



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

**CORRELACIÓN ENTRE LOS INDICADORES DEL PROGRAMA PRESUPUESTAL
SALUD MATERNO NEONATAL Y LA CAPACIDAD RESOLUTIVA DE LOS
ESTABLECIMIENTOS DE SALUD CON FUNCIONES OBSTÉTRICAS
NEONATALES, A NIVEL NACIONAL. ESTUDIO DE BASE ENDES Y ENESA.**

2015

TESIS

PARA OPTAR EL TÍTULO DE
MÉDICO CIRUJANO

PRESENTADO POR

MORELIA PIERINA JUÁREZ MUÑOZ

ASESOR

MG. CRISTIAN DÍAZ VÉLEZ

CHICLAYO, PERÚ

2021



**Reconocimiento - Compartir igual
CC BY-SA**

El autor permite a otros re-mezclar, modificar y desarrollar sobre esta obra incluso para propósitos comerciales, siempre que se reconozca la autoría y licencien las nuevas obras bajo idénticos términos.

<http://creativecommons.org/licenses/by-sa/4.0/>





FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

**CORRELACIÓN ENTRE LOS INDICADORES DEL PROGRAMA
PRESUPUESTAL SALUD MATERNO NEONATAL Y LA CAPACIDAD
RESOLUTIVA DE LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD CON FUNCIONES
OBSTÉTRICAS NEONATALES, A NIVEL NACIONAL. ESTUDIO DE BASE
ENDES Y ENESA. 2015**

TESIS

**PARA OPTAR EL TÍTULO DE
MÉDICO CIRUJANO**

PRESENTADO POR

MORELIA PIERINA JUÁREZ MUÑOZ

ASESOR

MG. CRISTIAN DÍAZ VÉLEZ

CHICLAYO, PERÚ

2021

DEDICATORIA

A mis padres por su apoyo incondicional, por estar siempre presente en aquellos momentos de quiebre, por sus consejos y sacrificio en hacer de mí una persona profesional e íntegra. Todos mis logros los debo a ustedes, entre los que se incluye este trabajo.

AGRADECIMIENTO

A Dios, Jesús y la Virgen María

A ustedes principalmente, por darme una vida junto a una familia unida, tolerante y alegre, por siempre sentir su compañía y perdonarme en aquellos momentos de flaqueza y duda.

A mis padres

Gracias por sus consejos, por saber entenderme aún más durante mis años de carrera universitaria y durante la realización de este proyecto.

A mis hermanas y sobrinos

Por su cariño y su compañía constante, por hacerme olvidar de las preocupaciones con su divertida y acogedora presencia.

A mi asesor

Por el tiempo, orientación y paciencia en la elaboración de este documento.

ÍNDICE

	Págs.
Portada	i
Dedicatoria	II
Agradecimiento	III
Índice	IV
Resumen	V
Abstract	VI
I. INTRODUCCIÓN	1
II. MATERIAL Y MÉTODOS	2
III. RESULTADOS	4
IV. DISCUSIÓN	10
V. CONCLUSIONES	14
VI. RECOMENDACIONES	15
VII. FUENTES DE INFORMACIÓN	16

RESUMEN

Objetivo: El presente estudio, pretende identificar la correlación entre los indicadores del programa presupuestal de salud materno neonatal y la capacidad resolutive de los establecimientos de salud con funciones obstétricas neonatales a nivel nacional. **Material y métodos:** Esta investigación es de tipo cuantitativa con diseño analítico, transversal y estudio de base secundaria ENDES y ENESA. Se tomó como sujetos de investigación, a la población diana establecida por la ENESA 2015, los 801 establecimientos de salud: 619 con funciones obstétricas y neonatales básicas, 136 con funciones esenciales I, 45 con funciones esenciales II y 1 con funciones intensivas. Se presenta la correlación a través del coeficiente de correlación de Pearson y Spearman según la normalidad de las variables de estudio. **Resultados:** Se encontró una relación lineal estadísticamente significativa, moderada y directamente proporcional, entre la capacidad resolutive de los establecimientos de salud con el “número de muertes materna” y “neonatal”, al igual que la “proporción de parto institucional de gestantes procedentes del área rural del último nacimiento”. Caso contrario sucede con los indicadores “proporción de gestantes que recibieron 6 o más controles prenatales”, “proporción de gestantes que recibió su primer control prenatal en el primer trimestre de gestación” y “proporción de demanda insatisfecha respecto a la atención de planificación familiar”. **Conclusiones:** Se evidencia que a mayor capacidad resolutive mayor son los indicadores de mortalidad; siendo más notorio a nivel de los establecimientos de salud con FONE-I, los cuales brindan atención a una población y territorio asignado, pero también son establecimientos de referencia de las microrredes de salud.

Palabras clave: Instituciones de Salud (1), Mortalidad Materna (1), Mortalidad Infantil (1), Indicadores de Gestión (1)

ABSTRACT

Objective: The present study aims to identify the correlation between the indicators of the maternal and neonatal health budget program and the resolution capacity of health establishments with neonatal obstetric functions at the national level. **Material and methods:** This research is quantitative with an analytical, cross-sectional design and a secondary study by ENDES and ENESA. The target population established by ENESA 2015 was taken as research subjects, the 801 health establishments: 619 with basic obstetric and neonatal functions, 136 with essential functions I, 45 with essential functions II and 1 with intensive functions. The correlation is presented through the Pearson and Spearman correlation coefficient according to the normality of the study variables. **Results:** A statistically significant, moderate and directly proportional linear relationship was found between the resolution capacity of health facilities with the "number of maternal and" neonatal deaths ", as well as the" proportion of institutional delivery of pregnant women comes from rural area of the last birth. "The opposite is the case with the indicators" proportion of pregnant women who received 6 or more prenatal check-ups ", " proportion of pregnant women who received their first prenatal check-up in the first trimester of pregnancy "and" proportion of unsatisfied demand with respect to family planning care. "**Conclusions:** It is evident that a greater resolution capacity is the mortality indicators, being more noticeable at the level of health facilities with FONE-I, which provide care to a population and assigned territory, but they are also reference establishments for health micro-networks. Therefore, it is justifiable that they present have a greater demand for care and consequently their maternal and neonatal mortality indicators increase, due to the greater number of deliveries attended and caesarean sections performed for the care of dystocic or complicated delivery and of the newborn with complications.

Keywords: Health Institutions, Maternal Mortality, Infant Mortality, Management Indicators

I. INTRODUCCIÓN

Hasta la actualidad, la salud materna e infantil, forman parte de los objetivos sanitarios mundiales establecidos por la Organización de las Naciones Unidas (ONU). Y en países como el nuestro, el riesgo de morir por ser madre es aun elevada (2); incluso a nivel internacional, la primera causa de muerte y de discapacidad entre las mujeres en edad reproductiva son las complicaciones relacionadas con el embarazo (3).

La mortalidad materna y neonatal se ve influenciada por múltiples factores, por lo tanto es difícil de afrontar, sobre todo en el Perú, el cual cuenta con altos índices de pobreza, analfabetismo, bajo status de la mujer, malnutrición, costumbres inadecuadas, vías de comunicación en mal estado, inaccesibilidad geográfica, insuficientes programas de promoción y prevención, y junto a esto un escaso involucramiento de la familia y la comunidad en el cuidado de la gestante y el recién nacido. Pero frente a esta problemática mundial, se observa que hay una clara diferencia entre los países desarrollados y los que están en vías de desarrollo, porque el 99 % de las muertes maternas corresponden a esos últimos (4), y se sabe que las hemorragias, infecciones e hipertensión inducida por el embarazo, son causas que provocan mortalidad materna en todas las naciones; la diferencia radica que en países desarrollados los establecimientos de salud (EE.SS.) están preparados para dar respuesta oportuna y adecuada a estas emergencias (3).

Es por lo mencionado anteriormente, que el presente estudio tiene como objetivo principal evaluar la correlación que existe entre la capacidad resolutive de los establecimientos de salud con los indicadores de resultados del programa presupuestal salud materno neonatal. La capacidad resolutive, consiste en la capacidad que tienen los establecimientos de salud de producir el tipo de servicios necesarios de acuerdo a su nivel de suficiencia, para responder y/o solucionar las diversas necesidades de salud de la mujer y del recién nacido en forma oportuna e integral; para la evaluación de dicha variable se realiza en relación a los recursos

que son indispensables para cumplir con las actividades de las funciones obstétricas neonatales, el umbral requerido para que el establecimiento cumpla con estas funciones será del 90%. Y respecto a los indicadores de desempeño del programa presupuestal salud materno neonatal, son instrumentos que proporcionan información cuantitativa sobre el desenvolvimiento de los establecimientos de salud con funciones obstétricas neonatales a nivel departamental.

II. MATERIAL Y MÉTODOS

Diseño

Estudio transversal, análisis secundario de la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) y la Encuesta a Establecimientos de Salud con Funciones Obstétricas y Neonatales (ENESA).

Población de estudio

Al ser un estudio de base secundaria, se tomó la población de estudio de la Encuesta a Establecimientos de Salud con Funciones Obstétricas y Neonatales, la cual se llevó a cabo en 801 establecimientos de salud (EE.SS) a nivel nacional durante el año 2015: 619 con funciones obstétricas y neonatales básicas (FONB), que son EE.SS I-4 que realizan actividades en el área materna y perinatal; 136 con funciones esenciales I (FONE I), que incluyen a los EE.SS II-1 y II-E; 45 con funciones esenciales II (FONE II), que son los EE.SS II-2, III-1 y III-E; y 1 con funciones intensivas (FONI), los EE.SS III-2. Se utilizó un muestreo de tipo censal, en el que la muestra fue el total de la población de estudio.

Variables e instrumento

La variable independiente, capacidad resolutive, se obtuvo de la Encuesta a Establecimientos de Salud con Funciones Obstétricas y Neonatales (ENESA), en esta encuesta encontramos la capacidad resolutive de los 801 establecimientos de salud.

Las variables dependientes, son los indicadores del programa presupuestal salud materno neonatal (los cuales hemos seleccionado al *Número de muertes maternas*, *Número de muertes neonatales*, *Proporción de parto institucional en gestantes procedentes de área rural*, *Proporción de mujeres en unión con demanda insatisfecha de planificación familiar*, *Proporción de gestantes que recibió su primer control prenatal en el primer trimestre de gestación*, *Proporción de gestantes que en el último nacimiento recibieron 6 o más controles prenatales*), se obtuvieron de los resultados de la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar; estos resultados son a nivel departamental; a excepción de los indicadores número de muertes maternas y número de muertes neonatales, que son datos por EE.SS.

Ambas variables (la variable dependiente y las independientes) se pueden obtener directamente de la base de datos del Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI).

Aspectos éticos

El proyecto de estudio fue revisado y aprobado por el Comité de Investigación y el Comité Institucional de Ética en Investigación de la Red Asistencial Lambayeque “Juan Aita Valle”– EsSalud, de acuerdo con la Directiva n.º 04-IETSI-ESSALUD.

Análisis de datos

Los resultados de las encuestas ENDES y ENESA del año 2015 se obtuvieron de la base de datos del INEI, los cuales fueron analizados mediante el programa estadístico STATA v14.0.

Para la estadística inferencial, se utilizará el coeficiente de correlación de Pearson y el coeficiente de correlación de Spearman, en base a la distribución normal o no normal de las variables, con un nivel de confianza del 95 % y un $p < 0.05$; desarrollando también los respectivos gráficos de dispersión.

Con respecto a los indicadores, número de muerte materna y número de muerte neonatal; la correlación se realizará con la capacidad resolutoria de cada

establecimiento de salud. En cambio, Para el resto de los indicadores a investigar, al tenerlos como datos departamentales, se obtendrá la mediana de las capacidades resolutivas de los EE.SS donde ocurrieron las muertes maternas por cada departamento, para realizar dicha correlación.

III. RESULTADOS

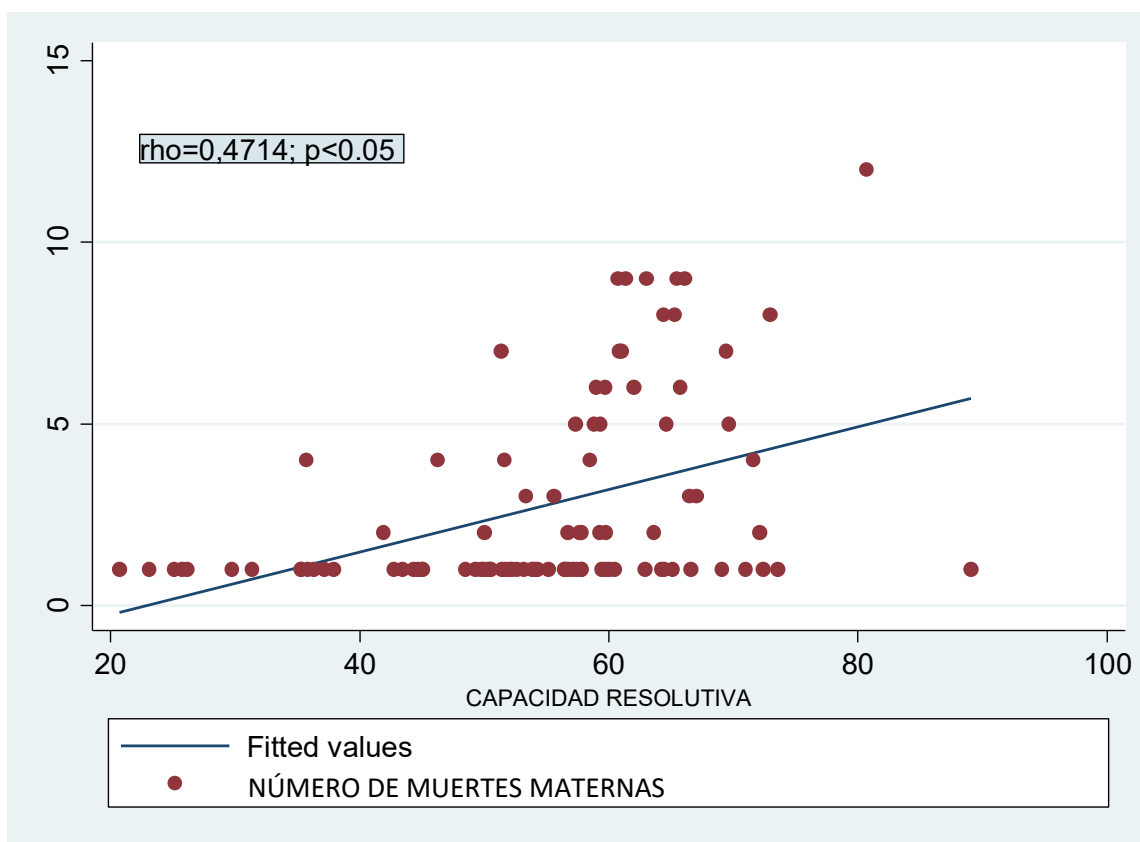


Figura 1. Correlación entre capacidad resolutiva y número de muertes maternas a nivel nacional, Perú 2015

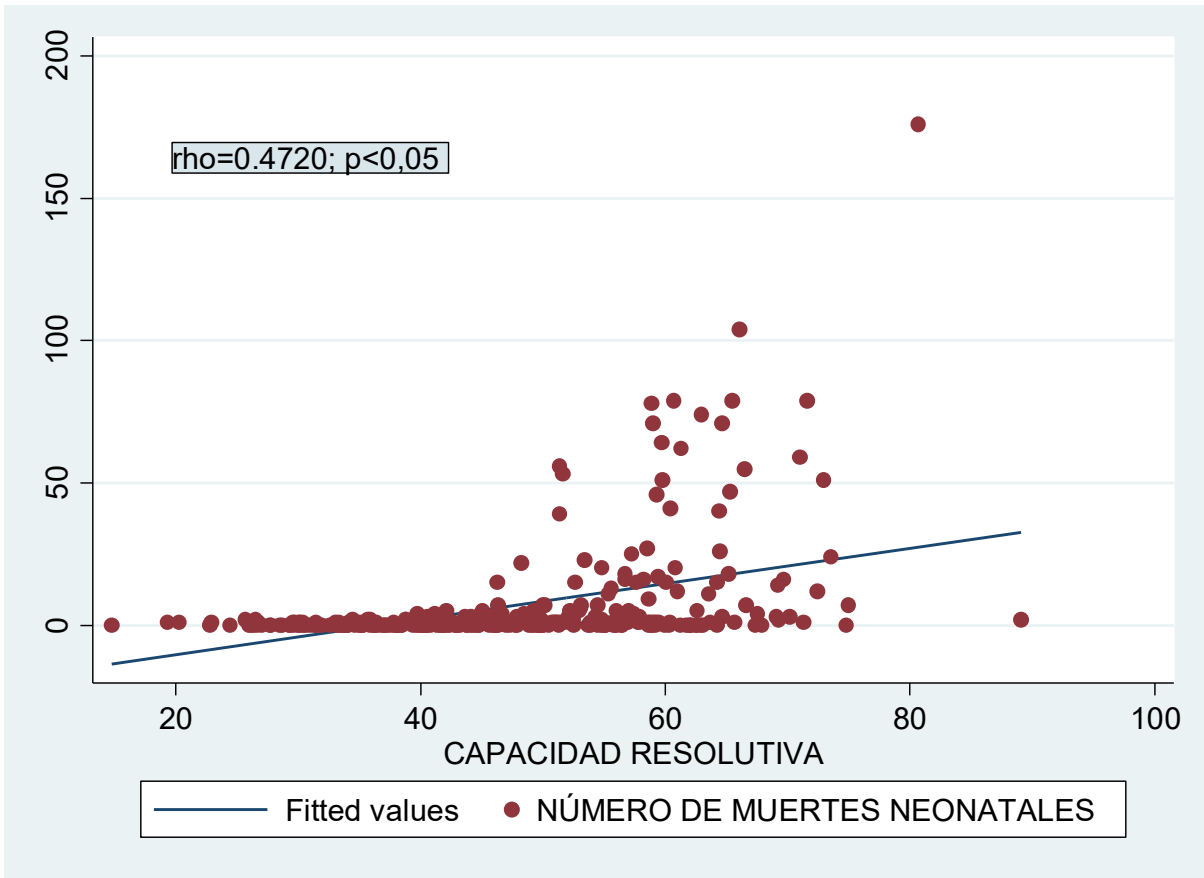


Figura 2. Correlación entre capacidad resolutiva y número de muertes neonatales a nivel nacional, Perú 2015

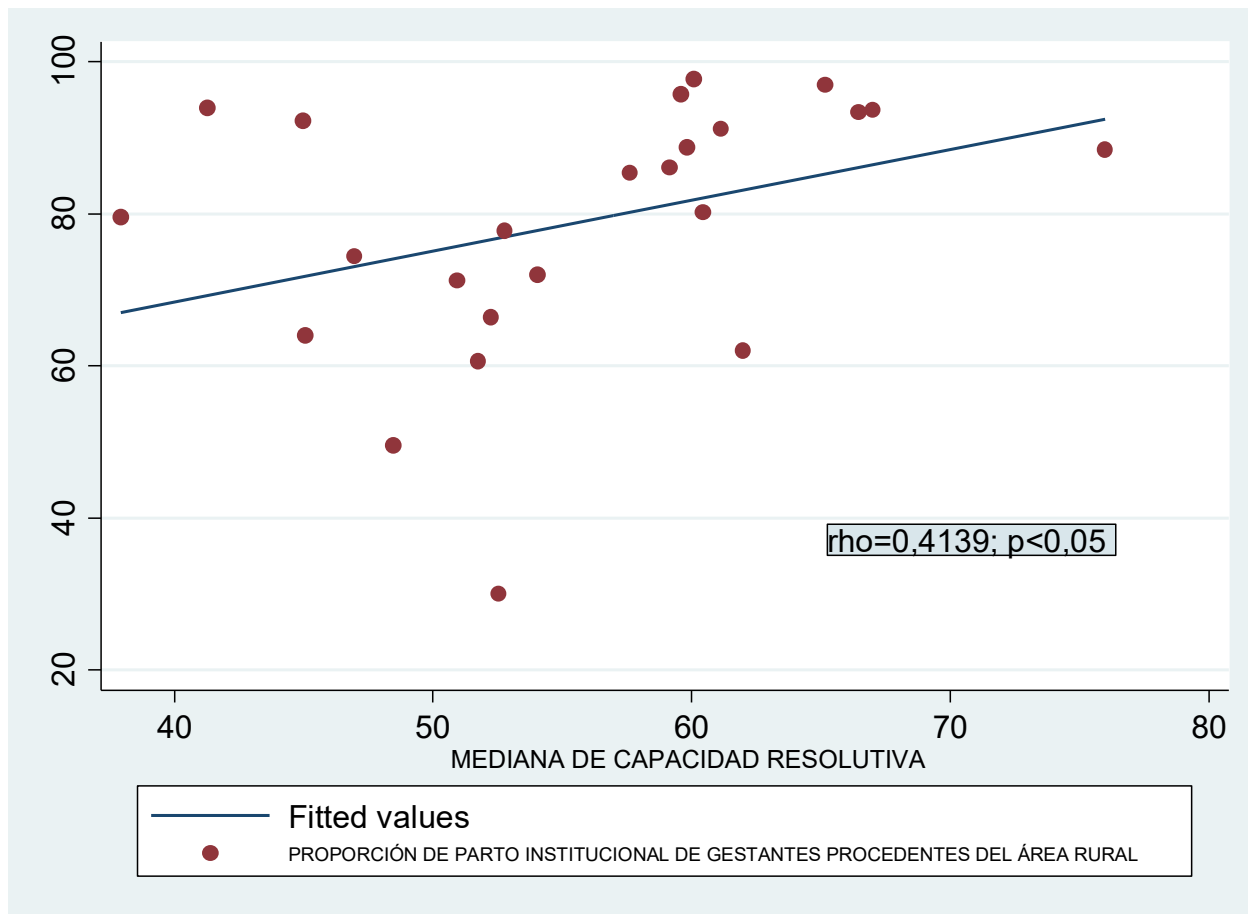


Figura 3. Correlación entre la mediana de, las capacidades resolutivas de los establecimientos de salud donde ocurrieron las muertes maternas, y la proporción de parto institucional procedentes del área rural del último nacimiento a nivel nacional, Perú 2015

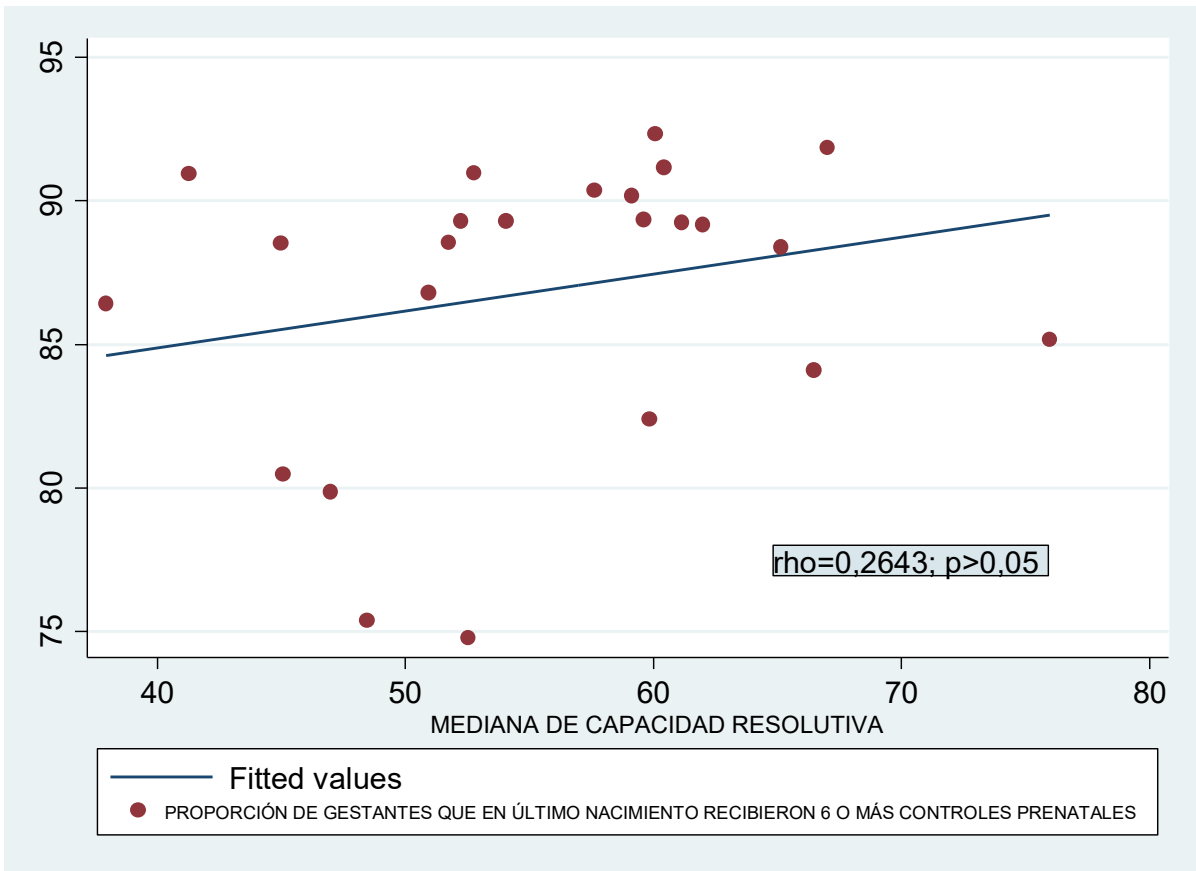


Figura 4. Correlación entre la mediana de las capacidades resolutivas de los establecimientos de salud donde ocurrieron las muertes maternas y la proporción de gestantes que en último nacimiento recibieron 6 o más controles prenatales a nivel nacional, Perú 2015

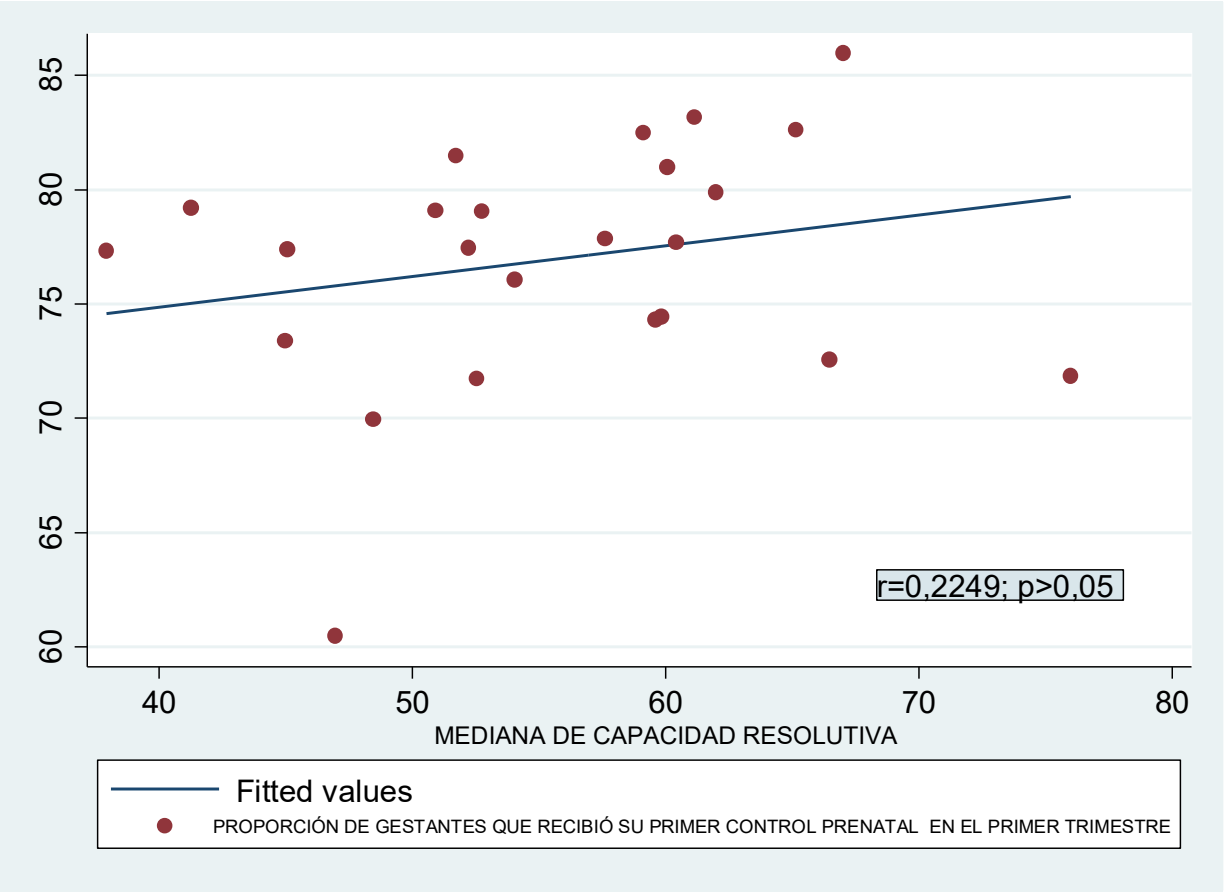


Figura 5. Correlación entre la mediana de las capacidades resolutivas de los establecimientos de salud donde ocurrieron las muertes maternas y la proporción de gestantes que recibió su primer control prenatal en el primer trimestre de gestación a nivel nacional, Perú 2015

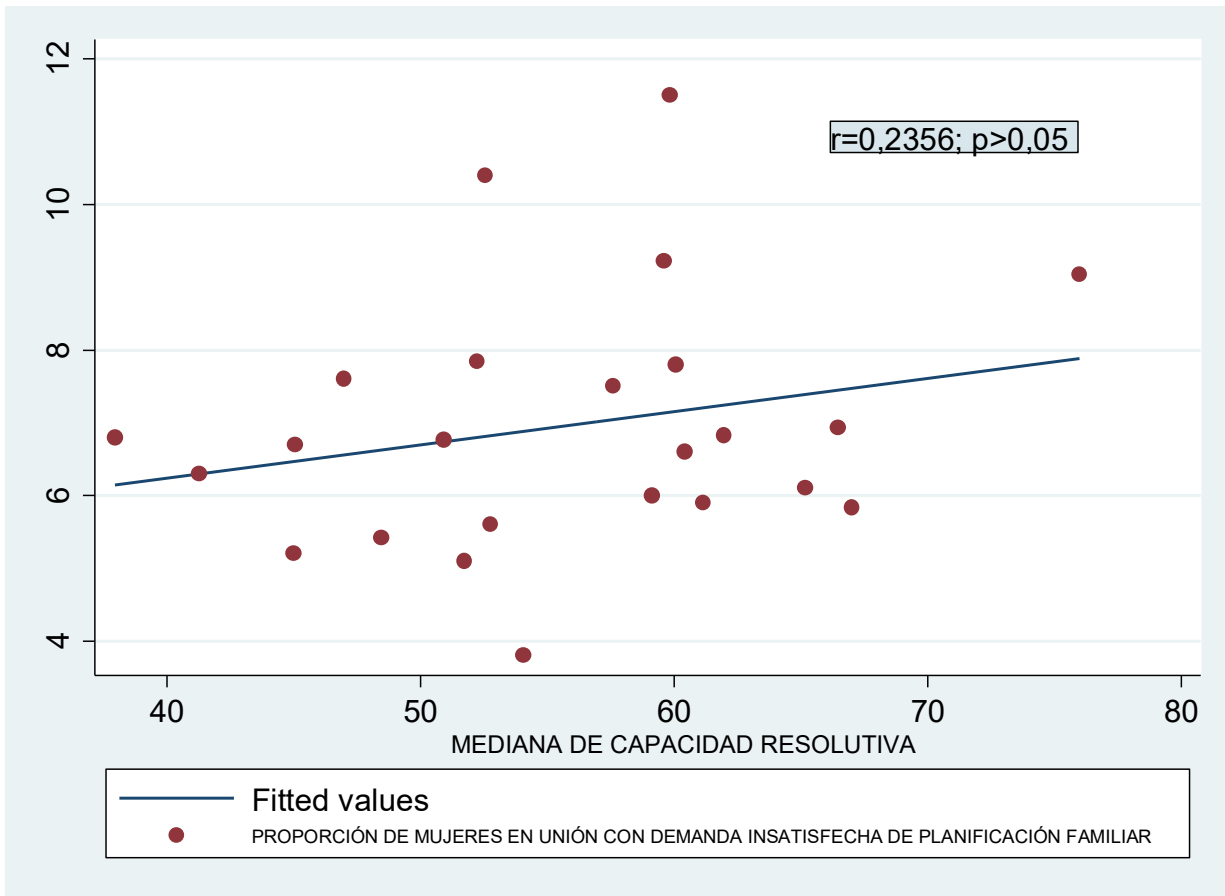


Figura 6. Correlación entre la mediana de las capacidades resolutivas de los establecimientos de salud donde ocurrieron las muertes maternas y la proporción de mujeres en unión con demanda insatisfecha de planificación familiar a nivel nacional, Perú 2015

IV. DISCUSIÓN

Haciendo un análisis en base a los resultados obtenidos, los datos del Instituto nacional de Estadística e Informática y la fuentes bibliográficas de estudios anteriores; el Perú fue uno de los países de Latinoamérica que más avanzó respecto al quinto Objetivo de Desarrollo del Milenio, pues en 1990, tenía una Razón de Mortalidad Materna (RMN) de 251 muertes por cada 100,000 nacidos vivos y para el año 2015, tuvo una RMM de 68. (3)

Esta reducción fue posible principalmente a las políticas de salud que el gobierno peruano puso en práctica a lo largo del tiempo, y se debió sobre todo al incremento del parto institucional y las estrategias que permitieron lograrlo, como el mejoramiento de la capacidad de resolución de los EE.SS, la adecuación cultural de los servicios, la implementación del Seguro Integral de Salud, entre otras intervenciones. (21)

A pesar de las mejoras progresivas respecto a la capacidad resolutoria, en relación a los “recursos indispensables” (recurso humano, equipamiento e instrumental, medicamentos, exámenes auxiliares, transporte y comunicación) que deben contar los EE.SS según el tipo de función obstétrica y neonatal que llevan a cabo (FONB, FONE I; FONE II, FONI); ningún EE.SS. del estado peruano cuenta con una capacidad resolutoria adecuada. Problema que puede basarse en una incorrecta gestión del presupuesto público destinado a los establecimientos de salud.

En base a esto y al considerar a la capacidad resolutoria parte de las capacidades que deben ser otorgadas por la política pública para la disminución de la mortalidad materna y neonatal (21); el asociarlo con el número de muertes maternas y neonatales, indicadores de salud de notificación obligatoria por los establecimientos, se evidenció entre dichas variables una relación lineal estadísticamente significativa y directamente proporcional.

Esto quiere decir que a mayor capacidad resolutoria mayor son los indicadores de mortalidad; caso que se evidencia con mayor notoriedad en los establecimientos de

salud que cumplen funciones obstétricas y neonatales esenciales tipo I, que son los hospitales con categoría II-1 y II-E, los cuales brindan atención a una población y territorio asignado, pero también son establecimientos de referencia de las microrredes de salud (15). Por lo tanto es justificable que presenten una mayor demanda de atención y de forma consecuente sus indicadores de mortalidad materna y neonatal aumenten, por la mayor cantidad de partos atendidos y cesáreas realizadas por la atención del parto distócico o complicado y del recién nacido con complicaciones.

Caso que se ve reflejado en el estudio de Alama en Perú en el año 2015; dicha investigación se centró en los EE.SS I-4 de la Red Lima Este Metropolitana (C.S. Santa Anita, C.S. San Fernando, C.S. Tambo Viejo y C.S. Miguel Grau). La atención de partos en los establecimientos estudiados, en general, disminuyeron, excepto en el establecimiento Miguel Grau, el cual obtuvo el mayor porcentaje de capacidad resolutive de los 4 establecimientos y fue el que aumentó en mayor cantidad el número de partos atendidos (12).

Estos resultados también se ven justificados en el presente proyecto, con la relación lineal estadísticamente significativa y directamente proporcional que existe entre la mediana de las capacidades resolutivas donde ocurrieron las muertes maternas por departamento y la proporción de parto institucional procedentes del área rural a nivel departamental.

Según ENDES 2015, los EE.SS. con menor capacidad resolutive se encontraban sobre todo a nivel rural, situación que se repite en la actualidad (18); y son estos establecimientos, que en su mayoría deben referir a otros de mayor capacidad resolutive; por lo cual, la demanda de estos últimos incrementa, y consecuentemente aumenta sus números de muerte materna y neonatal.

Así como de importante es llevar a cabo el parto a nivel institucional para disminuir nuestra mortalidad materna y neonatal. Se ha corroborado que, cuando las atenciones prenatales se realizan de forma temprana, periódica y completa pueden salvar vidas; porque representan una “plataforma para llevar a cabo importantes

funciones de atención, como la promoción de la salud, el cribado y el diagnóstico, así como la prevención de enfermedades” (22).

Pero en base a nuestros resultados, observamos que el indicador “proporción de gestantes que recibieron 6 o más controles prenatales” y el indicador “proporción de gestantes que recibió su primer control prenatal en el primer trimestre de gestación” a nivel departamental; ambos indicadores no presentaron relación lineal estadísticamente significativa con la mediana de las capacidades resolutivas de los EE.SS donde ocurrieron las muertes maternas.

La mortalidad materna al igual que la mortalidad neonatal no solo es un problema médico; hay muchas razones por la cual, las gestantes no llegan a tener un control prenatal suficiente y adecuado, ya sea debido a condiciones culturales, educativas, familiares, socioeconómicas, geográficas, e incluso por la mala relación médico paciente. Por lo tanto hay varios posibles condicionantes que limiten a las gestantes llegar a sus controles prenatales, el cual sería un excelente tema de estudio a incidir.

Así de importante como es implementar estrategias para llevar un embarazo seguro, como son las atenciones prenatales; también es de gran importancia, la intervención preventiva antes de que suceda la gestación, como es la planificación familiar. Dicha intervención es un arma tan poderosa, el cual se debe incidir y medir su impacto. Pero lamentablemente nuestro sistema de salud, le da mayor prioridad al área terapéutica de la medicina humana, en lugar de la promoción de la salud y la prevención de enfermedades o situaciones no deseadas, como una gestación en una adolescente. “Una gestación no deseada es una invitación al aborto, y dado que este, está penalizado según la constitución peruana, muchas veces se ofrece en condiciones de clandestinidad e insalubridad, siendo el puente hacia un desenlace fatal”. (20)

Frente a lo escrito, al correlacionar la variable “proporción de demanda insatisfecha respecto a la atención de planificación familiar” a nivel departamental con la mediana de las capacidades resolutivas de los EE.SS donde ocurrieron las muertes maternas por departamento; se evidenció que ambas variables no presentan una relación lineal estadísticamente significativa.

Podemos distinguir, que a pesar que un EE.SS cuente con una mejor capacidad resolutive respecto a otros; no es de gran influencia respecto a la satisfacción de las usuarias de planificación familiar, como a una atención prenatal adecuada. Y mencionando lo escrito anteriormente, es posible que esto se deba a otros factores que influyan en estos indicadores. Ya que a pesar de que las causas de muerte materna son conocidas y su distribución es bastante similar en países desarrollados como en vías de desarrollo, la gran diferencia radica es que muchas de las estrategias y políticas llevadas a cabo en Perú para disminuir la mortalidad materna, están relacionadas directa o indirectamente con otorgar capacidades. El problema es en realidad cómo medirlas. No existen suficientes datos estadísticos a nivel detalle (individual y/u hogar) para probar cuáles fueron las capacidades que la política de salud de Perú otorgó a las mujeres, a la población, al establecimiento de salud, etc. y qué hizo que disminuyera la mortalidad materna (21). Es decir es de enorme importancia registrar e investigar de forma detallada cada muerte materna y neonatal, estudiar los factores que influyeron en este desenlace fatal y llegar a conclusiones en base a la evidencia recolectada y así enfocar nuestras estrategias en donde verdaderamente existe el problema.

V. CONCLUSIONES

Se evidenció una relación lineal estadísticamente significativa, moderada y directamente proporcional, entre la capacidad resolutive y el número de muertes maternas a nivel nacional durante el año 2015.

Se evidenció una relación lineal estadísticamente significativa, moderada y directamente proporcional, entre la capacidad resolutive y el número de muertes neonatales a nivel nacional durante el año 2015.

Se encontró una relación lineal estadísticamente significativa, moderada y directamente proporcional, entre la mediana de las capacidades resolutivas de los establecimientos de salud donde ocurrieron las muertes maternas y la proporción de parto institucional procedente del área rural del último nacimiento a nivel nacional durante el año 2015.

No se demostró una relación lineal estadísticamente significativa, entre la mediana de las capacidades resolutivas de los establecimientos de salud donde ocurrieron las muertes maternas y la proporción de gestantes que en último nacimiento recibieron 6 o más controles prenatales a nivel nacional durante el año 2015.

No se reveló una relación lineal estadísticamente significativa, entre la mediana de las capacidades resolutivas de los establecimientos de salud donde ocurrieron las muertes maternas y la proporción de gestantes que recibió su primer control prenatal en el primer trimestre de gestación a nivel nacional durante el año 2015.

No se evidenció una relación lineal estadísticamente significativa, entre la mediana de las capacidades resolutivas de los establecimientos de salud donde ocurrieron las muertes maternas y la proporción de mujeres en unión con

demanda insatisfecha de planificación familiar a nivel nacional durante el año 2015.

VI. RECOMENDACIONES

Sería de gran ayuda, no solo enfocarnos en realizar encuestas a nivel nacional, sino crear un equipo multidisciplinario a nivel nacional, departamental, etc. que se encargue de investigar a detalle cada muerte materna y neonatal que ocurra en el territorio peruano, e ir buscando los posibles factores que influyeron en la muerte de la madre y/o neonato; a fin de poder llegar a mejores conclusiones y por lo tanto a adecuadas medidas de acción.

Ya que muchas de las estrategias y políticas llevadas a cabo en Perú para disminuir la mortalidad materna y neonatal están relacionadas directa o indirectamente con otorgar capacidades. El problema es en realidad cómo medirlas. No existen suficientes datos estadísticos a nivel detalle (individual y/u hogar) para probar cuáles fueron las capacidades que la política de salud de Perú otorgó a las mujeres y qué hizo que disminuyera la mortalidad materna.

VII. FUENTES DE INFORMACIÓN

1. Descriptores en Ciencias de la Salud: DeCS [Internet]. ed. 2017. Sao Paulo (SP): BIREME / OPS / OMS. 2017 [actualizado 2017 May 18; citado 2017 Jun 13]. Disponible en: <http://decs.bvsalud.org/E/homepagee.htm>
2. Ministerio de Salud. Plan estratégico nacional para la reducción de la mortalidad materna y perinatal 2009-2015. [Internet]. Perú: Ministerio de salud; 2009 [citado 7 de abril de 2018]. Disponible en: http://www.minsa.gob.pe/portada/esnssr_normatividad.asp
3. Ministerio de Salud. Programa Presupuestal 0002 Salud Materno Neonatal [Internet]. Perú: Ministerio de Salud; 2016 [citado 7 de abril de 2018]. Disponible en: <http://www.minsa.gob.pe/presupuestales2017/index.asp?pg=2#contact>
4. Arbaiza L., Álvarez P., Hernández C., Sarria S., Villalba E. Monitoreo del Programa Presupuestal Salud Materno Neonatal para el sector público [Internet]. ESAN; 2017 [citado 7 de abril de 2018]. Disponible en: <https://www.esan.edu.pe/publicaciones/serie-gerencia-para-el-desarrollo/2017/monitoreo-del-programa-presupuestal-salud-materno-neonatal-para-el-sector-publico/>
5. Ministerio de Salud. Directiva sanitaria N° 001 – MINSA/DGSP-V.02 Directiva sanitaria para la Evaluación de las Funciones Obstétricas y Neonatales en los Establecimientos de Salud [Internet]. 2013 [citado 7 de abril de 2018]. Disponible en: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/3199.PDF>
6. Ministerio de Economía y Finanzas-Dirección General del Presupuesto Público. Programa estratégico Salud Materno Neonatal [Internet]. 2016 [citado 7 de abril de 2018]. Disponible en: https://www.mef.gob.pe/contenidos/presu_public/ppr/PPR_salud_materno.pdf
7. Yáñez VLB, Bernal ADA, Alcázar ÁLS, et al. Características epidemiológicas de la mortalidad materna obstétrica directa en derechohabientes del ISSSTE en México. Rev Esp Med Quir. 2011;16(2):89-96.
8. Velásquez-Penagos JA, Vélez-Álvarez GA, Gómez-Dávila JG, Escobar-Osorio SM, Garay-Vásquez HK, Zuleta-Tobón JJ. Estudio de mortalidad materna por

- sepsis en Antioquia, Colombia, entre los años 2004-2014: una mirada al desafío de la identificación y el tratamiento oportunos. *Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología*. 29 de septiembre de 2017;68(3):228-38.
9. Ticona Rendón M, Huanco Apaza D. Factores de riesgo de la mortalidad perinatal en hospitales del Ministerio de Salud del Perú. *Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología*. septiembre de 2011;37(3):432-43.
 10. Arrieta-Herrera A, Riesco de la Vega G. Factores de riesgo de mortalidad perinatal en hospitales de la seguridad social peruana: análisis de los datos del Sistema de Vigilancia Perinatal de EsSalud. *Anales de la Facultad de Medicina*. 3 de diciembre de 2012;70(4):241.
 11. Orihuela Ríos H. Capacidad resolutive de los establecimientos que brindan atención de salud materna y factores socio culturales y de género que Influyen en la mortalidad materna Ayacucho - 2012. Universidad Nacional de San Cristóbal de Huamanga [Internet]. 2015 [citado 8 de mayo de 2018]; Disponible en: <http://repositorio.unsch.edu.pe/handle/UNSCH/1330>
 12. Alama-Monje E. Capacidad resolutive de establecimientos de centros maternos (nivel I-4) de la Red Lima Este Metropolitana. *Revista Peruana de Obstetricia y Enfermería* [Internet]. 22 de septiembre de 2015 [citado 8 de mayo de 2018];11(2). Disponible en: <https://www.aulavirtualusmp.pe/ojs/index.php/rpoe/article/view/749>
 13. Velasco-Murillo V, Navarrete-Hernández E, Hernández-Alemán F, et al. Mortalidad materna en el IMSS. Resultados iniciales de una intervención para su reducción. *Cir Cir*. 2004;72(4):293-300.
 14. Egan LAV, Ermani RS. Intervenciones latinoamericanas basadas en evidencia para reducir la mortalidad materna. *Revista CONAMED* [Internet]. 16 de abril de 2015 [citado 10 de junio de 2018];18(1). Disponible en: <http://www.dgdi-conamed.salud.gob.mx/ojs-conamed/index.php/revconamed/article/view/97>
 15. INEI - Establecimientos de Salud con Funciones Obstétricas y Neonatales, 2013 y 2015 [Internet]. Perú: INEI; 2016 [citado 8 de mayo de 2018]. Disponible en: https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1_484/index.html

16. Ministerio de Salud, Dirección General de Intervenciones Estrategias en Salud Pública, Dirección de Salud Sexual y Reproductiva. Norma técnica de salud de planificación familiar. Perú: Ministerio de Salud; 2017. [Internet]. [citado 8 de mayo de 2018]. Disponible en: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/4191.pdf>
17. Ministerio de Salud, Dirección General de Epidemiología. Subsistema nacional de vigilancia epidemiológica perinatal y neonatal [Internet]. Perú: Ministerio de Salud; 2009: [citado 8 de mayo de 2018]. Disponible en: http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/1014_OGE153.pdf
18. Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI) [Internet]. Perú; 2018 [citado 4 de junio de 2018]. Disponible en: <http://inei.inei.gob.pe/microdatos/>
19. Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI). Indicadores de Resultados de los Programas Presupuestales, 2015. [Internet]. Perú: INEI; 2017 [citado 8 de mayo de 2018]. Disponible en: <https://proyectos.inei.gob.pe/endes/ppr.asp>
20. Mora-Escobar GE; Cusihuamán-Puma AU; Insfrán MD. Análisis Situacional de Muertes Maternas en Paraguay: alcances del 2008-2018. Rev. salud pública Parag [Internet]. 2020 [citado 8 de mayo de 2018]; 10(1): 1-22. Disponible en: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/es/biblio-1087891>
21. Avila-Jaquez C. Disminución de la mortalidad materna en Perú y el enfoque de capacidades. Convergencia [Internet]. 2019 [citado 16 de octubre de 2020]; 26(80): 1-24. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1405-14352019000200003&lng=es&nrm=iso. ISSN 2448-5799. <https://doi.org/10.29101/crcs.v26i80.10790>.
22. WHO. WHO recommendations on antenatal care for a positive pregnancy experience [Internet]. 2016. Disponible en: https://www.who.int/reproductivehealth/publications/maternal_perinatal_health/anc-positive-pregnancy-experience/es/