

## Información Importante

La Universidad de La Sabana informa que el(los) autor(es) ha(n) autorizado a usuarios internos y externos de la institución a consultar el contenido de este documento a través del Catálogo en línea de la Biblioteca y el Repositorio Institucional en la página Web de la Biblioteca, así como en las redes de información del país y del exterior con las cuales tenga convenio la Universidad de La Sabana.

Se permite la consulta a los usuarios interesados en el contenido de este documento para todos los usos que tengan finalidad académica, nunca para usos comerciales, siempre y cuando mediante la correspondiente cita bibliográfica se le de crédito al documento y a su autor.

De conformidad con lo establecido en el artículo 30 de la Ley 23 de 1982 y el artículo 11 de la Decisión Andina 351 de 1993, La Universidad de La Sabana informa que los derechos sobre los documentos son propiedad de los autores y tienen sobre su obra, entre otros, los derechos morales a que hacen referencia los mencionados artículos.

**BIBLIOTECA OCTAVIO ARIZMENDI POSADA**  
UNIVERSIDAD DE LA SABANA  
Chía - Cundinamarca

MATERNIDAD SEGURA: ESTADO DEL ARTE

Por:

Andrea Ramos Rodríguez  
Ana María Natalia Romero Castañeda

A:

Doctora María Elisa Moreno Fergusson  
Profesora Titular y Decana

Universidad de la Sabana  
Facultad de Enfermería y Rehabilitación  
X semestre  
Chía-Cundinamarca

## Tabla de contenido

Introducción.....	4
Método: .....	5
Tabla No. 1. Estrategias de búsqueda de información .....	6
Tabla No 2. Clasificación estudios revisados según el diseño metodológico .....	7
Resultados: .....	7
Conceptualización:.....	8
Maternidad Segura.....	8
Mortalidad materna: .....	8
Maternidad segura desde la perspectiva de enfermería: .....	10
Factores económicos .....	11
Factores Sociales:.....	13
Factores Culturales: .....	14
Factores estructurales:.....	15
Factores políticos .....	17
Cuidado culturalmente congruente: .....	18
Conservando o manteniendo los cuidados culturales:.....	18
Adaptación o negociación de los cuidados culturales:.....	18
Reorientación o reestructuración de los cuidados culturales: .....	19
Atención prenatal .....	19
Atención del parto .....	20
Estrategias para la reducción de la mortalidad materna.....	21
Referencias .....	23

## Introducción

La mortalidad materna es cada día más alta. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), “En el mundo mueren aproximadamente 800 maternas por complicaciones durante la gestación y el parto. Durante el 2010 murieron 287 000 mujeres durante la gestación y el parto o en el puerperio [1] La mayoría de las muertes se producen en países de bajos recursos económicos y lo más preocupante es que estas muertes, se pueden prevenir por medio de programas de salud pública encaminados a la promoción y prevención de la enfermedad.

En el año 2000, la ONU propuso ocho objetivos encaminados a luchar contra el hambre, la pobreza, la enfermedad, el analfabetismo, la degradación del ambiente y la discriminación contra la mujer, por ello, el quinto objetivo es “mejorar la salud materna” (ODM5) [2]. A partir de esa fecha, los países han venido aplicando programas para promover la reducción de las muertes maternas en el mundo, sin embargo a la fecha la mortalidad solo ha disminuido en un 3,1% al año, cifra que está lejos de la reducción del 5,5% anual necesaria para alcanzar el ODM5”. (OMS)[1].

En Colombia se creó en el periodo 2002 – 2006, la política nacional de salud sexual y reproductiva para el mejoramiento de la calidad de vida tanto individual como social, en la cual se encuentra como línea de acción la maternidad segura, la cual contempla estrategias para la reducción de la mortalidad y morbilidad materna en el país, fundamentada en los derechos humanos asociados a la maternidad segura, como el derecho a la vida.

En el país se ha trabajado con diferentes iniciativas para la reducción de la mortalidad y morbilidad materna desde hace varios años, y aun así se siguen teniendo cifras altas que se estiman en 104,9 muertes maternas por cada 100.000 nacidos vivos, la mayoría de estos eventos están asociados con mujeres con recursos económicos bajos, que tienen bajo nivel educativo y mayores dificultades para el acceso a los servicios de salud en el país [3].

La mortalidad materna no solo es el resultado de un grupo de factores de riesgo asociados con la gestación, sino también es el conjunto de acciones sociales relacionadas con aspectos socioeconómicos, culturales, demográficos, legislativos y políticos de la población, que reflejan de manera directa el nivel de desarrollo del país y el grado de educación. Lo que quiere decir que mientras menor sea el número de mujeres que mueren en eventos relacionados con la

gestación, el parto y el puerperio, el nivel de desarrollo del país es mucho mayor [4].

De allí la importancia de promover una atención básica, accesible y segura a las mujeres durante el embarazo, el parto y el puerperio, para detectar y tratar en forma oportuna los factores que pueden poner en riesgo la salud de la madre y el niño. Por lo anterior es fundamental que los profesionales de la salud en general y las enfermeras en particular, enfoquen sus esfuerzos hacia reforzar una política de maternidad segura.

El propósito de esta revisión es presentar un análisis del estado actual del conocimiento sobre maternidad segura y su importancia para el cuidado de enfermería. Los resultados de esta revisión aportarán lineamientos para plantear estrategias de atención que promuevan la salud de la madre y el niño en beneficio de la población.

#### **Método:**

Se realizó una revisión de la literatura, consultando las bases de datos Ovid, Proquest, Aquichan, ISI Web of Science, Scielo, Science Direct, Pubmed, Google Academic, en la cual se tuvieron en cuenta los siguientes criterios de inclusión:

1. Fecha de publicación o difusión: Artículos publicados en revistas científicas en el periodo comprendido entre 2008-2014.
2. Artículos producto de investigación de tipo cuantitativo y cualitativo, revisiones de literatura y tesis de grado publicadas en idioma español, inglés y portugués, que incluyeran las siguientes palabras clave: maternidad segura, enfermería.
3. Documentos relacionados con los objetivos del milenio y las políticas nacionales e internacionales sobre maternidad segura.
4. Libros y otras fuentes secundarias.

En la tabla No. 1 se presentan los resultados de los artículos encontrados en las bases de datos consultadas, y las estrategias de búsqueda empleadas. En total se encontraron 182 artículos de los cuales 21 se consideraron de interés para el propósito del estudio.

**Tabla No. 1. Estrategias de búsqueda de información**

Base datos consultados	Fecha de la búsqueda	Estrategia para la búsqueda	Número de artículos encontrados	Número de artículos relevantes
<b>Science Direct</b>	<b>07/03/2014</b>	<b>Safe Motherhood</b>	<b>18</b>	<b>3</b>
<b>Ovid</b>	<b>07/03/2014</b>	<b>Safe Motherhood</b>	<b>53</b>	<b>1</b>
<b>ISI Web</b>	<b>14/03/2014</b>	<b>Safe Motherhood AND Nursing</b>	<b>46</b>	<b>4</b>
<b>Scopus</b>	<b>17/03/2014</b>	<b>Safe and Motherhood</b>	<b>20</b>	<b>3</b>
<b>Pubmed</b>	<b>18/03/2014</b>	<b>Safe AND Motherhood</b>	<b>22</b>	<b>5</b>
<b>Proquest</b>	<b>18/03/2014</b>	<b>Safe AND motherhood AND nursing</b>	<b>13</b>	<b>3</b>
<b>Aquichan</b>	<b>20/03/204</b>	<b>Maternidad</b>	<b>10</b>	<b>2</b>
<b>TOTAL</b>			<b>182</b>	<b>21</b>

Los artículos seleccionados se clasificaron según el tipo de diseño, y se agruparon, si se trataba de estudios cualitativos, cuantitativos y revisiones de literatura, como se muestra en la tabla 2.

**Tabla No 2. Clasificación estudios revisados según el diseño metodológico**

DISEÑO	TIPO DE ESTUDIO	N.ESTUDIOS	TOTAL	
CUALITATIVO	Exploratorio	7	17	
	Etnográfico	9		
	Fenomenológico			
	Teoría Fundamentada			
	Estudio de caso	1		
	Hermenéutico			
	Metasíntesis			
	Total			
CUANTITATIVO	Descriptivos	Transversal	2	
		Correlación		2
		Longitudinal Retrospectivo		
		Longitudinal Prospectivo		
	Cuasi experimental			
	Psicométrico			
	Total			
REVICION DE LITERATURA		2	2	
<b>TOTAL</b>			<b>21</b>	

Por último se incluyeron otros documentos y fuentes secundarias de especial interés para el desarrollo del trabajo como son: los objetivos del milenio propuestos por la Organización de las Naciones Unidas, las políticas nacionales sobre salud sexual y reproductiva y libros sobre modelos y teorías de enfermería.

**Resultados:**

A continuación se presentan los resultados de la revisión, los cuales contemplan los siguientes aspectos: conceptualización sobre maternidad segura y mortalidad materna, maternidad segura desde la perspectiva de Enfermería, factores económicos, sociales, culturales, estructurales y políticos, cuidado cultural, atención del prenatal y del parto, definición de salud reproductiva y estrategias para la reducción de la mortalidad materna relacionados con este fenómeno.

## **Conceptualización:**

### **Maternidad Segura**

Se considera *Maternidad segura* al conjunto de acciones dirigidas a la prevención de la mortalidad y morbilidad de la mujer desde la preconcepción, gestación, parto y puerperio. [3]

La maternidad sin riesgo es un derecho humano fundamental, ya que propende porque todas las mujeres reciban una atención de alta calidad que promueva una vida saludable durante el embarazo y el parto, información apropiada sobre planificación familiar y una continua atención prenatal y postnatal, acceso a los servicios de salud en caso de complicaciones y emergencias obstétricas, y atención del parto con personal calificado [5].

### **Mortalidad materna:**

Aunque la gestación es uno de los eventos más importantes en la vida de la mujer, también se considera uno de los acontecimientos más riesgosos si las acciones sociales y de salud durante la gestación, el parto y el puerperio, no son las apropiadas [6]. Por ello, la salud de las mujeres gestantes y de sus hijos, constituye uno de los indicadores de desarrollo de un país [7].

De acuerdo con la OMS, la mortalidad materna se define como " la muerte de una mujer mientras está embarazada o dentro de los 42 días de la terminación del embarazo, independientemente de la duración, debida a cualquier causa relacionada con o agravada por el embarazo mismo o su atención, pero no por causas accidentales o incidentales [8].

En los países con escasos recursos económicos, ésta problemática sigue siendo importante para los sistemas de salud a pesar de los esfuerzos y logros alcanzados en muchos de ellos [9]. Los estudios que se han realizado sobre este tema, muestran que la situación es muy preocupante si se tiene en cuenta que el riesgo de que una mujer muera como resultado del embarazo o el parto es 1 de cada 6 en las partes más pobres del mundo [7]

La mortalidad materna corresponde a un tercio de las mujeres en gestación que se encuentran entre 15 y 49 años de edad. Según Brugha et al, [6] el 99% de las



muerdes maternas ocurren en países en vía de desarrollo [6] con altos índices de mortalidad materna en las regiones menos desarrolladas como África seguida de Asia, Latinoamérica y por último las regiones desarrolladas [10]. Es decir, del total de los decesos de mujeres en gestación en todo el mundo en el 2011, 273.000 muertes ocurrieron en estos países [8] y uno de los grupos más vulnerables son las mujeres que han sido desplazadas y viven en condiciones de pobreza [11] lo más preocupante es que de éstas del 88% al 98 % podrían haberse evitado [12].

Las causas más frecuentes de estos decesos se presentan por retardo en la toma de decisiones (77%), por la baja calidad de cuidado en la institución de salud (60%) [6], otras se producen por complicaciones relacionadas con abortos provocados, al no ser atendidos en instituciones de salud [8].

La mayoría de las muertes maternas se deben a causas obstétricas o directas, tales como hemorragias, eclampsia, sepsis, el aborto inseguro y parto obstruido [14]. Según Haththotuwa [7], las muertes maternas por enfermedad hipertensiva y sepsis son las dos causas que están asociados en todo el mundo con la falta de acceso a atención por parte de profesionales especializados. En éstos casos, el profesional de enfermería cumpliría el rol más importante, para la detección y atención oportuna de posibles complicaciones por medio de estrategias básicas de valoración, tales como: la vigilancia del incremento del peso, el control de la tensión arterial, orientación nutricional, ya que estos son aspectos básicos para el cuidado de la futura madre y de ello dependerá el buen desarrollo de su gestación, y lograr la meta de una maternidad segura.

Por otro lado existen diversas causas indirectas de muerte, incluyendo complicaciones obstétricas y desconocidas o causas coincidentes, entre las que se encuentran condiciones preexistentes o condiciones que pueden surgir durante el embarazo y se agravan por el embarazo, tales como la hepatitis , la malaria , la tuberculosis, la anemia , las enfermedades del corazón , el SIDA y el tétano [8].

Otro aspecto a considerar es que, la gestación no solo puede causar la muerte materna, sino también las complicaciones pueden causar enfermedad, lesión o discapacidad. Según Kempe [14] en un estudio sobre experiencias del parto realizado en zonas urbanas y rurales en Yemen, más de 300 millones de mujeres sufren de estas complicaciones como consecuencia del embarazo o el parto. Es importante anotar que para mejorar los resultados y reducir la mortalidad materna, es necesario contar con personal de salud capacitado para la atención del parto, y

a pesar de contar con este recurso, las mujeres en muchos países de bajos ingresos no utilizan debidamente la atención profesional durante el parto, debido a factores propios de la situación social, demográfica y perspectivas culturales que tiene la mujer durante su gestación [14], por tal razón es fundamental incluir a Enfermería para brindar una detección y atención oportuna de factores de riesgo durante la gestación.

### **Maternidad segura desde la perspectiva de enfermería:**

La enfermería ha abordado el fenómeno de la maternidad desde diferentes perspectivas teóricas, como son: desde la adaptación a este proceso, se encontró una línea de investigación fundamentada en el Modelo de Adaptación de Callista Roy, para el estudio de la salud de la mujer durante y después del embarazo [15], la adaptación, preocupación de las madres durante el post parto y necesidades de aprendizaje en las dos primeras semanas posteriores a una cesárea [16].

Mercer plantea un enfoque distinto, y analiza la adopción del rol maternal, el cual lo describe como un proceso interactivo y evolutivo que tiene lugar a lo largo de un periodo y durante el cual la madre establece un vínculo con su hijo, en el cual influyen factores culturales, que se transmiten de la madre a los hijos, de generación en generación [17].

Desde la perspectiva de enfermería se podría conceptualizar maternidad segura desde un enfoque transcultural, ya que los factores sociales, culturales y estructurales juega un rol importante en la salud de las personas, por lo cual enfermería debe tomar en cuenta los aspectos culturales, sociales y estructurales como base de sus acciones ya sea para prevenir la enfermedad o restablecer la salud.

Una de las teóricas de enfermería que ha abordado los fenómenos de la disciplina desde una perspectiva cultural es Madeleine Leininger, quien considera que el cuidado que se brinda a las personas debe ser congruente con la cultura de éstas. Ella propuso la teoría de diversidad del cuidado cultural y universalidad [18], en este sentido Leininger, refiere que el aspecto transcultural del cuidado cobra importancia en tanto que cada cultura requiere tipos de atenciones que varían según los distintos significados de lo que es cuidar, de los diversos tipos de prácticas y creencias que sobre la salud y enfermedad se tengan [18].

Con base a lo anterior, Leininger es la única teórica centrada en descubrir factores globales que influyen en el cuidado de los seres humanos como el punto de vista del mundo, factores de la estructura social, el lenguaje, cuidados genéricos y profesionales, etnohistoria y contexto ambiental. Por otro lado también es la única teoría que se centra explícitamente en la cultura y el cuidado de diversas culturas, con tres modalidades prácticas para llegar a decisiones y acciones de cuidados culturalmente congruentes que apoyen el bienestar, la salud y las formas de vida satisfactorias para las personas [18].

Avanzando en los conceptos, las dimensiones culturales y de la estructura social Leininger hace referencia a los modelos y características dinámicas, holísticas e interrelacionadas de los factores de estructura y organización de una cultura (o subcultura) determinada, donde se incluyen la religión, (o espiritualidad), parentesco (sociedad), características políticas (ley), economía, educación, tecnología, valores culturales, filosofía, historia y lengua. Estos factores juegan un papel importante en las prácticas de cuidado que abordaremos dentro de nuestra revisión de literatura, prácticas de cuidado que llevan a cabo por parte de las mujeres en estado de gestación en un sistema de creencias y tradiciones culturales que impiden que las personas cambien fácilmente, es por esto que la enfermera (o) le es preciso combinar el conocimiento empírico y estético para promover el autocuidado durante la gestación respetando los modos de vida de cada persona y su contexto [18].

Con esta mirada de enfermería la maternidad es una práctica natural, transmitida de generación en generación que refleja la adopción de prácticas de cuidado para las madres con el apoyo de familia, que surgen de las experiencias de la persona, de la madre, grupo familiar y comunidad que se consiguen cuando se tiene en cuenta los conocimientos sobre las prácticas, creencias y valores de los cuidados culturales que se ven influenciados por los factores: Sociales, culturales, políticos, económicos y estructurales [18]. A continuación se describen cada uno de ellos:

### **Factores económicos**

El enfoque de maternidad sin riesgo en los primeros 20 años ha sido el cambio de la ciencia médica, la salud reproductiva y los factores socio- económicos hacia el concepto de la supervivencia materna, como un asunto de los derechos humanos, sin embargo tras el lanzamiento de la implementación de maternidad segura, la pobreza sigue constituyendo una importante barrera para el acceso a la atención

calificada durante el parto, sin embargo existen pruebas que indican que la desigualdad entre ricos y pobres es mayor cada día para el acceso a la atención en salud materna [12].

El análisis realizado por Brugha [6], muestra que el porcentaje de mujeres atendidas en el sector privado, presentan menores factores de riesgo durante la gestación, parto y puerperio ya que son atendidas por personal entrenado e instituciones calificadas, mientras que las mujeres de escasos recursos económicos que son atendidas por el sector público tienen mayores factores de riesgo durante la gestación, parto y puerperio.

Por otra parte, el sector público solo está atendiendo a las gestantes que muestran un alto riesgo a través de los servicios de atención de emergencias obstétricas, con lo cual han dejado de lado al resto de mujeres que necesitan de la atención durante la gestación, teniendo estas dificultades para acceder a la atención en el sistema de salud formal cuando sea necesario. Por tal razón, las mujeres prefieren acudir a los servicios ofrecidos por las parteras, lo cual puede ocasionar un incremento de la mortalidad materna [6].

En los países que tienen conflictos civiles, la mortalidad materna puede ser especialmente elevada debido a la falta de servicios de salud para la atención perinatal, la infraestructura y las redes sociales, ya que los recursos pueden desviarse, aunque después de un conflicto, las poblaciones desplazadas que reciben ayuda humanitaria puede tener un mejor acceso a la atención médica de calidad y por lo tanto tener mejores resultados maternos [8]. Gaynor [12] adiciona que los factores de riesgo aumentan para las mujeres que viven en las regiones más pobres del mundo.

Un ejemplo claro de lo anterior lo describe Bernal [11], al realizar un análisis en las mujeres en estado de gestación en Colombia en condición de desplazamiento, mostrando las dificultades que estas tiene para acceder al servicio de salud en el sector público o privado, ya que estas deben contar con una carta que certifique su condición de desplazadas, condición que algunas no cumplen por falta de los documentos de identidad, el no tener documento o cédula es la razón para no recibir atención durante la gestación, por tal motivo esto no cumple sus expectativas para sentirse totalmente atendidas durante su embarazo.

Las diferencias en el estado de salud, dan iniciativas y hacen clara la necesidad de invertir en las políticas y las intervenciones dirigidas a corregir las

desigualdades en la distribución del poder, el dinero y de los recursos, de tal forma que todos puedan acceder y utilizar la misma gama de buena calidad de servicios de acuerdo a las necesidades y preferencias, sin importar el género, nivel de ingresos, condición social o residencia. Es necesario que las leyes, políticas y estrategias para la salud sexual y reproductiva, enfatizan en las necesidades de los grupos vulnerables o marginados [19], y se le de relevancia al trabajo de enfermería, ya que por medio de la educación en salud, se puede llegar a las poblaciones más vulnerables y desprotegidas de un país, una comunidad o sociedad.

### **Factores Sociales:**

Las mujeres en países en desarrollo tiene 300 veces más probabilidades de morir durante el parto o complicaciones relacionadas con la gestación, por las altas tasas de fertilidad que hay en estos [11], sin embargo se ha observado que en los países desarrollados como Estados Unidos las muertes maternas son mínimas debido a que el Estado asume los altos costos en los servicios de salud, y los servicios ofrecidos en los hospitales cuentan con médicos obstetras, medicina familiar y algo muy importante enfermeras parteras certificadas, abanderadas en la atención del parto, lo cual contribuye en forma significativa a reducir las tasas de mortalidad y morbilidad materna [20].

Las muertes maternas reportadas en los países desarrollados como Estados Unidos, se deben a factores claramente prevenibles como la obesidad, la edad avanzada para quedar en gestación y el ambiente [8], por el contrario en países en desarrollo uno de los factores de mortalidad materna es la barrera a la accesibilidad o la entrada en el sistema oficial de atención de la salud, donde las maternas no cuentan con un acceso fácil a los servicios de salud, por dificultades en el desplazamiento o ausencia de centros de salud en las localidades donde viven [8] y aquellas que cuentan con el servicio, no reciben atención de personal calificado y certificado para la atención de la consulta prenatal [13].

En la revisión de la literatura se encontró que el programa de maternidad segura que brindan las instituciones privadas con atención integral y de emergencias y personal altamente calificado, contribuye a reducir la mortalidad materna, en forma más rápida [21]. Sin embargo, países en vía de desarrollo como Sri Lanka, con bajos ingresos y relativamente bajo gasto nacional en salud han logrado reducir la tasa de mortalidad materna de 405 por 100 000 nacidos vivos en 1955 a 39,3 por

100 000 nacidos vivos en 2006, gracias a su compromiso político a través de políticas claras y bien estructuradas, ampliando los servicios comunitarios y de atención médica institucional para cubrir todo el país y algo muy importante de mencionar es que dicha atención se presta de forma gratuita, estas estrategias han sido la base fundamental para el mejoramiento de la salud materno infantil [7].

Otro factor importante es la falta de educación en las mujeres gestantes acerca de los signos de alarma y las posibles complicaciones durante la gestación y el posparto lo cual contribuye al fortalecimiento de la maternidad segura [22]. Un estudio en Nepal observó que la intervención por parte de Enfermería en cuanto a la promoción y prevención durante la visita de atención prenatal, disminuyen la mortalidad materna en un 16,8% [23].

En Colombia las mujeres en estado de gestación y en condición de desplazamiento buscan redes de apoyo; redes que les brinden ayuda alimentaria y techo por algunos meses, mientras estas mujeres encuentran una estabilidad económica en la ciudad o municipio donde se establecen, lo cual contribuye a la disminución de factores de riesgo durante la gestación en estado de vulnerabilidad [11].

### **Factores Culturales:**

Las mujeres en estado de gestación están íntimamente ligadas a los factores culturales y sociales de su entorno, por tal razón es muy importante llegar a las comunidades para evaluar las creencias y rituales, que cada una de estas practica durante la gestación [24].

Según Serizawa [5] en los países en vía de desarrollo se tienen creencias tales como: “el estado de gestación es un proceso natural de la mujer y, por tanto es manejable sin ayuda de un profesional, por tal razón no hacen uso de los servicio de salud”. Por otro lado, las mujeres Musulmanas encomiendan todo los asuntos relacionados con la salud a las manos de Dios, por esto, esta cultura rara vez hace uso de los servicios de salud, especialmente los de maternidad. Otras prácticas culturales como la mutilación genital femenina también ha sido una barrera para la maternidad segura en estas mujeres, porque es causa de hemorragias obstétricas, muertes maternas y perinatales [5].

La asistencia calificada del parto ha aumentado significativamente en un 66% en todo el mundo. Sin embargo, 45 millones de mujeres dan a luz sin atención especializada cada año, las razones para que este fenómeno se presente, se debe a las barreras para el acceso de los servicio de salud y a factores culturales [25]. Las mujeres de escasos recursos, otorgan mayor credibilidad a la autoridad tradicional y por esta razón subutilizan los servicios de salud especializados [14].

De allí la importancia que tiene la inclusión en programas de entrenamiento y actualización de parteras con iniciativas multi – sectoriales, como una estrategia para reducir la mortalidad materna [25].

Un ejemplo claro de lo anterior, es un proyecto que se desarrolló en Japón basado en la promoción de la maternidad segura basado actividades en la comunidad y con parteras. Los resultados mostraron que el proyecto ejerce efectos positivos sobre la utilización de servicios de atención obstétrica de emergencia después del parto, así como la mejora de los conocimientos de los signos de peligro durante el embarazo y el parto [26]. El cuidado a la mujer gestante debe ser culturalmente congruente, se trata de lograr que los conocimientos y la práctica de la Enfermería profesional tengan una base cultural, una conceptualización y una planificación basadas en la cultura [11].

La comunidad y la familia de las mujeres en gestación juegan un papel importante en la prevención de muertes maternas porque el entorno de la mujer en estado de gestación se ve más influenciado por factores socioculturales de la comunidad [27]. De allí la importancia de abordar a la comunidad desde la educación en salud especialmente en maternidad segura, y llegar a acuerdos que favorezcan las prácticas culturales y la medicina alopática, con el fin de garantizar la seguridad en la atención durante todo el proceso [27].

### **Factores estructurales:**

Uno de los riesgos más comunes es la distancia de las instituciones de salud del lugar de residencia de las mujeres con escasos recursos, más países están incorporando hogares de espera para mujeres en estado de gestación que viven en lugares remotos, estos hogares fueron creados pensando en una opción para la maternidad segura, siendo esta una estrategia para los sistemas de salud en países en vía de desarrollo, estrategia que en ocasiones es respaldada por la

Organización de Naciones Unidas (ONU) y la Organización Mundial de la Salud (OMS). El objetivo de los hogares de espera es reducir la mortalidad y morbilidad materna y perinatal, mejorando el acceso a asistencia calificada al parto y atención de emergencia obstétrica sobre todo para mujeres que viven en zonas rurales [28] ya que las mujeres que viven en las zonas rurales suelen tener mayor dificultad de acceso a las instituciones de salud y por esto la mayoría de los partos ocurren en la casa [6].

Las mujeres de las zonas rurales prefieren la atención privada por que los proveedores dan mayor respuesta a los pacientes, ellas creen en su médico privado [6] por el contrario Serizawa [5] expone que las mujeres en estado de gestación que viven en zonas rurales, en los países en desarrollo hacen menos uso de los servicios médicos, debido a la percepción que tienen sobre estos, como parte de cuidados curativos más no preventivos.

Un factor importante es la disponibilidad y fiabilidad del transporte en la atención calificada del parto en el medio rural [23]. En un estudio realizado por Hynes [8] se evidenció que los problemas de transporte a los centros de salud contribuyeron con un 55 % de las muertes maternas y las dificultades para alcanzar los servicios de salud constituyeron el 75% de los retrasos en atención oportuna.

Por otro lado la falta de control del estado sobre la prestación de los servicios, ha llevado a que en las zonas urbanas de bajos recursos se observe una gran competitividad en el mercado de los proveedores de salud privados, ellos responden a las demandas percibidas por los pacientes, pero algunas veces realizan prácticas innecesarias y no éticas con el propósito de mejorar los ingresos [6] dejando de lado los cuidados prioritarios que brinda la profesión de Enfermería, basados en la atención integral de la gestante.

La Enfermería puede contribuir educando a la población, realizando estudios basados en la comunidad como lo expone [27] en su estudio en sectores alejados a los centros de salud donde se brinda atención por medio de la comunidad, seleccionando líderes comunitarios entre estos parteras tradicionales y curanderos populares de la comunidad, para educarlos en cuanto a la atención en salud para mujeres en estado de gestación, dentro del paquete de educación a la comunidad se incluyen factores de riesgo, cuidados y hábitos alimenticios durante la gestación, atención del parto y puerperio y asesoría jurídica para la atención en



centros de salud etc. Todo esto con el objetivo de formar promotores de maternidad segura y ayudar al cumplimiento del 5 objetivo del milenio.

## **Factores políticos**

Los derechos humanos forman cada vez más, parte de la lengua y el enfoque de muchas organizaciones internacionales, gobiernos, organizaciones no gubernamentales y grupos de la sociedad civil interesadas en la salud sexual y reproductiva. Los derechos humanos han sido nombrados fundamentales para lograr los objetivos y metas del Milenio y también como principios primordiales de la Organización Mundial de la Salud (OMS) [19].

Uno de los objetivos del milenio es la reducción de la mortalidad materna, las iniciativas mundiales al ver que este objetivo estaba lejos de cumplirse, deciden intensificar la intervención política para la mortalidad materna con lo cual dan iniciativa a la Maternidad Segura en 1987, como una respuesta a crear programas de atención primaria de salud en muchos países en desarrollo que se centraran exclusivamente en la salud materna [9]. Por tal motivo la mortalidad materna ha sido el centro de varios programas mundiales, como la Iniciativa de Maternidad Segura, y es uno de los elementos de Desarrollo del 5 objetivo del Milenio, que busca mejorar la salud Materna: “La atención del parto especializada se considera una importante función dentro del sistema de atención de salud para salvar las vidas de las madres y de los recién nacidos y representa un indicador importante para el seguimiento de los ODM 5” [27].

Sin embargo, los avances en cuanto a éste objetivo son muy pocos [8]. Por lo cual surge una nueva e importante iniciativa que se debería implementar, para evitar muertes maternas. La Iniciativa de Maternidad Segura (SMI) que fue puesta en marcha en una conferencia en Nairobi, Kenia, en 1987 y por la cual se celebró una conferencia mundial de Maternidad Segura en 1992 [12] debido a esto en Sri Lanka factores tales como la educación gratuita, una alta tasa de alfabetización, salud gratuita y que más del 98% de los partos ocurran en los hospitales, han ayudado a lograr una tasa de mortalidad materna baja con recursos limitados [7].

Por lo anterior, las acciones aisladas no podrán ayudar a reducir las muertes maternas para poder lograr el quinto objetivo del milenio, ya que por muchos años

se han creado diversas actividades encaminadas a la reducción de las muertes maternas al 75% y no se ha logrado el objetivo trazado para el 2015, aunque la mortalidad materna sigue siendo una prioridad para la salud pública de los países del mundo [28] la debilidad de las infraestructuras y el compromiso político limitado da como resultado el aumento de la morbilidad y mortalidad en las zonas donde la mayoría de las mujeres no reciben ayuda profesional durante el parto [29] por tal motivo es importante que la profesión de Enfermería se incluya en los aspectos políticos de un país, proponiendo políticas que generen acciones de salud, que mejoren el bienestar materno infantil.

### **Cuidado culturalmente congruente:**

Desde la perspectiva de Leininger, el cuidado de enfermería incluye las creencias culturales de las personas y el conocimiento científico de la enfermera para promover la maternidad segura. Desde esta perspectiva identifica tres sistemas de cuidado: cuidado de preservación o mantenimiento de las creencias culturales, cuando estas promueven la salud de la madre y el niño, cuidado de acomodación o negociación cuando algunas de las prácticas culturales se pueden mantener y otras es necesario modificarlas para prevenir riesgos y por último el cuidado cultural de re estructuración, cuando las prácticas culturales deben modificarse completamente [18] los cuales se describen a continuación :

### **Conservando o manteniendo los cuidados culturales:**

Acciones de apoyo, asistencia, facilitación y capacitación que ayudan a las gestantes y sus familias a recuperar y conservar cuidados genéricos para su bienestar, mantenimiento del estado de gestación para enfrentar requerimientos físicos, mentales o sociales que pueden interferir durante y después de la gestación [18].

### **Adaptación o negociación de los cuidados culturales:**

Tareas y medidas profesionales de asistencia, soporte, y capacitación que ayudan a las gestantes y familias a adaptarse o llegar a acuerdos con los profesionales de enfermería para obtener resultados beneficiosos y satisfactorios que contribuyan a una terminación agradable y placentera de su gestación [18].

## **Reorientación o reestructuración de los cuidados culturales:**

Acciones y disposiciones profesionales de asistencia, apoyo, facilitación que ayudan a las gestantes y familias a reorganizar, cambiar, y modificar prácticas y modos de vida para obtener nuevos resultados, diferentes y beneficiosos durante y después de su gestación [18].

Estos sistemas de cuidado deben evidenciarse en las diferentes etapas como se describe a continuación:

### **Atención prenatal**

El cuidado continuo reduce la morbilidad materna y neonatal por esto la OMS recomienda [6] cuatro o más visitas de atención prenatal [8] (pag 206) ya que durante el embarazo, la atención prenatal temprana y frecuente puede contribuir a identificar los embarazos de alto riesgo que requieren intervenciones múltiples para la salud materna y del recién nacido [26].

Muchas de estas muertes maternas se puede evitar si la mujer tiene acceso a la atención calificada durante el embarazo y el parto [13] por ello, la meta de un programa de maternidad segura es reducir la morbilidad materna en la población más pobre: un cuidado continuo brindado por personal capacitado, accesibilidad a las instituciones de salud y la rápida atención de la emergencia contribuye a una maternidad sin riesgo [6].

La atención segura se debe a una combinación de factores que incluyen: entrenamiento, mejores sistema de referencia, accesibilidad a instituciones de alto nivel y una atención de alta calidad en todos los niveles [6]. Serizawa [5] refiere que las mujeres creían que la atención prenatal no era un beneficio inmediato si las mujeres no habían tenido problemas en sus anteriores gestaciones. Sin embargo la atención calificada durante el parto por (médicos, enfermeras o parteras) y la detección temprana como estrategia de la maternidad segura, disminuye la mortalidad materna en 50% [21]. Los controles prenatales mejoran la atención para la mujer y dan lugar a la detección temprana de complicaciones en el embarazo, y para la atención en las instituciones de salud [7].

Para brindar un cuidado de calidad a la mujer que vive en zonas rurales y apartadas, se debe involucrar a parteras quienes deben recibir cursos de actualización y entrenamiento para esto se requiere hacer un diagnóstico de las entidades prestadoras de salud en términos de preparación y entrenamiento del personal, número y capacidad de las instituciones, accesibilidad y capacidad de referencia y contra referencia y capacidad de comunicación y transporte [6] por lo tal la importancia de la atención por personal capacitado para reducir la mortalidad y morbilidad materna [6] (pag 616): favorecer la toma de decisiones oportuna. Por esto se requiere de entrenamientos por personal especializado dirigidos a médicos, enfermeras y parteras.

Si la atención no está disponible a una distancia razonable o hay falta de disponibilidad de suministros o proveedores capacitados, o un sistema de referencia pobre que impide el acceso a niveles superiores de cuidado, puede convertirse en un factor que retrasa la atención y contribuye a una muerte materna [8] por eso las mujeres que no tiene accesibilidad a servicios médicos calificados para la atención del control prenatal realizan prácticas de auto cuidado para ellas y el bienestar de sus hijos por nacer como: la alimentación, bienestar emocional, evitan levantar objetos muy pesados y la toma de medicamentos [11].

### **Atención del parto**

Los elementos de preparación para el parto han sido promovidos por organismos internacionales como parte de estrategias para la reducción de la mortalidad materna. Preparación y planificación para el parto normal anticipando son las acciones necesarias en caso de emergencia [23] por esto es transcendental la capacitación integral y calificada por parte del personal de enfermería para la atención del parto, ya que desde enfermería se puede lograr una atención de alta calidad durante el parto, evaluando con anterioridad los posibles factores de riesgo de cada gestante.

## **Estrategias para la reducción de la mortalidad materna**

Los recientes esfuerzos por reducir la mortalidad materna en el desarrollo de países han dado prioridad a dos estrategias fundamentales: la capacitación y la implementación de parteras calificadas y la mejora del acceso a la atención obstétrica de emergencia. Aunque en varias ocasiones se han demostrado mejorar los resultados maternos y la salud del niño, no han sido suficientes estas estrategias. Ya que estos no se ocupan de las necesidades de seguridad en el momento del parto a mujeres que viven en comunidades remotas, que no tienen probabilidad de acceder a cualquiera de las estrategias [29]. Por esto las organizaciones internacionales deben apoyar al gobierno, principalmente a través del desarrollo del sistema de salud. Creando y garantizando la aplicación de políticas nacionales en materia de salud materno infantil de manera uniforme, institucionalizada con los componentes claves para la atención de la salud reproductiva y garantizar la sostenibilidad de esta [7].

Es necesario educar a las mujeres de bajos recursos y empoderarlas con relación al cuidado que requieren durante el embarazo para que puedan tomar decisiones y exigir una atención de alta calidad en las instituciones públicas y privadas. De esta manera se evitan las intervenciones innecesarias, como la cesárea en mujeres de bajo riesgo. Para garantizar la atención de emergencia se requiere de la disponibilidad de radio, teléfono y ambulancias, para favorecer la comunicación y el transporte rápido de las mujeres a las instituciones de salud [6].

El programa de maternidad segura de Matlab una ciudad de Bangladesh [21] tiene una de las estrategias más viables en el mundo para disminuir las muertes maternas, es la realización de visitas domiciliarias cada 15 días ofreciendo paquetes de salud gratuitos a las mujeres en estado de gestación, los cuales contengan: vacunación, educación en alimentación y nutrición, auto cuidado, servicios de transporte gratuito en situaciones de emergencia, servicio de parteras calificadas para asistir partos domiciliarios, suministro de multivitamínicos e.t.c. por otro lado Sri Lanka a largo plazo estableció la prestación de los servicios públicos y la implementación de políticas y estrategias bien dirigidas, lo cual tuvo un impacto en las diferentes fases de la disminución de la mortalidad materna, implemento un sistema de salud para llegar a las zonas más remotas y rurales, lo cual contribuyo a la exitosa reducción de la mortalidad materna en este país [7].

## Conclusiones:

- ✓ Las mujeres con mayor riesgo de mortalidad materna, son aquellas de escasos recursos, bajos niveles educativos, que viven en zonas rurales y remotas o que han sido desplazadas de su lugar de origen por la violencia.
- ✓ Otro factor importante que aumenta el riesgo de muerte materna es la falta de capacitación al personal de salud y la falta de recursos para su atención.
- ✓ La mejora de la calidad de la atención y de los servicios mejoraría los resultados maternos y aumentarían la confianza de las mujeres y sus familias para buscar y acceder a estos servicios de salud.
- ✓ El logro de la maternidad sin riesgos es una tarea pendiente, pero que poco a poco se ha avanzado y es importante hacer una pausa y reflexionar sobre los logros y retos, para aprender del pasado para poder realizar mayores esfuerzos.
- ✓ En vía de cumplir el Objetivo de Desarrollo del Milenio 5 y aumentar la proporción de la asistencia calificada durante el parto, las instituciones prestadoras de salud deberían prestar la preparación para el parto que va asociada con la asistencia de personal calificado al momento del nacimiento y paquetes de preparación para el parto.
- ✓ La capacitación para parteras y enfermeras es muy importante para poder brindar un cuidado especializado para la mujer en estado de gestación.
- ✓ La implementación de hogares comunitarios que brinden atención a la mujer en estado de gestación, ya sea de alto o bajo riesgo, donde se les brinde atención en cuanto a los cuidados en la gestación, factores de riesgo, atención del parto y cuidados durante el postparto para aquellas mujeres que viven en zonas rurales o alejadas.
- ✓ El objetivo final de esta revisión de literatura es que, el profesional de enfermería utilice el cuidado y su conocimiento profesional teniendo en cuenta la cultura de las futuras madres y familias de forma sensible creativa y significativa, se adapten a las formas de vida, y las necesidades generales de ellas para alcanzar el bienestar y prevenir los factores de riesgo durante y después de la gestación para así fomentar una maternidad segura con beneficio para las madres los niños , familias, comunidad y las instituciones de salud.

## Referencias

1. Organización Mundial de la Salud. Mortalidad Materna. Nota descriptiva N°348 [Página en internet]. Mayo de 2012 [Fecha de búsqueda: 10 de marzo de 2014] disponible en:<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs348/es/>.
2. Organización de Naciones Unidas. Podemos erradicar la pobreza. Objetivos de desarrollo del milenio y más allá de 2015. [Página en internet] [Fecha de búsqueda: 10 de marzo de 2014] disponible en: <https://pod51035.outlook.com/owa/#path=/mail>.
3. Política Nacional de Salud Sexual y Reproductiva, República de Colombia Ministerio de la Protección Social Dirección General de Salud Pública, 2003 de Febrero.
4. Plan de choque para la reducción de la mortalidad materna, República de Colombia Ministerio de la Protección Social Dirección General de Salud Pública, 2004 de 29 de Julio.
5. Serizawa A, Ito K , Algaddal A ,Eltaybe R. Cultural perceptions and health behaviors related to safe motherhood among village women in Eastern Sudan: Ethnographic study. International Journal of Nursing Studies, 51 (2014); 572–581.
6. Brugha R, Pritze- Aliassime P. Promoting safe motherhood through the private sector in low- and middle income countries. Bulletin of World Health Organization 2003; 81(8): 616 -623.
7. Haththotuwa Rohana, Senanayake Lakshmen, Senarath Upul, Attygalle Deepika. Models of care that have reduced maternal mortality and morbidity in Sri Lanka. International Journal of Gynecology and Obstetrics, 2012; 119:45–49.
8. Hynes Michelle, Sakani Ouahiba, Spiegel Paul, Cornier Nadine. A Study of Refugee Maternal Mortality in 10 Countries, 2008–2010. International Perspectives on Sexual and Reproductive Health. 2012, 38(4):205–213.

9. Hogan C Margaret, Foreman J Kyle, Naghavi Mohsen, Ahn Y Stephanie, Wang Mengru, Makela Susanna et al. Maternal mortality for 181 countries, 1980–2008: a systematic analysis of progress towards Millennium Development Goal 5. *Lancet*. 2010; vol 375: 1609–23.
10. Ronsmans C, Graham WJ. Lancet maternal survival Series steering group. Maternal mortality: who, when, where, and why. *Lancet*. 2006; 368 (9542):1189-200.
11. Bernal Roldán MC, Muñoz de Rodríguez L, Ruiz de Cardenas CH. Significado del cuidado de si y de su hijo por nacer en gestantes desplazadas. *Aquichan* 2008; 8 (1): 97-115.
12. Gaynor D. Maclean, An historical overview of the first two decades of striving towards Safe Motherhood, Sexual & Reproductive Healthcare, 2010; 1:7–14.
13. Lori Jody R., Wadsworth Anna C, Munro Michelle , Rominski Sarah. Promoting access: The use of maternity waiting homes to achieve safe motherhood. *Midwifery*. 2013; 29: 1095–1102.
14. Kempe Annica, Noor Fatoom A., Alwazer Aldin, Theorell Töres. Women's authority during childbirth and Safe Motherhood in Yemen. *Sexual & Reproductive Healthcare*, 2010; 1:129–134.
15. Tulman L, Fawcett J. *Women's Health During and After Pregnancy: A Theory-Based Study of adaptation to change*. New York: Springer publishing company. 2003
16. Weiss Marianne, Fawcett Jacqueline and Aber Cynthia. Adaptation, postpartum concerns, and learning needs in the first two weeks after caesarean birth. *Journal of Clinical Nursing* 2009; Volume 18, Issue 21, pages 2938–2948.
17. Mercer R. Adopción del rol materno. En: Marriner A, Raile M, editores. *Modelos y teorías en enfermería*. Madrid: Editorial Elsevier Science, 2003:468.
18. Marriner tomy ann. *modelos y teorías de enfermería*. unidad iv. capítulo 28., 2007: páginas: 472-498.



19. Cottingham Jane, Kismodi Eszter, Hilber Martin Adriane, Lincetto Ornella, Stahlhofer Marcus, Gruskin Sofia. Using human rights for sexual and reproductive health: improving legal and regulatory frameworks. *Bull World Health Organ*, 2010; 88:551–555.
20. King Jeffrey C. Strategies to reduce maternal mortality in developed countries. *Maternal-fetal medicine* 2013; 25 (2): 117-123.
21. Chowdhury Mahbub Elah, Ahmed Anisuddin, Kalim Nahid, Koblinsky Marge. Causes of Maternal Mortality Decline in Matlab, Bangladesh. *J health popul nutr*, 2009 April; 27(2):108-123.
22. Wieggers T.A., Boerma W.G.W, Haan de O. Maternity care and birth preparedness in rural Kyrgyzstan and Tajikistan. *Sexual & Reproductive Healthcare* .2010; 1: 189–194.
23. Karkee Rajendra, Lee Andy , Binns Colin W.. Birth preparedness and skilled attendance at birth in Nepal: implications for achieving millennium development goal 5. *Midwifery*,2013;29:1206-1210.
24. Rodríguez Leal, Verdú J. Consecuencias de una muerte materna en la familia. *Aquichan*.2013; Vol. 13:433-441.
25. Byrne Abbey, Morgan Alison. How the integration of traditional birth attendants with formal health systems can increase skilled birth attendance. *International Journal of Gynecology and Obstetrics* .2011; 115: 127–134.
26. Kamiya Yusuke, Yoshimura Yukie , Islam Tajul Mohammad. An impact evaluation of the Safe Motherhood Promotion Project in Bangladesh: Evidence from Japanese aid-funded technical cooperation. *Social Science & Medicine*.2013; 83: 34 -41.
27. Mushi Declare, Mpembeni Rose, Jahn Albrecht. Effectiveness of community based safe motherhood promoters in improving the utilization of obstetric care.

The case of Mtwara Rural District in Tanzania. *BMC Pregnancy and Childbirth* 2010, 10:14.

28. Wild Kayli, Barclay Lesley, Kelly Paul, Martins Nelson. The tyranny of distance: maternity waiting homes and access to birthing facilities in rural Timor-Leste, *Bull World Health Organ* 2012; 90:97–103.

29. Prata Ndola, Passano Paige, Rowen Tami, Bell Suzanne, Walsh Julia, Potts Malcolm. Where There Are (Few) Skilled Birth Attendants. *J health popul nutr*, 2011 Apr;29;2:81-91.