

doi: <https://doi.org/10.18359/rli.5823>



# Dinámicas sociales en salud materna con énfasis en la Morbilidad Materna Extrema y aportes de la bioética en su comprensión: una revisión narrativa de la literatura\*

Mónica Paola Quemba-Mesa<sup>a</sup>

**Resumen:** El propósito del presente artículo es analizar las dinámicas sociales en salud materna y los aportes de la bioética en su comprensión, haciendo énfasis en la Morbilidad Materna Extrema. Para ello, se llevó a cabo una revisión narrativa realizada en las bases de datos Scopus, Pubmed, Web of Science, Lilacs, Scielo y Google Scholar con la estrategia "*Maternal Health*" AND "*Bioethics*" OR "*Social Justice*"; incluyendo artículos en español, inglés y portugués, publicados en los últimos 25 años. En los resultados se incluyeron 79 manuscritos originales y 21 manuscritos de reflexión y revisión, que surtieron el análisis descriptivo al generar las siguientes categorías temáticas: 1. Necesidades de atención en salud y de cuidado; 2. Determinantes sociales, factores de riesgo y protectores; 3. Calidad de la atención, experiencias en el tratamiento y barreras de acceso; y 4. Perspectivas éticas y bioéticas de la salud materna. Como conclusión, se pudo afirmar que el abordaje bioético de la salud materna propone categorías de análisis como la justicia, la equidad, la autonomía y el acceso. Además de las condiciones de vida desde la pluralidad cultural y las consideraciones en cuanto a la comunicación y el lenguaje. Lo anterior, implica que desde los sistemas de salud se deben rediseñar los enfoques de atención en salud materna para abordar las vulnerabilidades y potenciar las capacidades de las mujeres.

**Palabras clave:** bioética; justicia social; morbilidad; salud materna

**Fecha de recepción:** 10/06/2021

**Fecha de aceptación:** 05/02/2022

- 
- \* Esta revisión narrativa de la literatura hace parte del desarrollo de la tesis *Significados de la experiencia vivida al ser mujer en condición de Morbilidad Materna Extrema (MME). Un análisis desde la bioética de las poblaciones y de intervención por medio de la fenomenología médica*, desarrollada en el Doctorado en Bioética de la Universidad Militar Nueva Granada.
  - a Enfermera, especialista en Epidemiología Clínica, magíster en Enfermería, candidata a doctora en Bioética. Universidad Militar Nueva Granada y Universidad de Boyacá. Tunja, Colombia.

Correo electrónico: [mpquemba@uniboyaca.edu.co](mailto:mpquemba@uniboyaca.edu.co)

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5646-6123>

**Disponível em linha:** 21/06/2022

**Cómo citar:** Quemba-Mesa MP. Dinámicas sociales en salud materna con énfasis en la Morbilidad Materna Extrema y aportes de la bioética en su comprensión: una revisión narrativa de la literatura. Rev. latinoam. bioet [Internet]. 21 de junio de 2022 [citado 21 de junio de 2022];22(1):113-130. Disponible en: <https://revistas.unimilitar.edu.co/index.php/rubi/article/view/5823>

### *Social Dynamics in Maternal Health with Emphasis on Extreme Maternal Morbidity and Contributions of Bioethics in its Understanding: a Narrative Review of the Literature*

**Abstract:** The purpose of this article is to analyze the social dynamics in maternal health and the contributions of bioethics in its understanding, emphasizing Extreme Maternal Morbidity. In this vein, a narrative review was carried out in the Scopus, Pubmed, Web of Science, Lilacs, Scielo and Google Scholar databases with the "Maternal Health" AND "Bioethics" OR "Social Justice" strategy; including articles in Spanish, English and Portuguese, published in the last 25 years. The results included 79 original manuscripts and 21 reflection and review manuscripts, which provided the descriptive analysis by generating the following thematic categories: 1. Health care and care needs; 2. Social determinants, risk and protective factors; 3. Quality of care, treatment experiences, and barriers to access; and 4. Ethical and bioethical perspectives of maternal health. In conclusion, it was possible to affirm that the bioethical approach to maternal health proposes categories of analysis such as justice, equity, autonomy and access; in addition to the living conditions based on cultural plurality and considerations regarding communication and language. The foregoing implies that health systems must redesign maternal health care approaches to address vulnerabilities and enhance the capacities of women.

**Keywords:** Bioethics; Social Justice; Morbidity; Maternal Health

### *Dinâmica social na saúde materna com ênfase na Morbidade Materna Extrema e contribuições da bioética em sua compreensão: uma revisão narrativa da literatura*

**Resumo:** O objetivo deste artigo é analisar a dinâmica social na saúde materna e as contribuições da bioética em sua compreensão, com ênfase na Morbidade Materna Extrema. Para isso, uma revisão narrativa realizada nas bases de dados Scopus, Pubmed, Web of Science, Lilacs, Scielo e Google Acadêmico com a estratégia "Saúde Materna" E "Bioética" OR "Justiça Social"; incluindo artigos em espanhol, inglês e português, publicados nos últimos 25 anos. Os resultados incluíram 79 manuscritos originais e 21 manuscritos de reflexão e revisão, que proporcionaram a análise descritiva gerando as seguintes categorias temáticas: 1. Cuidados em saúde e necessidades de cuidado; 2. Determinantes sociais, fatores de risco e proteção; 3. Qualidade do atendimento, experiências de tratamento e barreiras ao acesso; e 4. Perspectivas éticas e bioéticas da saúde materna. Em conclusão, foi possível afirmar que a abordagem bioética da saúde materna propõe categorias de análise como justiça, equidade, autonomia e acesso. Além das condições de vida a partir da pluralidade cultural e considerações sobre comunicação e linguagem. O que precede implica que os sistemas de saúde devem redesenhar as abordagens de atenção à saúde materna para abordar as vulnerabilidades e melhorar as capacidades das mulheres.

**Palavras-chave:** bioética; justiça social; morbidade; saúde materna

## Introducción

La salud materna se ha constituido como una prioridad de atención para los sistemas de salud por ser un referente del funcionamiento de las dinámicas socioeconómicas y sanitarias en una sociedad. Estas dinámicas se ven influenciadas por las condiciones de justicia social y equidad propias de cada país. Un reflejo irrefutable de ello, son los indicadores de salud materno-perinatal, entre los cuales se destacan la Mortalidad Materna (MM) y la Morbilidad Materna Extrema (MME). Por eso, en el año 2012, el *Modelo de Vigilancia Colombiano de la Morbilidad Materna Extrema* definió a la MME como “una grave complicación ocurrida durante el embarazo, parto y puerperio, que pone en riesgo la vida de la mujer y que requiere de una atención inmediata con el fin de evitar la muerte” (1, p. 11).

En relación a la salud materna, la Organización Mundial de la Salud (OMS) ha documentado que cada día mueren en el mundo alrededor de 800 mujeres por causas prevenibles asociadas al embarazo y al parto. De estas muertes, cerca del 99% ocurren en países de ingresos medios y bajos (2). Al respecto, la Organización de las Naciones Unidas (ONU), en concordancia con el tercer objetivo de desarrollo sostenible de salud y bienestar, relacionado a la salud materna, informó que en el mundo la MM es todavía 14 veces mayor en las regiones en desarrollo, donde solo la mitad de las mujeres reciben la cantidad recomendada de atención médica que necesitan (3). En Colombia, aunque estos indicadores han tenido una tendencia de descenso favorable, aún se presenta un número de eventos que sigue siendo significativo. Como muestra de ello, se puede tomar que la razón de la MM pasó de 100/100.000 Nacidos Vivos (NV) en 1998 a menos de 60,4/100.000 NV después del año 2010 (4); y en el 2019 se notificaron 23.544 casos de MME (5). Cabe mencionar que estos eventos de interés en salud pública siguen presentándose con mayor persistencia en las regiones donde hay más población con necesidades básicas insatisfechas y bajos niveles de educación (6).

Lo anterior implica una constante en las condiciones sociales, geográficas y económicas de estas mujeres, lo que las hace vulnerables ante el desarrollo

desfavorable en salud materna. Por esta razón, se hace necesario estudiar con amplitud las condiciones de desigualdad y las barreras de acceso a los servicios de salud con las que se enfrentan. Esta temática es de alto interés desde el enfoque bioético, teniendo como premisa que la bioética tiene diferentes alcances. Pues no solamente se ocupa del campo netamente clínico y médico, sino que, desde su enfoque global, se preocupa por todas las problemáticas en torno a la vida, incluyendo la vida no humana y el medio ambiente. En relación con esto, Osorio-García explica que hoy por hoy la bioética hace una búsqueda razonable de una nueva sociedad que posibilite para todos los habitantes de la tierra una vida decente y digna. Por ello, se encarga de institucionalizar otras formas de relationalidad o “convivialidad” para transformar la sobrevida miserable que sufre gran parte de la humanidad (7).

Para el contexto de la salud materna es necesario resaltar los aspectos descritos por la Unesco como el respeto de la dignidad humana, la igualdad de derechos y la justicia. Estos son las únicas garantías de la paz en el mundo, campo en el cual confluye la bioética como garante de la satisfacción de las necesidades, las libertades básicas y los derechos humanos (8). Por lo tanto, desde la bioética, es necesario abordar las desigualdades socioeconómicas y de salud. De hecho, este es el fundamento de la denominada bioética de la salud de las poblaciones, la cual, bajo la visión de Daniel Wikler, se concentra en los aspectos como los determinantes de la salud, el acceso a los servicios de atención en salud y los factores que generan que unas personas se enfermen más que otras (9).

De igual manera, este abordaje desde la bioética exige tener en cuenta las características diferenciadoras de las realidades y contextos vivenciados en la región, bajo las categorías de análisis capaces de enfrentar los macro-problemas históricamente persistentes en los diferentes ámbitos. Esto, teniendo como base el respeto al pluralismo moral y un enfoque esencialmente transdisciplinar. Desde la visión que propone la denominada bioética de intervención, teorizada por Volnei Garrafa, la cual se centra en la justicia y la salud pública (10), es relevante que la interpretación de los significados de las experiencias de las mujeres sobrevivientes a las MME

contemple integralmente sus condiciones de vida y su pluralidad cultural. Asimismo, debe contemplar el cómo se dio la comunicación y el lenguaje en todo su proceso de atención en salud. En este contexto, la presente revisión narrativa de literatura se desarrolla con el propósito de analizar los aportes de la bioética aplicada a la salud materna en la comprensión de la MME. Esto, tomando como sustento las publicaciones realizadas en la materia.

## Materiales y métodos

Una revisión narrativa de la literatura es un proceso de estudio detallado y selectivo de lo que se ha publicado sobre un tema para facilitar su comprensión, incluyendo todo tipo de información de distintas fuentes (11). En específico, esta búsqueda de la literatura buscó dar respuesta a la pregunta: ¿cuáles son los aportes de la bioética en el análisis de la salud materna relacionada con la MME?

La búsqueda de la literatura fue realizada en las bases de datos Scopus, Pubmed, Web of Science, Lilacs, Scielo y Google Scholar. Los términos de búsqueda fueron: DeSC (Descriptores en Ciencias de la Salud) y MeSH (*Medical Subject Headings*), siguiendo la siguiente estrategia de búsqueda: (*Maternal Health AND Bioethics OR Social Justice*). Estas combinaciones de términos se escogieron para tener mayor amplitud en la búsqueda, bajo los criterios de selección de los artículos disponibles en texto completo, de idioma español, inglés y portugués, tomando en cuenta los estudios realizados desde el año 1995 hasta el 2020 (últimos 25 años).

Del mismo modo, se seleccionaron 79 antecedentes de estudios de investigación primarios (incluyendo diseños cualitativos y cuantitativos) y 21 manuscritos secundarios (de reflexión). Los cuales surtieron un análisis descriptivo en su contenido y generaron aportes en cuatro categorías de análisis temático:

- 1) Necesidades de atención en salud y cuidado de las mujeres gestantes.
- 2) Determinantes sociales, factores de riesgo y protectores de la salud materna.
- 3) Calidad de la atención materna, experiencias en el tratamiento médico y barreras de acceso.

- 4) Abordaje ético y bioético de la salud materna: aportes de la bioética de la salud de las poblaciones y la bioética de intervención.

## Desarrollo

En la tabla 1 se describen las características bibliométricas generales de los 100 artículos incluidos. Estas contienen información sobre el tipo de estudio, la región, el idioma, la base de datos y la temporalidad. En ese sentido, se identificó que la mayoría de manuscritos son de la base de datos de Pubmed, de diseños cuantitativos, provenientes de Norte y Sudamérica, escritos en inglés, y publicados en su mayoría desde el año 2016 en adelante.

**Tabla 1.** Características bibliométricas de los estudios seleccionados.

<b>Base de datos:</b>	Lilacs: 8 (8%); Pubmed: 40 (40%); Scielo: 10 (10%); Scopus: 31 (31%); wos-Web of Science: 9 (9%); Google Scholar: 2 (2%)
<b>Tipo de estudio:</b>	Cuantitativo observacional: 51 (51%); Cuantitativo experimental: 4 (4%); Cualitativo: 24 (24%); Reflexión: 21 (21%)
<b>Idioma:</b>	Inglés: 81 (81%); español: 16 (16%); portugués: 3 (3%)
<b>Temporalidad:</b>	1995-2000: 3 (3%); 2001-2005: 16 (16%); 2006-2010: 11 (11%); 2011-2015: 18 (18%); 2016-2020: 52 (52%)
<b>Región:</b>	África-Uganda: 8 (8%); Norte América: 49 (49%); Suramérica: 25 (245%); Asia: 9 (9%); Europa: 5 (5%); Oceanía: 4 (4%)

Fuente: elaboración propia.

Los manuscritos seleccionados se agruparon desde el punto de vista temático en las siguientes categorías:

## Necesidades de atención en salud y cuidado de las mujeres gestantes

En las necesidades de atención en salud y cuidado a las mujeres durante la gestación, parto y posparto influyen aspectos socio-emocionales, educativos y de recursos mínimos que ayudan a solventarlas oportunamente y con calidad. Al respecto, se puede mencionar que las mujeres que perciben mayor apoyo de la familia sufren menores complicaciones

puerperales (12), de tal suerte que las intervenciones que reducen el estrés permiten la prevención del parto prematuro (13). También se ha documentado que los niveles más altos de educación materna se correlacionan con una menor prevalencia de sobrepeso y malnutrición (14); mientras que la diabetes gestacional se asocia, entre otros factores, con la privación social (15). Asimismo, es importante la no exposición a la contaminación, dado sus impactos en la salud materna (16). El contar con condiciones adecuadas antes, durante y posterior al nacimiento es vitales para la salud y el bienestar del recién nacido, la madre y la familia (17). En caso de que existan problemas de salud mental y conductual, la mujer necesita ser intervenida con estrategias de apoyo e identificación oportuno (18).

De igual forma, es necesario que exista la atención en salud orientada a las mujeres gestantes que tienen condiciones de vulnerabilidad específicas. Ya que, basándose en el principio de justicia social, considerar las vulnerabilidades para tratar posibles complicaciones permite mejorar la calidad de la atención del período de intraparto y reducir estigmas sociales (19, 20). Un ejemplo particular de vulnerabilidad específica es la pertenencia a un grupo étnico, pues en estos casos es necesario reorientar los servicios de salud materna para responder a sus necesidades culturales: brindar apoyo a los partos domiciliarios, invertir en generar confianza con la comunidad y preservar las prácticas tradicionales beneficiosas (21). La adecuación de los enfoques de competencia cultural es fundamental para la reducción de las desigualdades en la atención materno-infantil (22).

En ese orden de ideas, para aumentar el acceso a la atención materna de las mujeres de grupos socialmente desfavorecidos es necesario implementar intervenciones de educación en salud, adaptadas localmente para abordar las creencias y actitudes de cada población (23). Lo anterior, con el objetivo de fomentar el empoderamiento de las mujeres por medio del conocimiento sobre sus derechos y mecanismos de denuncia (24). Además, en pro de la justicia social, se debe implementar la planificación de la salud desde el enfoque de los derechos colectivos (25).

En general, se requiere la presencia de programas sociosanitarios para mejorar la atención materno-perinatal en zonas con baja renta familiar. Esto, para contribuir a la reducción de las desigualdades en salud materno-infantil (26). En un escenario de población con bajos ingresos, es indispensable estar mejor equipado que otros para atender a las personas (27). En ese sentido, también es necesario aplicar un enfoque de justicia reproductiva para brindar educación, servicios de planificación familiar y atención prenatal (28). También, se requiere de un modelo de justicia terapéutica en la atención materna y la atención de partería para mejorar la seguridad y el bienestar de mujeres y niños (29). Lo expuesto nos lleva a pensar que, para disminuir la MM, es necesario una propuesta que implique la responsabilidad compartida y la solidaridad mundial (30). Puesto que las disminuciones de las muertes maternas evitables requieren la cooperación con agencias de servicios sociales y el sistema de justicia penal, además de los sistemas de atención de salud física y mental (31).

## Determinantes sociales, factores de riesgo y protectores en la salud materna

Los estudios de MME en Colombia muestran que las condiciones familiares, sociales, culturales e históricas de ciertas regiones limitan las posibilidades de la población para ser, actuar y decidir después de sobrevivir a una MME (32). Las mujeres con MME presentan rasgos comunes como la baja escolaridad, el desempleo y estar expuestas a un menor soporte social que otras (33). Esto concuerda con lo encontrado en investigaciones acerca del impacto que los aspectos sociales tienen en el desarrollo de desenlaces desfavorables en salud materna, como la prematuridad (34).

La salud mental de las gestantes está influenciada de forma importante por la posición socioeconómica (35), en especial en las adolescentes (36), mucho más si son migrantes vulnerables, caso en el cual el estrés traumático y los riesgos relacionados con la salud sexual también están presentes (37). A su vez, estos trastornos están relacionados directamente con un mayor riesgo de parto prematuro (38). Una

alteración de salud mental frecuente es la depresión posparto. De hecho, se ha documentado que esta se presenta aproximadamente en el 12% de todas las madres blancas, en el 38% de las madres negras (39) y en el 23% de nativas americanas (40). Por ello, se debe prestar mayor atención a la prevención y tratamiento de la depresión en madres, sobre todo si estas están en situación de pobreza. Los esfuerzos podrían incluir ampliar la asistencia financiera para el uso de servicios de salud mental y/o realizar campañas educativas para aumentar el conocimiento de los servicios disponibles (41). De ser necesario, el abordaje debe incluir los antecedentes de traumas y alteraciones psicológicas de forma especializada (42).

En general, los riesgos de comorbilidades durante la gestación aumentan en contextos socio-culturales y geográficos desfavorables. Esto se agudiza en contextos en donde hay poco compromiso social externo con la maternidad (con instituciones legales de justicia débiles y servicios de salud limitados) (43). Por esta razón, es fundamental la educación materna, los comportamientos y la participación en programas sociales (44). Aun así, se evidencia una constante sobre la información de la distribución de las desigualdades, siendo estas en zonas geográficas y estratos sociales distintos (45). Por ejemplo, las privaciones socioeconómicas de los lugares de residencia se asocian con el desarrollo de tabaquismo durante el embarazo (46), mientras que las características sociodemográficas se relacionan con el consumo de alcohol y sustancias (47). Por otro lado, el no contar con controles prenatales tempranos se asocia con el tener menores ingresos (menos de 1 salario mínimo per cápita) y con la falta de acceso a un plan de salud privado (48).

Por su parte, la exposición a ciertos contaminantes del agua potable (como el arsénico y el nitrato) están potencialmente asociados con el parto prematuro (49). Así como los trastornos hipertensivos del embarazo están relacionados con el peso alto antes del embarazo (50). Bajo esa lógica, también es posible pensar que las altas tasas de cesárea se relacionan con factores sociales, económicos y culturales (51), y las enfermedades infecciosas maternas durante el embarazo confieren mayor asociación

con vulnerabilidades del desarrollo de las futuras generaciones (52). Es importante mencionar que el impacto de la violencia de pareja aumenta significativamente el riesgo de MME, morbilidad neonatal y mortalidad (53). En consecuencia, los intentos de matrimonio forzado afectan el funcionamiento materno-infantil (54). De igual forma, en los embarazos de menores de edad, se cree que los riesgos están más relacionados con el estigma y el abandono, como la falta de apoyo familiar, que con la madurez física, lo que lleva al retraso en la búsqueda de atención prenatal y del parto (55).

En cuanto a las relaciones entre disparidades en salud materna y la pertenencia racial de las mujeres gestantes, existe un importante número de estudios que documentan el tema en países como USA y Brasil. Las mujeres negras son expuestas a altos niveles de racismo, lo que impactan negativamente en términos de los resultados en salud materna (56). Por ello, al ser mulato o negro es más frecuente que se presente: bajo peso al nacer (57, 58), un parto prematuro (59), ser pequeño para la edad gestacional, falta de atención prenatal (60), un parto prematuro espontáneo (61), aumento de peso gestacional (62), tener niños grandes para la edad gestacional (63), trastorno del espectro alcohólico fetal (64), uso de cigarrillos durante el embarazo o desarrollo de trastornos hipertensivos (65). Todo esto se debe a una mayor exposición a factores de riesgo pre y perinatal (66).

Lo anterior se relaciona con la alta frecuencia de discriminación por el nivel educativo y el color de piel en la atención brindada a las maternas (67). Al ser las minorías las que tienen mayores probabilidades de verse afectadas por estas diferencias raciales (68), son evidentes los resultados adversos del parto (69) y las disparidades raciales/étnicas para el acceso a tratamientos específicos en la gestación, como es el acceso a la vacuna contra la influenza (70). En ese orden de ideas, es posible afirmar que los entornos individuales, las políticas de los servicios de salud materna y la posición social de la mujer contribuyen conjuntamente a la experiencia de la maternidad y al acceso a la atención de salud (71). Es evidente también que la insuficiencia del uso de la asistencia en salud se asocia con la persistencia de la desigualdad social (72).

## Calidad de la atención materna, experiencias en el tratamiento médico y barreras de acceso

Las experiencias en el tratamiento médico que han sido documentadas sugieren que deben mejorarse los estándares de calidad de la atención en salud materna. Entre estos aspectos, se destaca la percepción de las mujeres sobre las dificultades en el tratamiento y la hospitalización; además de los traumas en los procesos de atención (33), la falta de satisfacción y de acompañamiento (73), las oportunidades perdidas para la identificación de MME, y el temor de comunicar el malestar frente a la descalificación y las deficiencias de infraestructura, personal y equipo (74). Asimismo, las guías de práctica clínica a menudo no se alinean con las experiencias y limitaciones de las mujeres. Las madres necesitan una atención integral, que es difícil de brindar debido a las numerosas limitaciones del sistema (75). Esto conlleva a riesgos médicos maternos durante el período prenatal que pueden tener consecuencias para el desarrollo conductual de su descendencia (76).

A lo largo del tiempo, se han sugerido estrategias para mejorar la calidad de la atención materna, las cuales han sido probadas exitosamente en contextos complejos, como el de los países africanos. Esto se ha hecho con el objetivo de garantizar la igualdad en accesibilidad y disponibilidad del servicio de atención prenatal, a pesar de las diferencias socioeconómicas de las familias. Por lo tanto, para la prestación de servicios de salud, tanto en el sector público como en el privado, se sugiere tener presentes los principios de equidad y justicia social (77).

En contextos sociales complejos, los incentivos a las nuevas madres funcionan para crear un discurso que fomente la asistencia a los servicios formales de maternidad durante el embarazo (78). Estas estrategias, las cuales sirven para reducir la MM, requieren: diseñar intervenciones basadas en la comunidad, proporcionar subsidios a las mujeres rurales, tener hospitales para partos hospitalarios, detectar las complicaciones del embarazo a tiempo y establecer un sistema de rescate de emergencia para las mujeres embarazadas críticamente

enfermas (38). Para este escenario, es importante el diálogo comunitario y la sensibilización, educación, capacitación, divulgación, promoción, tutoría y apoyo directo a la población (79). Igualmente, los datos registrados en los sistemas de información deben ser una fuente confiable para monitorear, evaluar y planificar las medidas de minimización de las desigualdades en salud infantil (80). Así, las intervenciones abordarían de forma profunda las necesidades de déficit de infraestructura y soporte para la defensa de las mujeres (81), con un enfoque de fortalecimiento de los sistemas de salud que garantice un acceso oportuno, apropiado y de alta calidad (82).

Es frecuente evidenciar que las barreras de acceso a los servicios de salud impactan de forma negativa los desenlaces en salud materno-perinatal. Las mujeres enfrentan las consecuencias de los sistemas de poder opresivos para acceder a la atención de salud reproductiva, incluidos los altos costos y la falta de cobertura de un seguro de salud adecuado (83). Además, en relación a las demoras en el acceso a este tipo de atención en salud, es persistente la falta de ordenamiento urbano, coordinación institucional y regulación de los costos para el traslado, y la falta de claridad sobre los itinerarios y rutas críticas para acceder a la atención (74).

De forma específica, las situaciones de pobreza e inequidades económicas limitan el acceso a cuidados prenatales y el contar con asistencia calificada en el parto (84). En ese sentido, es evidente que, en promedio, las madres hospitalizadas provienen de lugares más distantes a los centros de atención. Por ello, tienen un gasto promedio mayor (85). Además, la percepción poco favorable que las mujeres tienen sobre el control prenatal explica la no asistencia a las consultas (86). Esto se agudiza más al hablar de poblaciones con especial vulnerabilidad, como son los migrantes, quienes se enfrentan a una serie de obstáculos para acceder a los servicios de salud (87).

En general, para mejorar el acceso a los servicios de cuidado prenatal es necesario reflexionar sobre los privilegios en la sociedad y la agenda para promover la equidad en la atención médica (88). Se requiere también que los prestadores de salud mejoren la calidad e integridad del control prenatal

como estrategia complementaria para asegurar un efecto en la reducción de la morbimortalidad materno y perinatal (89).

## Abordaje ético y bioético de la salud materna: la bioética de la salud de las poblaciones y la bioética de intervención

El abordar las problemáticas en torno a la salud materna requiere de un marco ético específico. La denominada *Investigación para la justicia sanitaria* es una propuesta que aporta importantes elementos, pues brinda una orientación inicial sobre cómo vincular los sistemas de salud y la investigación en países de bajos y medianos ingresos, que no tienen equidad en salud (90). En estos países, las problemáticas se hacen evidentes desde los relatos de nacimientos contados por madres que describen cuidados irrespetuosos y dañinos. Lo que, a su vez, expone la invisibilidad de las mujeres que dan a luz en estos contextos. En términos de conflicto materno-fetal, la bioética contribuye sopesando la autonomía de la madre frente a la obligación de beneficencia hacia el bebé (91).

De igual forma, la bioética ofrece reflexiones sistemáticas al involucrar a los profesionales de la salud y demás actores implicados en el fomento de la salud materna y sexual (92). Bajo esta lógica, los programas y políticas en salud deben priorizar medidas que promuevan el acceso universal a los servicios de atención obstétrica de alta calidad (93). Pues, en el escenario actual, la injusticia está presente cada vez que se da una maternidad insegura. Asimismo, los desenlaces desfavorables en salud materna son la expresión de las inequidades de género y de las injusticias que las mujeres vivencian a causa de vulnerabilidades sociales, económicas y/o religiosas que afectan su libertad de decidir iniciar o continuar la gestación, y su posibilidad de tener acceso a servicios de salud prenatal, durante el parto y en el posparto (94). Al respecto, cabe mencionar que casi el 99% de las muertes maternas ocurren en los países en vías de desarrollo, lo cual es éticamente y legalmente indefendible en términos de la no discriminación, la igualdad en asignación de recursos sanitarios y la garantía de

los derechos humanos, como el de la supervivencia (derecho a la vida) (95).

De forma particular, la mortalidad y morbilidad materna se han reconocido cada vez más como un problema crítico de derechos humanos en términos de la provisión y experiencia de atención durante y después del embarazo (96). Abordar esta problemática desde la bioética permite la reconstrucción social de las realidades de la salud materna para contribuir a aliviar la carga de la MM (97). Hablando de derechos humanos, en teoría, estos deberían respaldar de forma más cercana la garantía de una maternidad segura. Puesto que están relacionados con la vida, la libertad, la seguridad, la fundación de las familias, la salud, los beneficios de los progresos científicos, la igualdad y la no discriminación por sexo, estatus marital, raza o clase social (98).

En Colombia, las reflexiones bioéticas sobre la gestación implican el respeto a la autonomía de las mujeres gestantes. Lo anterior está condicionado a los significados del cuerpo y la autonomía femenina que tienen tanto las mujeres como los profesionales de la salud que las atienden (99). En ese sentido, la problemática radica en que el cuerpo de las mujeres ha tenido históricamente una connotación de inferioridad y, como consecuencia, se ha excluido y discriminado a la población femenina en muchos contextos (100). Quienes reclaman justicia social encuentran que la autonomía, la justicia y el género se entretujan como elementos que favorecen a los sujetos de derecho (101). No obstante, la atención clínica de los profesionales en salud se ha centrado tanto en el sistema reproductor de las gestantes y los riesgos del embarazo que han convertido al cuerpo de las mujeres en un objeto con el que establecen una relación paternalista que vulnera la autonomía (102).

Desde la óptica de situaciones clínicas e investigativas específicas, la bioética aporta múltiples elementos para la toma de decisiones complejas. Los problemas bioéticos del cuidado materno surgen, especialmente, en situaciones de cuidados críticos: cuando está la vida del feto vs. la vida de la madre; cuando se requiere del retiro de atención en una paciente embarazada con muerte cerebral; cuando hay violencia doméstica (103); cuando se debe



dar manejo a la preeclampsia, causa importante de morbimortalidad (104), etc. El respeto por la autonomía materna se distingue de una obligación de beneficencia fetal, colocando a los profesionales en situaciones éticas complicadas si el objetivo de las mujeres embarazadas está en desacuerdo con los mejores intereses de la salud del feto (105).

Por su parte, la investigación durante el embarazo se ve afectada por múltiples desafíos éticos que no han recibido suficiente atención y consideración internacional por parte de las comunidades bioéticas, clínicas y de formulación de políticas. Dada la naturaleza compleja del tema, este es un logro significativo a alcanzar para abordar una cuestión importante de justicia social (106). En general, en estas situaciones complejas, se busca equilibrar el respeto por la autonomía de la paciente y la atención a los riesgos a corto y largo plazo para el bienestar materno y neonatal (107). A lo anterior se llega por medio de las herramientas que desde la deliberación bioética se tienen, con el fin de proveer los cursos de acción que sean más beneficiosos en cada situación particular.

Así, si bien la salud materna pre-concepcional, gestacional y durante el proceso de parto es una prioridad de los diferentes sistemas de salud, las dinámicas sanitarias y los resultados en salud materna se ven influenciados por las condiciones de justicia social y equidad propios de cada país. A su vez, los resultados en salud materna también se relacionan con las posibles condiciones sociales, geográficas y económicas propias de las mujeres vulnerables para el desarrollo de MME y MM.

En el contexto de estas problemáticas, es relevante abordar la visión de la bioética de la salud de las poblaciones propuesta por Daniel Wikler. La cual está teóricamente orientada a aspectos como los determinantes de la salud, el acceso a los servicios de atención en salud y los factores que generan que unas personas se enfermen más que otras (9). Sobre estos temas, Wikler reflexiona que la bioética necesita nuevos recursos filosóficos que vayan más allá de la moralidad individual o de los códigos éticos; necesita elementos sociales y políticos que, particularmente, provengan de la teoría de la justicia distributiva. Lo anterior, puesto que los problemas de la salud en las poblaciones necesariamente

abordan aspectos como la economía, la historia y la política, los cuales determinan de forma directa las condiciones de vida de las poblaciones y las posibilidades de acceso a los servicios de salud (9).

Por su parte, Mendieta-Izquierdo *et al.* (108) proponen que la bioética se ha desarrollado en 4 momentos: 1) los códigos de conducta profesional; 2) el surgimiento de la bioética en la relación médico-paciente; 3) el enfoque de estructura, financiamiento y organización de los servicios de salud; y 4) una bioética preocupada por la salud de la población. En el cuarto momento, los autores se centran en cómo la salud de las poblaciones se relaciona y se ve impactada por las tecnologías en salud, las condiciones de acceso a los servicios de atención, los factores que generan que unas personas se enfermen más que otras, las condiciones de los menos favorecidos y cómo estos necesitan ser priorizados sobre el resto de la población.

Teniendo en cuenta los aspectos anteriormente mencionados, los cuales confieren características diferenciadoras a las realidades y contextos vivenciados en la región, existen posiciones consolidadas desde la bioética latinoamericana que proponen otras categorías de análisis a ser consideradas. Estas se dan en adición a los 4 principios tradicionales: autonomía, beneficencia, no maleficencia y justicia. En esta materia, uno de los pensadores destacados es Volnei Garrafa (109), quien propone herramientas teóricas y metodológicas para enfrentar los macro problemas históricamente persistentes o emergentes en los diferentes ámbitos. Para ello, el autor tiene como base el respeto al pluralismo moral, un enfoque esencialmente transdisciplinar, la visión de las cuestiones a partir de los paradigmas de la complejidad y totalidad concreta y las referencias de análisis bioético, como la comunicación y el lenguaje, la argumentación, el diálogo, la coherencia, el consenso y la racionalidad (109).

Sobre estas bases se propone la denominada bioética de intervención, la cual se centra en la justicia y la salud pública, y se relaciona con la filosofía del *Buen Vivir*: “todas las personas tienen derecho a una vida decente, que les asegure salud, alimentación, agua limpia, oxígeno puro, vivienda adecuada, saneamiento ambiental, educación, trabajo,

descanso y ocio, cultura física, vestuario, pensión, etc.” (10, p. 149), la cual no considera solo los bienes materiales, sino que da más relevancia a aspectos como el conocimiento, el reconocimiento social y de pluralidad cultural, los códigos éticos y espirituales de conducta, la relación con la naturaleza, los valores humanos y la visión del futuro (10).

## Discusión

La relación de la MME y la MM con las condiciones de vulnerabilidad y las barreras de acceso a la atención de la salud materna son aspectos que desde la bioética generan grandes espacios para la reflexión y la acción; en busca de estandarizar los mínimos en salud materna a los cuales toda mujer gestante debería acceder. Algunos países con problemáticas similares, o incluso más profundas, han propuesto mecanismos específicos contra estas brechas de desigualdad. Entre ellos, se propone contar con comités que movilicen a la comunidad y permitan aumentar la oferta de los servicios de salud (110). Asimismo, se propone mitigar las barreras financieras (111), contar con tecnologías que apoyen a la toma de decisiones en el manejo de las gestantes (112), fomentar factores de protección para garantizar el nivel académico de educación secundaria o superior de la madre, y apoyar para la asistencia a los controles prenatales (113).

En ese orden de ideas, para generar cambios concretos en la mejora de la salud materna, es necesario tomar en cuenta los elementos para la reflexión aportados desde autores como Badiou (114). Pues, desde su interpretación, la ética debe ser más activa y vivida, no solo un discurso; y su aplicación a la bioética debe trascender hasta las dinámicas rutinarias de los procesos de atención a la salud. En materia de salud materna, esto se traduce al respeto por la autonomía de la mujer frente a sus decisiones en salud. Ya que, en la actualidad, es evidente la deshumanización en los servicios de atención materna por la presencia de rutinas y prácticas en las que se deshumaniza y despersonaliza a la mujer, convirtiéndola casi en un objeto. A la luz de esta reflexión, surge la pregunta de si desde los servicios de salud materna se deben abordar esas singularidades, o más bien solo se deben

prestar servicios estandarizados, insensibles a las necesidades de cada paciente.

Los aportes de Badiou también se centran en la visión macro y el fundamento de las dinámicas nacionales. Estas evidencian las principales vulneraciones en términos de salud materna, lo que explica cómo el poder se manifiesta en Colombia, focalizándose en el beneficio de las personas más favorecidas del país. Bajo estos elementos de análisis, se puede afirmar que cuando los criterios morales en la vida pública y privada fallan, las personas son proclives a que también se dé un colapso de su juicio personal (114). Esto se torna peligroso al hablar de la relación personal de salud-paciente en los servicios materno-perinatales, pues es evidente que tras la deshumanización de la atención en salud, existen contextos laborales y dinámicas que son responsables.

En estas situaciones, muchos de los profesionales de la salud desarrollan un proceso de colapso del juicio individual, en un esfuerzo de mera supervivencia y sin siquiera ser totalmente conscientes. En este proceso, los profesionales asumen como propios actos rutinarios, intentando solo cumplir con estándares establecidos para tener una aprobación como trabajadores eficientes. Por lo que, de forma casi inconsciente, terminan instrumentalizando y despersonalizando a quienes son sus sujetos de cuidado. Desde este límite, se observan acciones como el hecho de llamar a las pacientes “mamá”, “mamita” o por el número de su cama y, de ahí en adelante, se dan cada vez más dinámicas en las que se diluyen totalmente a los seres humanos que están viviendo su proceso de parto y nacimiento (la mujer, su recién nacido y su familia).

Al respecto, retomando las visiones propuestas desde de la bioética de las poblaciones y la bioética de intervención, tanto en el nivel macro (hablando de la forma en cómo los gobiernos organizan sus recursos y disponen sus políticas públicas), como en un nivel intermedio (relacionado a la forma en cómo las instituciones prestadoras de servicios de salud priorizan y brindan sus servicios), los profesionales de la salud están evidentemente influenciados por agentes dominantes. Esto se traduce en inequidades en el acceso a los servicios de salud materna para la pre-concepción, la gestación y el

parto. Por esto, desde la bioética existe la preocupación por analizar la distribución de la salud universal desde una perspectiva de salud poblacional, amplia y no individual (108).

Retomando la importancia de las dimensiones que integran el entorno de la salud al hablar de las mujeres en condición de MME, necesariamente se debe reflexionar sobre las condiciones de vida en las que las pacientes viven, y cómo estas influyen directamente la posibilidad que tienen de ejercer sus libertades básicas. Sobre lo anterior, Nussbaum (115) expone la justicia social, por medio del enfoque de las capacidades centrales, como un conjunto base de oportunidades interrelacionadas para elegir y actuar; entre las que se destacan la vida, la salud, la integridad física y el control sobre el propio entorno. En ese sentido, es posible afirmar que las desigualdades sociales y en salud existentes en las regiones interfieren con el desarrollo de las capacidades centrales en la gran mayoría de las niñas y adolescentes que viven en estratos socioeconómicos bajos. Esta situación impacta directamente en la imposibilidad de tener un plan adecuado de planificación familiar, lo que, a su vez, es la causa de los desenlaces desfavorables en salud materno-perinatal, como es el caso de la MME y la MM.

Por su aplicabilidad práctica en el desafío de ser un país más equitativo en términos de salud materna, Nussbaum (115) también propone algunos principios para la gestión de la justicia distributiva a nivel global. Entre ellos, incluye la sobredeterminación de la responsabilidad de los más favorecidos (las naciones más prósperas, las grandes empresas multinacionales, las principales estructuras del orden económico mundial, entre otras) para direccionar sus esfuerzos a prestar atención a los problemas de los desfavorecidos en cada nación y región (116). Estos aportes hacen parte de las aristas del análisis y de la acción bioética para garantizar el acceso a los servicios de salud materna y las condiciones de vida digna para las mujeres.

## Conclusiones

Al reflexionar sobre los aportes de la bioética aplicada a la salud materna en la comprensión de la

MME a través de la revisión de esta temática desde los diferentes autores, se identificó que las necesidades de atención en salud y cuidado de las mujeres gestantes implican un abordaje integral que incluya aspectos físicos, de la salud mental y de los contextos socioculturales. Lo anterior, con el fin de que los programas de atención a la maternidad prioricen y mitiguen las condiciones específicas de vulnerabilidad.

Asimismo, se evidenciaron determinantes sociales desfavorables que se constituyen como factores de riesgo en la salud materna. Estos factores incluyen aspectos propios de las condiciones de vida de las mujeres que afectan de forma directa los desenlaces preconceptionales, gestacionales y del posparto. Dentro de ellos, se destaca la desigualdad racial, explicada por las desventajas socioeconómicas y la discriminación racial que sufren las mujeres negras; situación que es frecuente en diferentes contextos geográficos de la región.

Para mitigar estas problemáticas es necesario tener en cuenta los antecedentes históricos que afectan esta población; como los aspectos de género y los legados raciales, económicos y políticos. Todos estos acrecientan la desigualdad en la distribución de recursos y el acceso a la atención en salud materna. En ese sentido, el retomar conceptos como la dignidad humana y el considerar la necesidad de garantía de los derechos humanos para estas poblaciones es una base de trabajo importante a ser abordada.

Por todo lo mencionado, es posible decir que las desigualdades sociales y en salud existentes en Colombia interfieren con el desarrollo de las capacidades de muchas niñas, adolescentes y mujeres que viven en los estratos socioeconómicos más bajos. Esto impacta directamente en la imposibilidad de tener la libertad y la autonomía requerida para plantearse la decisión personal de tener o no hijos y cuándo tenerlos. Además, esto expone la existencia de importantes barreras de acceso a los servicios de salud preconceptional, gestacional y de posparto. Todas estas condiciones son el cimiento de los desenlaces desfavorables en salud materna.

Por último, en el abordaje ético y bioético de la salud materna, se resaltan aportes al tema desde la bioética de la salud de las poblaciones y la

bioética de intervención. Estas proponen categorías de análisis de alta pertinencia para la reflexión y la acción transformadora de acercarse de forma más integral a las realidades de las problemáticas en salud materna. En ese sentido, las categorías de análisis aportadas desde la bioética de la salud de las poblaciones son: justicia, equidad, autonomía y acceso a los servicios de salud. Mientras que, desde la bioética de intervención, las categorías son: las condiciones de vida desde la pluralidad cultural y las consideraciones en cuanto a la comunicación y el lenguaje. Lo anterior implica que desde los sistemas de salud de los diferentes países es fundamental repensar y rediseñar los enfoques de ejecución para dirigirse específicamente a aquellos grupos que son más vulnerables. Puesto que estos se enfrentan a mayores obstáculos de acceso al servicio de salud.

## Agradecimientos

Al cuerpo docente y académico del programa de Doctorado en Bioética de la Universidad Militar Nueva Granada.

## Referencias

1. Ministerio de Salud y Protección Social, Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA). Introducción. En: Modelo de vigilancia de la morbilidad materna extrema. Ira edición. Bogotá: Ministerio de Salud y Protección Social [Internet]; 2014 [citado 1 oct. de 2020]; p. 11. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/SM-Evaluacion-Modelo-vigilancia-morbilidad-materna-extrema.pdf>
2. Organización Mundial de la Salud (OMS). Mortalidad materna [Internet]. 2020 [citado 1 oct. 2020]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/maternal-mortality>
3. Organización de las Naciones Unidas (ONU). Objetivos de desarrollo sostenible: salud y bienestar integral [Internet]. 2020 [citado 9 abr. 2021] Disponible en: <https://www.un.org/sustainabledevelopment/es/health/>
4. Narváez-Díaz NS. Informe del evento morbilidad materna extrema, Colombia [Internet]. 2016-2017 [citado 1 oct. de 2020]. Disponible en: <https://www.ins.gov.co/buscador-eventos/Informesdeevento/Morbilidad%20materna%20extrema%202016.pdf>
5. Instituto Nacional de Salud. Boletín epidemiológico semanal: semana epidemiológica 23 [Internet]. 2019 [citado 3 mar. de 2021] Disponible en: <https://www.ins.gov.co/buscador-eventos/BoletinEpidemiologico/2019%20Bolet%C3%ADn%20epidemiol%C3%B3gico%20semana%2023.pdf>
6. Jurado-Ocampo, N. Factores de riesgo para morbilidad materna extrema en gestantes [tesis para optar por el título de Especialización en Ginecología y Obstetricia]. [Bogotá]: Universidad del Rosario; 2014.
7. Osorio-García SN. El desafío bioético de la era planetaria: la convivialidad. *Rev Latinoam Bioet.* 2009; 9(2): 42-61.
8. Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (Unesco). Declaración universal sobre bioética y derechos humanos [Internet]. 2005 [citado 9 abr. de 2021]. Disponible en: [http://portal.unesco.org/es/ev.php-URL\\_ID=31058&URL\\_DO=DO\\_TOPIC&URL\\_SECTION=201.html](http://portal.unesco.org/es/ev.php-URL_ID=31058&URL_DO=DO_TOPIC&URL_SECTION=201.html)
9. Wikler, D. Presidential address: bioethics and social responsibility. *Bioethics.* [Internet]. 1997; 11(3-4): 185-192. doi: <https://doi.org/10.1111/1467-8519.00057>
10. Rivas-Muñoz F, Garrafa V, Feitosa S, Nascimento WF. Bioética de intervención, interculturalidad y no-colonialidad. *Saúde e Sociedade.* [Internet]. 2015; 24(Suppl. 1): 141-151. doi: <https://doi.org/10.1590/s0104-12902015s01012>
11. Zillmer JG, Díaz-Medina BA. Revisión narrativa: elementos que la constituyen y sus potencialidades. *J Nurs Health.* [Internet]. 2018; 8(1): 1-2. doi: <https://doi.org/10.15210/jonah.v8i1.13654>
12. Pedrosa-Lima S, dos Santos E, Lorenzini-Erdmann A, Jatobá-de Souza AI. Unveiling the lived experience meaning of being a woman breastfeeding with puerperal complications. *Texto Contexto-Enferm.* [Internet]. 2018; 27(1): e0880016. doi: <https://dx.doi.org/10.1590/0104-07072018000880016>
13. Franck LS, McLemore MR, Williams S, Millar K, Gordon AY, Williams S, *et al.* Research priorities of women at risk for preterm birth: findings and a call to action. *BMC Pregnancy Childbirth.* [Internet]. 2020; 20(1): 10. doi: <https://doi.org/10.1186/s12884-019-2664-1>
14. Parra DC, Gomez LF, Iannotti L, Haire-Joshu D, Seibert-Kuhlmann AK, Brownson RC. Maternal and familial correlates of anthropometric typologies in the nutrition transition of Colombia, 2000-2010. *Public Health Nutr.* [Internet]. 2018; 21(14): 2584-2594. doi: <https://doi.org/10.1017/S1368980018001337>
15. Collier A, Abraham EC, Armstrong J, Godwin J, Monteath K, Lindsay R. Reported prevalence of ges-

- tational diabetes in Scotland: the relationship with obesity, age, socioeconomic status, smoking and macrosomia, and how many are we missing?. *J Diabetes Investig*. [Internet]. 2017; 8(2): 161-167. doi: <https://doi.org/10.1111/jdi.12552>
16. Woodruff TJ, Parker JD, Kyle AD, Schoendorf KC. Disparities in exposure to air pollution during pregnancy. *Environ Health Perspect*. [Internet]. 2003; 111(7): 942-946. doi: <https://doi.org/10.1289/ehp.5317>
  17. Verbiest S, Tully K, Simpson M, Stuebe A. Elevating mothers voices: recommendations for improved patient-centered postpartum. *J Behav Med*. [Internet]. 2018; 41(5): 577-590. doi: <https://doi.org/10.1007/s10865-018-9961-4>
  18. Fredland N, McFarlane J, Symes L, Maddoux J. Exploring the association of maternal adverse childhood experiences with maternal health and child behavior following intimate partner violence. *J Women's Health*. [Internet]. 2018; 27(1): 64-71. doi: <https://doi.org/10.1089/jwh.2016.5969>
  19. Howard H. Experiences of opioid-dependent women in their prenatal and postpartum care: implications for social workers in health care. *Soc Work Health Care*. [Internet]. 2016; 55(1): 61-85. doi: <https://doi.org/10.1080/00981389.2015.1078427>
  20. Guendelman S, Thornton D, Gould J, Hosang N. Social disparities in maternal morbidity during labor and delivery between mexican-born and us-born white californians, 1996-1998. *Am J Public Health*. [Internet]. 2005; 95(12): 2218-2224. doi: <https://doi.org/10.2105/AJPH.2004.051441>
  21. Contractor SQ, Das A, Dasgupta J, Van Belle S. Beyond the template: the needs of tribal women and their experiences with maternity services in Odisha, India. *Inter J Equity Health*. [Internet]. 2018; 17(1): 134. doi: <https://doi.org/10.1186/s12939-018-0850-9>
  22. Plaza SH, Padilla B, Ortiz A, Rodrigues E. The value of grounded theory for disentangling inequalities in maternal-child healthcare in contexts of diversity: a psycho-socio political approach. *Psychosoc Interv*. [Internet]. 2014; 23(2): 125-133. doi: <https://doi.org/10.1016/j.psi.2014.07.006>
  23. Matijasevich A, Santos IS, Silveira MF, Domingues MR, Barros AJ, Marco PL, *et al*. Inequities in maternal postnatal visits among public and private patients: 2004 pelotas cohort study. *BMC Public Health*. [Internet]. 2009; 9: 335. doi: <https://doi.org/10.1186/1471-2458-9-335>
  24. Schaaf M, Dasgupta J. "Our fear is finished", but nothing changes: efforts of marginalized women to foment state accountability for maternal health care in a context of low state capacity. *BMC Public Health*. [Internet]. 2019; 19(1): 732. doi: <https://doi.org/10.1186/s12889-019-7028-2>
  25. D'Ambruoso L, Byass P, Nurul-Qomariyah S. Can the right to health inform public health planning in developing countries? A case study for maternal healthcare from Indonesia. *Glob Health Action*. [Internet]. 2008; 1. doi: <https://doi.org/10.3402/gha.v1i0.1828>
  26. Díez E, Villalbí JR, Benaque A, Nebot M. Desigualdades en salud materno-infantil: impacto de una intervención [inequalities in maternal-child health: impact of an intervention]. *Gac Sanit*. [Internet]. 1995; 9(49): 224-231. [https://doi.org/10.1016/s0213-9111\(95\)71241-9](https://doi.org/10.1016/s0213-9111(95)71241-9)
  27. Adams EK, Gavin NI, Benedict MB. Access for pregnant women on medicaid: variation by race and ethnicity. *JHCPU*. [Internet]. 2005; 16(1): 74-95. doi: <https://doi.org/10.1353/hpu.2005.0001>
  28. Barnert ES, Godoy SM, Hammond I, Kelly MA, Thompson LR, Mondal S, *et al*. Pregnancy outcomes among girls impacted by commercial sexual exploitation. *Acad Pediatr*. [Internet]. 2020; 20(4): 455-459. doi: <https://doi.org/10.1016/j.acap.2019.12.005>
  29. Marsh CA, Browne J, Taylor J, Davis D. Making the hidden seen: a narrative analysis of the experiences of assumption of care at birth. *Women Birth*. [Internet]. 2019; 32(1): e1-e11. doi: <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2018.04.009>
  30. Ooms G, Mulumba M, Hammonds R, Latif-Laila A, Waris A, Forman L. A global social contract to reduce maternal mortality: the human rights arguments and the case of Uganda. *RHM*. [Internet]. 2013; 21(42): 129-138. doi: [https://doi.org/10.1016/S0968-8080\(13\)42736-2](https://doi.org/10.1016/S0968-8080(13)42736-2)
  31. Koch AR, Geller SE. Addressing maternal deaths due to violence: the Illinois experience. *Am J Obstet Gynecol*. [Internet]. 2017; 217(5): 556.e1-556.e6. doi: <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2017.08.005>
  32. Valencia-Flórez Belibeth, Gaviria-Londoño MB. Vida vivida: experiencias de morbilidad materna extrema. *Relatos de mujeres sobrevivientes y cuidadoras*. Subregión del Urabá antioqueño, 2016. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*. [Internet]. 2018; 36(3): 121-132. doi: <https://doi.org/10.17533/udea.rfnsp.v36n3a12>
  33. Silveira MS, Gurgel RQ, Barreto-de Carvalho ÍD, Paes-Leme L, Vargas-Maldonado M. Severe maternal morbidity: post-traumatic suffering and social support. *Rev Bras Enferm*. [Internet]. 2018; 71(Suppl. 5): 2139-2145. doi: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0271>

34. Caro J, Muñoz S, Caro J, Araneda M, Yáñez P, Die-drich M, *et al.* Parto prematuro y asociación con percepción materna de apoyo social insuficiente. *Rev Chil Obstet Ginecol.* [Internet]. 2017; 82(4), 373-385. doi: <https://dx.doi.org/10.4067/s0717-75262017000400373>
35. Carter S, Williams M, Paterson J, Iusitini L. Do perceptions of neighborhood problems contribute to maternal health? Findings from the pacific islands families study. *Health Place.* [Internet]. 2009; 15(2): 622-630. doi: <https://doi.org/10.1016/j.healthplace.2008.10.005>
36. Tabet M, Flick LH, Cook C. A, Xian H, Chang JJ. Age at first birth and psychiatric disorders in low-income pregnant women. *J Women's Health.* [Internet]. 2016; 25(8): 810-817. doi: <https://doi.org/10.1089/jwh.2015.5236>
37. Fortuna LR, Noroña CR, Porche MV, Tillman C, Patil PA, Wang Y, *et al.* Trauma, immigration, and sexual health among latina women: implications for maternal-child well-being and reproductive justice. *Infant Mental Health J.* [Internet]. 2019; 40(5): 640-658. doi: <https://doi.org/10.1002/imhj.21805>
38. Yang S, Zhang B, Zhao J, Wang J, Flick L, Qian Z, *et al.* Progress on the maternal mortality ratio reduction in Wuhan, China in 2001-2012. *PloS ONE.* 2014; 9(2), e89510. doi: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0089510>
39. Keefe RH, Brownstein-Evans C, Polmanteer RSR. The challenges of idealized mothering. *Affilia.* [Internet]. 2017; 33(2): 221-235. doi: <https://doi.org/10.1177/0886109917747634>
40. Baker L, Cross S, Greaver L, Wei G, Lewis R, Healthy Start CORPS. Prevalence of postpartum depression in a native american population. *Matern Child Health J.* [Internet]. 2005; 9(1): 21-25. doi: <https://doi.org/10.1007/s10995-005-2448-2>
41. Oh S, Salas-Wright CP, Vaughn MG. Trends in depression among low-income mothers in the United States, 2005-2015. *J Affect Disord.* [Internet]. 2018; 235: 72-75. doi: <https://doi.org/10.1016/j.jad.2018.04.028>
42. Perdue TR, Williamson C, Ventura LA, Hairston TR, Osborne LTC, Laux JM, *et al.* Offenders who are mothers with and without experience in prostitution: differences in historical trauma, current stressors, and physical and mental health differences. *WHI.* [Internet]. 2012; 22(2): e195-e200. doi: <https://doi.org/10.1016/j.whi.2011.08.010>
43. Kohrt BA, Bourey C. Culture and comorbidity: intimate partner violence as a common risk factor for maternal mental illness and reproductive health problems among former child soldiers in Nepal. *Med Anthropol Q.* [Internet]. 2016; 30(4): 515-535. doi: <https://doi.org/10.1111/maq.12336>
44. Currie J. Inequalities at birth: some causes and consequences. *Perspekt Der Wirtschaftspolitik.* 2011; 12(Suppl. 1): 42-65. doi: 10.1111/j.1468-2516.2011.00356.x
45. Cruz SA, Vieira-da Silva LM, Costa M CN, Paim JS. Evolution of inequalities in mortality in Salvador, Bahia State, Brazil, 1991/2006. *Cad Saúde Pública.* 2011; 27(Suppl. 2): s176-s184. doi: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2011001400006>
46. Lian M, Madden PA, Lynskey MT, Colditz GA, Lesov-Schlaggar CN, Schootman M, *et al.* Geographic variation in maternal smoking during pregnancy in the Missouri adolescent female twin study (MOAFS). *PloS ONE.* 2016; 11(4): e0153930. doi: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0153930>
47. Washio YE, Martin C, Goldstein ND, Terplan M. Characteristics of pregnant women who reported alcohol use at admission to substance use treatment. *J Subst Abuse Treat.* 2017; 82: 82-86. doi: <https://doi.org/10.1016/j.jsat.2017.09.010>
48. Puccini RF, Pedroso GC, da Silva EM, de Araújo NS, da Silva NN. Prenatal and childbirth care equity in an area in greater metropolitan São Paulo, 1996. *Cad Saúde Pública.* 2003; 19(1): 35-45. doi: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2003000100005>
49. Huang H, Woodruff TJ, Baer RJ, Bangia K, August LM, Jellife-Palowski L, *et al.* Investigation of association between environmental and socioeconomic factors and preterm birth in California. *Environ Int.* 2018; 121(Pt 2): 1066-1078. doi: <https://doi.org/10.1016/j.envint.2018.07.027>
50. Zhou A, Xiong C, Hu R, Zhang Y, Bassig BA, Triche E, *et al.* Pre-pregnancy BMI, gestational weight gain, and the risk of hypertensive disorders of pregnancy: a cohort study in Wuhan, China. *PloS ONE.* 2015; 10(8): e0136291. doi: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0136291>
51. Freitas PF, de Lourdes-Drachler M, de Carvalho-Leite JC, Grassi PR. Desigualdade social nas taxas de cesariana em primíparas no Rio Grande do Sul. *Rev Saude Publica.* 2005; 39(5): 761-767. doi: <https://doi.org/10.1590/S0034-89102005000500010>
52. Green MJ, Kariuki M, Dean K, Laurens KR, Tzoumakis S, Harris F, *et al.* Childhood developmental vulnerabilities associated with early life exposure to infectious and noninfectious diseases and maternal mental illness. *J Child Psychol Psychiatry Allied Dis-*

- cip. [Internet]. 2018; 59(7): 801-810. doi: <https://doi.org/10.1111/jcpp.12856>
53. Kramer A, Nosbusch JM, Rice J. Safe mom, safe baby: a collaborative model of care for pregnant women experiencing intimate partner violence. *J Perin Neonat Nurs.* [Internet]. 2012; 26(4): 307-318. doi: <https://doi.org/10.1097/JPN.0b013e31824356dd>
  54. McFarlane J, Nava A, Gilroy H, Maddoux J. Child brides, forced marriage, and partner violence in america. *Obstet Gynecol.* [Internet]. 2016; 127(4): 706-713. doi: <https://doi.org/10.1097/AOG.0000000000001336>
  55. November L, Sandall J. “Just because she’s young, it doesn’t mean she has to die’: exploring the contributing factors to high maternal mortality in adolescents in Eastern Freetown; a qualitative study. *Reprod Health.* [Internet]. 2018; 15(1). doi: <https://doi.org/10.1186/s12978-018-0475-x>
  56. Chambers BD, Arabia SE, Arega HA, Altman M, Berkowitz R, Feuer SK, *et al.* Exposures to structural racism and racial discrimination among pregnant and early post-partum black women living in Oakland, California. *Stress Health.* [Internet]. 2020; 36(2): 213-219. doi: <https://doi.org/10.1002/smi.2922>
  57. Dyer L, Hardeman R, Vilda D, Theall K, Wallace M. Mass incarceration and public health: the association between black jail incarceration and adverse birth outcomes among black women in Louisiana. *BMC Pregnancy Childbirth.* [Internet]. 2019; 19: 525. doi: <https://doi.org/10.1186/s12884-019-2690-z>
  58. Xaverius P, Salas J, Kiel D, Woolfolk C. Very low birth weight and perinatal periods of risk: disparities in St. Louis. *BioMed Res Int.* 2014; 547234. doi: <https://doi.org/10.1155/2014/547234>
  59. da Silva-Vitti Ribeiro D, de Araújo-Silveira M F, Gomes-Sponholz FA. Experiences with severe maternal morbidity: a qualitative study on the perception of women. *Rev Bras Enferm.* [Internet]. 2016; 69(4): 662-668. doi: <https://doi.org/10.1590/0034-7167.20166904071>
  60. Silva LM, Silva RA, Silva AA, Bettiol H, Barbieri MA. Racial inequalities and perinatal health in the southeast region of Brazil. *Braz J Med Biol Res.* [Internet]. 2007; 40(9): 1187-1194. doi: <https://doi.org/10.1590/s0100-879x2006005000144>
  61. Woolfolk CL, Harper LM, Flick L, Mathews K, Chang JJ. Gestational weight gain and preterm birth: disparities in adolescent pregnancies. *JOPEEI.* [Internet]. 2016; 36(12): 1055-1060. doi: <https://doi.org/10.1038/jp.2016.149>
  62. Sims M, Sims TL, Bruce MA. Race, ethnicity, concentrated poverty, and low birth weight disparities. *JNBNA.* [Internet]. 2008; 19(1): 12-18.
  63. Tutlam, N. T., Liu, Y., Nelson, E. J., Flick, L. H., & Chang, J. J. The Effects of Race and Ethnicity on the Risk of Large-for-Gestational-Age Newborns in Women Without Gestational Diabetes by Prepregnancy Body Mass Index Categories. *Matern Child Health J.* [Internet]. 2017; 21(8): 1643-1654. doi: <https://doi.org/10.1007/s10995-016-2256-x>
  64. Salmon A. Aboriginal mothering, FASD prevention and the contestations of neoliberal citizenship. *Crit Public Health.* [Internet]. 2011; 21(2): 165-178. doi: <https://doi.org/10.1080/09581596.2010.530643>
  65. Chang JJ, Strauss JF, Deshazo JP, Rigby FB, Chel-mow DP, Macones GA. Reassessing the impact of smoking on preeclampsia/eclampsia: are there age and racial differences? *PloS ONE.* [Internet]. 2014; 9(10), e106446. doi: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0106446>
  66. Barnes JC, Boutwell BB, Miller JM, DeShay RA, Beaver KM, White N. Exposure to pre and perinatal risk factors partially explains mean differences in self-regulation between races. *PloS ONE.* [Internet]. 2016; 11(2): e0141954. doi: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0141954>
  67. Leal M, da Gama SG, da Cunha CB. Desigualdades raciais, sociodemográficas e na assistência ao pré-natal e ao parto, 1999-2001. *Rev Saude Publica.* [Internet]. 2005; 39(1), 100-107. doi: <https://doi.org/10.1590/S0034-89102005000100013>
  68. Burgard S. Race and pregnancy-related care in Brazil and South africa. *Soc Sci Med.* [Internet]. 2004; 59(6): 1127-1146. doi: <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2004.01.006>
  69. Thayer Z, Bécares L, Atatoa-Carr P. Maternal experiences of ethnic discrimination and subsequent birth outcomes in Aotearoa, New Zealand. *BMC Public Health.* [Internet]. 2019; 19(1): 1271. doi: <https://doi.org/10.1186/s12889-019-7598-z>
  70. Arnold LD, Luong L, Rebmann T, Chang JJ. Racial disparities in us maternal influenza vaccine uptake: results from analysis of Pregnancy Risk Assessment Monitoring System (PRAMS) data, 2012-2015. *Vaccine.* [Internet]. 2019; 37(18): 2520-2526. doi: <https://doi.org/10.1016/j.vaccine.2019.02.014>
  71. Faye SL. Devenir mère au Sénégal : des expériences de maternité entre inégalités sociales et défaillances des services de santé. *Santé (Montrouge, France).* [Internet]. 2008; 18(3): 175-183. doi: <https://doi.org/10.1684/san.2008.0111>
  72. Coimbra LC, Silva AA, Mochel EG, Alves MT, Ribeiro VS, Aragão V M, *et al.* Fatores associados à inadequação do uso da assistência pré-natal. *Rev Saude*

- Publica. [Internet]. 2003; 37(4): 456-462. doi: <https://doi.org/10.1590/S0034-89102003000400010>
73. Berlanga-Fernández S, Pérez-Cañaveras RM., Vizcaya-Moreno MF, & Berlanga-Fernández F. Satisfacción en la provisión de redes de apoyo social en grupos de acompañamiento a la maternidad. *Enferm Glob.* [Internet]. 2014; 13(33): 18-32. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1695-61412014000100002&lng=es&tlng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412014000100002&lng=es&tlng=es) doi: <https://doi.org/10.6018/eglobal.13.1.171441>
  74. Rangel-Flores YY, Hernández-Ibarra, LE, Martínez-Ledezma AG, García-Rangel M. Experiencias de mujeres sobrevivientes a morbilidad materna extrema en México, un estudio cualitativo desde el modelo de las tres demoras. *Cad Saúde Pública.* [Internet]. 2019; 35(9): e00035418. doi: <https://doi.org/10.1590/0102-311x00035418>
  75. Tully KP, Stuebe AM, Verbiest SB. The fourth trimester: a critical transition period with unmet maternal health needs. *Am J Obstet Gynecol.* [Internet]. 2017; 217(1): 37-41. doi: <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2017.03.032>
  76. Jackson DB, Vaughn MG. Maternal medical risks during pregnancy and childhood externalizing behavior. *Soc Sci Med* (1982). [Internet]. 2018; 207: 19-24. doi: <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2018.04.032>
  77. Kolahi AA, Abbasi-Kangevari M, Abdollahi M, Ehdaveivand F, Arshi S. Pattern of prenatal care utilization in Tehran: a population based longitudinal study. *Women Birth: J Australian College Midwives.* [Internet]. 2018; 31(3): e147-e151. doi: <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2017.09.013>
  78. Rudrum S, Brown H, Oliffe JL. Understanding the meaning and role of gifts given to Ugandan mothers in maternity care settings: “The help they give when they’ve seen how different you are”. *Sociol Health Illn.* [Internet]. 2016; 38(8): 1318-1335. doi: <https://doi.org/10.1111/1467-9566.12456>
  79. Pestronk RM, Franks ML. A partnership to reduce african american infant mortality in genesee county, Michigan. *Public Health Rep.* [Internet]. 2003; 118(4): 324-335. doi: [https://doi.org/10.1016/S0033-3549\(04\)50256-X](https://doi.org/10.1016/S0033-3549(04)50256-X)
  80. Romero DE, Cunha CB. Avaliação da qualidade das variáveis sócio-econômicas e demográficas dos óbitos de crianças menores de um ano registrados no sistema de informações sobre mortalidade do Brasil (1996/2001). *Cad Saude Publica.* [Internet]. 2006; 22(3): 673-684. doi: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2006000300022>
  81. Cricco-Lizza R. Voices from the battlefield: reports of the daily experiences of urban black mothers. *Health Care for Women Int.* [Internet]. 2008; 29(2): 115-134. doi: <https://doi.org/10.1080/07399330701738119>
  82. Conlon CM, Serbanescu F, Marum L, Healey J, LaBrecque J, Hobson R, *et al.* Saving mothers, giving life: it takes a system to save a mother (republication). *GHSP.* [Internet]. 2008; 7(1): 20–40. doi: <https://doi.org/10.9745/GHSP-D-19-00092>
  83. Smith E, Sundstrom B, Delay C. Listening to women: understanding and challenging systems of power to achieve reproductive justice in South Carolina. *J Soc Issues.* [Internet]. 2020; 76(2): 363-390. doi: <https://doi.org/10.1111/josi.12378>
  84. Pathak PK, Singh A, Subramanian SV. Economic inequalities in maternal health care: prenatal care and skilled birth attendance in India, 1992-2006. *PLoS ONE.* [Internet]. 2010; 5(10): e13593. doi: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0013593>
  85. Cabañas-Duarte F, Molinas-Fernández CE, Cabral-de-Bejarano MS, Mancuello-de Alum JN. Valoración de la calidad de la atención en los servicios de salud materno según la percepción de las usuarias en Asunción y departamento central en el periodo 2007-2008. *Rep Cient FACEN.* [Internet]. 2010; 1(2): 31-53. Disponible en: [http://scielo.iics.una.py/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2222-145X2010000200004&lng=en&tlng=es](http://scielo.iics.una.py/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2222-145X2010000200004&lng=en&tlng=es).
  86. Miranda-Mellado C, Castillo-Ávila IY. Factores de necesidad asociados al uso adecuado del control prenatal. *Rev Cuidarte.* [Internet]. 2016; 7(2): 1345-1351. doi: <https://doi.org/10.15649/cuidarte.v7i2.340>
  87. Shaokang Z, Zhenwei S, Blas E. Economic transition and maternal health care for internal migrants in Shanghai, China. *Health Policy Plan.* [Internet]. 2002; 17(Suppl. 1): 47-55. doi: [https://doi.org/10.1093/heapol/17.suppl\\_1.47](https://doi.org/10.1093/heapol/17.suppl_1.47)
  88. Clark GA, Humphries ML, Perez J, Udoetuk S, Bhatt K, Domingo JP, *et al.* Urinalysis and prenatal health: evaluation of a simple experiment that connects organic functional groups to health equity. *J Chem Educ.* [Internet]. 2020; 97(1): 48-55. doi: <https://doi.org/10.1021/acs.jchemed.9b00408>
  89. García-Balaguera C. Barreras de acceso y calidad en el control prenatal. *Rev Fac Med.* 2017; 65: 305-10. doi: <https://doi.org/10.15446/revfacmed.v65n2.59704>
  90. Pratt B, Hyder AA. Linking participatory action research on health systems to justice in global health: a case study of the maternal and neonatal implementation for equitable health systems project in rural



- Uganda. *J Empir Res Hum Res Ethics*. [Internet]. 2018; 13(1): 74-87. doi: 10.1177/1556264617741022
91. de Vries R. Obstetric ethics and the invisible mother. *Narrat Inq Bioeth*. 2017; 7(3): 215-220. doi: <https://doi.org/10.1353/nib.2017.0068>
  92. Souza-Junior EV, Barbosa-da Silva VS, Lozado YA, dos Santos-Bomfim E, Pereira-Alves J, Nagib-Boery E, *et al*. Dilemas bioéticos en la asistencia médica a adolescentes embarazadas. *Rev Bioet*. [Internet]. 2018; 26(1): 87-94. doi: <https://doi.org/10.1590/1983-80422018261229>
  93. Freedman LP. Using human rights in maternal mortality programs: from analysis to strategy. *Intl J Gynecol Obstet*. [Internet]. 2001; 75(1): 51-60. doi: [https://doi.org/10.1016/S0020-7292\(01\)00473-8](https://doi.org/10.1016/S0020-7292(01)00473-8)
  94. Cook RJ, Dickens BM. The injustice of unsafe motherhood. *Dev World Bioeth*. [Internet]. 2002; 2(1): 64-81. doi: <https://doi.org/10.1111/1471-8847.00036>
  95. Cook RJ, Dickens BM. Ethical and legal issues in reproductive health: ethics, justice and women's health. *Int J Gynecol Obstet*. 1999; 64: 81-85. doi: [https://doi.org/10.1016/S0020-7292\(98\)00205-7](https://doi.org/10.1016/S0020-7292(98)00205-7)
  96. Khosla R, Zampas C, Vogel JP, Bohren MA, Roseman M, Erdman JN. International human rights and the mistreatment of women during childbirth. *Health Hum Rights*. 2016; 18(2): 131-143.
  97. Amzat J. The question of autonomy in maternal health in Africa: a rights-based consideration. *J Bioethical Inq*. [Internet]. 2015; 12(2): 283-293. doi: <https://doi.org/10.1007/s11673-015-9607-y>
  98. Cook RJ, Dickens BM. Human rights to safe motherhood. *Int J Gynaecol Obstet*. [Internet]. 2002; 76(2): 225-231. doi: [https://doi.org/10.1016/s0020-7292\(01\)00568-9](https://doi.org/10.1016/s0020-7292(01)00568-9)
  99. Urrea-Mora F. Respeto a la autonomía de mujeres gestantes en salud: diálogo bioética-género. *Rev Colomb Bioet*. 2014; 9: 193-236. doi: <https://doi.org/10.18270/rcb.v9i3.747>
  100. Urrea-Mora F. El cuerpo de las mujeres gestantes: un diálogo entre la bioética y el género. *Rev Colomb Bioet*. [Internet]. 2012; 7(1): 97-110. doi: <https://doi.org/10.18270/rcb.v7i1.804>
  101. Urrea-Mora F, Pinilla-Alfonso M. Bioética, género y justicia social: experiencia de un seminario. *Rev Colomb Bioet*. [Internet]. 2018; 13(3): 67-73. doi: <https://doi.org/10.18270/rcb.v13i3.2483>
  102. Urrea-Mora F. Matices de la autonomía en mujeres gestantes durante la atención en salud: un diálogo bioética-género. *Rev Colomb Bioet*. [Internet]. 2015; 7(2): 89-106. doi: <https://doi.org/10.18270/rcb.v7i2.812>
  103. Ali N, Coonrod DV, McCormick TR. Ethical issues in maternal-fetal care emergencies. *Crit Care Clin*. [Internet]. 2016; 32(1): 137-143. doi: <https://doi.org/10.1016/j.ccc.2015.08.007>
  104. Cabrera-Lozada C, Uzcátegui O. Aspectos bioéticos de la conducta expectante en la gestante con preeclampsia grave. *Revi Obstet Ginecol Venez*. [Internet]. 2014; 74(2): 87-102. Disponible en: [http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0048-77322014000200003&lng=es&tlng=es](http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0048-77322014000200003&lng=es&tlng=es)
  105. Premkumar A, Gates E. Rethinking the bioethics of pregnancy: time for a new perspective? *Obstet Gynecol*. [Internet]. 2016; 128(2): 396-399. doi: <https://doi.org/10.1097/AOG.0000000000001509>
  106. Hunt A, Banner N, Littler K. The global forum on bioethics in research meeting, "ethics of research in pregnancy": emerging consensus themes and outputs. *Reprod Health*. [Internet]. 2017; 14: 158. doi: <https://doi.org/10.1186/s12978-017-0431-1>
  107. Ralston S J, Farrell RM. The ethics of access: who is offered a cesarean delivery, and why? *Hastings Cent Rep*. [Internet]. 2015; 45(6): 15-19. doi: <https://doi.org/10.1002/hast.476>
  108. Mendieta-Izquierdo G, Joya-Ramírez NS, Cuevas-Silva JM. Salud, justicia social y equidad: alternativas bioéticas para América Latina. *Rev Redbioética/Unesco*. Fecha de aprobación: 9 sept. 2019 (pendiente publicación); 18.
  109. Garrafa V, Osório-de Azambuja L. Epistemología de la bioética-enfoque latinoamericano. *Rev Colomb Bioet*. 2009; 4(1): 73-92
  110. Oguntunde O, Surajo I, Dauda D, Salihu A, Anas-Kollo S, Sinai I. Overcoming barriers to access and utilization of maternal, newborn and child health services in northern Nigeria: an evaluation of facility health committees. *BMC Health Serv Res*. [Internet]. 2018; 18(1): 104. doi: <https://doi.org/10.1186/s12913-018-2902-7>
  111. Paina L, Namazzi G, Tetui M, Mayora C, Kananura RM, Kiwanuka SN, *et al*. Applying the model of diffusion of innovations to understand facilitators for the implementation of maternal and neonatal health programmes in rural Uganda. *Global Health*. [Internet]. 2019; 15(1): 38. doi: <https://doi.org/10.1186/s12992-019-0483-9>
  112. Martínez B, Ixén E, Hall-Clifford R, Juárez M, Miller A, Francis A, *et al*. Health intervention to improve the continuum of maternal and perinatal care in

- rural Guatemala: a pragmatic, randomized controlled feasibility trial. *Reprod Health*. [Internet]. 2018; 15(1): 120. doi: <https://doi.org/10.1186/s12978-018-0554-z>
113. Yasuoka J, Nanishi K., Kikuchi K, Suzuki S, Po L, Thavrin B, *et al.* Barriers for pregnant women living in rural, agricultural villages to accessing antenatal care in Cambodia: a community-based cross-sectional study combined with a geographic information system. *PLoS ONE*. [Internet]. 2018; 13(3): e0194103. doi: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0194103>
  114. Badiou A. La ética. Ensayo sobre la conciencia del mal [Internet]. 1993 [citado 1 oct. de 2020]. Disponible en: <http://www.reflexionesmarginales.com/pdf/19/Documentos/3.pdf>
  115. Nussbaum M. *Crear capacidades*. Barcelona: Paidós; 2012.
  116. Aguiar-González F. Justicia distributiva. *Eunomía*. [Internet]. 2019; 17: 207-219. doi: <https://doi.org/10.20318/eunomia.2019.5025>