional de Atención a los adolescentes, así como los documentos normativos de Redes de Servicio, Referencia y Retorno y la categorización de los establecimientos de salud.</p> <p>Objetivos. El presente Plan busca: 1. Hacer hincapié en las oportunidades desaprovechadas, que podrían ser beneficiosas para las madres y los recién nacidos/as. 2. Fortalecer los nexos entre las Unidades del Ministerio de Salud y Deportes y de otros sectores. 3. Mejorar la capacidad de respuesta y la calidad de los servicios de salud fortaleciendo la atención primaria, la caracterización por niveles de atención y el sistema de referencia y retorno en las redes de servicios. 4. Proporcionar un cuidado de la salud que sea eficaz, integrado y culturalmente apropiado. Fortalecer las competencias del personal de salud, incluidos los agentes comunitarios de salud. 5. Formular sistemas de vigilancia, seguimiento y evaluación que permita evaluar el progreso. 6. Fortalecer las alianzas y la responsabilidad hacia el logro de resultados.</p>

²³<https://bolivia.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/Plan%20Mejorar%20Salud%20Materna%2C%20Perinatal%20y%20Neonatal.pdf>

	Colombia
<p>Código 549 Protocolo de Vigilancia de Morbilidad Materna Extrema ²⁴ (Publicado: 11 marzo 2023)</p>	<p>1. Introducción La morbilidad materna extrema (MME) es un evento de interés en salud pública que tiene un impacto importante al evaluar los servicios de salud ya que una atención oportuna y de calidad en una mujer con una complicación obstétrica severa puede prevenir un desenlace fatal. (...)</p> <p>1.3. Justificación para la vigilancia (...) En Colombia, el Plan Decenal de Salud Pública en su componente “Prevención y atención integral en Salud Sexual y Reproductiva desde un enfoque de derechos” define como una estrategia, la vigilancia en salud pública de la morbilidad materna extrema, así como el fortalecimiento de sistemas de información (18). Por otra parte, el país cuenta con una Ruta Integral de Atención en Salud (RIAS) para población materno-perinatal establecida dentro del Modelo Integral de Atención en Salud (MIAS). Esa ruta incluye actividades individuales y colectivas que pueden ser realizadas en los entornos donde transcurre la vida de las personas y/o los prestadores primarios. (...)</p> <p>2. Objetivos específicos 1. Determinar las características del evento morbilidad materna extrema respecto a las variables sociales y demográficas de las mujeres que presentan el evento mediante medidas de frecuencia para la estimación de la magnitud y tendencia de este. 2. Generar información oportuna de los casos de morbilidad materna extrema mediante la notificación inmediata que servirá como insumo para que las EAPB activen mecanismos de respuesta inmediata en su red de prestadores y en las instituciones de salud de referencia. 3. Identificar las condiciones y situaciones que originan las complicaciones graves durante la gestación, parto o puerperio y configuran los casos de Morbilidad Materna Extrema, con el fin de orientar políticas frente a maternidad segura.</p>
<p>Código 551 Protocolo de Vigilancia de Mortalidad Materna²⁵ (Publicado: 22 marzo 2022)</p>	<p>1. Introducción La mortalidad materna es un problema de salud pública inaceptablemente alto en países de ingresos bajos. La Organización Mundial de la Salud (OMS) la define como “la muerte de una mujer durante su embarazo, parto o dentro de los 42 días después de su terminación por cualquier causa relacionada o agravada por el embarazo, parto o puerperio o su manejo, pero no por causas accidentales”. (...)</p> <p>1.1.3. Situación epidemiológica nacional En Colombia la razón de mortalidad materna mostró una tendencia a la disminución pasando de 73,3 casos en el 2007, a 47,1 casos por 100.000 nacidos vivos en el 2019. Durante el 2020 se notificaron 587 muertes maternas de las cuales 403 se clasificaron como mortalidades maternas tempranas, 150 mortalidades maternas tardías y 34 muertes maternas por causas coincidentes; se presenta aumento del 34,3 % en el número de casos de mortalidad materna al comparar con el año 2019, las muertes maternas en población de nacionalidad extranjera aportan el 10,1 %. Las entidades territoriales de Guainía, Chocó, Vichada, Amazonas, Vaupés, La Guajira, Putumayo y Magdalena presentaron las razones de mortalidad materna más altas con más de 100 casos por 100.000 nacidos vivos. Las principales causas de muerte materna son, la hemorragia obstétrica con el 19,4 % y el trastorno hipertensivo asociado al embarazo con el 16,9 %. La principal causa de muerte materna indirecta fue la neumonía por Covid 19 con el 13,9 %.</p> <p>2. Objetivos específicos.</p>

²⁴ https://www.ins.gov.co/buscador-eventos/Lineamientos/Pro_Morbilidad%20materna%20extrema.pdf

²⁵ https://www.ins.gov.co/buscador-eventos/Lineamientos/Pro_Mortalidad%20Materna%202022.pdf

	<p>1. Describir en términos de variables de persona, tiempo y lugar el comportamiento de los casos notificados de mortalidad materna.</p> <p>2. Determinar las características epidemiológicas y los grupos poblacionales de mayor riesgo para mortalidad materna.</p> <p>3. Estimar la razón de mortalidad materna y otros indicadores de vigilancia del evento en el territorio nacional como insumo para la evaluación de las intervenciones dirigidas a su reducción.</p> <p>4. Analizar de forma individual y agregada los casos de muerte materna desde el componente demográfico, social y clínico, estableciendo los principales determinantes que contribuyeron de forma directa e indirecta en la ocurrencia de la muerte, para orientar la toma de decisiones y el diseño, implementación y evaluación de políticas públicas en el país.</p> <p>(...)</p>
<p>Circular Conjunta 05/2012, Intensificación de Acciones para garantizar la Maternidad Segura a Nivel Nacional²⁶ (Publicado: 27 febrero 2012)</p>	<p>3. Para las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud:</p> <p>3.1. Brindar prestación preferencial, oportuna, continua y segura al binomio madre-hijo, según lo establecido en las guías de la Resolución 412 de 2000 y la Guía Técnica "Buenas Prácticas para la Seguridad del Paciente, entre otras.</p> <p>3.2. Realizar de manera inmediata la autoevaluación de las condiciones de habilitación de los servicios de Urgencias, Hospitalización de obstetricia, Cirugía, Cuidado Intensivo Adultos, Cuidado Intensivo Pediátrico, Cuidado Intensivo Neonatal y consulta externa de Ginecoobstetricia, de acuerdo con lo definido en el componente de habilitación del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad, notificar las novedades que se tengan e implementar las medidas que se requieran para garantizar el cumplimiento.</p> <p>3.3. Garantizar la suficiencia del personal médico y paramédico para atender la demanda de los servicios relacionados con la atención materna perinatal.</p> <p>3.4. Realizar evaluación periódica de la adherencia a guías y protocolos relacionados con la atención materna perinatal e implementar las acciones de mejora con base en los resultados según el componente de Auditoría para el Mejoramiento de la calidad del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad.</p> <p>(...)</p>
<p>Norma Técnica para la detección temprana de las alteraciones del embarazo²⁷</p>	<p>1. JUSTIFICACIÓN</p> <p>La tasa de mortalidad materna en Colombia para 1994 fue de 78.2 por 100.000 nacidos vivos. De acuerdo con la Organización Panamericana de la Salud, se calcula que el 95% de éstas muertes son evitables. Con el fin de lograr la meta de reducir la mortalidad materna, se hace necesario establecer parámetros mínimos que garanticen una atención de calidad, con racionalidad científica, para el desarrollo de las actividades, procedimientos e intervenciones durante el control prenatal.</p> <p>2. DEFINICIÓN</p> <p>Identificar los riesgos relacionados con el embarazo y planificar el control de los mismos, a fin de lograr una gestación adecuada que permita que el parto y el nacimiento ocurran en óptimas condiciones, sin secuelas físicas o psíquicas para la madre y su hijo.</p> <p>3. OBJETIVOS</p> <p>3.1. Vigilar la evolución del proceso de la gestación de tal forma que sea posible prevenir y controlar oportunamente los factores de riesgo biopsico-sociales que incidan en el mencionado proceso.</p> <p>3.2. Detectar tempranamente las complicaciones del embarazo y en consecuencia orientar el tratamiento adecuado de las mismas.</p> <p>3.3. Ofrecer educación a la pareja que permita una interrelación adecuada entre los padres y su hijo o hija desde la gestación.</p>

²⁶ <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/Circular-Conjunta-Externa-0005-de-2012.pdf>

²⁷ <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/norma-tecnica-para-la-deteccion-temprana-embarazo.pdf>

Costa Rica	
<p>Constitución Política de la República de Costa Rica²⁸</p>	<p>Artículo 51. La familia, como elemento natural y fundamento de la sociedad, tiene derecho a la protección especial del Estado. Igualmente tendrán derecho a esa protección la madre, el niño, el anciano y el enfermo desvalido. (...)</p> <p>Artículo 55. La protección especial de la madre y del menor estará a cargo de una institución autónoma denominada Patronato Nacional de la Infancia, con la colaboración de las otras instituciones del Estado.</p>
<p>Ley General de Salud 5395²⁹</p>	<p>ARTÍCULO 12.- Toda madre gestante tiene derecho a los servicios de información materno-infantil, al control médico durante su embarazo; a la atención médica del parto y a recibir alimentos para completar su dieta, o la del niño, durante el período de lactancia.</p>
<p>Decreto Ejecutivo N° 41120-S “Reglamento sobre el Sistema Nacional de evaluación y análisis de la Mortalidad Materna, Perinatal e Infantil”.³⁰</p>	<p>Artículo 1. Objetivo general. El Sistema Nacional de Evaluación y Análisis de la Mortalidad Materna, Perinatal e Infantil tiene como objetivo estudiar y analizar toda muerte que ocurra en el territorio nacional, con el fin de formular, recomendar y definir políticas de salud pública, recomendar programas y acciones de mejoramiento de la atención que contribuyan a la salud materno, perinatal e infantil basada en la normativa existente.</p> <p>Artículo 2º. Objetivos específicos.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Contribuir a la disminución de la mortalidad materna, perinatal e infantil en Costa Rica. 2. Contribuir al desarrollo de registros de estadísticas vitales, confiables y oportunas en los menores de un año. 3. Contribuir al desarrollo de metodologías y técnicas para el estudio de la mortalidad materno, perinatal e infantil, según condiciones de vida y calidad de la atención. 4. Apoyar la identificación de puntos críticos del Sistema Nacional de Salud, en los diferentes niveles de atención. 5. Facilitar la elaboración de estrategias de intervención, para mejorar la calidad de la atención en salud.
<p>Decreto Ejecutivo 41741 Norma Nacional para la atención de mujeres con pérdidas gestacionales tempranas³¹ (Pulicado: 2019)</p>	<p>Artículo 1.- Oficialícese para efectos de aplicación obligatoria la Norma Nacional para la Atención de Mujeres con Pérdidas Gestacionales Tempranas, adjunta al presente Decreto Ejecutivo, la cual está dirigida a los servicios de salud y profesionales de la salud a nivel nacional, ya sean públicos, privados o mistos, con o sin fines de lucro, que presten atención y cuidados de salud a mujeres con pérdida gestacional temprana.</p> <p>NORMA TECNICA</p> <p>1. Justificación. En Costa Rica, según datos estadísticos de la Caja Costarricense de Seguro Social, ocurrieron 7179 pérdidas gestacionales tempranas en el 2017 de acuerdo a los datos de egresos hospitalarios a nivel nacional (CCSS, Anuario estadístico 2017).</p>

²⁸ https://www.imprentanacional.go.cr/editorialdigital/libros/textos%20juridicos/constitucion_politica_digital_edincr.pdf

²⁹ <https://www.fao.org/faolex/results/details/es/c/LEX-FAOC078041/>

³⁰ https://www.pqrweb.go.cr/scij/Busqueda/Normativa/Normas/nrm_texto_completo.aspx?param1=NRTC&nValor1=1&nValor2=86697&nValor3=112625&strTipM=TC

³¹ <https://www.ministeriodesalud.go.cr/index.php/biblioteca-de-archivos-left/documentos-ministerio-de-salud/ministerio-de-salud/legislacion-sanitaria/leyes-decretos-y-directrices/informes-leyes-decretos/5967-decreto-41741-s-oficializacion-de-la-norma-nacional-para-la-atencion-de-mujeres-con-perdidas-gestacionales-tempranas/file>

	<p>2. Objetivo general. Dotar al personal de salud de los lineamientos técnicos y administrativos básicos para la atención de las mujeres en situación gestacional temprana, en el marco de un cuidado integral respetuoso y digno, basado en el enfoque de derechos y consonancia con una atención humanizada y calificada.</p>
<p>Reglamento 1565 Reglamento de Enfermería Ginecobstétrica y Perinatal de Costa Rica (2005)³²</p>	<p>Artículo 12. Atención en Modalidades Emergentes de Prevención de la Mortalidad Materna-Perinatal e Infantil. Situaciones emergentes. La enfermera(o) Ginecobstetra y perinatal realiza intervenciones en espacios emergentes (servicio de emergencias, servicios gerenciales públicos y privados u otros), creando modalidades de atención que aseguren un servicio humanizado de calidad e innovador.</p>
<p>Chile</p>	
<p>LEY 20584 Ley que regula los Derechos y Deberes que tienen las personas en relación con acciones vinculadas a Su atención en Salud.³³ (Publicado: 4 abril 2012)</p>	<p>Artículo 4º.- Toda persona tiene derecho a que, en el marco de la atención de salud que se le brinda, los miembros del equipo de salud y los prestadores institucionales cumplan las normas vigentes en el país, y con los protocolos establecidos, en materia de seguridad del paciente y calidad de la atención de salud, referentes a materias tales como infecciones intrahospitalarias, identificación y accidentabilidad de los pacientes, errores en la atención de salud y, en general, todos aquellos eventos adversos evitables según las prácticas comúnmente aceptadas. Adicionalmente, toda persona o quien la represente tiene derecho a ser informada acerca de la ocurrencia de un evento adverso, independientemente de la magnitud de los daños que aquel haya ocasionado. (...)</p> <p>Artículo 8º.- Toda persona tiene derecho a que el prestador institucional le proporcione información suficiente, oportuna, veraz y comprensible, sea en forma visual, verbal o por escrito, respecto de los siguientes elementos: a) Las atenciones de salud o tipos de acciones de salud que el prestador respectivo ofrece o tiene disponibles y los mecanismos a través de los cuales se puede acceder a dichas prestaciones, así como el valor de las mismas. b) Las condiciones previsionales de salud requeridas para su atención, los antecedentes o documentos solicitados en cada caso y los trámites necesarios para obtener la atención de salud. c) Las condiciones y obligaciones contempladas en sus reglamentos internos que las personas deberán cumplir mientras se encuentren al interior de los establecimientos asistenciales. d) Las instancias y formas de efectuar comentarios, agradecimientos, reclamos y sugerencias. e) Las características y condiciones de uso de las tecnologías que empleará para las prestaciones de salud digital como, asimismo, los medios tecnológicos y conectividad con que deberá contar y las acciones que deba realizar el paciente para comunicarse correctamente con el prestador respectivo, a través de un lenguaje o medios que faciliten su comprensión. (...)</p>
<p>Ley 20545 Ley que modifica las Normas sobre protección a la maternidad e</p>	<p>Artículo 1º.- Introdúcense las siguientes modificaciones al Código del Trabajo, cuyo texto refundido, coordinado y sistematizado fue fijado por el decreto con fuerza de ley Nº 1, del Ministerio del Trabajo y Previsión Social, de 2003:</p>

³² <https://formatos.inamu.go.cr/SIDOC/DOCS/cecr.pdf>

³³ <https://www.bcn.cl/levchile/navegar?idNorma=1039348>

<p>incorpora el permiso postnatal parental (Publicado: 17 octubre 2011)</p>	<p>1) Reemplázase el artículo 195, por el siguiente: "Artículo 195.- Las trabajadoras tendrán derecho a un descanso de maternidad de seis semanas antes del parto y doce semanas después de él.</p>
<p>Decreto 41 Exento Aprueba "Norma General Técnica Y Administrativa N°216 Para El Monitoreo Y Vigilancia De La Indicación De Cesárea"³⁴ (Publicado: 31 agosto 2021)</p>	<p>Artículo 1.- Apruébase el documento denominado "Norma General Técnica y Administrativa N°216 para el monitoreo y vigilancia de la indicación de cesárea", cuyo texto se adjunta y forma parte de la presente resolución, el que consta de 53 páginas, todas ellas visadas por la Jefa de la División de Prevención y Control de Enfermedades.</p> <p>NORMA TECNICA OBJETIVO GENERAL 1. Disminuir el número de cesáreas realizadas en el país, que no tengan indicación médica justificada.</p> <p>OBJETIVOS ESPECÍFICOS 1. Clasificar las cesáreas de acuerdo a criterios definidos por Guía Perinatal y Clasificación de Robson. 2. Realizar medición estandarizada y vigilancia de los porcentajes de cesárea de acuerdo a las causas de indicación. 3. Implementar procesos administrativos necesarios para el cumplimiento de esta norma. 4. Implementar estrategias de mejora continua en los Servicios de Obstetricia y Ginecología de acuerdo a análisis local. 5. Analizar las principales causas de indicación de cesárea a nivel nacional y regional.</p>
<p>Resolución 916 Exenta 470 Norma General Técnica N° 100, "Norma y Procedimientos para el Registro de las Auditorías de muertes Maternas, Fetales e Infantiles"³⁵ (Sancionada: 23 julio 2012)</p>	<p>Artículo 1. Apruébase la Norma General Técnica N° 100, correspondiente a la "Norma y Procedimientos para el Registro de las Auditorías de Muertes Maternas, Fetales e Infantiles".</p> <p>NORMA TECNICA 2. Objetivos.- 2.1. Objetivos generales - Determinar el perfil epidemiológico de la mortalidad materna, fetal, neonatal e infantil a nivel local, regional y central, detectando las áreas críticas, con el fin de establecer estrategias de mejoramiento de la calidad de la atención y reducir las muertes evitables. - Mejorar la calidad de las estadísticas de mortalidad en Chile, mediante la precisión diagnóstica de los certificados de defunción, con causas de muertes insatisfactorias o incompletas.</p> <p>2.2. Objetivos específicos - Recopilar los antecedentes y analizar cada una de las muertes maternas, fetales, neonatales e infantiles ocurridas en un establecimiento del SNSS, para determinar sus causas y los problemas surgidos en la atención de salud relacionada con ellas, a fin de implementar las medidas que correspondan. - Monitorear activamente las muertes ocurridas en el establecimiento. - Establecer las coordinaciones necesarias para recopilar antecedentes y analizar las defunciones maternas, fetales, neonatales e infantiles del extrasistema, cuando corresponda. - Contar con un instrumento estandarizado a nivel nacional, que permita recolectar y retroalimentar la información.</p>

³⁴ <https://www.bcn.cl/leychile/navegar?i=1164291>

³⁵ https://dis.saludorientec.cl/documentos/normas/NORMA_100.pdf

	Ecuador
<p>Ley 67 Ley Orgánica De Salud.³⁶ (Publicado: 22 diciembre 2006)</p>	<p>CAPITULO III De la salud sexual y la salud reproductiva Artículo 20.- Las políticas y programas de salud sexual y salud reproductiva garantizarán el acceso de hombres y mujeres, incluidos adolescentes, a acciones y servicios de salud que aseguren la equidad de género, con enfoque pluricultural, y contribuirán a erradicar conductas de riesgo, violencia, estigmatización y explotación de la sexualidad.</p> <p>Artículo 21.- El Estado reconoce a la mortalidad materna, al embarazo en adolescentes y al aborto en condiciones de riesgo como problemas de salud pública; y, garantiza el acceso a los servicios públicos de salud sin costo para las usuarias de conformidad con lo que dispone la Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia. Los problemas de salud pública requieren de una atención integral, que incluya la prevención de las situaciones de riesgo y abarque soluciones de orden educativo, sanitario, social, psicológico, ético y moral, privilegiando el derecho a la vida garantizado por la Constitución.</p>
<p>Ley de Maternidad gratuita y atención a la infancia³⁷ (5 setiembre 2006)</p>	<p>Artículo 1.- Toda mujer tiene derecho a la atención de salud gratuita y de calidad durante su embarazo, parto y post-parto, así como al acceso a programas de salud sexual y reproductiva. De igual manera se otorgará sin costo la atención de salud a los recién nacidos-nacidas y niños-niñas menores de cinco años, como una acción de salud pública, responsabilidad del Estado.</p> <p>Artículo 2.- La presente Ley tiene como una de sus finalidades el financiamiento para cubrir los gastos por medicinas, insumos, micronutrientes, suministros, exámenes básicos de laboratorio y exámenes complementarios para la atención de las mujeres embarazadas, recién nacidos o nacidas y niños o niñas menores de cinco años de edad en las siguientes prestaciones: a) Maternidad: Se asegura a las mujeres, la necesaria y oportuna atención en los diferentes niveles de complejidad para control prenatal y, en las enfermedades de transmisión sexual los esquemas básicos de tratamiento (excepto "SIDA"), atención del parto normal y de riesgo, cesárea, puerperio, emergencias obstétricas, incluidas las derivadas de violencia intrafamiliar, toxemia, hemorragias y sepsis del embarazo, parto y post-parto, así como la dotación de sangre y hemos derivados.</p>
<p>Resolución Ministerial 0033-2017 “Plan Nacional de Salud Sexual y Salud Reproductiva 2017 – 2021”³⁸ (Publicado: febrero 2017)</p>	<p>2. Justificación.- Objetivo 3.- Garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades. La meta 3.1 dice: “Para 2030, reducir la tasa mundial de mortalidad materna a menos de 70 por cada 100.000 nacidos vivos”; y la meta 3.3: “Para 2030, poner fin a las epidemias del SIDA, la tuberculosis, la malaria y las enfermedades tropicales desatendidas y combatir la hepatitis, las enfermedades transmitidas por el agua y otras enfermedades transmisibles”.</p> <p>6.2 Salud, Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos en el Ecuador En el Ecuador, el ejercicio pleno de los derechos sexuales y derechos reproductivos, a lo largo del ciclo vital de las personas, está afectado por las inequidades económicas, de género, sociales y étnicas. Los efectos de estas inequidades, se expresan en los siguientes ámbitos inter-relacionados: la diferencia de la tasa de fecundidad entre distintos grupos de población, el desequilibrio en la fecundidad deseada y observada, el embarazo en adolescentes, la mortalidad materna, el acceso a métodos anticonceptivos incremento de ITS incluido VIH, violencia</p>

³⁶ <https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2017/03/LEY-ORG%C3%81NICA-DE-SALUD4.pdf>

³⁷ https://www.igualdad.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2017/11/ley_maternidad_gratuita_atencion_infancia.pdf

³⁸ <https://ecuador.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/PLAN%20NACIONAL%20DE%20SS%20Y%20SR%202017-2021.pdf>

	<p>basada en género, cánceres relacionados al aparato reproductivo, y salud sexual y salud reproductiva en personas con discapacidad.</p>
<p>Resolución Ministerial 0074-2008 “Plan Nacional de Reducción Acelerada de la Mortalidad Materna y Neonatal”³⁹ (Publicado: setiembre 2008)</p>	<p>Presentación.- La muerte de una mujer y un recién nacido que pueda ser evitada, es inadmisibles e injusta. El impacto que tiene este suceso en la familia, en los hijos huérfanos y en la sociedad, es una tragedia que tenemos que evitar, especialmente si sabemos que más de la mitad de hogares ecuatorianos tienen jefaturas femeninas. Reconocemos que junto a los avances nacionales en la salud pública, hay una persistente brecha e inequidad en la salud sexual y reproductiva por etnia y ubicación geográfica rural o urbana, que nos obliga a reorientar estrategias y recursos.</p> <p>Introducción.- El Plan Nacional de Desarrollo, en relación al cumplimiento de los derechos sexuales y reproductivos, establece como mandatos: “reducir la muerte materna en un 30%, la muerte infantil en un 25%, la muerte neonatal precoz en un 35%, así como el embarazo en adolescentes en un 25%”. También señala la necesidad de aumentar los servicios de salud a las mujeres en cuanto a coberturas de atención del posparto, el acceso a servicios de Cuidados Obstétricos Neonatales Esenciales (Red de CONE), diagnóstico oportuno del cáncer cérvico uterino (DOC), mejora de la calidad y calidez de los servicios de salud y la reducción de la violencia contra las mujeres, niños, niñas y adolescentes, entre otros.</p> <p>Objetivo General.- Mejorar el acceso, oportunidad, continuidad y calidad de la atención a mujeres en edad fértil y neonato en las redes provinciales de cuidados obstétricos y neonatales esenciales, con enfoque familiar, intercultural e interinstitucional, así como al conocimiento de los riesgos y buenas prácticas familiares y comunitarias para reducir las muertes maternas y neonatales evitables.</p> <p>Objetivos específicos.- 1. Posicionar el Plan de Reducción Acelerada de la MMN en la agenda pública nacional provincial y local con la rectoría y liderazgo de la Autoridad Sanitaria (MSP). 2. Actualizar e implementar el Subsistema de Vigilancia e Investigación Epidemiológica de la muerte materna y elaborar e implementar el Subsistema Neonatal.</p>
<p>Acuerdo Ministerial No. 1807 “El Plan Nacional para la reducción De la Mortalidad Materna”⁴⁰ (Publicado: 25 febrero 1998),</p>	<p>Objetivo.- 1. Promover la salud de las mujeres y la maternidad sin riesgo, a fin de contribuir a una disminución de la morbi y mortalidad maternal. 2. Contribuir a la disminución de las dificultades de acceso geográfico, cultural y económico, a los servicios de atención materna en general y obstetricia en particular. 3. Mejorar la capacidad resolutive en los tres niveles de complejidad para ofrecer atención materna y obstétrica de calidad. 4. Propiciar la participación de las mujeres, la pareja, la familia, la comunidad en generar en la prevención de riesgo y autocuidado en la mujer durante el embarazo, parto y puerperio. 5. Intervenir con medidas específicas en factores de riesgo asociados con la morbilidad y mortalidad materna.</p>

³⁹ <https://aplicaciones.msp.gob.ec/salud/archivosdigitales/documentosDirecciones/dnn/archivos/PLAN%20NACIONAL%20DE%20REDUCCI%C3%93N%20ACELERADA%20DE%20LA%20MORTALIDAD%20MATERNA.pdf>

⁴⁰ <https://aplicaciones.msp.gob.ec/salud/archivosdigitales/documentosDirecciones/dnn/archivos/PLAN%20NACIONAL%20DE%20REDUCCI%C3%93N%20ACELERADA%20DE%20LA%20MORTALIDAD%20MATERNA.pdf>

	México
<p>Ley General de Salud⁴¹ (Publicado: 7 febrero 1984)</p>	<p>Artículo 62. En los servicios de salud se promoverá la organización institucional de comités de prevención de la mortalidad materna e infantil, a efecto de conocer, sistematizar y evaluar el problema y adoptar las medidas conducentes.</p> <p>Artículo 64. En la organización y operación de los servicios de salud destinados a la atención materno-infantil.</p>
<p>Reglamento Interior de la Secretaría de Salud.⁴² (Publicado: 19 de enero de 2004)</p>	<p>Artículo 32 Bis 2. Corresponde a la Dirección General de Epidemiología: XII. Establecer, validar, supervisar y evaluar, en el ámbito de su competencia, los registros nominales de los casos de enfermedades, en coordinación con las unidades administrativas competentes.</p> <p>Artículo 40. Corresponde al Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva: I. Proponer al Subsecretario de Prevención y Promoción de la Salud las políticas nacionales en materia de salud reproductiva, incluyendo planificación familiar, cáncer cérvico uterino y mamario, de salud materna y perinatal, de equidad de género, y de prevención y atención de la violencia familiar, sexual y contra las mujeres como un problema de salud pública, sin perjuicio de las atribuciones que en estas materias correspondan a otras dependencias, y evaluar su impacto. (...)</p>
<p>Norma Oficial Mexicana NOM-017-SSA2-2012, Para la vigilancia epidemiológica.⁴³ (Publicado: 19 febrero 2013)</p>	<p>5.1 Corresponde a la DGE, la coordinación del SINAVE y se apoya para ello en el CONAVE, de acuerdo con los lineamientos establecidos en el Acuerdo Secretarial 130. (...)</p> <p>6.2.1 Son objeto de la vigilancia epidemiológica las enfermedades transmisibles, no transmisibles, emergentes y reemergentes y neoplasias malignas, más las que consensue el CONAVE y apruebe el Consejo de Salubridad General. (...)</p> <p>7.3 La autoridad sanitaria debe establecer los mecanismos para la vigilancia epidemiológica en los manuales correspondientes. (...)</p>
<p>Norma Oficial Mexicana Nom-007-Ssa2-2016, para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y De la Persona recién nacida.⁴⁴</p>	<p>6.1 La vigilancia epidemiológica de la mortalidad materna se deriva al SINAVE que cumple con las disposiciones del CONAVE y cuenta con el consenso de las instituciones que lo conforman.</p> <p>6.2 Requieren ser objeto de estudio epidemiológico los casos reportados como probables y confirmados de muerte materna.</p> <p>6.3 El estudio epidemiológico de la muerte materna implica el llenado de formatos relacionados. Las fuentes de información parten de los sistemas ordinarios y de los formatos específicos.</p> <p>6.4 Son motivo de registro nominal los casos nuevos, probables y confirmados de muerte materna.</p>

⁴¹ <https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/LGS.pdf>

⁴² https://dgti.salud.gob.mx/doctos/dgti/REGLAMENTO_INTERIOR_SSA_2018.pdf

⁴³ https://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=3D5288225

⁴⁴ https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5432289&fecha=07/04/2016

<p>(Publicado: 7 abril 2016)</p>	<p>6.5 La vigilancia epidemiológica de la mortalidad materna se debe realizar conforme a la Norma Oficial Mexicana citada en el punto 2.13, del Capítulo de Referencias, de esta Norma.</p>
<p>Ley General para la igualdad entre mujeres y hombres⁴⁵ (Publicado: 2 agosto 2006)</p>	<p>Artículo 5.- II. Discriminación. Toda distinción, exclusión o restricción que, basada en el origen étnico o nacional, sexo, edad, discapacidad, condición social o económica, condiciones de salud, embarazo, lengua, religión, opiniones, preferencias sexuales, estado civil o cualquier otra, tenga por efecto impedir o anular el reconocimiento o el ejercicio de los derechos y la igualdad real de oportunidades de las personas. (...)</p> <p>Artículo 38.- Impulsar acciones que aseguren la igualdad de acceso de mujeres y de hombres a la alimentación, la educación y la salud.</p>

⁴⁵ <https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/LGIMH.pdf>

IV. ESTADÍSTICAS DE LA REGIÓN

De acuerdo a los resultados estadísticos de la Organización Mundial de la Salud, la mortalidad materna sigue siendo elevada en los países en desarrollo, y en aquellos es mayor en las zonas rurales y en las comunidades más pobres. En el cuadro 1 muestra como la tasa de mortalidad materna ha sufrido variaciones importantes, dependiendo del país que se tome en consideración; siendo Chile el país con menor tasa de mortalidad, mientras que Haití figura entre los países con la tasa de mortalidad más alta en la región.

Tendencias de la mortalidad materna de 2000 a 2020: estimaciones de la OMS, el UNICEF, el UNFPA, el Grupo Banco Mundial y la División de Población de UNDESA: resumen ejecutivo⁴⁶

Cuadro 1

Tendencias en las estimaciones de la tasa de mortalidad materna (TMM), por país y territorio, 2000-2020						
Países y territorios	Estimación puntual de la tasa de mortalidad materna					Reducción global de la tasa de mortalidad materna entre 2000 y 2020 (%)
	2000	2005	2010	2015	2020	
Argentina	72	63	55	39	45	37
Bolivia	284	230	184	165	161	44.8
Chile	33	27	23	16	15	53.9
Colombia	93	82	71	70	75	19.5
Costa Rica	39	31	27	20	22	42.8
Ecuador	120	92	76	66	66	45.8
Haití	400	363	403	391	350	14.2
México	57	53	51	52	59	-6.2
Perú	113	97	76	65	69	39.4

Fuente: Organización Panamericana de la Salud

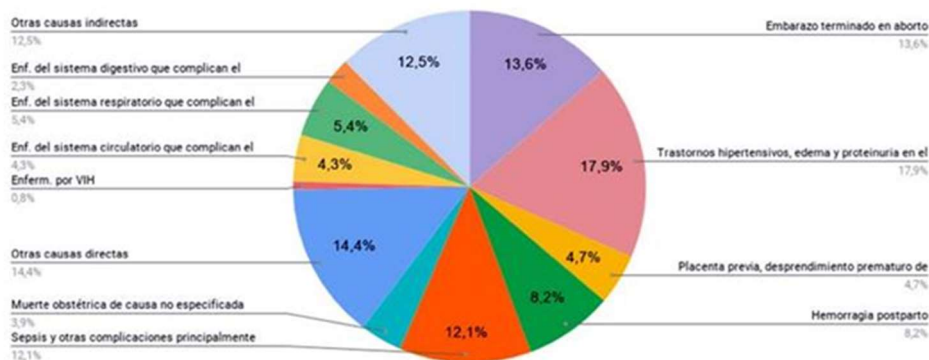
⁴⁶ <https://www.who.int/es/publications/i/item/9789240069251>

4.1 Argentina

Estadísticas de mortalidad materna en Argentina⁴⁷

Gráfico 1

Figura 11. Distribución porcentual de las causas de mortalidad materna (obstétricas directas e indirectas) en la Argentina. Año 2018 (en valores absolutos, N=257)



Fuente: Elaboración propia en base a DEIS, 2019.

En el cuadro superior puede observarse algunas de las causas de mortalidad materna. Para el año 2018, fueron los trastornos hipertensivos (17,9%), embarazos terminados en aborto (13,6), Sepsis y otras complicaciones (12,1%).

Gráfico 2

Mortalidad materna por provincia de residencia Años 2020 y 2021
La mortalidad materna registró un aumento en todas las jurisdicciones, excepto en Jujuy y Ciudad de Buenos Aires. Las provincias con mayor mortalidad fueron Santiago del Estero, Chaco y Corrientes, con valores superiores a 10 por diez mil, mientras que Ciudad de Buenos Aires, San Luis y Neuquén son las de menor valor, con una razón inferior a 4 por diez mil.

	Año 2020					Año 2021					RMM
	Aborto	Directas	Indirectas	Total	RMM	Aborto	Directas	Indirectas	Total	RMM	
Total	23	113	85	221	4,1	13	107	273	393	7,4	
Ciudad. Aut. de Buenos Aires	3	5	4	12	4,3		3	4	7	2,7	
Buenos Aires	8	38	19	65	3,4	3	33	83	119	6,3	
Catamarca	0	2	0	2	4,0		1	4	5	10,5	
Córdoba	2	7	6	15	3,4		4	24	28	6,3	
Corrientes	1	3	10	14	8,5	3	2	14	19	12,1	
Chaco	1	9	7	17	9,2		9	17	26	13,9	
Chubut	0	0	1	1	1,4			3	3	4,7	
Entre Ríos	0	3	2	5	2,9	1	4	4	9	5,5	
Formosa	1	3	0	4	4,3		6	4	10	11,3	
Jujuy	0	2	6	8	8,7	1	1	3	5	5,9	
La Pampa	0	2	1	3	8,0			3	3	8,4	
La Rioja	0	1	0	1	2,2		1	1	2	4,3	
Mendoza	0	3	5	8	3,4	1	4	10	15	6,5	
Misiones	2	4	2	8	3,8		5	17	22	10,7	
Neuquén	1	0	1	2	2,5		2	1	3	3,9	
Río Negro	0	2	3	5	5,8		3	4	7	8,7	
Salta	1	6	8	15	8,3	3	9	10	22	10,8	
San Juan	0	2	1	3	2,7			9	9	8,1	
San Luis	0	1	0	1	1,7			2	2	3,3	
Santa Cruz	1	0	1	2	4,8			2	2	5,7	
Santa Fe	1	4	4	9	2,3		5	20	25	5,8	
Santiago del Estero	1	8	2	11	8,0	1	8	17	26	19,1	
Tucumán	0	7	2	9	4,2		7	17	24	10,9	
Tierra del Fuego	0	1	0	1	5,3				0	-	

Fuente: Ministerio de Salud de Argentina⁴⁸

⁴⁷ http://repositorio.isalud.edu.ar/xmlui/bitstream/handle/123456789/492/Capitulo8_Guberman_Romero.pdf?sequence=1&isAllowed=y

⁴⁸ https://bancos.salud.gob.ar/sites/default/files/2023-03/anexo-7-mortalidad-infantil-materna-2021_2023.pptx

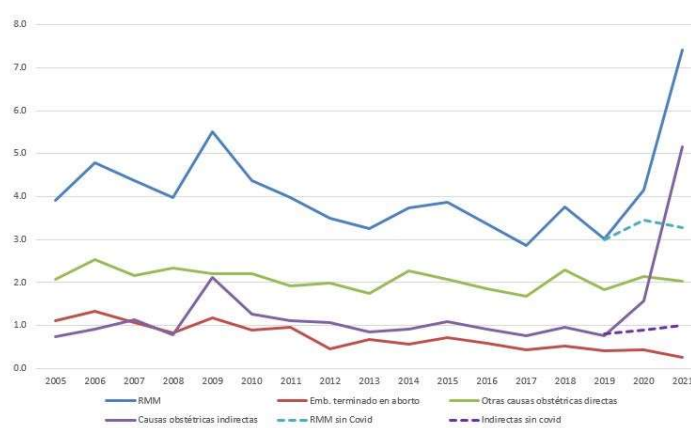
En el cuadro superior se puede observar que, en los años 2020 y 2021, Buenos Aires, Córdoba, Santiago de Estero y Chaco fueron las provincias con mayor índice de mortandad.

Gráfico 3

Razón de mortalidad materna total y según grupo de causas (por 10.000 nacidos vivos). Argentina, 2005 a 2021

La razón de mortalidad materna se elevó a 7,4 por diez mil en 2021. En el año anterior el valor registrado fue de 4,1 por diez mil. En ambos años se registraron muertes maternas asociadas a la Enfermedad por covid-19, que se contabilizan dentro de las causas indirectas. En 2020 se identificaron 37 muertes por esta enfermedad mientras que en 2021 se registraron 220. Las muertes por embarazo terminado en aborto continuaron descendiendo en 2021.

Evolución de la razón de mortalidad materna según causas. Argentina, 2005 a 2021

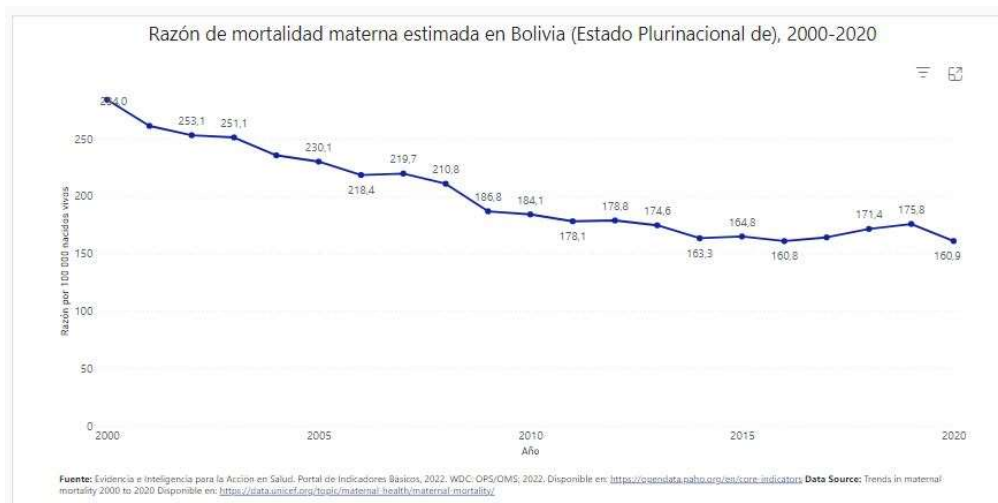


Fuente: Ministerio de Salud de Argentina⁴⁹

El gráfico superior muestra la razón de mortandad materna según grupo de causas (por cada 10,000 nacidos) en el mismo período de tiempo, observándose que las muertes por aborto disminuyeron para el 2021 (en razón del COVID-19).

4.2 Bolivia

Gráfico 4



Fuente: Organización Panamericana de la Salud⁵⁰

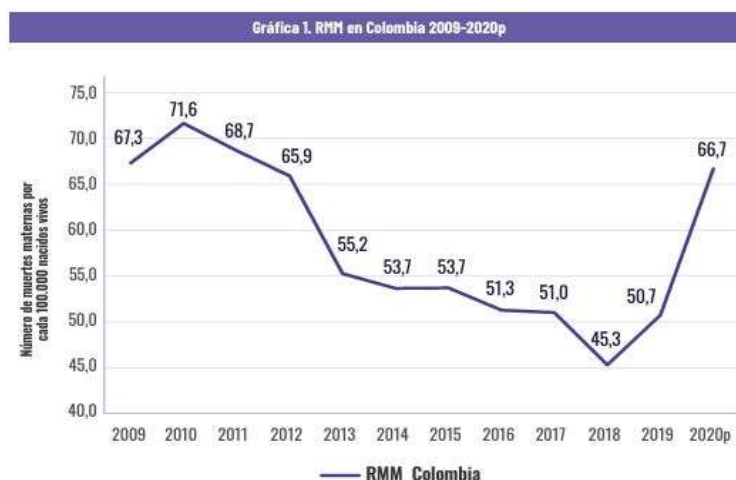
49 https://bancos.salud.gob.ar/sites/default/files/2023-03/anexo-7-mortalidad-infantil-materna-2021_2023.pptx

50 <https://hia.paho.org/es/paises-2022/perfil-bolivia>

En el gráfico superior puede observarse el descenso de mortalidad materna entre los años 2000 y 2020, de acuerdo a la información recopilada por la Organización Panamericana de la Salud.

4.3. Colombia

Gráfico 5



Fuente: Estimaciones propias a partir de la información de EEYV

Fuente: Informe de estadística Sociodemográfica Aplicada N° 9⁵¹

El gráfico 5 muestra el incremento del número de muertes maternas (por cada 100,000 nacidos vivos) en el año 2020, con niveles similares a los de los años 2011 y 2012.

4.4. Costa Rica⁵²

Gráfico 6

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.

Fuente: Ministerio de Salud de Costa Rica⁵³

⁵¹ <https://www.dane.gov.co/files/investigaciones/poblacion/informes-estadisticas-sociodemograficas/2021-12-20-mortalidad-materna-en-colombia-en-la-ultima-decada.pdf>

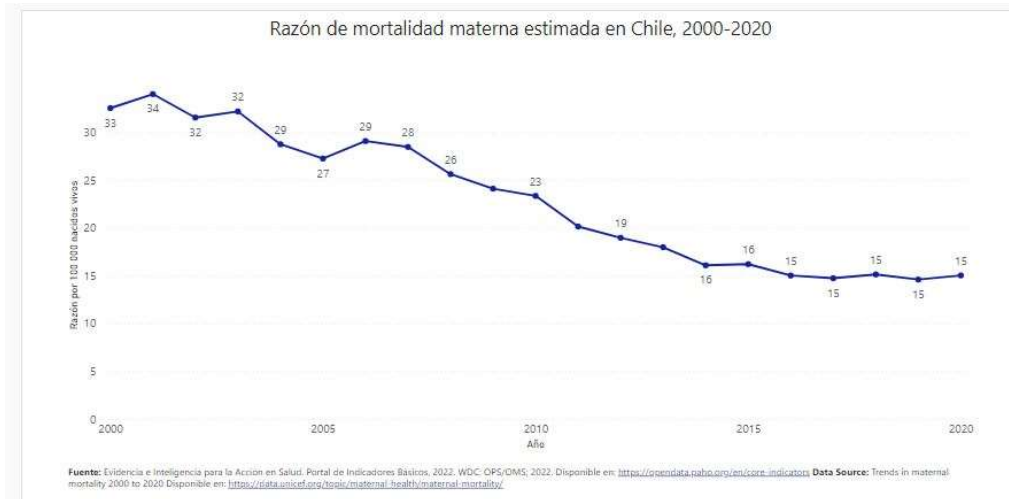
⁵² <https://admin.inec.cr/sites/default/files/2023-01/BIRMM%202021.pdf>

⁵³ <https://www.ministeriodesalud.go.cr/index.php/biblioteca-de-archivos-left/documentos-ministerio-de-salud/material-informativo/material-publicado/estadisticas-y-bases-de-datos/estadisticas-y-bases-de-datos-vigilancia-de-la-salud/estadisticas-vigilancia-de-la-salud/estadistica-mortalidad-infantil-y-materna>

Tal como se muestra en el gráfico 6, a partir de 2019 se experimenta un incremento en defunciones maternas.

4.5. Chile ⁵⁴

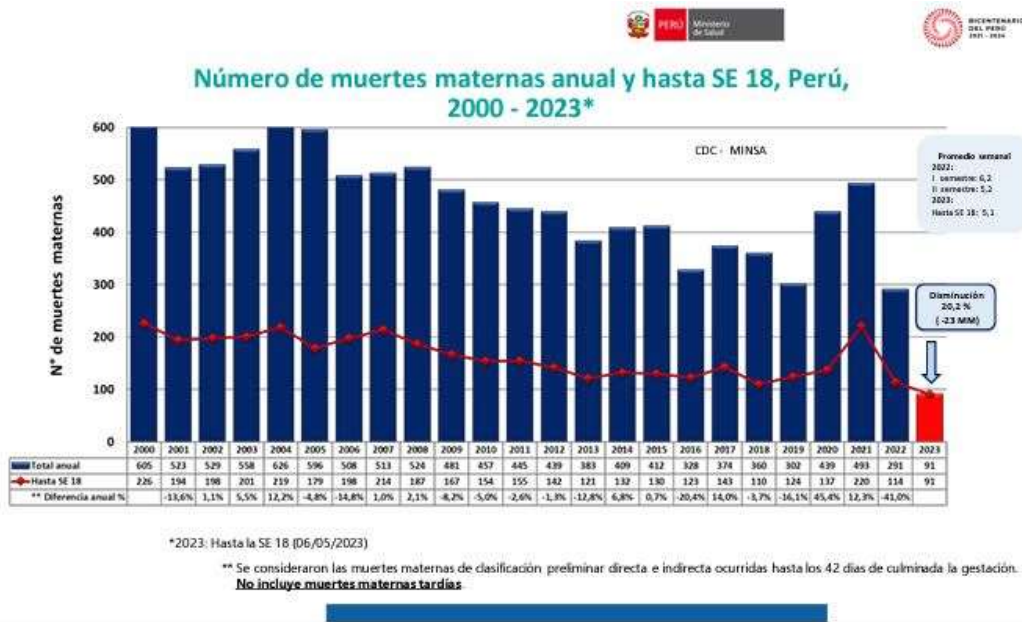
Gráfico 7



El gráfico superior muestra una disminución de la mortalidad materna constante a lo largo de los años (período 2000 – 2020),

4.6. Perú

Gráfico 8



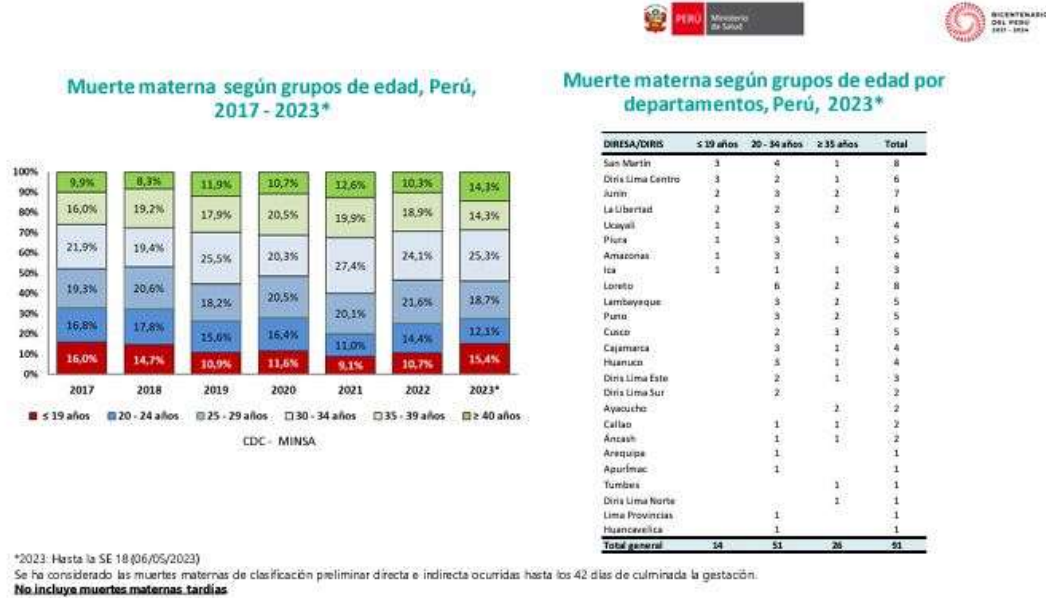
Fuente: Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades – MINSA⁵⁵

⁵⁴ <https://hia.paho.org/es/paises-2022/perfil-chile>

⁵⁵ <https://www.mesadeconcertacion.org.pe/storage/documentos/2023-05-18/cdc-mortalidad-materna-2022-2023.pdf>

De acuerdo al gráfico 8 puede observarse que en los años 2020 y 2021 hubo un incremento del número de muertes maternas; durante el año 2022 este número descendió en un 41,0%; y que en 2023 hubo un descenso del 20,2%.

Grafico 9



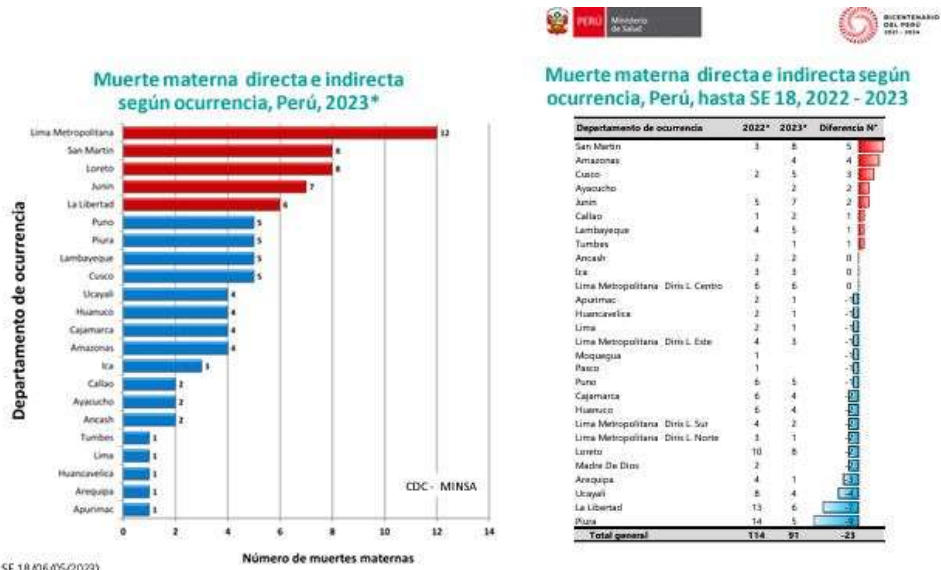
Fuente: Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades – MINSa⁵⁶

El gráfico 9 muestra que el grupo de edad con mayor frecuencia de muertes está comprendido principalmente por aquellas mujeres que tienen entre 30 a 34 años; y en el 2023 hubo un incremento considerable de muertes maternas en el rango comprendido entre menores de 19 años.

El siguiente cuadro muestra las estadísticas del número de muertes maternas por departamentos; puede observarse que Lima Metropolitana tiene el índice más elevado.

⁵⁶ <https://www.mesadeconcertacion.org.pe/storage/documentos/2023-05-18/cdc-mortalidad-materna-2022-2023.pdf>

Gráfico 10



Fuente: Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades – MINSa⁵⁷

⁵⁷ <https://www.mesadeconcertacion.org.pe/storage/documentos/2023-05-18/cdc-mortalidad-materna-2022-2023.pdf>