



**PROYECTO DE LEY QUE PROMUEVE
LA CREACIÓN DEL OBSERVATORIO
NACIONAL PARA LA VIGILANCIA DE LA
SALUD INTEGRAL DE LA MADRE
GESTANTE Y DEL NIÑO POR NACER.**

Los Congresistas que suscriben, miembros del **GRUPO PARLAMENTARIO RENOVACIÓN POPULAR**, a iniciativa del Congresista **ALEJANDRO MUÑANTE BARRIOS**, en ejercicio del derecho de iniciativa legislativa que le confiere el artículo 107° de la Constitución Política del Perú; y conforme lo establecen los artículos 74°, 75° y el numeral 2) del artículo 76° del Reglamento del Congreso de la República, proponen el siguiente Proyecto de Ley:

I. FÓRMULA LEGAL

**PROYECTO DE LEY QUE PROMUEVE LA CREACIÓN DEL OBSERVATORIO
NACIONAL PARA LA VIGILANCIA DE LA SALUD INTEGRAL DE LA MADRE
GESTANTE Y DEL NIÑO POR NACER.**

Artículo 1. Objeto de la Ley.

El objeto de la ley es promover un mecanismo adecuado para la obtención y difusión de una medición más precisa y exhaustiva de las causas de mortalidad materna, fetal, perinatal y neonatal, a fin de reducir su tasa de incidencia, y formular políticas públicas que coadyuven en la mejora de la salud integral de la madre gestante y del niño por nacer.

Artículo 2. Finalidad de la ley.

La finalidad de la ley es garantizar la responsabilidad del Estado en la tutela constitucional y legal en favor de la vida y la salud integral de la madre gestante y del niño por nacer.

Artículo 3. Creación del Observatorio Nacional para la Vigilancia de la Salud integral de la Madre Gestante y del Niño por Nacer.

Se crea el Observatorio Nacional para la Vigilancia de la Salud Integral de la Madre Gestante y del Niño por Nacer adscrito al Ministerio de Salud, el cual tiene por objeto monitorear, recolectar, producir, consolidar, difundir, y sistematizar datos e información con la finalidad de elaborar propuestas de políticas públicas para el cumplimiento de los derechos constitucionales y los compromisos internacionales asumidos por el Estado Peruano en materia de protección de la vida y la salud de la madre gestante y del niño por nacer.

El Observatorio Nacional para la Vigilancia de la Salud Integral de la Madre Gestante y del Niño por Nacer se integra al sistema de información del Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades - CDC a cargo del Ministerio de Salud.

Artículo 4. Informe anual de avances en las políticas públicas.

El Ministerio de Salud envía su informe anual al Congreso de la República, en la tercera semana de mayo de cada año en el marco de la celebración de la "Semana de la maternidad saludable y segura", el cual contiene data estadística precisa y relevante a los fines del Observatorio, propuestas de mejora, y avances en el cumplimiento de las políticas públicas a que se refiere el primer párrafo del Artículo 3 de la presente ley.

Artículo 5. Lineamientos mínimos del Observatorio Nacional para la Vigilancia de la Salud integral de la Madre Gestante y del Niño por Nacer.

El Ministerio de Salud en coordinación con el Centro de Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades - CDC define los criterios, contenidos, métodos técnicos y procedimientos estandarizados para el cabal funcionamiento del Observatorio Nacional para la Vigilancia de la Salud integral de la Madre Gestante y del Niño por Nacer, considerando los siguientes lineamientos mínimos:

- 1. Registro de información.** De conformidad a las normas que regulan la materia, los centros de salud que participan en la atención y cuidados de la madre gestante y del niño por nacer registran el universo de casos atendidos, para proceder a desagregar la información que contribuya a los objetivos del Observatorio Nacional para la Vigilancia de la Salud integral de la Madre Gestante y del Niño por Nacer.
- 2. Deber de articulación y cooperación.** El Observatorio Nacional para la Vigilancia de la Salud integral de la Madre Gestante y del Niño por Nacer contiene información remitida por centros de salud a nivel nacional, regional y local. Estas entidades entregan al Ministerio de Salud sus bases de datos, respetando la confidencialidad del uso de datos personales, y dentro del plazo que señala el reglamento de la presente ley.
- 3. Contribución de los gobiernos regionales, municipales y distritales.** Los gobiernos regionales, municipales y locales contribuyen al cumplimiento de los objetivos del Observatorio Nacional para la Vigilancia de la Salud integral de la Madre Gestante y del Niño por Nacer.

Artículo 6. Obligación de transparencia y acceso a la información.

El Ministerio de Salud publica anualmente en su página web institucional, el reporte de la información consolidada y analizada por el Observatorio Nacional para la Vigilancia de la Salud integral de la Madre Gestante y del Niño por Nacer previamente coordinado con el Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades – CDC.

Este reporte contiene las conclusiones y recomendaciones. Su contenido es de carácter público y de libre acceso a la población, pudiendo realizarse dos versiones: una extendida, y una guía de ágil lectura para el ciudadano, instituciones y asociaciones interesadas.

Artículo 7. Financiamiento.

El financiamiento del Observatorio Nacional para la Vigilancia de la Salud integral de la Madre Gestante y del Niño por Nacer es asumido por el Ministerio de Salud, con cargo a su presupuesto institucional, así como con donaciones o asistencia técnica directa de carácter no reembolsable que pueda recibir de convenios interinstitucionales a través de la cooperación internacional u otras instituciones públicas, en el marco de la normativa vigente.

DISPOSICIONES COMPLEMENTARIAS FINALES.

Primera. Declaración de interés nacional.

Declárase de interés nacional y necesidad pública la vigilancia de la salud integral de la madre gestante y del niño por nacer, conforme a su normativa constitucional y legal vigente.

Segunda. Reglamentación.

El Poder Ejecutivo, a través del Ministerio de Salud, aprueba el reglamento de la presente ley en el plazo de noventa (90) días calendario, contados a partir de la publicación de la presente ley en el Diario Oficial El Peruano.

Dicho reglamento contiene como mínimo los protocolos, flujos de información e instrumentos de gestión que sean necesarios para el efectivo funcionamiento del Observatorio Nacional para la Vigilancia de la Salud Integral de la Madre Gestante y del Niño por Nacer.



Firmado digitalmente por:
MONTÓYA MANRIQUE Jorge
Carlos FAU 20161749126 soft
Motivo: Soy el autor del
documento
Fecha: 07/07/2022 07:59:14-0500



Firmado digitalmente por:
MONTÓYA MANRIQUE Jorge
Carlos FAU 20161749126 soft
Motivo: Soy el autor del
documento
Fecha: 07/07/2022 07:59:01-0500



Firmado digitalmente por:
MUÑANTE BARRIOS Alejandro
FAU 20161749126 soft
Motivo: Soy el autor del
documento
Fecha: 07/07/2022 16:18:34-05



Firmado digitalmente por:
ZEBALLOS APONTE Jorge
Arturo FAU 20161749126 soft
Motivo: Soy el autor del



Firmado digitalmente por:
MEDINA MINAYA Esdras
Ricardo FAU 20161749126 soft
Motivo: Soy el autor del



Firmado digitalmente por:
JAUREGUI MARTINEZ DE
AGUAYO Maria De Los Milagro
Jackeline FAU 20161749126 soft
Motivo: Soy el autor del

II. EXPOSICIÓN DE MOTIVOS.

Mortalidad materna y neonatal a nivel mundial

En el documento denominado "*Estadísticas Sanitarias Mundiales 2020 –Monitoreando la salud para los Objetivos de Desarrollo Sostenible*" elaborado por la Organización Mundial de la Salud¹ (OMS), se aprecia que la mortalidad materna en general ha disminuido, pero estos progresos son desiguales entre las regiones.

Así en el mundo, aproximadamente 295 000 mujeres perdieron la vida durante o después del embarazo y el parto en 2017, y aproximadamente 86% de las muertes maternas se localizaron en el África subsahariana y Asia meridional.

La razón de mortalidad materna mundial (RMM) número de muertes maternas por cada 100 000 nacidos vivos, se estimó en 211, lo que representa una reducción del 38% desde 2000. En promedio, la RMM mundial disminuyó un 2,9% cada año entre 2000 y 2017. Si se hiciera todos los esfuerzos para alcanzar el objetivo de los ODS (reducir la RMM mundial a menos de 70 por 100 000 nacidos vivos), se salvaría la vida de al menos un millón de mujeres (1).

En el mismo documento se señala que "la mayoría de las muertes maternas **se pueden prevenir con una atención adecuada del embarazo y el parto, que comprende la atención prenatal por proveedores de atención de salud capacitados, la asistencia durante el parto por personal sanitario cualificado, y la atención y el apoyo en las semanas posteriores al parto.**"

Los datos del periodo comprendido entre 2014 y 2019 indican que aproximadamente el 81% de los partos del mundo tuvieron lugar en presencia de personal sanitario cualificado, lo que supone un aumento respecto al 64% presentado en el periodo 2000-2006. En el África subsahariana, donde se producen aproximadamente el 66% de las muertes maternas del mundo, solo el 60% de los partos fueron asistidos por personal sanitario cualificado durante el periodo 2014-2019" (Énfasis añadido)

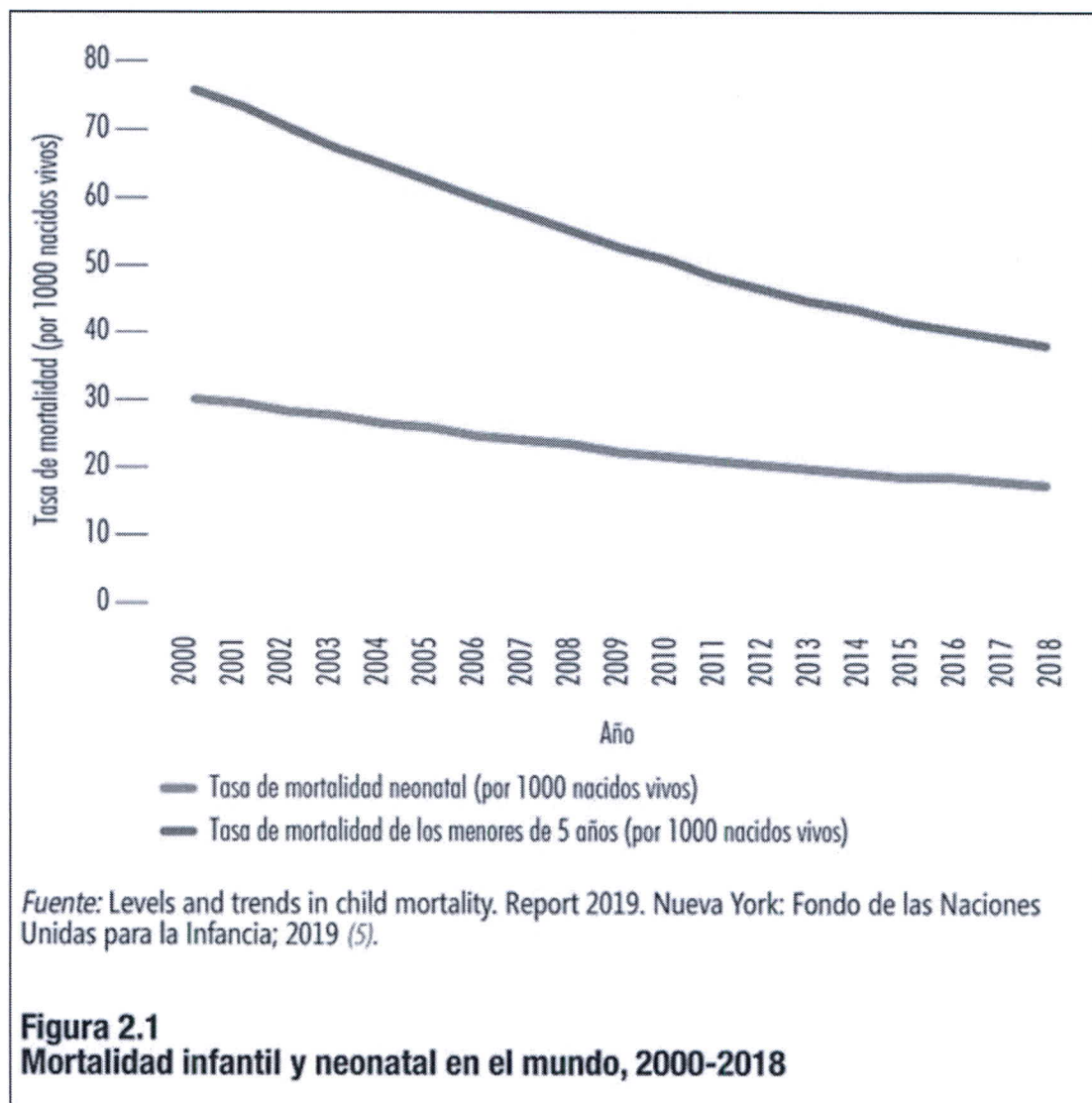
El citado documento también indica que la mortalidad materna puede reducirse espaciando mejor los partos, lo cual es más fácil de lograr cuando esta información llega oportunamente a la futura madre, capacitándola en materia de planificación familiar.

Asimismo, la OMS señala que, en el mundo, la proporción de mujeres cuyas necesidades de planificación familiar se cubrieron con métodos modernos aumentó ligeramente del 73,6% en 2000 al 76,8% en 2020. Sin embargo, en el África subsahariana, la cobertura era de apenas el 55,5% en 2020. Actualmente se están dando menos nacimientos entre las adolescentes (de entre 15 y 19 años), que corren mayor riesgo de complicaciones durante el embarazo: su tasa de fecundidad ha disminuido de 56 nacimientos por 1000 adolescentes en 2000, a 41 en 2020.

En cuanto a la mortalidad de los menores de cinco años y la mortalidad neonatal, las defunciones se concentran ahora en regiones y países concretos, la OMS señala que se ha logrado un importante progreso.

¹ Organización Mundial de la Salud. (2020). Estadísticas sanitarias mundiales 2020: monitoreando la salud para los ODS, objetivo de desarrollo sostenible. Organización Mundial de la Salud. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/338072>. Licencia: CC BY-NC-SA 3.0 IGO

Entre 2000 y 2018, la tasa de mortalidad de los menores de 5 años se redujo de 76 por 1000 nacidos vivos a 39, y la tasa de mortalidad neonatal disminuyó de 31 por 1000 nacidos vivos a 18 (figura 2.1). Esto representaba una cifra estimada de 5,3 millones de muertes de menores de 5 años y 2,5 millones de muertes neonatales en 2018 (5).



Son ya 121 los países que han alcanzado la meta de los ODS referida a la mortalidad de los menores de 5 años, y se prevé que otros 21 países la alcancen para 2030 si se mantienen las tendencias actuales. Se debe trabajar más focalizadamente para acelerar los progresos en los 53 países restantes, de los cuales dos terceras partes se encuentran en el África subsahariana.

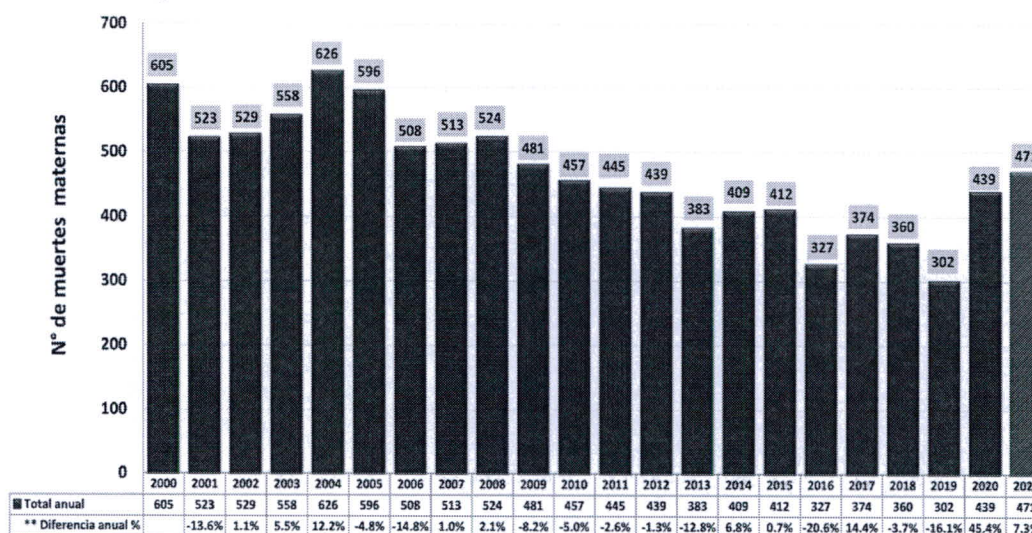
Muchas defunciones infantiles pueden prevenirse con intervenciones como la inmunización, la lactancia materna exclusiva, una nutrición adecuada y el tratamiento rápido y correcto de las enfermedades infantiles comunes. También la reducción de la contaminación atmosférica y el mayor acceso a la higiene básica y a servicios de suministro de agua potable y saneamiento gestionados sin riesgos contribuyen a salvar muchas vidas jóvenes.

Mortalidad materna en el Perú.

Según información del Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades del Ministerio de Salud (MINSA)², hasta la semana epidemiológica (SE) 52 del 2021, del 26 de diciembre del 2021 al 1 de enero del 2022, se notificaron al sistema de vigilancia epidemiológica 471 muertes maternas (MM) clasificadas preliminarmente como directas e indirectas, ocurridas hasta los 42 días de culminada la gestación, lo que representa un incremento de 7,3 % (+32) comparado al mismo periodo del 2020.

El promedio de notificación semanal de MM hasta la SE 52, fue de 9,1 MM, con un mínimo de 3 MM (SE 34) y un máximo de 22 MM (SE 09). Este incremento de muertes ha sobrepasado lo presentado en los últimos 12 años, según se puede apreciar en esta Figura 1.

Figura 1. Número de muertes maternas, Perú, 2000 – 2021*



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

*Hasta SE 52 del año 2021, base de datos preliminar (actualizada al 04 de enero 2022) /** Diferencia porcentual con respecto al año anterior.

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

En cuanto a la procedencia y ocurrencia de muertes maternas el Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades – MINSA señala:

1) **Regiones de procedencia:** Hasta la SE 52 - 2021, las regiones que notificaron el mayor número de MM según procedencia fueron:

Lima (75)
Piura (37)
Lambayeque (31)
La Libertad (28)

² Ministerio de Salud, Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades (2021) Boletín Epidemiológico del Perú 2021. VOLUMEN 30-SE 52 Semana Epidemiológica (Del 26 de diciembre del 2021 al 1 de enero del 2022)

Loreto (28)
Cajamarca (27)
San Martín (24)
Ancash (24)

Concentrando el 58,2 % del total de muertes en este período, las regiones de Piura, Lambayeque, Ica y la DIRIS (Dirección de Redes Integradas de Salud) Lima Sur, que presentaron mayor incremento de muertes en comparación al mismo periodo del 2020. Por otro lado, los departamentos que presentaron mayor disminución de muertes en comparación al 2020 fueron Loreto, Ucayali y Cusco como se aprecia en la siguiente tabla

Departamento de procedencia	2020*	2021*	Diferencia N°
Piura	22	37	15
Lambayeque	21	31	10
Ica	11	19	8
Lima Metropolitana Diris L. Sur	15	22	7
Apurímac	3	9	6
Cajamarca	21	27	6
La Libertad	22	28	6
Ancash	19	24	5
Lima Metropolitana Diris L. Este	8	13	5
Pasco	3	7	4
San Martín	20	24	4
Huanuco	13	16	3
Puno	17	20	3
Callao**	8	10	2
Lima Provincias	8	10	2
Lima Metropolitana Diris L. Centro	19	21	2
Moquegua	0	2	2
Arequipa	13	14	1
Amazonas	17	16	-1
Tumbes	6	5	-1
Ayacucho	13	10	-3
Lima Metropolitana Diris L. Norte	22	19	-3
Tacna	6	3	-3
Junín	26	20	-6
Madre De Dios	11	5	-6
Huancavelica	9	2	-7
Cusco	21	13	-8
Ucayali	24	16	-8
Loreto	41	28	-13
Total General	439	471	32

(Tabla 1).

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

*Hasta SE 52 del año 2021, base de datos preliminar (actualizada al 04 de enero 2022)
/**Provincia Constitucional del Callao. Se consideraron las muertes notificadas como directa e indirecta, ocurridas hasta los 42 días de culminada la gestación. Para el análisis el departamento de Lima fue dividido en Lima Provincias y Lima Metropolitana (DIRIS Lima Norte, DIRIS Lima Sur, DIRIS Lima Este, DIRIS Lima Centro).

2) Regiones de ocurrencia:

Hasta la SE 52 - 2021, los departamentos que reportaron el mayor número de MM según ocurrencia fueron:

Lima (75)

Piura (38)

Lambayeque (37)

La Libertad (30)

Loreto (29)

Cajamarca (24)

Ancash (24), que concentraron el 54,6 % del total de muertes en este período siendo los departamentos de Piura, Lambayeque e Ica los que presentaron mayor incremento de muertes a nivel nacional. Por otro lado, los departamentos que presentaron mayor disminución en comparación al 2020 fueron Ucayali, Loreto, Huancavelica y Cusco, como se aprecia en la siguiente tabla:

Departamento de ocurrencia	2020*	2021*	Diferencia N°
Piura	22	38	16
Lambayeque	25	37	12
Ica	10	17	7
Ancash	18	24	6
La Libertad	24	30	6
Apurímac	3	8	5
Lima Metropolitana Diris L. Este	7	12	5
San Martín	17	22	5
Cajamarca	20	24	4
Huancayo	13	17	4
Lima Provincias	2	6	4
Lima Metropolitana Diris L. Sur	10	13	3
Pasco	2	5	3
Puno	16	19	3
Arequipa	14	15	1
Moquegua	0	1	1
Amazonas	15	14	-1
Ayacucho	12	11	-1
Callao**	16	15	-1
Tumbes	6	5	-1
Junín	22	19	-3
Lima Metropolitana Diris L. Centro	40	37	-3
Lima Metropolitana Diris L. Norte	16	13	-3
Tacna	6	3	-3
Madre De Dios	9	4	-5
Cusco	22	15	-7
Huancavelica	8	1	-7
Loreto	38	29	-9
Ucayali	26	17	-9
Total general	439	471	32

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

*Hasta SE 52 del año 2021, base de datos preliminar (actualizada al 04 de enero 2022)
/**Provincia Constitucional del Callao. Se consideraron las muertes notificadas como directa e indirecta, ocurridas hasta los 42 días de culminada la gestación. Para el análisis el departamento de Lima fue dividido en Lima Provincias y Lima Metropolitana (DIRIS Lima Norte, DIRIS Lima Sur, DIRIS Lima Este, DIRIS Lima Centro).

Por edad.

En cuanto a los grupos de edad, el Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades en su Boletín Epidemiológico del Perú 2021, señala que hasta la SE 39 – 2021, la edad promedio de las fallecidas fue de 30,9 años, con un rango de edad entre los 13 a 48 años, el grupo de edad de mujeres de 30 a 34 años (27,6 %) fue el más afectado. 275 (58,4%) muertes ocurrieron en mujeres de 20 a 34 años, 154 (32,7%) en mujeres ≥ 35 años y 42 (8,9%) muertes ocurrieron en mujeres ≤ 19 años.

Por etapas de vida.

En cuanto a las etapas de vida, el 4,9 % (23) de MM ocurrieron en mujeres ≤ 17 años (adolescentes), el 34,8 % (164) en mujeres entre los 18 a 29 años (joven) y el 60,3 % (284) corresponde a mujeres entre los 30 a 59 años (adulta).

Por el momento de fallecimiento.

Respecto al momento de fallecimiento durante el embarazo, hasta la SE 52 - 2021, se observa que el puerperio representa el momento con mayor número de MM, observándose un incremento en la proporción de MM ocurridas en este periodo comparado al 2020(+5,5%) y al quinquenio anterior a la pandemia por la COVID-19 (2015-2019).

Por otro lado, se observa una disminución del 5,5 % en la proporción de MM ocurridas durante el embarazo comparado al 2020. Asimismo, Hasta la SE 52 - 2021, las MM ocurridas en el grupo de mujeres fallecidas a causa de la COVID-19 durante el puerperio (80 %), fue mayor a lo observado en el 2020 (+11,1 %), tal como puede apreciarse en la tabla 2.

Por el lugar de fallecimiento.

En relación al lugar de fallecimiento, el Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades señala que hasta la SE 52 - 2021, se observa que el 76,5 % de MM fueron institucionales, ocurriendo en su mayoría en establecimientos de salud (EESS) del Ministerio de Salud (MINSA).

Comparado al quinquenio anterior a la pandemia por la COVID-19 (2015-2019), en el 2020 y 2021, la MM institucional ocurre principalmente en EESS de II nivel de atención, así mismo, se observa disminución en la proporción de MM ocurridas en el I nivel de atención (Tabla 2).

Hasta la SE 52- 2021, el 93,1 % de las MM a causa de la COVID-19 fueron institucionales, ocurriendo principalmente en EESS del MINSA, y ocurren principalmente en EESS de II y III nivel de atención, tal como puede apreciarse en la tabla 2.

Tabla 2. Características de las muertes maternas, Perú, 2015 – 2021*

Características del fallecimiento	2015 - 2019	2020	2021*	COVID - 19 2020	COVID - 19 2021*
Momento	%	%	%	%	%
Puerperio	59.6	61.0	66.5	69.0	80.0
Embarazo	31.3	31.6	26.1	29.6	20.0
Parto	7.6	7.0	7.0	1.4	–
Desconocido/Otros	1.5	0.5	0.4	–	–
Lugar					
Institucional	77.0	75.6	76.5	93.0	93.1
MINSA	63.4	62.4	60.4	74.6	63.8
EsSalud	11.4	10.7	14.6	14.1	27.7
PNP/FFAA	0.3	0.5	–	1.4	–
Privados	1.8	2.1	1.5	2.8	1.5
Extra institucional	23.0	24.4	23.5	7.0	6.9
Domicilio	11.7	13.0	12.8	2.8	3.8
Trayecto	9.5	8.6	9.1	2.8	2.3
Otros	1.9	2.8	1.5	1.4	0.8
Nivel - Categoría del EESS de fallecimiento (solo muertes institucionales)					
I Nivel	15.1	6.1	4.5	–	1.7
II Nivel	41.1	54.3	52.6	42.4	49.6
III Nivel	43.1	39.3	42.9	57.6	48.8
Sin datos	0.7	0.3	0.0	–	–

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

*Hasta SE 52 del año 2021, base de datos preliminar (actualizada al 04 de enero 2022)

Datos válidos disponibles de la investigación epidemiológica y notificación inmediata al 07/01/2022.

Se consideraron las muertes notificadas como directa e indirecta, ocurridas hasta los 42 días de culminada la gestación. COVID-19: MM notificadas al sistema de vigilancia epidemiológica como fallecida a causa de la COVID -19 confirmada o sospechosa.

Causas de muerte.

Finalmente, en cuanto a las causas de muertes materna el Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades – MINSA señala que como consecuencia de la pandemia por la COVID-19, el principal cambio que se produjo en las causas de MM fue el incremento progresivo de las causas indirectas en el 2020 (+8,9 %) respecto al promedio del quinquenio anterior, y que durante el I semestre de 2021 pasaron a concentrar el 58,9% del total de MM, desplazando a las causas directas que, hasta antes de la pandemia por la COVID-19 fueron las predominantes a nivel nacional. (Tabla 3)

Hasta la SE 52 - 2021, el 50,8% (226) del total de muertes ocurrieron debido a causas directas y el 49,2% (219) por causas indirectas, con diferencias entre en I y II semestre (Tabla 3):

La infección por la COVID-19 (29,2%), fue la principal causa de MM, y representó el 59,4% (130/219) del total de causas indirectas hasta la SE 52 - 2021, sin embargo, al comparar el I (40,4%) y II (8,9%) semestre se observa disminución de MM por esta causa en el II semestre.

Las hemorragias y trastornos hipertensivos ocupan el segundo y tercer lugar a nivel nacional, siendo las principales causas directas de MM. Al comparar el I y II semestre se observan incremento en la proporción de MM por estas causas en el II semestre, así mismo en este último semestre, se observan proporciones similares comparado al quinquenio anterior a la pandemia por la COVID-19 (2015 - 2019).

Con el inicio de la inmunización a gestantes contra la COVID-19 a mediados de junio, durante el II semestre 2021, se produjo una disminución en las MM, comparado al I semestre; lo que respondería principalmente a la disminución de MM a causa de la COVID-19, que paso de 116 en el I semestre a 14 en el II semestre. Así mismo, en el último semestre del 2021, las causas directas (hemorragias y trastornos hipertensivos) pasaron a valores similares a los presentados en el periodo pre pandemia.

Tabla 3. Muerte materna según causas de defunción, 2015 - 2021*

CAUSAS DE DEFUNCIÓN	2015 - 2019	2020	2021*	2021*	
				I Sem.	II Sem.
	%	%	%	%	%
Causas Directas	65.0	56.1	50.8	41.1	68.4
Hemorragia obstétrica	23.2	19.0	19.8	17.8	23.4
Trastornos hipertensivos	22.6	21.6	17.1	13.9	22.8
Otras causas obstétricas directas	5.1	5.4	2.7	2.8	2.5
Aborto y sus complicaciones	6.6	2.3	3.8	1.7	7.6
Infección obstétrica /Sepsis	4.7	3.1	3.6	1.4	7.6
Otras directas (poco específicas)	2.9	4.7	3.8	3.5	4.4
Causas Indirectas	35.0	43.9	49.2	58.9	31.6
Enfermedad por la COVID - 19	-	16.7	29.2	40.4	8.9
Enfermedad cerebrovascular/ Sistema nerv.	4.4	3.5	2.5	2.1	3.2
Otras causas indirectas	7.4	2.8	3.1	3.5	2.5
Enfermedades neoplásicas	4.4	2.1	2.0	2.8	0.6
Trastorno cardiovascular/vascular	4.4	3.1	2.5	2.4	2.5
Enfermedad del sistema respiratorio	4.1	4.2	1.6	0.7	3.2
Enfermedad sistema digestivo	2.7	1.6	1.1	1.4	0.6
Enfermedades infecciosas y parasitarias	4.7	4.5	2.2	1.0	4.4
Otras indirectas (poco específicas)	2.9	5.4	4.9	4.5	5.7
TOTAL	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

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

*Hasta SE 52 del año 2021, base de datos preliminar (actualizada al 04 de enero 2022)

Datos válidos disponibles de la investigación epidemiológica y notificación inmediata al 07/01/2022. N = 445

Se consideraron las muertes notificadas como directa e indirecta, ocurridas hasta los 42 días de culminada la gestación. COVID-19: MM notificadas al sistema de vigilancia epidemiológica como fallecida a causa de la COVID -19 confirmada o sospechosa.

Subregistro o déficit de buen registro para la toma de decisiones en el Perú.

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud, UNICEF, UNFPA y el Banco Mundial, existen 63 países que cuentan con datos de registro civil caracterizados como completos, con buena atribución de causa de muerte entre los cuales se encuentran Chile, Argentina y Colombia³.

En el Ranking de integridad de la causa de muerte de la Organización Mundial de la Salud, el cual mide el nivel estimado de cobertura de muertes que se registran con información de causa de muerte, se señala que el nivel de integridad de los registros civiles de Perú es de 57.18%⁴, dice al respecto «El progreso está teniendo lugar, especialmente, en aquellos países cuyos gobiernos utilizan los datos para asignar los recursos y tomar las decisiones políticas; y donde los actores colaboran de forma eficaz para crear un cambio real para las mujeres y los niños.» Iniciativa Countdown 2015 (Informe 2013).

Fundamentos jurídicos de la propuesta

a) Sobre la mujer y el niño en nuestra legislación.

Nuestra Constitución Política en su Artículo 4° establece que la comunidad y el Estado protegen especialmente al niño, al adolescente, a la madre y al anciano. Nótese la mención de "protección especial" al niño y también a la madre.

Asimismo, es necesario recalcar que cuando se habla de "niño" en nuestra legislación de acuerdo al Artículo I del Título Preliminar del Código de los Niños y Adolescentes, Ley N° 27337 se está haciendo referencia al ser humano desde su concepción hasta cumplir los doce años de edad.

Por otro lado, el mismo texto sustantivo en su Artículo 2 segundo párrafo señala que es responsabilidad del Estado promover las condiciones adecuadas para la atención de la madre durante las etapas del embarazo, el parto y la fase postnatal.

De esta manera, aunque la vida del ser humano en el vientre es una vida independiente a la de su madre, desarrollará una fase prenatal intrauterina, y conforme al Artículo 2 numeral 1 de nuestra Carta Magna, esta persona humana en el vientre es sujeto de derecho para todo cuanto le favorece.

La necesidad de esta iniciativa legislativa se fundamenta en la necesidad de un adecuado registro y transparencia de la información para la toma de las mejores decisiones en políticas públicas de salvaguarda de la salud de la madre gestante y el niño por nacer.

³ OHS, UNICEF, UNFPA and WORLD BANK (2010). Trends in Maternal Mortality: 1990 to 2008 Estimates developed by WHO, UNICEF, UNFPA and The World Bank

⁴ [https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/completeness-of-cause-of-death-data-\(-\)](https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/completeness-of-cause-of-death-data-(-))

b) Sobre la protección de la vida desde la concepción.

El Estado Peruano tanto en su ordenamiento jurídico interno, en los principales tratados de derechos humanos, reconoce el derecho fundamental a la vida, y asigna literalmente al concebido, la calidad de sujeto de derecho para todo cuanto le favorece.

Desde nuestra Constitución Política, el Código Civil, Código de los niños y adolescentes, la Ley General de Salud, el Ministerio de Salud, la Convención Americana sobre Derechos Humanos, la Convención sobre los Derechos del Niño, se establece como el primer derecho fundamental, el derecho a la vida.

La Constitución Política en su Artículo 2°, numeral 1 reconoce derechos al concebido, mientras que el código civil además del reconocimiento, precisa con redundancia que el concebido es producto de la concepción, y que este es el momento en que se inicia la vida humana.

En resumen, tanto la Constitución política como la normatividad sustantiva establecen que la vida humana inicia en la concepción, y que el concebido es sujeto de derecho.

No solo el Artículo 1° del Título Preliminar del Código de los Niños y Adolescentes, prescribe que se considera niño a todo ser humano desde su concepción, y que el Estado protege al concebido para todo lo que le favorece, sino que el Artículo 1° de la Convención sobre los Derechos del Niño (CDN), señala que, para la Convención, se entiende por niño a todo ser humano menor de dieciocho años de edad; y la misma Convención en su Artículo 6°, prescribe que todo niño tiene derecho intrínseco a la vida y que los Estados parte garantizarán en la máxima medida posible la supervivencia y el desarrollo del niño.

Es decir, le otorga además para efectos de la ley, la calidad de niño, desde el momento en que es concebido. Razón por la cual también en virtud de la Ley N.º 27654 dada por el Congreso de la República el 23 de enero de 2002, se celebra cada 25 de marzo, el "Día del Niño por Nacer".

Pero además del derecho a la vida, el Estado peruano reconoce que el concebido como sujeto de derecho tiene asimismo el derecho a la protección de su salud. Así lo establece el Artículo III de la Ley General de Salud, que toda persona tiene derecho a la protección de su salud, y que el concebido es sujeto de derecho en el campo de la salud. El ente rector en el Artículo 2° que regula sus funciones (Ley del Ministerio de Salud), determina que el Ministerio de Salud conduce, regula y promueve la intervención del Sistema Nacional de Salud con pleno respecto de los derechos fundamentales de la persona, desde su concepción hasta su muerte natural.

c) Marco normativo nacional.

Constitución Política del Perú

I DERECHOS FUNDAMENTALES DE LA PERSONA

Artículo 1.- Defensa de la persona humana

La defensa de la persona humana y el respeto de su dignidad son el fin supremo de la sociedad y del Estado.

Artículo 2.- Derechos fundamentales de la persona

Toda persona tiene derecho:

1. A la vida, a su identidad, a su integridad moral, psíquica y física y a su libre desarrollo y bienestar. El concebido es sujeto de derecho en todo cuanto le favorece.

Artículo 4.- Protección a la familia. Promoción del matrimonio

La comunidad y el Estado protegen especialmente al niño, al adolescente, a la madre y al anciano en situación de abandono. También protegen a la familia y promueven el matrimonio. Reconocen a estos últimos como institutos naturales y fundamentales de la sociedad.

Código Civil Peruano

Artículo 1.- Sujeto de Derecho

La persona humana es sujeto de derecho desde su nacimiento.

La vida humana comienza con la concepción. El concebido es sujeto de derecho para todo cuanto le favorece. La atribución de derechos patrimoniales está condicionada a que nazca vivo.

Ley N° 27337.- Ley que Aprueba el Nuevo Código de los Niños y Adolescentes.

Título Preliminar

Artículo I.- Definición.

Se considera niño a todo ser humano desde su concepción hasta cumplir los doce años de edad y adolescente desde los doce hasta cumplir los dieciocho años de edad.

Artículo IX.- Interés superior del niño y del adolescente.

En toda medida concerniente al niño y al adolescente que adopte el Estado a través de los Poderes Ejecutivo, Legislativo y Judicial, del Ministerio Público, los Gobiernos Regionales, Gobiernos Locales y sus demás instituciones, así como en la acción de la sociedad, se considerará el Principio del Interés Superior del Niño y del Adolescente y el respeto a sus derechos

Artículo 1°.- A la vida e integridad.

El niño y el adolescente tienen derecho a la vida desde el momento de la concepción. El presente Código garantiza la vida del concebido, protegiéndolo de experimentos o manipulaciones genéticas contrarias a su integridad y a su desarrollo físico o mental.

Artículo 2°.- A su atención por el Estado desde su concepción.

Es responsabilidad del Estado promover el establecimiento de condiciones adecuadas para la atención de la madre durante las etapas del embarazo, el parto y la fase postnatal. El Estado otorgará atención especializada a la adolescente madre y promoverá la lactancia materna y el establecimiento de centros de cuidado diurno. La sociedad coadyuvará a hacer efectivas tales garantías.

d) Marco normativo internacional.
Declaración Universal de los Derechos Humanos (1948).

Artículo 25.-

1. Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios; (...)
2. La maternidad y la infancia tienen derecho a cuidados y asistencia especiales. Todos los niños, nacidos de matrimonio o fuera de matrimonio, tienen derecho a igual protección social.

Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos (1948).

Artículo 6.-

1. El derecho a la vida es inherente a la persona humana. Este derecho estará protegido por la ley. Nadie podrá ser privado de la vida arbitrariamente.

Artículo 24.-

1. Todo niño tiene derecho, sin discriminación alguna por motivos de raza, color, sexo, idioma, religión, origen nacional o social, posición económica o nacimiento, a las medidas de protección que su condición de menor requiere, tanto por parte de su familia como de la sociedad y del Estado.

Pacto Internacional de Derechos Económicos Sociales y Culturales (1948).

Artículo 10.-

Los Estados Parte en el presente Pacto reconocen que:

2. Se debe conceder especial protección a las madres durante un período de tiempo razonable antes y después del parto. Durante dicho período, a las madres que trabajen se les debe conceder licencia con remuneración o con prestaciones adecuadas de seguridad social.
3. Se deben adoptar medidas especiales de protección y asistencia en favor de todos los niños y adolescentes, sin discriminación alguna por razón de filiación o cualquier otra condición

Artículo 11.-

11.1 Los Estados Partes en el presente Pacto reconocen el derecho de toda persona a un nivel de vida adecuado para sí y su familia, incluso alimentación, vestido y vivienda adecuados, y a una mejora continua de las condiciones de existencia. Los Estados Partes tomarán medidas apropiadas para asegurar la efectividad de este derecho, reconociendo a este efecto la importancia esencial de la cooperación internacional fundada en el libre consentimiento

Convención Americana sobre derechos humanos (1969)

Artículo 4. Derecho a la Vida

1. Toda persona tiene derecho a que se respete su vida. Este derecho estará protegido por la ley y, en general, a partir del momento de la concepción. Nadie puede ser privado de la vida arbitrariamente.

Artículo 5. Derecho a la Integridad Personal

1. Toda persona tiene derecho a que se respete su integridad física, psíquica y moral

Artículo 19: Derechos del Niño

Todo niño tiene derecho a las medidas de protección que su condición de menor requiere por parte de su familia, de la sociedad y del Estado

Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre (1948)

Artículo II. Todas las personas son iguales ante la Ley y tienen los derechos y deberes consagrados en esta declaración sin distinción de raza, sexo, idioma, credo ni otra alguna.

Artículo VII. Toda mujer en estado de gravidez o en época de lactancia, así como todo niño, tienen derecho a protección, cuidados y ayuda especiales.

Convención de los Derechos del Niño

Preámbulo

Convencidos de que la familia, como grupo fundamental de la sociedad y medio natural para el crecimiento y el bienestar de todos sus miembros, y en particular de los niños, debe recibir la protección y asistencia necesarias para poder asumir plenamente sus responsabilidades dentro de la comunidad,

Artículo 1

Para los efectos de la presente Convención, se entiende por niño todo ser humano menor de dieciocho años de edad, salvo que, en virtud de la ley que le sea aplicable, haya alcanzado antes la mayoría de edad.

Artículo 21.

Los Estados Partes respetarán los derechos enunciados en la presente Convención y asegurarán su aplicación a cada niño sujeto a su jurisdicción, sin distinción alguna, independientemente de la raza, el color, el sexo, el idioma, la religión, la opinión política o de otra índole, el origen nacional, étnico o social, la posición económica, los impedimentos físicos, el nacimiento o cualquier otra condición del niño, de sus padres o de sus representantes legales.

Declaración Universal sobre el Genoma Humano y los Derechos Humanos (1997)

A. La dignidad humana y el genoma humano

Artículo 1.-

El genoma humano es la base de la unidad fundamental de todos los miembros de la familia humana y del reconocimiento de su dignidad intrínseca y su diversidad. En sentido simbólico, el genoma humano es el patrimonio de la humanidad.

III. EFECTOS DE LA VIGENCIA DE LA NORMA.

Del análisis del marco normativo nacional e internacional que protege a la madre gestante y al niño por nacer, se advierte la necesidad de formular políticas a partir de un registro más preciso de los factores problemáticos del embarazo, razón por la cual la

presente iniciativa legislativa no contraviene la Constitución política ni ninguna otra norma vigente, sino que, por el contrario, fortalece y prevé garantizar derechos ya reconocidos.

IV. ANÁLISIS COSTO-BENEFICIO.

El impacto de la presente iniciativa legislativa beneficiará con un mayor bienestar integral a la madre gestante y el niño por nacer, razón por la cual la ley propuesta supera largamente el costo de su vigencia, fortalece el cumplimiento de derechos fundamentales reconocidos a nivel nacional e internacional, y no irroga gastos al Estado ya que las funciones del Observatorio propuesto están enmarcadas en el presupuesto institucional del Ministerio de Salud, entre otras factibles medidas de financiamiento.

V. RELACIÓN CON LA AGENDA LEGISLATIVA Y LAS POLÍTICAS DE ESTADO DEL ACUERDO NACIONAL.

El presente proyecto de ley se encuadra en el Objetivo II *"Equidad y Justicia Social"*, Política de Estado 16 del Acuerdo Nacional *"Fortalecimiento de la Familia, promoción y protección de la niñez, la adolescencia y la juventud"*, Tema 41 de la Agenda Legislativa referido a la defensa de la *"Mujer y Familia"*.