

Análisis epidemiológico de la mortalidad materna en la región Ayacucho, 2017–2026*

SE. 28

1. Introducción

La muerte materna (MM) constituye uno de los principales indicadores del estado de salud de una población y del desempeño de los servicios de salud, al reflejar las condiciones de acceso, oportunidad y calidad de la atención durante el embarazo, parto y puerperio. La mayoría de estas muertes son prevenibles mediante intervenciones oportunas, atención obstétrica de calidad y el acceso efectivo a servicios resolutivos. En este contexto, la vigilancia epidemiológica desempeña un papel fundamental al permitir caracterizar las defunciones y analizar las circunstancias relacionadas con cada caso, así como generar evidencia para orientar acciones de prevención y mejorar la respuesta del sistema de salud (1,2).

La reducción de la mortalidad materna es una de las metas del Objetivo de Desarrollo Sostenible 3 (ODS 3), que plantea disminuir la razón mundial de mortalidad materna a menos de 70 muertes por 100 000 nacidos vivos para el año 2030. En este contexto, la vigilancia epidemiológica proporciona información para monitorear el progreso hacia esta meta y apoyar la toma de decisiones basada en evidencia (3).

En el Perú, la mortalidad materna continúa siendo un problema de salud pública. Aunque se ha registrado una reducción de la razón de mortalidad materna en las últimas décadas, persisten desigualdades entre regiones y grupos poblacionales, especialmente en áreas rurales y de difícil acceso geográfico (4).

La vigilancia epidemiológica de la muerte materna forma parte del Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Pública y es conducida por el Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades (CDC) del Ministerio de Salud. Comprende la notificación, investigación y análisis de cada caso para contribuir a la prevención de nuevas muertes maternas y fortalecer las intervenciones en salud (5).

En la región Ayacucho, la vigilancia epidemiológica de la muerte materna permite el seguimiento del comportamiento del evento mediante el análisis de su distribución en el tiempo, lugar y persona, así como de sus características obstétricas, causas de muerte y distribución geográfica.

2. Objetivo

Objetivo general

Analizar el comportamiento epidemiológico de la mortalidad materna en la región Ayacucho mediante el análisis temporal, espacial y de las características de los casos, con el fin de generar evidencia que contribuya al fortalecimiento de la vigilancia epidemiológica y a la toma de decisiones en salud pública.

3. Metodología

Se realizó un análisis epidemiológico descriptivo de las MM en la región de Ayacucho. El análisis temporal comprendió el período 2017–2026* para evaluar la evolución del evento. La distribución espacial se analizó mediante mapas coropléticos y mapa de calor (heatmap), considerando el período 2020–2026*, con el fin de identificar la distribución geográfica y la concentración territorial de los casos. Las características epidemiológicas y las causas de muerte se describieron para el período 2023–2026*, considerando la información más reciente y con mayor completitud de las investigaciones epidemiológicas.

El procesamiento y análisis de la información se realizaron mediante el software R. Para el análisis geoespacial se integró la base de datos de vigilancia epidemiológica con la cartografía digital en formato GPKG y los códigos de ubigeo, permitiendo la elaboración de mapas coropléticos y mapa de calor (heatmap).

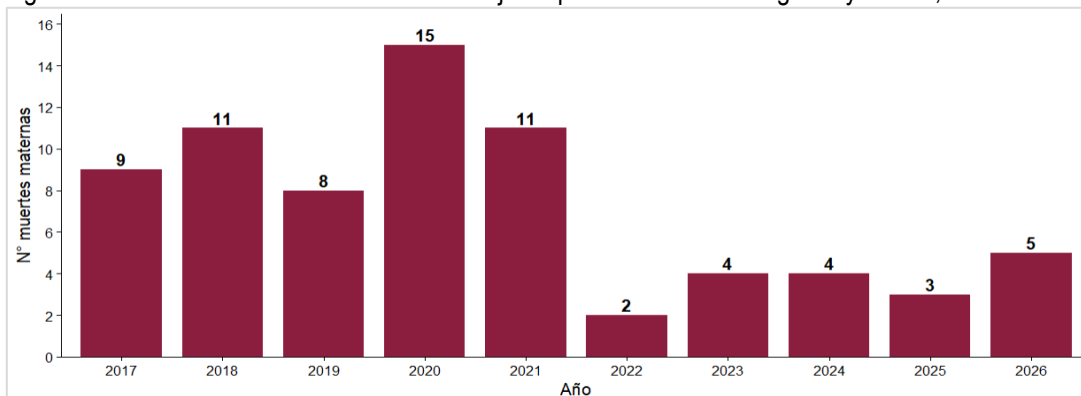
La Razón de Mortalidad Materna se calculó como el número de MM directas e indirectas por cada 100 000 nacidos vivos registrados en el mismo período y ámbito geográfico. Los nacidos vivos se obtuvieron de la base de datos del Certificado de Nacido Vivo (CNV), considerando el mismo período y ámbito geográfico de las defunciones maternas. Por ello, los resultados pueden diferir de los indicadores oficiales del CDC, cuyos cálculos utilizan estimaciones de nacidos vivos.

4. Resultados

Distribución de MM procedentes de la región Ayacucho según registro nacional

La Figura 1 muestra la distribución anual de las muertes maternas de mujeres procedentes de la región Ayacucho durante 2017–2026*. Hasta la SE 28 de 2026*, se identificaron 5 muertes maternas, frente a 3 registradas durante 2025.

Figura 1. Número de muertes maternas de mujeres procedentes de la región Ayacucho, 2017–2026*.



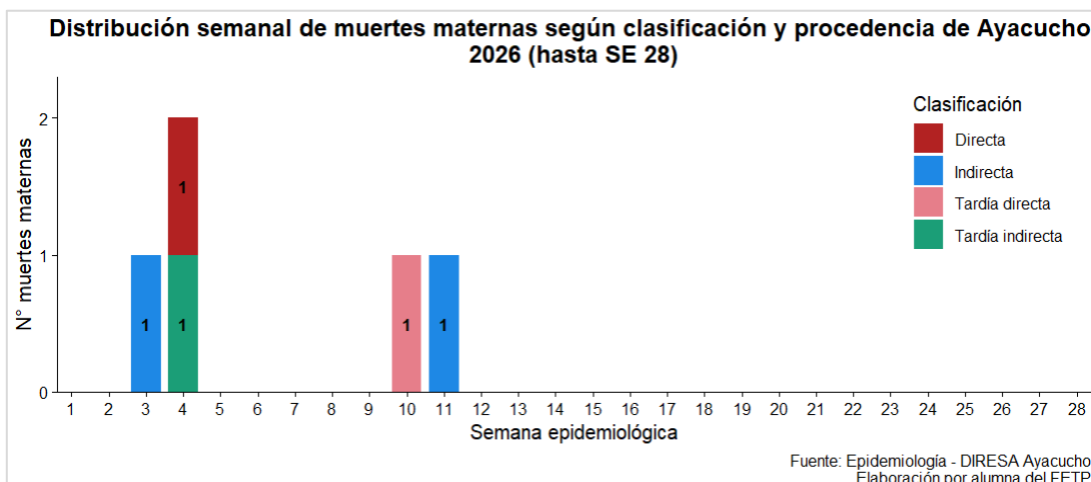
Fuente: Epidemiología – DIRESA Ayacucho.

2026*: Hasta semana epidemiológica 28 (corte: 18/07/2026).

Distribución semanal de MM

En 2026 (hasta la SE 28) se registraron 5 MM de procedencia Ayacucho, correspondientes a las SE 3, 4, 10 y 11; una de ellas fue notificada por la región Junín. Según la clasificación de la defunción, 3 correspondieron a muertes maternas directas o indirectas y 2 a muertes maternas tardías, una directa y una indirecta (Figura 2).

Figura 2. Distribución semanal de las muertes maternas según clasificación y procedencia. Ayacucho, 2026* (hasta la SE 28).



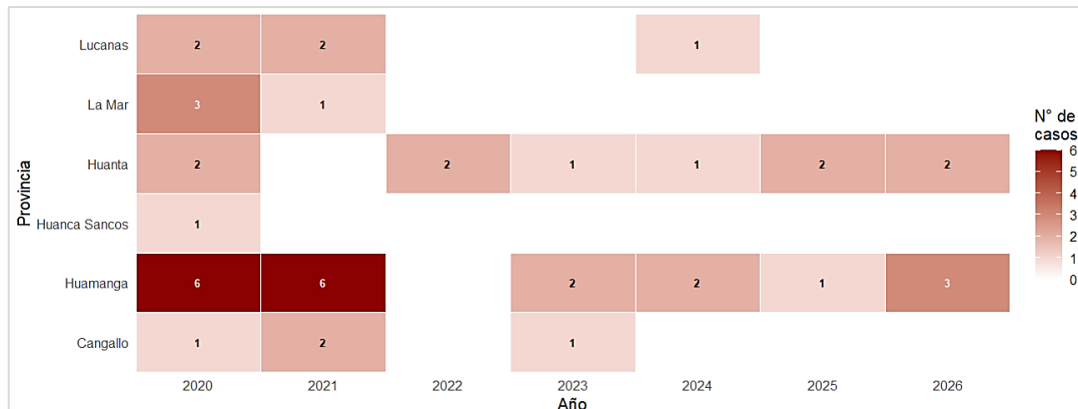
Fuente: Epidemiología – DIRESA Ayacucho.

2026*: Hasta semana epidemiológica 28 (corte: 18/07/2026).

Distribución temporal y geográfica de las MM

En la Figura 3 se observa que, durante el período 2020–2026*, las MM procedentes de la región Ayacucho se concentraron principalmente en las provincias de Huamanga y Huanta. Además, en 2023 y 2024 nuevamente se registraron casos procedentes de las provincias de Cangallo y Lucanas.

Figura 3. Distribución temporal de las muertes maternas según provincia de procedencia. Ayacucho, 2020–2026*

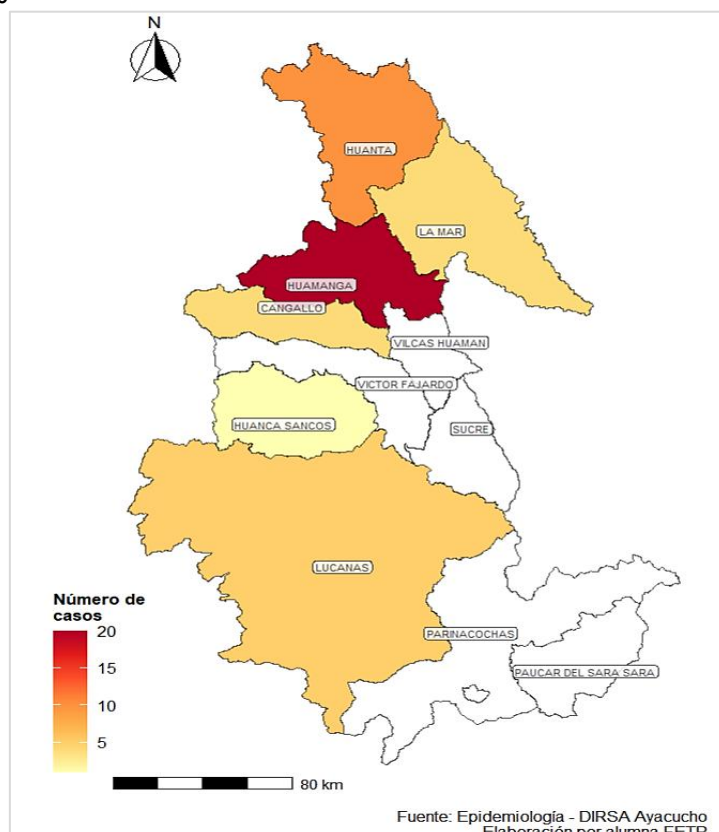


Fuente: Epidemiología – DIRESA Ayacucho.

2026*: Hasta semana epidemiológica 28 (corte: 18/07/2026).

El mapa muestra la distribución geográfica acumulada de las MM según provincia de procedencia durante 2020–2026*. El mayor número de defunciones se registró en Huamanga y Huanta, seguidas de La Mar, Cangallo, Lucanas y Huanca Sancos (Figura 4).

Figura 4. Distribución geográfica acumulada de MM según provincia de procedencia. Ayacucho, 2020–2026*



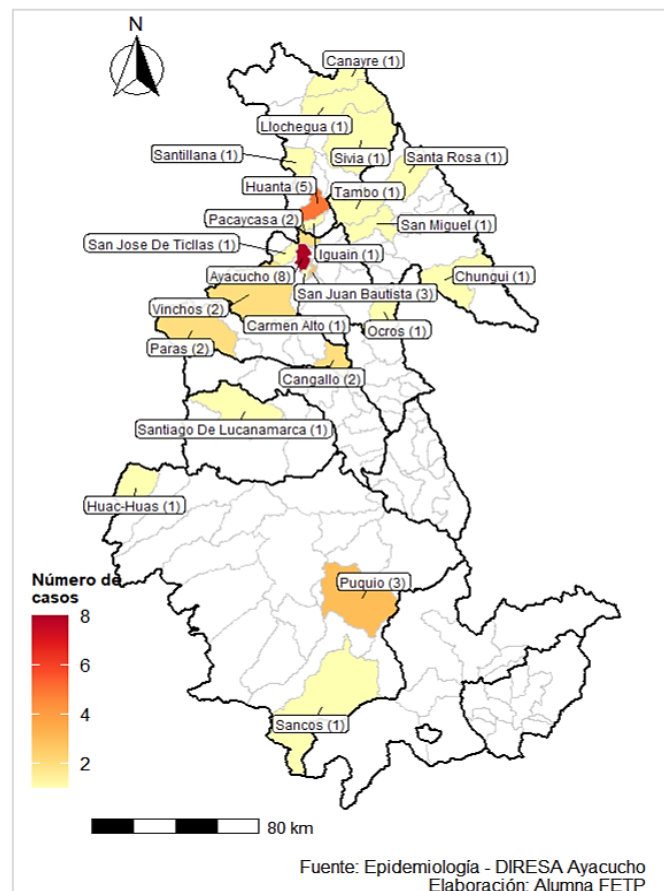
Fuente: Epidemiología – DIRESA Ayacucho.

2026*: Hasta semana epidemiológica 28 (corte: 18/07/2026).

Durante 2020–2026*, las muertes maternas se distribuyeron en 24 distritos de la región. Los mayores números de defunciones correspondieron a Ayacucho (8) y Huanta (5), seguidos de San Juan Bautista y Puquio (3 cada uno). Vinchos, Paras, Pacaycasa, Cangallo y Andrés Avelino Cáceres Dorregaray

registraron 2 defunciones cada uno. Los 15 distritos restantes registraron una defunción cada uno (Figura 5).

Figura 5. Distribución geográfica acumulada de MM según distrito de procedencia, región Ayacucho, 2020–2026*



Fuente: Epidemiología – DIRESA Ayacucho.

2026*: Hasta semana epidemiológica 28 (corte: 18/07/2026).

Características sociodemográficas según procedencia, región Ayacucho

Durante 2023–2026*, las muertes maternas se registraron principalmente en mujeres adultas y jóvenes. En 2025 y 2026* se registraron además muertes maternas en adolescentes. Respecto al nivel educativo, todas las fallecidas registraron algún nivel de instrucción; en 2024 y 2025 se registraron mujeres con educación superior (75% y 33%, respectivamente), mientras que en 2026* predominó el nivel secundario (80%), seguido del primario (20%). En relación con el estado civil, 12 de las 16 fallecidas (75%) tenían pareja, ya sea casadas o convivientes; en 2024 y 2025, las mujeres solteras representaron el 50% y 67% de las defunciones, respectivamente. En cuanto a la ocupación, el 94% de las fallecidas se dedicaba a labores del hogar; en 2025, una fallecida era estudiante. (Tabla 1).

Tabla 1. Características sociodemográficas de las muertes maternas, procedencia Ayacucho, 2023–2026*

Características sociodemográficas	2023		2024		2025		2026*	
	N = 4	%	N = 4	%	N = 3	%	N = 5	%
Curso de vida								
Adolescente	0	0	0	0	1	33	1	20
Joven	1	25	3	75	1	33	1	20
Adulta	3	75	1	25	1	33	3	60
Nivel educativo								
Primaria	2	50	1	25	0	0	1	20
Secundaria	2	50	0	0	2	67	4	80
Superior Univ./técnica	0	0	3	75	1	33	0	0
Estado civil								

Casada	3	75	0	0	1	33	0	0
Conviviente	1	25	2	50	0	0	5	100
Soltera	0	0	2	50	2	67	0	0
Ocupación								
Ama de casa	4	100	4	100	2	67	5	100
Estudiante	0	0	0	0	1	33	0	0

Fuente: Epidemiología – DIRESA Ayacucho.

2026*: Hasta semana epidemiológica 28 (corte: 18/07/2026).

Características obstétricas según procedencia, región Ayacucho

El momento del fallecimiento mostró variación durante el período analizado. En 2023, todas las muertes maternas ocurrieron durante el puerperio, mientras que en 2024 y 2025 predominaron las ocurridas durante el embarazo (75% y 67%, respectivamente). En 2026*, se registraron además dos muertes maternas tardías, que representaron el 40% de las defunciones del año.

El lugar de fallecimiento también presentó diferencias entre los años analizados: en 2023 todas las defunciones fueron institucionales, mientras que a partir de 2024 se registraron también defunciones extrainstitucionales, presentes hasta 2026*. En 2026*, las defunciones institucionales ocurrieron en establecimientos de I, II y III nivel de atención.

La proporción de mujeres fallecidas sin registro de APN fue mayor a partir de 2024. En relación con el trimestre de inicio de la APN, a partir de 2025 todas las mujeres que accedieron a este servicio iniciaron sus controles durante el primer trimestre de gestación.

En 2023, todas las mujeres con registro de APN presentaron seis o más atenciones. En 2024 y 2025, todas registraron menos de seis APN. En 2026*, la distribución fue equilibrada entre quienes registraron menos de seis y seis o más APN (Tabla 2).

Tabla 2. Características obstétricas de las MM, procedencia Ayacucho, 2023–2026*

Características	2023		2024		2025		2026*	
	N = 4	%	N = 4	%	N = 3	%	N = 5	%
Momento del fallecimiento								
Embarazo	0	0	3	75	2	67	2	40
Puerperio	4	100	1	25	1	33	1	20
Tardía (≥ 43 días - < 1 año)	0	0	0	0	0	0	2	40
Lugar de fallecimiento								
Institucional	4	100	2	50	1	33	3	60
Extra institucional	0	0	2	50	2	67	2	40
Nivel - categoría del EESS de fallecimiento (solo MM institucionales)								
I Nivel	0	0	0	0	0	0	1	33
II Nivel	4	100	2	100	1	100	1	33
III Nivel	0	0	0	0	0	0	1	33
Atenciones prenatales (APN)								
No	0	0	2	50	2	67	3	60
Si	4	100	2	50	1	33	2	40
Trimestre de inicio APN (solo las que tuvieron APN)								
I trimestre	3	75	1	50	1	100	2	100
II trimestre	0	0	1	50	0	0	0	0
III trimestre	1	25	0	0	0	0	0	0
Nº de APN (solo las que tuvieron APN)								
≤ 5 APN	0	0	2	100	1	100	1	50
≥ 6 APN	4	100	0	0	0	0	1	50

Fuente: Epidemiología – DIRESA Ayacucho.

2026*: Hasta semana epidemiológica 28 (corte: 18/07/2026).

Clasificación y causas de muerte materna, según procedencia región Ayacucho

En 2023, las muertes maternas directas correspondieron a trastornos hipertensivos, mientras que en 2024 y 2026* se registró una muerte directa por hemorragia asociada a embarazo ectópico en cada año. Entre las causas indirectas, se registraron muertes por lesión autoinfligida en 2024 (25%) y 2025 (67%). En

2026*, se registraron por primera vez en el período analizado una muerte materna tardía directa y una tardía indirecta (Tabla 3).

Tabla 3. MM según causas de defunción, procedencia Ayacucho, 2023–2026*

CLASIFICACION / CAUSAS DE MUERTE	2023		2024		2025		2026*	
	N = 4	%	N = 4	%	N = 3	%	N = 5	%
DIRECTA:								
Hemorragia:								
. Embarazo ectópico, no especificado	0	0	1	25	0	0	1	20
Trastorno hipertensivo:								
. Preeclampsia severa	1	25	0	0	0	0	0	0
. Síndrome HELLP	1	25	0	0	0	0	0	0
INDIRECTA:								
. Absceso y granuloma intracraneal	0	0	1	25	0	0	0	0
. Bronconeumonía, no especificada	1	25	0	0	0	0	0	0
. Edema pulmonar	0	0	0	0	0	0	1	20
. Enfermedades del sistema circulatorio que complican el embarazo, el parto y el puerperio.	0	0	0	0	1	33	0	0
. Infección de vías urinarias, sitio no especificado.	0	0	1	25	0	0	0	0
. Infección del riñón en el embarazo	1	25	0	0	0	0	0	0
. Lesión autoinfligida intencionalmente por ahorcamiento, estrangulamiento o sofocación vivienda.	0	0	1	25	2	67	0	0
. Tirotoxicosis, no especificada	0	0	0	0	0	0	1	20
TARDÍA DIRECTA:								
. Eclampsia durante el trabajo de parto	0	0	0	0	0	0	1	20
TARDÍA INDIRECTA:								
. Perforación del intestino (no traumática)	0	0	0	0	0	0	1	20

Fuente: Epidemiología – DIRESA Ayacucho.

2026*: Hasta semana epidemiológica 28 (corte: 18/07/2026).

Antecedente de uso de métodos anticonceptivos

Del total de 16 mujeres que fallecieron durante el período 2023–2026*, 8 (50,0%) registraron antecedente de uso de algún método anticonceptivo antes del embarazo que culminó en la defunción; de ellas, 7 (43,8% del total) utilizaron métodos hormonales y 1 (6,3%) otro método. En 6 mujeres (37,5%) no se registró uso de métodos anticonceptivos y en 2 (12,5%) no se dispuso de información sobre este antecedente (Tabla 4).

Tabla 4. Antecedente de uso de métodos anticonceptivos según número de embarazos previos, en mujeres fallecidas por MM, procedencia Ayacucho, 2023–2026*

Embarazos previos	Hormonal		Desconocido		No usó		Otro	
	n	%	n	%	n	%	n	%
0	0	0.0	1	6.3	3	18.8	0	0.0
1-2	5	31.3	1	6.3	3	18.8	1	6.3
>= 3	2	12.5	0	0.0	0	0.0	0	0.0

Fuente: Epidemiología – DIRESA Ayacucho.

2026*: Hasta semana epidemiológica 28 (corte: 18/07/2026).

Indicador

Razón de Mortalidad Materna (RMM)

La RMM presentó variaciones durante 2017–2025, con el valor más elevado en 2020 (109,9 por 100 000 NV), seguido de una disminución hasta 18,0 por 100 000 NV en 2022. Posteriormente, se observaron fluctuaciones, alcanzando 68,0 por 100 000 NV en 2026*, correspondiente al período acumulado hasta la SE 28 (Tabla 5).

Tabla 5. Razón de Mortalidad materna en la región Ayacucho, 2017-2026*

Año	Muertes maternas directas e indirectas)	Nacidos vivos	RMM (por 100 000 NV)
2017	8	12376	64,6
2018	11	11855	92,8

2019	7	11583	60,4
2020	13	11831	109,9
2021	10	11931	83,8
2022	2	11115	18,0
2023	4	9379	42,6
2024	4	8412	47,6
2025	3	7872	38,1
2026*	3	4409	68,0

Nota: Para el cálculo de la RMM se consideraron las muertes maternas directas e indirectas ocurridas durante el período correspondiente. Las muertes maternas tardías no se incluyeron en el numerador.

Fuente: Epidemiología – DIRESA Ayacucho y CNV - OGTI.

2026*: Hasta semana epidemiológica 28 (corte: 18/07/2026).

La RMM acumulada 2020–2025 mostró variación entre provincias. Huanca Sancos (306,7 por 100 000 NV), Lucanas (196,7), Cangallo (171,4) y Huanta (98, 0) presentaron los valores más elevados. En términos absolutos, Huamanga, Huanta y La Mar concentraron el mayor número de defunciones (Tabla 6 y Figura 6).

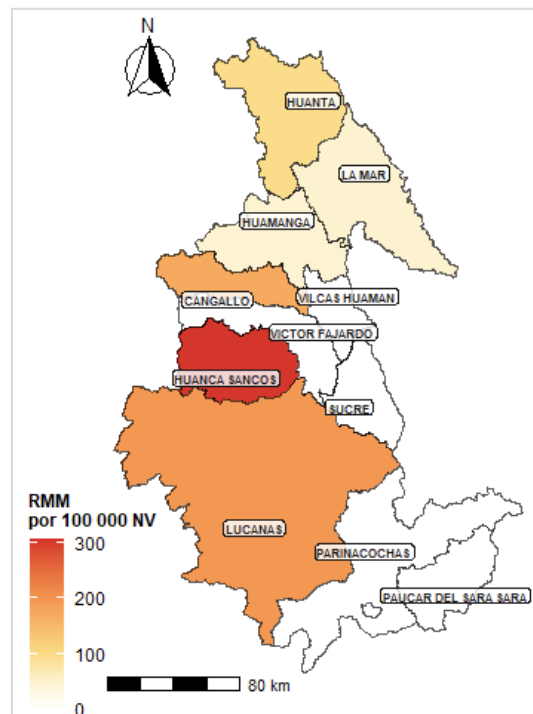
Tabla 6. Razón de Mortalidad Materna acumulada, según provincia de procedencia, región Ayacucho, 2020–2025

Provincia	MM 2020-2025	NV 2020-2025	RMM x 100 000NV
Huancas Sancos	1	326	306,7
Lucanas	5	2542	196,7
Cangallo	4	2334	171,4
Huanta	8	8165	98,0
La Mar	4	7899	50,6
Huamanga	17	35352	48,1

Nota: Se presentan las provincias con al menos una muerte materna registrada durante el período 2020–2025.

Fuente: Epidemiología – DIRESA Ayacucho y CNV - OGTI.

Figura 6. Razón de Mortalidad Materna acumulada, según provincia de procedencia, región Ayacucho, 2020–2025



Fuente: Epidemiología – DIRESA Ayacucho y CNV - OGTI.

3. Discusión

Durante 2017–2026* se observó una disminución de las muertes maternas de mujeres procedentes de la región Ayacucho respecto a los primeros años del período; sin embargo, hasta la SE 28 de 2026* se registraron 5 defunciones, frente a 3 en 2025. Este comportamiento se enmarca en la reducción de la mortalidad materna descrita a nivel mundial (6). La OMS señala que la mayoría de las muertes maternas son prevenibles mediante atención de calidad y acceso oportuno a los servicios de salud (1). En este contexto, los resultados sustentan mantener la vigilancia epidemiológica, la investigación oportuna de cada defunción y el seguimiento de las recomendaciones derivadas de estas investigaciones.

El análisis geoespacial evidenció una distribución heterogénea de la mortalidad materna. La RMM acumulada 2020–2025 fue mayor en Huanca Sancos (307 por 100 000 NV), Lucanas (197), Cangallo (171) y Huanta (98). Estos valores deben interpretarse considerando el bajo número de defunciones y nacidos vivos en algunas provincias. En términos absolutos, Huamanga presentó el mayor número de muertes maternas, seguida de Huanta y La Mar. Estos resultados son concordantes con evidencia nacional que ha descrito diferencias territoriales en la mortalidad materna en el Perú (4). La identificación de estos territorios contribuye a orientar la vigilancia epidemiológica y el análisis de los casos, considerando tanto la magnitud absoluta de las defunciones como la RMM.

Durante 2023–2026*, las muertes maternas registradas en Ayacucho incluyeron causas obstétricas directas e indirectas; entre las directas se identificaron trastornos hipertensivos y hemorragias. Este hallazgo es consistente con la evidencia internacional, que reconoce a la hemorragia y los trastornos hipertensivos entre las principales causas de muerte materna. En el análisis mundial de la OMS, estas causas representaron aproximadamente el 27 % y 16 %, respectivamente (7). La presencia de estas causas en la región sustenta mantener la vigilancia epidemiológica de estos eventos y la revisión de las oportunidades de mejora identificadas en las investigaciones de muerte materna.

En relación con la atención prenatal, desde 2024 se observó una mayor proporción de mujeres fallecidas sin registro de APN; en 2026*, 3 de las 5 fallecidas no registraban atención prenatal. Entre quienes sí accedieron a APN, desde 2025 se observó el inicio del control durante el primer trimestre, aunque persistieron diferencias en el número de atenciones. La OMS señala que una atención prenatal de calidad permite identificar tempranamente riesgos y complicaciones (2). En este contexto, los hallazgos sustentan fortalecer la captación temprana, el seguimiento y la continuidad de la atención, sin establecer una relación causal entre la ausencia de APN y las defunciones observadas. Estos hallazgos permiten identificar condiciones que requieren seguimiento en la investigación individual de las defunciones, pero no permiten estimar asociaciones ni establecer factores de riesgo debido al carácter descriptivo del análisis.

La identificación de dos muertes maternas tardías durante 2026* resalta la importancia de mantener la vigilancia de las defunciones maternas tardías y de fortalecer la articulación entre los establecimientos involucrados en la atención (5). En conjunto, los hallazgos temporales, territoriales y epidemiológicos sustentan el uso integrado de la vigilancia para identificar territorios prioritarios, oportunidades de prevención y aspectos de la respuesta sanitaria que requieren seguimiento.

4. Conclusiones

- Entre 2020 y 2025, las mayores RMM se observaron en Huanca Sancos (306,7 por 100 000 NV), Lucanas (196,7 por 100 000 NV) y Cangallo (171,4 por 100 000 NV). Estos valores deben interpretarse considerando el reducido número de defunciones y nacidos vivos en algunas provincias. En términos absolutos, Huamanga (17), Huanta (8) y La Mar (4) concentraron el mayor número de muertes maternas, lo que resalta la importancia de considerar conjuntamente la RMM y la magnitud absoluta de las defunciones para la priorización territorial.
- Hasta la SE 28 de 2026*, se registraron 5 muertes maternas de procedencia Ayacucho, frente a 3 en 2025. Asimismo, se identificaron 2 muertes maternas tardías, una directa y una indirecta. Entre las causas directas de muerte materna destacaron los trastornos hipertensivos y las hemorragias.
- Los hallazgos relacionados con la atención prenatal, las causas de muerte y la distribución territorial permiten identificar condiciones y territorios que requieren seguimiento. Debido al carácter descriptivo del análisis, no es posible establecer asociaciones ni factores de riesgo; por ello, se requiere

complementar la vigilancia con la investigación individual de cada defunción y el seguimiento de las intervenciones recomendadas.

5. Recomendaciones

- Considerar cada muerte materna como un evento prioritario y potencialmente prevenible, independientemente de la RMM del territorio, y socializar los resultados de su investigación con la Estrategia de Salud Sexual y Reproductiva y las Redes de Salud, a fin de orientar la identificación de brechas, el ajuste de las intervenciones y el seguimiento de las medidas correctivas, con el propósito de avanzar hacia cero muertes maternas prevenibles.
- Coordinar con la Estrategia de Salud Sexual y Reproductiva y las Redes de Salud la revisión de las gestantes sin APN o con controles insuficientes, priorizando su captación y seguimiento oportuno, considerando que en 2026* se identificaron 3 de las 5 fallecidas sin registro de APN.
- Socializar con la Estrategia de Salud Sexual y Reproductiva los hallazgos relacionados con las principales causas de muerte materna, particularmente los trastornos hipertensivos y las hemorragias, para orientar la revisión y focalización de las intervenciones de prevención, detección oportuna y atención de estas complicaciones, de acuerdo con las brechas identificadas en las investigaciones de caso.
- Realizar el seguimiento epidemiológico de las recomendaciones derivadas de las investigaciones de muerte materna y socializar periódicamente su avance con la Estrategia de Salud Sexual y Reproductiva, las Redes de Salud y los Comités de Prevención de Mortalidad Materna, Fetal y Neonatal, a fin de identificar medidas pendientes, brechas persistentes y necesidades de ajuste de las intervenciones.

6. Referencias bibliográficas

1. Organización Mundial de la Salud. Maternal mortality [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2025 [citado 26 jul 2026].
2. World Health Organization. WHO recommendations on maternal health: guidelines approved by the WHO Guidelines Review Committee. 2nd ed. Geneva: World Health Organization; 2025.
3. Naciones Unidas. Transformar nuestro mundo: la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible. Nueva York: Organización de las Naciones Unidas; 2015.
4. Román-Lazarte VE, Fernández-Fernández MF, Huanco-Apaza D. Tendencia y distribución regional de la mortalidad materna en el Perú: 2015-2019. Ginecol Obstet Mex. 2022;90(10):833-843. doi:10.24245/gom.v90i10.8037.
5. Ministerio de Salud. Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades. Norma Técnica de Salud N.º 227-MINSA/CDC-2025, Norma Técnica de Salud para la Vigilancia Epidemiológica de la Muerte Materna en el Perú. Lima: Ministerio de Salud; 2025. Disponible en: Ministerio de Salud – RM N.º 272-2025-MINSA.
6. Organización Mundial de la Salud. Trends in maternal mortality 2000 to 2023: estimates by WHO, UNICEF, UNFPA, World Bank Group and UNDESA/Population Division. Geneva: World Health Organization; 2025.
7. Cresswell JA, Alexander M, Chong MYC, Link HM, Pejchinovska M, Gazeley U, et al. Global and regional causes of maternal deaths 2009-20: a WHO systematic analysis. Lancet Glob Health. 2025;13(4):e626-e634. doi:10.1016/S2214-109X(24)00560-6.