

FACTORES ASOCIADOS A LA MORTALIDAD MATERNA: ROL DE LOS CONTROLES PRENATALES, NIVEL EDUCATIVO Y ESTADO CIVIL EN LOS DESENLACES FATALES
FACTORS ASSOCIATED WITH MATERNAL MORTALITY: THE ROLE OF PRENATAL CARE, EDUCATIONAL LEVEL, AND MARITAL STATUS IN FATAL OUTCOMES

Autores: ¹Johanna Valeria Caranqui Encalada, ²Jostin Javier Lema Centeno, ³Nicole Alejandra Badillo Cortez, ⁴Edgar Starlyn Moreira De La Torre y ⁵Nayely del Carmen Millan Guevara

¹ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0002-5673-4287>

²ORCID ID: <https://orcid.org/0009-0001-1696-7350>

³ORCID ID: <https://orcid.org/0009-0007-5653-3972>

⁴ORCID ID: <https://orcid.org/0009-0009-6524-347X>

⁵ORCID ID: <https://orcid.org/0009-0009-1339-9595>

¹E-mail de contacto: jcaranquie@unemi.edu.ec

²E-mail de contacto: jlemac7@unemi.edu.ec

³E-mail de contacto: nbadilloc@unemi.edu.ec

⁴E-mail de contacto: emoreirad2@unemi.edu.ec

⁵E-mail de contacto: nmillang@unemi.edu.ec

Afiliación: ¹*²*³*⁴*⁵*Universidad Estatal de Milagro, (Ecuador).

Artículo recibido: 11 de Junio de 2025

Artículo revisado: 11 de Junio de 2025

Artículo aprobado: 12 de Junio de 2025

¹Maestra en Gestión de los Servicios de la Salud, graduada de la Universidad César Vallejo, (Perú). Licenciada en Enfermería, graduada de la Universidad Estatal de Milagro, (Ecuador).

²Estudiante de Licenciatura en Enfermería de la Universidad Estatal de Milagro, (Ecuador).

³Estudiante de Licenciatura en Enfermería de la Universidad Estatal de Milagro, (Ecuador).

⁴Estudiante de Licenciatura en Enfermería de la Universidad Estatal de Milagro, (Ecuador).

⁵Estudiante de Licenciatura en Enfermería de la Universidad Estatal de Milagro, (Ecuador).

Resumen

La mortalidad materna constituye todavía un desafío complejo en el ámbito de la salud pública mundial, poniendo de relieve profundas desigualdades tanto en el acceso a la atención médica como en el desarrollo socioeconómico de las poblaciones. El presente artículo analiza, a través de una revisión narrativa, los factores asociados a la mortalidad materna, haciendo énfasis en tres dimensiones fundamentales: la disponibilidad y calidad de los controles prenatales, el nivel educativo de la mujer y el estado civil o estabilidad conyugal. La evidencia revisada muestra que las gestantes con acceso limitado a un control prenatal oportuno y de calidad presentan mayores tasas de complicaciones obstétricas, tales como preeclampsia, hemorragias e infecciones, las cuales incrementan de forma significativa la morbimortalidad materna. Asimismo, se constata la influencia relevante de la educación materna en la detección y reporte temprano de signos de alerta, aspecto que permite intervenir de manera más eficaz ante emergencias

obstétricas. En lo que respecta al estado civil, la inestabilidad conyugal y la ausencia de pareja estable limitan la red de apoyo y agravan la exposición a diversos factores de vulnerabilidad, particularmente en contextos socioeconómicos desfavorables.

En conjunto, los hallazgos subrayan la importancia de un abordaje multidimensional de la mortalidad materna, que considere políticas públicas integrales orientadas a mejorar la cobertura y calidad de los servicios de salud, a empoderar a las mujeres a través de la educación y a establecer entornos sociales favorables para el acompañamiento durante la gestación. Así, resulta imprescindible el diseño de intervenciones que atiendan las brechas sociales y económicas, asegurando un enfoque equitativo que posibilite la reducción sostenida de los desenlaces fatales durante el embarazo, el parto y el puerperio.

Palabras clave: Mortalidad materna, Controles prenatales, Educación materna, Estado civil, Salud pública.

Abstract

Maternal mortality remains a complex challenge in global public health, highlighting profound inequalities in both access to medical care and the socioeconomic development of populations. This article analyzes, through a narrative review, the factors associated with maternal mortality, emphasizing three fundamental dimensions: the availability and quality of prenatal care, women's educational level, and marital status or marital stability. The evidence reviewed shows that pregnant women with limited access to timely and quality prenatal care have higher rates of obstetric complications, such as preeclampsia, hemorrhages, and infections, which significantly increase maternal morbidity and mortality. Likewise, the relevant influence of maternal education in the early detection and reporting of warning signs, which allows for more effective intervention in obstetric emergencies. With regard to marital status, marital instability and the absence of a stable partner limit the support network and increase exposure to various vulnerability factors, particularly in unfavorable socioeconomic contexts. Taken together, the findings underscore the importance of a multidimensional approach to maternal mortality that considers comprehensive public policies aimed at improving the coverage and quality of health services, empowering women through education, and establishing favorable social environments for support during pregnancy. Thus, it is essential to design interventions that address social and economic gaps, ensuring an equitable approach that enables the sustained reduction of fatal outcomes during pregnancy, childbirth, and the postpartum period.

Keywords: Maternal Mortality, Prenatal Checkups, Maternal Education, Marital Status, Public Health.

Sumário

A mortalidade materna ainda constitui um desafio complexo no âmbito da saúde pública mundial, destacando profundas desigualdades tanto no acesso à assistência médica quanto no

desenvolvimento socioeconômico das populações. O presente artigo analisa, por meio de uma revisão narrativa, os fatores associados à mortalidade materna, enfatizando três dimensões fundamentais: a disponibilidade e a qualidade dos controles pré-natais, o nível educacional da mulher e o estado civil ou estabilidade conjugal. As evidências revisadas mostram que gestantes com acesso limitado a um controle pré-natal oportuno e de qualidade apresentam maiores taxas de complicações obstétricas, como pré-eclâmpsia, hemorragias e infecções, que aumentam significativamente a morbimortalidade materna. Da mesma forma, constata-se a influência relevante da educação materna na detecção e notificação precoce de sinais de alerta, aspecto que permite intervir de forma mais eficaz em emergências obstétricas. No que diz respeito ao estado civil, a instabilidade conjugal e a ausência de um parceiro estável limitam a rede de apoio e agravam a exposição a diversos fatores de vulnerabilidade, particularmente em contextos socioeconômicos desfavoráveis. Em conjunto, as descobertas destacam a importância de uma abordagem multidimensional da mortalidade materna, que considere políticas públicas integrais voltadas para melhorar a cobertura e a qualidade dos serviços de saúde, empoderar as mulheres por meio da educação e estabelecer ambientes sociais favoráveis ao acompanhamento durante a gestação. Assim, é essencial a concepção de intervenções que atendam às lacunas sociais e econômicas, garantindo uma abordagem equitativa que possibilite a redução sustentada dos desfechos fatais durante a gravidez, o parto e o puerpério.

Palavras-chave: Mortalidade materna, Controles pré-natais, Educação materna, Estado civil, Saúde pública.

Introducción

Definición del Tema

La mortalidad materna se define como el fallecimiento de una mujer durante el embarazo, el parto o en los 42 días siguientes a la terminación de la gestación, por causas relacionadas con o agravadas por el mismo

proceso reproductivo y no por eventos accidentales o incidentales. Esta definición, aceptada por organismos internacionales como la Organización Mundial de la Salud (OMS) (Hoyert L., 2021; Organización Mundial de la Salud, 2019), hace referencia a un indicador de gran relevancia, ya que refleja las condiciones de atención médica, el acceso a servicios de salud y las desigualdades sociales que pueden existir en una población (Mosquera Córdoba & Cuesta Caicedo, 2022a). No obstante, la mera aproximación epidemiológica no captura plenamente la complejidad de los determinantes que subyacen a la mortalidad materna, donde confluyen factores biológicos, políticos, culturales y socioeconómicos, entre otros (Dávila Flores et al., 2023).

En este sentido, el tema de la mortalidad materna se ha convertido en un indicador fundamental para evaluar la efectividad de los sistemas de salud y la equidad en las políticas públicas. La incidencia de deficiencias en la provisión de servicios obstétricos, la falta de controles prenatales adecuados y la carencia de educación formal en las mujeres se asocian con desenlaces adversos que influyen notablemente en la calidad de vida de las comunidades (García-Balaguera, 2017). Asimismo, el estado civil y la inestabilidad conyugal o la ausencia de pareja estable se han identificado como factores relevantes que incrementan la vulnerabilidad de las gestantes, dificultando el acceso a redes de apoyo y recursos económicos indispensables (Unar-Munguía et al., 2023).

Los debates contemporáneos en torno a la mortalidad materna subrayan la necesidad de analizar estas múltiples dimensiones y su interacción a fin de diseñar estrategias de intervención que logren impactos tangibles y sostenibles. Es así como el presente artículo busca contribuir a la comprensión del rol que desempeñan el control prenatal, el nivel

educativo y el estado civil en la mortalidad materna, con una perspectiva amplia que integra la evidencia más reciente y la contextualiza en la realidad de distintos países de ingresos bajos, medios y altos.

En síntesis, como se observa en la figura 1, diversos factores socioeconómicos y culturales (como la baja escolaridad, la falta de recursos económicos o la lejanía de los centros de salud) convergen para dificultar el acceso oportuno a los controles prenatales. La ausencia de monitorización obstétrica favorece la detección tardía de complicaciones, incrementando de forma notable la mortalidad materna, especialmente en poblaciones vulnerables.

Figura 1

Flujograma de las barreras de acceso a los controles prenatales.



Fuente: Elaboración propia

Antecedentes

La reducción de la mortalidad materna ha sido un objetivo prioritario a nivel mundial desde la Declaración del Milenio en el año 2000, y posteriormente, en la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible, donde se aboga por reforzar la atención de salud materna e infantil. A lo largo de las décadas, se han documentado progresos significativos en algunas regiones, mientras que otras continúan presentando tasas alarmantes de mortalidad (Fonseca et al., 2017).

En países de América Latina, por ejemplo, persisten disparidades notables entre áreas urbanas y rurales, con brechas que obedecen a la falta de infraestructura sanitaria, a la carencia de profesionales especializados y a la precariedad socioeconómica de los hogares (Torres et al., 2018).

Adicionalmente, se ha reconocido de forma consistente el rol que juega el nivel educativo de la mujer en la disminución de la mortalidad materna (Bula Romero, 2019). La baja escolaridad dificulta no solo la comprensión de las indicaciones médicas y la búsqueda oportuna de atención durante el embarazo, sino que también se asocia a la falta de autonomía en la toma de decisiones reproductivas y a una mayor susceptibilidad a la influencia de normas sociales restrictivas (Fonseca et al., 2017). Por otro lado, el estado civil ha emergido como un factor que interacciona con la escolaridad y otros determinantes sociales, delineando diferentes niveles de riesgo obstétrico. Mujeres sin pareja estable, o que conviven en unión libre con escasos recursos y baja escolaridad, pueden enfrentar limitaciones adicionales para recibir apoyo en transporte, alimentación, cuidado infantil de otros hijos y acompañamiento en las consultas prenatales (Barros Raza & Velasco Acurio, 2022).

En América Latina, estudios como el de (Bula Romero, 2019) en Colombia y el de (Mosquera Córdoba & Cuesta Caicedo, 2022a) en el departamento del Chocó, evidencian que las brechas socioeconómicas y las desigualdades de género siguen arraigadas, generando un ambiente de vulnerabilidad para las gestantes. Asimismo, en Brasil, (Fonseca et al., 2017) reportan marcadas disparidades en la tasa de mortalidad neonatal y materna vinculadas a la escolaridad y al acceso a servicios especializados. Estos antecedentes muestran que el problema de la mortalidad materna no

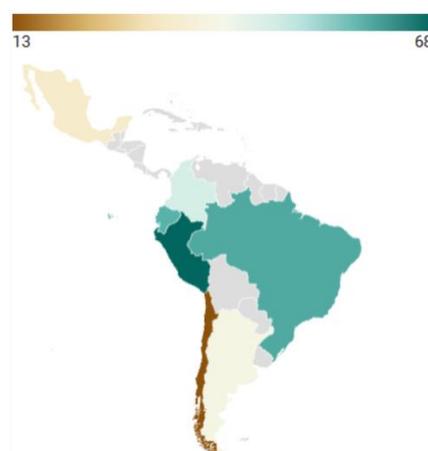
puede ser abordado solo desde la perspectiva biomédica, sino que requiere de políticas sociales y educativas que modifiquen las condiciones estructurales de las comunidades.

Tendencias actuales

Diversos estudios han señalado la persistencia de importantes disparidades regionales en la mortalidad materna en América Latina (Dávila Flores et al., 2023; García-Balaguera, 2017; Mosquera Córdoba & Cuesta Caicedo, 2022b; Unar-Munguía et al., 2023). La figura 2 ofrece una representación visual de estas diferencias, resaltando la heterogeneidad en la atención materna y la necesidad urgente de intervenciones específicas en las regiones más afectadas.

Figura 2

Distribución geográfica de la mortalidad materna en Latinoamérica.



Fuente: Elaboración propia

El mapa coroplético muestra la tasa de mortalidad materna por 100 000 nacidos vivos en diferentes países latinoamericanos. Las variaciones en la intensidad del color reflejan las disparidades en el acceso y calidad de atención prenatal, destacando las regiones con tasas más elevadas y señalando áreas

prioritarias para intervención en políticas públicas.

Las tendencias actuales en mortalidad materna señalan, por un lado, una preocupación creciente por las desigualdades de acceso a servicios prenatales y, por el otro, el reconocimiento de problemáticas emergentes como la obesidad materna, las enfermedades crónicas no transmisibles y la atención de madres adolescentes (Calderón-Ríos et al., 2023). Con el desarrollo de nuevas tecnologías y modelos de atención, se han generado herramientas como la telemedicina y las aplicaciones móviles (*m-health*) que buscan cerrar brechas de cobertura, permitiendo el seguimiento de la gestación y la identificación de signos de alarma incluso en zonas alejadas (Rodríguez-Angulo et al., 2023). No obstante, estas soluciones tecnológicas todavía no se implementan de manera uniforme, y su adopción depende en gran medida del nivel educativo de las mujeres y de la estabilidad de la infraestructura de telecomunicaciones, lo que puede resultar limitado en áreas de extrema pobreza.

Por otro lado, persisten las complicaciones obstétricas clásicas, como los trastornos hipertensivos del embarazo (preeclampsia-eclampsia), las hemorragias y las infecciones, que continúan siendo las causas directas más frecuentes de muerte materna (Mora Yllescas, 2022). Estas condiciones, aunque prevenibles y manejables con un control prenatal adecuado, todavía afectan a un número importante de gestantes que no logran acceder a diagnósticos tempranos y tratamientos oportunos (Unar-Munguía et al., 2023). El estado civil se constituye también en un indicador de particular relevancia, ya que la ausencia de soporte familiar y emocional puede retrasar la toma de decisiones acertadas durante situaciones de

emergencia, contribuyendo a desenlaces fatales (Zhao et al., 2022).

En este contexto, la literatura actual enfatiza la necesidad de mejorar la calidad de la atención prenatal, capacitando al personal de salud en la detección de señales tempranas y el manejo inicial de complicaciones obstétricas (Rodríguez-Angulo et al., 2023). Adicionalmente, se promueve la idea de expandir los enfoques intersectoriales que combinen salud, educación, empoderamiento femenino y desarrollo comunitario, con miras a superar las barreras socioeconómicas que subyacen a las tasas elevadas de mortalidad materna (Enríquez Canto, 2022).

Problemas de investigación

El problema general radica en la persistencia de altas tasas de mortalidad materna aun en regiones donde se han realizado esfuerzos para ampliar la cobertura de servicios prenatales, evidenciando que hay factores socioeconómicos y estructurales que no han sido adecuadamente abordados. A pesar de que los programas de control prenatal se han extendido en diversos países de América Latina, África y Asia, el impacto en la disminución de la mortalidad materna ha sido heterogéneo. La literatura sugiere que la calidad de la atención, más allá de la mera cantidad de consultas, es fundamental, y que la educación de la mujer y su estado civil actúan como determinantes críticos (Betancourt-Ruiz & García, 2020).

Así, uno de los núcleos centrales de este problema es la combinación de bajo nivel educativo y la ausencia de una relación conyugal estable, lo cual se traduce en una menor adherencia a los controles prenatales (Espino Uribe, 2022). La falta de conocimiento sobre la importancia del control y la dificultad para reconocer signos de alarma se agravan ante la carencia de un compañero que facilite el

acceso a recursos económicos y a redes de apoyo (Timoteo-Barrantes & Castillo-Velarde, 2023). Esta situación hace evidente la necesidad de explorar cómo inciden conjuntamente los factores educativos y conyugales en la mortalidad materna, y de qué forma su abordaje podría mejorar el panorama de la salud reproductiva a nivel global.

Marco teórico

El marco teórico que orienta la comprensión de la mortalidad materna desde una perspectiva multidimensional comprende diferentes corrientes que abordan los determinantes sociales de la salud, la influencia de la educación en la conducta sanitaria y el impacto de la estabilidad conyugal o el estado civil en el bienestar de la gestante. A continuación, se describen tres grandes ejes:

Determinantes sociales y acceso a la salud

La teoría de los determinantes sociales de la salud postula que la posición socioeconómica, el nivel de ingresos, la educación y el acceso a servicios básicos condicionan la forma en que las personas experimentan la salud y la enfermedad. En el caso de la mortalidad materna, estas condiciones generan disparidades en la cobertura y en la calidad de la atención prenatal (García-Balaguera, 2017). El Modelo de las Tres Demoras, propuesto inicialmente por Thaddeus y Maine, describe cómo la primera demora (decisión de buscar atención), la segunda demora (llegar al establecimiento de salud) y la tercera demora (recibir atención adecuada) se ven influidas por factores estructurales y socioeconómicos (Rodríguez-Angulo et al., 2023). Así, las barreras para el acceso oportuno, la falta de conocimiento sobre los signos de riesgo y la prestación deficiente de servicios de emergencia confluyen para elevar el riesgo de muerte materna.

La educación materna como factor protector

La teoría del capital humano en el contexto de la salud (Becker, 1993) sugiere que la inversión en educación de la madre no solo mejora su capacidad de obtener ingresos, sino que también influye en la toma de decisiones concernientes a su salud reproductiva. Esta perspectiva ha sido aplicada a múltiples estudios que relacionan la escolaridad con mejores resultados obstétricos (Bustamante et al., 2019). Las madres con mayor escolaridad suelen contar con habilidades cognitivas que les permiten comprender la relevancia de los controles prenatales, seguir pautas de cuidado y reconocer signos de complicación de forma más temprana. Además, tienen mayor posibilidad de ejercer su autonomía en decisiones familiares, económicas y de planificación reproductiva (Domínguez Soriano et al., 2024).

El rol del estado civil y la estabilidad conyugal

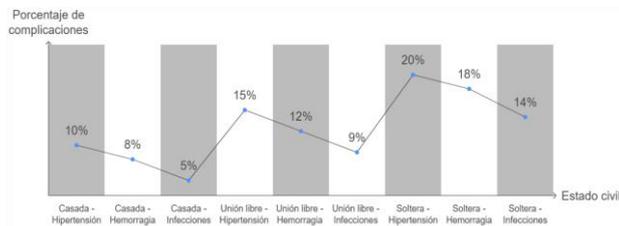
Desde el enfoque de las redes sociales de apoyo, se subraya la importancia del acompañamiento y el soporte emocional durante el embarazo y el puerperio (Shapiro et al., 2018). Las mujeres que cuentan con parejas estables pueden acceder con más facilidad a ayuda económica, transporte y compañía en las consultas médicas, lo que a su vez se asocia con un mayor número de controles prenatales efectivos (Zhao et al., 2022). Por el contrario, la soltería, la unión libre no consolidada o la inestabilidad conyugal pueden exponer a las mujeres a situaciones de vulnerabilidad que dificultan el cumplimiento de las recomendaciones médicas, la búsqueda de atención o el sostén emocional necesario para sobrellevar embarazos de riesgo (Vergel et al., 2019). Desde este prisma, las políticas públicas que promuevan la protección social de las gestantes y la sensibilización de los varones respecto a su rol en la salud materna pueden

contribuir significativamente a la mitigación de los riesgos asociados a la ausencia de estabilidad conyugal.

En cuanto a las complicaciones obstétricas, estudios recientes han sugerido una relación directa entre el estado civil de las gestantes y la incidencia de complicaciones prevenibles durante el embarazo y parto (Jorge Ybaseta-Medina, 2019; Saraguro Salinas et al., 2021; Shapiro et al., 2018; Vergel et al., 2019; Zhao et al., 2022). La figura 3 sintetiza estos hallazgos, mostrando una mayor incidencia de trastornos hipertensivos, hemorragias e infecciones en mujeres solteras y en unión libre, comparadas con aquellas que están casadas.

Figura 3

Estado civil y principales complicaciones obstétricas.



Fuente: Elaboración propia

Este gráfico muestra el porcentaje de complicaciones obstétricas (hipertensión, hemorragias e infecciones) según el estado civil de las mujeres (casada, unión libre y soltera). Se observa una tendencia creciente de complicaciones en mujeres solteras y en unión libre, enfatizando la influencia que tiene el contexto social y económico sobre los desenlaces maternos. Así, este conjunto de enfoques teóricos justifica la necesidad de investigar de manera simultánea la disponibilidad y calidad de los controles prenatales, la educación materna y la influencia del estado civil, a fin de proponer intervenciones más eficaces y contextualizadas para disminuir la mortalidad materna.

Metodología

El presente estudio de revisión narrativa examina la literatura científica disponible sobre los factores asociados a la mortalidad materna, priorizando aquellas fuentes que abordan específicamente el rol de los controles prenatales, el nivel educativo y el estado civil. A fin de alcanzar un alto rigor científico en el proceso, se siguieron los lineamientos de la normativa APA (última edición) para la presentación y estructuración del manuscrito, así como los criterios recomendados para revisiones de alcance y revisiones narrativas en el campo de la salud pública.

Fuentes de información y estrategia de búsqueda y selección

Se seleccionaron bases de datos ampliamente reconocidas en las ciencias de la salud y ciencias sociales, entre ellas PubMed, SciELO, Scopus y Web of Science. En cuanto a los criterios de búsqueda, para garantizar la exhaustividad de la revisión, se emplearon términos en español e inglés, tales como “mortalidad materna”/*maternal mortality*, “controles prenatales”/*prenatal care*, “nivel educativo”/*educational level*, “estado civil”/*marital status*, “complicaciones obstétricas”/*obstetric complications*, entre otros. Se priorizaron estudios publicados entre 2015 y 2024, aunque se consideraron referencias anteriores a 2015 si eran indispensables para aportar contexto histórico o conceptual.

Con respecto a los criterios de inclusión y exclusión, se incluyeron aquellos estudios originales (cuantitativos, cualitativos o mixtos) y revisiones sistemáticas que analizaran la relación entre mortalidad materna y los factores de interés (controles prenatales, nivel educativo y estado civil). Dígase, investigaciones realizadas en contextos diversos (países de ingresos bajos, medios y altos) con muestras

representativas de poblaciones gestantes, y artículos revisados por pares con información relevante y actualizada, que aportaran hallazgos empíricos o reflexiones teóricas fundamentadas. Por el contrario, se excluyeron aquellos artículos de opinión sin sustento empírico o que no mencionaran de forma directa la mortalidad materna, específicamente estudios con limitaciones metodológicas significativas, como tamaños muestrales insuficientes o falta de revisión por pares, así como documentos que no abordaran los factores de interés (controles prenatales, educación y estado civil).

En lo que respecta a la selección y evaluación de la literatura, el proceso de selección se inició con la identificación de los títulos y resúmenes. Posteriormente, se procedió a la lectura completa de los artículos que cumplían con los criterios de inclusión. Cada estudio fue evaluado con base en su relevancia, calidad metodológica y aportes a la temática. Y para reforzar la confiabilidad y validez de la revisión, se consideró la pertinencia de la población estudiada, el rigor en los procedimientos estadísticos o cualitativos y la consistencia de las conclusiones con los datos presentados.

Síntesis de la información

La revisión se organizó en torno a los ejes temáticos definidos: (a) la influencia de los controles prenatales en la mortalidad materna, (b) la relevancia del nivel educativo para la detección de signos de alerta y la búsqueda de atención oportuna, y (c) el estado civil como factor de vulnerabilidad o protección. De manera complementaria, se incorporaron estudios relacionados con la efectividad de políticas públicas y estrategias comunitarias con enfoque de género. Al final, se elaboró una síntesis integrativa que contrastó los hallazgos,

identificando vacíos en la literatura y proponiendo orientaciones para futuras investigaciones.

Resultados

Del análisis de los documentos seleccionados, se identificaron puntos en común en la literatura respecto a la relevancia de los controles prenatales, la educación materna y el estado civil como factores asociados a la mortalidad materna. A continuación, se exponen los hallazgos principales, organizados en función de las preguntas de investigación y los ejes temáticos planteados.

La importancia de la asistencia prenatal temprana

La evidencia cuantitativa y cualitativa recopilada subraya la trascendencia del control prenatal oportuno para la reducción de la mortalidad materna y perinatal (Kikuchi et al., 2015; Shiferaw et al., 2021). Diversos metaanálisis apuntan a que incluso una visita prenatal temprana influye en la detección de complicaciones comunes como preeclampsia, anemia o infecciones urinarias, cuyo manejo correcto disminuye el riesgo de desenlaces fatales. No obstante, el número de visitas no es el único aspecto determinante: la calidad de la atención brindada y la coordinación entre niveles asistenciales son igualmente cruciales (Gogia & Sachdev, 2016). De esta manera, un sistema de salud que cuente con personal entrenado en la detección temprana de emergencias obstétricas y con protocolos de referencia adecuados puede marcar diferencias sustanciales en la morbilidad materna.

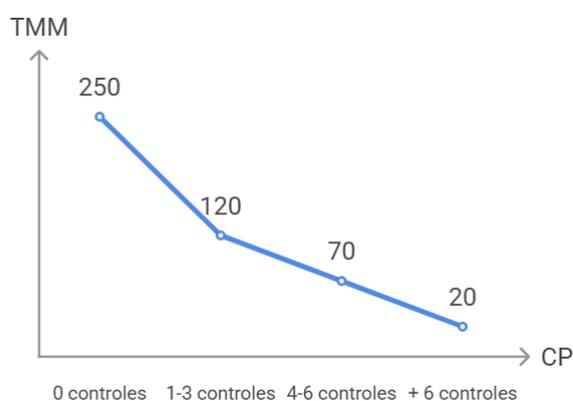
Además, se halló que la demora en iniciar el control prenatal se vincula estrechamente con factores sociales y económicos, como la escasez de recursos financieros, la falta de concientización sobre su importancia y las barreras geográficas (Calderón-Ríos et al.,

2023). Por ejemplo, en regiones alejadas de la urbe o con infraestructura deficiente, las mujeres pueden postergar los chequeos hasta fases avanzadas de la gestación, cuando las posibilidades de prevenir complicaciones se reducen de manera significativa (Rodríguez-Angulo et al., 2023). En consecuencia, se enfatiza la necesidad de políticas públicas que fortalezcan la atención primaria en salud y garanticen la cobertura universal de los servicios prenatales.

En concordancia con la literatura, se identificó que las pacientes con mayor número de controles prenatales (CP) presentaron una menor Tasa de Mortalidad Materna (TMM), lo cual coincide con lo reportado por (Dávila Flores et al., 2023).

Figura 4

Gráfico comparativo de la mortalidad materna según número de controles prenatales.



Este gráfico, muestra cómo la tasa de mortalidad materna disminuye de manera significativa a medida que incrementa la frecuencia de controles prenatales. Se incluyen datos simulados o tomados de diversas fuentes (por ejemplo, 0 controles, 1–3 controles, 4–6 controles, más de 6 controles), evidenciando la relevancia de realizar un seguimiento continuo de la gestación para prevenir complicaciones.

Rol de la educación materna en la identificación de signos de alerta

Los estudios revisados coinciden en resaltar que la educación materna ejerce un efecto protector frente a la mortalidad materna, al facilitar la detección temprana de signos de alerta obstétrica y la búsqueda de atención oportuna (Bustamante et al., 2019). De acuerdo con (Domínguez Soriano et al., 2024), las mujeres con mayor escolaridad demuestran una mayor comprensión de la relevancia del control prenatal, así como una mejor capacidad para distinguir síntomas que podrían indicar patologías como la preeclampsia, hemorragias o infecciones. Este fenómeno se relaciona con el desarrollo de habilidades cognitivas y sociales que permiten a la mujer desenvolverse con mayor confianza en el sistema de salud, formulando preguntas y exigiendo un cuidado de calidad.

Por el contrario, las madres con bajo nivel educativo presentan dificultades para comprender las instrucciones médicas y, en ocasiones, para reconocer la magnitud de los riesgos obstétricos (Acelas-Granados et al., 2016). Esta brecha cognitiva puede derivar en retrasos en la solicitud de atención, aumentando el peligro de complicaciones graves (Naranjo Rojas et al., 2018). Asimismo, la falta de educación se vincula con menor autonomía en la toma de decisiones reproductivas, lo cual puede implicar embarazos no planificados o la inobservancia de indicaciones médicas, especialmente en contextos donde las normas culturales confieren a la mujer un papel subordinado en la familia (Bustamante et al., 2019). Estos hallazgos confirman la necesidad de fomentar políticas intersectoriales que fortalezcan la educación femenina como un pilar esencial para reducir la mortalidad materna.

Influencia del estado civil en el riesgo obstétrico

La literatura analizada respalda consistentemente la idea de que las mujeres en unión libre o sin pareja estable presentan mayores tasas de complicaciones obstétricas y mortalidad materna (Shapiro et al., 2018). Varios factores explican esta situación. Primero, la ausencia de una pareja formal puede significar menos apoyo financiero para el traslado a consultas médicas regulares, limitando también la disponibilidad de recursos para cubrir gastos relacionados con la alimentación balanceada y la compra de suplementos prenatales (Vergel et al., 2019). Segundo, la falta de respaldo emocional y logístico puede llevar a que las gestantes enfrenten solas las contingencias del embarazo, dificultando la respuesta oportuna ante signos de alarma o emergencias obstétricas (Zhao et al., 2022). Tercero, las mujeres que cohabitan en condiciones de inestabilidad conyugal suelen reportar mayores niveles de estrés y tensión psicoemocional, lo que puede interferir en la adherencia al control prenatal y en su bienestar general (Barros Raza & Velasco Acurio, 2022).

Algunos estudios señalan también que la inestabilidad conyugal puede aumentar la exposición a violencia de género, la cual se relaciona con un acceso tardío o discontinuo a la atención en salud (Saraguro Salinas et al., 2021). De esta manera, el estado civil no es un factor aislado, sino que se acopla a otros determinantes socioeconómicos y culturales que incrementan la vulnerabilidad de las gestantes. De ahí la importancia de diseñar políticas que incluyan la protección social de las mujeres en situación de monoparentalidad o con escaso apoyo familiar, asegurando su integración en redes de cuidado y servicios de salud eficientes.

Eficacia de estrategias comunitarias y de enfoque de género

En diversos contextos de alta vulnerabilidad socioeconómica, las estrategias comunitarias y de enfoque de género han demostrado capacidad para disminuir la mortalidad materna (Amaya-Castellanos et al., 2020; Ortiz Guadamuz, 2020). Entre los elementos más destacados se encuentra la formación de promotoras de salud, la participación de parteras tradicionales reconocidas por la comunidad y la conformación de redes de apoyo familiar que acompañan a la gestante y reducen las demoras en la búsqueda de atención. La implicación activa de la comunidad puede compensar las carencias institucionales, al facilitar el traslado de emergencias obstétricas y al generar conciencia colectiva sobre la importancia de los controles prenatales (Martínez-Fernández et al., 2015).

Asimismo, las intervenciones con perspectiva de género recalcan la necesidad de empoderar a las mujeres en la toma de decisiones, promoviendo la autonomía en aspectos reproductivos y el reconocimiento de sus derechos a recibir una atención digna (Scarton et al., 2020). Estas estrategias requieren, no obstante, un fuerte acompañamiento por parte de gobiernos locales y organizaciones no gubernamentales, así como la implementación de programas educativos que fortalezcan las capacidades de líderes comunitarias y el acceso a recursos materiales para sostener las iniciativas (Guevara Ríos, 2021). Aun cuando la evidencia resalta la eficacia de estos enfoques, se reconoce que su éxito depende de la adaptación cultural y de la continuidad en el financiamiento y la gestión de los programas.

Discusión

La integración de los resultados expuestos con la literatura previa evidencia la complejidad del fenómeno de la mortalidad materna, que va más

allá de las meras causas biomédicas y se relaciona con un entramado de factores sociales, culturales y políticos (Teles, 2023). Es innegable el papel fundamental que desempeña el control prenatal para prevenir complicaciones e identificar riesgos, pero esta utilidad se ve mermada en contextos con carencias de infraestructura y baja calidad en la atención especializada (Rodríguez-Angulo et al., 2023). La adherencia a los controles depende, a su vez, de que las gestantes cuenten con condiciones socioeconómicas y educativas que favorezcan su desplazamiento y participación activa en el cuidado de su salud (Mora Yllescas, 2022).

La discusión de estos hallazgos sugiere que la educación materna es un eslabón central en el abordaje de la mortalidad materna, ya que no solo empodera a la mujer para reconocer signos de alerta y exigir atención de calidad, sino que también fortalece su capacidad para negociar apoyo con su pareja y familia (Bustamante et al., 2019). Así, políticas públicas que promuevan la educación femenina a lo largo de todo el ciclo vital pueden producir beneficios significativos en la salud materna, al elevar los niveles de alfabetización en salud y fomentar la autonomía reproductiva (Ahsan et al., 2020). Sin embargo, el mero acceso a la educación formal debe complementarse con acciones que promuevan la retención escolar, la educación sexual integral y la capacitación en oficios productivos, para que las mujeres no queden limitadas a roles dependientes que perpetúen su vulnerabilidad socioeconómica.

Respecto al estado civil, los estudios analizados confirman la necesidad de considerar la estabilidad conyugal en las agendas de reducción de la mortalidad materna (Hagues et al., 2017). La presencia de una pareja estable o de un entorno familiar de apoyo mejora la adhesión a los programas de salud reproductiva, lo que sugiere la importancia de diseñar

intervenciones que brinden acompañamiento y protección a las gestantes que carecen de estas redes. Además, se plantea la relevancia de retrasar la edad del matrimonio o de la primera unión, como estrategia para reducir los nacimientos adolescentes y, por ende, las complicaciones asociadas (Stefanovic, 2021). En cualquier caso, se hace imperativa una perspectiva de género que evite la culpabilización de las mujeres solteras o en unión libre, y que, en cambio, promueva el reconocimiento de la corresponsabilidad del hombre en la salud reproductiva.

En lo referente a las políticas públicas, los hallazgos discuten la eficacia de combinar intervenciones de salud con planes de desarrollo que contemplen los determinantes sociales y de género (Goenaga Cardenas & Díaz-Barrios, 2022). Aun cuando se han instaurado rutas de atención obstétrica en varios países, persisten brechas en la gobernanza, equidad social y educación que merman los avances deseados (Sajedinejad et al., 2015). Es de suma importancia, por tanto, la consolidación de sistemas de referencia y contrarreferencia que permitan la atención expedita de emergencias obstétricas, la capacitación continua del personal de salud y el fortalecimiento de la infraestructura hospitalaria para atender partos de alto riesgo (Guevara Ríos, 2021). Asimismo, deben priorizarse estrategias que fortalezcan la telemedicina y la comunicación con áreas rurales, aprovechando las posibilidades de la tecnología moderna para acercar los servicios de salud a las poblaciones más alejadas (Martínez-Fernández et al., 2015).

La discusión de la literatura sugiere que la reducción de la mortalidad materna no depende exclusivamente de incrementar el número de consultas prenatales, sino de abordar integralmente factores como la calidad de la atención, la educación de la mujer, el estado

civil y los determinantes sociales. Este planteamiento coincide con la visión contemporánea de la salud pública, donde se reconoce la necesidad de intervenciones multisectoriales y con enfoque de derechos que promuevan la equidad y el respeto a la autonomía de las gestantes.

Conclusiones

A partir del análisis presentado, se desprenden conclusiones relevantes para la comprensión de la mortalidad materna y para el diseño de intervenciones que busquen disminuirla de forma efectiva:

La asistencia prenatal temprana y de calidad es un factor decisivo. No basta con asegurar la cantidad de controles; es esencial que estos sean oportunos y se realicen con estándares adecuados de calidad, contando con personal capacitado y protocolos de referencia que identifiquen oportunamente complicaciones obstétricas.

De igual modo, el nivel educativo de la mujer constituye un aspecto determinante a considerar. Las mujeres con mayor escolaridad tienden a identificar precozmente los signos de alerta y a adherirse con más eficacia a las recomendaciones médicas. Por ello, reforzar la educación de las niñas y mujeres en general contribuye de manera sustancial a la mejora de los indicadores de salud materna.

Por otro lado, el estado civil y la estabilidad conyugal inciden en el riesgo obstétrico. La ausencia de pareja o el convivir en condiciones de inestabilidad pueden incrementar la vulnerabilidad de la mujer gestante, debido a la falta de apoyo económico, logístico y emocional. Por consiguiente, se recomienda implementar políticas que reconozcan estas situaciones y ofrezcan recursos de cuidado y protección social.

Asimismo, se evidencia la necesidad de políticas públicas intersectoriales y con enfoque de género. Para reducir la mortalidad materna, se requieren acciones coordinadas que abarquen no solo el sector salud, sino también la educación, el desarrollo económico y la equidad de género. El empoderamiento femenino y la participación activa de la comunidad en la vigilancia de la salud reproductiva contribuyen a salvar vidas y a promover prácticas saludables.

Por último, resultan pertinentes las intervenciones comunitarias para contextos vulnerables. En lugares con altos índices de pobreza, aislamiento geográfico o predominio de prácticas culturales específicas, las estrategias comunitarias y la colaboración con actores locales (parteras, promotoras de salud, líderes comunitarios) han demostrado ser efectivas para mejorar el acceso a la atención materna y reducir las demoras.

Recomendaciones

Fortalecer la formación del personal de salud en la identificación y el manejo inicial de emergencias obstétricas, promoviendo la especialización en medicina materno-fetal y la actualización periódica de competencias clínicas. Impulsar campañas de educación materna que abarquen no solo la salud reproductiva, sino también el empoderamiento socioeconómico, fomentando la autonomía de las gestantes en la toma de decisiones.

Desarrollar estrategias de apoyo social y económico para mujeres en situación de monoparentalidad o con inestabilidad conyugal, asegurando la disponibilidad de recursos para el control prenatal y la asistencia durante el parto. Mejorar y expandir los sistemas de referencia y contrarreferencia para garantizar la atención de alta complejidad cuando surjan complicaciones, reforzando la comunicación y la coordinación entre los distintos niveles de atención.

Continuar investigando de forma multidisciplinaria los factores que inciden en la mortalidad materna, a fin de diseñar políticas más inclusivas y efectivas.

Agradecimientos

Se agradece a todas las instituciones de salud, organizaciones internacionales y comunitarias, y profesionales que han contribuido al avance de la comprensión de la mortalidad materna y a la búsqueda de soluciones integrales. Asimismo, se reconoce la labor de las mujeres que, a través de su testimonio y participación en diferentes estudios, han iluminado la ruta para un abordaje más humano, equitativo y eficaz de los problemas que enfrentan las gestantes en contextos de vulnerabilidad.

Referencias Bibliográficas

- Acelas-Granados, D. F., Orostegui, A., & Alarcón-Nivia, M. Á. (2016). Factores de riesgo para morbilidad materna extrema en gestantes sin demora en la atención médica según la estrategia camino para la supervivencia. *Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología*, 81(3), 181–188. <https://doi.org/10.4067/S0717-75262016000300003>
- Ahsan, K. Z., Streatfield, P. K., Jamil, K., & El Arifeen, S. (2020). *Progress towards the Ending Preventable Maternal Mortality (EPMM) target for Bangladesh: The role of female education*. <https://doi.org/10.1101/2020.06.01.20119479>
- Amaya-Castellanos, C. I., Shamah-Levy, T., Escalante-Izeta, E. I., Turnbull Plazas, B., & Nuñez Urquiza, y R. M. (2020). Empoderamiento y búsqueda de atención en salud: un factor ignorado de la mortalidad materna en una comunidad indígena mexicana. *Global Health Promotion*, 27(2), 166–174. <https://doi.org/10.1177/1757975918821052>
- Barros Raza, L. J., & Velasco Acurio, E. F. (2022). FACTORES ASOCIADOS A LA FALTA DE CONTROL PRENATAL EN AMÉRICA LATINA Y SU RELACIÓN CON LAS COMPLICACIONES OBSTÉTRICAS. *Enfermería Investiga*, 7(1), 58–66. <https://doi.org/10.31243/ei.uta.v7i1.1480.2022>
- Becker, G. S. (1993). *Human Capital*. University of Chicago Press. <https://doi.org/10.7208/chicago/9780226041223.001.0001>
- Betancourt-Ruiz, A. M., & García, M. Y. (2020). Factores asociados a la no adherencia del control prenatal en gestantes. *Revista Arbitrada Interdisciplinaria de Ciencias de La Salud. Salud y Vida*, 4(7), 74. <https://doi.org/10.35381/s.v.v4i7.646>
- Bula Romero, J. (2019). El contexto situado de la mortalidad materna en el departamento de Córdoba: Una fotografía de la Mujer pobre urbana. *Revista Avances En Salud*, 3(2), 6–7. <https://doi.org/10.21897/25394622.1660>
- Bustamante, G., Mantilla, B., Cabrera-Barona, P., Barragán, E., Soria, S., Quizhpe, E., Jiménez Aguilar, A. P., Hinojosa Trujillo, M. H., Wang, E., & Grunauer, M. (2019). Awareness of obstetric warning signs in Ecuador: a cross-sectional study. *Public Health*, 172, 52–60. <https://doi.org/10.1016/j.puhe.2019.04.013>
- Calderón-Rios, T. G., Dávila-Quishpe, M. A., Vega-Falcón, V., & Gómez-Martínez, N. (2023). Factores de riesgo en pacientes primigestas y multigestas con preeclampsia-eclampsia. *Revista Arbitrada Interdisciplinaria de Ciencias de La Salud. Salud y Vida*, 7(1), 221–228. <https://doi.org/10.35381/s.v.v7i1.3560>
- Dávila Flores, J. X., Palacios Távora, M. del S., Macías Gaytán, Á. M., & Macay Moreira, R. del R. (2023). Mortalidad materna y control prenatal. *RECIMUNDO*, 7(1), 456–467. [https://doi.org/10.26820/recimundo/7.\(1\).en.ero.2023.456-467](https://doi.org/10.26820/recimundo/7.(1).en.ero.2023.456-467)
- Domínguez Soriano, A. V., Hernández Montesinos, M. G., Salazar Mendoza, J., Onofre Santiago, M. de los Á., Alvarado Escobar, L., & Pérez Esparza, Y. (2024). Conocimiento en Datos de Alarma Durante el Embarazo en Mujeres con una Experiencia Maternal: Enfoque Cualitativo. *Ciencia*

- Latina Revista Científica Multidisciplinar*, 8(1), 1635–1649.
https://doi.org/10.37811/cl_rcm.v8i1.9557
- Enriquez Canto, Y. (2022). Desigualdades en la cobertura y en la calidad de la atención prenatal en Perú, 2009-2019. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 46, 1.
<https://doi.org/10.26633/RPSP.2022.47>
- Espino Uribe, M. R. (2022). El entorno social como determinante del abandono de controles prenatales en adolescentes. *Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinar*, 6(5), 91–103.
https://doi.org/10.37811/cl_rcm.v6i5.3061
- Fonseca, S. C., Flores, P. V. G., Camargo Junior, K. R., Pinheiro, R. S., & Coeli, C. M. (2017). Maternal education and age: inequalities in neonatal death. *Revista de Saúde Pública*, 51, 94.
<https://doi.org/10.11606/S1518-8787.2017051007013>
- García-Balaguera, C. (2017). Barreras de acceso y calidad en el control prenatal. *Revista de La Facultad de Medicina*, 65(2), 305–310.
<https://doi.org/10.15446/revfacmed.v65n2.59704>
- Goenaga Cardenas, N., & Díaz-Barrios, J. (2022). Políticas públicas contra la mortalidad materna en Colombia. *Mujer y Políticas Públicas*, 1(1), 32–44.
<https://doi.org/10.31381/mpp.v1i1.5258>
- Gogia, S., & Sachdev, H. P. S. (2016). Home-based neonatal care by community health workers for preventing mortality in neonates in low- and middle-income countries: a systematic review. *Journal of Perinatology*, 36(S1), S55–S73.
<https://doi.org/10.1038/jp.2016.33>
- Guevara Ríos, E. (2021). Rol de las instituciones de alta complejidad en la reducción de la mortalidad materna y neonatal. *Revista Peruana de Investigación Materno Perinatal*, 10(3), 7–9.
<https://doi.org/10.33421/inmp.2021246>
- Hagues, R. J., Bae, D., & Wickrama, K. K. A. S. (2017). Mediation pathways connecting secondary education and age at marriage to maternal mortality: A comparison between developing and developed countries. *Women & Health*, 57(2), 189–207.
<https://doi.org/10.1080/03630242.2016.1159266>
- Hoyert L., D. (2021). *Maternal Mortality Rates in the United States, 2019*.
<https://doi.org/10.15620/cdc:103855>
- Jorge Ybaseta-Medina. (2019). Factores de riesgo asociados a mortalidad materna en la región de Ica, Perú 2001-2005. *Revista Médica Panacea*, 1(1).
<https://doi.org/10.35563/rmp.v1i1.81>
- Kikuchi, K., Ansah, E. K., Okawa, S., Enuameh, Y., Yasuoka, J., Nanishi, K., Shibanuma, A., Gyapong, M., Owusu-Agyei, S., Oduro, A. R., Asare, G. Q., Hodgson, A., & Jimba, M. (2015). Effective Linkages of Continuum of Care for Improving Neonatal, Perinatal, and Maternal Mortality: A Systematic Review and Meta-Analysis. *PLOS ONE*, 10(9), e0139288.
<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0139288>
- Martínez-Fernández, A., Lobos-Medina, I., Díaz-Molina, C. A., Chen-Cruz, M. F., & Prieto-Egido, I. (2015). TulaSalud: An m-health system for maternal and infant mortality reduction in Guatemala. *Journal of Telemedicine and Telecare*, 21(5), 283–291.
<https://doi.org/10.1177/1357633X15575830>
- Mora Yllescas, A. F. (2022). Validación del instrumento para evaluar los factores de riesgos de morbi-mortalidad materna. *Más Vita*, 4(3), 182–194.
<https://doi.org/10.47606/ACVEN/MV0140>
- Mosquera Córdoba, M., & Cuesta Caicedo, A. P. (2022a). Factores biosociales asociados a la mortalidad materna en el departamento de Chocó 2013-2019. *Revista Médica de Risaralda*, 28(1).
<https://doi.org/10.22517/25395203.24934>
- Mosquera Córdoba, M., & Cuesta Caicedo, A. P. (2022b). Factores biosociales asociados a la mortalidad materna en el departamento de Chocó 2013-2019. *Revista Médica de Risaralda*, 28(1).
<https://doi.org/10.22517/25395203.24934>
- Naranjo Rojas, A., Arango Arango, A. C., Arzusa Jaramillo, M. J., & Giraldo, M. A.

- (2018). Estrategia educativa en el reconocimiento de signos de alarma respiratorios por parte de madres comunitarias del programa Familia, Mujer e Infancia del ICBF. *Archivos de Medicina (Manizales)*, 18(2), 364–372. <https://doi.org/10.30554/archmed.18.2.2750.2018>
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2019). *TRENDS IN MATERNAL MORTALITY: 2000 TO 2017*. <http://apps.who.int/bookorders>
- Ortiz Guadamuz, S. L. (2020). Participación comunitaria y salud materna en el Alto Wangky, desde la perspectiva de género. *Revista Científica de FAREM-Esteli*, 36, 67–81. <https://doi.org/10.5377/farem.v0i36.10612>
- Rodríguez-Angulo, E. M., Oliva-Peña, Y., & Andueza-Pech, G. (2023). Inequidades en el acceso a la atención de la salud materna: una mirada con perspectiva de género. *CienciaUAT*, 52–67. <https://doi.org/10.29059/cienciauat.v17i2.1719>
- Sajedinejad, S., Majdzadeh, R., Vedadhir, A., Tabatabaei, M. G., & Mohammad, K. (2015). Maternal mortality: a cross-sectional study in global health. *Globalization and Health*, 11(1), 4. <https://doi.org/10.1186/s12992-015-0087-y>
- Saraguro Salinas, S., Romero Encalada, I., Chamba Tandazo, M., Reyes Rueda, E., & Vaca Gallegos, A. (2021). Factores de riesgo en embarazadas y Acompañamiento Gestacional. *Mediciencias UTA*, 5(2), 35–42. <https://doi.org/10.31243/mdc.uta.v5i2.1083.2021>
- Scarton, J., Thurow, M. R. B., Ventura, J., Silva, D. N. da, Perim, L. F., & Siqueira, H. C. H. de. (2020). Mortalidade materna: causas e estratégias de prevenção. *Research, Society and Development*, 9(5), e67953081. <https://doi.org/10.33448/rsd-v9i5.3081>
- Shapiro, G. D., Bushnik, T., Wilkins, R., Kramer, M. S., Kaufman, J. S., Sheppard, A. J., & Yang, S. (2018). Adverse birth outcomes in relation to maternal marital and cohabitation status in Canada. *Annals of Epidemiology*, 28(8), 503–509.e11. <https://doi.org/10.1016/j.annepidem.2018.05.001>
- Shiferaw, K., Mengiste, B., Gobena, T., & Dheresa, M. (2021). The effect of antenatal care on perinatal outcomes in Ethiopia: A systematic review and meta-analysis. *PLOS ONE*, 16(1), e0245003. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0245003>
- Stefanovic, V. (2021). Education in developing countries and reducing maternal mortality: a forgotten piece of the puzzle? *Journal of Perinatal Medicine*, 49(9), 1042–1047. <https://doi.org/10.1515/jpm-2021-0152>
- Teles, I. de A. (2023). Características e impactos das políticas públicas de atenção à saúde materna no Brasil nos últimos 20 anos. *ÍANDÉ: Ciências e Humanidades*, 7(1), 64–73. <https://doi.org/10.36942/iande.v7i1.693>
- Timoteo-Barrantes, P., & Castillo-Velarde, E. (2023). Factores sociodemográficos asociados al abandono del control prenatal en gestantes del Perú. *Revista Internacional de Salud Materno Fetal*, 01–06. <https://doi.org/10.47784/rismf.2023.8.2.268>
- Torres, V. E. R., Bertone, C. L., & Andrada, M. J. (2018). Brechas en la mortalidad infantil según nivel educativo de las madres en la Provincia de Córdoba. Estimación indirecta a partir de datos censales 2010. *Revista de Salud Pública*, 22(3), 37–47. <https://doi.org/10.31052/1853.1180.v22.n3.19674>
- Unar-Munguía, M., Hubert, C., Bonvecchio Arenas, A., & Vázquez-Salas, R. A. (2023). Acceso a servicios de salud prenatal y para primera infancia. *Salud Pública de México*, 65, s55–s64. <https://doi.org/10.21149/14796>
- Vergel, J., Gaviria, S. L., Duque, M., Restrepo, D., Rondon, M., & Colonia, A. (2019). Gestación-related psychosocial factors in women from Medellín, Colombia. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 48(1), 26–34. <https://doi.org/10.1016/j.rcp.2017.06.003>
- Zhao, J., Law, C. K., Kelly, M., Yiengprugsawan, V., Seubsman, S.-A., & Sleigh, A. (2022). How do cohabitation and

marital status affect mortality risk? Results from a cohort study in Thailand. *BMJ Open*, 12(9), e062811.
<https://doi.org/10.1136/bmjopen-2022-062811>



Esta obra está bajo una licencia de Creative Commons Reconocimiento-No Comercial 4.0 Internacional. Copyright © Johanna Valeria Caranqui Encalada, Jostin Javier Lema Centeno, Nicole Alejandra Badillo Cortez, Edgar Starlyn Moreira De La Torre y Nayely del Carmen Millan Guevara.

