



PERÚ

Ministerio
de SaludCENTRO NACIONAL DE
EPIDEMIOLOGÍA PREVENCIÓN Y
CONTROL DE ENFERMEDADESDIRECCIÓN DE VIGILANCIA EN
SALUD PÚBLICA

"Decenio de la Igualdad de Oportunidades para Mujeres y Hombres"
"Año de la recuperación y consolidación de la economía peruana"

INFORME TÉCNICO

SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA DE LA MORBILIDAD MATERNA EXTREMA, PERÚ, HASTA SE 44 – 2025

CÓDIGO: IT CDC - DVSP N° 42 - 2025

Fecha: 13 de noviembre del año 2025

I. Antecedentes:

Según la Organización Panamericana de la Salud (OPS), en América Latina y el Caribe cada año mueren cerca de 7200 mujeres a causa de complicaciones en el embarazo, parto y puerperio.^{1,2}

La mortalidad materna es el resultado final de una amplia gama de complicaciones obstétricas, sin embargo, existe un grupo de mujeres que logran sobrevivir a una complicación obstétrica grave, este evento es conocido como "maternal near miss", en español el término similar es morbilidad materna extremadamente grave o morbilidad materna extrema (MME); representa un complemento en la evaluación y análisis de la mortalidad materna.^{3,4}

A diferencia de la muerte materna (MM), la MME es un evento menos amenazante para el personal de salud dado que la mujer logra sobrevivir². Asimismo, como indicador, refleja una buena calidad de atención, y en forma directa la situación del sistema de salud.

Actualmente, en el Perú, la información de la ocurrencia de MME, se recolecta a través del sistema de vigilancia epidemiológica, que, incluye establecimientos de salud (EESS) públicos y privados que conforman el sector salud. La Norma Técnica de Salud para la vigilancia epidemiológica de la MME⁵, establece la notificación e investigación de la MME a nivel nacional. La identificación de casos se realiza durante la atención de la paciente obstétrica y mediante búsqueda activa, al identificar la presencia de los criterios de MME establecidos, recomendados por OPS⁶. La vigilancia epidemiológica de MME, constituye una vigilancia de tipo universal, incluye EESS del MINSA, ESSALUD, Sanidad de las Fuerzas Armadas, Policía Nacional del Perú, y privados que conforman el sector salud.

En Perú, la vigilancia epidemiológica inició en la semana epidemiológica (SE) 46 – 2021, durante su proceso de implementación se han incorporado EESS progresivamente; en 2022, 50 EESS seleccionados habían implementado la vigilancia, posteriormente en 2023 y 2024 incrementó a 62 y 66 respectivamente. Actualmente el 85 % (68/80), de los EESS seleccionados, principalmente del MINSA han implementado la vigilancia, y han notificado casos.

Actualmente el CDC viene trabajando en su implementación en EESS seleccionados del MINSA, ESSALUD, Sanidad de las Fuerzas Armadas y de la Policía Nacional del Perú y privados, en coordinación con las DIRIS/DIRESA/GERESA a nivel nacional.

Durante el 2024, se notificaron al sistema de vigilancia epidemiológica 2152 casos de MME, lo que comparado a los 2 años previos: 2022 (1701) y 2023 (1855). El promedio de notificación semanal de MME, fue de 41 casos, con un mínimo de 24 (SE 48) y un máximo de 62 (SE 09).



Firmado digitalmente por
MUNAYCO ESCATE Cesar
Vladimir FAU 20131373237 hard
Motivo: Doy V° B°
Fecha: 21.11.2025 15:00:03 -05:00



Firmado digitalmente por REYES
VEGA Mary Felissa FAU
20131373237 hard
Motivo: Doy V° B°
Fecha: 21.11.2025 14:57:39 -05:00



Firmado digitalmente por CAMPOS
LEON Flor Marisella FAU
20131373237 hard
Motivo: Doy V° B°
Fecha: 21.11.2025 12:07:44 -05:00



PERÚ

Ministerio
de Salud

CENTRO NACIONAL DE
EPIDEMIOLOGÍA PREVENCIÓN Y
CONTROL DE ENFERMEDADES

DIRECCIÓN DE VIGILANCIA EN
SALUD PÚBLICA

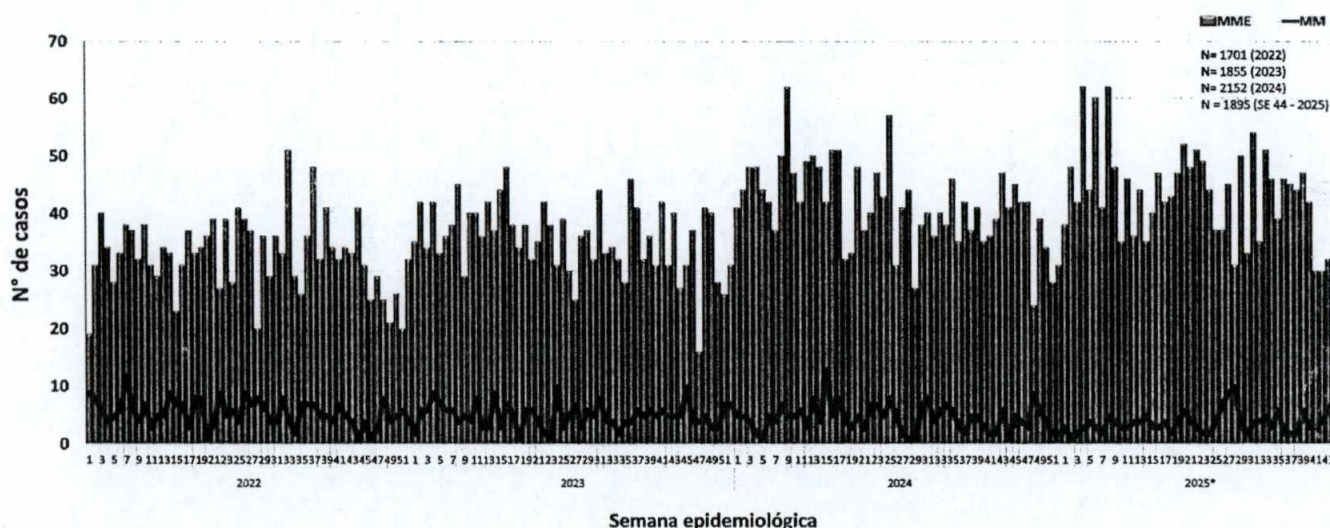
"Decenio de la Igualdad de Oportunidades para Mujeres y Hombres"
"Año de la recuperación y consolidación de la economía peruana"

II. Situación Actual

Durante el 2025 (Hasta la SE 44), se notificaron al sistema de vigilancia epidemiológica 1895 casos de MME, el promedio de notificación semanal de MME, fue de 43 casos. Así mismo, en este periodo fueron notificadas 172 MM, con un promedio de casos semanales de 3.9 MM, con un mínimo de 1 MM (SE 2) y un máximo de 10 (SE 28), (Fig. 1).

Los datos de las 2 últimas semanas epidemiológicas pueden estar sujetos a regularización por parte de las regiones. El 92,2 % (1747) de casos notificados con criterios de MME tuvo como condición de egreso viva, así mismo el 3,3 % de los casos fallecieron, convirtiéndose en casos de MM. Por otro lado, el 4,5 % de casos notificados fueron referidas a otros EESS o no fueron dadas de alta a la fecha.

Figura 1. Casos notificados de MME por semana epidemiológica de ocurrencia, Perú, 2022 - 2025*



Fuente: Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades – MINSA
*2025: Hasta SE 44 (01/11/2025). Información válida disponible.

Departamento de procedencia

Los departamentos con mayor número de mujeres con MME notificadas según procedencia, que egresaron vivas de los EESS, fueron Lima (508), Junín (176), San Martín (142), La Libertad (126) y Piura (87) que concentraron el 59,5 % del total de casos de MME en este periodo.

El 7,3 % (127/1747) de las de mujeres con MME notificadas y egresadas vivas, fueron notificadas por departamentos diferentes al departamento de procedencia o residencia, 80 fueron atendidas en EESS de las DIRIS de Lima Metropolitana y 47 en EESS de departamentos cercanos al departamento de procedencia.

Departamento notificante

Los departamentos que notificaron el mayor número de mujeres con MME, que egresaron vivas de los EESS, fueron Lima (570), Junín (187), San Martín (137) y La



PERÚ

Ministerio
de Salud

CENTRO NACIONAL DE
EPIDEMIOLOGÍA PREVENCIÓN Y
CONTROL DE ENFERMEDADES

DIRECCIÓN DE VIGILANCIA EN
SALUD PÚBLICA



"Decenio de la Igualdad de Oportunidades para Mujeres y Hombres"
"Año de la recuperación y consolidación de la economía peruana"

Libertad (128) que concentraron el 58,5 % del total de casos de MME en este periodo.

El 14,2 % (80/564) de mujeres con MME notificadas por las DIRIS de Lima Metropolitana, que egresaron vivas de los EESS:

- Procedían del departamento de Ica (20), Lima provincias (16), Callao (12), Ancash (6), San Martín (6), Junín (4), Loreto (4), Piura (3), Ucayali (3), Amazonas (2), Apurímac (1), Huánuco (1), Lambayeque (1) y Tumbes.
- El 85 % egresó de EESS de la DIRIS Lima Centro, principalmente del Instituto Materno Perinatal (43,8 %) y del Hospital Docente Madre Niño San Bartolomé (16,3 %).

Características

Edad: La edad promedio de los casos de MME que egresaron vivas fue de 29,2 años, con un rango de edad entre los 12 a 49 años, 116 (6,6 %) casos de MME ocurrieron en adolescentes (12 - 17 años), 775 (44,4 %) ocurrieron en jóvenes (18 a 29 años) y 856 (49 %) en adultas (30 - 59 años).

El 57,8 % del grupo de adolescentes entre 12 a 17 años, procedían de los departamentos de Lima (25), Junín (16), San Martín (16) y La Libertad (10).

Grupo étnico: Los principales grupos a los que pertenecían los casos de MME que egresaron vivas fueron: mestizo 94,6 % (1653), andino 1,3 % (23) e indígena amazónico el 0,3 % (5).

Criterios de inclusión: Dentro de los sistemas, aparatos afectados o características consideradas en criterios de inclusión hasta la SE 44 - 2025, la afectación en la coagulación o hematológica es más frecuente.

El 51 % de los casos de MME que egresaron vivas de los EESS, tenían al menos un criterio dentro de este grupo relacionado a alteraciones de la coagulación, trombocitopenia aguda severa y transfusión de 3 a más unidades (sangre, hemoderivados, paquete globular), (Tabla 1).

La afectación al sistema cardiovascular, considerada como criterio de inclusión, fue otro criterio frecuente. El 46,1 %, de casos tenían al menos un criterio dentro de este grupo relacionado a shock, paro cardíaco, acidosis severa, hipoperfusión severa, administración continua de agentes vasoactivos, o reanimación cardiopulmonar (Tabla 1).

Complicaciones maternas presentadas: Dentro de las principales complicaciones maternas presentadas en mujeres con criterios de MME durante su gestación, parto y puerperio, se han identificado la presencia de hemorragias obstétricas (54,8 %), y trastornos hipertensivos (30,9%), pudiendo presentarse más de una en una misma gestación (Tabla 2).

Ingreso a unidad de cuidados intensivos (UCI): El requerimiento del ingreso a UCI cuando se presenta una complicación grave durante la gestación, parto o puerperio, es frecuente durante el manejo y prevención de la mortalidad en estas pacientes, dentro de los casos notificados como MME, el 60,8% (1062/1747),



PERÚ

Ministerio
de SaludCENTRO NACIONAL DE
EPIDEMIOLOGÍA PREVENCIÓN Y
CONTROL DE ENFERMEDADESDIRECCIÓN DE VIGILANCIA EN
SALUD PÚBLICA

"Decenio de la Igualdad de Oportunidades para Mujeres y Hombres"

"Año de la recuperación y consolidación de la economía peruana"

ingresaron a UCI, de estas, el 26,3% (512/1062) permanecieron en UCI de 3 a más días (Tabla 2).

Tabla 1. Casos de MME según criterios, Perú, 2024 - 2025*

Criterios de inclusión	Año			
	2024		2025*	
	Nº	%	Nº	%
Hematológicos/de la coagulación	1062	51.7	891	51.0
Cardiovascular	920	44.8	815	46.7
Disfunción uterina/manejo específico	989	48.2	707	40.5
Respiratorio	481	23.4	387	22.2
Neurológico	102	5.0	74	4.2
Renal	71	3.5	61	3.5
Hepático	53	2.6	39	2.2

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

N = 2053 (2024), N = 1747

*2025: Hasta SE 44 (01/11/2025). Información válida disponible de mujeres egresadas vivas.
Se puede presentar afectación en más de un aparato o sistema.

Tabla 2. Casos de MME según complicaciones presentadas y estancia en UCI, Perú, 2024 - 2025*

Complicaciones	Año			
	2024		2025*	
	Nº	%	Nº	%
Hemorragia obstétrica	1184	57.7	958	54.8
Trastornos hipertensivos	682	33.2	540	30.9
Infección obstétrica	427	20.8	393	22.5
Otras complicaciones	526	25.6	395	22.6
Estancia UCI				
No	680	33.1	647	37.0
< 3 días	687	33.5	550	31.5
3 - 7 días	443	21.6	356	20.4
8 - 14 días	132	6.4	113	6.5
15 - 21 días	26	1.3	27	1.5
22 - 28 días	8	0.4	7	0.4
≥ 29 días	21	1.0	9	0.5
Sin datos	56	2.7	38	2.2
Total	2053	100	1747	100

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

N = 2053 (2024), N = 1747

*2025: Hasta SE 44 (01/11/2025). Información válida disponible de mujeres egresadas vivas.
Se puede presentar más de una complicación durante la gestación, parto o dentro de los 42 días de culminada la gestación.

Atenciones prenatales (APN): la Norma Técnica de Salud para la Atención Integral de Salud Materna⁷ 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 APN y que ha recibido el paquete básico de atención a la gestante.

El 64,8 % de los casos de MME que egresaron vivas, correspondieron a mujeres que tuvieron al menos 1 APN durante su embarazo. Dentro del grupo que recibió



PERÚ

Ministerio
de SaludCENTRO NACIONAL DE
EPIDEMIOLOGÍA PREVENCIÓN Y
CONTROL DE ENFERMEDADESDIRECCIÓN DE VIGILANCIA EN
SALUD PÚBLICA3
MINISTERIO DE SALUDDOCUMENTARIO
FOLIO (S)
FOLIO 10

"Decenio de la Igualdad de Oportunidades para Mujeres y Hombres"
"Año de la recuperación y consolidación de la economía peruana"

APN, más de la mitad iniciaron sus APN oportunamente (63,6 %), ya que las iniciaron durante el primer trimestre del embarazo. Así mismo, el 55,3 % de las fallecidas fueron gestantes que cumplieron con el número de APN mínimo requerido, ya que llegaron a tener ≥ 6 APN.

Uso de método anticonceptivo al egreso: las mujeres que tuvieron criterios de MME, presentaron complicaciones extremadamente graves, que pusieron en riesgo su vida, por ello, un próximo embarazo con un periodo intergenésico corto podría resultar riesgoso.

En el caso de las mujeres que egresaron vivas, como puérperas o con gestación culminada, y que no tuvieron histerectomía, el 30,7 % egresaron con la administración de un método anticonceptivo (MAC) hormonal, el 12,5 % con un MAC de barrera, el 8,3 % con un MAC quirúrgico definitivo.

Sin embargo, el 44,1 % de ellas egresó del EESS sin usar MAC, en estos casos, el seguimiento y monitoreo para prevenir un embarazo no deseado en una mujer que paso por un evento de MME, mediante el uso de MAC de alta efectividad y larga duración, es fundamental.

Indicadores

Considerando que la vigilancia continua en proceso de implementación, los indicadores de MME, han sido calculados preliminarmente con los casos notificados de mujeres con MME que egresaron vivas de los EESS para cada año epidemiológico.

Tabla 3. Indicadores de MME, Perú, 2022 - 2025*

INDICADOR	DEFINICIÓN OPERACIONAL	AÑO			
		2022	2023	2024	2025*
INDICE DE MORTALIDAD MATERNA (letalidad)	Refleja el porcentaje de muertes maternas por cada 100 eventos de MME. Evalúa la calidad de la atención	15.4	13.1	10.6	9.0
RELACIÓN DE MME/ MUERTE MATERNA	Refleja el número de eventos de MME por cada muerte materna. Evalúa la calidad de la atención	5.5	6.7	8.4	10.2

*2025: Hasta SE 44 (Actualizada al 01/11/2025)

Fuente: MME - MM: Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades - MINSA

Índice de Mortalidad Materna: Este indicador refleja la letalidad y evalúa la calidad de la atención. En 2025, fue de 9 casos de MM por cada 100 eventos de MME (Tabla 3), presentándose disminución comparado a lo presentado en 2024 (11 casos de MM por cada 100 eventos de MME), lo que indica que, la cantidad de mujeres con complicaciones obstétricas extremadamente graves y que mueren fue menor, reflejando una mejor calidad de atención.

Relación de MME/MM: Este indicador refleja el número de eventos de MME por cada MM, es decir, la cantidad de sobrevivientes a complicaciones obstétricas extremadamente graves, evalúa la calidad de atención. En 2025, se presentaron 10 casos de MME por cada MM (Tabla 3), lo cual incrementó, comparado a lo presentado en 2024, reflejando una mejor calidad de atención.

**PERÚ****Ministerio
de Salud****CENTRO NACIONAL DE
EPIDEMIOLOGÍA PREVENCIÓN Y
CONTROL DE ENFERMEDADES****DIRECCIÓN DE VIGILANCIA EN
SALUD PÚBLICA**

"Decenio de la Igualdad de Oportunidades para Mujeres y Hombres"
"Año de la recuperación y consolidación de la economía peruana"

Según departamento de procedencia

Índice de Mortalidad Materna: Representa la cantidad de muertes maternas por cada 100 eventos de MME, los departamentos de San Martín (2,1), Apurímac (2,3) Lima (3,4) y Junín (4,3) presentaron índices de mortalidad materna menores comparados con otros departamentos y al promedio nacional (9), lo que indica que, la cantidad de mujeres con complicaciones obstétricas extremadamente graves y que mueren es menor. Para el caso de Moquegua, hasta la SE 44 del 2025, de los casos notificados de MME no se presentó ninguna MM (Tabla 4).

El departamento de Lima, presentó menor índice de mortalidad materna, a pesar de tener la mayor cantidad de casos de MME a nivel nacional.

Por otro lado, 12 departamentos presentan índices de Mortalidad Materna que superan el promedio nacional; entre ellos, Amazonas, Madre de Dios y Loreto, presentaron índices de mortalidad materna mayores a 40, es decir, en estos departamentos la cantidad de mujeres con complicaciones obstétricas extremadamente graves que mueren es mayor (Tabla 4).

Relación de MME/MM:

En Amazonas, Madre de Dios, Loreto y Lambayeque, la relación MME/MM (número de eventos de MME por cada MM), fue menor a 3, es decir, la cantidad de sobrevivientes a complicaciones obstétricas extremadamente graves es menor en estos departamentos (Tabla 4).

Tabla 4. Indicadores de MME según departamento de procedencia, Perú, 2025*

DEPARTAMENTO	MME	MM	Indicadores	
			Índice DE MM	Relación MME/MM
Amazonas	8	8	50.0	1.0
Ancash	64	4	5.9	16.0
Apurímac	42	1	2.3	42.0
Arequipa	58	5	7.9	11.6
Ayacucho	35	3	7.9	11.7
Cajamarca	81	11	12.0	7.4
Callao	29	3	9.4	9.7
Cusco	82	9	9.9	9.1
Huancavelica	16	4	20.0	4.0
Huanuco	63	5	7.4	12.6
Ica	23	5	17.9	4.6
Junín	176	8	4.3	22.0
La Libertad	126	7	5.3	18.0
Lambayeque	19	7	26.9	2.7
Lima	508	18	3.4	28.2
Loreto	38	30	44.1	1.3
Madre De Dios	3	3	50.0	1.0
Moquegua	11	0	0.0	–
Pasco	16	3	15.8	5.3
Piura	87	13	13.0	6.7
Puno	72	12	14.3	6.0
San Martín	142	3	2.1	47.3
Tacna	9	1	10.0	9.0
Tumbes	10	1	9.1	10.0
Ucayali	29	8	21.6	3.6
Total	1747	172	9.0	10.2

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

*2025: Hasta SE 44 (Actualizado al 01/11/2025). Información válida disponible.

MME: egresadas vivas de los EESS La información podría variar cuando se completan la investigación y registros de algunos departamentos.



PERÚ

Ministerio
de Salud

CENTRO NACIONAL DE
EPIDEMIOLOGIA PREVENCIÓN Y
CONTROL DE ENFERMEDADES

DIRECCIÓN DE VIGILANCIA EN
SALUD PÚBLICA



"Decenio de la Igualdad de Oportunidades para Mujeres y Hombres"
"Año de la recuperación y consolidación de la economía peruana"

III. Conclusiones

- Hasta la SE 44 - 2025, el índice de Mortalidad Materna disminuyó y la relación de MME/MM incrementó en comparación a lo presentado en el 2024, esto indica menor letalidad, y que una mayor cantidad de mujeres que presentaron complicaciones obstétricas extremadamente graves logran sobrevivir, lo que reflejaría la mejora en la calidad de la atención en los servicios de salud.
- A pesar de lo observado a nivel nacional, se presentan diferencias a nivel subnacional, en Amazonas, Madre de Dios y Loreto, en comparación con otros departamentos y con el nivel nacional, el índice de Mortalidad Materna es mayor y la relación de MME/MM es menor, es decir, se presenta mayor letalidad y menor cantidad de sobrevivientes a complicaciones obstétricas extremadamente graves.
- La afectación en la coagulación y/o hematológica fue el criterio de inclusión de MME más frecuente, así mismo, dentro de las complicaciones más frecuentes en mujeres con criterios de MME durante su gestación, parto y puerperio se presentaron las hemorragias obstétricas, en consecuencia, el requerimiento de sangre y hemoderivados tiene un rol importante en el control de estas complicaciones, que dependiendo de la capacidad resolutoria del EESS y el manejo clínico podrían ser complicaciones letales.

IV. Recomendaciones

La morbilidad y mortalidad materna es un problema de salud pública que se relaciona a una serie de determinantes y acciones de sistema de salud en todos los niveles en este contexto se deben fortalecer acciones en todos los niveles y con todos los actores:

- A la Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública (DGIESP), las DIRESA, GERESA y DIRIS a nivel nacional se recomienda, la formulación de políticas que incluyan una respuesta integral, con énfasis en los grupos poblacionales vulnerables, así como; en los departamentos con mayor índice de MM (Amazonas, Madre de Dios y Loreto):
 - Monitorizar la adecuada oferta y respuesta de servicios de salud a gestantes, puérperas y sus recién nacidos, con énfasis en la captación oportuna, atención prenatal de calidad y respuesta oportuna ante el surgimiento de complicaciones graves como las hemorragias y trastornos hipertensivos, presentadas en el embarazo, parto y puerperio.
 - Fortalecer la identificación oportuna del riesgo obstétrico durante la atención prenatal en gestantes y la respuesta frente a complicaciones, mediante la capacitación periódica de profesionales, equipamiento y la asignación de recursos e insumos en todos los niveles de atención.
 - Coordinar y monitorear los servicios de salud para garantizar atención y la referencia oportuna y a cargo de personal capacitado en todos los niveles de atención.
 - Priorizar el seguimiento y monitoreo oportuno de mujeres que presenten factores de riesgo obstétrico o que presentaron morbilidad materna extrema, para prevenir embarazos de riesgo y la mortalidad en este grupo.



PERÚ

Ministerio
de Salud

CENTRO NACIONAL DE
EPIDEMIOLOGÍA PREVENCIÓN Y
CONTROL DE ENFERMEDADES

DIRECCIÓN DE VIGILANCIA EN
SALUD PÚBLICA

"Decenio de la Igualdad de Oportunidades para Mujeres y Hombres"
"Año de la recuperación y consolidación de la economía peruana"

- A los Comités de Prevención de Mortalidad Materna, Fetal y Neonatal (CPMMFN) deben continuar sus actividades en cada nivel; asegurando:
 - El análisis, evaluación de demoras y principales complicaciones médicas de las mujeres que presentaron criterios de MME y que fallecieron, para identificar las causas y factores que contribuyeron a la muerte, a nivel institucional y regional.
 - La discusión y análisis de tendencias de casos de MME, para que, según lo identificado, se facilite el desarrollo e incorporación de estrategias que mejoren los estándares de calidad de la atención materna y neonatal, a nivel regional o nacional.
 - El monitoreo y seguimiento de los acuerdos, conclusiones y recomendaciones de las reuniones de los CPMMFN en todos los niveles, con el uso de sistemas de información modernos, que faciliten la toma de decisiones.
- A Direcciones u Oficinas de Epidemiología de DIRIS/DIRESA/GERESA
 - Las capacitaciones y visitas de asistencia técnica como parte del proceso de implementación de la vigilancia de MME deben asegurarse y mantenerse, por ello, la asignación de recursos humanos y financieros debe priorizarse a fin de dar cumplimiento a norma técnica y los objetivos institucionales.
 - Monitorizar y continuar con la implementación de la vigilancia de MME en los establecimientos de su jurisdicción, realizar el control de calidad de datos, supervisar la búsqueda activa de MME para corregir el subregistro e investigar cada caso en coordinación con la Direcciones de Salud Sexual y Reproductiva en cada región.

V. Bibliografía

1. Organización Panamericana de la salud. Cero Muertes Maternas. Evitar lo evitable [Internet]. [citado el 12 de noviembre de 2025]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/campanas/cero-muertes-maternas-evitar-lo-evitable>
2. Trends In maternal mortality 2000 to 2023. Estimates by WHO, UNICEF, UNFPA, World Bank Group and UNDESA/Population Division. [Internet]. 2025 [citado el 12 de noviembre de 2025]. Disponible en: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240108462>
3. Recomendaciones para establecer un sistema nacional de vigilancia de la morbilidad materna extremadamente grave en América Latina y el Caribe [Internet]. Pan American Health Organization; 2021 [citado el 12 de noviembre de 2025]. Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/54093>.
4. Evaluating the quality of care for severe pregnancy complications [Internet]. [citado 12 de noviembre de 2025]. Disponible en: <https://www.paho.org/pt/node/65006>
5. Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades. MINSA. NTS N° 174 – MINSA/2021/CDC; "Norma Técnica de Salud para



PERÚ

Ministerio
de Salud

CENTRO NACIONAL DE
EPIDEMIOLOGIA PREVENCIÓN Y
CONTROL DE ENFERMEDADES

DIRECCIÓN DE VIGILANCIA EN
SALUD PÚBLICA

MINISTERIO DE SALUD
UNIDAD TÉCNICA DE VIGILANCIA EN SALUD PÚBLICA
FOLIO 15

"Decenio de la Igualdad de Oportunidades para Mujeres y Hombres"
"Año de la recuperación y consolidación de la economía peruana"

vigilancia epidemiológica de la morbilidad materna extrema". Resolución Ministerial N.º 653-2021-MINSA [Internet]. [citado el 12 de noviembre de 2025]. Disponible en: <https://www.gob.pe/institucion/minsa/normas-legales/1934403-653-2021-minsa>.

6. Guía técnica para la auditoría de casos de morbilidad materna extrema y la elaboración de respuestas adecuadas para la reducción de la morbilidad materna extremadamente grave (near miss materno). Pan American Health Organization; 2024 [citado 12 de noviembre de 2025]. Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/62844>
7. Ministerio de Salud. NTS N.º 105-MINSA/DGSP-V.01; "Norma Técnica de Salud para la Atención Integral de Salud Materna". Resolución Ministerial N.º 827-2013/MINSA.

Elaborado por:

Unidad Técnica de Vigilancia de ITS, MMN, IAAS - Dirección de Vigilancia en Salud Pública, CDC.



Firmado digitalmente por GIL
CIPIRÁN Fabiola FAU 20131373237
hard
Motivo: Soy el autor del documento
Fecha: 20.11.2025 16:52:03 -05:00