

## Acceso a los cuidados de salud en el trabajo de parto y parto. Seguridad para la salud materna\*

Juliana Vicente de Oliveira Franchi<sup>1</sup>  
 <https://orcid.org/0000-0001-9441-7736>

Sandra Marisa Pelloso<sup>2</sup>  
 <https://orcid.org/0000-0001-8455-6839>

Rosângela Aparecida Pimenta Ferrari<sup>3</sup>  
 <https://orcid.org/0000-0003-0157-7461>

Alexandrina Aparecida Maciel Cardelli<sup>3</sup>  
 <https://orcid.org/0000-0002-0222-8821>

**Objetivo:** analizar el tiempo de acceso a los cuidados de salud en el trabajo de parto y parto y su incidencia en la seguridad para la salud materna. **Método:** estudio transversal analítico, realizado en cinco maternidades de riesgo habitual e intermedio y en una de alto riesgo. Para la recolección de datos, se utilizaron los datos de la historia clínica materna y la entrevista realizada con la puérpera. En el análisis de datos se realizó la Prueba de Chi-cuadrado ( $p \leq 0,05$ ) para la búsqueda de posibles asociaciones entre las variables independientes-modelo de tres demoras- y dependientes [Resultados maternos adversos], [Conocimiento sobre trabajo de parto/parto] y [Satisfacción en la atención] **Resultados:** se observó relevancia estadística entre el resultado materno adverso y la demora en buscar atención en un centro de salud y la demora en el transporte hasta la maternidad ( $p=0,050$ ), mientras que la variable relativa al conocimiento sobre trabajo de parto presentó asociación estadística con la demora en buscar un centro de salud ( $p=0,048$ ). No hubo diferencias significativas entre el modelo de las tres demoras y la satisfacción en la atención. **Conclusión:** el conocimiento de las mujeres sobre trabajo de parto y parto y el tiempo de acceso a la atención obstétrica tienen una incidencia negativa en el resultado materno durante el parto, situación que impacta de manera directa sobre la seguridad de la salud materna.

**Descriptorios:** Accesibilidad a los Servicios de Salud; Servicios de Salud Materno-Infantil; Calidad de la Atención de Salud; Salud Materna; Parto; Seguridad del Paciente.

\* Artículo parte de la disertación de maestría "Rede Mãe Paranaense: A segurança à saúde materna no parto", presentada en la Universidade Estadual de Londrina, Londrina, PR, Brasil. Apoyo Financiero del Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), Proceso nº 407508/2016-3, Brasil.

<sup>1</sup> Universidade Estadual de Londrina, Centro de Ciências da Saúde, Londrina, PR, Brasil.

<sup>2</sup> Universidade Estadual de Maringá, Departamento de Enfermagem, Maringá, PR, Brasil.

<sup>3</sup> Universidade Estadual de Londrina, Departamento de Enfermagem, Londrina, PR, Brasil

### Cómo citar este artículo

Franchi JVO, Pelloso SM, Ferrari RAP, Cardelli AAM. Access to care during labor and delivery and safety to maternal health. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2020;28:e3292. [Access   ]; Available in: \_\_\_\_\_ . DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.3470.3292>.   

URL

## Introducción

La seguridad y la calidad obstétrica son tópicos emergentes e importantes en el escenario de la salud actual, más allá de la presión y la expectativa de los pacientes y familiares por resultados positivos. Los gestores de los servicios de salud también se preocupan, en su afán de propiciar una asistencia sin daños y mejores resultados en la atención que se presta a la población<sup>(1)</sup>.

En ese contexto, un factor importante para la seguridad y calidad del cuidado materno es el acceso oportuno a los servicios obstétricos, dado que la demora en recibir los cuidados obstétricos guarda íntima relación con la gravedad de los resultados maternos adversos<sup>(2)</sup>.

Los autores desarrollaron un modelo denominado "tres demoras" para evaluar el acceso a los cuidados obstétricos, discriminado en tres componentes o etapas: (1) demora en la decisión de buscar atención en un centro de salud; (2) demora en la identificación y en el acceso al servicio de salud adecuado; e (3) demora en recibir el cuidado adecuado en el momento oportuno. Desde entonces, se ha utilizado ese modelo para explicar la mayor parte de los resultados maternos fatales<sup>(3)</sup> y algunos casos de morbilidad materna extrema<sup>(2,4)</sup>.

Ante esa situación, cabe destacar que, además de la muerte materna y de situaciones que amenazan la vida (*near miss* materno), se advierten otros incidentes que provocan resultados maternos adversos de menor gravedad, que no pueden ser ignorados, dado que, con frecuencia, se encuentran presentes en la asistencia al parto<sup>(5)</sup>. Por lo tanto, ante cualquier complicación obstétrica durante el trabajo de parto (TP) y/o parto, la importancia del reconocimiento de las señales de peligro, la búsqueda rápida de atención y el ofrecimiento de cuidados adecuados en tiempo oportuno, son fundamentales para la seguridad de la salud materna.

De ese modo, considerando que en Brasil 98% de los partos ocurren en hospitales públicos<sup>(6)</sup>; que el acceso oportuno a los servicios obstétricos reduce significativamente el número de resultados maternos adversos fatales, con resultados positivos en lo que se refiere a la seguridad para la salud materna<sup>(7)</sup>; que se han implementado políticas de salud materno-infantil para favorecer la calidad del servicio, como el *Programa Rede Mãe Paranaense*, cuya misión es garantizar el acceso a la atención a la salud, promover el cuidado seguro y de calidad en la gestación, parto, puerperio y a los niños de menos de un año de edad<sup>(8)</sup>, se destaca

la pertinencia de los estudios que analizan el acceso a las maternidades para el diagnóstico de la calidad del cuidado y la seguridad del paciente.

A través de este estudio, se pretende señalar las lagunas existentes para el alcance de los cuidados obstétricos apropiados y de calidad, otorgando subsidios a los gestores que implementen acciones que fortalezcan las políticas públicas de salud, que pregonan el acceso materno a los servicios obstétricos. Además, se espera el direccionamiento de inversiones a educación en salud, hacia esa población específica, a fin de garantizar la calidad y la seguridad en el cuidado como también el derecho de acceso a la salud y a la información de la usuaria.

Considerando la relevancia del reconocimiento y respuesta oportuna de los cuidados obstétricos para el mejoramiento de los resultados maternos y de la seguridad en la atención del parto, el objetivo de este estudio fue analizar el tiempo de acceso a los cuidados de salud en el trabajo de parto y parto y su incidencia en la seguridad para la salud materna.

## Método

Se trata de un estudio transversal analítico, de corte prospectivo, realizado en cinco hospitales/maternidades insertas en el programa *Rede Mãe Paranaense*, situada en la 17ª Regional de Salud del Estado de Paraná, caracterizada por maternidades que atienden gestantes de Riesgo Habitual, Riesgo Intermedio (RI) (cuatro maternidades sin Unidad de Terapia Intensiva Neonatal Pediátrica y Adulta del municipio de Rolândia, Iporã, Cambé y Londrina) y maternidad de referencia para gestación de Alto Riesgo (AR) (una maternidad con Unidad de Terapia Intensiva Neonatal/Pediátrica y Adulta del municipio de Londrina).

La población del estudio se constituyó con puérperas internadas en esas maternidades, y a partir de muestra estratificada, tiene por base a cada institución y al número de partos ocurridos en las maternidades en el año de 2016.

Se estimó una muestra mínima de 386 puérperas, número al cual se sumó un 20% como margen de seguridad para conformar el número de la muestra, considerando las posibles pérdidas, tras lo cual se obtuvo un N=470, que fueron distribuidas entre la maternidad de RH y RI de Rolândia (n=59), Iporã (n=63), Cambé (n=49), Londrina (n=230) e a maternidad AR de Londrina (n=69).

El criterio de inclusión contempló el hecho de ser mujeres con edad gestacional de  $\geq 32$  semanas y residir

en el área urbana de los municipios de la 17ª Regional de Salud de Londrina.

Se realizó una prueba piloto para proceder a la adecuación del instrumento, capacitación y seguimiento de los alumnos de grado de enfermería, con el objetivo de instruirlos para las etapas de recolección de datos. El resultado de la prueba piloto no fue incluido en la muestra final.

En seguida, se dio comienzo al proceso de recolección de datos en el período de julio de 2017 a marzo de 2018. Se utilizó un instrumento estructurado para la búsqueda de información disponible en la historia clínica materna y la entrevista con las púerperas. Se realizó el levantamiento de datos socioeconómicos, demográficos, obstétricos anteriores, y los vinculados al acceso a los servicios de salud, de acuerdo con el modelo de las tres demoras<sup>(3)</sup> para analizar el tiempo de acceso a los cuidados obstétricos y la ocurrencia de resultado materno adverso; el conocimiento sobre el TP y parto, y la satisfacción de las usuarias en la atención, obtenida por medio de indicadores asistenciales obstétricos, sobre el conocimiento acerca de TP, parto y satisfacción en la atención.

La variable conocimiento sobre trabajo de parto y parto, se consideró positiva cuando las mujeres respondieron afirmativamente sobre las orientaciones relativas al TP y parto, aclaración de toda información deseada y ausencia de dudas sobre la evolución y cuidados durante el trabajo de parto y/o parto. La variable satisfacción en la atención recibida durante el TP y el parto se verificó por medio de una variable dicotómica (satisfecha e insatisfecha), seguida de una indagación respecto de su (in) satisfacción.

El modelo de tres demoras refiere al acceso de la mujer a los servicios de salud: 1º - demora en tomar la decisión de acceder al servicio de salud; 2º - demora en el transporte hacia la maternidad; y 3º - demora en recibir atención del profesional de salud<sup>(3)</sup>. En este estudio, la unidad de análisis no fue la demora sino el "tiempo de acceso" a los cuidados de salud, a partir de los relatos de las púerperas, sobre la base de las tres etapas propuestas por los autores. Se utilizó el término "acceso" para denotar el hecho de recibir asistencia/atención al parto de parte de los servicios obstétricos en tiempo oportuno, dado que esas carencias perjudican los cuidados y pueden contribuir con la producción de resultados maternos adversos, según lo descrito en las líneas precedentes. Cabe destacar que se tomó como punto inicial para medir el tiempo el comienzo de los síntomas de trabajo de parto.

Para minimizar el sesgo en la recolección de datos y garantizar la calidad de la información, se creó una guía de compilación, a modo de procedimiento operativo estándar, que fue adoptada por todos los compiladores. También se realizó una doble recolección de datos, una para los datos de la historia clínica y otra para entrevistas con la mujer púerpera. Con posterioridad, la carga de datos se realizó por personas capacitadas en el manejo del programa, y en pares, utilizando la doble digitalización para garantizar la mayor confiabilidad de los resultados.

Los datos se compilaron en el programa Paquete Estadístico para las Ciencias Sociales (de su sigla en inglés, SPSS), versión 22.0, y se analizaron usando la prueba de Chi-cuadrado, en la búsqueda de posibles asociaciones ( $p < 0.05$ ) entre variables independientes (modelo tres demoras) y dependientes. Las variables dependientes fueron: resultado materno adverso, conocimiento sobre el trabajo de parto y/o parto, y satisfacción con la atención recibida en el parto.

Este estudio respetó los preceptos éticos de las personas involucradas, de conformidad con lo dispuesto la Resolución N ° 466/12 del Consejo Nacional de Salud<sup>(9)</sup>.

El presente estudio es un recorte del proyecto de investigación multicéntrico financiado por el Consejo Nacional de Desarrollo Científico y Tecnológico (de su sigla en portugués CNPq).

## Resultados

En cuanto a las características socioeconómicas y demográficas, la mayoría de las mujeres puerperales tenían entre 20 y 34 años (70,2%), más de 12 años de estudio (46,0%), ocupación no remunerada (58,5%), ingresos familiares de dos o tres salarios mínimos (54.7%) y tenían un compañero (86.6%). Con respecto a su historia clínica obstétrica previa, se detectó que el 67.9% de las mujeres no contaban con antecedentes patológicos en su historia clínica obstétrica y que el 52.8% eran primíparas.

La Tabla 1 muestra las pautas recibidas y los comportamientos adoptados por las mujeres con respecto al acceso al lugar designado para el parto y el tipo de transporte utilizado para llegar hasta la maternidad. Entre las orientaciones recibidas, el 84.9% de las mujeres fueron informadas sobre qué hospital buscar en caso de emergencia, el 78.7% no visitó la sala de maternidad antes del parto, el 79.4% procedía de su domicilio y el 75.5% utilizó vehículo propio para llegar hasta la maternidad.

Tabla 1 – Escala de pautas recibidas y comportamientos adoptados por las mujeres en relación al acceso al lugar del parto y al tipo de transporte utilizado para llegar hasta la maternidad. Paraná, Brasil, 2018

	n	%
Fue informada sobre qué hospital buscar en caso de emergencia		
Sí	399	84,9
No	71	15,1
Visitó la maternidad antes del parto		
Sí	100	21,3
No	370	78,7
Lugar desde el cual vino hacia la maternidad		
UBS*	37	7,8
Hospital de la Ciudad	44	9,5
Domicilio	373	79,4
Otro	16	3,3
Tipo de transporte utilizado para llegar a la maternidad		
SAMU†	73	15,5
Ambulancia simple	25	5,3
Vehículo propio	355	75,5
Otro	17	3,7
Total	470	100,0

\*UBS = Unidad Básica de Salud; †SAMU = Servicio de Atención Móvil de Urgencia

En el período de recolección de datos, 46,8% (n = 220) de las madres, distribuidas en los cinco hospitales de maternidad en este estudio, desarrollaron resultados maternos adversos (RMA).

La Tabla 2 muestra los tipos de resultados maternos adversos desarrollados durante la hospitalización por parto, definidos como eventos con daños que interfieren con la continuidad de la salud materna. Entre las DMA, la complicación intraparto representó la mayoría (38,2%) de los casos, seguida de la laceración de 3° y 4° grado (27,3%) (Tabla 2).

Tabla 2 – Tipos de resultados maternos adversos desarrollados durante la internación para el parto. Paraná, Brasil, 2018. n=220

	n	%
Enfermedad desarrollada en el parto hemorrágico	10	4,5
Enfermedad desarrollada en el parto infeccioso	24	10,9
Enfermedad desarrollada en el parto hipertensivo	28	12,7
Enfermedad desarrollada en el parto agravo clínico	02	1,0
Enfermedad desarrollada en el parto metabólico	02	1,0
Laceración de perineo de 3° y 4° grado	60	27,3
Complicaciones intraparto*	83	38,2
Complicaciones cuarto período (Greenberg)†	11	4,5
Total	220	100,0

\*n =83 (56 distocia de progresión, 02 eclampsia, 03 desplazamiento prematuro de placenta, 18 sufrimiento fetal, 04 otros); †n = 10 (02 eclampsia, 06 hemorragia postparto, 02 masaje uterino, 01 remoción de productos retenidos)

En este estudio se investigó la variable *conocimiento de las mujeres sobre el trabajo de parto y/o parto* y

se constató que el 57,2% (n=269) de las púerperas tenían conocimientos sobre la atención y las pautas inherentes a ese período. También se analizó la variable de la *satisfacción con la atención*, y se corroboró que el 89,5% (n = 421) de las mujeres puerperales estaban satisfechas con la atención recibida durante la internación para el parto.

La Tabla 3 muestra la distribución del tiempo de acceso a la atención obstétrica según el modelo de las tres demoras y el resultado materno adverso. Hubo una diferencia estadísticamente significativa entre la primera demora: el tiempo para decidir buscar un servicio de salud (p = 0.005); segunda demora: tiempo de transporte hasta la maternidad (p = 0.050) y RMA, el 63% de las mujeres que esperaron más de nueve horas desde el comienzo de los síntomas para buscar servicio obstétrico desarrollaron un resultado materno adverso; y el 61.7% de las mujeres que reportaron una demora de 30 minutos en el transporte hacia la maternidad presentaron RMA durante la internación para el parto.

Tabla 3 – Distribución del tiempo de acceso según el modelo 3 demoras de Thaddeus y Maine (1994) y resultados maternos adversos. Paraná, Brasil, 2018

Variables	Resultado Materno Adverso				p valor*
	Sí		No		
	n	%	n	%	
Decisión de buscar atención (1ª demora)†					
Hasta 3 horas	109	48,9	114	51,1	
De 4 a 8 horas	22	34,9	41	65,1	p = 0,005
Más de 9 horas	46	63,0	27	37,0	
Tiempo de transporte hasta el Centro de Salud (2ª demora)†					
Hasta 30 minutos	146	49,7	148	50,3	
31 min a 1h 30 min	50	61,7	31	38,3	p = 0,050
Tiempo espera por atención médica (3ª demora)†					
Hasta 15 minutos	111	48,7	117	51,3	
16 a 30 minutos	36	52,2	33	47,8	p = 0,362
31 min a 1 hora	32	41,0	46	59,0	

\*Test Chi-cuadrado (p<0,05); †n = 375 (excluidas 95 mujeres que fueron internadas para la realización de cesárea electiva/iterativa); ‡Sin registro – 16 mujeres

Con respecto a la distribución del tiempo de acceso a la atención obstétrica, de acuerdo con el modelo de tres demoras y el conocimiento sobre el TP y el parto, hubo significación estadística entre la primera demora, el tiempo para decidir buscar atención (p = 0.048) y el conocimiento de resultados sobre trabajo y parto. El conocimiento sobre el TP y el parto estuvo presente en el 60,1% de las mujeres que tardaron menos de tres horas desde el inicio de los síntomas en buscar atención médica (Tabla 4).

Tabla 4 – Distribución del tiempo de acceso según el modelo 3 demoras de Thaddeus y Maine (1994) y Conocimientos sobre Trabajo de Parto y/o Parto. Paraná, Brasil, 2018

Variables	Conocimientos sobre TP y parto				p valor*
	Sí		No		
	n	%	n	%	
Decisión de buscar atención (1ª demora) <sup>†‡</sup>					
Hasta 3 horas	134	60,1	89	39,9	p = 0,048
De 4 a 8 horas	45	71,4	18	28,6	
Más de 9 horas	37	50,7	36	49,7	
Tiempo de transporte hasta el Centro de Salud (2ª demora) <sup>†</sup>					
Hasta 30 minutos	178	60,2	117	39,8	p = 0,523
31 min a 1 h 30 min	45	56,3	35	43,8	
Tiempo espera por atención médica (3ª demora) <sup>†</sup>					
Hasta 15 minutos	145	63,2	84	36,8	p = 0,143
16 a 30 minutos	35	50,7	34	49,3	
31 min a 1 hora	43	55,8	34	44,2	

\*Test Chi-cuadrado ( $p < 0,05$ ); †n = 375 (excluidas 95 mujeres que fueron internadas para la realización de cesárea electiva/iterativa); ‡Sin registro – 16 mujeres

No hubo diferencia estadística entre el tiempo de acceso a los cuidados obstétricos, según el modelo de las 3 demoras y el resultado satisfacción en la atención.

## Discusión

El modelo de las tres demoras se creó para explicar los casos de emergencias obstétricas que contribuyen a la aparición de resultados maternos fatales, pero otras situaciones de resultados maternos menos graves también pueden evolucionar de manera desfavorable, produciéndose una urgencia y / o emergencia obstétrica que representan riesgos para la salud materna, por lo tanto, también deben investigarse, puesto que son más frecuentes en el escenario actual de atención obstétrica<sup>(5)</sup>.

Los factores que influyen en este modelo en lo que se refiere a la relación entre el tiempo de acceso a la atención obstétrica y el resultado materno en la primera demora son las condiciones socioeconómicas y culturales de las mujeres, la accesibilidad a los servicios de salud y la calidad de la atención recibida previamente; en la segunda demora, la accesibilidad a los servicios de salud; y, finalmente, en la tercera demora, la calidad de la atención que se le brinda<sup>(3)</sup>.

Una investigación que evaluó las demoras del modelo 3 en un hospital público brasileño comprobó que la mayoría de las mujeres sufrieron la primera demora después del comienzo de los dolores de parto. Según estas mujeres, el motivo de la demora fue la tardía decisión del esposo en buscar atención y profesionales de la salud. En lo que se refiere a la segunda demora, constató que la demora en el acceso

se debía a la distancia y al tráfico. La tercera demora tuvo lugar a raíz de la elevada demanda de pacientes en una emergencia obstétrica. Además, la falta de conocimiento y la condición socioeconómica precaria también se identificaron como factores responsables por la demora<sup>(10)</sup>.

En este estudio, las mujeres que tardaron más tiempo en tomar la decisión de buscar atención médica y en trasladarse a la maternidad tuvieron una asociación negativa con respecto a la aparición de resultados maternos adversos, es decir, desarrollaron un mayor número de RMA.

Estos hallazgos concuerdan con un estudio internacional, en el que las mujeres que llegaron al hospital dentro de las cuatro primeras horas de haber tomado la decisión de buscar atención tuvieron una mayor probabilidad obtener resultados favorables, si se las compara con aquellas que llegaron dentro de las ocho horas<sup>(11)</sup>.

Es sabido que la decisión de las mujeres de buscar asistencia durante el trabajo de parto y el parto está condicionada por varios factores, a saber: falta de preparación para el parto, contexto familiar, creencias y percepciones personales, limitaciones estructurales, ubicación geográfica y actitudes inapropiadas de los profesionales que favorecen la demora en el acceso a la atención obstétrica<sup>(12)</sup>.

En este sentido, otra investigación desarrollada fuera de Brasil encontró que existe una desarticulación entre el equipo de salud y las mujeres con respecto a la primera demora, representada por el conocimiento inadecuado de estas mujeres. Y, que las barreras estructurales para acceder a los servicios pueden limitar sus opciones para buscar atención. Estas debilidades pueden resultar en la negligencia de más fallas sistémicas que son la causa central del problema, y que constituyen una amenaza para la seguridad de la salud materna<sup>(13)</sup>.

Específicamente en relación con la primera demora, cuando surgen emergencias obstétricas durante el trabajo de parto y el parto, la importancia de reconocer los signos de peligro y buscar atención rápidamente es esencial para responder de manera oportuna y mejorar los resultados maternos y neonatales<sup>(7)</sup>. Además, el conocimiento sobre el estado clínico actual y la orientación de la mujer sobre la necesidad de atención son esenciales para la decisión de buscar un servicio de salud o solicitar atención de manera oportuna<sup>(14)</sup>.

Otro hallazgo de este estudio fue establecer la relación entre el mayor tiempo de transporte al hospital de maternidad y la aparición de DMA. Un estudio realizado en la región sureste de Brasil arrojó resultados similares al analizar la relación entre el resultado materno fatal y la accesibilidad a los servicios de salud,

identificando que la distancia entre el hogar y el hospital es un factor de riesgo importante para el resultado fatal en la población estudiada<sup>(15)</sup>.

Un estudio realizado en otra región del país también destacó que el acceso inadecuado a la atención en el parto puede aumentar los riesgos maternos, debido a posibles complicaciones obstétricas que serían evitables con la atención oportuna y la consiguiente aparición de problemas severos cuando no se cuenta con la atención necesaria<sup>(16)</sup>.

Una situación que cabe destacar, en lo relativo al acceso a atención obstétrica, es la derivación oportuna a los servicios que brindan atención médica adecuada, de acuerdo con las necesidades de las mujeres, lo que contribuye de manera positiva a garantizar una atención de calidad y segura para las mujeres.

Por lo tanto, incluso ante un bajo riesgo de eventos adversos en la atención brindada, la conciencia constante respecto de probabilidad de que se presenten complicaciones de alto riesgo debería formar parte de la práctica cotidiana de los servicios obstétricos<sup>(14)</sup>.

Este estudio también identificó que aunque un número significativo de mujeres haya recibido orientación sobre qué hospital de maternidad buscar y sobre la disponibilidad del servicio móvil ante una emergencia, menos de un tercio de ellas fueron trasladadas al servicio obstétrico en ambulancia, ya que dos tercios accedieron a la maternidad por sí mismas, hecho que puede haber contribuido en el aumento del tiempo de decisión para buscar un Centro de Salud y en el aumento del tiempo de traslado hacia la maternidad.

Una revisión sistemática internacional de la evidencia cualitativa de los facilitadores y las barreras de atención en los centros en que se producen los nacimientos en países de ingresos bajos y medios, identificó que las barreras clave están influenciadas por la percepción del trabajo de parto y el parto, por factores socioculturales, por la calidad de la atención en el parto y la disponibilidad y acceso a recursos, este último en relación con la larga distancia a la maternidad, la falta de transporte accesible, la demora en acceder a un servicio de referencia para el parto y los costos indirectos relacionados con los centros donde opera el nacimiento<sup>(17)</sup>.

Similar a estos datos, un estudio mostró que los obstáculos a la atención obstétrica estaban representados por la falta de centros adecuados para el nacimiento, transporte insuficiente y la prestación inadecuada de proveedores de atención médica, lo que determinó resultados maternos adversos en los países en desarrollo<sup>(7)</sup>.

Las dificultades en la oferta y la demanda que impiden el uso de servicios de salud relacionados con

el parto se consideran como barreras elementales, caracterizadas por el temor que sienten las mujeres de ser descuidadas o maltratadas por los profesionales, necesidad de recorrer distancias largas, pobreza, falta de apoyo del marido, deficiencia del sistema de salud en lo que se refiere al personal, capacitación inadecuada y sistemas de derivación ineficientes<sup>(18)</sup>.

Otro estudio realizado en un país subdesarrollado señaló que el largo tiempo de espera para la atención, la mala calidad de la misma, la falta de privacidad en los servicios obstétricos y la dificultad para acceder a un transporte adecuado se consideraron operaban como principales barreras en el sistema de salud para el acceso equitativo y el uso de servicios por la población estudiada<sup>(19)</sup>.

En Brasil, un estudio multicéntrico, en el que participaron 27 unidades obstétricas de referencia para todas las regiones del país, observó que la mayoría de las demoras en recibir atención obstétrica se relacionaban con la accesibilidad a los servicios de salud, destacándose un nexo significativo con la mayor gravedad del resultado materno<sup>(2)</sup>. Y, al evaluar el derecho a la universalidad en el acceso de las mujeres durante el embarazo y el puerperio, descubrieron que la política federal de salud materno-infantil tiene falencias en lo atinente al cuidado de las mujeres en atención prenatal, parto y puerperio. Por lo tanto, recomendó a los gestores de salud que priorizaran acciones para mejorar esta política a fin de garantizar el acceso a la salud del binomio<sup>(20)</sup>.

Aunque la mayoría de los estudios mencionados refieren a la disponibilidad y al acceso a la maternidad como principales factores que contribuyen al aumento de la demora en recibir atención obstétrica, es sorprendente lo mucho que influye la experiencia previa de la mujer en su decisión de buscar el servicio de salud obstétrica. Es fundamental que se realicen inversiones para mejorar la calidad de la atención, como estrategias para reducir las barreras de acceso a la atención del parto y aumentar el índice de satisfacción de las mujeres con la atención. Otro hallazgo sin precedentes en este estudio fue la investigación del tiempo de acceso a la atención obstétrica de acuerdo con el modelo de las tres demoras y su relación con el conocimiento de la mujer sobre la evolución y la atención en el trabajo de parto y/o parto. Se descubrió que la mayoría de las mujeres que informaron haber demorado más tiempo para tomar la decisión de buscar un centro de salud, y haber esperado más tiempo para recibir atención en el centro de salud, desconocían cuestiones relativas a la atención brindada durante el período del trabajo de parto y parto. Se obtuvieron resultados similares en una investigación que mostró que las mujeres que

recibieron información sobre el embarazo y el parto tenían muchas más probabilidades de conocer los signos de peligro si se las comparaba con aquellas mujeres que no habían recibido información<sup>(21)</sup>; e identificó un bajo nivel de conocimiento de las mujeres sobre los signos de peligro obstétrico durante el embarazo, el parto y el postparto, además de detectar que las mujeres que no tenían conocimiento al respecto eran más susceptibles a retrasar la decisión de buscar atención. Esto puede explicarse debido a una falla en la comunicación entre el equipo de salud y el paciente<sup>(22)</sup>.

La comunicación centrada en el paciente facilita la identificación de posibles errores y la corrección de las condiciones de salud durante el trabajo de parto y el parto por parte de los profesionales, pacientes y familiares. Esta comunicación efectiva entre profesionales y pacientes proporciona atención segura y altamente confiable para la mujer<sup>(23)</sup>.

El conocimiento sobre su estado de salud y la atención adecuada a sus necesidades aumenta la autonomía de la mujer para tomar decisiones sobre su propia salud, desarrollando una mayor confianza y conciencia para buscar los servicios de salud que ofrezcan la mejor atención<sup>(24)</sup>.

El retraso en el reconocimiento de las condiciones clínicas se considera una de las causas que lleva a la demora en la búsqueda de atención. Sin embargo, la falta de reconocimiento también puede ocurrir en los servicios de salud donde los profesionales no pueden brindar la orientación y derivación adecuada. De ahí la importancia de la educación sanitaria de las comunidades y las familias, a fin de ayudarlas a reconocer los signos de peligro en el embarazo y las condiciones de riesgo para la mujer y el bebé<sup>(25)</sup>.

Para la seguridad en la atención del parto, es necesario establecer una responsabilidad compartida, en la que los profesionales y las mujeres sean responsables del proceso de atención, creando entornos donde todos sean libres de discutir y exponer sus preocupaciones en relación a la seguridad y a todos los aspectos de la atención, y sean incentivados a hacerlo<sup>(26)</sup>.

La inexistencia de una asociación negativa entre el tiempo de acceso a la atención obstétrica, de acuerdo con el modelo de tres demoras, y el resultado vinculado a la satisfacción con la atención, fue un hallazgo positivo que puede explicarse por el hecho de que no hubo una demora significativa en la atención obstétrica, dado que esa circunstancia comúnmente genera una mayor insatisfacción en el usuario del servicio de salud.

La limitación de este estudio es su carácter transversal, puesto que refleja la realidad local específica de las mujeres estudiadas, por lo tanto, los resultados no pueden generalizarse para toda la población brasileña.

Sin embargo, se justifica porque implica una muestra significativa de esa población, ya que los resultados son representativos de todas las mujeres cuyos partos tuvieron lugar en los hospitales de la maternidad en estudio, pudiendo también replicarse en otros lugares de interés.

Sin embargo, la reducción de los resultados maternos adversos va más allá de la necesidad de mejorar la calidad de la atención obstétrica, y no es menos importante la disminución del intervalo entre el inicio de una complicación y la atención adecuada<sup>(25)</sup>.

Las falencias que restringen este acceso y la asistencia brindada deben identificarse para definir estrategias de intervención con el fin de reducir las desigualdades sociales y contribuir a la mejora de los resultados maternos<sup>(27)</sup>. Por lo tanto, los resultados del presente estudio deben verse desde la perspectiva de evaluar la calidad de la atención materna durante el parto.

Esta investigación contribuye al avance del conocimiento científico porque señala las brechas existentes para obtener una atención obstétrica adecuada y oportuna. Además, los resultados de este estudio pueden servir como base para redirigir las políticas de salud pública que abogan por el acceso materno a los servicios obstétricos, la información al usuario y la seguridad del paciente en el área obstétrica.

## Conclusión

Actualmente, hay estudios que explican la relación entre el modelo de tres demoras y la muerte materna y una parte significativa de los casos de *near miss* materno. Sin embargo, este es el primer estudio que relaciona el tiempo de acceso a la atención obstétrica sobre la base de los elementos del modelo de tres demoras y la aparición de resultados maternos adversos de menor gravedad, que son también perjudiciales para la salud materna y deben recibir atención adecuada y oportuna para evitar la progresión hacia un resultado materno más grave o incluso mortal.

En este estudio, se observó que el tiempo de acceso a la atención obstétrica afecta negativamente el resultado materno en el parto, incluso en situaciones sin riesgo inminente de muerte. Otro hallazgo importante fue que la demora en la decisión de buscar atención médica se relaciona con el grado de conocimiento materno, que es de gran importancia para brindar orientación a las mujeres durante todo el período gestacional, el trabajo de parto y el parto.

Por lo tanto, se enfatiza que la educación para la salud se vuelve esencial durante todo el ciclo embarazo-puerperal, con el fin de contribuir para la toma de

decisiones, el acceso oportuno al cuidado de la salud y la obtención de mayor información y autonomía materna en el proceso de atención, brindando seguridad y propiciando una experiencia positiva en relación a la atención recibida.

Además del acceso a la información, es necesario invertir en los gestores de salud, en los aspectos relacionados con el acceso del usuario a servicios obstétricos, a través de articulaciones entre las redes de atención, para minimizar los riesgos de resultados maternos adversos que pueden surgir debido a fallas en la planificación y organización de la atención materna.

Asimismo, la adopción de prácticas efectivas para el manejo del parto, de acuerdo con las recomendaciones actuales, considerando la atención centrada en las mujeres, es esencial para proporcionar un servicio de calidad y una experiencia positiva con el parto, contribuyendo positivamente a la toma de decisiones y al acceso a la atención obstétrica.

Se concluye que el tiempo de acceso a la atención obstétrica se halla significativamente asociado con el resultado materno adverso y el conocimiento materno sobre el TP y el parto, lo que afecta directamente la calidad de la atención y la seguridad de la salud materna.

## Referencias

- Pettker CM, Grobman WA. Obstetric safety and quality. *Obstet Gynecol*. [Internet]. 2015 [cited July 10, 2018];126(1):196-206. Available from: [https://www.wesleyobgyn.com/pdf/links/abog/2015\\_08\\_article\\_39.pdf](https://www.wesleyobgyn.com/pdf/links/abog/2015_08_article_39.pdf)
- Pacagnella RC, Cecatto JG, Parpinelli MA, Souza MH, Haddad SM, Costa ML, et al. Delays in receiving obstetric care and poor maternal outcomes: results from a national multicentre cross-sectional study. *BMC Pregnancy Childbirth*. [Internet]. 2014 [cited July 10, 2018];14:159. Available from: <https://bmcpregnancychildbirth.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/1471-2393-14-159>
- Thaddeus S, Maine D. Too far to walk: maternal mortality in context. *Soc Sci Med*. [Internet]. 1994 [cited July 18, 2018];38:1091-110. Available from: <https://pdfs.semanticscholar.org/b417/80532a0b5d28547b1f659e64daf36eac98d.pdf>
- Amorim MMR, Katz L, Valença M, Araújo, DE. Severe maternal morbidity in an obstetric ICU in Recife, Northeast of Brasil. *Rev Assoc Med Bras*. [Internet]. 2008 [cited July 8, 2018];54(3):261-6. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/ramb/v54n3/a21v54n3.pdf>
- Reis LGC. Maternidade segura. In: Sousa P, Mendes W, organizadores. *Segurança do paciente: conhecendo os riscos nas organizações de saúde*. Rio de Janeiro: EAD/ENSP; 2014.
- Ministério da Saúde (BR). DATASUS Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC). [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2015. [Acesso 8 jul 2018]. Disponível em: <http://datasus.saude.gov.br/>
- Srinivas SK. Potential impact of obstetrics and gynecology hospitalists on safety of obstetric care. *Obstet Gynecol Clin*. [Internet]. 2015 [cited July 18, 2018];42(3):487-91. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0889854515000534?via%3DIihub>
- Secretaria de Estado da Saúde do Paraná. *Linha guia: Programa Rede Mãe Paranaense*. 7ª ed. Curitiba: SESA-PR; 2018.
- Ministério da Saúde (BR). Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Dispõe sobre diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. *Diário Oficial da União*, 12 dez 2012. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466\\_12\\_12\\_2012.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html)
- Mattoo AM, Hameed S, Butt AM. Assessment of 'Three Delays Model': an experience at public sector MCH hospital. *Pak J Med Res*. [Internet]. 2019 [cited Feb 28, 2020];58(20):83-90. Available from: <https://search.proquest.com/openview/0f0dedb6bdf7552bc363015c86aec540/1?pq-origsite=gscholar&cbl=636375>
- Das V, Agrawal S, Agarwal A. Consequences of delay in obstetric care for maternal and perinatal outcomes. *Int J Gynecol Obstet*. [Internet]. 2010 [cited July 18, 2018];109(1):72-3. Available from: <https://obgyn.onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1016/j.ijgo.2009.11.003>
- Wallace HJ, McDonald S, Belton S, Miranda AI, Costa E, Matos LC, et al. The decision to seek care antenatally and during labour and birth – who and what influences this in Timor-Leste? A qualitative project exploring the perceptions of Timorese women and men. *Midwifery*. [Internet]. 2018 [cited Feb 28, 2020];65:35-42. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.midw.2018.05.013>
- Collins V. The Three Delays Revisited: Barriers to maternal and infant health in Iganga, Uganda. [Internet]. Washington University Undergraduate Research Digest. 2018. [cited Feb 28, 2020];213(13):12-21. Available from: [https://openscholarship.wustl.edu/wuurd\\_vol13/213](https://openscholarship.wustl.edu/wuurd_vol13/213)
- Martijn L, Jabobs A, Amelink-Verburg M, Wentzel R, Buitendijk S, Wensing M. Adverse outcomes in maternity care for women with a low risk profile in The Netherlands: a case series analysis. *BMC Pregnancy Childbirth*. [Internet]. 2013 [cited June 28, 2018];13:219. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4219453/pdf/1471-2393-13-219.pdf>

15. Simões PP, Almeida RM. Maternal mortality and accessibility to health services by means of transit-network estimated traveled distances. *Matern Child Health J.* [Internet]. 2014 [cited Aug 20, 2018];18(6):1506-11. Available from: <https://link.springer.com/article/10.1007%2Fs10995-013-1391-x>
16. Furtado ÉZL, Gomes KRO, Gama SGN. Access to childbirth care by adolescents and young people in the Northeastern region of Brazil. *Rev Saude Publica.* [Internet]. 2016 [cited July 8, 2018];50:23. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v50/0034-8910-rsp-S1518-87872016050005396.pdf>
17. Bohren MA, Hunter EC, Munthe-Kas HM, Souza JP, Vogel JP, Gülmezoglu AM. Facilitators and barriers to facility-based delivery in low- and middle-income countries: a qualitative evidence synthesis. *Reprod Health.* [Internet]. 2014 [cited July 8, 2018];11:71. Available from: <https://reproductive-health-journal.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/1742-4755-11-71>
18. Anastasi E, Borchert M, Campbell OMR, Sondorp E, Kaducu F, Hill O, et al. Losing women along the path to safe motherhood: why is there such a gap between women's use of antenatal care and skilled birth attendance? A mixed methods study in northern Uganda. *BMC Pregnancy Childbirth.* 2015;15:287. doi: 10.1186/s12884-015-0695-9
19. Ganle JK, Parker M, Fitzpatrick R, Otupiri E. A qualitative study of health system barriers to accessibility and utilization of maternal and newborn healthcare services in Ghana after user-fee abolition. *BMC Pregnancy Childbirth.* [Internet]. 2014 [cited July 5, 2018];14:425. Available from: <https://bmcpregnancychildbirth.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/s12884-014-0425-8>
20. Monteiro MFV, Barbosa CP, Vertamatti MAF, Tavares MNA, Carvalho ACO, Alencar APA. Access to public health services and integral care for women during the puerperal period in Ceará, Brazil. *BMC Health Serv Res.* 2019;19:851:1-8. doi: 10.1186/s12913-019-4566-3
21. Valley LM, Emori R, Gouda H, Phuanukoonnon S, Homer CSE, Valley AJ. Women's knowledge of maternal danger signs during pregnancy: findings from a cross-sectional survey in Papua New Guinea. *Midwifery.* 2019;72:7-13. doi: 10.1016/j.midw.2019.02.001
22. Bogale D, Markos D. Knowledge of obstetric danger signs among child bearing age women in Goba district, Ethiopia: a cross-sectional study. *BMC Pregnancy Childbirth.* [Internet]. 2015 [cited July 10, 2018];15:77. Available from: <https://bmcpregnancychildbirth.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/s12884-015-0508-1>
23. Lyndon A, Johnson C, Bingham D, Napolitano PG, Joseph G, Maxfield DG, et al. Transforming communication and safety culture in intrapartum care: a multi-organization blueprint. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs.* [Internet]. 2015 [cited July 5, 2018];44(3):341-9. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/jmwh.12235>
24. Asres A, Davey G. Factors associated with safe delivery service utilization among women in Sheka zone, southwest Ethiopia. *Matern Child Health J.* 2015;19(4):859-67. doi: 10.1007/s10995-014-1584-y
25. Pacagnella RC, Cecatti JG, Osis MJ, Souza JP. The role of delays in severe maternal morbidity and mortality: expanding the conceptual framework. *Reprod Health Matters.* [Internet]. 2012 [cited July 6, 2018];20(39):155-63. Available from: <https://www.tandfonline.com/doi/pdf/10.1016/S0968-8080%2812%2939601-8?needAccess=true>
26. American College of Obstetricians and Gynecologists, Committee on Patient Safety and Quality Improvement. ACOG Committee opinion No. 447: Patient safety in obstetrics and gynecology. *Obstet Gynecol.* [Internet]. 2009 [cited Aug 5, 2018];114:1424-7. Available from: <https://www.acog.org/-/media/Committee-Opinions/Committee-on-Patient-Safety-and-Quality-Improvement/co447.pdf?dmc=1&ts=20170218T0237062953>
27. Bittencourt SD, Domingues RMSM, Reis LGC, Ramos MM, Leal MC, et al. Adequacy of public maternal care services in Brazil. *Reprod Health.* [Internet]. 2016 [cited July 29, 2018];13(Suppl 3):120. Available from: <https://reproductive-health-journal.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/s12978-016-0229-6>

Recibido: 04.05.2019

Aceptado: 12.03.2020

Editora Asociada:  
 Maria Lúcia Zanetti

**Copyright © 2019 Revista Latino-Americana de Enfermagem**  
 Este es un artículo de acceso abierto distribuido bajo los términos de la Licencia Creative Commons CC BY.

Esta licencia permite a otros distribuir, mezclar, ajustar y construir a partir de su obra, incluso con fines comerciales, siempre que le sea reconocida la autoría de la creación original. Esta es la licencia más servicial de las ofrecidas. Recomendada para una máxima difusión y utilización de los materiales sujetos a la licencia.

Autor de correspondencia:

Juliana Vicente de Oliveira Franchi

E-mail: [jolliveira@yahoo.com.br](mailto:jolliveira@yahoo.com.br)

 <https://orcid.org/0000-0001-9441-7736>