

Revisión

Utilización del conocimiento tácito por proveedores de atención a la salud materna: mapeo sistemático de la literatura



Emmanuel Calderón Espinosa^{a,b,*}, Víctor Becerril Montekio^c, Jacqueline Alcalde Rabanal^c y Luis García Bello^c

^a Grup de Recerca en Desigualtats en Salut - Employment Conditions Network (GREDS-EMCONET), Departament de Ciències Polítiques i Socials, Universitat Pompeu Fabra, Barcelona, España

^b Johns Hopkins University - Universitat Pompeu Fabra Public Policy Center, Barcelona, España

^c Unidad de Gestión del Conocimiento, Centro de Investigación en Sistemas de Salud, Instituto Nacional de Salud Pública, Cuernavaca (Morelos), México

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 7 de agosto de 2015

Aceptado el 6 de noviembre de 2015

On-line el 23 de diciembre de 2015

Palabras clave:

Salud materna
Conocimiento tácito
Servicios de salud materna
Personal de salud

Keywords:

Maternal health
Tacit knowledge
Maternal health services
Health personnel

R E S U M E N

Introducción: La búsqueda de respuestas eficaces para fortalecer la atención a la salud materna ha incluido diversas fuentes de evidencia para apoyar la toma de decisiones. En este trabajo presentamos un mapeo sistemático de la utilización del conocimiento tácito de los actores involucrados en la atención de la salud materna reportada en la literatura científica.

Método: Mapeo sistemático de artículos científicos publicados en inglés y español entre 1971 y 2014 siguiendo las recomendaciones de *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-analyses guidelines*.

Resultados: Treinta de 793 artículos cumplen los criterios de inclusión. El 60% procede de países de ingresos altos y la población más estudiada fue el personal de salud (66,7%). Encontramos un predominio (62%) de metodologías cualitativas. Se generaron cuatro categorías sobre el uso del conocimiento tácito: propuestas para mejorar la organización del sistema de atención a la salud materna (30%), y la atención que se les brinda a lo largo del continuo de embarazo, parto y puerperio (26,7%); determinación de la percepción y el nivel de competencias profesionales del personal de salud (26,7%); e interacciones del conocimiento tácito y el conocimiento explícito en la toma de decisiones clínicas (16,7%).

Conclusiones: Este mapeo muestra que el conocimiento tácito es un enfoque de investigación emergente, innovador y versátil, con mayores avances en los países de ingresos altos, y que encierra interesantes posibilidades de utilización como evidencia para mejorar las intervenciones en salud materna, especialmente en los países de ingresos medios y bajos, donde se requiere fortalecerlo.

© 2015 SESPAS. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Utilization of tacit knowledge by maternal healthcare providers: a systematic mapping of the literature

A B S T R A C T

Introduction: The search for efficient answers to strengthen maternal health care has included various sources of evidence for decision making. In this article, we present a systematic mapping of the scientific literature on the use of tacit knowledge in relation to maternal healthcare.

Methods: A systematic mapping was conducted of scientific articles published in Spanish and English between 1971 and 2014 following the recommendations of the Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-analyses guidelines.

Results: Of 793 articles, 30 met the inclusion criteria; 60% were from high-income countries and 66.7% were focused on health professionals. We identified a predominance of qualitative methodologies (62%). Four categories regarding the use of tacit knowledge were generated: proposals to improve the organization of the maternal care system (30%) and to improve the care provided to women during the continuum of pregnancy, childbirth and postpartum (26.7%), determination of health workers' perception and skill levels (26.7%) and the interactions between tacit and explicit knowledge in clinical decision making (16.7%).

Conclusions: This mapping shows that tacit knowledge is an emerging, innovative and versatile research approach used primarily in high-income countries and that includes interesting possibilities for its use as evidence to improve maternal healthcare, particularly in middle- and low-income countries, where it needs to be strengthened.

© 2015 SESPAS. Published by Elsevier España, S.L.U. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: ecalder81@gmail.com (E. Calderón Espinosa).

Introducción

En 2013, en el mundo murieron cerca de 300.000 mujeres por causas relacionadas con el embarazo y el parto¹, y el 99% de las muertes ocurrieron en países de ingresos medios o bajos². Es decir, a pesar de los esfuerzos mundiales por desarrollar e implementar programas y políticas basados en evidencias para reducir la razón de mortalidad materna en un 75% entre 1990 y 2015 (Objetivo de Desarrollo del Milenio número cinco), este sigue siendo un reto por cumplir para los sistemas de salud y para las sociedades de este siglo. La complejidad del problema ha propiciado el uso de abordajes interdisciplinarios, multidisciplinarios y transdisciplinarios, con la finalidad de entender los mecanismos que intervienen en la generación de malos resultados en salud³. De la misma forma, cada vez más se reconoce el potencial que tiene la participación activa de diversos actores en el diagnóstico de las dinámicas contextuales y en la toma de decisiones⁴. Las herramientas desarrolladas por un amplia variedad de disciplinas están aportando elementos para abordar el proceso de diseño, implementación, monitorización y evaluación de las intervenciones, tanto en el sector de la salud como en otros sectores, con el objetivo de desarrollar sistemas e intervenciones más eficaces para mejorar el acceso al sistema de salud y la calidad del servicio⁵⁻⁸.

Una de las aproximaciones que ofrece una nueva visión en salud materna proviene del conocimiento ligado a la experiencia de los actores involucrados, conocido como conocimiento tácito, término usado desde hace medio siglo para referirse al conocimiento derivado de la experiencia laboral^{9,10}. Este conocimiento permite recuperar información útil proveniente de lo cotidiano e integrarla para mejorar los procesos y los resultados en un contexto determinado, información que de otra manera queda desaprovechada.

Considerando la capacidad del conocimiento tácito para influir en la toma de decisiones de las personas, diversos autores han abundado sobre las posibilidades de su utilización si este se sistematiza, organiza y socializa adecuadamente; es decir, ampliando sus alcances y su utilidad más allá de los agentes que lo generan^{10,11}. Una de las alternativas para mejorar los resultados en salud consiste precisamente en recuperar el conocimiento tácito de quienes participan de manera directa en sus procesos, ya sean gestores, prestadores o usuarios de servicios. La utilización del conocimiento tácito como fuente de evidencias para la toma de decisiones puede aportar dos elementos para dar mayor viabilidad a las intervenciones: permite desarrollar estrategias ajustadas al contexto donde se implementan los programas, y da legitimidad a las decisiones ante los actores directamente involucrados, que pueden reconocer en ellos su propio conocimiento.

El principal objetivo de este mapeo sistemático es descubrir en qué medida y de qué manera se ha utilizado el conocimiento tácito en países de diversos niveles de ingresos en relación con la atención a la salud materna.

Método

Se realizó un mapeo sistemático de artículos científicos sobre utilización del conocimiento tácito en salud materna publicados en revistas indexadas, basado en un protocolo en el que se definió la pregunta de investigación: ¿cómo han utilizado el conocimiento tácito los profesionales de la salud que atienden a las mujeres durante el embarazo, el parto y el puerperio de acuerdo con la literatura científica en inglés y en español publicada entre 1971 y agosto de 2014?

El mapeo sistemático se distingue de una revisión sistemática porque no busca las mejores respuestas a un problema en particular (generalmente clínico), sino que rastrea la literatura buscando todo lo que se ha publicado sobre el tema de interés identificando tanto

la amplitud como las maneras en que ha sido abordado, sin evaluar a fondo la calidad metodológica de cada estudio¹².

La definición operacional de conocimiento tácito en salud materna que se utilizó fue la siguiente: «conocimiento que surge de la experiencia y la acción directa del personal de salud o de la mujer durante el proceso del embarazo, parto y puerperio, y que generalmente se comparte a través de canales informales tales como conversaciones entre pares»¹³.

El mapeo se realizó siguiendo la búsqueda y el análisis recomendado en *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-analyses guidelines*¹⁴. Para ello se utilizaron términos MeSH, DeCS y lenguaje libre, combinados con operadores booleanos AND y OR, así como con entrecorchetos en los casos de términos compuestos. Para definir los términos de búsqueda se llevó a cabo una prueba piloto en la base de datos EBSCO Host, con términos relacionados con salud materna y conocimiento tácito, con el fin de adecuarlos a la definición operacional y verificar que los artículos hallados estuvieran vinculados al tema de investigación. La prueba piloto arrojó un índice Kappa de 0,67. Sobre esta base se obtuvieron los términos de búsqueda para las diferentes bases de datos (tabla 1).

La búsqueda se realizó en las bases de datos Scientific Electronic Library Online (SCIELO), Google Scholar y EBSCO Host, mediante la cual se tuvo acceso a Academic Search Premier, MedicLatina y MEDLINE Complete. Se incluyeron artículos relacionados con embarazo, parto y posparto (hasta 2 años), y se excluyeron aquellos relacionados con temas de fertilidad. Se incluyeron todos los estudios independientemente del país de procedencia, y luego se clasificaron utilizando el nivel de ingresos según la clasificación del Banco Mundial¹⁵.

Como punto de partida, se hizo una lista con los títulos de los artículos y se eliminaron los repetidos. Una experta en salud materna y un investigador con manejo del conocimiento tácito revisaron los títulos y el resumen de manera independiente y seleccionaron los artículos para el análisis en profundidad basándose en la definición operacional de conocimiento tácito en salud materna y el objetivo del estudio. Posteriormente se elaboró una base de datos con información del título, los autores, la revista, el año y el lugar de publicación, las palabras clave y el resumen. En aquellos artículos en los que no hubo coincidencia, los investigadores revisaron juntos el resumen hasta alcanzar un consenso para incluirlo o excluirlo.

Para la revisión en profundidad se recuperó el texto completo de los artículos y en cada uno se analizaron: a) área temática (embarazo, parto o puerperio); b) metodología (cuantitativa, cualitativa,

Tabla 1
Términos de búsqueda

Salud materna	Inglés	Maternal health, Maternal welfare, Maternal health services, Maternal health care, Delivery in obstetrics, Delivery, Maternal health care, Post partum, Prenatal care, Prenatal control, Pregnancy
	Español	Salud materna, Servicios de salud materna, Parto, Puerperio, Atención prenatal, Control prenatal, Embarazo
Conocimiento tácito	Inglés	Tacit knowledge, Mindlines, Know-how, Procedural knowledge, Implicit knowledge, Unarticulated knowledge, Practical knowledge, Experiential knowledge, Priori knowledge, Interactive knowledge, Previous experience, Expertise, Knowledge bases, Cognitive knowledge, Knowledge management
	Español	Conocimiento tácito, Conocimiento experiencial, Conocimiento implícito, Conocimiento previo, Conocimiento no articulado, Conocimiento práctico, Experiencia, Conocimiento procedimental, Conocimiento interactivo

mixta, otra); c) instrumentos para la obtención del conocimiento tácito (encuestas, grupos focales, entrevistas); d) objetivo del estudio (exploratorio, comprobar una teoría, aplicativo, otro o más de uno); e) ámbito del estudio (país de ingresos altos, medios o bajos); f) actor del conocimiento tácito (personal de salud, usuarias, otro); y g) principales hallazgos sobre conocimiento tácito. Para analizar el contenido, dos investigadores trabajaron sobre un cuadro en Excel con los textos esenciales de cada artículo según las categorías identificadas y luego contrastaron sus resultados hasta llegar a un consenso, siguiendo el método del análisis temático para la revisión de investigación cualitativa¹⁶.

Resultados

Encontramos 2025 títulos de artículos, de los cuales se eliminaron 1231 repetidos. Se revisaron 793 títulos y se eliminaron 646 debido a que los temas no estaban vinculados con la salud materna ni con el conocimiento tácito. Posteriormente se revisaron los resúmenes de los 147 artículos, de los cuales sólo 34 cumplieron con los criterios de inclusión establecidos. Por último, cuatro artículos más fueron excluidos por no cumplir alguno de los criterios de inclusión (fig. 1).

De los 30 artículos incluidos en el mapeo (tabla 2), el 43% (13) exploran las etapas del embarazo, el parto y el puerperio de manera simultánea, y el 26% (8) exploran sólo aspectos del puerperio. En cuanto a la metodología, se observa un abordaje heterogéneo, aunque predomina (62%) la utilización de metodología cualitativa y el instrumento más utilizado es la entrevista (36,7%). El 73% (22) tiene la finalidad de explorar aspectos relacionados con la calidad de la atención de la salud materna, y de estos, una pequeña proporción (13,3%) está destinada a mejorar los procesos relacionados con la atención. Treinta artículos (100%) fueron observacionales de corte transversal. El 60% provienen de países con ingresos altos, el 33% de países con ingresos medios y el 6,7% de países con ingresos bajos; un patrón común en casi todos los campos de la ciencia¹⁷.

En la tabla 3 podemos ver que de los 20 artículos (66,7%) que exploran el conocimiento tácito del personal de salud, cinco¹⁸⁻²²

(16,7%) recuperan el conocimiento tácito de parteras o matronas profesionales, seis²³⁻²⁸ (20%) exploran el conocimiento tácito del personal de enfermería (uno analiza el de estudiantes de enfermería), dos^{29,30} (6,7%) consideran el conocimiento tácito de médicos y médicas, cinco³¹⁻³⁵ (16,7%) exploran el conocimiento tácito de personal de salud diferente del personal médico y de enfermería, y dos más^{36,37} el de funcionarios y funcionarias de alto nivel del sistema de salud involucrados/as en la planificación nacional de la atención de la salud materna.

Exploración del conocimiento tácito de los prestadores de servicios

En los artículos sobre el conocimiento tácito de las parteras o matronas, los temas explorados fueron: a) el conocimiento tácito para realizar juicios clínicos en salud materna²⁰; b) su utilidad para proponer mejoras para la referencia y el transporte de las gestantes¹⁹; c) su utilidad para explorar y mejorar la organización del trabajo dentro de las clínicas²²; d) su utilidad para detectar fortalezas y áreas de oportunidad en el entorno laboral del personal que atiende la salud materna¹⁸; y e) la importancia de la necesidad de aconsejar a las mujeres embarazadas sobre las precauciones alimentarias²¹.

Los temas abordados en los artículos que exploran el conocimiento tácito del personal de enfermería son: a) la necesidad de afinar o aumentar el conocimiento de la depresión posparto; b) la relación entre su conocimiento explícito y tácito como fundamento para su práctica al inicio de su experiencia profesional; c) el papel del conocimiento tácito como fuente de identidad profesional y autonomía de este personal; d) las representaciones prevalecientes sobre el cumplimiento del papel materno en madres con infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH); e) la importancia del conocimiento tácito en la toma de decisiones para la práctica clínica en la atención del embarazo, el parto y puerperio; y f) el conocimiento tácito en estudiantes de enfermería para determinar la independencia y la solidez del conocimiento.

De los artículos que recuperan el conocimiento tácito del personal médico, uno se enfoca en sus capacidades para evaluar el grado de urgencia en el manejo de las gestantes²⁹ y el otro en su experiencia para proponer a las madres la realización de una autopsia ante una muerte neonatal³⁰.

Conocimiento tácito de gestantes y promotores de salud

Los ocho artículos que se enfocan en el conocimiento tácito de las gestantes recuperan información sobre: a) su percepción de la calidad de la atención del parto y el posparto, y las áreas que requieren mejoras en la planificación y la implementación de servicios de atención materna e infantil^{38,39}; b) fallos de comunicación debidos a diferencias en el lenguaje psiquiátrico técnico y las experiencias subjetivas de mujeres con estrés postraumático durante su embarazo⁴⁰; c) influencia del conocimiento tácito en sus decisiones sobre pruebas diagnósticas y monitorización prenatal⁴¹; d) necesidad de ofrecer una atención más cuidadosa a las gestantes diabéticas⁴²; e) manera en que las mujeres experimentan el trabajo de parto para adecuar la oferta a su visión⁴³; f) conocimiento tácito de madres que alimentaron con leche materna a sus bebés en unidades de cuidados intensivos para apoyar a otras madres que pasan por esta experiencia⁴⁴; y g) desarrollo de un instrumento de autoaplicación que evalúa la adecuación de la mujer a su nuevo rol de madre en el primer año de vida de sus hijos/as⁴⁵.

Dos artículos recuperan el conocimiento tácito de promotores de salud, uno para identificar sus percepciones sobre salud materna

Tabla 2
Descripción general de los artículos incluidos en la revisión sistemática

Categorías de análisis	n	(%)
Área temática	30	(100)
Embarazo	3	(10)
Parto	5	(16,7)
Puerperio	8	(26,7)
Dos etapas	1	(3,3)
Las tres etapas	13	(43,3)
Metodología utilizada	30	(100)
Cuantitativa	4	(13,3)
Cualitativa	18	(60)
Mixta	7	(23,3)
Otra	1	(3,3)
Instrumentos utilizados	30	(100)
Encuesta	6	(20)
Entrevista	11	(36,7)
Grupos focales	2	(6,7)
Otra	11	(36,7)
Objetivo	30	(100)
Exploratorio	22	(73,3)
Comprobar una hipótesis	1	(3,3)
Mejorar procesos	4	(13,3)
Otro	3	(10)
País de procedencia del artículo	30	(100)
Ingresos altos	18	(60)
Ingresos medios-altos	6	(20)
Ingresos medios-bajos	4	(13,3)
Ingresos bajos	2	(6,7)

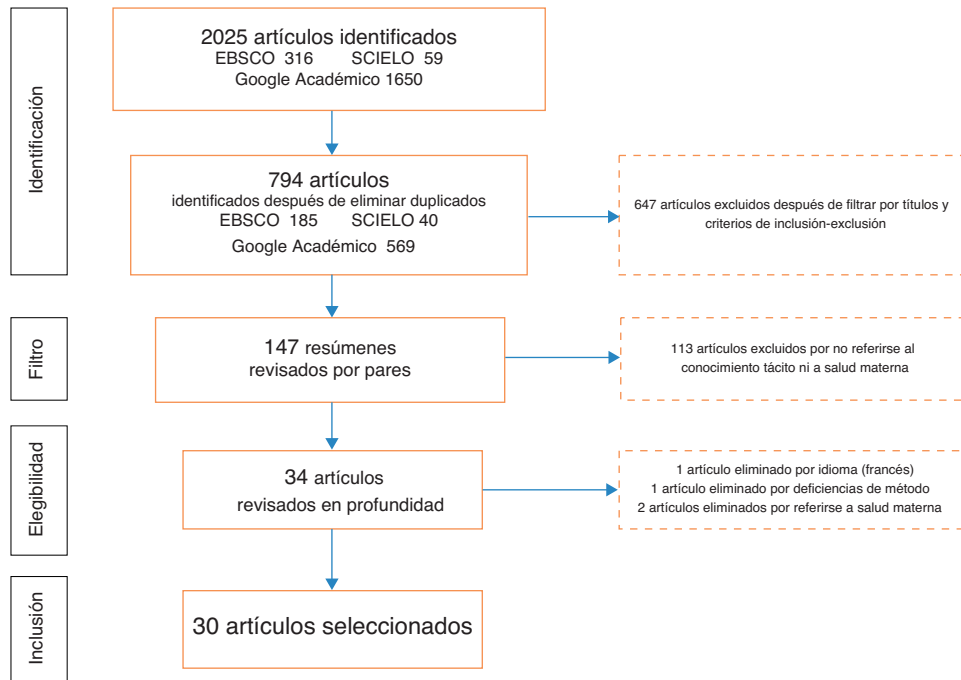


Figura 1. Diagrama de flujo de las diferentes fases de la revisión

y cohesión comunitaria a fin de reclutarlos dentro de programas de salud materna⁴⁶, y el otro sobre sus nociones de edad gestacional y parto prematuro⁴⁷.

Por último, los dos trabajos que indagan sobre el conocimiento tácito de funcionarios/as de alto nivel dedicados/as a la planificación de programas de salud materna exploraron la forma de priorización de problemas para la atención de la emergencia obstétrica^{27,37}.

En la tabla 4 se presentan los artículos clasificados según categoría temática, con relación a los objetivos que persiguen. En ella se distribuyen 30 publicaciones en cinco categorías, con una suma total de 33 artículos debido a que tres abordan dos temas.

Finalmente, los temas tratados en los tres artículos cuyo tema no se relaciona con la de ningún otro fueron: a) representaciones y conocimiento tácito del personal de enfermería y de gestantes VIH positivas sobre las posibilidades de cumplir con su papel materno²⁶; b) percepción del personal de salud y de las mujeres sobre el éxito o el fracaso para lograr la lactancia materna³¹; y c) el lenguaje usado por el personal en la atención prenatal en los hospitales y la estigmatización de las gestantes que se drogan como barrera para brindarles una atención adecuada³⁴.

Discusión

Uno de nuestros primeros hallazgos fue la abundancia de literatura científica sobre salud materna en general. Sólo en PubMed se encuentran más de 83.000 títulos. Sin embargo, la literatura que

recupera la experiencia de implementadores⁴⁷ y beneficiarios es muy escasa. En consecuencia, este tipo de evidencia se ha utilizado poco como base para mejorar la atención a la salud materna, a pesar del potencial que encierra para la viabilidad y la legitimidad de las intervenciones.

La literatura referente a la utilización del conocimiento tácito sobre salud materna proviene sobre todo (60%) de países con ingresos altos. Sin embargo, es precisamente en los países de ingresos medios y bajos donde prevalecen las condiciones de desigualdad y las dificultades de acceso a servicios de calidad, y por lo tanto donde la salud materna continúa siendo un problema de salud pública prioritario² cuyo abordaje requiere la incorporación de diversas perspectivas, entre ellas el conocimiento procedente de la experiencia de quienes implementan o se benefician de programas, que pueden aportar evidencia sobre factores contextuales específicos de cada implementación⁴⁸.

La mayoría de los estudios recurrieron al uso de metodologías cualitativas para recoger el conocimiento tácito de personas que participan como prestadoras o usuarias de los servicios de salud materna. Esto tal vez se explica por la propia naturaleza de este tipo de conocimiento. No obstante, aunque esta perspectiva ofrece buenas posibilidades de exploración del conocimiento, es deseable que en el futuro se desarrollen marcos de estudio más amplios, que ayuden a capturar la complejidad del problema en el proceso salud-enfermedad.

Por lo que se refiere a las etapas del continuo de embarazo, parto y puerperio, el 43% de los estudios explora las tres, el 26,7%

Tabla 3 Recuperación del conocimiento tácito según prestadores (oferta) y usuarias (demanda) de servicios en salud materna

Actores	N	(%)	N	(%)
Prestadores - Oferta	Parteras	5	(16,7)	
	Personal de enfermería	6	(20)	
	Médicos	2	(6,7)	20
	Otro personal de salud	5	(16,7)	
	Funcionarios de alto nivel del sistema de salud	2	(6,7)	
Usuarias - Demanda	Mujeres embarazadas	8	(26,6)	
	Promotores o agentes comunitarios	2	(6,7)	10
	Total	30	(100)	30
				(100%)

Tabla 4
Número de artículos según categorías temáticas

	Categorías temáticas	Referencias	N	(%)
1	Uso del conocimiento tácito para proponer mejoras en la organización del sistema de atención a la salud materna	19, 22, 24, 29, 33, 36, 37, 38, 41	9	30
2	Uso del conocimiento tácito de las madres para mejorar la atención que se les brinda a lo largo del continuo de embarazo, parto y puerperio	38, 39, 40, 41, 42, 43, 44, 45	8	26,6
3	Necesidad de aumentar la utilización del conocimiento tácito para determinar la percepción y el nivel de competencias profesionales del personal de salud en la atención del embarazo, el parto y el puerperio	18, 21, 23, 27, 28, 32, 46, 47	8	26,6
4	Interacciones del conocimiento tácito y el conocimiento explícito del personal de salud para equilibrar su uso conjunto al tomar decisiones clínicas	20, 25, 30, 32, 35	5	16,6
5	Otros temas específicos de salud materna	26, 31, 34	3	10
Total			33 ^a	109,8 ^b

^a El total es 33 dado que cuatro artículos (referencias marcadas en *cursiva*) abordan dos temas.

^b La suma es 109,8% debido a que el cálculo se hizo basándose en el total de 30 artículos.

se centra en el posparto, el 16,7% en el parto y el 10% exclusivamente en el embarazo. Esto pone de relieve la versatilidad de usos del conocimiento tácito para abordar cada etapa de manera diferenciada o en su conjunto.

En el mismo sentido, las posibilidades de utilización del conocimiento tácito abarcan diversos ámbitos de las intervenciones en salud materna. Por ejemplo, las categorías 1, 2 y 4 (tabla 4), que incluyen casi tres cuartas partes (73,4%), buscan generar evidencia útil para mejorar la eficacia de las intervenciones; el 56,7% de los estudios tiene como objetivo apoyar la mejora de la organización de la atención a la salud materna, ya sea desde la perspectiva de los prestadores^{19,22,24,29,33,36–38,41} (30%) o de las gestantes^{38–45} (26,7%); y el 16,7% de los artículos^{20,25,30,32,35} analiza cómo usar el conocimiento tácito unido al explícito para fortalecer la toma de decisiones clínicas.

Por lo que se refiere a los actores o sujetos del conocimiento tácito, pudimos reconocer que 20 artículos se centran en la oferta de servicios de atención a la salud materna, básicamente personal médico, de enfermería y parteras o matronas. Los otros artículos recogen y analizan el conocimiento tácito de las usuarias (ocho artículos) y el de agentes o promotores de la salud comunitarios (dos artículos). La inclusión del conocimiento tácito de los diferentes actores involucrados ofrece la posibilidad de integrar los distintos puntos de vista que pueden ser útiles para mejorar la atención de la salud materna de forma integral. En este sentido destaca la escasa representación (26%) de estudios que consideran el conocimiento tácito de las mujeres que buscan atención en salud materna, siendo este uno de los aspectos a mejorar en investigaciones futuras, pues si bien el conocimiento tácito de las gestantes no está ligado a una experiencia laboral, resulta interesante que se incluya la experiencia de la maternidad como un enfoque crucial tanto para quienes ofrecen como para quienes demandan atención a la salud.

La organización rigurosa del conocimiento tácito de las gestantes, es decir, no sólo recoger testimonios aislados, sino sistematizar la expresión de sus experiencias, puede servir como herramienta para que quienes prestan atención y quienes toman decisiones se sensibilicen sobre sus necesidades y adecúen su práctica y la administración de los servicios para mejorar la calidad de la atención y los resultados en salud.

Conclusión

La literatura científica ha explorado el conocimiento tácito de diversos actores involucrados en la atención a la salud materna, básicamente proveedores de servicios, usuarias y funcionarios/as de alto nivel. Así mismo, los ámbitos explorados incluyen temas de calidad de la atención, clínicos, del sistema de referencia y contrarreferencia, organizativos, de educación para la mujer y de capacitación del personal de salud. Estos resultados muestran que el conocimiento tácito es un enfoque emergente, innovador y

versátil que puede utilizarse para explorar el problema de la salud materna desde la perspectiva de los involucrados, en el entendido de que esta evidencia es sumamente importante para apoyar el diseño de estrategias locales con mayor aceptación por los actores⁴⁹ y avanzar en el logro de los *Objetivos de Desarrollo Sostenible* número 3 (garantizar una vida sana y promover el bienestar de todos a todas las edades) y número 5 (lograr la igualdad de género y empoderar a todas las mujeres y las niñas)⁵⁰. Sin embargo, se requiere fortalecer su utilización, en especial en los países de ingresos medios y bajos.

Editora responsable del artículo

Carme Borrell.

Contribuciones de autoría

E. Calderón, V. Becerril y J. Alcalde concibieron el trabajo y han participado en todo su desarrollo. L. García colaboró en la búsqueda, el análisis y la interpretación de los hallazgos. E. Calderón, V. Becerril y J. Alcalde redactaron el primer borrador del manuscrito, y E. Calderón, V. Becerril, J. Alcalde y L. García revisaron y aprobaron la versión final. Los autores comparten la responsabilidad del artículo.

Financiación

Alianza para la Investigación en Políticas y Sistemas de Salud de la Organización Mundial de la Salud (OMS).

Conflicto de intereses

Ninguno.

Bibliografía

1. The Millennium Development Goals Report - United Nations. (Consultado el 15/04/2015.) Disponible en: <http://www.un.org/millenniumgoals/reports.shtml>
2. World Health Organization. Mortalidad materna. Centro de prensa. Nota descriptiva N°348. 2014. (Consultado el 15/12/2014.) Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs348/es/>
3. Choi B, Pak A. Multidisciplinarity, interdisciplinarity and transdisciplinarity in health research, services, education and policy: 1. Definitions, objectives, and evidence of effectiveness. *Clin Investig Med*. 2006;29:351–64.
4. National Collaborating Centre for Methods and Tools -NCCMT-. Integrating different types of knowledge to inform policy-making. Hamilton, ON: McMaster University. 2011. (Consultado el 10/07/2014.) Disponible en: www.nccmt.ca/registry/view/eng/104.html
5. Sackett D, Rosenberg W, Muir Gray J, et al. Evidence based medicine: what it is and what it isn't. *BMJ* (edición electrónica). 1996 (Consultado el 04/04/2014.) Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.312.7023.71>
6. Sheikh K, Gilson L, Agyepong I, et al. Building the field of health policy and systems research: framing the questions. *PLoS Med*. 2011 (Consultado el 05/05/2014.) Disponible en: <http://journals.plos.org/plosmedicine/article?id=10.1371/journal.pmed.1001073>

7. Cole BL, Shimkhada R, Fielding JE, et al. Methodologies for realizing the potential of health impact assessment. *Am J Prev Med.* 2005;28:382–9.
8. Connelly JB. Evaluating complex public health interventions: theory, methods and scope of realist enquiry. *J Eval Clin Pract.* 2007;13:935–41.
9. Polanyi M. The tacit dimension. Chicago: University of Chicago Press; 1966. p. 128.
10. Kothari AR, Bickford JJ, Edwards N, et al. Uncovering tacit knowledge: a pilot study to broaden the concept of knowledge in knowledge translation. *BMC Health Serv Res.* 2011 (Consultado el 10/06/2014.) Disponible en: <http://www.biomedcentral.com/1472-6963/11/198>
11. Peters DH, Tran NT, Adam T. Implementation research in health: a practical guide. En: Alliance for Health Policy and Systems Research. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 2013.
12. Gough D, Thomas J, Oliver S. Clarifying differences between review designs and methods. *Systematic Reviews.* 2012. (Consultado el 07/11/2014.) Disponible en: <http://www.systematicreviewsjournal.com/content/1/1/28>
13. Nonaka I. A dynamic theory of organizational knowledge creation. *Organ Sci.* 1994;5:14–37.
14. Moher D, Liberati A, Tetzlaff J, et al. Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: the PRISMA statements. *Ann Intern Med.* 2009;151:264–9.
15. The World Bank. Data World Bank. (Consultado el 08/04/2015.) Disponible en: <http://data.worldbank.org/about/country-and-lending-groups>
16. Maguire M, Delahunt B. Reusable learning object (RLO) doing a thematic analysis resource for teaching practical qualitative data analysis. 2009. Disponible en: <http://hdl.handle.net/10633/5467>
17. SCImago Journal & Country Rank. (Consultado el 01/01/2015.) Disponible en: <http://www.scimagojr.com/countryrank.php>
18. Hundley V, Tucker JS, Van Teijlingen E, et al. Midwives' competence: is it affected by working in a rural location? *Rural Remote Health.* 2007 (Consultado el 04/11/2014.) Disponible en: <http://www.rrh.org.au/articles/subviewnew.asp?ArticleID=764>
19. Wieggers T, de Borst J. Organisation of emergency transfer in maternity care in the Netherlands. *Midwifery.* 2013;29:973–80.
20. Erwin E. Critical incident analysis of the effect of self-efficacy on coping strategies in labour. *Br J Midwifery.* 2013;21:137–41.
21. Bondarianzadeh D, Yeatman H, Condon-Paoloni D. A qualitative study of the Australian midwives' approaches to Listeria education as a food-related risk during pregnancy. *Midwifery.* 2011;27:221–8.
22. Fleissig A, Kroll D. Achieving continuity of care and carer. *Mod Midwife.* 1997;7:15–9.
23. Freitas D, Vieira B, Alves V, et al. Accommodation set in a university hospital: postpartum depression in nurses' perspective. *Rev Pesqui Cuid é Fundam Online.* 2014 (Consultado el 09/12/2014.) Disponible en: <http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/2999>
24. Oyediji EF, Amosu AM, Ojo EF, et al. An assessment of decision making in midwifery practice: a case study of selected hospitals in Oyo State, Nigeria. *Arch Appl Sci Res.* 2011;3:59–69.
25. Dotto LM, Moulin N, Mamede MV, et al. Atención prenatal: dificultades vivenciadas por las enfermeras. *Rev Latino-am Enferm.* 2006 (Consultado el 03/11/2014.) Disponible en: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v14n5/es_v14n5a07.pdf
26. Monticelli M, Atherino Dos Santos E, Lorenzini Erdmann A. Being an HIV-positive mother: meanings for HIV-positive women and for professional nursing staff. *Acta Paul Enferm.* 2007;20:291–8.
27. Fasan J, Zavarise D, Palese A, et al. Midwifery students' perceived independence within the core competencies expected of the midwifery community upon graduation: an Italian study. *Int Nurs Rev.* 2012;59:208–14.
28. Belle MJ, Willis K. Professional practice in contested territory: child health nurses and maternal sadness. *Contemp Nurse.* 2013;43:152–61.
29. Harvey N, Holmes C. Nominal group technique: an effective method for obtaining group consensus. *Int J Nurs Pract.* 2012;18:188–94.
30. VanMarter LJ, Taylor F, Epstein MF. Parental and physician-related determinants of consent for neonatal autopsy. *Am J Dis Child.* 1987;141:149–53.
31. Redshaw M, Henderson J. Learning the hard way: expectations and experiences of infant feeding support. *Birth.* 2012;39:21–9.
32. Ketter SK. Preparing for motherhood: authoritative knowledge and the undercurrents of shared experience in two childbirth education courses in Cagliari, Italy. *Med Anthropol Q.* 2000;14:138–58.
33. Sychareun V, Phommachanh S, Soysouvanh S, et al. Provider perspectives on constraints in providing maternal, neonatal and child health services in the Lao People's democratic republic: a qualitative study. *BMC Pregnancy Childbirth.* 2013 (Consultado el 02/11/2014.) Disponible en: <http://www.biomedcentral.com/1471-2393/13/243>
34. Radcliffe P. Substance-misusing women: stigma in the maternity setting. *Br J Midwifery.* 2011;19:497–506.
35. Oduro-Mensah E, Kwamie A, Antwi E, et al. Care decision making of front-line providers of maternal and newborn health services in the Greater Accra region of Ghana. *PLoS One.* 2013 (Consultado el 01/11/2014.) Disponible en: <http://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0055610>
36. Rouvier M, González-Block MA, Becerril-Montekio V, et al. Mapeo de problemas para la atención a la salud materna por actores estatales y federales. *Salud Publica Mex.* 2011;53:48–56.
37. González-Block MA, Rouvier M, Becerril V, et al. Mapping of health system functions to strengthen priority programs. The case of maternal health in Mexico. *BMC Public Health.* 2011 (Consultado el 01/11/2014.) Disponible en: <http://www.biomedcentral.com/1471-2458/11/164>
38. Lomoro OA, Ehiri JE, Qian X, et al. Mothers' perspectives on the quality of postpartum care in Central Shanghai, China. *Int J Qual Heal Care.* 2002;14:393–402.
39. Bravo P, Uribe C, Contreras A. El cuidado percibido durante el proceso de parto: una mirada desde las madres. *Rev Chil Obstet.* 2008;73:179–84.
40. Seng JS, Low LK, Sparbel KJH, et al. Abuse-related post-traumatic stress during the childbearing year. *J Adv Nurs.* 2004;46:604–13.
41. Etchegary H, Potter B, Howley H, et al. The influence of experiential knowledge on prenatal screening and testing decisions. *Genet Test.* 2008;12:115–24.
42. Stenhouse E, Letherby G, Stephen N. Women with pre-existing diabetes and their experiences of maternity care services. *Midwifery.* 2013;29:148–53.
43. Dixon L, Skinner J, Foureur M. Women's perspectives of the stages and phases of labour. *Midwifery.* 2013;29:10–7.
44. Rossman B, Engstrom JL, Meier PP. Healthcare providers' perceptions of breastfeeding peer counselors in the neonatal intensive care unit. *Res Nurs Health.* 2012;35:460–74.
45. Barkin JL, Wisner KL, Bromberger JT, et al. Development of the Barkin Index of Maternal Functioning. *J Womens Health.* 2010;19:2239–46.
46. Alcock GA, More NS, Patil S, et al. Community-based health programmes: role perceptions and experiences of female peer facilitators in Mumbai's urban slums. *Health Educ Res.* 2009;24:957–66.
47. Levison J, Nanthuru D, Chiudzu G, et al. Qualitative assessment of attitudes and knowledge on preterm birth in Malawi and within country framework of care. *BMC Pregnancy and Childbirth.* 2014 (Consultado el 1/11/2014.) Disponible en: <http://www.biomedcentral.com/1471-2393/14/123>
48. Rouvier M, Gonzalez-Block MA, Sesia P, et al. Problems of the health system in Mexican states with high incidence of maternal mortality. *Salud Publica Mex.* 2013;55:185–92.
49. PAHO-WHO. Estrategia sobre legislación relacionada con la salud (156ª sesión del comité ejecutivo). Washington D.C.; 2015. Report No.: CE156/19.
50. Naciones Unidas. Transformar nuestro mundo. La agenda 2030 para el desarrollo sostenible. Disponible en: http://www.un.org/ga/search/view_doc.asp?symbol=A/70/L.1&referer=/english/&Lang=S