

**Amabilidad,
respeto y dignidad.
Hacia la
humanización
del parto y del
nacimiento**





**Amabilidad, respeto y dignidad.
Hacia la humanización del parto y del nacimiento**

Consejería de Salud. Servicio de Promoción de la Salud y Planes Integrales

HÉLÈNE BRETIN Y CARMUCA GÓMEZ BUENO
OCTUBRE, 2009

BRETIN, Hélène

Amabilidad, respeto y dignidad. Hacia la humanización del parto y del nacimiento / Hélène Bretin, Carmuca Gómez Bueno. -- [Sevilla] : Consejería de Salud, [2010]

Texto electrónico (pdf)

1. Atención perinatal 2. Parto humanizado

I. Gómez Bueno, Carmuca II. Andalucía.

Consejería de Salud III. Título

WQ 210

Hélène Bretin, profesora titular, Institut de recherche interdisciplinaire sur les enjeux sociaux, Sciences sociales, politique, santé- IRIS, Université Paris 13.

Carmuca Gómez-Bueno, profesora titular, Facultad de Ciencias Políticas y Sociología, Universidad de Granada. Grupo de Investigación SEJ-339.

EDITA: Junta de Andalucía. Consejería de Salud

ISBN: 978-84-693-5786-6

DEPÓSITO LEGAL:

MAQUETACIÓN: Obemdia SC

IMPRENTA:

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	7
METODOLOGÍA	7
PRECISIONES PRELIMINARES	10
CAPÍTULO I. REVISIÓN DE LAS PRÁCTICAS TENDENTES A LA HUMANIZACIÓN DE LA ATENCIÓN PERINATAL Y SU EVALUACIÓN EN DIFERENTES PAÍSES	11
1- LA ATENCIÓN PERINATAL EN CANADÁ.....	11
2- LA ATENCIÓN PERINATAL EN INGLATERRA Y EL REINO UNIDO.....	21
3- LA ATENCIÓN PERINATAL EN SUECIA	29
CAPÍTULO II. LAS ESPECIFICIDADES DE LAS MUJERES INMIGRANTES Y/O DE MINORÍAS ÉTNICAS.....	37
CAPÍTULO III. EL PROCESO DE HUMANIZACIÓN DE LA ATENCIÓN PERINATAL EN ANDALUCÍA. ESTADO DE LA CUESTIÓN, BARRERAS A LA PROTOCOLIZACIÓN DE BUENAS PRÁCTICAS Y SISTEMA DE EVALUACIÓN	47
I- ESTADO DE LA CUESTIÓN	47
II- BARRERAS A LA PROTOCOLIZACIÓN DE BUENAS PRÁCTICAS SEGÚN EL ENTORNO ORGANIZACIONAL	51
III- SISTEMAS DE EVALUACIÓN EN USO	55
BIBLIOGRAFIA.....	57
ANEXO A	63
TASAS DE CESÁREAS, MORTALIDAD MATERNA Y MORTALIDAD NEONATAL EN EL ÁMBITO EUROPEO.....	63
ACTIVIDAD OBSTÉTRICA EN LOS HOSPITALES ESPAÑOLES POR COMUNIDADES AUTÓNOMAS.....	63
ANEXO B	69
TABLA RESUMEN DE LAS INVESTIGACIONES CUANTITATIVAS Y CUALITATIVAS REVISADAS	69

INTRODUCCIÓN

El presente informe, pretende aportar elementos para la reflexión que contribuyan al avance en el proceso de mejora de la humanización de la atención perinatal en la red hospitalaria pública. Para ello presentamos los resultados de la revisión bibliográfica que llevamos a cabo para la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía, sobre las experiencias que, en este campo, se desarrollan en diferentes países y las notas del estudio exploratorio sobre el proceso que en ésta comunidad autónoma se está llevando a cabo en el marco del Proyecto de Humanización de la Atención Perinatal en Andalucía (PHAPA). Son, por tanto, los resultados de un estudio exploratorio llevado a cabo durante los últimos seis meses de 2007 aunque de cara a su publicación hemos actualizado los datos estadísticos. Al ser exploratorio no pretende ni permite sacar conclusiones. Su objetivo es servir de fundamento a la reflexión y aportar ideas para la mejora de la atención en este ámbito.

El informe está organizado en tres capítulos y dos anexos:

- I) Revisión sistemática de las prácticas tendentes a la humanización de la atención perinatal en: Reino Unido, Suecia y Canadá.
- II) Revisión de las investigaciones y acciones específicas destinadas a la atención de la población inmigrante en diferentes países.
- III) El proceso de humanización de la atención perinatal en Andalucía. Estado de la cuestión, barreras a la protocolización de buenas prácticas y sistema de evaluación vigente.

Anexos:

- A) Tablas : tasas de cesáreas, mortalidad materna y mortalidad neonatal en el ámbito europeo; actividad obstétrica en los hospitales españoles por comunidades autónomas.
- B) Tabla resumen de las investigaciones cuantitativas y cualitativas revisadas.

METODOLOGÍA

Para la elaboración del informe fue preciso recurrir a metodologías y procedimientos diversificados:

1) La búsqueda bibliográfica: la selección de artículos se realizó a partir de una búsqueda sobre las bases de datos disponibles en la biblioteca virtual del sistema sanitario público de Andalucía, en la base documental y bibliográfica de acceso reservado a los investigadores de la UGR (Universidad de Granada, España) y del INSERM (Institut national de la santé et de la recherche médicale, Francia).

Los principales descriptores utilizados en esas búsquedas fueron los siguientes:

*Humanized; Humanization //Birth; Childbirth; Delivery; Maternity Care;
Childbirth Care; Childbirth Policies; Maternity Care Policies
Childbirth; Birth; Maternity Care//Migrant Women;
Ethnic Minorities
Maternity care//Quality; Evaluation
Birth,Childbirth, Maternity Care //Satisfaction; Experience
Birth,Childbirth, Maternity Care // Surveys; Satisfaction Surveys*

Los filtros se afinaron limitando la búsqueda a partir de 1995 y orientándola después a tres países – Suecia, Canadá y Reino Unido-, así como explorando con mayor intensidad determinadas revistas de relevante prestigio. Por supuesto, también hemos revisado la bibliografía de algunos de los artículos más interesantes para localizar otros.

Estos descriptores se utilizaron también en español y en francés. Esto último nos permitió acceder a una parte importante de la bibliografía canadiense y, sobretodo, de Québec.

La elección de presentar por separado tres países –Reino Unido, Canadá y Suecia- se hizo a partir de un cierto número de criterios que permitían, no tanto compararlos entre sí, como dar cuenta de experiencias diferentes con grados de medicalización variables:

- un modelo muy medicalizado, tecnologizado y centrado en el médico: Canadá.



- un modelo intermedio que presenta una mezcla de enfoques: Reino Unido.
- un modelo humanizado con matronas autónomas y bajas tasas de intervención: Suecia

Para elegir estas tres sociedades, se tuvo en cuenta que en ellas hay una fuerte presencia del sistema público de salud, que se hace cargo de la atención al nacimiento, y, que presentan una política específica de atención a población extranjera.

2) Búsqueda de datos e informes a través de internet: accedimos a datos estadísticos “brutos”, así como a informes de estudios, investigaciones y auto-evaluaciones. Principales sitios web consultados:

<http://www.npeu.ox.uk/> (National Perinatal Epidemiology Unit, Universidad de Oxford).

<http://aims.org.uk/> (Association for Improvements in the Maternity Services - AIMS).

<http://www.birthchoiceuk.com/> (Website para mujeres y profesionales sobre los servicios médicos y perinatales en Reino Unido).

<http://www.nice.org.uk/> (National Institute for Health and Clinical Excellence).

<http://www.statistics.gov.uk/> (Estadísticas nacionales generales del Reino Unido).

<http://www.hesonline.nhs.uk/> (Estadísticas nacionales Inglaterra con datos de los hospitales del National Health Service y los pacientes).

<http://www.babyfriendly.org.uk/> (UNICEF Baby Friendly Initiative).

<http://www.ic.nhs.uk/> The Information Center: Delegación Nacional de Salud independiente, en relación con el Sistema Nacional de Salud Inglés).

<http://www.stat.gouv.qc.ca/> (Estadísticas Generales Québec).

<http://www.msss.gouv.qc.ca/> (Ministerio de la Salud y de los Servicios Sociales del Québec).

<http://www.phac-aspc.gc.ca/> (Agencia de la Salud Pública del Canadá).

<http://www.hc-sc.gc.ca/> (Ministerio Federal de la Salud: Santé Canada).

<http://www.secure.cihi.ca/> (Instituto Canadiense de Información sobre la Salud-ICIS).

<http://www.aspq.org/>)Asociación por la Salud Pública de Québec).

<http://www.groupemaman.org/> (Movimiento por la autonomía en la maternidad y por el parto natural).

<http://breastfeedingcanada.ca/> (Unicef Baby Friendly Initiative).

<http://www.socialstyrelsen.se/> (Website del National Board of Health and Welfare. Acceso a las estadísticas del Birth Medical Register. Sweden).

<http://www.karolinska.se/> (Karolinska University Hospital -Estocolmo [en inglés]).

<http://www.motherfriendly.org/> (Mother-Friendly Childbirth Initiative {Coalition for Improving Maternity Services-CIMS}. Algunos documentos en español en “resources”).

www.euro.who.int/hfad/ (Organización Mundial de la Salud, Regional Office for Europe Health for All Data Base).

www.msc.es/ (Ministerio de Sanidad y Consumo, Instituto Nacional de Salud).

<http://www.sego.es/index.php/> (Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia).

<http://www.juntadeandalucia.es/salud/principal/> (Consejería de Salud de la Junta de Andalucía).

<http://www.ine.es/> (Instituto Nacional de Estadística Española).

<http://www.juntadeandalucia.es/iea/> (Instituto de Estadística de Andalucía).

<http://www.elpartoesnuestro.es/> (Asociación formada por usuari@s y profesionales que pretende mejorar las condiciones de atención a madres e hij@s durante el embarazo, parto y posparto en España).



3) Entrevistas: contactamos –en persona, por internet o por teléfono- con investigadores y responsables de diversos hospitales. Con los primeros, con el objetivo de conocer las investigaciones y los investigadores que trabajaban en el ámbito de la humanización del nacimiento; con los segundos, los profesionales sanitarios, para obtener documentos e informaciones sobre las políticas y prácticas que se llevaban a cabo en sus centros de trabajo y sobre sus estrategias y herramientas de evaluación.

Presentamos únicamente la lista de las personas contactadas y consultadas fuera de España para los fines descritos, otras precisiones teóricas y la implementación de políticas de humanización. Hemos contactado y entrevistado también a numerosos profesionales de Andalucía y Cataluña pero, sobre estos, preferimos mantener el anonimato. Desde aquí queremos agradecer a los profesionales que llevan el Proyecto de Mejora de la Atención Perinatal en Andalucía su total disponibilidad y su generosidad intelectual con nosotras, así como su implicación ilimitada en el Proyecto. Estos profesionales son el motor del cambio, contagian su entusiasmo, y han sido imprescindibles para el desarrollo de este trabajo. Nos encontramos ante una paradoja: deseamos destacar su trabajo y agradecer su entrega escribiendo sus nombres con mayúsculas y, también, respetar el anonimato de nuestros informantes.

Los profesionales extranjeros consultados fueron:

- France Lebrun, enfermera jefe del servicio de nacimiento. Hospital Sainte Eustache, Sainte Eustache Québec
- Suzanne Lavallée. interventor de quejas y calidad, Hospital Sainte-Justine, Montreal, Québec
- Maria De Koninck, socióloga, investigadora en salud de las mujeres, salud reproductiva y varios aspectos de la experiencia de la maternidad. Université Laval, Québec
- Hélène Vadeboncoeur, investigadora en perinatalidad, Asociación de Salud Pública del Québec
- Michel Vecina, responsable del programa AMPRO, Canadá. London, Ontario.
- Mervi Jokinen, Royal College of Midwives-RCM, Londres
- Beverley Lawrence Beech. Chairman a AIMS-

Association for Improvements in the Maternity Services. Londres.

- Milla Bennis, Epidemiologiskt Centrum / Centre for Epidemiology, Socialstyrelsen / National Board of Health and Welfare, Estocolmo.
- Ulla Sörensen. Media Service, Karolinska University Hospital, Huddinge. Estocolmo.
- Maggie Redshaw, experta en métodos de investigación, servicios punteros de neonatología y pediatría. National Perinatal Epidemiology Unit, Oxford University
- Rachel Rowe, investigadora en varios aspectos de los cuidados maternos y de la experiencia de las mujeres respecto a los cuidados maternos. National Perinatal Epidemiology Unit, Oxford University
- Paule Herschkorn : toco-ginecóloga, responsable del plan de Calidad (organización y certificación) Maternité Les Bleuets¹, Paris.
- Claude Egullion : toco-ginecóloga, Maternité Les Bleuets, Paris, utilizaba el diálogo y las discusiones con grupos de mujeres africanas sobre la maternidad.
- Paul Cesbron : toco-ginecólogo, miembro del grupo de trabajo “Label naissance respectée” del CIANE Collectif Interassociatif Autour de la Naissance (colectivo inter-asociativo entorno al nacimiento)
- Christine Isola, matrona (maternidad Les Lilas², Paris). Coordinadora de una red de cuidados perinatales a domicilio. Miembro del grupo de trabajo² del CIANE .
- Josiane Boeuf : toco-ginecóloga, Clinique Jean Olçomendy, Oloron Sainte Marie (Pyrénées). El equipo de la clínica se moviliza desde hace 10 años a favor de practicas menos medicalizadas y la disminución de la tasa de cesáreas.

4) Observaciones y entrevistas en centros hospitalarios: visitamos cuatro hospitales que participaban en el proyecto andaluz desde la primera fase: El Poniente, Huercal Overa, Puerto Real y Motril y dos que se incorporaron en la segunda fase: San Cecilio y Comarcal de Baza. Estas visitas, donde fuimos recibidas por los equipos de espe-

1.- La maternidad Les Bleuets, obra social de la rama del metal del sindicato CGT. En 1947 fue la primera en introducir técnicas de parto sin dolor en Francia.

2.- La maternidad Les Lilas y su equipo también se comprometieron en practicas alternativas de atención al parto a partir de los años cincuenta.

cialistas, nos permitieron realizar entrevistas individuales y colectivas con varios profesionales: 4 ginecólogos-obstetras, 1 pediatra-neonatólogo, 4 enfermeros/as y 3 matronas. Para nosotras, se trataba de realizar una primera aproximación empírica a una parte del “mundo” hospitalario perinatal y de “comprender” la diversidad de situaciones: sus características comunes y especificidades. Tuvimos también la oportunidad de realizar una visita nocturna al servicio de maternidad del Hospital Virgen del Rocío (Sevilla), acompañada y comentada por una matrona.

Las entrevistas tenían como objetivo conocer los puntos que consideraban importantes respecto a la organización y funcionamiento del servicio, su trabajo, el contexto local, las características de la población atendida, así como lo que representaba el proyecto, los elementos que lo facilitaban y los obstáculos potenciales a la implantación de las nuevas prácticas. A estas entrevistas se le añaden conversaciones informales en el curso de la visita al área o en los momentos pasados con el personal en la sala de descanso: enfermeras-os, celadores, anestesistas, matronas-os, ginecólogos-os...

Además, realizamos observaciones tanto de las instalaciones (salas de dilatación, paritorios, habitaciones, quirófanos...) como de los procesos de interacción, incluyendo algunos partos.

Siempre que fue posible, durante nuestras visitas seguimos una estrategia similar: por las mañanas nos entrevistábamos con los profesionales, en ocasiones comíamos con ellos, y, por las tardes, nos entrevistábamos con las mujeres hospitalizadas en el área: mujeres españolas y de origen extranjero que aceptaron hablar con nosotras. En total hablamos con unas 30 mujeres, de las que 4 habían dado a luz el día anterior –y a cuyo parto habíamos asistido-. Las observaciones se realizaban a lo largo de toda nuestra estancia en los centros hospitalarios.

PRECISIONES PRELIMINARES

En varios países del mundo se están extendiendo políticas y prácticas para humanizar la atención perinatal. Varios factores contribuyen a ello: la atención creciente a los derechos de las mujeres, parejas y niños; la importancia que le conceden

a estas cuestiones organismos internacionales como la OMS o UNICEF, así como las recomendaciones y procesos de certificación formalizados (en algunos casos desde hace muchos años); la producción de evidencia científica sobre los beneficios de una menor medicalización y de la atención humanizada; la presión de los usuarios (sobre todo usuarias), de las asociaciones de mujeres y de los profesionales que reivindican la mejora de la atención sanitaria.

Paralelamente, la lectura de los distintos documentos hallados –artículos e informes- y de los testimonios recogidos permiten ver también los límites de estas políticas en la práctica concreta. Es en esta perspectiva que presentamos el “retrato” de las experiencias de los diferentes países.

Hemos optado también por presentar datos estadísticos que evalúen la experiencia concreta del parto, así como la satisfacción de las usuarias del servicio hospitalario, a veces comparándolos con otros modos de asistencia al parto y de atención a la familia (parto en el domicilio o en casas de nacimiento, o incluso en un servicio hospitalario “progresista”). Para dar respuesta a la pregunta de si es posible medir los derechos y, sobre todo, el respeto a los derechos de los usuarios –aquí, las mujeres, sus allegados y los bebés- y cómo hacerlo, hemos estudiado las investigaciones que tratan de evaluar y explicar la satisfacción y las necesidades de las mujeres. La literatura sobre este aspecto concuerda en numerosos aspectos (ver anexo B. Presentación metodológica de las investigaciones cuantitativas y cualitativas revisadas).

Tal como destacamos en este informe, la evaluación cuantitativa de la satisfacción puede discutirse tanto en el plano teórico como en el de su aplicación práctica. A pesar de sus límites, se utiliza de forma muy habitual. Su extensión responde en buena parte al hecho de que la lógica de empresa que regula los modos de organización y de gestión de los hospitales públicos, así como los procedimientos de acreditación: implican sistemas de evaluación externa e interna de las prácticas hospitalarias y una participación cada vez mayor de los usuarios en la evaluación. Por ello, al contactar con los hospitales, también hemos intentado averiguar cómo se enfrentaban prácticamente a esas nuevas demandas.

Otra manera de evaluar los progresos en la humanización de la atención perinatal consiste en ver las acreditaciones de la Hospitales Amigos de los Bebés (o Iniciativa para la Humanización de la Asistencia al Nacimiento y la Lactancia) en los distintos países abordados. La idea es que para superar las diferentes etapas necesarias para obtener una evaluación positiva y la acreditación se precisan una manera de trabajar, una formación del personal y una atención a las madres, sus acompañantes y los recién nacidos que precisamente refleja las preocupaciones que animan a los responsables y participantes del proyecto andaluz.

CAPÍTULO I. REVISIÓN DE LAS PRÁCTICAS TENDENTES A LA HUMANIZACIÓN DE LA ATENCIÓN PERINATAL Y SU EVALUACIÓN EN DIFERENTES PAÍSES

A continuación presentamos la revisión en profundidad de las políticas y prácticas tendentes a la humanización del nacimiento en: Canadá, Reino Unido y Suecia. La selección de estos países responde a la combinación de diferentes criterios: los resultados estadísticos -presentados en los anexos-, el peso de la Sanidad Pública en el país objeto de estudio, el porcentaje de población inmigrante, el porcentaje de nacimientos en el domicilio particular / red hospitalaria y el nivel de desarrollo de la investigación en el campo que nos ocupa. Además, atendimos al modelo de cuidados maternos predominante en el país. Para ello utilizamos como referencia la clasificación propuesta por Wagner (2006:599), quien diferencia entre:

- modelo altamente medicalizado: tecnologizado, centrado en el médico, cuidados de la matrona marginalizados, que se encuentra, por ejemplo, en Canadá,
- modelo intermedio, que presenta una mezcla de ambos enfoques que se encuentra, por ejemplo, en Reino Unido,
- modelo fuertemente humanizado: matronas más autónomas y menores tasas de intervención, se encuentra en Suecia y otros países.

Pasamos pues a revisar las prácticas tendentes a la humanización de la atención perinatal en los países citados, así como los mecanismos de evaluación en ellos empleados.

1- La atención perinatal en Canadá

El sistema nacional canadiense de Seguridad Social ofrece a sus residentes “un acceso razonable a los servicios hospitalarios y médicos necesarios sin te-

ner que pagar directamente por estos servicios”³. El sistema agrupa 13 regímenes provinciales y territoriales distintos que comparten normas de base comunes. Las atribuciones y responsabilidades son compartidas entre el gobierno federal y los gobiernos provinciales - territoriales. Estos últimos son responsables de la administración, la organización y la prestación de los servicios sanitarios a sus residentes. La ley nacional canadiense de salud estipula que el parto, así como los servicios sanitarios de supervisión del embarazo, forman parte de las atenciones médicas necesarias, y por tanto, están a cargo del sistema público de salud.

El interés del gobierno canadiense por la humanización del parto se remonta a los años 80, con la publicación de líneas directrices nacionales (“La atención a la madre y al recién nacido en una perspectiva familiar”), revisadas en el año 2000. Destacan, entre otros principios, los siguientes: el enfoque de la atención ha de ser familiar; la atención a la madre y al recién nacido han de basarse en pruebas científicas; las relaciones entre profesionales y usuarias han de caracterizarse por el respeto mutuo y la confianza; la elección informada de las mujeres y de las familias suponen conocimientos sobre la atención prodigada; las mujeres han de tomar decisiones autónomas; la atención puede darse por actores de diferentes disciplinas (Santé Canada, 2000 ; Vadeboncoeur, 2004 y 2005).

La política canadiense propugna la continuidad de los profesionales que intervienen durante el embarazo y el parto, así como la participación de la familia –del número de personas que la mujer desee que la acompañen o la apoyen-. También recomienda el abandono de aquellas prácticas rutinarias que se haya demostrado científicamente que no representen una ventaja para la madre, el recién nacido y los acompañantes: vestir la ropa del hospital, rasurar el pubis, mantenerse en la cama, la perfusión sistemática, la vigilancia electrónica sistemática de la frecuencia cardíaca fetal, la restricción de la comida y la bebida, la ruptura provocada de la bolsa de aguas. También se recomienda la flexibilidad en las unidades de atención en cuanto a las posiciones de parto, permitiendo una mayor elección, así como favorecer la monitorización discontinua del feto. El ideal es que haya

3.- Información obtenida de la web del Ministerio Federal de Salud Canadiense, Santé Canada: <http://www.hc-sc.gc.ca>

una enfermera por parturienta. Se apoyan múltiples métodos de alivio del dolor⁴, con información previa, claramente expuesta, sobre sus ventajas e inconvenientes –en particular, para la epidural-. La episiotomía no ha de practicarse de forma rutinaria, sino en casos especiales y limitados.

También se insiste en la importancia del contacto madre-hijo (piel con piel) lo más duradero posible durante las primeras horas de la vida extra-uterina del bebé. Las intervenciones necesarias (vitamina K, atención oftálmica, brazaletes de identidad, evaluación del recién nacido) “deben hacerse de manera que entorpezcan lo menos posible la formación de vínculos precoces de ligazón afectiva” (2000:28). Un equilibrio entre los riesgos de mortalidad perinatal vinculados a un embarazo prolongado y los riesgos propios a la inducción del parto debe llevar a una práctica de la inducción muy limitada.

Se afirma claramente la voluntad de reducir la tasa de cesáreas y se destaca que la mejora continua de la calidad (ACQ) es la que aporta los mejores resultados para cambiar las prácticas profesionales. La cesárea, de urgencia o programada, puede inscribirse en una perspectiva familiar. Así, se recomienda que la pareja o una persona acompañante se halle presente para apoyar a la mujer, así como que se pueda optar preferentemente por una anestesia regional, que se permita a la mujer amamantar a su bebé en la sala donde tuvo lugar la cesárea o en la sala de recuperación, que se permita a la familia reunirse en la sala de recuperación, y que se le cuente a la mujer la intervención si ella hubiera sido tratada con anestesia total.

Una atención especial nos merece la situación de Québec, donde la humanización del nacimiento fue una reivindicación importante a partir de los años 70⁵. Fue entonces cuando cobraron fuerza los movimientos por la humanización de la atención hospitalaria y por el reconocimiento de la práctica de las matronas. El balance de los coloquios regionales organizados en 1980, por la Asociación para la Salud Pública de Québec (ASPQ), donde se expresaron 10.000 mujeres, destaca los siguientes

4.- Apoyo del acompañante, relajación, respiración, baños y duchas, masajes, analgésicos y epidurales.

5.- Las informaciones que siguen han sido obtenidas de un informe del colectivo « Les Accompagnantes », editado en los Cuadernos de investigación del GREMEF –Grupo de Investigación Multidisciplinar Feminista-, de la Universidad Laval, en 2005.

puntos de insatisfacción: la despersonalización de la atención, las relaciones anónimas y estandarizadas, el recurso a técnicas médicas intervencionistas, la falta de información y la caída en desuso de los cursos prenatales. Las mujeres reivindicaban la implantación de casas de nacimiento, el acceso a matronas y medios de información sobre el embarazo y el parto.

La política perinatal de Québec se editó en 1993, a partir de trabajos complementarios que se demandaron tras el fracaso de un primer proyecto de 1985⁶. Uno de los objetivos era centrar el sistema en las necesidades de apoyo continuo de las mujeres embarazadas, las madres, los padres y los bebés, en función de sus potencialidades, expectativas y particularidades. Se trataba también de disminuir las tasas de intervenciones obstétricas en el conjunto del Québec y en cada una de las regiones; hacer bajar la tasa de cesáreas al 12-15% y la de episiotomías al 20%, y, aumentar el recurso al parto vaginal post-cesárea (cf. Vadeboncoeur, 2005). Se experimentaron ocho proyectos piloto fuera de los hospitales antes de legalizar, en 1999, la práctica de las matronas en las casas de nacimiento –existen seis de éstas en Québec–.

Prácticas actuales

El informe del Instituto Canadiense de Información sobre la Salud de 2004 (ICIS, 2004) sostiene que la atención prenatal la prestan generalmente médicos de familia y generalistas (88% de las mujeres en 2001). Estos profesionales se ocupan cada vez menos de la atención obstétrica (39% de los partos vaginales y 5% de las cesáreas, en 2000), aunque la proporción varía según las provincias y la localización geográfica (urbana o rural). Otros profesionales intervienen en el seguimiento del embarazo y el nacimiento: matronas, obstetras y ginecólogos. Estos últimos participan en la mayoría de los partos (61% de los partos vaginales, 95% de las cesáreas). Una parte de las enfermeras autorizadas (5%) trabajan en la atención a la madre y al niño, imparten cursos de perinatalidad, dispensan servicios a domicilio para las mujeres de alto riesgo y asisten en la dilatación y el parto.

6.- No fue puesto en práctica. Según el informe del GREMEF, la operación era demasiado delicada en términos políticos, dada la amenaza que representaban algunas de sus propuestas para los médicos.

La atención general toma una forma muy similar a la de los cuidados compartidos (*shared care*, cf. *Reino Unido*, p.21): una parte de las mujeres pueden ser atendidas por el médico o una enfermera hasta la semana 32 del embarazo, y luego asignadas a otro profesional (ginecólogo obstetra, matrona, otro médico de familia). Es también un modelo que permite responder a las dificultades de acceso a la atención en regiones rurales y alejadas.

Hasta la década de 1990 no hubo un reconocimiento legal de las matronas en Canadá. Éste es reciente y parcial: sólo siete provincias y un territorio tienen una legislación específica que autoriza el trabajo de las matronas. Los servicios reglamentados de matrona no se hallan forzosamente cubiertos por los regímenes provinciales de Seguridad Social. Están financiados con fondos públicos en cinco provincias: Québec, Ontario, Manitoba, Colombia Británica y los territorios del Norte-Oeste. Las matronas pueden ejercer a domicilio y en el hospital en estas provincias, salvo en Québec, donde atienden partos en centros de nacimiento autónomos. En 2002, cinco universidades de 3 provincias Ontario, Québec y Colombia Británica ofertaban formación. Las matronas egresadas pasaron de 96 a 413 entre 1993 y 2002 lo que refleja los cambios de reglamentación además del crecimiento real del número de profesionales. Éste sube, al igual que el porcentaje de nacimientos en hospitales atendidos por matronas (por ejemplo, pasó del 0 al 5% de todos los partos hospitalarios entre 1994 y 2002, en Colombia Británica).

En Canadá utilizan diversas alternativas innovadoras para el alivio del dolor. France Lebrun, enfermera jefe en la unidad de nacimiento del Centro Hospitalario Sainte Eustache (St. Eustache, Québec), nos comentó que allí forman al personal sanitario en el método APOR: “un trabajo formidable, basado en la respiración espontánea y una reflexión sobre las posturas favorables al parto. Porque poder cambiar de postura, pues estupendo, pero... ¿cuál? Es importante saber. Y eso tiene efectos en lo postnatal: cómo acomodar de la mejor manera a las mujeres”. Se trata del “*approche posturo respiratoire*”, desarrollado por Bernadette de Gasquet, una médica francesa profesora de yoga y especialista de la biomecánica de las posturas del parto. Ha desarrollado un método y cursos de formación en Francia y a nivel internacional (incluso en España).

Datos estadísticos generales

Casi la totalidad de los nacimientos en Canadá tienen lugar en el hospital. En 2001/2002, la cuarta parte de los nacimientos no precisaron ninguna intervención quirúrgica –ni instrumentos, ni inducción, ni anestesia epidural (ICIS, 2004).

En 2001/2002, la tasa de inducciones, en aumento desde los años 90, se estima en un 20% de los partos vaginales. La epidural se utilizó en el 45,4% de los partos vaginales, con variaciones muy fuertes que iban desde el 4% de los partos en los territorios del Grand Nord⁷ al 60,2% en Québec. Múltiples factores intervienen en esta variación: la recomendación de los médicos y la mayor demanda por parte de determinados grupos de mujeres (primíparas, de mayor edad, de “raza blanca”). Sin duda, también juega un papel explicativo importante, la disponibilidad de recursos y de personal: se recurre menos a la epidural en los pequeños hospitales comunitarios sin presencia continua de anestelistas.

La tasa de partos vaginales instrumentales se situaba en el 16,3% en 2001: esta tasa permanece constante en el tiempo. El recurso a los fórceps ha descendido en favor del recurso a las ventosas. Las diferencias regionales observadas pueden atribuirse parcialmente “a variaciones en las prácticas o las preferencias clínicas” (ICIS, 2004:36).

El porcentaje de cesáreas para el conjunto de los nacimientos habidos en centros hospitalarios era, en 2001, del 22,5% frente a un 17,5% en 1994-95 (ICIS, 2004). Las tasas de cesáreas varían mucho de una provincia a otra (25,5% en New Brunswick vs 7,6% en Nunavut)⁸. Estos datos, que no están tabulados por edad ni por orden de nacimiento, no permiten distinguir a las primíparas de las multíparas (las cesáreas son más frecuentes en primíparas, sobre todo, entre aquellas que tienen a su primer hijo a una edad más avanzada). Los datos

7.- Los Territorios del Grand Nord son uno de los territorios del gran norte canadiense (Territoires du Nord Ouest, Yukon, Nuvañut), poblados esencialmente por indígenas.

8.- El Nunavut se halla esencialmente poblado por Inuits. La tasa de nacimientos en el Grand Nord es más elevada que en las regiones urbanas. Las mujeres con complicaciones en el embarazo o que necesitan una cesárea van al hospital, pero una parte de las que presentan un parto de bajo riesgo permanecen en sus comunidades y dan a luz en la casa de nacimiento.

para 2001/2002 muestran que la tasa de cesáreas entre las primíparas menores de 35 años es más baja que para las de más de 35 (15% vs. 20%).

Las episiotomías han descendido, pasando de casi el 50% en 1990/91 al 24% en 2000/2001 (Santé Canadá, 2003).

Un reciente análisis de la evolución de algunos datos entre 2001 y 2006 (ICIS, 2007) muestra que las tasas de analgesia epidural han aumentado hasta alcanzar el 53,7% de los partos vaginales y el 47,9% de todos los partos. Las variaciones entre territorios y provincias continúan siendo importantes; oscilan entre el 9% en Nunavut hasta el 69% en Québec. Los partos instrumentales han disminuido, llegando al 14,3% en este período, siempre con un predominio de las ventosas sobre los fórceps. En 2005-2006 la tasa global de cesáreas aumentó, llegando a suponer el 26,3% y la de cesáreas entre primíparas el 18,6%. La tasa de cesáreas entre primíparas de más de 35 años es netamente superior a la tasa de las menores de 35 (23,3 % vs. 17,7%); en ambos casos la tendencia es creciente desde 2001. En 2005-2006 la tasa global de cesáreas superó el 20% en todas las provincias y territorios excepto en Nunavut donde no evoluciona: 8,2%. Pero alcanza el 30,4 % en la Colombia Británica. El ICIS no ha publicado estadísticas generales desde 2007. Los últimos datos que salieron en 2009 sobre el tema del nacimiento se centran sobre el problema de los bebés de bajo peso al nacer.

En 2009 se publicaron los resultados de la primera encuesta nacional dedicada específicamente a la experiencia de la maternidad (*Public Health Agency of Canada*, 2009). Documenta opiniones, saberes, prácticas y experiencias de las mujeres desde antes de la concepción, hasta los primeros meses después del nacimiento, con una muestra de mujeres de 15 años o más, que tuvieron un único hijo vivo en los 3 meses anteriores a la realización del censo de población de 2006.

Los resultados muestran que son pocas las mujeres que reciben cuidados prenatales por parte de matronas o enfermeras (6,6%). Casi todas paren en el hospital (98%), más de dos tercios (69,6%) con un ginecólogo o un tocólogo y el 14,6% con un médico de familia. Casi la mitad fueron asistidas por el profesional que siguió el embarazo.

Tres cuartas partes de las mujeres parieron por vía vaginal, siendo las de mas edad, las primíparas, las de nivel escolar elevado y las de nivel económico desfavorecido, las que tuvieron cesáreas más frecuentemente. El 45% de las mujeres que parieron por vía vaginal o lo intentaron, señalaron tentativas de provocar el parto por parte del profesional, y el 37% tentativas para acelerar el proceso de nacimiento. Casi una de cada cinco de ellas tuvo el periné rasurado y al 5% les pusieron enemas – practicas mas frecuentemente señaladas por las primíparas y las de nivel de educación y/o económico inferior-. Una cada cinco también sufrieron una episiotomía.

La respiración y el cambio de postura fueron las técnicas mas utilizadas para calmar el dolor sin medicación, siendo la anestesia epidural o espinal la mas usada cuando se trata de ayudar farmacológicamente.

El marido o la pareja estuvo presente en la casi totalidad de los casos durante el parto. Solo un tercio de las mujeres tuvieron el primer contacto piel con piel con el recién nacido después del parto, pero el 72% lo tuvieron en sus brazos por primera vez inmediatamente o en los 5 minutos después del parto.

Es interesante señalar que el 80% de las mujeres expresaron una opinión “muy positiva” (53,8%) o bastante positiva (26,2%) sobre su experiencia global del pre-parto y del parto. Las que fueron asistidas por una matrona eran proporcionalmente mas propensas a calificar su experiencia como muy positiva que las demás. Valoran mucho el trato recibido: más de las tres cuartas partes (76%) se declaran “muy satisfechas” del respeto que les manifestaron los profesionales, del respeto de su intimidad y dignidad (75,9%), y de su participación personal en la toma de decisiones (72,6%). Aprecian también mucho la compasión y comprensión percibida por parte de los cuidadores y la información que les dieron a lo largo del embarazo, del parto y del post-parto inmediato (Public Health Agency of Canada, 2009).

La acreditación de Hospital Amigo de los Niños (IHAN), según los datos de diciembre 2007 (<http://breastfeedingcanada.ca/>), la poseen seis hospitales y una casa de nacimiento. De ellos, 4 hospitales y la casa de nacimiento están radicados en Qué-

bec. No hemos encontrado evaluaciones recientes del porcentaje de nacimientos en centros acreditados. France Lebrun, enfermera jefe en la unidad de nacimiento del Centro Hospitalario Sainte Eustache (St. Eustache, Québec), nos comentó los procedimientos realizados por este Hospital para lograr la acreditación como IHAN. Este centro consiguió la acreditación en 2004, desde entonces mantienen tanto el comité multidisciplinar, creado para lograrlo, como los cuestionarios de evaluación de las prácticas de médicos y enfermeras. El cuestionario permite evaluar y adaptar la formación del personal sanitario a las necesidades detectadas.

Por su parte, el Centro hospitalario universitario de alto nivel Sainte-Justine de Montreal, especializado en niños, adolescentes y mujeres, no aplica de forma rutinaria encuestas de satisfacción a los pacientes. Estos tienen a su disposición un impreso para reflejar quejas y reclamaciones. Este hospital dispone de un “Comité de usuarios” centrado en los derechos y deberes de los pacientes y asiste a aquellos que quieren poner una queja. Esta práctica no gusta a los profesionales que sostienen que se incita a los pacientes a mostrar su malestar mientras no se les da la posibilidad de manifestar su satisfacción. La interventora de quejas y calidad de los servicios de este hospital, Suzanne Lavallée, nos comentó que “en navidad va a implantar el cuestionario de satisfacción como regalo a los profesionales” para ponerlo junto al folleto de quejas en el servicio. Así “la gente podrá felicitar al personal y que ellos sepan lo bien que lo hacen. Eso siempre anima”.

Investigaciones

Estudios cuantitativos

Cambios profesionales: posibles pero difíciles

Distintas investigaciones permiten constatar que la evolución hacia una menor medicalización de la atención perinatal es posible, pero difícil de poner en marcha. Una de las investigaciones revisadas abordó el caso de un hospital rural en Ontario, donde se vio el efecto de seguir las indicaciones que se habían elaborado en una conferencia nacional de consenso sobre el parto. En esta conferencia se habían elaborado indicaciones relativas al parto vaginal post-cesárea y a la cesárea en ge-

neral –se realiza cuando el bebé viene de nalgas y cuando hay un diagnóstico de distocia-. En este establecimiento, donde una parte del equipo médico practicaba ya partos vaginales post cesárea, el equipo médico elaboró un protocolo formal y se comprometió a seguir las pautas. En un periodo de 5 años (1985-1989) la tasa global de cesáreas bajó a casi la mitad (del 23% al 13%), bajó (no significativamente) en las primíparas con el cambio de criterios de distocia, y bajó significativamente en las multíparas que habían tenido una cesárea antes, debido a la aceptación creciente de parto vaginal post-cesárea tanto por parte de las mujeres como de los médicos (Iglesias et al, 1991).

Un estudio cuantitativo sobre la episiotomía en 3 hospitales de Montreal con 703 mujeres atendidas por 43 médicos confirma la importancia del punto de vista médico. Cuando los médicos son favorables a la episiotomía (sus puntos de vista eran recogidos y evaluados con un cuestionario previo a la difusión de los resultados del estudio), hay una mayor probabilidad de episiotomía, una duración de parto (primera fase) más corta y un uso más frecuente de oxitócina. Al revés, los médicos contrarios (entre ellos médicos generalistas, ausentes entre el grupo de los favorables) la usaban menos y las mujeres tenían menos desgarros graves y menos dolores perineales post-parto. Los autores observan que la episiotomía frecuente está ligada a una práctica intervencionista susceptible de “ver” un parto normal como anormal, de diagnosticar un estrés fetal durante una dilatación aparentemente normal, de subestimar la flexibilidad perineal y sobreestimar la posibilidad de desgarro grave (Klein et al, 1995) –elementos todos éstos que pueden legitimar la práctica-.

Un estudio retrospectivo que abarcó diez años (1991-2001) en un hospital de Montreal comparó los resultados de los partos asistidos por obstetras que habían seguido a la mujer (21.779 casos que representan el 77% de los partos) con los de los partos asistidos por el obstetra de guardia (6.553 – 23%). La tasa global de cesáreas es poco elevada: 11,5%. Cuando atiende el obstetra de guardia, las cesáreas son más probables, hay menos probabilidad de episiotomías y un riesgo más elevado de desgarros de nivel 3 y 4. Según los autores, una interpretación no tranquilizadora de la evolución del ritmo cardíaco fetal es causa de cesáreas en el primer estadio de la dilatación. Los autores su-

gieren que el temor de los médicos acrecienta las malas prácticas, y, conjugado con la ausencia de familiaridad con la mujer, conducen al especialista a optar por una medicina que se considera “más segura”, y por tanto, a más cesáreas y menos episiotomías (dadas las secuelas para la madre a largo plazo de éstas últimas), “y ello tanto más cuanto que la mayoría de los casos de malas prácticas resultan de una débil comunicación y una falta de confianza recíproca entre médico y usuaria y que la comunicación y la confianza pueden ser difíciles de establecer cuando se encuentra a una paciente por primera vez” (Abenhaim et al., 2007:177).

La proximidad física de la sala de dilatación también puede inducir de forma práctica verificaciones más frecuentes de la evolución de la dilatación y una interpretación más precoz y/o prudente de las curvas del electrocardiograma. Sin embargo, “el exceso de atención a las curvas de la monitorización continua puede ir contra el interés de la usuaria, a causa de los falsos positivos, de los riesgos más elevados de intervención quirúrgica y de los costos acrecentados. En comparación con la monitorización intermitente, la monitorización continua conduce a un alza de 38 cesáreas y 30 fórceps cada mil partos” (Bell y Ray, 2007:373). Estos autores sugieren que una prioridad en la investigación debería ser determinar qué tipo de trazados cardio-fetales fuera de lo considerado normal avalan una gestión agresiva, dada su extendida utilización y su débil capacidad predictiva del estrés fetal” (2007:373).

El cuestionamiento de la labor de las enfermeras

La intervención de enfermeras y enfermeros se cuestiona en cuanto a sus efectos sobre la atención prodigada y sobre la salud de las mujeres.

Un estudio retrospectivo reciente analiza los datos sobre la atención hospitalaria de 436 mujeres (embarazo y parto de bajo riesgo) en un hospital de Montreal y muestra una asociación entre el riesgo de cesárea y la parcelación creciente del trabajo de enfermería⁹, en otras palabras, la discontinuidad de los cuidadores que asisten a las mujeres (Gagnon et al., 2007). Según la autora, la organización del trabajo por pares permitiría garantizar la continuidad del cuidado, la sustitución de unos

9.- En Québec, las matronas no trabajan en hospitales, son las enfermeras las que asisten los partos.

profesionales por otros en momentos puntuales, la planificación de los cuidados teniendo en cuenta las ausencias y la comunicación a las mujeres de la disponibilidad del personal de enfermería. Además, al trabajar por pares, podrían integrar de manera rutinaria los datos en una base administrativa informatizada que permitiría considerar la medida de los efectos de las actividades de enfermería sobre la salud.

Gagnon, en 1997, intentó analizar el impacto de la atención personalizada continua (one-to-one) en el parto hospitalario pero no ha obtenido los efectos positivos esperados (Gagnon, 1997). Sin embargo, el estudio ha permitido subrayar puntos importantes. Así según Hodnett, la cuestión no es verificar la eficiencia de la atención de enfermería constatada en varios estudios (Hodnett, 1997a)¹⁰, sino ver si esta atención es deseable y posible (Hodnett, 1997b). Desde este punto de vista, dos estudios en los años 90, confirmaron las observaciones de mujeres canadienses sobre la falta de tiempo de apoyo de las enfermeras durante el nacimiento. Observaciones y análisis de las actividades de las enfermeras en dos hospitales canadienses (en Québec y Ontario) han distinguido cuatro dimensiones del apoyo: la ayuda emocional, las aportaciones al bienestar físico, la información y las instrucciones dadas, y, la protección de las mujeres. Ahora bien, menos de 10% del tiempo de las enfermeras está consagrado a este conjunto de actividades (McNiven et al., 1992; Gagnon et al., 1996). En el estudio de Montreal, este tiempo (6% del tiempo) es un poco más importante para las enfermeras con menos de siete años de actividad en la planta y cuando se trata de mujeres primíparas.

“Un sistema dominado por la tecnología y orientado hacia la prevención del riesgo hace pensar en las muchas coacciones que actúan sobre las enfermeras y sobre las mujeres que dan a luz” subraya Hodnett (1997b). Apoyándose en un estudio de los factores que favorecen el éxito de una estrategia de promoción de la atención de enfermería

10.- Hablando del meta-análisis realizado el mismo año, Hodnett, afirma: “los resultados son claros. La atención continua durante el parto, prestada por mujeres con diferente formación y en circunstancias extremadamente variadas, contribuye a la obtención de tasas más bajas de analgesia y anestesia, de episiotomías, dilataciones más cortas, y, disminución del número de bebés con un test de Apgar inferior a 7 a los cinco minutos del nacimiento (Hodnett, 1997b :80).

en dos hospitales, Hodnett considera que el fuerte compromiso de la enfermera jefe y el sentimiento de aumento de poder de los profesionales de enfermería son elementos claves. Pero eso funcionó solamente en dos de los diez hospitales involucrados en la iniciativa, observa Hodnett.

De hecho, ella constata también que las normas que regulan el trabajo y las relaciones profesionales entre los enfermeros de la planta, minan el fuerte compromiso profesional que portan los colegas jóvenes y recién diplomados o recién llegados. Las visitas largas a la mujer, la colocación diferida de la epidural, pasar menos tiempo con las colegas en la sala de enfermeras y más con las mujeres, son actos considerados como una desviación de las normas que regulan las prácticas y las relaciones laborales. “Las enfermeras que se salen de la norma provocan ser evitadas, puestas aparte, incluso ser ridiculizadas por sus colegas. Las pacientes vienen y se van pero las enfermeras deben trabajar con las mismas colegas muchos años. No es nada sorprendente que estos estudiantes abandonen sus iniciativas y aprendan a conformarse.” (Hodnett, 1997b:79). En otras palabras, las enfermeras abandonan la dimensión relacional con las mujeres, muy importante en su trabajo, por verse integradas en el grupo profesional.

¿Parir de forma diferente?¹¹

A finales de los años 90, Wen et al., analizaron las respuestas de una muestra de 3.438 mujeres extraída de la encuesta nacional de salud canadiense y concluyeron que “una parte substancial de mujeres canadienses en edad reproductiva quisieran parir en un centro de nacimiento y ser atendidas en el parto y el post parto por matronas o enfermeras” (Wen et al., 1999:708) Un tercio eran más favorables a parir en un centro de nacimiento que en un hospital, pero sólo el 20% lo eran a que fueran una matrona o una enfermera la que llevara el parto. Sin embargo, el 85% de las mujeres eran favorables al cuidado postnatal con matrona o enfermera.

El reconocimiento oficial de la profesión de matronas varía según las provincias. En Québec, ocho proyectos pilotos fueron evaluados antes de la legalización de la profesión; esencialmente con cen-

11.- Referencia al título de un libro colectivo dirigido por F. Saillant, en Québec, 1987.

tros de nacimiento fuera del hospital, en centros comunitarios de salud y servicios sociales (CLSC). La evaluación con cuestionario postal post parto de más de 900 mujeres atendidas en centros de nacimiento - atención prenatal, parto, postnatal-comparada con 1000 mujeres atendidas por médicos en centros hospitalarios, muestra elementos importantes. A pesar de haber sido tratadas de maneras significativamente diferentes, ambos grupos evalúan positivamente su propia experiencia. Lo que significa que las expectativas de las mujeres eran diferentes. Sin embargo, se encontraron diferencias en la posibilidad de: discutir, obtener información, sentirse cómoda durante las visitas, hablar de la lactancia materna, siendo la evaluación más positiva en el caso de las mujeres atendidas por matronas. Estas mujeres consideraban también tener más posibilidad de elegir la postura, sentir mayor auto-control, responsabilidad y seguridad (De Koninck et al, 2001).

De nuevo encontramos que cada grupo social valora elementos distintos. Aunque unas valoran la tranquilidad del ambiente, la confianza y la proximidad de las matronas, las otras valoran la competencia médica y la seguridad. Pero la experiencia hospitalaria se acompaña también más frecuentemente de sentimientos negativos como la sensación de molestar a los profesionales con sus preguntas, la falta de relaciones afectuosas, de apoyo humano. Además, la lactancia es más frecuente entre las mujeres atendidas por matronas. Según De Koninck y sus colegas, “la práctica de las matronas en estos proyectos pilotos parece favorecer tanto una atención centrada sobre la mujer y más personalizada, como una mejor continuidad del cuidado, lo que es coherente con otros estudios hechos en otros lugares;” (2001:66). Resultados que admiten dos interpretaciones: la organización distinta del trabajo de las matronas y de los médicos por una parte, y, la filosofía del cuidado propio de las matronas, por otra. En todo caso, la inmensa mayoría de las mujeres de cada grupo volverían a parir donde lo hicieron.

Estudios cualitativos

La evaluación de los proyectos pilotos de Québec ha dado lugar a algunos estudios dedicados a las experiencias de las mujeres que se han beneficiado de los servicios de las matronas en las casas de nacimiento. Desde la perspectiva de investigación-

acción, se asocian investigadores y matronas para la producción y el análisis de entrevistas individuales y colectivas.

Proximidad relacional, continuidad y confianza

Los balances sobre las casas de nacimiento se confirman frecuentemente. Mas de 80 mujeres (con sus parejas) en 11 grupos focales, valoran el contexto familiar de la experiencia, la comodidad del entorno desmedicalizado y muy parecido al domicilio; el acompañamiento personalizado y una relación percibida como igualitaria porque se reconoce la competencia de las mujeres (Bouffard y Grégoire, 1998).

Para las 16 mujeres entrevistadas en Saskatchewan y en Manitoba, la duración y la frecuencia de las visitas prenatales superaban sus expectativas y contribuían a aumentar su nivel de información, facilitando así las elecciones informadas. Según los autores del balance, los cuidados son vividos de forma consultiva y no directiva y son descritos como globales, discretos, con poca carga tecnológica y marcados por la competencia”. Las visitas prenatales han favorecido el desarrollo de fuertes sentimientos de confianza y de seguridad entre mujeres y matronas (Breitkreutz et al, 2001:17-18).

Otra investigación-acción más reciente, con 36 mujeres en la región de Québec, analiza en paralelo la experiencia hospitalaria (32 mujeres) y la de las casas de nacimiento (4 mujeres). Las experiencias son variadas y generalmente apreciadas, el sentimiento de deber luchar o justificarse para que su deseo y/o su derecho sea reconocido es mas fuerte entre las mujeres que parieron en el hospital, incluso cuando hay otra mujer como acompañante (*doula*)¹². Las mujeres seguidas por matronas antes del parto y las que dan a luz en casas de nacimiento son las que tienen más sentimiento de apropiarse del proceso, tomando sus decisiones de manera informada. Según los autores, la necesidad de una información diversificada (sobre alternativas de seguimiento, tipos de

12.- Las doulas acompañan a las mujeres y sus parejas desde el embarazo hasta el post-parto. No son médicos, ni matronas ni enfermeras, procuran una atención no medicalizada del nacimiento y un apoyo informativo y emocional. Utilizan técnicas de relajación, respiración, masajes, etc, métodos que pueden procurar consuelo. Están presentes, en número variable, en países como EE.UU., Suecia y Canadá.

atención y cuidados, lugares y modos de parir...), aclarada (ventajas / inconvenientes de cada procedimiento) y teniendo en cuenta los derechos, es fundamental. Ellas subrayan que el apoyo puede ser de naturaleza diversa: de acompañamiento, técnico, financiero o relacional (después de la salida de la maternidad) (Collectif les Accompagnantes, 2005).

Los límites de la humanización hospitalaria

Un lugar especial merece el trabajo etnográfico de Vadeboncoeur, dada su profundidad y riqueza. Vadeboncoeur hizo su tesis doctoral sobre un hospital conocido por sus prácticas centradas en las necesidades de las mujeres, y considerado como progresista. En este hospital, las mujeres paren en la cama de la habitación donde se queda la familia hasta la salida. La continuidad del cuidado es la norma: la misma enfermera atiende a la mujer y al bebé durante y después del nacimiento. El equipo está compuesto por obstetras y médicos de familia que siempre están allí para atender los partos de sus pacientes. La filosofía del servicio se centra en la familia y sus necesidades, su autonomía, su capacidad de decidir y elegir. El nacimiento es considerado como un evento natural y, como tal proceso, debe ser respetado, respetando también el ritmo de cada mujer sin imponer rutinas (2004:81).

Durante un año, la autora hizo observaciones en tres ámbitos: general, nacimientos y del trabajo del personal de enfermería. Realizó entrevistas con: los profesionales (enfermeras y médicos) y las mujeres y sus acompañantes (*doulas*).

Vadeboncoeur muestra un contexto que ella considera bastante excepcional debido a su experiencia de investigadora y su conocimiento de la cuestión. En cuanto a las relaciones humanas y la dimensión familiar, el servicio resulta muy satisfactorio para las mujeres y sus parejas. Habitaciones individuales con cama simple o doble (para dormir con su marido), bañera de burbujas, duchas, uso de la pelota durante la dilatación, comida y bebida, elección de posturas para dilatar, masajes... la comodidad es alta y las alternativas para el alivio del dolor sin medicación variadas.

Sin embargo, la investigación revela también los fallos y límites, expresados de manera muy tenue

por la mujeres. Estas insatisfacciones se centran en: “1) falta de respeto o tacto con el ser humano que está viviendo una situación excepcional (oír a la gente hablando de todo y nada mientras te ponen una epidural; considerar que no te duele lo suficiente como para que te pongan la epidural solicitada); 2) una violación de su integridad física (dolor con los exámenes vaginales repetidos o el uso del doppler) o psicológica (presión para comer, para tocar la cabeza del bebé saliendo de la vagina, violación de las partes íntimas del cuerpo, denigración en cuanto a la capacidad de amamantar, juicios sobre la capacidad de una pareja para planificar los embarazos, y, 3) a un nivel inferior, una falta de respeto del proceso natural del parto” (Vadeboncoeur, 2004:216).

Los cuidadores inducen, imponen, a veces, medicación o intervenciones no deseados (sedante, ruptura artificial de la bolsa, perfusión de oxitócica, epidural). Vadeboncoeur distingue varias formas de información. La más frecuente es factual (lo que vamos a hacer y por qué) es un discurso “respetuoso y normativo”: el cuidador evalúa lo que pasa para influir en el curso de los eventos y da información parcial o más o menos falsa para orientar la conducta de la mujer y su propia práctica¹³. Según Vadeboncoeur, la información en cuanto a los efectos posibles de las intervenciones (inducción, alivio del dolor) no permite una elección informada. “Esta [información] varía según quien intervenga, cada uno traspasa a otro la responsabilidad de informar a las mujeres, o subrayan que deberían llegar informadas desde los cursos prenatales” (2004:273).

En definitiva, el respeto de los derechos – derecho a la autonomía y a la preservación de la integridad física y psíquica; derecho a la información para poder decidir; derecho de decidir- aparece de forma condicional y parcial, incluso en este contexto bastante favorable a la humanización.

Vadeboncoeur subraya el poder del entorno hospitalario sobre los comportamientos, la pérdida de control sobre sí mismo y la des-responsabilización que induce a las mujeres a adoptar el papel de

13.- Por ejemplo, impedir empujar a una mujer que tiene ganas espontáneas de hacerlo : “cada vez que empujas, atrasas tu parto una hora” (dilatación de 8 cms), disminuir el alcance de la intervención en cuanto a la oxitócina: “¡te ponemos muy poquito!...” (Vadeboncoeur, 2004:273).

“enferma dócil y obediente”, a pedir permiso para cosas impensables en la vida cotidiana (ponerse de pié, andar, darse una ducha...), aceptar cosas que rechazarían en otras circunstancias; obedecer a la autoridad encarnada por los cuidadores. Oponerse (como algunas mujeres dicen haber pensado sin llegar a hacerlo) es tanto más difícil cuanto el personal es muy simpático y el contexto acogedor y caluroso. Rasurado y enema prohibidos, libre elección de los acompañantes, entorno familiar... los avances son reales y cuentan mucho para las mujeres y los profesionales. Pero no ponen en cuestión ni la medicalización -que caracteriza las representaciones y las practicas dominantes en cuanto al nacimiento en la sociedad- ni tampoco el poder de los cuidadores.

Resumiendo, de la experiencia de Canadá podemos extraer:

- Se confirma la imposición del punto de vista médico en un entorno hospitalario. Comprobación de que “la episiotomía frecuente está ligada a una practica intervencionista susceptible de ver un parto normal como anormal, de diagnosticar un estrés fetal durante una dilatación aparentemente normal, de subestimar la flexibilidad perineal y sobreestimar la posibilidad de desgarro grave (Klein et.al, 1995). No se cuestionan ni la medicación ni el poder de los cuidadores (Vadeboncoeur, 2004).
- Factores inductores de malas prácticas: el temor de los médicos, la ausencia de familiaridad con la mujer, una débil comunicación y una falta de confianza recíproca entre médico y usuaria (Abenhaim et al., 2007:177).
- El tipo de apoyo que las mujeres buscan en las enfermeras: ayuda emocional, aportaciones al bienestar físico, información, instrucciones, y, protección ocupan menos del 10% del tiempo de las enfermeras (McNiven et al, 1992; Gagnon et al, 1996).
- Para reforzar los sentimientos de confianza y seguridad entre mujeres y matronas son recomendables extensas y frecuentes consultas prenatales (Breitkreutz, 2001).
- Para que las mujeres se sientan las protagonistas del proceso de nacimiento, es importante facilitarles: información diversificada y argumentada (ventajas / inconvenientes de cada procedimiento) además de tener en cuenta sus derechos (*Collectif les Accompagnantes*, 2005).
- La lactancia es más frecuente entre las mujeres atendidas por las matronas en casas de nacimiento.
- Las fuentes de satisfacción señaladas por las mujeres varían en función de la composición de los grupos: unas valoran la tranquilidad del ambiente, la confianza y la proximidad de las matronas mientras que otras valoran la competencia médica y la seguridad.
- Los puntos de insatisfacción señalados por la Asociación para la Salud Pública: la despersonalización de la atención, las relaciones anónimas y estandarizadas, el recurso a técnicas médicas intervencionistas, la falta de información y la caída en desuso de los cursos prenatales. Las mujeres reivindicaban la implantación de casas de nacimiento, el acceso a las matronas y medios de información sobre el embarazo y el parto.
- Las fuentes de insatisfacción de las mujeres del hospital progresista:
 1. “falta de respeto o tacto con el ser humano que está viviendo una situación excepcional (oír a la gente hablando de cualquier cosa mientras te ponen una epidural; considerar que no te duele lo suficiente como para que te pongan la epidural solicitada...);
 2. una violación de su integridad física (repetiendo dolorosos exámenes vaginales o utilizando el doppler) o psicológica (presionando a la mujer para que coma, subestimando su capacidad de amamantar o juzgando la capacidad de una pareja para planificar los embarazos, y,

3. falta de respeto del proceso natural de nacimiento” (Vadeboncoeur, 2004:216).

- Para el alivio del dolor, formar al personal sanitario en el método APOR: “*Approche Posturo Respiratoire*”, desarrollado por una médica francesa profesora de yoga y especialista de la biomecánica de las posturas del parto, Bernadette de Gasquet. Quien ha desarrollado un método y cursos de formación en Francia y también en España.

2- La atención perinatal en Inglaterra y el Reino Unido

En el Reino Unido, la atención perinatal ha generado diferentes reformas. En 1948 se creó el *National Health Service*, que favoreció el parto en el hospital, estableció la gratuidad de los cuidados médicos e incluyó a las matronas entre su personal¹⁴. La organización por regiones y distritos dio lugar a diferentes modelos de organización de la atención médica, con cuidados compartidos (*shared care*) entre médicos de familia y médicos de hospital (el parto en el hospital estaba bajo la responsabilidad del ginecólogo-obstetra), o entre el médico y la matrona de distrito. También se estableció el modelo *Domino* (DOMestic IN and Out), donde atiende a la embarazada una matrona de distrito en el domicilio de la mujer o en una clínica comunitaria; cuando la mujer comienza a sentir la llegada del bebé, la matrona acude a su domicilio, la acompaña en los primeros momentos y va con ella al hospital; aquí permanecen unas seis horas para volver de nuevo al domicilio, donde la mujer seguirá siendo atendida por la matrona de distrito.

El modelo de atención compartida (*shared-care*), que se convirtió en la norma en los años 1970, ha sufrido, desde entonces, la reducción del número de matronas de distrito (que se habían convertido en matronas comunitarias vinculadas al hospital) a causa de la prolongación de la duración de la estancia hospitalaria, que reducía su ámbito de

14.- Este capítulo debe mucho a los trabajos de Vadeboncoeur, más precisamente, su revisión de la literatura sobre la humanización del parto, realizada para la Asociación por la Salud Pública del Québec en 2004. Su trabajo, muy rico, nos fue muy útil. La autora nos facilitó también otros informes y su tesis doctoral (cf. epígrafe anterior). Desde aquí, nuestro agradecimiento.

atención post-natal.

Las críticas a las prácticas perinatales comenzaron en los años 70 y se acentuaron en los 90, para hacer frente al aumento de las intervenciones y de los partos inducidos (más de un tercio de los partos). Ello dará lugar a informes, siendo el más famoso el de una comisión gubernamental: el *Winterton Comitee*, que en 1992 preconizó con fuerza la adaptación de los servicios a las madres y los bebés y no a la inversa.

El informe ministerial “*Changing Childbirth*” (1993) insistió en “las tres C”¹⁵: “se enfatiza la importancia de la continuidad de la atención, así como la importancia que reviste para las mujeres el poder elegir el modelo de atención, a la persona que atiende y el lugar del parto, así como el derecho de las mujeres a controlar lo que les pasa en todos los estadios del embarazo y el parto (*House of Commons Health Comitee*; Young, 1999:15; cf. Vadeboncoeur, 2004). En 1996 se diseña una campaña gubernamental para incrementar la elección de las mujeres; se demanda a los profesionales revisar sus prácticas y se distribuye un folleto entre las mujeres: “*How to get the best of maternity services*”. La carta de los derechos de los pacientes del Gobierno británico incluye un apartado para los servicios de maternidad que establece los derechos que una mujer embarazada puede demandar (elección del lugar, del acompañante y de la persona que realiza la intervención, derecho al alivio del dolor, servicios de urgencia y recursos útiles para el bebé).

En los años 90 se experimentaron distintos modelos adaptados a las necesidades locales; estos fueron abandonados por falta de matronas suficientes para hacerlos funcionar en todo el territorio. Según Vadeboncoeur, algunos autores (Hirst y Eisner, 1999), subrayan la falta de financiación suplementaria y de ilustraciones claras y prácticas de las maneras de conseguir los objetivos en *Changing Childbirth*. Este informe también subraya la falta de referencias a los bebés, así como la pobreza creciente de una parte de la población del Reino Unido (De Vries et al., 1999).

El gobierno británico, reconociendo la necesidad de estándares nacionales y de referencias científicas para limitar la tasa de cesáreas (POST, 2002), encargó al *National Institute for Clinical Excellence* (NICE)

15.- Continuity, Choice, Control.

la elaboración de guías de pautas clínicas, y al *National Service Frameworks*, la de los estándares.

Basadas en evidencias científicas, las recomendaciones sobre la cesárea y sobre los cuidados durante el nacimiento recuerdan el lugar central de la mujer en el proceso de embarazo y parto. Señalan, por una parte, el interés de informar a las mujeres sobre las indicaciones y las consecuencias de las intervenciones y, por otra, qué prácticas médicas permiten reducir la prevalencia de cesáreas e inducciones, así como la inutilidad de las episiotomías rutinarias (NICE, 2004 ; NICE 2007). El documento más reciente (NICE, 2007) recuerda también que las mujeres «deberían ser tratadas con amabilidad, respeto y dignidad» (2007:6), así como tener la oportunidad de elegir y tomar decisiones informadas. También indica que se deberían averiguar y respetar «los puntos de vista, las creencias y los valores de la mujer, de su pareja y de su familia respecto a los cuidados para ella y su bebé» (2007:6) y enfatiza la importancia de una buena comunicación entre los profesionales de la salud, la mujer y la familia, así como de una atención flexible y adaptada a las necesidades de las mujeres.

Los estándares del *Department of Health (2004)* advierten que embarazo y nacimiento son acontecimientos de la vida normal que requieren una intervención médica mínima para la mayoría de las mujeres. Estas pueden elegir ser atendidas por matronas, e incluso parir en el domicilio. Se reafirma que la atención debe centrarse en las necesidades -sociales, emocionales, físicas- de las mujeres y los bebés, así como la importancia del apoyo de los profesionales en la planificación, para la mujer, del seguimiento de su embarazo y del parto, y el control de las mujeres sobre sus decisiones informadas y sobre la continuidad de la atención. Se indica que hay que facilitar el parto normal siempre que sea posible, así como el control compartido entre mujer y profesionales. Los estándares indican también que numerosos estudios han puesto en evidencia los deseos más importantes de las mujeres: una relación de confianza (*one-to-one*) con una matrona, a ser posible conocida de antemano, un tratamiento personalizado, respetuoso, amable y cálido, en un entorno agradable y que infunda seguridad (*Department of Health, 2004*).

Las prácticas actuales

Las matronas¹⁶

Las matronas del *National Health Service* están especializadas en la atención natal y perinatal cuando no hay complicaciones. En principio, las embarazadas sólo ven al médico cuando aparece un problema de salud. En ausencia de problemas durante el embarazo y el parto, la mayoría de las mujeres son atendidas únicamente por las matronas.

Las matronas no son enfermeras: es una profesión completamente independiente (aunque muchas matronas también han recibido formación de enfermería). Las matronas que trabajan en el hospital hacen los exámenes prenatales, asisten a las mujeres en el parto y realizan la atención postnatal. Trabajando en estrecha colaboración con los médicos, están experimentadas en realizar inducciones, monitorizaciones y epidurales. Las matronas comunitarias trabajan fuera del hospital pero están habitualmente vinculadas a uno de la red pública. Pueden atender en las clínicas locales o visitar a las mujeres a domicilio. Pueden asistir a las mujeres que dan a luz en el domicilio o acompañarlas al hospital. Trabajando fuera del hospital, tienen poca experiencia en intervenciones medicalizadas.

Las mujeres que paren en el hospital son atendidas por matronas del hospital a las que no han visto antes. Serán las matronas comunitarias quienes realicen las visitas post-hospitalarias. En otros casos, los hospitales proporcionan equipos de matronas comunitarias que se hacen cargo de la atención prenatal, de la atención en el hospital y luego de las visitas a domicilio. Las mujeres suelen preferir este tipo de organización que les permite conocer antes a la matrona que les acompañará en el parto. En cuanto al modelo Domino, es ofrecido por pocos hospitales: este modelo proporciona la misma continuidad en la atención que en el caso de un parto en el domicilio.

Datos estadísticos generales

Existen estadísticas para 2007-2008. Sin embargo, seguimos refiriéndonos a las de 2005-2006. El tratamiento de la información sufrió cambios

16.- Información procedente de: <http://www.birthchoiceuk.com>.

técnicos hace dos años y los datos no están todavía fácilmente accesibles e interpretables como para alcanzar al nivel de detalle que tenemos para 2005-2006. No obstante, según los datos generales más recientes, las tendencias no cambian¹⁷.

Nos hemos centrado en las estadísticas inglesas: es en Inglaterra donde se concentra el mayor número de nacimientos del Reino Unido y la mayor parte de la población: 83,6%, en 2006 (National Statistics, UK). Los datos del *National Health Service* para el período 2005-2006 y para los hospitales del *National Health Service* (Richardson y Mmata, 2007) muestran que la proporción de partos a domicilio es del 2,5%: casi la totalidad de las mujeres dan a luz en el hospital.

La proporción de partos normales se calcula en un 43%¹⁸. Más del 20% de los partos son inducidos -la mitad con oxitocina-; el 11% son instrumentales (ventosa, forceps). La tasa de cesáreas, creciente, es del 23,5%: más de la mitad son cesáreas de urgencia.

Antes o durante el parto, el 36% de las mujeres tienen anestesia, epidural, raquídea o general. La utilización de la epidural es mayor en caso de instrumentación y de parto inducido seguido de instrumentación. La proporción de anestésicos generales en caso de cesárea ha bajado a favor de las anestésicos raquídeos. El 14% de las mujeres sufren una episiotomía, que se da en el 80% de los partos instrumentalizados frente al 13% de los partos espontáneos.

La distinción en grupos étnicos¹⁹ muestra diferencias. Las inducciones son menos numerosas para las mujeres "asiáticas" y "negras"; las "chinas" tienen menos cesáreas programadas; las mujeres "negras" tienen más cesáreas de urgencia tras un inicio espontáneo del parto.

17.- Información disponible en: NHS Maternity Statistics, England 2007-2008/ The NHS Information Centre

<http://www.ic.nhs.uk/statistics-and-data-collections/hospital-care/maternity/nhs-maternity-statistics-england:-2007-08>. Resumen disponible en: <http://www.birth-choiceuk.com/maternitystatistics07-08.pdf>

18.- Se definen partos normales como aquellos sin intervención quirúrgica, ni instrumental quirúrgico, sin inducción, sin anestesia epidural o general o espinal.

19.- Asiáticos (indio, pakistaní, bengalí) ; Negros (negros caribeños, negros africanos, otros negros) ; Blancos (sin subdivisiones) ; Chinos y otros (chinos y otros incluyendo origen étnico mixto).

La duración media de la estancia hospitalaria es de un día para un parto espontáneo y de 2 a 4 días en caso de cesárea. En más del 60% de los casos, se hizo cargo del parto una matrona; en el resto, un médico del hospital.

Una encuesta inglesa reciente con una muestra de 4800 mujeres –se les envió por correo un cuestionario tres meses después del parto²⁰- aporta nuevos datos (Redshaw et al., 2007). La proporción de partos a domicilio es casi equivalente a los datos precedentes (3%). La mayoría de los nacimientos son atendidos por una matrona, y el 68% de las mujeres inician el parto de forma espontánea (es decir, una proporción menor que diez años antes²¹). La proporción de partos normales (según la definición que dimos anteriormente) se evalúa ahora en un 33%. Los partos inducidos se calculan en un 35%, esencialmente por el recurso a un gel o a un *pessaire* –la ruptura de la bolsa de aguas es muy poco frecuente-. Más de la mitad de las mujeres paren por vía baja, sin instrumentación. La epidural se utiliza en el 28% de los partos (combinada o no con otro método, como gas, aire o petidina), aunque la mayoría de las mujeres han recurrido a combinaciones de analgésicos para aliviar el dolor (gas o aire / método natural; gas o aire / petidina).

La monitorización continua del feto (41%) es menos importante que hace 9 años, al igual que la episiotomía, que afecta al 24% de los partos. La tasa de cesáreas es equivalente al otro estudio: 23%. La mayoría de las cesáreas no han sido planificadas; en el caso de las primíparas, la causa principal de su utilización (58%) es la lentitud del trabajo de parto.

Más de la mitad de las primíparas fueron atendidas por al menos tres matronas distintas durante su parto. Por su parte, más de las tres cuartas partes de las mujeres vieron, antes del parto, al menos a una de las matronas –que volvieron a ver en el domicilio después-. Pero la continuidad de la relación *one-to-one* ha disminuido desde 1995.

Este estudio muestra nuevamente que el hecho de ser primípara o no, es un factor de diferenciación importante. Las primíparas recurren menos a los analgésicos naturales y sufren más partos inducidos (34% vs 30%) y más monitorización con-

20.- La tasa de respuesta fue del 63%.

21.- La misma encuesta se aplicó por primera vez en 1995.

tinua del feto. Tienen más a menudo un parto instrumental (21,6% vs. 6%), una cesárea (25,4 vs. 20,7%) y una episiotomía (39% vs. 12,7%) –gesto casi sistemático en los partos instrumentalizados-. El hecho de ser primíparas también afecta al lugar donde se pare: hay más diversidad en el caso de las multíparas –un 8,4% lo hace en el suelo, frente a un 2,4% de las primíparas-. De todas formas, la cama es el lugar más frecuente (88,5% de las mujeres). También afecta a la posición en el parto: las multíparas son más propensas a adoptar posiciones verticales (18% vs 9%)²².

Según Cattaneo et al (2005), en la escala europea, el Reino Unido está en un nivel intermedio en el número de hospitales acreditados como Amigos de los Niños, con 44 hospitales acreditados, sobre 305. Dentro del Reino Unido, es en Inglaterra donde la implementación de la IHAN es más baja, resultando en que el 8% de los nacimientos se producen en hospitales acreditados, frente al 38% en Escocia, el 34% en País de Gales, y el 20% en Irlanda del norte. Los datos de diciembre 2007, (<http://www.babyfriendly.org.uk/>), ponen de manifiesto la tendencia alcista. Así registran 52 hospitales con acreditación en el Reino Unido, siendo los porcentajes de los nacimientos en Hospitales Amigos de los Niños: 11% en Inglaterra; 58,10% en Escocia; 46,3 % en País de Gales y 39% en Irlanda.

Investigaciones

La importancia concedida a la continuidad de la atención²³ varía según las mujeres, al igual que el objeto de la continuidad. Algunos trabajos han mostrado que conocer a la persona que se ocupa de ellas es importante para las mujeres (continuidad del cuidador); según otros, es más importante la continuidad de los cuidados que la de los cuidadores. Como señala Vadeboncoeur, la diversidad e incluso la contradicción entre los distintos resultados hacen pensar que las mujeres tienen tendencia a valorizar la experiencia que han cono-

22.- Desde 1995, la posición sentada ha disminuido (de 58 a 34%), al tiempo que han aumentado la tumbada (de 32 a 46%) y la vertical (de 6 a 15%).

23.- Retomando la definición dada por Vadeboncoeur, la “continuidad de la atención” designa una continuidad en el enfoque (y en la manera de pensar, una filosofía similar entre las personas que intervienen), la “continuidad del cuidador” supone una misma persona interviniendo en pre- y post-natal e idealmente durante el parto. Vadeboncoeur señala que hay divergencias entre los distintos autores en cuanto al tipo de continuidad preferible.

cido, y la continuidad de los cuidadores es débil en los hospitales del Reino Unido. Según Dowswell et al. (2001), las encuestas de opinión realizadas a mujeres fuera del hospital son poco numerosas y poco satisfactorias (no se ha profundizado en los motivos de sus respuestas). Para estos autores, los conocimientos sobre elección y control tienen numerosas lagunas; hay pocos trabajos sobre el proceso de cuidados perinatales y sobre la opinión de las mujeres. Dowswell et al. subrayan también que los estudios permiten pensar que para la mayoría de las mujeres la atención recibida en la comunidad es tan segura y aceptable como la recibida en el hospital. Un importante motivo de satisfacción sería la disminución de los desplazamientos y de los tiempos de espera, una mayor facilidad de contacto con los médicos y el resto del personal sanitario.

Estudios cualitativos

Según Vadeboncoeur, algunos trabajos etnográficos han mostrado el poco margen real de decisión de las mujeres en el proceso de parto. Estos trabajos subrayan la falta de autonomía de las mujeres y matronas (bajo la dominación de los médicos) y la necesidad de información que expresan las mujeres. Investigaciones realizadas en los años 1990 en dos departamentos de obstetricia revelan que es el ginecólogo-obstetra quien toma las decisiones, también subrayan la inadecuación de la información dada a las mujeres (Hunt y Symonds, 1995).

Elecciones limitadas... o poco informadas

Un estudio etnográfico que combinaba observación, seguimiento y acompañamiento de las mujeres (durante el embarazo, el parto y el período post-natal) y entrevistas semi-directivas, se realizó con dos grupos de mujeres: 20 habían sido informadas de sus derechos y seguían cursos, otras 20 no habían tenido esta preparación. El estudio muestra que la actitud más hostil a la medicalización de las primeras no persiste cuando comienza el parto en el hospital. Los autores subrayan el poder de la cultura médica dominante cuando se presenta a las mujeres en un momento emocionalmente cargado, que las hace vulnerables. Para ellos, la situación sería una forma de “manipulación cultural” característica del “rito de paso” que representa el parto medicalizado. En estas circunstancias y lugares, las mujeres terminan adhiriéndose a los mensajes del

entorno y a la seguridad que representan los profesionales de la salud y los medicamentos que proponen (Machin y Scamell, 1997).

Las investigaciones cualitativas permiten también ver que las matronas no facilitan, sistemáticamente, la elección informada de las mujeres. Un estudio por observación de las interacciones entre embarazadas y matronas (17 casos) revela las tácticas de unas y otras para imponer sus perspectivas o esquivar las de la otra parte. Las matronas pueden así orientar a las mujeres hacia los temas que les interesan a ellas mismas o evitar dar ciertas informaciones. A veces, lo que tratan es de proteger a la mujer de preocupaciones inútiles derivadas de la sobre-información (desde su punto de vista); a veces, tratan de proteger sus propios intereses o los de la institución, informando sólo de las elecciones que para ellas son seguras y ocultando la posibilidad de alternativas (Lévy, 1999).

Investigaciones de la década del 2000 muestran que los profesionales promueven ante todo lo que consideran es “la buena elección” y tratan de hacerla respetar por las mujeres (Stapleton, Kirkham y Thomas, 2002). Lo que menos se respeta es la autonomía y la voluntad de las mujeres respecto a cómo ha de llevarse el proceso de nacimiento. Las rutinas y las intervenciones demandadas o impuestas por los profesionales resultan difíciles de rechazar “a causa de un conjunto de factores que tienen que ver con la cultura hospitalaria, con los profesionales y con las propias mujeres: miedo en unos y otras [...], deseo de agradar a la autoridad, falta de confianza en la capacidad de las mujeres parturientas, formas de organización del trabajo, etc.” (Vadeboncoeur, 2004:21).

Otro estudio cualitativo, realizó entrevistas a domicilio, a mujeres en su segundo trimestre de embarazo sin complicaciones, de las cuales 20 habían planificado un parto en el hospital y 13 en el domicilio, muestra que las segundas estaban a priori mejor informadas que las primeras sobre las opciones posibles. Muestra también que las matronas daban apoyo a las mujeres que conocían esta opción y la demandaban. Sin embargo, no presentaban esta opción a aquellas que no habían pensado en ella por sí mismas (Mady y Crow, 2002).

Según Harisson (1997; cf. Vadeboncoeur), para ver qué significa realmente informar a una mujer en la

perspectiva de la elección informada y de la implicación en la toma de decisiones hay que distinguir: por una parte, anunciar, prevenir del gesto que se va a hacer, explicar su aspecto técnico, y por otra parte, explicar los efectos secundarios, los riesgos posibles, las alternativas y sus consecuencias, así como, la posibilidad de negarse.

Los trabajos etnográficos de Marshall, llevados a cabo entre 1997 y 1999 en un hospital, con observación de partos y entrevistas de seguimiento semi-dirigidas durante las 24 horas posteriores al nacimiento, con 100 mujeres en buen estado de salud y matronas, muestran que las matronas conocen poco las dimensiones éticas y legales del consentimiento informado, que no todas las mujeres quieren estar totalmente informadas, que la cultura de la sala de trabajo y la adhesión a las políticas y protocolos es un obstáculo para animar a las mujeres a elegir, que los obstetras y pediatras comunican de forma menos eficaz que los anestesiólogos. Por último, señala que la obtención del consentimiento informado durante el parto es difícil y compleja (Marshall, 2006).

Herramientas informativas

Con la idea de proporcionar mejor información a las mujeres, el MIDIRS (*Midwives Information and Resource Service*) y el *Center for Reviews and Dissemination del National Health Service* diseñaron, en 1996, dos folletos – uno destinado a las mujeres embarazadas y otro a los profesionales- sobre varios temas y con información fundamentada en la evidencia científica. Estos folletos se basaban en informaciones científicas rigurosas y debían ayudar a hacer elecciones informadas en el proceso de embarazo y nacimiento, y, facilitar la discusión con los profesionales que atienden el proceso. En 2007 estas fichas abordaban 21 temas distintos: Apoyo durante el nacimiento; Escucha el ritmo cardíaco de tu bebé durante el nacimiento; Ecografía escaneada –lo que necesitas saber; Alcohol y embarazo; Posiciones durante el proceso previo y el nacimiento; Epidural para aliviar el dolor; Alimentar al bebé: ¿pecho o biberón?; ¿Está mi bebé bien? –screening durante el embarazo; Si tu bebé viene de nalgas, ¿qué opciones tienes?; ¿Dónde tendrás a tu bebé?; ¿Quieres un nacimiento en el agua?; Cuando el nacimiento se retrasa; Comer bien el bebé y la madre; Alivio del dolor sin epidural; Cuidarse y sentirse bien tras el nacimiento;

¿Cómo nacerá tu bebé?; La cesárea y los partos posteriores; Vitamina K para tu bebé: información para las mujeres con RH negativo; Cambios de humor tras el nacimiento; Anemia y talasemia durante el embarazo²⁴.

Sin embargo, algunas investigaciones han mostrado los límites de esta herramienta en la práctica cotidiana y, concretamente, en las maternidades. Uno de ellos es el estudio de Stapleton en 12 maternidades galesas (Stapleton et al, 2002), realizado con observaciones en consultas prenatales y con entrevistas a profesionales (médicos y matronas). Este estudio muestra la distancia existente entre las opiniones, a priori positivas, de los profesionales sobre estos folletos –se muestran favorables a informar a las mujeres con herramientas de calidad- y el uso concreto que se hace de los mismos. En la práctica, muchos se dejan de lado a causa del desacuerdo del equipo con su contenido o porque las elecciones propuestas no se pueden ofrecer a nivel local. Las matronas seleccionan las mujeres a quienes proporcionar los folletos a partir de sus presupuestos previos, muy discutibles, sobre la capacidad de la mujer y sobre su deseo de participar en las decisiones relativas a su embarazo y parto. La forma de distribuirlos hace perder parte del potencial de información (folletos sumergidos entre una multitud de papeles o “escondidos” en el dossier de maternidad, distribución rutinaria...).

La falta de tiempo, en particular para las matronas, lleva a no discutir el contenido de los folletos con las mujeres. Desde el punto de vista de los profesionales, y en la cultura médica dominante, las prácticas más rutinarias no se perciben como opcionales. Además, los profesionales orientan la toma de decisiones de las mujeres sobre estas intervenciones técnicas, ya sea minimizando sus riesgos, ya sea exagerando el peligro de no recurrir a ellas. El temor a los litigios legales –presente tanto entre ginecólogos-obstetras como entre matronas- contribuye a promover la noción de la “buena elección” más que la de “elección informada”.

La fuerte organización jerárquica de los servicios, concede poco poder de influencia a las matronas en comparación a la que pueden ejercer los médicos: a aquéllas les inquieta proponer opciones contrarias a las normas médicas clínicas. En estas condiciones, las mujeres que, con los folletos,

24.- Ver: www.birthchoiceuk.com.

cuestionan las normas sin recibir apoyo alguno, se sienten desamparadas y pierden a veces la confianza de los profesionales. Los folletos poco pueden hacer para promover la elección informada cuando persiste un marco profesional o una jerarquía de poderes donde la cultura normativa obstétrica estructura prácticas, relaciones y representaciones.

Estudios cuantitativos

Algunas encuestas han mostrado también que, a pesar de la política sostenida por *Changing Childbirth*, las mujeres no tienen el sentimiento de poder elegir más que antes respecto a las prácticas que se realizan en el parto y respecto al lugar (Dowswell, 2001). El acceso a la información y a su contenido –condiciones necesarias para la elección informada- son muy limitados; los profesionales informan poco o nada respecto a los gestos que realizan, sobre los motivos de su decisión o los riesgos de estos gestos (cesárea, amniocentesis, tests...) (Hundley et al., 2000).

En el país de Gales se realizó una encuesta postal entre 3.127 mujeres, una parte antes del parto (con 28 semanas de gestación) y otra 8 semanas tras el parto. El objetivo era evaluar las elecciones relativas a cada uno de estos períodos –elecciones mencionadas en los folletos de “elección informada” a que nos hemos referido²⁵. El estudio muestra que el 54% de las mujeres tiene el sentimiento de haber hecho elecciones informadas sobre todos los puntos abordados durante el embarazo y el parto (O’Cathain et al, 2002a). La percepción de haber realizado una elección informada varía según el tema. Es importante para la lactancia (70%) y los tests de espina bífida y síndrome de Down (73%). Lo es mucho menos para la elección del lugar del parto (45%), la monitorización durante el parto (31%), la posición durante el parto (43%), la epidural (46%). En todos los casos, la proporción de mujeres que consideran no haber realizado una elección informada y/o no haber tenido la posibilidad de hacerla es superior al 20% y culmina en el 43% para la monitorización²⁶.

25.- En la encuesta de O’Cathain et al., la evaluación trataba de los diez primeros temas

26.- Las preguntas ofrecían tres alternativas de respuesta: se había tomado una decisión informada; se había tomado parcialmente y no se había tomado. Los porcentajes precedentes no incluyen, por tanto, la opción intermedia (elegir parcialmente).

En el grupo de mujeres interrogadas antes del parto, las múltiparas, las que tienen trabajos manuales (obreras) y las de menor nivel educativo eran más susceptibles de sentir que hacían elecciones informadas y de afirmar que preferían no compartir las decisiones con los profesionales. Ello hace pensar que la percepción de realizar una elección informada puede verse afectada por la experiencia anterior, pero también con la posición social de las mujeres y sus repercusiones en la relación con los profesionales y la institución médica: las expectativas respecto al margen de decisión que pueden tener son menores entre las mujeres con posición social más baja, así, para ellas cualquier margen de decisión puede ser percibido como la realización de una elección informada.

Otro artículo publicado a partir de esta investigación revela que la utilización de los folletos no cambia la proporción de mujeres que consideran haber realizado elecciones informadas. En la práctica concreta, no todas las mujeres reciben los folletos en cuestión (O’Cathain et al, 2002b).

Aunque no todas las mujeres desean verse forzadamente implicadas en el proceso del parto (De Vries, 1999), las que sí quieren son mayoría. Estar informada, poder decidir, poder elegir, son factores importantes de la satisfacción de las mujeres. Y, sobre todo, implicadas o no, lo más importante es que se respete el deseo expresado, sea el que sea.

Comunicación relativa

La información es una condición de la elección informada pero, para que ésta se produzca, es preciso que las mujeres cuenten con la posibilidad de discutir con los profesionales de la salud y que se sientan apoyadas en su elección. Desde este punto de vista, la encuesta nacional inglesa de Redshaw et al. (2007) se ha ocupado de la experiencia de las mujeres y de sus percepciones. Casi el 20% percibían que no podían moverse y elegir la posición adecuada durante la dilatación, siendo la proporción mayor entre primíparas. Las relaciones interpersonales se perciben de manera globalmente positiva y las mujeres se han sentido tratadas como individuos en la mayoría de los casos a lo largo de su experiencia. Los momentos que más se mencionan como experiencias donde se ha sentido falta de respeto y/o falta de información

comprensible son la vigilancia del embarazo y la estancia hospitalaria tras el nacimiento. En el período prenatal, el 13% de las mujeres tuvo relación con una o varias matronas a las que no podían entender; en el caso de los médicos, el porcentaje se eleva al 14%. Igualmente el 14% mencionaba falta de respeto de parte de una o varias matronas, y un 11% de uno o varios médicos. En la estancia hospitalaria post-natal, el 16% de las mujeres señalaba que uno o varios miembros del personal no se comunicaba con ellas; el 22% señalaba falta de respeto por parte de uno o varios miembros del personal. En el parto, 4 mujeres de cada 5 consideraban que el personal les apoyaba pero el 16% sentía que “ejercían presión” sobre ellas y que el personal era “autoritario”.

Aunque la mayoría de las mujeres considera haber tenido la información que necesitaba, sólo las tres cuartas partes de las primíparas recibieron el “libro de la embarazada”. Sólo un 38% de las mujeres había hablado con un profesional de lo que iba a pasar en el parto; más de un tercio no lo habían hecho y les hubiera gustado hacerlo. En suma, la mitad de las mujeres se declaraban satisfechas con el entorno del parto. Pero sólo la cuarta parte de ellas estaban satisfechas con el entorno de la estancia post-natal: aquí las principales quejas se refieren a la falta de intimidad y de espacio.

Por último, otra investigación por encuesta -que incluía una pregunta abierta- se aplicó a 615 mujeres el segundo día tras el parto²⁷. El análisis indexado que hicieron los investigadores muestra que los temas más importantes son: el apoyo de las matronas y los acompañantes, el mantenimiento del auto-control, la posibilidad de intervenir en la toma de decisiones en grados diversos, una información que prepare de forma concreta para el nacimiento y el mantenimiento del auto-control, el alivio del dolor y asegure la posibilidad de intervención en caso de que se alargue demasiado (Lavender, 1999).

27.- Se trataba de un estudio con una muestra al azar sobre la intervención médica en el nacimiento espontáneo (Partogramme Action Study). El cuestionario terminaba con dos hojas en blanco. Se pedía a las mujeres que comentaran los aspectos positivos y negativos de su experiencia, así como los aspectos que para ellas eran más importantes. Las mujeres podían devolver el cuestionario de varias maneras: por correo, en la recepción del hospital o entregándoselo a miembros del equipo encuestador.

En suma, la revisión de las políticas y prácticas hospitalarias en el Reino Unido, nos aporta la siguiente información:

- Los deseos de las mujeres son: lograr una relación de confianza (*one-to-one*) con una matrona, a ser posible conocida de antemano, un tratamiento personalizado, respetuoso, amable y cálido, en un entorno agradable –con su acompañante- y que infunda seguridad (*Department of Health, 2004*). También: estar informadas, mantener el auto-control y el alivio del dolor (Lavender, 1999). Por otro lado, la disminución de los desplazamientos y de los tiempos de espera, una mayor facilidad de contacto con los médicos y el resto del personal que interviene en el proceso (Dowswell et al, 2001). Su cumplimiento será pues, motivo de satisfacción.
- La mayoría de las mujeres desean implicarse activamente en el proceso pero, no todas (De Vries, 1999). Estar informada, poder decidir, poder elegir son factores importantes de la satisfacción de las mujeres. Y, sobre todo, implicadas o no, lo más importante es que se respeten sus deseos, sean los que sean.
- Las investigaciones cualitativas muestran el poco margen real de decisión de las mujeres en el proceso de nacimiento. Estos trabajos subrayan la falta de autonomía de las mujeres y matronas (bajo la dominación de los médicos) y la necesidad de información que expresan las mujeres. Es el ginecólogo-obstetra quien toma las decisiones aportando información inadecuada (sesgada) a las mujeres (Hunt y Symonds, 1995). La “manipulación cultural” que representa el parto medicalizado se realiza así consiguiendo la adhesión de las mujeres a los mensajes del entorno y a la seguridad que representan los profesionales de la salud y los medicamentos (Machin y Scamell, 1997).
- Pero, las matronas tampoco consiguen sistemáticamente una comunicación abierta y fluida con las mujeres. Estas no facilitarían de manera sistemática la elec-

ción informada de las mujeres. Utilizan diversas tácticas para imponer sus perspectivas orientando a las mujeres hacia los temas que les interesan a ellas mismas. Los profesionales promueven ante todo lo que ellos consideran “la buena elección” y tratan de hacerla respetar por las mujeres (Kirkham y Thomas, 2002). Lo que menos se respeta es la autonomía y la voluntad de las mujeres respecto a cómo llevar el proceso de nacimiento.

- Marshall muestra que las matronas conocen poco las dimensiones éticas y legales del consentimiento informado, que no todas las mujeres quieren estar totalmente informadas, que la cultura de la sala de trabajo y la adhesión a las políticas y protocolos son un obstáculo para animar a las mujeres a elegir, que los obstetras y pediatras comunican de forma menos eficaz que los anestesiólogos y que la obtención del consentimiento informado durante el parto es difícil y compleja (Marshall, 2006).

3- La atención perinatal en Suecia

En Suecia, la atención del embarazo es gestionada por el Estado dentro de un sistema sanitario casi exclusivamente público –tanto a nivel de médicos de familia como de hospitales- y descentralizado. Los condados, gobernados por consejos electos, tienen una gran autonomía para organizar y gestionar el sistema de salud: “son responsables de la provisión de los cuidados primarios y secundarios a la población. El papel del gobierno central consiste en definir prioridades que luego son aplicadas de forma muy libre y según sus propios ritmos por las diferentes regiones” (Chambaretaux y Lequet-Slama, 2003:5).

Suecia editó en 2001 recomendaciones nacionales para la atención del embarazo normal. Desgraciadamente, estas recomendaciones no están disponibles en inglés, francés ni español. Sin embargo, otros documentos nos permiten saber, por ejemplo, que “las matronas atienden todos los partos vaginales, llevando a veces más de una mujer a la vez y [que] colaboran con un obstetra en los partos complicados. La monitorización fetal electrónica se hace habitualmente en el momento de recepción de la mujer, y después cada 2 ó 3 horas, según lo que se estime necesario. Se promueve que las mujeres caminen, se bañen y se duchen durante la dilatación. En algunos hospitales se ofrece acupuntura” (Hildingsson y Radestad, 2003:12). El testimonio de una matrona trabajando en una ciudad de tamaño medio, que describe en dos páginas la acogida y el parto tal como se practican en su servicio, ilustra las afirmaciones de los autores citados anteriormente: importancia del confort para la mujer y su acompañante (sillones, música, posibilidad de que el padre duerma allí); variedad de las posiciones de parto; preservación de la intimidad de la nueva familia tras el nacimiento; cuidados al recién nacido realizados más tarde y al lado de la madre, incluso tras el retorno de la madre en caso de cesárea (Swedish Institute of Public Health, 2000)²⁸.

28.- La traducción francesa de las dos páginas la encontramos en la asociación francesa por el parto con respeto (AFAR), durante la semana mundial por el parto con respeto (SMPR), mayo de 2005: <http://afar.naissance.asso.fr/smar2005/positions-se.htm>. La página indica que se trata de un manual que se distribuye entre los futuros padres.

Las prácticas actuales

Las matronas

La atención prenatal se provee en clínicas locales, en atención primaria. Son las matronas quienes realizan el seguimiento de los embarazos que no presentan complicaciones (en principio, se trata siempre de la misma profesional para cada mujer). La práctica totalidad de los partos se realiza en el hospital: la tasa de partos en el domicilio se calculaba en el 0,1% en 2002. La Seguridad Social no se hace cargo de los gastos de una matrona cuando se da a luz en el domicilio, a excepción de algunos raros condados. Además, “las matronas suecas no están formadas ni tienen experiencia para los partos en el domicilio, y los médicos suelen desaconsejar esta práctica a las mujeres” (Hildingsson y Radestad, 2003).

Las matronas juegan un papel central en los partos normales. Sólo envían a las embarazadas a ver un médico en caso de embarazo patológico. También se hacen cargo de la atención postnatal en los centros locales de atención primaria o, en casos contados, en el domicilio particular. Como destaca Benoit (1999), “aunque la dirección formal de las clínicas de matronas (*midwife centres* donde realizan el seguimiento pre- y post-natal) a veces esté en manos de médicos, la organización de la práctica se halla habitualmente en manos de las matronas”.

La desmedicalización y la “desburocratización” de la atención hospitalaria en manos de las matronas parecen haber aumentado en los años 90, “garantizando a las mujeres un abanico de opciones en el seno de un sistema único” (McKay, 1993;cf. Benoit, 1999). Así, por ejemplo, las matronas están formadas para utilizar diversas formas de alivio del dolor (Benoit, 1999). Estas profesionales disponen de una autonomía completa en la formación universitaria. Es interesante destacar que, según trabajos históricos, desde hace mucho tiempo en Suecia la relación entre matronas y cuerpo médico se basa más en la colaboración y la complementariedad que en el dominio médico y el conflicto. Éstos, según Högberg, están mucho más presentes en la experiencia y en las relaciones matronas / médicos en Norteamérica o en el Reino Unido (Högberg, 2004).

Datos estadísticos generales

Las estadísticas anuales proporcionadas por el *National Board of Health and Welfare*, enviadas por los hospitales, muestran que en Suecia la tasa de cesáreas crece progresiva y lentamente: pasando del 14,4% en el año 2000, al 16,46% en 2004, para alcanzar el 17,5% de los partos en 2007 (18,9% entre las primíparas y 16,4% para las múltiparas), aunque se mantiene entre las más bajas de Europa. Simultáneamente, la mortalidad materna desciende desde el 4,42 por 100.000 nacidos vivos en el año 2000, hasta 1,98 en 2004 (representando la tasa más baja de Europa) la mortalidad neonatal y perinatal son también de las más bajas de Europa (ver tabla 3, anexo A). Para Wagner (2006:606), en países como Nueva Zelanda, Holanda, Suecia, Noruega y Finlandia, “más del 80% de las mujeres ven sólo a matronas durante el embarazo y el parto (dentro o fuera del hospital) y tienen las tasas de mortalidad maternal y perinatal más bajas del mundo”.

La tasa de partos instrumentales, evaluada en el 8,3%, aumenta lentamente (era del 6,7% hace diez años) y afecta al 14,7% de las primíparas frente a un 3,2% de las múltiparas. El uso de la epidural en partos vaginales se sitúa en el 29% (casi el triple de los años 80). Por el contrario, una parte cada vez menor de las mujeres (2,8%) utiliza la anestesia local de la región perineal (*pudendal nerve block*)²⁹. Además, las anestésicas del bloque paracervical (localizadas en torno al cuello del útero y suministrada por el ginecólogo, durante la fase de dilatación) son muy poco frecuentes (1,1%). En el 81,4% de los partos vaginales, las mujeres recurren a inhalaciones de óxido nitroso, cuya toma controlan ellas mismas.

El hecho de ser primíparas o múltiparas es un factor netamente discriminante para el recurso a la epidural: el 44,9% en el caso de las primeras, frente al 16,6% en el de las segundas. Lo es un poco menos para la anestesia perineal (4,1% vs. 1,8%) y para las inhalaciones de gas (ácido nitroso) (86,1% y 77,7%, respectivamente). Los desgarros perineales de grado 3 ó 4, que afectan al 3,5% de los nacimientos por vía vaginal, se dan en el 6% de los primeros nacimientos frente al 1,6% de los nacimientos siguientes (Socialstyrelsen, última consul-

29.- Se utiliza en el momento de la expulsión, antes de una episiotomía o en el momento de coser una episiotomía o un desgarro perineal.

ta octubre 2009). La práctica de la episiotomía se ha reducido fuertemente desde inicios de los años 80, pasando de un poco más del 20% de los partos vaginales en este período a cerca del 7% en 1996 (*Swedish National Board of Health and Welfare*, 2001).

La acreditación de Hospitales Amigos de los Niños (IHAN) fue implementada en Suecia en 1993 y contribuyó al aumento de la lactancia. Todas las maternidades –es decir 65- entraron en el proceso de acreditación y en 1997, todas estaban acreditadas. Según el informe de UNICEF, en 1999, dos tercios de los hospitales suecos fueron re-acreditados. “El programa de mantenimiento es mucho más difícil teniendo en cuenta que la estancia en las maternidades fue reducida hasta 1-3 días pero, aún así, con pocas excepciones, las diez etapas se cumplen” (WHO/UNICEF, 2004). Según las estadísticas presentadas por Cattaneo et al. para 2003, todas las maternidades tienen la acreditación, es decir, 52 maternidades³⁰ (Cattaneo et al, 2005).

Investigaciones

Algunas investigaciones matizan un poco la imagen positiva de este país. Investigaciones cuantitativas y cualitativas se han llevado a cabo en los últimos años sobre las opiniones y satisfacción de las mujeres. Aunque se les pueda objetar, como hace Dowswell para el caso del Reino Unido, su poca profundización, aportan informaciones útiles para la reflexión sobre el proyecto de mejora de la humanización de la atención perinatal.

Estudios cualitativos

Enfoque médico restrictivo del nacimiento

Recientes investigaciones cualitativas aportan datos interesantes. Destacamos un estudio que siguió a un pequeño grupo de mujeres embarazadas en centros de salud. Todas sus consultas pre- y post-natales con la matrona fueron filmadas y luego analizadas (un total de 58 consultas que duraban entre 10 y 60 minutos, siendo la mediana 25). Los investigadores ponen en evidencia los temas de conversación en los que se aludía de forma explícita o implícita al nacimiento, y anali-

30.- Hemos leído varios artículos sobre este país y sabemos que como en otros, varias maternidades han cerrado en la última década. Eso puede explicar la cifra de 52.

zaron los significados del nacimiento en las interacciones verbales y no verbales. La preparación al nacimiento, el inicio de la dilatación, el proceso normal de parto, el alivio del dolor, las divergencias respecto al desarrollo normal del parto eran los principales temas de conversación –relativos al nacimiento- durante las consultas. Sin embargo, de manera general, se hablaba más del embarazo que del nacimiento y la paternidad.

Los análisis muestran que las mujeres le asocian varias significaciones al nacimiento. Se trata de un objetivo a conseguir del que no se conocen, a priori, ni el momento, ni la vivencia ni el resultado. Supone también hallarse en el centro de un proceso físico poderoso, natural y espontáneo que se deja evolucionar adaptándose física y mentalmente a sus demandas cambiantes. Paralelamente, el nacimiento incluye la posibilidad de interferir en el proceso natural (monitorización, intervenciones manuales, quirúrgicas, medicamentos) para controlar las numerosas divergencias posibles del proceso normal, especialmente aquellas que amenacen la salud del niño. El nacimiento significa también depender de matronas y médicos, de sus evaluaciones, de sus decisiones y objetivos, estar a su merced en lo que respecta al hecho de ser vista, comprendida, informada e implicada en la toma de decisiones. “Esto puede implicar un sentimiento de confianza y seguridad, pero también el sentimiento de ser forzada a actuar conforme a las decisiones del equipo y a aceptar la ayuda de personas que una no estima” (Olsson et al, 2000). En fin, el acontecimiento significa también asociar e implicar a los próximos de diversas maneras (en la preparación, el cuestionamiento, compartir la inquietud, en el apoyo durante el nacimiento).

Según los autores, a pesar de esta multidimensionalidad (de la que no mencionamos aquí todos los aspectos), durante las consultas, las matronas privilegian las informaciones sobre los aspectos médicos del nacimiento frente a los actos y experiencias vividas por las mujeres y sus compañeros. “La visión dominante pone el acento en el proceso, los riesgos, la necesidad de control durante el embarazo, y pone a la mujer como víctima de las circunstancias” (Olsson et al, 2000). Otra visión, no dominante, es la de un proceso centrado en la mujer, durante el cual ella pueda ser asistida, apoyada por su compañero y / o el equipo. La

cuestión del alivio del dolor, muy presente en las consultas, no es vista desde el ángulo farmacológico. Por el contrario, hay poca discusión sobre el dolor del parto, sobre su significación, sobre a qué se parece y como hacerle frente de otra forma que no sea con medicamentos. “Esta insistencia en el alivio podría interpretarse como una manera de aumentar la satisfacción de las mujeres, pero algunos estudios muestran que la extensión del uso de fármacos en las últimas décadas no ha aumentado la satisfacción de las mujeres” (Waldenström et al. 1996; cf. Olsson et al, 2000:131).

En las consultas analizadas, la atención que aportan las matronas se centra en el control de la seguridad y la administración de analgésicos. “El apoyo y los “cuidados atentos” demandados en el informe de la OMS sobre la atención al nacimiento no son muy evidentes” (Olsson, 2000). La percepción médica del nacimiento como un riesgo cuya normalidad sólo puede evaluarse a posteriori domina las representaciones y las prácticas.

Una serie de entrevistas realizadas tres días tras el parto en 5 hospitales de Estocolmo con 20 mujeres que habían recibido oxitocina para aumentar la dilatación, tuvo por objetivo evaluar su satisfacción respecto a esta decisión. El análisis distingue el deseo de información sobre el procedimiento en cuestión del de estar implicada en la decisión. Los autores concluyen que lo que determina la satisfacción de las mujeres no es tanto la participación en la decisión como el hecho de ser informadas y que se les pida autorización (*empowerment*) por parte de la matrona (Blix-Linssdröm, 2004). Las mujeres satisfechas son las que consideran haber recibido apoyo e información de las matronas en general, así como la posibilidad de participar en la decisión de acelerar el proceso –ya sea que ellas hayan tomado efectivamente la decisión o que hayan preferido depositar su confianza en la matrona-. Por el contrario, las insatisfechas son las que, a pesar de considerarse informadas sobre el procedimiento, no han sido implicadas en la toma de decisiones sino que éstas han sido impuestas. Las mujeres que no están informadas y no quieren participar en la decisión, la aceptan sin juzgar la oportunidad de hacerlo: el sentimiento de no tener conocimientos en general sobre el embarazo no les incita a participar, pero tampoco incita a las matronas a tener una actitud abierta.

Respecto a los profesionales, los trabajos de Lindberg et al (2005) con matronas de 2 hospitales del norte de Suecia (cuatro grupos focales que reunieron, en total, a 21 matronas) aportan elementos sobre el contexto hospitalario post-natal en situación de reducción de la duración de la estancia (y, por tanto, de los gastos sanitarios). El trabajo de las matronas hospitalarias se ve afectado por esta reducción: ellas sienten no poder acompañar a las mujeres y responder a sus preguntas e inquietudes respecto al cuidado del bebé y la lactancia, en un tiempo tan breve (24 horas). Deben adaptarse a nuevas demandas y a una nueva flexibilidad que crea tensiones entre colegas, así como trabajar “a ciegas” sin contar con el *feed-back* de los nuevos padres. Una de las dificultades se debe al hecho de delegar muy rápidamente en los padres, en particular en la madre, una responsabilidad de la que las matronas se sentían investidas como expertas. Por otro lado, se considera un punto positivo –que permite un enfoque más familiar del embarazo- la recomposición del trabajo en colaboración con las enfermeras y una menor separación de las tareas que permite seguir a las mujeres incluso antes de su llegada al hospital. La nueva situación lleva a una parte de los profesionales a interrogarse sobre los límites de sus competencias y sobre la necesidad de formarse –especialmente respecto a la lactancia- y de mejorar sus capacidades de comunicación con los nuevos progenitores.

Estudios cuantitativos

Varios trabajos cuantitativos han ofrecido información sobre la situación de las mujeres que han dado a luz en un «*birth-centre*» integrado en un hospital. La atención en esta estructura se caracteriza por el enfoque global (cuidados prenatales, parto y atención post-natal en los mismos locales), un entorno intencionalmente similar al del domicilio, el uso restringido de tecnologías médicas y de analgésicos farmacológicos y la salida 24 horas tras el parto. Según nuestros datos sólo existe un centro de este tipo en Suecia, en el hospital de Estocolmo (Hildingsson et al. 2003).

Una atención diferente en un “centro de nacimiento”

Se realizó una investigación entre 1989 y 1992, con 1230 mujeres interesadas en parir en el centro de nacimiento y aleatoriamente repartidas entre

este centro y los hospitales estándar (617/613), mediante cuestionarios enviados a las mujeres dos meses tras el parto, y mediante la explotación de los registros hospitalarios. El estudio muestra que, a pesar de la diferencia en la forma de tratar el dolor (menos farmacológica en el centro de nacimiento) no hay diferencias según el lugar de atención en la actitud retrospectiva de las mujeres respecto al dolor sentido ni en su intensidad, entre las primíparas.

Las mujeres que parieron en el centro de nacimiento mencionan más a menudo el apoyo de la matrona y la mayor libertad de expresión de los sentimientos. Igualmente para el sentimiento de realización de sí y de implicación en el proceso de nacimiento, más frecuentemente mencionado por las primíparas. Por el contrario, las mujeres no se diferencian en el hecho de experimentar angustia durante el parto, ni en el sostén por parte de su pareja (Waldenström y Nilsson, 1994).

La satisfacción respecto a la atención global es mayor entre las mujeres del centro de nacimiento, especialmente en lo que afecta a las dimensiones psicológicas de la atención. La atención prenatal ha contribuido a aumentar su autoestima mucho más que entre las mujeres con atención tradicional, y la inmensa mayoría desearía repetir en el mismo sitio en caso de un embarazo ulterior –por el contrario, menos de la mitad de las otras mujeres deseaban repetir la experiencia hospitalaria (Waldenström y Nilsson, 1993a).

La comparación de las características de las mujeres seguidas en el centro de nacimiento y de las que prefieren una atención hospitalaria convencional muestra que las que eligen esta vía alternativa y menos medicalizada son de mayor edad, tienen un nivel educativo superior y situaciones profesionales distintas a las de las otras mujeres. Con mejor salud física y menos ansiosas con el futuro nacimiento y con la maternidad en general, también expresan mayor deseo de no ser separadas de su bebé y de su pareja justo tras el nacimiento, así como de participar activamente en él (Waldenström y Nilsson, 1993b).

Otra investigación con 410 mujeres que dieron a luz en el centro de nacimiento y que respondieron a varios cuestionarios (a su entrada en el estudio, dos meses antes del nacimiento y dos meses des-

pués del mismo) muestra que la continuidad del cuidador-a durante el período prenatal, el nacimiento y la vigilancia post-natal no es la situación más corriente. El 62% de las mujeres vieron al menos a dos matronas en la fase prenatal, el 72% no conocían a la matrona que les atendió al comienzo del parto; por el contrario, el 76% conocían a la matrona que venía al domicilio tras el nacimiento. Sin embargo, el nivel de satisfacción de las mujeres no cambia en ninguna de estas etapas por el hecho de conocer o no previamente a la matrona ni por el número de matronas que les atendieron. Según el autor, esta estabilidad de la satisfacción expresada sugiere que en estas circunstancias (el centro de nacimientos) no se trata de una prioridad para las mujeres: la discontinuidad no constituye aquí un problema mayor. “La actitud de los profesionales y la filosofía de la atención, asociadas a un entorno agradable y tranquilo eran probablemente los factores que contribuían de manera más importante a la satisfacción de las mujeres en el centro de nacimiento” (Waldenström, 1998:213). Conclusiones sostenidas por las constataciones anteriores (Waldenström y Nilsson, 1993a).

Cuidados hospitalarios mejorables...

Recientemente se han realizado investigaciones para evaluar las prácticas hospitalarias de las matronas durante el nacimiento. Se comenzó elaborando un instrumento de medida de la calidad de las prácticas en un servicio hospitalario, fundamentándose en las recomendaciones y la clasificación de la OMS para un parto normal. Se llegó a elaborar un instrumento de 78 ítems, distinguiendo, para las diferentes fases del parto, las prácticas que se habían demostrado útiles y debían ser promovidas; las prácticas claramente nefastas o ineficaces que debían eliminarse; las prácticas de las que no había suficiente evidencia científica como para recomendarlas y que debían utilizarse con prudencia; y, las prácticas frecuentemente utilizadas de manera inapropiada (Sandin Bojő, 2006). La herramienta se utilizó de manera retrospectiva con 212 nacimientos registrados en la maternidad de un hospital. Se puso en evidencia la ausencia de documentación de las dimensiones emocionales de la atención sanitaria (por ejemplo, “demanda de presencia de un profesional durante el parto”, “apoyo emocional –información / presencia-”, “experiencia del nacimiento para la mujer”, a pesar de tratarse de buenas prácticas que debían ser

promovidas. Por otro lado, se observó que prácticas perjudiciales o con poca base eran corrientes, incluso entre las mujeres clasificadas como de bajo riesgo. Su fundamento racional a menudo faltaba, así como las circunstancias de su aplicación (¿discusión con la mujer? ¿petición de la mujer?). “Se evidenciaba un enfoque biomédico en la facilidad con que se recurría al cardio-tocógrafo, a la amniotomía, a la intensificación provocada del trabajo previo al parto durante el primer y el segundo período del mismo y a los exámenes repetidos”, prácticas que no podían justificarse a partir del partograma y de los datos registrados (Sandin Bojő, 2006:213). Según este autor, “parece que las matronas apenas conciben el nacimiento como un proceso fisiológico que toma su tiempo, y no actúan de acuerdo con la afirmación que promueve que las matronas consideren el parto como un proceso fisiológico y que sólo intervengan cuando es necesario” (2006:213). Aunque la comparación de los resultados con las mujeres clasificadas como de alto riesgo apunta que el grado de intervención con éstas es mucho mayor, el nivel de intervención con mujeres de bajo riesgo muestra que, en la práctica, las matronas apenas distinguen su modo de intervenir entre unas y otras.

Una nueva revisión de dossiers, hecha tras la aplicación de un programa que pretendía mejorar las prácticas³¹, señala que los puntos que son objeto de protocolos evolucionan favorablemente (por ejemplo, más mujeres con dilatación activa, más monitorizaciones intermitentes, menor recurso a la oxitocina). Elementos que antes estaban poco documentados ahora lo están más frecuentemente (por ejemplo, el apoyo emocional), aunque esto no implica necesariamente que la práctica haya mejorado (la frecuencia de ruptura artificial de las membranas no ha descendido, sin embargo, los dossier dan información sobre las indicaciones).

El autor destaca que los resultados tratan sobre la atención documentada y no sobre la recibida. Esto es una fuerte limitación: los datos han de interpretarse con prudencia. Sin embargo, el trabajo reflexivo del equipo, las discusiones formales e informales

31.- Este programa QIP (Quality Improvement Program) se desarrolló en varias fases: discusión formal e informal de las recomendaciones de la OMS; presentación de los resultados del primer estudio en seminarios internos; identificación de los temas a incluir en el protocolo y redacción del mismo; y, por último, utilización de los protocolos por parte de las matronas.

sobre los documentos de la OMS y el procedimiento de elaborar protocolos, favorecen la evolución de las prácticas de las matronas incluso en este marco convencional (Sandin Bojö et al., 2007).

... incluso en el post-parto

Entre 1999 y 2000 se llevó a cabo una investigación longitudinal con 2338 mujeres, reclutadas en su primera visita prenatal en las clínicas maternas suecas³², que contestaron a las preguntas sobre la atención post-natal hospitalaria en un cuestionario rellenado dos meses tras el nacimiento. El estudio distingue cuatro temas principales de la atención post-natal: atención interpersonal, vigilancia del bebé y la madre, información y apoyo, y lactancia. El estudio permitió diferenciar grupos de mujeres con perfiles distintos y grados variables de satisfacción. Sólo un tercio de las mujeres estaba satisfecha con todos los aspectos. Las mujeres pueden estar satisfechas con una dimensión y no con otras. La fuente de insatisfacción más mencionada es el poco tiempo que se pasó para apoyar la lactancia (54% de las mujeres). Mucho menos mencionadas son: la vigilancia de la salud de madre y el bebé (11%), la atención interpersonal junto al apoyo a la lactancia (7%) o la insatisfacción global (7%).

Se observó que grupos específicos de mujeres tienen experiencias diferentes. Por ejemplo, el grupo de mujeres insatisfecho con la lactancia está compuesto de mujeres jóvenes, primíparas, con un nivel educativo bajo y que han sufrido una cesárea de urgencia. El grupo insatisfecho con el tiempo dedicado a vigilar la salud del bebé está formado por mujeres generalmente de origen extranjero, que han parido en un gran hospital y que no tuvieron la oportunidad de hablar de su experiencia de parto.

El análisis realizado permite diferenciar diversas fuentes de insatisfacción y muestra que la satisfacción más alta corresponde a mujeres con buena salud mental, que no tienen problemas para preguntar y pedir que se respeten sus necesidades, que han parido generalmente en unidades pequeñas.

32.- La muestra total de la encuesta longitudinal está constituida por mujeres reclutadas en las clínicas prenatales por las matronas y que habían respondido a tres cuestionarios: uno con 16 semanas de gestación, otro 2 meses tras el parto, y, el último, transcurrido un año desde el parto.

No se excluye que su facilidad de expresión haya favorecido una respuesta positiva de los cuidadores, lo que promovería su satisfacción. Son también las mujeres de más edad (Rudman et al. 2007).

Expectativas relativas a la humanización y la proximidad

En la misma investigación longitudinal nacional se procedió también a analizar las respuestas de las mujeres a una pregunta abierta en el primer cuestionario (realizado a finales del segundo trimestre de embarazo) a la que respondieron 827 mujeres, esto es, el 27% del conjunto de las que respondieron al primer cuestionario. Se les invitaba a escribir lo que era importante para ellas durante el embarazo y el nacimiento y lo que pensaban que el sistema de salud podía hacer para responder a sus deseos. Los resultados no aportan muchas sorpresas: el análisis temático de las respuestas escritas pone de manifiesto que las demandas de las mujeres se centran en: las consultas prenatales (más largas y con contenidos más generales, ahora percibidas como demasiado rápidas y con poca información general); los cursos prenatales, percibidos como necesarios para todas; la posibilidad de visitar la maternidad antes del parto y de tener claro un profesional de referencia con quien contactar en caso de necesidad. También le conceden importancia a la información sobre el progreso del proceso de nacimiento, a la posibilidad de ser realmente parte implicada en él y de conseguir el control de sí mismas y de ciertas decisiones y elecciones informadas (sobre las maneras de aliviar el dolor, entre otras cuestiones). Les gustaría poder prolongar la estancia en el hospital si lo desearan (más allá de las 48 horas) y tener un apoyo familiar tras el nacimiento (presencia continua del marido, estancia prolongada y acompañamiento para la lactancia...).

En sus respuestas escritas las mujeres conceden un papel central a las matronas: esperan de ellas competencias técnicas y médicas pero, lo que más destacan son precisamente sus competencias y cualidades humanas, relacionales y psicológicas. Las quieren presentes, respetuosas y sin juicio, a la escucha, apoyando la implicación de marido y mujer, calurosas y procurando una atención personalizada (Hildingsson et al, 2006).

Otra explotación de la misma investigación longi-

tudinal muestra que la prevalencia de mujeres que manifiestan interés por los partos en el domicilio y por el parto en un centro de nacimiento era respectivamente del 1% y del 8%. A las primeras les mueve el deseo de parir en presencia de los otros hijos y de una amiga, el rechazo del alivio farmacológico del dolor; les caracteriza también un nivel educativo bajo³³. Las segundas argumentan su interés sobre: el hecho de haber mantenido el control durante la dilatación y el parto en un caso anterior, el rechazo del alivio farmacológico del dolor y el interés por la continuidad de la persona cuidadora durante dilatación y parto.

En suma, la revisión de la experiencia sueca, nos aporta las siguientes claves:

El análisis de las conversaciones mantenidas entre las matronas y las futuras madres muestra que las preocupaciones, significados y referentes de unas y otras continúan siendo muy diferentes: las matronas privilegian la información sobre aspectos médicos del nacimiento (“la visión dominante pone el acento en el proceso, los riesgos, la necesidad de control durante el embarazo, y pone a la mujer como víctima de las circunstancias” Olsson et al, 2000); mientras que las futuras madres centran su atención en los actos y experiencias vividas por ellas y sus compañeros.

La percepción médica del nacimiento como un riesgo domina las representaciones y las prácticas. El enfoque médico es el predominante, ello se evidencia en la facilidad con que se recurre al control tecnológico y a la medicalización en situaciones que no pueden justificarse (Sandin Bojö et al., 2006:213).

Sobre la satisfacción de las mujeres:

- La extensión del uso de fármacos para el alivio del dolor no ha aumentado la satisfacción de las mujeres (Waldenström et al, 1996; Olsson et al, 2000:131).
- Lo que determina la satisfacción de las mujeres no es tanto la participación en la

33.- Este dato difiere de los resultados de otros estudios en otros países que asocian esta alternativa con una población más favorecida en términos educativos. Según los autores, este dato es sin duda más ilustrativo de un modo de vida alternativo de estas mujeres (en nuestro contexto equivaldrían a algunas de las residentes en la Alpujarra).

decisión como el hecho de ser informadas y consultadas (Blix-Linssdröm, 2004).

- El apoyo de la matrona y la mayor libertad de expresión de los sentimientos son los aspectos más valorados por aquellas mujeres que optaron por centros de nacimiento innovadores.
- El nivel de satisfacción de las mujeres no cambia por el hecho de conocer o no previamente a la matrona ni por el número de matronas que les atendieron en el centro de nacimiento.
- “La actitud de los profesionales y la filosofía de la atención, asociadas a un entorno agradable y tranquilo eran probablemente los factores que más contribuían a la satisfacción de las mujeres en el centro de nacimiento” (Waldenström, 1993a; 1998:213).
- El estudio de diferentes aspectos de la satisfacción muestra que una satisfacción general es difícil de lograr. Las mujeres suelen estar satisfechas con una dimensión y no con otras. Las fuentes de satisfacción - insatisfacción varían con la composición social de los grupos de mujeres. La satisfacción más alta corresponde a mujeres con buena salud mental, que no tienen problemas para preguntar y pedir que se respeten sus necesidades, que han vivido la experiencia del nacimiento, en general, en unidades pequeñas (Rudman et al. 2007).
- Las expectativas de las mujeres destacan en particular el momento y la duración de las consultas prenatales (demasiado rápidas y con falta de información general), la importancia de cursos prenatales, la posibilidad de visitar la maternidad antes del parto y de contar con un referente claro al que recurrir en caso de necesidad. También le conceden importancia a la información sobre el progreso del proceso de parto, a la posibilidad de ser realmente parte implicada en él y de conseguir el control de sí mismas y de ciertas decisiones y elecciones informadas.

- Las mujeres, lo que más destacan de las matronas son sus competencias y cualidades humanas, relacionales y psicológicas. Las quieren presentes, respetuosas y sin juicio, a la escucha, apoyando la implicación de marido y mujer, calurosas y aportando una atención personalizada (Hildingsson et al, 2006).
- Algunas mujeres (sobretudo jóvenes, primíparas y con cesárea) expresan, en un estudio, la falta de apoyo para la lactancia (Hildingsson et al., 2006; Rudman et al., 2007).

Sobre la incorporación de buenas prácticas:

- Se evidencia la ausencia de documentación sobre las dimensiones emocionales de la atención sanitaria, por ejemplo: “demanda de presencia de un profesional durante el nacimiento”, “apoyo emocional –información / presencia-”, “experiencia del nacimiento para la mujer”, a pesar de tratarse de buenas prácticas que debían ser promovidas.
- Los puntos que son objeto de protocolos evolucionan favorablemente (así lograron, más mujeres con dilatación activa, más monitorizaciones intermitentes...). Elementos que antes estaban poco documentados ahora lo están más frecuentemente, aunque esto no implica que la práctica haya mejorado.
- El trabajo reflexivo del equipo sanitario, las discusiones formales e informales sobre los documentos de la OMS y el procedimiento de elaborar protocolos favorecen la evolución de las prácticas de las matronas incluso en un marco convencional (Sandin Bojö et al., 2007).

CAPÍTULO II. LAS ESPECIFICIDADES DE LAS MUJERES INMIGRANTES Y/O DE MINORÍAS ÉTNICAS

Dedicamos este capítulo a las políticas de atención perinatal de las mujeres inmigrantes y/o de minorías étnicas que se presta en diferentes países y en Andalucía. Es una cuestión importante si tenemos en cuenta que la situación española en cuanto a la inmigración ha cambiado drásticamente en las últimas décadas. El crecimiento de la población extranjera es especialmente significativo en el grupo que se encuentra en edad fértil.

Conocemos la creciente diversidad de las usuarias del Servicio Andaluz de Salud y, más concretamente, de los Servicios de Atención Perinatal. Según la encuesta del Movimiento Natural de Población del INE, nacieron en 2008 en los hospitales españoles 107.475 bebés de madre extranjera, lo que supone un 20,71% del total de los nacimientos habidos ese año (518.967). En el conjunto de Andalucía el porcentaje de nacimientos de madres extranjeras es menor, supuso un 11,51%; esto es 12.368 bebés nacidos en Andalucía en 2008, son de madre extranjera, según los datos del INE (MNP, 2008, resultados provisionales). No obstante, este porcentaje llega a alcanzar al 42% de los nacidos en hospitales como el Poniente de El Ejido (Almería) o el 35% del Hospital Costa del Sol, en Málaga.

La Maternidad es uno de los sectores sanitarios donde el encuentro entre un público de origen extranjero y el personal sanitario hace emerger, con mayor claridad, las diferencias y las dificultades que esas diferencias implican para ambos colectivos. Además de los problemas que origina la barrera lingüística y, la falta de conocimiento de un colectivo sobre el otro, también se confrontan concepciones distintas de la atención sanitaria: de la manera de acoger un niño, de traerlo al mundo, de tener varios... con los estereotipos y prejuicios que sostienen la mirada y las prácticas del personal sanitario. Los sanitarios, con sus prácticas y actitudes, pueden generar temor en las mujeres; sus comportamientos pueden contribuir a que las mujeres se mantengan a cierta distancia del sistema sanitario, y obstaculizar la construcción de la necesaria relación de confianza que sustenta la comunicación.

Las prácticas sanitarias habituales en los países de origen de las mujeres extranjeras residentes en Andalucía, condicionan la representación y el uso que hacen de los servicios sanitarios aquí. Algunas de ellas consideran el parto un gran riesgo y el acceso a los servicios sanitarios como algo novedoso si tenemos en cuenta que, según la Organización Mundial de la Salud: “las muertes maternas, en los países en desarrollo en conjunto, muestran la siguiente distribución: 24% durante el embarazo, 16% durante el nacimiento y 61% en el puerperio [...] El 35% de las mujeres en los países en desarrollo no recibe control prenatal y el 70% se presenta sin control puerperal dentro de las 6 semanas post-parto” (safemotherhood, WHO, 2005; cf. Pitarque, 2005:8). Destacamos este aspecto porque cada vez son más las mujeres procedentes de otros países que dan a luz en la red de hospitales públicos andaluces y, sus prácticas en más de un aspecto difieren de las nuestras. Parte de aquellas mujeres que desconocen o desconfían del servicio de atención primaria no harán uso de él, ni lo buscarán porque no forma parte de sus prácticas. Así, hemos encontrado testimonios de que algunas de las mujeres inmigrantes no han pasado por la consulta ni se han hecho ningún tipo de control previo al nacimiento. Entender su realidad contribuiría a diseñar un sistema con mayores posibilidades de éxito y a rebajar los riesgos de posibles complicaciones.

Fundamentándonos en diferentes investigaciones, mencionamos aquí los aspectos que nos parecen más importantes, pero sin desarrollar mucho un tema que necesitaría un estudio específico.

Un público poco representado en las encuestas generales de satisfacción

Las encuestas de satisfacción dirigidas a la población general que hemos compilado dan algunos datos sociodemográficos e informaciones diversas sobre las características de los sujetos muestrales. Cuando se trata de investigaciones más restringidas a partir de bases de datos hospitalarios, los aspectos sociodemográficos están poco desarrollados. De hecho, una parte de las mujeres extranjeras no se halla incluida en las encuestas de satisfacción, ya que la mayoría suponen que se hable la lengua del país de acogida para responder al cuestionario. Las nuevas madres que no dominan la lengua escrita del país de acogida suelen quedar

fuera de las consultas masivas a través de cuestionarios estandarizados (todas o algunas, según se traduzca el cuestionario a diferentes lenguas). Según Duff (2001), todavía hay pocos instrumentos cuantitativos en el ámbito de la perinatalidad adaptados a distintas lenguas y a una perspectiva transcultural. La situación se hace más compleja cuando la lengua de origen es un dialecto que no tiene versión escrita³⁴.

La excepción: una encuesta dirigida a todas

La encuesta nacional inglesa de Redshaw *et al.* 2007 (que abarca muchos más aspectos que la satisfacción) es una excepción, teniendo en cuenta los medios que se implementaron para facilitar la participación de mujeres extranjeras no anglófonas. El cuestionario postal enviado a 4800 mujeres se acompañó de una carta oficial, de un folleto de información sobre la investigación y de otro traducido a 18 lenguas, dando detalles sobre cómo obtener ayuda para rellenarlo. Se puso en funcionamiento una línea telefónica gratuita de ayuda para resolver las dudas en torno al cuestionario. De las 81 llamadas recibidas, 11 correspondían a mujeres que tenían necesidad de ayuda en su propia lengua. Tres cuestionarios se rellenaron con la ayuda de un intérprete. Pero, a pesar de todos estos esfuerzos, la submuestra de mujeres no nacidas en el Reino Unido está más representada entre las que no contestaron (30%) que entre las que sí lo hicieron (16%).

No obstante, la encuesta aporta elementos sobre “las mujeres negras y las minorías étnicas” nacidas tanto dentro como fuera del Reino Unido³⁵, 368 mujeres, el 12,6% de la muestra global, se identifican como pertenecientes a este grupo. Las diferencias más significativas con el grupo de mujeres “blancas” son: acceso más tardío a la atención prenatal, y recordar o mencionar menos que se les ofrecieran tests de detección de enfermedades/anomalías del feto (por ejemplo, del síndrome de

34.- Es el caso del Sylheti, hablado por una buena parte de la comunidad bengalí en Inglaterra. Un equipo inglés construyó y validó un cuestionario que permitía evaluar la atención prenatal, natal y postnatal de las mujeres que hablaban este dialecto (Duff *et al.* 2001). Como también es el caso del quechua que hablan parte de las bolivianas y ecuatorianas residentes en Andalucía; son lenguas orales.

35.- Se distinguen cuatro grupos étnicos: “blanca”, “asiática”, “negra”, “china o mixta”, con sus subdivisiones internas (ver nota 19).

Down, un 12,8% frente al 22%). Igualmente se les ha ofrecido menos preparación prenatal (68,4% vs 72%) y han participado menos en ella (36,2% vs 41,8%). También es más frecuente que no participen sus cónyuges (43,5% vs 69,8%). Declaran más una episiotomía (32,1% vs. 22,6%), aunque no se diferencian en tasas de cesárea.

Un 6% de ellas dio a luz sin presencia de su pareja (4% para las otras mujeres). Pero fueron dejadas solas menos a menudo por el personal durante el parto (42% vs 57,7%) y el post-parto inmediato (56,7% vs. 65,7%). Tienden más a permanecer más de 24 horas en el hospital tras el nacimiento (87% vs. 76%) y a recibir la visita de un asistente de cuidados maternos a domicilio (24,4% vs. 17,8%). Participan menos en discusiones sobre la lactancia con las matronas (67% vs. 77%), pero han amamantado en mayor proporción (93% vs. 78%) y continúan haciéndolo también en mayor proporción en el momento de la encuesta, 15 semanas tras el parto (32,5% vs. 24,7%).

En cuanto a la calidad de la atención recibida, estas mujeres informan con más frecuencia de dificultades relacionales en la atención prenatal, durante el parto y el post-parto, especialmente en lo referente a percibir un sentimiento de falta de respeto por parte de matronas y / o médicos y de falta de esfuerzo de los profesionales por hacerse entender³⁶. La frecuencia de esta percepción varía según el contexto. En general, el sentimiento de falta de respeto y de poco cuidado por hacerse entender es mayor respecto a las matronas que a los médicos³⁷. Aunque el peor percibido es el equipo que presta la atención postnatal: 26% de las mujeres mencionan aquí falta de respeto, y 22,5% falta de esfuerzo por hacerse entender. Una parte de las mujeres “blancas” también menciona estos hechos, aunque en proporciones significativamente inferiores.

Las mujeres de todos los orígenes mencionan mucho más las virtudes que las faltas de la actitud de las personas que les asisten durante la dilatación y el nacimiento, lo que muestra la fuerte sensibilidad general a las cualidades humanas en estas

36.- Hay que destacar que esta queja no es específica de las mujeres extranjeras; parte de las nacionales también subraya esta dificultad.

37.- Posiblemente debido al mayor contacto de las mujeres con matronas que con médicos.

circunstancias. Las mujeres de origen extranjero, valorizan en particular el apoyo, la amabilidad y la buena educación, aunque en proporciones menores a las nacionales. Sin embargo, son mayoría en reconocer y designar aspectos negativos: ser maleducado y poco servicial son los dos términos –entre los propuestos- donde la diferencia es estadísticamente significativa. En términos generales, las extranjeras parecen tener menos capacidad de elección del sitio (hospital / domicilio) y de la forma de nacimiento, y habrían preferido más visitas postnatales a domicilio.

Los beneficios del seguimiento personalizado

En el marco de la mejora de la atención perinatal y de su evaluación del *Changing Childbirth*, se prestó especial atención a las mujeres extranjeras. Mc Court y Pearce (2000) analizaron las experiencias de una parte de las que no respondieron a una encuesta postal general comparando la experiencia de la continuidad de la matrona (*one-to-one care*) con el servicio convencional (*shared-care*). Los investigadores hicieron entrevistas a una veintena de estas mujeres, entre 3 y 9 meses después del nacimiento. Les pedían a las mujeres que contar su historia, y luego que pensar en lo que les había ayudado y en lo que se podría mejorar en las diferentes etapas (de la prenatal a la postnatal). No se mencionan los orígenes concretos de las mujeres³⁸.

Del análisis de los discursos se desprende que todas las mujeres esperan una comunicación auténtica con los profesionales, apoyo y tener control sobre sí mismas y lo que les ocurre. Pero las mujeres de minorías étnicas estiman que no recibieron una atención satisfactoria en el marco de la atención convencional y no tenían el sentimiento de haber sido tratadas como personas. Por el contrario, cuando había continuidad de la persona cuidadora y se conocía a la persona que les atendía durante el parto, la experiencia hospitalaria se vivía con mucho menos estrés.

La atención convencional o de cuidados compartidos (*shared-care*), caracterizada por el segui-

miento del embarazo por un médico generalista y la atención al nacimiento por un especialista, no responde mayoritariamente a las expectativas de nivel y calidad de la comunicación que tienen las mujeres. En las visitas hospitalarias prenatales las mujeres tenían el sentimiento de intentar explicarse ante extraños que no les daban ánimos y que les hacían sentir que sus preguntas les molestaban y no les interesaban. Por el contrario, el cuidado continuado o seguimiento por una matrona ofrecía la oportunidad de desarrollar una comunicación “verdadera” gracias a la relación de confianza que se establecía. Desde el punto de vista de las mujeres, este tiempo y esta relación de confianza le permite a la matrona conocerlas y comprender sus deseos y necesidades. También permite a las mujeres plantear preguntas sobre detalles o elementos que les interesan.

A pesar de que la mayoría de estas mujeres hablaban inglés, la falta de comunicación se vivía como un elemento crucial. Las dos mujeres que no hablaban bien el inglés y tuvieron una atención convencional vivieron grandes dificultades durante la dilatación y el parto: ninguno de sus deseos se conocía antes del parto, a pesar de existir un servicio de traducción oficialmente disponible. Su demanda de alivio del dolor no se tuvo en cuenta³⁹; tampoco la demanda de episiotomía formulada por una mujer⁴⁰, a quien se impuso una ventosa sin pedirle su opinión (aunque subraya que la hubiera aceptado de inmediato). Se trata de dificultades ligadas a la falta de comunicación que se pueden evitar o limar informando a las mujeres de la posibilidad de llamar a su matrona cuando se enfrenten a este tipo de actitudes y comportamientos (tendencia “a ignorar sus opiniones, sus experiencias y sus propios saberes” (Mc Court y Pearce, 2000:150). Según los autores, la falta de información y el sentimiento de ser engañada hacen imposible la relación de confianza con la matrona en el hospital.

Finalmente, el apoyo en el hospital tras el parto, juzgado inadecuado e insensible, tampoco responde a las expectativas de las mujeres. Globalmente, son privadas de las condiciones que permitirían

38.- Cruzaron una primera lista de mujeres con su propia base de datos, para identificar a las que no habían contestado. Esta lista incluía mujeres negras caribeñas y africanas, de Asia del sur y del este, mujeres del medio-oriente o mediterráneas y algunas refugiadas africanas y de Europa del este.

39.- Una de ellas sólo fue examinada por una matrona y transferida a la sala de partos cuando la matrona vio que lloraba de dolor: dio a luz a los treinta minutos.

40.- Se trataba de una mujer somalí que había sido infibulada y que tuvo dificultades para parir, sufriendo un desgarro muy importante.

mantener un control sobre la experiencia que viven. No se les concede esta capacidad de control, entre otras cosas por los estereotipos y clichés que funcionan habitualmente en el marco institucional (por ejemplo: se les atribuye desconocimiento o rechazo de los anticonceptivos y mayor capacidad de resistencia al dolor). En otras palabras, cuando se trata de mujeres de minorías étnicas, el modelo de atención centrado en la continuidad de la persona cuidadora revela todas sus ventajas para hacer frente a una experiencia humana e institucional marcada por la falta de comunicación y diversidad de formas de discriminación. Los elementos que destacan las mujeres se asemejan a los que señalan, en 2007, Redshaw y colaboradores. También son similares a las constataciones que han hecho otros investigadores sobre minorías diversas (asiáticas, pakistaníes, somalíes) (por ejemplo, Bowler, 1993 y Bowes, 1996).

La importancia de la trayectoria migratoria

Investigaciones canadienses recientes aportan elementos importantes para comprender lo que representa la experiencia de la maternidad en un país extranjero y para ver las situaciones de vulnerabilidad y de necesidad de apoyo⁴¹. Battaglini y Gravel entrevistaron a 91 madres de bebés de 3 a 12 meses; la mitad eran primíparas, mientras que el resto había tenido un hijo en su país de origen. Todas vivían en Québec al menos desde hacía seis años. Según los autores, las diferentes circunstancias migratorias tienen un impacto importante sobre la vulnerabilidad potencial de las mujeres y pueden exacerbarla. “A pesar de tratarse de un fenómeno extendido, el aislamiento es más penoso para quienes no pueden contar con una red femenina o familiar. Estas redes procuran el apoyo que, a ojos de las madres, es más importante: el apoyo instrumental (tareas domésticas, compras, comidas, lavar, cuidar y guardar al bebé)” (2000:2).

Los investigadores diseñaron una tipología para distinguir niveles de riesgo de vulnerabilidad, según la experiencia migratoria y las condiciones parentales:

41.- Vulnerabilidad que se observa en indicadores como: nacimiento de un bebé de poco peso, parto prematuro, dificultades para establecer el vínculo con el bebé, signos de negligencia. Estos criterios, evidentemente, valen para el conjunto de la población.

-Las mujeres de “bajo riesgo” son las que llegan con un plan de reagrupamiento familiar y las que llegan de manera independiente. Son primíparas, para ellas el proyecto de fundar una familia se halla íntimamente ligado al de la migración. Esta asociación parece facilitar la integración y el desarrollo de la familia. Estas mujeres son jóvenes y escolarizadas, con conocimientos de inglés o de francés (las dos lenguas que se hablan en Montreal). Se habían beneficiado de diversas atenciones y actividades perinatales.

-Las mujeres de “riesgo medio” se parecen a las anteriores. Sin embargo, están menos escolarizadas, viven una fuerte descualificación profesional y no hablan bien el francés / inglés. A pesar de haber sufrido malestar psicológico y problemas de salud durante el parto, no se habían beneficiado de los servicios de perinatalidad y tampoco habían sido enviadas por un profesional de la salud a los servicios de apoyo. Battaglini y Gravel lanzan la hipótesis de que la vulnerabilidad no se había percibido porque estas mujeres parecen tener una red de apoyo y están escolarizadas. “Ciertamente, las características de estas madres han provocado que se interpretase mal su vulnerabilidad, haciendo que se quedaran fuera de los servicios de perinatalidad” (2000:2).

-Las mujeres expuestas al “riesgo de vulnerabilidad más elevado” son las refugiadas y las que se hallan en proceso de petición de asilo. Habían vivido salidas difíciles de sus países, a menudo la guerra y/o persecuciones, y consideran que sus problemas emocionales están muy ligados a estas condiciones y a una migración que viven como una ruptura en su vida y que a veces ocasiona separaciones con el cónyuge y/o los niños que quedaron en el país de origen.

Paralelamente, la fragilidad de las mujeres durante ese período crucial de la vida que es la llegada de un descendiente, puede escapar a los servicios sociales y a los profesionales que proponen apoyo, en la medida en que la decisión que permite establecer / proponer un seguimiento se fundamenta en criterios diferentes. La posible invisibilidad de las tensiones psicológicas se debe también, en cierta medida, a la indecisión de las mujeres de entrar en contacto con instituciones médicas que les son desconocidas o les parecen estigmatizantes; no responden a sus propios criterios de definición

de la enfermedad o del malestar psíquico, como muestra la ausencia de mujeres de comunidades negras de las consultas para el tratamiento de la depresión perinatal en la región de Londres, a pesar del desarrollo de una política gubernamental de apoyo en salud mental para las personas desfavorecidas y las mujeres embarazadas (Dawn, 2007).

Tradiciones estigmatizantes

Los desplazamientos de población y la llegada de refugiados de regiones en guerra impactan también en las situaciones de trabajo de los profesionales. Algunas investigaciones en los tres países que hemos tratado más en extenso se consagran en especial a la situación de las mujeres somalíes que sufren una mutilación genital tradicional: la infibulación, cuyas consecuencias sanitarias están ampliamente documentadas. Las mujeres infibuladas se hallan en una situación compleja. Estigmatizadas, no reciben los cuidados a los que podrían / deberían tener derecho. Muchas resisten con dolor la falta de sensibilidad y el juicio implícito de los profesionales, perciben su incompetencia práctica y técnica y su inquietud. Sin embargo, a ellas no se les pide opinión ni se les consulta sobre las decisiones a tomar y las intervenciones a realizar. Una investigación canadiense con 432 mujeres somalíes muestra que más de la mitad sufrieron una cesárea que no habían deseado. Consideran que no se les había permitido expresar su opinión respecto al alivio del dolor y que cuando se expresaba, no se tenía en cuenta “muchas mujeres (40%) pensaban que las enfermeras en general son insensibles a su dolor postparto o no estaban informadas de que las mujeres mutiladas sienten un dolor particularmente fuerte (13,7%). Más de la mitad de las mujeres (56,7%) informaban de que no habían recibido atención particular durante el postparto” (Chalmers y Kowser, 2000).

Una investigación sueca con entrevistas y grupos de discusión con matronas de 3 hospitales y clínicas de atención prenatal muestra la dificultad y complejidad de la situación. Los profesionales destacan la fortísima carga emocional, entre la compasión y la cólera: controlar la agresividad contra la familia y, sobre todo, contra los maridos les resulta difícil. Las matronas reconocen la falta de preparación profesional en el plano relacional para realizar un acompañamiento respetuoso y

sensible de estas mujeres, y en el plano técnico para atender el parto y el post-parto: saber en qué momento y cómo hacer la episiotomía necesaria, como coser después, etc. La barrera lingüística dificulta aún más la comunicación, tanto con las mujeres como con los maridos (Widmark et al., 2002: 242).

Otra investigación se realizó mediante entrevistas en profundidad con intérpretes con 15 mujeres somalíes residentes en Suecia cuyo último parto había tenido lugar entre 6 meses y 7 años antes. Los resultados así obtenidos muestran que para estas mujeres, a menudo satisfechas de la atención prenatal, aunque los cursos de preparación al parto a los que asistieron no se percibían como una necesidad, porque el embarazo es una experiencia normal y sana. Además, las mujeres no recuerdan haber recibido consejos pertinentes y útiles desde su punto de vista, ni de alternativas sobre los tipos de analgesia ni otras cuestiones. También expresaban un fuerte sentimiento de soledad y aislamiento, así como la falta de apoyo de sus próximos –a menudo sus relaciones familiares se reducían a sus esposos. A excepción de una mujer (con más estudios y más moderna), todas redujeron su alimentación durante el embarazo para evitar que el bebé tomara demasiado peso –lo que complicaría el parto, especialmente haciendo necesaria la cesárea-. Este momento se vive con temor dada la fuerte mortalidad maternal en su país de origen: todas conocen en su entorno a alguna mujer que murió en el parto. Destacan la amabilidad del personal que les atendió, al tiempo que confirman la falta de apoyo emocional y un conocimiento insuficiente de las matronas sobre qué hacer en caso de mutilación.

Los autores destacan que las mujeres no se beneficiaban de los servicios prenatales como se esperaba, debido a ciertas barreras culturales que impiden utilizarlos como un foro de discusión y de exposición de diferentes puntos de vista. Suponen también que la comunicación no verbal no es óptima. A la vista de la mortalidad en su país de origen, su conducta alimentaria es perfectamente racional y estratégica; las mujeres no asocian el riesgo de muerte a su mutilación, sino a la cesárea. Y si la evitación de la cesárea puede verse como un factor de supervivencia en Somalia, en el contexto sueco puede llevar a no buscar la atención médica cuando aparecen problemas obstétricos. Según

Essen et al. (2000), el personal sueco que desconoce esta tradición puede exagerar la importancia de la mutilación en el parto y ello podría explicar, en parte, la alta frecuencia de cesáreas entre estas mujeres.

Situaciones de transición

En muchos países, entre ellos Suecia, Canadá o el Reino Unido, la participación del padre en el embarazo y el parto ya no se cuestiona. Esta norma de participar en el proceso del nacimiento pone en posiciones complicadas a aquellas mujeres y hombres que no están acostumbrados a compartir este tipo de responsabilidades y que viven en universos tradicionalmente separados. Desde este punto de vista, la experiencia y las reflexiones de las mujeres de origen somalí muestran que parir en Suecia (como en muchos otros países) es una experiencia de desviación en relación a las normas culturales y de género vigentes en su país de origen.

Lejos de la familia, de la red de mujeres que en su país acompañan tradicionalmente, en la situación migratoria son los hombres, a veces, el primer apoyo en el contacto con el sistema de atención sanitaria. La ruptura con la división de los dominios tradicionalmente masculinos y femeninos ocasiona sentimientos ambivalentes. Por una parte, las mujeres experimentan el gozo de poder compartir, y los hombres se sienten preocupados y emocionados. Por otra, la experiencia es incómoda, y ambos cónyuges pueden sentir vergüenza y malestar. La pérdida de la dimensión colectiva de la educación y de los cuidados hace la experiencia pesada y estresante; individualizada, resulta más difícil de sobrellevar.

En estas situaciones de transición entre unos sistemas culturales y formas de organización familiar y otros, la redefinición de los roles sociales de género abre nuevos horizontes sobre los que nos preguntamos a quién benefician más. Según Wiklund et al, parece que beneficiarían sobre todo a los hombres: al entrar en un universo novedoso para ellos, pueden ganar nuevos conocimientos, sentir más complicidad con las mujeres y adquirir un sentimiento más fuerte de responsabilidad. En cuanto a las mujeres, ellas ganan con la experiencia más comprensión y amor de los hombres. En contraposición, pierden una parte del poder ligado a la existencia de una red femenina y una parte del control del na-

cimiento. De ello puede resultar, según los autores, un crecimiento de la autoridad masculina... inesperado e indeseado por un sistema de atención sanitaria que proclama la igualdad y la responsabilidad parental compartida (Wiklung et al. 2000).

Y en Andalucía...

Varios de los puntos que se destacan en estas investigaciones son asimilables a lo que ocurre en la realidad española con las mujeres extranjeras. Un artículo de Luque y Oliver (2005), presenta, a partir de la información obtenida con técnicas cualitativas (observación participante durante su trabajo como matronas, conversaciones informales y entrevistas semi-estructuradas), distintos elementos –cuyo origen supuestamente es cultural- que pueden plantear problemas en la atención sanitaria.

1- El pudor, a menudo presente entre las mujeres musulmanas de origen magrebí, que manifiestan reticencias hacia los exámenes ginecológicos hechos por hombres, y hacia la presencia de hombres en general. Este pudor contribuye al alejamiento del marido durante las exploraciones o la fase expulsiva del parto. Por su parte los hombres musulmanes, tienden a mantenerse a distancia de un proceso que consideran ‘de mujeres’.

2- Las manifestaciones del dolor adquieren diversas formas. Se tiende a distinguir a las mujeres cuya actitud es más bien silenciosa y estoica (mujeres de Europa del este, africanas), de aquellas que se consideran como más ruidosas (de África del Norte).

3- La manifestación de otras emociones. Mientras que la llegada del bebé aquí supone comúnmente manifestaciones emocionales inmediatas (caricias, lloros, gozo), algunas mujeres adoptan una actitud más indiferente, llegando en casos a rechazar el contacto inmediato, difiriendo las manifestaciones de cariño.

Luque y Olivier (2005) destacan que estas formas diversas de “desviación” respecto a las actitudes comúnmente admitidas y esperadas –en otras palabras, las normas dominantes- son a menudo mal comprendidas, mal percibidas desde la cultura dominante que regula las representaciones y las prácticas en los servicios de salud. En ésta,

se espera que el marido esté presente y preste apoyo (lo que hace pensar que el marido distante o ausente, a menudo “musulmán”, abandona a su mujer con indiferencia), que la mujer de a luz preferentemente en una postura cómoda para los profesionales (aunque esta postura no facilite la expulsión) y mantenga un control de sí misma, sin gritar o haciéndolo poco⁴², y, que la pareja –o, al menos, la mujer- sea inmediatamente cariñosa con su niño.

Como se trata de la cultura dominante, sus rasgos y normas no se consideran relativos y discutibles. Por el contrario, a partir de ellos se producen juicios sobre los que se asientan o nutren estereotipos discriminantes y negativos. Además, allí donde es necesario un cierto relativismo cultural, los clichés reductores tienden a categorizar a los grupos y sus prácticas de una forma fijista.

En este sentido, Luque y Oliver (2005) subrayan que las diferencias culturales existentes que parecen caracterizar a un grupo tienden a sobreestimarse. Así, aunque el pudor respecto a los hombres sea frecuente entre las magrebíes, ello no impide que muchas de ellas no vean inconvenientes en ser atendidas o examinadas por un hombre⁴³. Igualmente, se puede exacerbar la dimensión cultural de ciertos comportamientos. Así, los factores que pueden influir en la percepción del dolor son múltiples: las informaciones previas al parto, las condiciones psicosociales en que se encuentran las mujeres... “Encontrarse en un contexto distinto al de origen puede aumentar el miedo al proceso de parto : de igual modo, la soledad y la ausencia de apoyo emocional las predispone a presentar una tolerancia más baja al dolor “.

Por último, no todas las mujeres desean la presencia de su marido en el parto. Y éste puede tener otras obligaciones que, por falta de poder o de recursos, no puede desatender (trabajo, cuidar a los otros hijos...). Además, también hemos encontrado mujeres españolas para quienes la presencia de la madre en el proceso de dilatación, e incluso en el parto, era tan importante o más que la del

42.- « De hecho, nos molesta que las mujeres, sea cual sea su procedencia, expresen el dolor de forma manifiesta, y catalogamos negativamente a las que se quejan « demasiado », dado que generan mayores demandas asistenciales (2005:4).

43.- Y a la inversa, también se puede pensar que muchas mujeres de diversos orígenes culturales preferirían que la atención ginecológica no la hiciera un hombre.

marido, ya que aquélla aportaba un apoyo y una solidaridad ligadas a la experiencia⁴⁴ que él no podía ofrecer.

Sugerencias

De los documentos revisados se pueden extraer algunas sugerencias de nivel general.

Necesidad de que los equipos que asisten en el parto trabajen el tema de la interculturalidad. Según Luque y Oliver (2005) los profesionales sanitarios tomarían conciencia de la cultura implícita en nuestras instituciones sanitarias y adoptarían una postura crítica reflexiva que permite comprender mejor a estas mujeres. En esta óptica, Widmark et al (2002) destacan que el personal debe saber –o recordar- que las mujeres que vienen a parir prefieren a veces que les acompañe una persona distinta a su marido, porque esa persona puede aportar un apoyo emocional más adecuado a sus necesidades.

Alentar la expresión de las necesidades de las mujeres y los maridos necesita también de una mejor comprensión y de una mayor sensibilidad a las significaciones sociales y culturales de las diferentes prácticas, incluidas aquellas que están prohibidas y que son percibidas de manera negativa en el país de acogida. El caso de la infibulación muestra, además, la necesidad de adquirir un saber técnico que evite que se les provoquen aún mayores daños físicos a estas mujeres (Widmark et al., 2002; Chalmers et al., 2000).

Modificar la educación y la formación de los profesionales en perinatalidad puede contribuir a evitar los estereotipos culturales y étnicos para proporcionar servicios más apropiados. El principio subyacente es que una atención más delicada permite reducir la distancia social entre usuarios y profesionales (Dawn, 2007). Esta formación permitiría ver, por ejemplo, que en situaciones de transición social y cultural, los procesos de aculturación se producen de forma progresiva y que la asimilación de las normas del país de acogida pone en cues-

44.- “Yo sé lo que ella sentía, yo también pasé por ahí. La animaba, la cogía de la mano” (madre de una mujer española de 25 años, primípara).

–“Mi madre me ayudó. Cuando yo me sentía muy mal, muy mal, pensaba que no podía más. Una madre sabe, ella conoce eso, sabe lo qué es, cómo es. Mi marido, él no lo sabe, no puede ayudarme” (mujer de 18 años, primípara).

ción ciertas tradiciones del país de origen (Chalmers, 2000).

A un nivel más práctico, es muy aconsejable la presencia de intérpretes competentes y bien dispuestos.

Tener en cuenta que las circunstancias y los recorridos migratorios impactan de forma diversa en la experiencia vivida del embarazo, del parto y de la maternidad. La vulnerabilidad que puede derivarse de ello debería ser detectada y atendida por los servicios sanitarios.

La continuidad de la persona cuidadora (*one-to-one care*) es apreciada por las mujeres de minorías étnicas y por las inmigrantes: esta continuidad favorece una mejor experiencia hospitalaria y en particular el establecimiento de una relación de confianza con las matronas. Este tipo de servicio responde especialmente bien a sus necesidades.

La pertenencia a una minoría étnica (independientemente del país de nacimiento) es en sí potencialmente estigmatizante. Estas mujeres se hallan particularmente expuestas a la ausencia de comunicación o a tratamientos que se perciben como irrespetuosos. También son objeto potencial de estereotipos étnicos y culturales. Lo que está en juego, más que la dimensión técnica, es la dimensión relacional y humana de la atención, el sentimiento de incompreensión relativa por parte del personal sanitario, que no siempre se esfuerza en proporcionar el apoyo que las mujeres esperan.

Matronas y equipos de cuidadores postnatales son, sin duda, los que más interactúan con las mujeres. Ellos están particularmente preocupados por la posible falta de atención o de comprensión. Además tienen un papel importante en el apoyo relacional de las mujeres.

Las necesidades y los deseos de las mujeres extranjeras y de minorías étnicas no son fundamentalmente diferentes de los de la mayoría (ser tomada en cuenta, escuchada, entendida y respetada en sus particularidades).

Destacamos, a continuación, algunos de los comentarios realizados por extranjeras hospitalizadas en áreas de maternidad en centros hospitalarios participantes en el Proyecto de Humanización de la Atención Perinatal, en Andalucía:

El desprecio

La madre entrevistada, Nachera (28 años, primípara), casi no habla español y no entiende bien. Comparte la habitación con una otra mujer marroquí, Khadidja, acompañada por su prima Naket. Khadidja habla un poco más español. Naket (la prima) no habla español, sino árabe y francés. Hace de traductora. Ha venido de Marruecos para acompañar a su prima. Estuvo con ella durante el parto y ha acompañado también a Nachera (el marido de Nachera ha acompañado a su mujer, haciendo de traductor, yéndose de vez en cuando. No sabemos si se quedó hasta el final).

Mientras hablamos, entra una enfermera con termómetros. Ni toca a la puerta (abierta), ni habla ni mira a las mujeres: pone el termómetro sobre la mesa al lado de la cama y se va. Luego viene a recoger los termómetros, sin comentar ni mirar a las mujeres, sale sin hablar. Pregunto *“¿es siempre así? Siempre”* me responde Naket en voz baja.

“Entienden más de lo que dicen”

Una enfermera de planta nos comenta las dificultades con la lactancia. Dice que dan explicaciones a las mujeres y les enseñan cómo sacar la leche con la máquina. Insisten en que la máquina es importante para evitar la obstrucción. Según la enfermera, las mujeres marroquíes dicen *“sí, sí”* y no lo hacen. Cuando sugiero que a lo mejor no entienden muy bien, ella me responde: *“es que son muy cabezotas. Dicen siempre ‘no entiendo, no entiendo’ ¿cómo que no me entiendes?, ¡si tú me dices en español ‘no entiendo, no entiendo’ es que tú me entiendes! No sé si es por la presencia del marido o... pero entienden más de lo que dicen, vamos.”*

¿Quién debe solicitar la traducción?

Naket, me enseña una nota colgada sobre la pared de la habitación. Está escrita en varios idiomas (árabe, inglés, francés, español) que dice que las personas que no hablan español pueden pedir un servicio de traducción a la administración. *“Pero ella [Nachera] no sabe leer... ¿entonces? Yo no entiendo porque no lo piden ellos [los sanitarios]. Son ellos*

quienes pueden ver cuando una mujer lo necesita o no. Pero asoman la cabeza por la puerta: ‘¿entiende usted el español?’ y si respondes ‘no’, cierran la puerta y ya está. Es muy difícil. En Marruecos se suele hablar mucho con la mujer, y dar consejos”.

Aquí no se puede gritar

Nachera me hace entender con humor que durante el parto le dijeron “¡cállate!”.

Naket : “Sí. Mandan callar. Todo lo contrario de Marruecos. Allí puedes chillar, llorar, gritar el nombre de tu madre...Nada que ver. Aquí ‘¡silencio!’” (se ríen).

Aquí te respetan

Natacha, 27 años, rumana, vive desde hace 3 años en España. Trabaja en los invernaderos. Habla el español (con dificultad) y lo entiende. Su bebé ha nacido por cesárea. Su marido y sus padres la han acompañado. Su madre, que tenía mucho miedo, la apoyó durante la dilatación, dándole masajes, animándola. Natacha me dice que como el niño no podía salir, los médicos le preguntaron si le parecía bien que le hicieran la cesárea, añadiendo que en caso contrario había riesgo de que el bebé muriera. “He dicho que sí”. Tenía miedo. En Rumanía había perdido un bebé a los 7 meses de embarazo: ella cuenta que estaba enferma y tenía fiebre, un médico le puso una inyección y el feto se murió. Parió dos semanas después el feto muerto.

Natacha está satisfecha con el tratamiento recibido y con el personal. Dice que la han animado, que la tratan bien, que han hecho esfuerzos para hacerse entender. Compartir la habitación con otra mujer no le molesta, incluso durante la dilatación. Aquí se siente respetada: “En Rumania, te tratan mal y hablan feo a las mujeres. La doctora no te respeta si no le pagas. Hay que pagarlo todo. La anestesia se paga también”. Allí tuvo a su bebé muerto sin analgesia.

Más privacidad

Beate, 30 años, alemana, llegó a España con su marido (español) hace 5 meses. Ella entiende el español, pero no lo habla casi. La entrevista es en inglés. Tuvo su primera hija en Alemania hace 5 años. Llegó al hospital 4 horas antes del nacimiento. Tenía miedo, no del parto en sí, sino porque no conoce el sistema aquí. Ha parido con una matrona, sin epidural, quería un parto natural. Sin embargo, durante la dilatación no pudo andar: estuvo con monitorización continua.

La pareja valora la amabilidad de la gente durante la dilatación y el parto, la gente se hacía entender con gestos pero no suelen dar mucha información. La pareja subraya la falta de privacidad durante la dilatación (sala compartida con otra mujer y puertas abiertas) y en la habitación después del parto (la cortina cerrada no aísla de los ruidos, de las conversaciones). Notan la ausencia de atención y de comunicación de la gente de la planta: ponen las cosas y ya está. Beate dice que es diferente a la situación en Alemania, donde se preocupan más, dan más cositas (zumo de frutas... por ejemplo).

Dicen que faltan indicaciones para orientarse en el hospital. Llegaron a las urgencias generales, les enviaron a las urgencias de maternidad pero tardaron mucho en encontrarlas.

La “sabiduría” popular

Gitana joven, ha tenido a su segundo hijo, con epidural. La primera la tuvo con “cesárea vaginal”. Apunta que la matrona ha sido muy cariñosa, la entendía muy bien: “ha sabido llevarme muy bien, muy pendiente de mi todo el rato”. La misma persona con ella durante el parto, creemos que era matrona pero no lo sabe. “Todos muy atentos”.

Estuvo acompañada todo el tiempo: su madre y su marido se fueron turnando para “que no se cansaran”. No quiere dar el pecho al bebé porque se quiere cuidar. Ya tiene la parejita y no quiere tener más hijos, por eso no va a amamantar a su bebé.

Los criterios de valoración

Yamila es marroquí y tiene 32 años. Tuvo a su bebé (el cuarto para ella) tras 3:30 horas de dilatación, sin epidural. Estuvo sola porque su marido estaba en casa cuidando a los otros tres hijos. Su marido la llevó al hospital, la dejó y se fue. Todo muy bien. Al preguntarla por el equipamiento y el aspecto de la sala de dilatación y parto, responde: *“muy bien, muy limpio todo, muy bien”*.

“Aquí queda mucho por hacer “

Adriana es brasileña, tiene 32 años y estudios secundarios. Ha tenido a su tercer hijo con 4,27 kg. Estuvo dilatando 9 horas. La rompieron la bolsa a las 4 de la madrugada (tras 6 horas de dilatación, no entiende porque tardaron tanto), estaba acompañada de su hermana (su marido, camionero, está fuera de España). La hablaron de las ventajas del amamantamiento ... y la facilitaron un biberón. Califica de mala la información recibida y de bueno el trato. Adriana ha vivido y dado a luz previamente en Barcelona y considera que *“aquí queda mucho por hacer”*. Este ha sido el peor de los tres partos. Aunque el paritorio le parece limpio, considera que se debería mejorar: el ambiente del hospital (hay demasiado ruido, niños gritando, muchas visitas muy largas... mucha gente, mucho ruido). Califica el hospital con un 7 (aunque está bastante enfadada, comenta cosas que no la habían pasado nunca, cree que no la han atendido bien porque no han sabido). No quiere tener más hijos.

No sólo las extranjeras...

Carmen es española, tiene 23 años y acaba de tener a su primer hijo. Pidió la epidural pero se la pusieron mal, se salió y no le hizo nada. *“Le tuve con un par de huevos, ¡lo que yo he pasado!. Además me pusieron el gotero para acelerar el parto, pensando que me había hecho efecto la epidural”*. Estuvo 12 horas hospitalizada antes de dar a luz. No tenían posibilidad de andar durante la dilatación, están monitorizadas y en una habitación compartida y separada por cortinas. Las regañan si gritan. Dan a luz en el potro, todas en la misma postura.

No pueden elegir postura. La atendió la matrona. No sabe lo que es un plan de nacimiento y no la ofrecieron hacer ningún curso de preparación al parto. Nadie se ocupó o interesó por ella mientras dilataba, se sintió muy desatendida. Lo peor: el anestesista. Estuvo acompañada de su pareja todo el tiempo (el se muestra muy orgulloso). Al hospital le califica con un 5 sobre 10: *“un aprobaillo”*.

CAPÍTULO III. EL PROCESO DE HUMANIZACIÓN DE LA ATENCIÓN PERINATA EN ANDALUCÍA. ESTADO DE LA CUESTIÓN, BARRERAS A LA PROTOCOLIZACIÓN DE BUENAS PRÁCTICAS Y SISTEMA DE EVALUACIÓN

I- Estado de la cuestión

La revisión de las experiencias de otros países nos permite destacar los siguientes puntos en común:

- 1- El poder, en el entorno hospitalario, reside en los médicos-obstetras. Sus percepciones y prácticas rutinizadas dominan al resto de profesionales y se imponen a las mujeres.
- 2- Los cambios son posibles pero difíciles. Las discusiones sobre las recomendaciones de la OMS, la elaboración de protocolos y la reflexión respecto a las propias prácticas contribuyen al cambio en la atención perinatal.
- 3- Se constata la enorme expansión de las encuestas de satisfacción. En consecuencia se extienden los análisis sobre el funcionamiento de esta técnica y se acumulan las críticas sobre su utilidad.

A continuación tomamos estas reflexiones generales como punto de partida para analizar la situación andaluza. Nuestro propósito es aportar ideas que sirvan para avanzar y mejorar la situación actual. Aunque hay un gran equipo trabajando incansablemente en el PHAPA, vemos algunos aspectos que dificultan la implementación de 'buenas prácticas'. Es en estos obstáculos o barreras en los que insistimos en adelante, no sin antes felicitar a todos los profesionales implicados en su trabajo por

los logros alcanzados.

1- Sobre la distribución del poder en el ámbito hospitalario: si la humanización de la atención perinatal supone devolver el protagonismo a las madres y sus familias y reducir la medicalización y el intervencionismo, entonces el dominio de la visión médica del embarazo y el nacimiento es un problema. Humanizar el nacimiento significa devolver a la mujer que está dando a luz el protagonismo en el proceso de modo que sea ella y no el médico quien tome las decisiones (informadas) y marque el ritmo. La OMS es muy clara en este punto: insta a los países a "devolver el parto a las mujeres y sus familias".

La medicalización de la atención al nacimiento en los países más desarrollados es evidente así como la alarma que ha despertado la extensión de distintas prácticas obstétricas como son: cesáreas, epidurales, episiotomías o la inducción de las contracciones con oxitocina o prostaglandinas. La extensión de las citadas prácticas pudiera estar aumentando los riesgos para la salud tanto de la madre como del bebé además de disparar el coste sanitario. La maternidad no es una enfermedad y, sin embargo, se trata como si lo fuera. El parto medicalizado es deshumanizador porque el médico tiene siempre el control, mientras que el elemento clave en un parto humanizado es la mujer. Wagner distingue dos formas de asistir al parto: "trabajar con la mujer para facilitar sus propias respuestas autónomas –parto humanizado- y anular la biología y sobreponer controles externos mediante intervenciones tales como fármacos y procedimientos quirúrgicos –parto medicalizado" (2006:598).

Se recordará que las investigaciones llevadas a cabo en el Reino Unido mostraban el poco margen real de decisión de las mujeres en el proceso de nacimiento. Estos trabajos subrayaban la falta de autonomía de las mujeres y las matronas (bajo la dominación de los médicos) y la necesidad de información que expresaban las mujeres. Se decía que es el ginecólogo-obstetra quien toma las decisiones aportando información sesgada a las mujeres. La "manipulación cultural" que representa el parto medicalizado se realiza así consiguiendo la adhesión de las mujeres a los mensajes del entorno y a la seguridad que representan los profesionales de salud y los medicamentos que proponen (Machin y Scamell, 1997).

A pesar de la sensibilización hacia el enfoque humanizado y el grado de acuerdo de las familias que se ve en algunos testimonios, las investigaciones muestran que la percepción médica e intervencionista del parto sigue siendo la que predomina en el contexto hospitalario e incluso en las consultas prenatales (Sandin Bojö et al., 2007; Olsson et al. 2000). También en Canadá, confirmaban la imposición de la perspectiva médica en el entorno sanitario.

Si el problema fuera el poder de los médicos, la situación se resolvería con: 1º) contratar matronas (faltan matronas tanto en atención primaria como en la red hospitalaria) y, 2º) hacerlas responsables de los nacimientos de bajo riesgo. Las matronas obtienen menores tasas de intervencionismo, promueven más la lactancia, aportan sus cualidades humanas y relacionales propiciando un entorno cálido, agradable y respetuoso. Wagner (2006:603) es de los que atribuyen la alta tasa de cesáreas existente en nuestro país al hecho de que el cuidado maternal esté controlado por los médicos y las matronas estén marginadas: “no es una coincidencia lo que ocurre en EE.UU, Canadá y Brasil Urbano, donde los ginecólogos atienden la mayoría de los partos normales y hay pocas matronas atendiendo pocos partos, sea donde se encuentre la mayor tasa de cesáreas en el mundo. Tener un cirujano ginecólogo altamente entrenado atendiendo a un parto es análogo a tener un pediatra cirujano cuidando a un niño normal de dos años”.

Pero, ni la atención perinatal puede reducirse a las tasas de cesáreas ni las matronas conseguían una comunicación totalmente abierta y fluida con las mujeres. Recuérdese que según algunos estudios éstas no facilitarían de manera sistemática la elección informada de las mujeres.

Esto nos muestra que la realidad social - los procesos de interacción, las relaciones de dominación y poder-, es mucho más compleja. No consideramos que pueda concluirse que los obstetras y los ginecólogos son intervencionistas y malos y las matronas entrañables y buenas. En general, parece que los profesionales promueven ante todo lo que consideran “la buena elección” y tratan de hacerla respetar por las mujeres. Por ello, lo que menos se respeta es la autonomía y la voluntad de las mujeres respecto a cómo ha de llevarse el proceso del embarazo, parto y post-parto, máxime si sus preferencias difieren de las prácticas habituales.

Así pues, si se quiere humanizar la atención perinatal en el entorno hospitalario será preciso trabajar con los diferentes grupos de profesionales implicados en los procesos analizados. Una forma de implicación es a través de la investigación: si ellos son definidos como la población objeto de estudio, en una opción cualitativa, serán objeto de entrevistas y discusiones, a través de un contacto frecuente y un diálogo abierto. Esta dinámica contribuiría a la reflexión, el cuestionamiento y, en definitiva, al cambio de sus propias prácticas.

2- Sobre las condiciones que posibilitan los cambios y, por tanto, la incorporación de Buenas Prácticas. Una de las investigaciones revisada y realizada en Suecia apuntaba algunas estrategias para lograr incorporar Buenas Prácticas en la red hospitalaria. Así, destacaban dos cuestiones:

- que los puntos que son objeto de protocolos evolucionan favorablemente: tanto en la práctica directa con las mujeres como en el registro detallado de información que sirve como base para la posterior reflexión sobre las propias prácticas.
- que el trabajo reflexivo del equipo sanitario, las discusiones formales e informales sobre los documentos de la OMS y el procedimiento de elaborar protocolos favorecen la evolución de las prácticas.

Por otro lado, Chaillet y Dumont (2007) realizaron un meta-análisis de las estrategias utilizadas para reducir las tasas de cesáreas y sus sistemas de evaluación. Su objetivo era evaluar tanto la efectividad de las intervenciones para reducir las tasas de cesáreas como el impacto de esa reducción sobre la morbilidad/ mortalidad maternal y perinatal. Los autores subrayan la utilidad de la clasificación de las estrategias para implantar nuevas pautas en tres grupos, según su nivel de efectividad (2007:54):

- ineficaz: envío de circulares y recomendaciones por correo postal y la educación continua tradicional,
- efectos mixtos: la opinión del líder, las auditorias, el feedback y el compromiso con la mejora continua de la calidad,

- eficaz: avisos o recordatorios manuscritos o informatizados, la preparación de ponencias o intervenciones académicas y las acciones multifacéticas: identificar las barreras al cambio, reformar las malas prácticas, recompensas monetarias al hospital, auditorias y feedback.

Las conclusiones de este estudio apuntan a que las auditorias y el feedback son eficaces pero que su eficacia disminuye cuando se utilizan de manera aislada. Involucrar a los profesionales en el análisis y la modificación de sus prácticas e identificar las barreras al cambio, contribuyen a la reducción efectiva de las tasas de cesáreas.

Chaillet y Dumont (2007:61), insisten en que la identificación de las resistencias y los facilitadores es una etapa necesaria para conocer la situación local y adaptar a ella los procesos y las estrategias de intervención. Aquellos estarán relacionados con: los cambios externos que afectan al entorno de la práctica; con el entorno hospitalario: el jefe de servicio, la política, la disponibilidad de material técnico; el personal potencial; y, las estrategias empleadas para promover la incorporación de las buenas prácticas. En suma, recomiendan el diseño de acciones multifacéticas que se refuerzan mutuamente, duplicando su eficacia.

La Consejería de Salud de la Junta de Andalucía es consciente de esta nueva realidad y cuenta, en la actualidad, con diferentes proyectos y programas orientados a la mejora de la Atención Perinatal en Andalucía. Para ello han elaborado, además, diferentes protocolos de actuación y guías de buenas prácticas⁴⁵.

Pero, los protocolos sufren procesos de implementación conflictivos, irregulares y variables. Los datos sobre la situación actual así lo muestran. En este contexto hay destacables excepciones. Subrayamos, entre ellas, el caso del hospital “La

45.-Entre otros: “El Plan de Calidad. Guía y diseño y mejora continua de procesos asistenciales” (2005), “Embarazo, parto y puerperio: proceso asistencial integrado” (2005) y Guía de Buenas Prácticas en atención perinatal” (2008), todos ellos de la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía. Además, publican periódicamente las Estadísticas Hospitalarias de Andalucía y La memoria estadística de la Consejería de Salud. En el ámbito de la investigación destaca, en 2005, el estudio “La lactancia materna en Andalucía” llevado a cabo desde la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía (Aguayo Maldonado et al, 2005).

Inmaculada” de Huerca Overa por sus avances en la humanización de la atención (a través de la elaboración de protocolos y del registro de la información) y la difusión de la información producida (Aceituno Velasco et al, 2000, 2001 y 2002; Gómez Bautista et al, 2006), así como la elaboración de la Guía de asistencia al parto poco intervencionista del hospital “San Juan de la Cruz” de Úbeda (Herrera Cabrerizo y Carreras Fernández).

La experiencia de Huerca Overa muestra precisamente los efectos de un análisis reflexivo de las prácticas conducente a la aplicación de un protocolo cuyo objetivo era disminuir la tasa de cesáreas sin aumentar la mortalidad perinatal, e implicando el personal sanitario - las matronas en particular. De hecho la frecuencia de las cesáreas baja de manera significativa, con la aplicación del protocolo, pasando del 12,32% al 10,31% (Aceituno Velasco et al., 2001 y 2002). Este hospital presenta tasas acordes a las recomendaciones de la OMS; tasas que son marcadamente inferiores a la tasa nacional y comunitaria (respectivamente 24,32% y 22,37 %) en 2004 (MSC, 2006). También tenemos que destacar que el Hospital Costa del Sol de Marbella ha obtenido la acreditación como Hospital Amigo de los Niños (IHAN, actual iniciativa para la Humanización de la Asistencia al Nacimiento y la lactancia), siendo el primer hospital andaluz que lo logra y marcando así el camino para los restantes.

3- Sobre la expansión y funcionamiento de las encuestas de satisfacción: según Van Teijlingen et al. (2003) la manifestación de las usuarias respecto a su satisfacción con la atención recibida es insuficiente para conocer la calidad del servicio prestado, y, menos aún, para servir de fundamento a la toma de decisiones sobre políticas públicas. Los argumentos que sostienen esta afirmación hacen referencia a:

-la falta de consenso sobre la conceptualización inicial de la satisfacción. El acuerdo sobre el concepto es tan general que no permite saber con exactitud qué se está intentando medir: “es generalmente aceptado que la satisfacción es un concepto multidimensional determinado por una variedad de factores” (Van Teijlingen, 2003:76). De hecho, la valoración de la satisfacción puede verse influida tanto por factores internos como externos. Por eso, la satisfacción puede ser concebida como “fluida y emergente” (Meredith y Wood, 1995) y,

-la multiplicidad de factores que condicionan los resultados sobre el nivel de satisfacción de la población: contexto personal y colectivo de la mujer, por un lado, y, método de evaluación, por otro. Entre los primeros, destacan: la experiencia previa de atención⁴⁶; la continuidad del cuidado/ del cuidador; el apoyo social; el contacto inmediato de la madre con su bebé; la duración de la estancia hospitalaria; la edad; la asistencia a clases de preparación al parto; la elección del sitio de cuidado prenatal, del tipo de cuidado, de la postura de parto, las expectativas sobre el nacimiento; el sentimiento de control; el sentimiento de compromiso en la toma de decisiones; la calidad de la relación y de la comunicación entre la mujer y el equipo sanitario; y, entre las cuestiones metodológicas: la técnica elegida, el modo de aplicación, la selección y cualificación de los aplicadores - encuestadores, el diseño muestral, el diseño del instrumento, la conceptualización, el momento de la investigación; el vocabulario, el orden y la presentación de las preguntas.

- El “sesgo de gratitud” hacia los servicios que se prestan y/o perciben como gratuitos. Diversos investigadores señalaron, hace ya tiempo, los sesgos debidos al contexto de la investigación, a la posición y a la situación de la mujer (Porter y MacIntyre, 1984). Según señalan, es sabido que existe una reticencia a criticar el servicio público de salud (“sesgo de gratitud”), y todavía más, si se percibe que una política de cierre o cambio planea sobre el servicio o la maternidad objeto de evaluación. Puede resultar también difícil, como pacientes, criticar a las personas que nos cuidan, sobre todo cuando estas están involucradas en la distribución y/o la recuperación de las encuestas.

- La falta de opciones o la inexistencia de alternativas respecto al sitio para dar a luz o al tipo de atención o de parto puede contribuir a configurar bajas expectativas y, consecuentemente, a un alto nivel de satisfacción. Asimismo, la falta de conocimiento sobre las posibles alternativas contribuye a valorar de una forma más positiva la situación actual. “Eso significa que los estudios de satisfacción son poco susceptibles de orientar a los productores de servicios y a los que elaboran las políticas de salud hacia una política que sugiera cambios innovadores de un servicio, sino a animarles a apoyar

46.- Ser primípara o múltipara y nivel de intervención médico / obstétrica.

el status quo” (Draper et al, 2001:77). Y eso tanto más cuanto que, tal como observan Draper et al, “la mayor parte de las encuestas no intentan determinar qué aspectos de su experiencia valoran más los consumidores y cuáles son sus prioridades para cambiar algo” (2001:64).

Podríamos añadir a todo lo anterior la paradoja que, desde la sociología, nos recuerda Irigoyen (2007:22), la “paradoja de Barsky que constata que cuanto más avanza la medicina y mejoran los indicadores de salud, mayor es el descontento con la asistencia médica”. Esto es, el aumento y la mejora de los servicios no produce un aumento de la satisfacción porque satisfechas unas necesidades se generan otras nuevas. Y, el no cumplimiento de esas nuevas ‘necesidades’ o exigencias produce insatisfacción.

Desde esta perspectiva se sostiene que el ‘gerencialismo’ se ha impuesto como la lógica de funcionamiento de la sanidad pública y se advierte de los riesgos que ello conlleva: “se presenta como un sistema científico dotado de una nueva racionalidad e inspirado en el rigor de las ciencias exactas: pone énfasis en lo cuantificable, pretende formular leyes universales y establecer reglas estándar. Su debilidad consiste en la fragilidad de sus conceptos que construye mediante la generalización de casos específicos [...] En contraste con su escasa consistencia teórica, el gerencialismo es eminentemente práctico y orientado a la acción. Produce múltiples imágenes, eslóganes, ejemplos, etiquetas y metáforas [...] Se trata de un sistema de acción focalizado en los resultados inmediatos. Frente a la complejidad de los problemas resalta la simplicidad de las soluciones. El activismo termina por desplazar a la reflexión” (Irigoyen, 2007:21).

En esta línea se hacen encuestas de satisfacción y, en base a sus resultados, se toman decisiones orientadas al aumento de ésta en el usuario o paciente (tomado como cliente).

En nuestro país, Barrasa y Aibar publicaron en 2003 los resultados de una revisión sistemática de los estudios de satisfacción realizados durante el período 1986-2001. Analizaron “124 artículos sobre la satisfacción de los pacientes que se centran casi a partes iguales entre la atención primaria y la especializada. Los trabajos de metodología cuantitativa eran los predominantes (90%).

En el 71% de los trabajos se utilizan instrumentos de elaboración propia para medir la satisfacción, pero sólo en el 46,8% de las ocasiones se han sometido a algún proceso de validación. El diseño de los estudios tenía problemas importantes de validez metodológica en el 42% de las ocasiones. Sólo en el 24% de ellos se expresaba alguna propuesta de cambio que pudiera hacerse extensible a otros lugares". Todo lo cual les lleva a concluir que "existen pocas evidencias publicadas de que el Sistema Nacional de Salud esté cambiando en función de los estudios sobre la satisfacción de los pacientes. Tampoco pueden proponerse cambios significativos en la organización de la asistencia y en la práctica clínica de acuerdo con las investigaciones hechas hasta el momento en nuestro entorno" (2003:580).

No queremos decir con esto que las encuestas de satisfacción no puedan contribuir al desarrollo o al cambio de políticas públicas, sino que tienen sus límites. Esta situación se agrava en el caso de los grupos de mujeres extranjeras que no dominan nuestra lengua, pues quedarían excluidas a no ser que la encuesta fuera ampliamente traducida.

II- Barreras a la protocolización de buenas prácticas según el entorno organizacional

Pasamos pues, a exponer las principales barreras que hemos encontrado a través de nuestras observaciones en hospitales y entrevistas a profesionales. Estas técnicas formaron parte de una primera fase exploratoria que no permite extraer conclusiones. Léanse pues como primeros indicios o posibles ejes de análisis para una investigación más en profundidad.

El entorno organizacional condiciona la práctica profesional. La red hospitalaria de Andalucía cuenta con diferentes tipos de hospitales (de especialidades, de referencia, comarcales, empresas públicas...) que presentan diferentes formas de organización -dado que intentan responder a poblaciones con necesidades diferenciales- y cuentan con recursos financieros y de personal también diferentes.

En una de las Reuniones del Grupo de Trabajo del PHAPA (Antequera, 2007) quedaron en evidencia

los diferentes niveles de dotación (infraestructuras, equipamiento, personal...), con que cuentan los hospitales implicados en el proyecto y el malestar que ello genera entre los profesionales más desprovistos de medios. Aunque esas diferencias no son determinantes, en ocasiones, la dinámica de trabajo e implicación de los profesionales fueron capaces de superar grandes limitaciones estructurales.

Puntualmente, trabajar sin suficientes paritorios, salas de dilatación, quirófanos o habitaciones puede complicar la implementación de nuevas prácticas que requieren aportar comodidad, tranquilidad e intimidad a las nuevas madres y sus acompañantes: las mujeres dilatando en salas comunes y compartiendo habitaciones no reciben ni perciben esa pretendida atención personalizada que respeta su intimidad.

Las barreras arquitectónicas son, pues, uno de los elementos a analizar: la acogida y la implementación de buenas prácticas no puede ser igual en todos los servicios, teniendo en cuenta que se enfrentan a dificultades importantes de funcionamiento y de organización debidas al crecimiento de la población: el aumento del número de partos llega, en algunos servicios, al límite sino a la superación de sus capacidades de acogida.

Algunos servicios enfrentan el problema de trabajar en edificios antiguos o dedicados anteriormente a actividades diferentes. No se puede cambiar la configuración global del sitio sin intentar adaptar el entorno a las necesidades. Poco a poco, obra tras obra se gana espacio, generalmente dedicado a una sala de consulta más o una habitación más, un espacio se transforma en cuarto, se construye una ducha en una habitación, etc. Otros edificios más recientes, conocen este problema debido, en parte, al crecimiento dramático de la población del entorno desde la construcción del hospital y de los servicios. Resultando en falta de paritorios, salas de dilatación, habitaciones que aporten intimidad...

A no ser que se trate de nacimientos o de cesáreas programados, ni el número diario de las mujeres que llegan, ni la duración de sus partos se pueden adivinar y anticipar. Hay que gestionar una carga de trabajo flexible en un espacio cuyas posibilidades de adaptación no son ilimitadas, negociando, a veces, la acogida de las mujeres en otros servicios más o menos próximos... (pediatría, por ejemplo).

La falta de personal es otra barrera importante.

En varios hospitales, los profesionales subrayan la falta de ginecólogos, anestelistas, enfermeros y/o matronas. La falta de matronas en atención primaria es importante, resultando en muchos lugares en su sustitución por enfermeras. Aun siendo estas muy competentes, cabe preguntarse hasta que punto el personal de enfermería puede sustituir el enfoque propio de las matronas en atención sanitaria maternal⁴⁷. Así como por la percepción y aceptación pública de cada uno de los grupos profesionales. Se sabe que las informaciones previas y las preparaciones tienen sus límites cuando se trata de ayudar a las mujeres a ejercer y/o mantener el control sobre la situación de nacimiento (cf. Machin y Scamell)⁴⁸. Algunas matronas entrevistadas subrayan que la asistencia a los cursos de preparación al nacimiento facilitaría mucho la colaboración con los profesionales del hospital, contribuiría al “empowerment” de las mujeres, tanto para el nacimiento como para la lactancia. Las mujeres durante el proceso de nacimiento están absorbidas por el intento de controlar y superar el esfuerzo físico y psíquico, y agotadas por el dolor. En esta situación son menos receptivas a las diferentes posibilidades que se les proponen: cambiar de postura, respirar pausadamente ... si no han reflexionado sobre ello previamente.

Piensan que con este punto de contacto y de re-

47.- No podemos evaluar aquí cómo esta falta de matronas impacta la atención prenatal y la preparación al parto de las mujeres en atención primaria. Sin embargo, algunas de las madres consultadas nos dijeron que no habían asistido a las clases dadas por enfermeras debido al hecho que no eran matronas. Otra mujer, nos dijo que “la enfermera contaba su propia experiencia de parto, no mucho más”. En estos casos es frecuente que las mujeres busquen información por su cuenta en: revistas, internet y grupos de mujeres (amigas, familiares, vecinas, etc). No pretendemos cuestionar aquí la competencia de todo el grupo profesional de enfermería, simplemente destacamos las repercusiones que la escasez de matronas puede provocar en el imaginario colectivo y, consecuentemente, en las prácticas de las futuras madres.

48.- No asistir a los cursos de preparación al parto puede determinar también la actitud frente a la maternidad y la solicitud de información. El marido de una mujer nos contó las preguntas sin respuesta que él tenía respecto al parto. No se había atrevido a formular sus preguntas porque no quería molestar. Subrayaba una falta de información personal: “pero, a lo mejor es nuestra culpa: no hemos seguido las clases... y quizás aquí piensan que lo sabemos todo”. Sin embargo, le faltaba también información sobre la organización del servicio.

ferencia [la matrona en atención primaria]⁴⁹, se podrían evitar muchísimas urgencias y se propiciaría la llegada de mujeres mejor preparadas y con menos patologías. Se podría también evitar o por lo menos limitar la categorización médica que resulta de la falta de seguimiento. En los casos con poco o ningún control del embarazo (más específicamente, algunas mujeres inmigrantes que ignoran el sistema o se quedan a distancia por la falta de documentación y el miedo de una denuncia o por la creencia de que todo se debe pagar), la tendencia es a clasificar y tratar el caso como de alto riesgo.

La falta de ginecólogos y obstetras y la falta de matronas y enfermeras impacta también en la organización del trabajo y la sobrecarga, contribuyendo al aumento del número de guardias a realizar, y consecuentemente, al agotamiento de los profesionales. La reorganización de los turnos implica también la buena voluntad y la posibilidad del personal y una flexibilidad de la articulación entre vida laboral y personal. En general, las quejas formuladas por los profesionales se dirigen hacia el SAS por no realizar las sustituciones lo que, unido al absentismo laboral, contribuye a sobrecargar de trabajo al resto de la plantilla. Eso genera disposiciones más o menos favorables a acoger un nuevo proyecto⁵⁰, y cuenta cuando se trata de reunirse para trabajar sobre un protocolo, apuntarse a cursos de formación o desplazarse fuera para asistir a una reunión de trabajo.

Modificar formas de trabajo en un colectivo resulta más fácil cuando el personal implicado comparte un conjunto mínimo de principios, de puntos de

49.- A pesar de algunos elementos aparentemente favorables comúnmente admitidos y, también, del deseo de los futuros padres de recibir una educación prenatal, a nivel internacional no hay evidencia científica de los efectos de la educación prenatal sobre el parto y la maternidad/paternidad (demasiada variedad de las formas de intervención, tamaños muestrales insuficientes). Sin embargo, los autores de la revisión consideran que la realización de un ensayo clínico amplio y bien diseñado en este área sería un verdadero “reto”, teniendo en cuenta las dificultades prácticas (reclutamiento, asignación aleatoria y adherencia de las mujeres a intervenciones, objeto concreto de la evaluación...etc.) (Gagnon y Sandall, 2007).

50.- Un Doctor nos aportaba el siguiente análisis: “Es muy, muy difícil, poner en marcha un proyecto de cualquier tipo porque faltan ingredientes importantes: No hay tiempo, No hay personal, No hay ganas, No hay estímulo, No hay motivación y SOBРАН otros ingredientes: favoritismos y ganas de ascender a toda costa. Además, otras iniciativas anteriores se han ido diluyendo en el tiempo [...] Hay una versión oficial de las cosas y luego una versión real, más precaria” (cita textual).

vista, de “filosofía”, sea la que sea su posición y contribución profesional. En otras palabras, tanto matronas-os como enfermeras-os, médicas-os o celadores-as, pueden, cada uno a su nivel, contribuir a una atención respetuosa y segura en la perspectiva de un cuidado global. Pero la realidad del mundo laboral está, en general, muy alejada de esta situación ideal.

La jerarquía y el poder médico pesan sobre la posibilidad efectiva de las matronas de manejar los partos de manera menos intervencionista. Su posibilidad de llevar los partos de bajo riesgo no es igual en todos los hospitales, depende también de la presencia del médico y de la capacidad y de la voluntad de este para reconocer su responsabilidad y su competencia. *“Somos pilotos de noche y azafatas de día”*, nos relataba una matrona con humor.

La implantación de algunas prácticas (por ejemplo, no poner una vía de forma rutinaria, optar por la monitorización intermitente, asistir un parto en la silla de partos, no poner enemas, no poner oxitocina ...) se enfrenta a la concepción médica dominante de la atención “normal y segura”, incluso, al rechazo frontal de algunos médicos obstetras. El cambio y la discusión de estos cambios provoca tensiones profesionales y dificultades para matronas-as y/o enfermeras-os que no están en una posición de fuerza frente a las formas “amenazantes”, mas o menos directas, procedentes de quienes ocupan las posiciones de autoridad⁵¹. O bien a la inversa, algunos jefes de servicio se ven incapaces de implementar cambios por las resistencias del personal de su servicio. Por tanto, tendrán más libertad para actuar aquellos profesionales que conformen grupos de trabajo sólidos, compartan el mismo enfoque y se apoyen en una relación de respeto y confianza recíproca: en una proximidad efectiva.

La posición del jefe de servicio es fundamental, y si no suficiente, al menos necesaria. Los cambios difícilmente se hacen si quien ocupa el cargo no lo permite. Son numerosos los casos en que

51.- Por ejemplo: “si pasa algo yo no cargo con la responsabilidad de un parto hecho así (en la silla de partos)” dijo, enfadado, un médico viendo en un paritorio una mujer sobre una silla de partos. La matrona que nos contaba esta anécdota dijo haber contestado al médico: “es mi trabajo, mi responsabilidad y la asumo; las matronas no tenemos la costumbre profesional de poner a las mujeres en situaciones peligrosas”.

los médicos/as adoptan, jefe de servicio incluido, una postura intervencionista. Esta se justifica con el argumento de la creciente judicialización de las prácticas médicas: el riesgo de denuncias por malas prácticas y la presión de los usuarios. Esta presión se rebate con argumentos del tipo: *“ellos no se dan cuenta a priori de que un parto es una cosa seria que se puede complicar bastante en cualquier momento, además son contradictorios: quieren pocas intervenciones y poco dolor ... un parto natural pero rápido...”*.

Este miedo a cometer errores y a ser denunciado, al cambio rápido de la situación - a veces relacionado con la supuesta irresponsabilidad de las mujeres y / o de sus familiares - contribuye a delimitar el territorio⁵² que estos médicos conceden a posibles cambios.

Por otro lado, algunos profesionales subrayan que no todas las familias y mujeres se oponen a prácticas intervencionistas y que al contrario, les incitan a intervenir. La cesárea, por ejemplo, puede ser vista como una solución “práctica” y segura cuando un parto se alarga mucho (o, simplemente, dura más de lo que pensaban). No se trata tanto de las mujeres en sí como de sus familiares: madres o suegras, cuyas referencias y concepciones de la modernidad y de la seguridad en cuanto al nacimiento tienden a sospechar de actitudes poco intervencionistas⁵³.

Existen también divergencias de criterio para establecer objetivos (incluso entre especialidades médicas). No hay acuerdo a la hora de decidir a qué dedicar tiempo, energía o crédito cuando se trata de la mejora del servicio ofrecido. Promocionar la lactancia materna supone distanciarse de los laboratorios que ofrecen servicios, leche, participación en congresos, reuniones-comidas, etc. y, en cambio, dedicar tiempo y dinero a la formación del personal de la planta, al desarrollo de sus capacidades de comunicación con las mujeres sobre el tema, etc. Comprar un aparato suplementario de reanimación para algunos recién nacidos en una situación muy particular ... o promocionar el método canguro y los horarios libres del servi-

52.- Se trata aquí de un territorio práctico y simbólico relacionado con el poder que confiere o se supone que confiere la competencia como médico.

53.- Una matrona nos contó la reacción muy indignada de una madre cuya hija había parido en cuclillas: el equipo había tratado mal a su hija dejándola “parir como un animal”.

cio de neonatología a los progenitores. No separar a los niños de las madres después del nacimiento supone que el jefe de servicio de pediatría acepte retomar la organización del servicio en colaboración con el paritorio, que el examen de los niños se haga de diferente manera y en otro momento, en otro lugar. Puede suponer también que las matronas, acostumbradas a derivar los niños a los enfermeros de neonatología acepten también asumir el cuidado del recién nacido sano como parte integral de su responsabilidad y competencia profesional⁵⁴.

Una parte de los profesionales que participan en el proyecto de mejora de la humanización de la atención perinatal en Andalucía, están convencidos de que hay otras maneras de trabajar, que se pueden cambiar algunas o varias cosas y que la atención dada a las mujeres y a los niños se puede mejorar. En otras palabras, hay buena voluntad. Pero esa tiene que resistir al aislamiento y al agotamiento (falta de apoyo de las colegas, falta de poder, resistencia sistemática de grupos médicos...) y a la falta de reconocimiento institucional. Los profesionales subrayan que la focalización actual sobre el usuario (un hecho que juzgan importante) se hace en detrimento de la atención a sus condiciones concretas de vida laboral, de promoción, y de reconocimiento de los esfuerzos desarrollados sobre el terreno. La contradicción institucional parece fuerte entre la promoción del avance, de la mejora del servicio al paciente y la falta de medios para sostenerla⁵⁵.

Compartir – reconocer responsabilidades. Trabajar en esta perspectiva de humanización supone también reconocer a las mujeres y a las familias competencias y responsabilidades que todos los profesionales no están dispuestos a reconocer o delegar. Hablando de la práctica de que las mujeres presenten su plan de parto, práctica aún muy poco desarrollada, un médico nos contaba que, incluso cuando la práctica de un servicio corres-

54.- Una actitud aparentemente contradictoria en las matronas consiste, en asumir totalmente su preparación para la reanimación del recién nacido... y pedir formación y reciclaje cuando se trata de hacerse cargo del recién nacido sano. Esta y otras contradicciones –interpretadas, a veces, como formas de resistencia, retrasan el proceso de cambio- pero adquieren sentido desde la perspectiva de las identidades y luchas profesionales.

55.- Algunos informantes afirman: “la Consejería de Salud apuesta por “Andalucía al máximo”, y luego llega el SAS y, en vez de poner medios, se dedica a apretar al personal”.

ponde a la mayor parte de las cosas que piden las mujeres en un plan de nacimiento, los médicos se cabrean cuando una mujer pone sus exigencias por escrito. Porque discutir y aceptar un plan de nacimiento es reconocer otro poder, otra responsabilidad más allá de la suya: “¿quién eres tú para decidir y decirme lo que tengo que hacer?, es mi responsabilidad”. La presentación del plan de parto es vista, por una parte de los profesionales, como una intromisión inadmisibles.

El significado de “humanización”. Hablando de susceptibilidad, al comenzar el proyecto de “humanización”, éste término no fue bien recibido por todas las partes implicadas. Connota y descalifica: “¿qué significa eso? ¡No trabajamos con animales!”, algún responsable de servicio nos comentó que para convencer a la gente de que participaran en reuniones o se implicaran en el proyecto, y no provocar un malestar generalizado, introdujeron el término “mejora”. Se puede entender esta reacción cuando en el día a día, los profesionales están convencidos de que hacen lo que pueden para atender a las mujeres y a los niños, a pesar de unas condiciones y de un entorno inadecuado (“humanización sí, y para nosotros también”, reclaman). Con el tiempo, las actitudes parecen irse moderando y la implicación es cada vez mayor.

En suma, el desarrollo de buenas prácticas precisa de la convicción y colaboración de unos profesionales bien formados y bien tratados por la organización. Las principales barreras detectadas a través de entrevistas realizadas a profesionales y las primeras observaciones de los espacios de trabajo nos orientan hacia:

Faltan matronas tanto en asistencia primaria como en la red hospitalaria.

Se denuncia la escasez generalizada de personal sanitario (las sustituciones no se realizan).

Faltan paritorios y salas de dilatación en algunos centros.

Las habitaciones compartidas no proporcionan intimidad a las mujeres y sus familiares y la separación de los espacios con cortinas tampoco lo logran.

Hay una sobrecarga de trabajo de los profesiona-

les: a las tareas de siempre se les añaden tareas nuevas, como generar nuevas bases de datos, asistir a cursos, prestar nuevas atenciones a las usuarias, cambiar sus propias rutinas: luchar contra sus hábitos de siempre para incorporar nuevas prácticas...

La colaboración e implicación de toda la plantilla en los nuevos proyectos es un objetivo complejo. Entre el personal encontramos mucha heterogeneidad respecto a implicación / resistencia. Hay profesionales muy implicados igual que hay distintos tipos de resistencia en diferentes centros hospitalarios. Así vemos desde hospitales muy implicados en el PHAPA hasta jefes de servicio que no están convencidos de la conveniencia de cambiar nada pasando por luchas gremiales por pequeños espacios de poder (ginecólogos, obstetras, neonatólogos, pediatras, anestesistas...), por el personal de enfermería que compite con las matronas por hacerse cargo de determinadas tareas o asume cargas que las otras no alcanzan... Cada centro hospitalario presenta su propio foco de resistencia.

Ausencia de motivación y de reconocimiento del trabajo: hay maneras de evaluar al personal de los hospitales y se podrían revisar algunos criterios de evaluación tanto individual como colectiva, que podrían llevar asociados incentivos como promoción, remuneración o exención de guardias.

Los profesionales perciben que se escucha y consulta más a las usuarias que a ellos mismos.

III- Sistemas de evaluación en uso

Según nuestra revisión, los sistemas de evaluación sobre la atención hospitalaria en Andalucía, podrían clasificarse en dos: bases de datos y encuestas.

1- Principales bases de datos

-CMBD es el Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMBD)- Hospitalización, incluye la siguiente información: informe de alta: diagnóstico principal (según CIE) y secundario y procedimientos. Indicadores asociados a procedimientos, son los que mejor se codifican porque entran en el Contrato Programa. Los indicadores dependen del nivel del

hospital.

-SICPRO es el sistema de información del Contrato Programa, periodicidad mensual y envío dentro de los 10 días siguientes a la finalización del mes correspondiente. La fuente del CMBD. Control de calidad por comparación con los datos comunes del sistema INIHOS (criterio de concordancia).

-INIHOS es el Sistema de Información Interhospitalario, permite analizar por parte de la población los recursos y servicios asistenciales, así como la productividad y rendimiento de los hospitales considerados. Es un registro de actividad básico (no entra en diagnósticos). Es decir, compara hospitales según nivel (I- Hospital Regional; II- Hospital de especialidades; III y IV – Hospitales Comarcales). Periodicidad trimestral.

-LIBROS DE PARTOS, comienza su informatización en algunos hospitales de la red andaluza, no de forma sistematizada ni coordinada. Esta parece depender de la adecuación a programas específicos y de la voluntad y dedicación del grupo de profesionales de cada servicio.

-HISTORIA CLÍNICA de cada paciente, en algunos hospitales se empieza a informatizar. Recoge todos los papeles que se generan respecto al paciente.

Todas estas bases de datos recogen todo el trabajo de los profesionales: matronas, enfermeras, obstetras y ginecólogos-as que sistemáticamente registran su actividad.

2- Encuestas

Por otro lado, la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía realiza dos encuestas sistemáticas en colaboración con el Instituto de Estudios Sociales Avanzados (IESA):

-Encuesta de Satisfacción Hospitalaria y

-Encuesta de Especialidades

Además, según hemos podido observar, los centros hospitalarios cuentan sistemáticamente con un **cuestionario de salida** que puede obtenerse en diferentes lugares del hospital y que se suele hacer llegar a los sujetos ingresados con otra documentación. Estos cuestionarios se pueden depositar en

los buzones distribuidos por los hospitales.

Por otro lado, se realizan numerosos estudios puntuales por encuesta: satisfacción con la Atención de Enfermería, con diferentes servicios ...

La acreditación como Unidad de Gestión Clínica, supone también, entre otras evaluaciones, por los servicios implicados, una evaluación anual de la satisfacción de los usuarios, hecha por algunos profesionales del servicio llamando por teléfono a una muestra de pacientes y rellenando un cuestionario con ellos.

Hay que añadir a todo lo anterior las auditorias y evaluaciones internas que llevan a cabo los hospitales: evaluación de Unidades de Gestión Clínica. Acreditación. Evaluación Interna: los resultados se presentan con el informe de gestión. Contrato-Programa.

Por supuesto, una evaluación interna⁵⁶ no puede sustituir una evaluación externa, aquella supone una menor independencia de criterio y cierta tendencia a la autocomplacencia, cuando no la tergiversación de la información. Será necesario no sólo disponer de un buen sistema de indicadores capaces de reflejar las variaciones en el objeto de estudio sino también contar con un control de calidad que garantice que la información registrada en esos indicadores refleja con la máxima precisión

56.- En las reuniones del PHAPA percibimos los típicos efectos ‘positivantes’ de la autoevaluación que, aunque suponen un compromiso y un avance no siempre reflejan toda la realidad. Algunos sanitarios “adornaban” un poco sus resultados: presentan sus avances y progresos en el proyecto de humanización de la atención perinatal sin hacer referencia a dificultades, resistencias..., maquillaban los datos destacando aquellos que les son favorables y ocultando los que resultan adversos. Pocos comentan dificultades para el cumplimiento de los objetivos. Todo son logros y progresos.

Para hacer más provechosos los encuentros entre los sanitarios implicados en el PHAPA y evitar las idealizaciones, tal vez, sería interesante organizar las reuniones bajo el lema: “estrategias para la superación de las dificultades y resistencias a la implantación de buenas prácticas”. La idea consiste en dedicar las exposiciones a explicar las dificultades encontradas en cada hospital y, muy útil, las estrategias utilizadas para su superación. Estas experiencias serían útiles para los hospitales que se van incorporando al proyecto y contribuirían a su aliento. La presentación de resultados “magnificados” puede tener un efecto perverso en los nuevos socios: “*nosotros no podremos, para nosotros es imposible, no contamos con una plantilla tan amplia...*”. Reconocer las propias dificultades y aportar ideas para superarlas podría dar buen resultado y facilitar intercambios abiertos.

posible la realidad de la práctica hospitalaria. Una vez superada esta primera fase sería preciso demostrar que el cambio acaecido se debe efectivamente a la intervención o programa (plausibilidad del efecto), tal y como recoge Nebot (2007:96).

Ante este panorama, dibujado a pinceladas y sin una revisión exhaustiva, nos preguntamos: ¿por qué no unificar los sistemas de registro en soporte informático?⁵⁷ De este modo se evitarían duplicidades (trabajo de registro) y se permitirían el fácil acceso a la información así como la comparabilidad intra e inter hospitalaria. En esta línea consideramos que sería interesante trabajar con los siguientes objetivos:

1- Revisar el Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMBD), el Contrato Programa (SICPRO) e INIHOS (Sistema de Información Inter-hospitalario) para conocer la información disponible de manera sistemática sobre Atención Perinatal.

Revisar la información que se produce sobre Atención Perinatal en la Red de Hospitales Públicos de Andalucía: encuestas (IESA, de salida, libros de partos...) así como su grado de implementación, informatización y alcance. Es decir, conocer la información disponible para evaluar los progresos en atención perinatal de la población asistida en base a sus peculiaridades.

Localizar las lagunas informativas que pudieran existir y diseñar el modo más adecuado – atendiendo a criterios de fiabilidad y validez pero también de viabilidad y coste - de acceso a esa información. El objetivo final sería disponer de datos actualizados y dinámicos sin aumentar la carga de trabajo de los profesionales y sin cansar a la población con encuestas sucesivas y descoordinadas.

Racionalizar estos sistemas es fundamental para hacerlos operativos. Un primer paso podría consistir en homologarnos con los sistemas europeos.

57.- En Atención Primaria el DIRAYA trabaja por procesos integrados y funciona para gestionar las citas. Precisa ser completado con la Historia Única. Es más que probable que ya se esté trabajando en esta línea: nos han comentado que los profesionales sanitarios intentan acordar un sistema de indicadores para desarrollar una forma de evaluación a introducir en la rutina estadística de los hospitales, por tanto, lo dejamos aquí.

BIBLIOGRAFIA

- Abenhaim, H.A., Benjamin, A., Koby, R.D., Kinch, R.A., Kramer M.S (2007) "Comparison of obstetric outcomes between on-call and patients' own obstetricians". *Canadian Medical Association Journal*, 177 (4): 352-356.
- Aceituno Velasco, L. (2002) "Resultados de la aplicación de un protocolo para disminuir la tasa de cesáreas". Servicio de ginecología. Hospital "La Inmaculada" Huércal-Overa.
- Aceituno Velasco, L., Barqueros Ramírez, A.I., Moreno García, G., Segura García, M.H., Ruiz-Martínez, E., Sánchez Barroso, T. y Salgado Ascencio, R. (2000) "Análisis crítico de la tasa de cesárea en un hospital comarcal". *Toko-Ginecología Practica*, 59 (8) : 399-406.
- Aceituno Velasco, L., Barqueros Ramírez, A.I., Moreno García, G., Segura García, M.H., Ruiz-Martínez, E., Sánchez Barroso, T. y Salgado Ascencio, R. (2001) "Protocolo para disminuir la tasa de cesáreas". *Toko-Ginecología Practica*, 60 (1) : 1-6.
- Aguayo Maldonado, J. Pasadas del Amo, S., Ramírez Troyano, A., Rello Yubero, C., Martínez Rodríguez, M.T., Bonal Pitz, P. (2005) *La lactancia materna en Andalucía*. Consejería de Salud, Junta de Andalucía.
- Barrasa, J.I. y Aibar, C., (2003), "Revisión sistemática de los estudios de satisfacción realizados en España en el período 1986-2001". *Revista de Calidad Asistencial*, 18 (7) : 580-590.
- Battaglini A. y Gravel S. (2000) Les mères immigrantes: pareilles, pas pareilles! Direction de la santé publique. *Rapport synthèse n°4*, volume 4.
- Breikreutz, L., Ellis C., Midwives Association of Saskatchewan, Moon M., Manitoba Traditional Midwives Collective, International Midwifery Day Committee (2001) Les soins prodigués par les sages-femmes: expériences, espoirs et réflexions des femmes. *Bulletin de recherche des centres d'excellence pour la santé des femmes*, 1 (2) : 17-18.
- Bell, C.M. y Ray J.G. (2007) "You're not my obstetrician" (and it may not matter). *Canadian Medical Association Journal*, 177 (4): 372-373
- Benoit, C. (1999) Midwifery and health policy: equity, worker's rights and consumer choice in Canada & Sweden. Paper presented at the forthcoming conference of the Society for the Advancement of Socio-economics, University of Wisconsin-Madison, Madison, Wisconsin, July 8-11, 1999.
- Blix-Lindström, S., Christenssen, K., Johansson, E. (2004) "Women's satisfaction with decision-making related to augmentation of labour". *Midwifery*, 20: 104-112.
- Bouffard, M.; Grégoire L. (1998) Bilan de l'expérience des femmes et des hommes ayant bénéficié des services des sages-femmes dans le cadre des projets pilotes en Maisons de naissance. Groupe Maman -Mouvement pour l'Autonomie dans la Maternité et pour l'Accouchement Naturel.
- Bowes, A.M.; Meehan D. (1996) "Pakistani women and maternity care: raising muted voices", *Sociology of Health and Illness*, 18 (1) : 45-65.
- Bowler, I. (1993) "'They're not the same as us' : midwives' stereotypes of South Asian descent maternity patients", *Sociology of Health and Illness*, 15 (2) : 157-178.
- Bradamat, J., Driedger, M. (1993) "Satisfaction with childbirth. Theories and methods of measurement". *Birth*, 20: 22-29.
- Bronfman-Pertzovsky, MN, López-Moreno, S., Magis-Rodríguez, C., More-Altamirano, A. y Rutstein B. (2003), "Atención prenatal en el primer nivel de atención: características de los proveedores que influyen en la satisfacción de las usuarias". *Salud Pública Mex*, 45:445-454.
- Carr-Hill, R.A., (1992), "The measurement of patient satisfaction". *Journal of Public Health Med.* 1992, 14:236-49.
- Cattaneo, A., Yngve, A., Koletzko, B. y Ruiz Guzman L., (2005), "Protection, promotion and support of breastfeeding in Europe : current situation". *Public Health Nutrition*, 8 (1): 39-46.
- Chaillet, N.; Dumont, A. (2007) "Evidence-Based Strategies for Reducing Cesarean Section Rates: A Meta-Analysis", *Birth*, 34 (1): 53-64.

Chalmers, B. y Kowser, O.H. (2000): "432 somali women's birth experiences in Canada after earlier female genital mutilation". *Birth*, 27 (4) : 227-234.

Chambaretoux, S.; Lequet-Slama, D. (2003) Les systèmes de santé danois, suédois et finlandais, décentralisation, réformes et accès aux soins. DREES, Etudes et Résultats n° 214.

Collectif « Les Accompagnantes» (2005) Mettre un enfant au monde : des femmes se racontent et souhaitent être entendues. *Les Cahiers de recherche du GREMEF*, n° 91.

Department of Health (2004) Maternity Standard. National Service Framework for Children, young people and maternity service. UK .

Dawn, E. (2007) "We don't see black women here': an exploration of the absence of black Caribbean women from clinical and epidemiological data on perinatal depression in the UK". *Midwifery*, doi: 10.1016/j.midw.2007.01.007.

De Koninck, M., Blais, R., Joubert, P., Gagnon C., et l'équipe d'évaluation des projets –pilotes sages-femmes. (2001) "Comparing women's assessment of midwifery and medical care in Québec Canada". *Journal of midwifery & women's health*: 46 (2), 60-67.

Dowswell, T., Renfrew, M.J., Gregson, B., Hewison J. (2001) "A review of the literature on women's views on their maternity care in the community in the UK". *Midwifery*, 17: 194-202.

INE (2009) Movimiento Natural de Población – MNP, 2008, resultados provisionales.

Draper, M., Cohen, P., Buchan, H. (2001) "Seeking consumer views: what use are results of hospital patient satisfaction surveys?" *International journal for quality in health care*, 13 (6): 463-468.

Elkadry, E., Kenton, K., White, P., Creech, S., Brubaker, L. (2002) "Do mothers remember key events during labor?" *American Journal of gynecology*, 189 (1): 195-200.

Esteban, M.L., (2000), La maternidad como cultura. En Perdiguero E., Comelles J.M. (eds.) Medicina y cultura. Estudios entre la antropología y la medicina. Bellaterra, Barcelona, pp 207-226.

Essén, B., Johndotter, S., Hovellius, B., Gudmundsson, S., Sjöberg, N.-O., Friedman, J., Ostergren, P.-O. (2000) "Qualitative Study of pregnancy and childbirth experiences in Somalian women resident in Sweden". *British Journal of obstetrics and Gynaecology*, 107: 1507-1512.

Gagnon, A.J. (1997) "A randomized trial of one-to-one nurse support of women in labor". *Birth*, 24: 71-77.

Gagnon, A.J.; Meier, K. M., Waghorn, K. (2007) "Continuity of nursing care and its link to caesarean birth rate". *Birth*, 34 : 26-31.

Gagnon, AJ, Sandall, J. (2007) Educación prenatal grupal o individual para el parto, la maternidad/paternidad o ambos (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2007 Número 4. Oxford: Update. Software Ltd. Disponible en: <http://www.updatesoftware.com>

Gagnon, A. J. y Waghorn, K. (1996) "Supportive care by maternity nurses: a work sampling study in an intrapartum unit". *Birth*, 23 (1): 1-6.

Gómez Bautista, R., Díaz Sáez, J., Sánchez García, R., Jiménez Parra, T., Martínez Clemente, M.J., Ávila Molina, S., Navarro Romera, T. (2006) Promoción e incidencia de la lactancia materna en el servicio de Tocología del Hospital "La inmaculada" de Huércal-Overa (Almería): 618-619.

Groupe Maman (2001) L'humanisation des naissances au Québec depuis dix ans : le modèle médical persiste. *Sans préjudice... pour la santé des femmes*, n° 25: 1-5.

Harrison, E. (1997) "Ethics and informed consent in labour". *British journal of midwifery*, 5 (12): 738-741.

Herrera Cabrerizo, B.; Carreras Fernández, I. (sin fecha) Guía de asistencia al parto poco intervencionista. Hospital "San Juan de la Cruz", Úbeda.

Hildingsson, I.; Thomas, J.E. (2007) "Women's perspectives on maternity services in Sweden: processes, problems and solutions". *Journal of midwifery and women's health*, 52 (2): 126-133.

- Hildingsson, I.; Radestad I. (2003) "Swedish women's interest in home birth and in-hospital birth center care". *Birth*, 30 : 11-22.
- Hirst, J.; Eisner, M. (1999) "Narrowing the gap : social class, age, and ethnic differences in maternity outcomes". In G. Marsh and M. Renfrew (dirs.) *Community-Based Maternity Care*, Oxford General Practice Series, Oxford University Press, p.175-194.
- Hodnett, E. (1997a) "Support for caregivers during childbirth". In Neilson, JP; Crowther, C.; Hofmeyr J., Hodnett, E., Keirse, M. (eds.) *Pregnancy and childbirth module*. Cochrane Database of systematic reviews, [updated 6 september, 1996]. Issue 2. Oxford: update software, 1997.
- Hodnett, E. (1997b) "Are nurses effective providers of labor support ? Should they ? Can they be ? (commentary)". *Birth* (24):78-80.
- Hodnett, E. (2002) "Pain and women's satisfaction with the experience of childbirth : systematic review". *American journal of obstetrics and gynecology*, 186 (5): 160-172.
- Högberg, U., (2004) "The decline in maternal mortality in Sweden : the role of community midwifery". *American journal of public health*, 94 (8) :1312-1320.
- Hundley, V., Rennie, A-M., Fitzmaurice, A., Graham W., Van Teijlingen, E., Penney, G. (2000) "A national survey of women's views of their maternity care in Scotland". *Midwifery*, 16: 303-313.
- Hunt, S.; Symonds A. (1995) *The Social Meaning of Midwifery*. Basingstoke: MacMillan.
- Ibáñez, Jesús (1979), *Más allá de la sociología. El grupo de discusión: técnica y crítica*, Madrid, sXXI.
- ICIS (2004) Donner naissance au Canada. Les dispensateurs de soins à la mère et à l'enfant. Ottawa
- ICIS (2004) Donner naissance au Canada. Un profil régional. Ottawa.
- ICIS (2007) Donner naissance au Canada. : Tendances régionales de 2001-2002 à 2005-2006.
- Iglesias, S.; Burn, R.; Saunders, L. (1991) "Reducing the caesarean section rate in a rural community hospital". *Canadian Medical Association Journal*, 145 (11): 1459-1464.
- Irigoyen, J. (2007), "La reinención de los pacientes", *Salud 2000*, nº 113, Sep.2007.
- Klein M.; Kaczorowski, J., Gauthier, R.J., Jorgensen, S.H., Joshi, A.K. (1995) "Physician's beliefs and behaviour during a randomized controlled trial of episiotomy: consequences for women in their care". *Canadian Medical Association Journal*, 153 (6): 769-779.
- Lavender, T.; Walkinshaw, S.A., Walton, I. (1999) "A prospective study of women's views of factors contributing to a positive birth experience". *Midwifery*, 15: 40-46.
- Levy, V., (1999) "Midwives, informed choice and power : part 1". *British Journal of midwifery*, 7 (10): 583-586.
- Levy, V., (1999) "Midwives, informed choice and power : part 2". *British journal of midwifery* 7 (10): 613-616.
- Lewin, D.; Fearon, B.; Hemmings, V., Johnson, G. (2005) "Women's experiences of vaginal examination in labour", *Midwifery*, 21: 267-277.
- Lindberg, I., Christensson, K., Öhrling K. (2005) "Midwives' experience of organisational and professional change". *Midwifery*, 21: 355-364.
- Luque Fernández, M.A. y Oliver Reche (2005), "Diferencias culturales en la percepción y vivencia del parto. El caso de las mujeres inmigradas". *Index de Enfermería*, 48-49: 9-13.
- Machin, D. y Scamell M. (1997) "The experience of labour: using ethnography to explore the irresistible nature of the bio-medical metaphor during labour". *Midwifery*, 13: 78-84.
- Madi, B. C. y Crow R. (2003) "A qualitative study of information about available options for childbirth venue and pregnant women's preference for a place of delivery". *Midwifery*, 19: 328-336.

Marshall, J.E., (2006) Informed consent during the intrapartum period: an observational study on the interactions between health professionals and women in labour involving consent to procedures. 7th Annual interdisciplinary research conference, School of nursing & midwifery, Trinity College, Dublin.

Meredith, J.; Wood, N. (1995) "The development of the Royal College of Surgeons of England's patient satisfaction audit service", *Journal Quality in Clinical Practice*, 15: 67-74.

McCourt, C.; Pearce, A. (2000) "Does continuity of carer matter to women from minority ethnic groups?" *Midwifery*, 16: 145-154.

Mckay, S. (1993) "Models of care: Denmark, Sweden and the Netherlands". *Journal of Nurse-Midwifery* 38 (20): 114-120.

McNiven, P.; Hodnett, E.; O'Brien-Pallas, L.L. (1992) "Supporting women in labor: a work sampling study of the activities of labor and delivery nurses". *Birth*, 19 (1): 3-8.

Ministerio de Sanidad y Consumo, www.msc.es

Morales Asencio, J.M.; Boinill de las Nieves, C.; Celdran Manas, M. *et al.* (2007), "Diseño y validación de instrumento de evaluación de la satisfacción con los servicios de atención domiciliaria: SATISFAD". *Gac Sanit.* [online], 21 (2) : 106-113.

National Board of Health and Welfare (Socialstyrelsen), statistical databases, deliveries, (2007). Stockholm (<http://www.socialstyrelsen.se>).

Nebot M. (2007), "Evaluación en salud pública: ¿todo vale?", Editorial de Gaceta Sanitaria, 21(2): 95-6.

NICE (2004) Cesarean section. Clinical guideline 13.

NICE (2007) Intrapartum care. Care of healthy women and their babies during childbirth. Nice clinical guideline 55.

O'Cathain, A.; Thomas, K.J.; Walters, S.J.; Nicholl, J.P.; Kirkham, M. (2002a) "Women's perceptions of informed choice in maternity care". *British medical journal*, 324: 643-647.

O'Cathain, A.; Walters, S.J.; Nicholl, J.P.; Thomas, K.J.; Kirkham, M. (2002b) "Use of evidence based leaflets to promote informed choice in maternity care: randomised controlled trial in everyday practice". *Midwifery*, 18: 136-144.

Olsson, P.; Jansson, L.; Norberg, A. (2000) "A qualitative study of childbirth as spoken about in midwives' ante- and postnatal consultations". *Midwifery*, 16:123-134.

Paricio Tayalero, J.M (2006), Protección institucional y legislativa de la lactancia. La iniciativa Hospital amigo de los niños (IHAN) OMS/UNICEF <http://www.telamos.org/biblio/IHAN-resu.pdf>

Pitarque, R. (2005), "Evaluación de los procesos de coordinación, calidad y cobertura de la atención perinatal en establecimientos públicos de la provincia de Buenos Aires", Beca Conapris, Comisión.

Porter, M. y MacIntyre, S. (1984) "What is, must be best : a research note on conservative or deferential responses to antenatal care provision". *Social sciences and medicine*, 19: 1197-1200.

POST (2002) Cesarean sections. Postnote number 184. Parliamentary Office of Science and Technology.

Public Health Agency of Canada (2009) What Mothers Say: The Canadian Maternity Experiences Survey, Ottawa, 2009. <http://www.santepublique.gc.ca/eem>

Redshaw, M.; Rowe, R.; Hockley, C.; Brocklehurst, P.(2007) Recorded delivery: a national survey of women's experience of maternity care. National Perinatal Epidemiology Unit, University of Oxford.

Richardson, A.; Mmeta C. (2007) NHS Maternity statistics, England: 2005-06. National Statistics, The Information Centre.

Riveros Sudy, J., Berne Manero C., (2004), Estudio de la satisfacción en servicios públicos de salud. caso de un hospital del sur de Chile. En <http://www.epum2004.ua.es/aceptados/248.pdf>

Royal College of Obstetrician and Gynaecologists (2001) Induction of labour. Evidence-based clinical guideline number 9. RCOG Clinical Effectiveness Support Unit.

- Rudman, A.; El Khouri, B.; Waldenström, U. (2007) "Evaluating multi-dimensional aspects of post-natal hospital care". *Midwifery*, doi:&0.1016/J.midw.2007.03.004
- Sandin Bojö, A.K.; Wilde Larsson, B.; Axelsson O. (2006) "Intrapartal care documented in a Swedish maternity unit and considered in relation to WHO recommendations for care in normal birth". *Midwifery*, 22: 207-217.
- Sandin Bojö, A.K.; Hall-Lord, M.L.; Axelsson, O.; Wilde Larsson, B. (2007) "Intrapartal care in a Swedish maternity unit after a quality-improvement programme". *Midwifery*, 23 : 113-123.
- Santé Canada (2000) Les soins à la mère et au nouveau-né dans une perspective familiale : lignes directrices nationales.
- Santé Canada (2003) Rapport sur la santé périnatale au Canada, 2003. Ottawa : Ministre des travaux publics et services gouvernementaux Canada.
- Stapleton, H.; Kirkham, M.; Thomas, G. (2002) "Qualitative study of evidence based leaflets in maternity care". *British medical journal*, 324: 639-642.
- Swedish National Board of Health and Welfare (2001) Normal birth – state of the art. Socialstyrelsen, Stockholm.
- Vadeboncoeur, H. (2004) La naissance à l'aube du troisième millénaire : de quelle humanisation parle-t-on ? Thèse de PH.D. en sciences humaines appliquées. Février 2004, Université de Montréal.
- Vadeboncoeur, H. (2004) "La naissance en 2004 : qu'est-ce que l'humanisation ?" *Revue de littérature*. Association pour la santé publique du Québec.
- Vadeboncoeur, H. (2005) "L'humanisation des pratiques entourant l'accouchement est-elle limitée ?" *Le médecin du Québec*, 40 (7) : 77-86.
- Van Teijlingen, E.; Hundley, V.; Rennie, A-M.; Graham, W.; Fitzmaurice, A. (2003) "Maternity satisfaction studies and their limitations, what is must still be best". *Birth*, 30: 75-82.
- Wagner, M. (2006) "El cuidado maternal en España en 2006: la necesidad de humanizar el parto". *Medicina naturista*, 10 : 598-610.
- Waldenström, U. (2003) "Women's memory of childbirth at two months and one year after the birth". *Birth*, 30: 248-254
- Waldenström, U. (2004) "Why do some women change their opinion about childbirth over time ?" *Birth*, 31: 102-107.
- Waldenström, U.; Nilsson, C. (1994) "Experience of childbirth in birth center care. A randomised controlled study". *Acta obstetricia and gynecologica scandinavica*, 73 (7): 547-554.
- Waldenström, U.; Nilsson, C. (1993a) "Women's satisfaction with birth center care: a randomized controlled study". *Birth*, 20 (1): 3-13.
- Waldenström, U.; Nilsson, C. (1993b) "Characteristics of women choosing birth center care". *Acta obstetricia and gynecologica scandinavica*, 72: 181-188.
- Waldenström, U. (1998) "Continuity of care and satisfaction". *Midwifery*, 14: 207-213.
- Wen, S. W.; Mery, L.S.; Kramer, M.S.; Jimenez, V.; Trouton, K.; Herbert, P.; Chalmers B. (1999) "Attitudes of Canadian women toward birthing centres and midwives care for childbirth". *Canadian Medical Association Journal*, 161 (6): 708-709.
- Whitford, H.M.; M.Hillan E. (1998) Women's perceptions of birth plans. *Midwifery*, 14, 248-253.
- WHO/UNICEF, (2004), Seminar- the Baby Friendly Hospital Initiative in Industrialised countries. Country reports. Barcelona, 31 march-2 April.
- Widmark, C.; Tishleman, C.; Ahlberg, B.A. (2002) "A study of Swedish midwives'encounters with in-fibulated African women in Sweden". *Midwifery*, 18: 113-125.
- Wiklund, H. ; Aden, A.S. ; Högberg, U. ; Wilkman, M. ; Dahlgren, L. " Somalies giving birth in Sweden : a challenge to culture and gender specific values and behaviours", *Midwifery*, 16, 105-115.

ANEXO A

Tabla 1. Cesáreas por 1000 nacidos vivos en el ámbito europeo

Caesarean sections per 1000 live births										
Years	Denmark	Finland	France	Germany	Italy	Netherlands	Norway	Spain	Sweden	United Kingdom
1970	57	60	...	...	...	21.4	22.45	...	...	...
1971	...	69	...	...	...	...	24.53	...	...	...
1972	59	60	...	...	...	...	25.46	...	...	...
1973	...	69	...	...	...	...	30.29	...	52.16	...
1974	72	72	...	...	...	...	35.9	...	64.79	...
1975	75	79	...	...	...	27.68	40.94	...	74.56	...
1976	80	81	...	...	...	...	50.75	...	92.24	...
1977	88	82	...	...	...	...	64.45	...	104.31	...
1978	...	109	...	...	...	...	73.41	...	110.94	...
1979	101	119	...	...	...	...	80.71	...	111.83	...
1980	104	...	...	...	112	46.82	83.82	...	114.76	82.04
1981	113.88	...	...	...	127	48.89	87.84	...	118	...
1982	122	127	...	...	132	54.7	90.37	...	117.68	91.93
1983	121.35	...	...	...	145	58.2	94.26	86.76	118.16	91.51
1984	126.12	131	...	...	157	...	108.98	95.69	112.93	92.27
1985	130.01	148	...	...	158	64.09	119.69	104.46	116.31	93.93
1986	131.96	152	120.74	...	157	...	120.88	113.65	111.27	...
1987	128.67	142.83	...	...	175	...	129.19	121.49	108.25	...
1988	131.04	138.85	128.45	...	187.92	...	127.84	128.99	107.41	...
1989	126.16	141.27	127.89	...	196.28	...	129.42	137.33	105.13	...
1990	125.77	135.16	139.41	157	207.89	74.12	127.47	142.2	103.51	112.86
1991	122.97	143.07	127.5	152.16	226.04	77.44	124.82	150.28	107.35	...
1992	122.26	144.87	145.08	159.42	232.4	79.54	125.59	161.98	106.6	...
1993	127.37	145.76	154.93	165.74	241.29	84.39	124.75	173.29	109.95	...
1994	126.3	152.96	151.1	170.67	247.57	91.75	125.99	177.77	111.51	...
1995	125.5	155.88	149.75	172.4	260.67	96.47	126.42	188.03	113.61	141.55
1996	128.82	156.55	153.68	176.11	238.86	100.62	127.27	192.85	118.19	...
1997	136.5	155.39	159.69	181.38	270.42	103.91	128.78	197.99	124.64	166.48
1998	145.14	153.18	157.23	190.72	297.32	110.58	136.65	205.40	130.9	180.04
1999	150.26	157.81	161.11	198.01	323.9	113.4	134.49	210.12	136.46	194.01
2000	150.5	157.82	171.51	208.85	333.02	118.68	136.61	215.12	144.87	199.69
2001	166.29	164.04	179	219.95	347.95	136.37	156.54	224.12	156.24	210.35
2002	182.85	163.59	186.76	236.7	361.91	135.16	160.57	233.82	155.74	216.55
2003	192.08	161.65	188.04	248.1	372.65	135,28	160.58	237.03	157.5	218.83
2004	201.84	163.91	...	259.52	374,46	136,44	157.36	242,36	165.27	220.1
2005	197,29	162,75	...	267,35	382,39	135,08	167,1	250,12	167,8	...
2006	204.5	161,4	...	277,81	...	...	165,58	...	172,58	...
2007	214,13	162,56	...	...	...	...	...	...	...	...

Fuente: European Health for all database (HFA-DB). World Health Organization Regional Office for Europe, Update, October 2009. (<http://data.euro.who.int/hfadb>)

Tabla 2- Mortalidad materna por 100.000 nacimientos en el ámbito europeo

Maternal deaths per 100000 live births										
Years	Denmark	Finland	France	Germany	Italy	Nether-lands	Norway	Spain	Sweden	United Kingdom
1970	8.47	12.39	28.19	...	53.51	13.39	10.84	33.07	9.99	18.03
1971	5.31	8.19	22.19	...	51.24	13.21	19.83	29.94	7.86	16.97
1972	3.97	11.95	25.37	...	45.8	10.74	6.22	32.09	7.13	15.35
1973	2.78	10.57	24.1	...	41.89	10.26	3.27	26.92	2.74	13.98
1974	7.01	4.8	22.15	...	29.45	13.98	6.71	26.54	7.28	13.97
1975	5.55	10.65	19.86	...	25.42	10.68	7.1	21.66	1.93	12.04
1976	3.06	8.98	17.49	...	23.31	5.08	13.09	20.52	4.07	13.47
1977	4.85	7.62	15.71	...	16.5	12.7	9.83	13.41	11.45	13.43
1978	8.06	3.13	15.47	...	16.79	10.82	1.93	12.88	6.43	10.46
1979	11.77	6.31	12.02	...	12.01	6.86	13.57	10.36	1.04	11.16
1980	1.75	1.59	12.87	...	12.78	8.83	11.76	11.14	8.24	10.89
1981	3.77	4.73	15.52	...	13.05	7.84	1.97	9.58	4.25	9.72
1982	11.39	4.54	13.8	...	9.29	6.39	0	10.59	4.31	6.95
1983	3.94	2.99	15.1	...	8.97	5.29	4.01	7.62	0	9.15
1984	7.72	1.54	14.21	...	9.04	9.75	1.99	5.07	2.13	8.64
1985	1.86	6.37	11.97	...	8.15	4.49	1.96	4.38	5.08	7.33
1986	3.62	6.6	10.92	...	5.52	8.13	3.81	5.47	2.94	6.89
1987	8.89	4.99	9.64	...	4.46	7.5	5.55	4.92	4.78	6.32
1988	3.4	11.06	9.34	...	7.61	9.64	3.48	5.01	8.92	6.35
1989	8.15	3.16	8.49	...	4.58	5.29	8.43	2.94	5.17	7.72
1990	1.58	6.09	10.36	9.05	8.61	7.58	3.28	5.48	3.23	7.64
1991	3.1	4.58	11.86	8.67	4.85	6.04	8.22	3.28	4.04	6.94
1992	7.38	4.5	12.91	6.67	7.22	7.12	6.65	4.79	0	6.66
1993	7.42	3.09	9.27	5.51	4.34	8.17	3.35	4.67	5.09	5.65
1994	4.31	10.73	11.67	5.2	3.54	6.13	0	3.51	0.89	7.86
1995	10.03	1.59	9.59	5.36	3.23	7.35	6.63	4.4	3.87	6.97
1996	5.91	3.29	13.21	6.41	3.79	12.14	1.64	3.86	5.25	6.55
1997	17.74	5.06	9.63	6.03	4.37	7.79	1.67	2.17	3.32	5.37
1998	15.11	5.25	10.16	5.6	3.38	11.53	6.85	3.83	7.86	6.84
1999	13.59	3.47	7.38	4.8	2.67	9.48	8.43	5.26	1.13	5.29
2000	...	5.29	6.47	5.61	2.97	8.71	3.38	3.77	4.42	6.77
2001	3.06	5.34	7.28	3.68	2.07	6.91	5.29	4.18	3.28	7.92
2002	3,12	5.4	8.82	2.92	3.17	9.9	3.61	3.34	4.17	6.58
2003	1,55	3.53	7.37	4.24	5,18	3.99	12,4	4.53	2.02	7.62
2004	...	12,12	6.9	5.24	...	5.15	0	4.62	1.98	7.68
2005	3,11	5,2	5,29	4,08	...	8,51	3,52	3,86	5,92	7,06
2006	9,23	6,8	7,4	6,09	1,97	8,11	8,54	...	4,72	6,68
2007	14,04	1,7	...	...	...	4,96	...	...	...	7,25

Una muerte materna es la muerte de una mujer embarazada o en los 42 días después del fin del embarazo, independientemente de la duración y el lugar del embarazo, por cualquier causa relacionada con el embarazo o su seguimiento, pero no por causas accidentales o fortuitas. Hay dos fuentes de información sobre la mortalidad materna usadas para calcular este indicador: a) estadísticas rutinarias de causa de mortalidad transmitidas a la OMS (en la mayoría de los casos de las oficinas centrales de estadísticas); b) datos hospitalarios transmitidos a los ministerios de salud.

Las cifras de las muertes maternas de las dos fuentes deberían ser idénticas, como suele ocurrir en la mayoría de los países occidentales. Sin embargo en algunos países, principalmente de Europa del este, hay diferencias importantes debidas a las prácticas nacionales en cuanto a la certificación del fallecimiento y su codificación. En tales casos los datos hospitalarios son mas completos/exactos. Desde la edición de HFA db en enero de 2001, la mortalidad materna se calcula usando ambos datos (cuando existen), tomando la cifra más alta si son distintas. Algunos expertos sostienen que incluso en países con buen sistema de recogida, la mortalidad materna esta actualmente sobreestimada. La OMS, la UNICEF y el UNFPA han desarrollado estas estimaciones para 1990 y 1995.

Tabla 3. Mortalidad neonatal por cada 1000 nacidos vivos, en el ámbito europeo.

Neonatal deaths per 1000 live births										
Years	Denmark	Finland	France	Germany	Italy	Nether-lands	Norway	Spain	Sweden	United Kingdom
1970	10.97	10.47	9.61	...	20.39	...	9.48	...	9.14	...
1971	10.72	10.01	9.05	...	20.36	9.05	9.55	...	8.78	...
1972	9.73	9.73	8.48	...	19.77	8.78	8.89	...	8.66	...
1973	8.72	8.49	7.83	...	19.42	8.47	8.53	...	7.81	...
1974	8.01	8.63	7.46	...	17.04	8.05	7.38	...	7.41	...
1975	7.99	7.82	9.15	...	15.71	7.61	7.33	12.57	6.41	...
1976	7.25	7.06	8.08	...	14.36	7.67	6.81	11.76	6.25	...
1977	5.69	6.56	7.36	...	13.89	6.58	6.47	11.05	5.79	...
1978	...	5.63	6.65	...	13.3	6.57	5.55	10.54	5.49	...
1979	5.68	5.88	6.04	...	12.16	5.9	5.35	9.13	5.34	8.32
1980	5.55	5.12	5.75	...	10.91	5.65	5.07	8.59	4.93	7.68
1981	4.95	4.63	5.49	...	10.9	5.45	4.48	8.75	4.53	6.74
1982	4.82	4.24	5.26	...	9.93	5.14	4.61	8.03	4.6	6.41
1983	4.62	4.13	5	...	9.4	5.31	4.83	7.55	4.52	5.91
1984	4.69	4.47	4.66	...	8.89	5.12	4.38	6.71	4.11	5.68
1985	4.73	4.35	4.6	...	8.03	4.98	4.65	5.93	4.13	5.4
1986	5.1	4.02	4.31	...	7.85	4.8	4.23	6.2	3.92	5.3
1987	4.77	4.17	4.05	...	7.54	4.87	4.68	5.97	3.83	5.02
1988	4.59	3.95	4.08	...	7.13	4.56	4.5	5.19	3.69	4.92
1989	4.65	4.12	3.84	...	6.69	4.58	3.93	5.11	3.65	4.73
1990	4.56	3.73	3.55	3.73	6.2	4.81	3.92	4.97	3.5	4.53
1991	4.2	4.22	3.5	3.5	6.31	...	3.65	4.57	3.5	4.37
1992	4.08	3.72	3.31	3.39	5.85	...	3.79	4.61	3.14	4.31
1993	3.58	3.01	3.15	3.13	5.32	...	3.45	4.12	3.06	4.17
1994	3.95	3.37	3.17	3.22	4.86	...	3.58	3.87	2.9	4.13
1995	3.74	2.73	2.89	3.18	4.58	...	2.72	3.54	2.78	4.19
1996	3.9	2.9	3.01	3	4.58	...	2.61	3.49	2.39	4.05
1997	...	...	3.02	2.89	4.24	...	2.88	3.22	...	3.87
1998	...	...	2.89	2.8	3.86	...	...	2.97	...	3.79
1999	...	...	2.74	...	3.78	...	2.78	2.82	2.21	3.9
2000	...	2.4	2.8	2.73	3.26	3.91	...	2.8	...	...
2001	3.27	2.17	2.86	2.69	3.42	3.87	2.96	2.77	2.51	3.65
2002	3,18	2.11	2.66	2.75	3,13	3.78	2.38	2.78	2.21	3.55
2003	3,02	2.12	2.65	2.75	2,82	3.61	2.48	2.5	2.26	3.61
2004	3,23	2.46	2.56	2.68	...	3.36	2.21	2.64	2.26	3.47
2005	3,41	2,16	2,32	2,52	...	3,69	2,11	2,42	1,5	3,49
2006	2,68	2,02	2,3	2,58	2,62	3,34	2,48	...	1,85	3,48
2007	...	1,86	...	...	...	3,18	...	...	...	3,3

Fuente: European Health for all database (HFA-DB). World Health Organization Regional Office for Europe, Update, October 2009. (<http://data.euro.who.int/hfadb>)

Neonatal deaths per 1000 live births - World Health Organization- Número de muertes de menores de 28 días de edad en un año, por 1.000 nacidos vivos en ese año.

Tabla 4. Indicadores de actividad obstétrica por Comunidades Autónomas, España, 2007

	Total de partos	Tasa de cesáreas	Recién nacidos vivos	% SNS	Fallecimientos maternos
Andalucía	96.988	24,62	98.242	83,41	2
Aragón	12.643	22,67	12.896	81,01	0
Asturias (Principado de)	7.876	21,78	7.974	92,98	1
Balears (Illes)	11.672	24,03	11.838	70,31	0
Canarias	20.645	21,05	20.855	84,85	0
Cantabria	5.117	25,72	5.163	86,57	1
Castilla-La Mancha	19.308	22,42	19.563	96,85	0
Castilla y León	19.730	28,99	20.118	89,01	1
Cataluña	83.130	26,86	84.705	71,59	3
Comunidad Valenciana	54.248	29,64	56.231	75,19	0
Extremadura	10.251	29,40	10.340	94,80	0
Galicia	21.333	27,91	21.591	87,73	0
Madrid	75.359	26,71	76.675	65,29	1
Murcia	18.778	23,07	19.196	85,10	2
Navarra (C. Foral de)	6.512	16,45	6.642	91,80	0
País Vasco	20.874	14,81	21.436	86,87	0
La Rioja	3.325	24,72	3.361	94,86	0
Ceuta y Melilla (C.A)	3.253	23,76	3.274	100	0
TOTAL NACIONAL	491.042	25,37	499.050	79,28	11

Fuente: MSC, Estadística de establecimientos sanitarios con régimen de internamiento, 2007 (Consultado, 1/10/09)

ANEXO B

Tabla resumen de las investigaciones cuantitativas

Autor	Tema	Herramienta	Périodo	Aplicadores	Población	Tasa de respuesta
Waldenström, 1998	Satisfacción con la continuidad del cuidado en el centro de nacimiento	3 cuestionarios autoadministrados (2º y 3º envío postal)	1º a la entrada; 2º un mes antes del nacimiento 3º dos meses después del nacimiento	3 cuestionarios 2 bases de datos del centro de nacimiento	Muestra aleatoria controlada de mujeres que van a parir en centro de nacimiento	No precisado claramente.
Lavender et al., 1999	Opiniones de las mujeres sobre el proceso de nacimiento	Pregunta abierta en un cuestionario auto-administrado	2º día después del parto	Una matrona investigadora distribuye el cuestionario. Varias opciones para su devolución: buzones, recepción del hospital, miembros del servicio y correo postal	Cohorte de primíparas seleccionadas al azar 615 participantes	84% al cuestionario 67% a la pregunta
Wen et al., 1999	Punto de vista de las mujeres en cuanto al centro de nacimiento y las matronas	Cuestionario de la encuesta nacional canadiense de población		3 preguntas sobre centros de nacimiento y cuidado por matronas	Muestra de mujeres 20-44 años, en la encuesta nacional de población (3438 mujeres)	86%
Hundley et al. 2000	Opinión sobre cuidado maternal	Cuestionario autoaplicado	Décimo día después del nacimiento	Cuestionario distribuido por las matronas y devuelto a los investigadores	Muestra representativa nacional -Escocia 1659 participantes	69 %
De Koninck et al, 2001	Comparación de la valoración de la atención con matronas y médicos	Cuestionario postal	2-3 meses después del nacimiento	Llamadas de relanzamiento	933 mujeres atendidas por matronas combinadas, a posteriori, con 1000 mujeres atendidas por médicos	93 % 76%

Autor	Tema	Herramienta	Périodo	Aplicadores	Población	Tasa de respuesta
O’Cathain et al., 2002	Percepción de la elección informada en el cuidado maternal	Cuestionario postal con 2 muestras distintas	28 semanas de embarazo 8 semanas después del nacimiento	Relanzamiento postal con un mini cuestionario 2 relanzamientos postales	12 maternidades hospitalarias, mujeres reclutadas en un periodo de 6 semanas muestra 1 : mujeres con 28 semanas de gestación muestra 2: mujeres que dan a luz 1 bebé	Tasa global : 64 % 65 % 64%
Elkadry et al, 2002	Memoria de los eventos clave del nacimiento	Cuestionario cara a cara 13 preguntas.	Hasta 10 semanas después del nacimiento	2 miembros del equipo de investigación y una enfermera del servicio	273 mujeres que dieron a luz 1 niño, en su último parto, en el hospital (reclutadas durante 4 meses)	100%
Hildingsson, 2003	Interés por tipos de cuidados y de parto diferente (domicilio / centro de nacimiento)	3 cuestionarios autoaplicados. Cf. Waldenström 2003, 2004 y Rudman 2004		Respuestas a preguntas correspondientes a los tres cuestionarios	Misma muestra que Waldenström y Rudman 4600 mujeres elegibles 3283 participantes	% participantes 1º cuést : 94 % 2º cuést. : 88% 3º cuést: 88%
Van Teijlingen et al., 2003	Satisfacción con la atención prenatal/natal / postnatal	Cuestionario autoaplicado (misma encuesta que Hundley et al, 2000)	Décimo día después del nacimiento	Cuestionario distribuido por las matronas y devuelto a los investigadores	Muestra representativa nacional -Escocia 1659 participantes	69%

Autor	Tema	Herramienta	Périodo	Aplicadores	Población	Tasa de respuesta
Waldenström, 2003	Opinión sobre la intensidad del dolor y la experiencia del nacimiento	3 cuestionarios postales autoaplicados : enviados y devueltos por el equipo de investigación, con sobre prepago	1° a la 15° semana de embarazo, 2° dos meses después del nacimiento 3° un año después del nacimiento	2 cartas de relanzamiento enviadas	Muestra nacional (estudio longitudinal) Mujeres reclutadas en 593 clínicas prenatales, durante 3 semanas en 1999 y 3 semanas en 2000. 4600 mujeres elegibles 3293 participantes	Tasas de respuesta generales (calculadas por nosotras) / elegibles: 1º cuest. : 67 % 2º cuest. : 60% 3º cuest. : 56% / participantes : 93%; 84%; 78% Por estas preguntas específicas : 2428 mujeres 53%/ elegibles 74%/ participantes
Rudman et al., 2007	Evaluación de diferentes aspectos del cuidado post-natal hospitalario	Cf. Waldenström, 2003		Preguntas en los cuestionarios 2 y 3	Misma muestra que Waldenström 4600 mujeres elegibles 3455 participantes (no explica diferencia con Waldenström)	Para estas preguntas específicas, 2338 mujeres /elegibles: 51% / participantes: 68%
Waldenström, 2004	Memoria y cambio de opinión sobre la experiencia del nacimiento	3 cuestionarios postales autoaplicados: enviados y devueltos por el equipo de investigación, con sobre prepago	1º) a la 15ª semana de embarazo, 2º) dos meses después del nacimiento, 3º) un año después del nacimiento	1 pregunta en cuestionarios 2 y 3	Muestra nacional (estudio longitudinal) Mujeres reclutadas en 593 clínicas prenatales, durante 3 semanas en 1999 y 3 semanas en 2000. 4600 mujeres elegibles 3293 participantes	



Autor	Tema	Herramienta	Périodo	Aplicadores	Población	Tasa de respuesta
Lewin, 2005	Experiencia y percepción del examen vaginal durante el proceso de nacimiento	Cuestionario postal	Un mes después del nacimiento	Reclutamiento por matronas. Cuestionario enviado y devuelto al hospital	3 unidades hospitalarias 104 primíparas	70 %
Hildingsson, 2007	Lo importante del embarazo y del nacimiento	3 cuestionarios autoaplicados cf . Waldenström 2003, 2004 y Rudman 2004 Pregunta abierta al final del 1º cuestionario	15º semana de embarazo	Respuesta a la pregunta abierta del 1º cuestionario	Misma muestra que Waldenström y Rudman 4600 mujeres elegibles 3293 participantes	827 mujeres / respondieron al 1º cuestionario : 27 %
Redshaw et al. 2007	Experiencia de las mujeres sobre el cuidado maternal	Cuestionario postal	3 meses después del nacimiento	Cuestionario y relanzamiento enviado por la Oficina Nacional de Estadística Cuestionario devuelto al equipo de investigadores (National Perinatal Epidemiology Unit).	Muestra nacional inglesa. 4800 mujeres	63 %
Public Health Agency of Canada, 2009	Encuesta nacional sobre la experiencia de la maternidad (opiniones, saberes, practicas, satisfacción etc.) desde antes del embarazo hasta después del post-parto.	Cuestionario por teléfono, duración media de 45 minutos	Entre 5 y 14 meses después del parto	Encuestadoras de Statistics Canada	Muestra nacional aleatoria estatificada de mujeres > 15 años que tuvieron un hijo en los 3 meses anteriores a la elaboración del censo de 2006 (n = 6421 mujeres)	77,9%

Tabla resumen de las investigaciones cualitativas

Autor	Tema	Técnicas	Período	Contactación informantes / escenarios	Población	Duración del trabajo de campo
Machin y Scamell (1997)	Experiencia del embarazo y del parto hospitalario	Observación participante y no participante Entrevistas semi-estructuradas	No precisado	Primera entrevista a domicilio y luego acompañamiento a: consultas prenatales hospitalarias, consultas con el médico de atención primaria, sala de parto y de post parto, Mismo procedimiento 2 entrevistas semi-estructuradas con cada mujer: 1ª durante el embarazo, 2ª después del nacimiento.	Noreste de Inglaterra 20 mujeres con estatus socio-económico medio bajo, contactadas por el National Health System, elegidas al azar de una lista facilitada por las matronas 20 mujeres con estatus socio-económico más alto, contactadas por el National Childbirth Trust local (que coordina los cursos prenatales) . Elegidas al azar a partir de las listas	
Bouffard y Grégoire, 1998	Balance de la experiencia de mujeres y hombres beneficiarios de la atención de las matronas en casas de nacimiento	Grupos de discusión Cuestionario de perfil		11 grupos de discusión repartidos en las 6 casas de de nacimiento del Québec	93 mujeres, primíparas y multíparas 85 de ellas rellenan un cuestionario de perfil	
McCourt et al., 2000	Continuidad del cuidador para mujeres de minorías étnicas.	Entrevistas semi-estructuradas	Entre 3-6 meses después del parto	Mujeres que no habían respondido a un cuestionario. Contactadas por carta o teléfono Posibilidad de entrevistas con intérprete. 1 caso con una somalí. Entrevistas a domicilio	20 mujeres: 10 con cuidado convencional 10 con cuidado (one-to-one).	

Autor	Tema	Técnicas	Périodo	Contactación informantes / escenarios	Población	Duración del trabajo de campo
Olsson et al., 2000	Discursos sobre el nacimiento en las consultas de matronas	Grabación en vídeo de las consultas Análisis de las interacciones y discursos	Desde la consulta de inscripción hasta la consulta post parto	Selección de matronas designadas como “buenas” y “experimentadas” en atención pre y post natal. Información a las mujeres en la primera consulta de la matrona y petición de colaboración Grabación de consultas ordinarias	Norte de Suecia Consulta de matrona en un centro de salud: 5 mujeres usuarias (a veces con sus parejas) 5 matronas mujeres < 14 semanas de embarazo, primíparas y multíparas, hablando sueco y sin enfermedad grave o crónica. 58 consultas analizadas	
Battaglini y Gravel, 2000	Aspectos asociados a la inmigración y vulnerabilidad de las mujeres	Entrevistas con mujeres inmigrantes Grupos de discusión con trabajadoras de perinatal en centros locales de salud		Entrevistas individuales con madres 3 grupos de discusión con 6/8 trabajadoras del servicio de atención perinatal.	Montreal 91 mujeres con bebé de 3-12 meses, primíparas/ multíparas viviendo en Québec desde hace más de 6 años	
Chalmers et al., 2000	Experiencia del parto y nacimiento para las mujeres somalíes en Canadá	Entrevistas con un guiñón cerrado de 122 preguntas	Mujeres que han dado a luz hace hasta 5 años en Canadá	21 sitios frecuentados por mujeres somalíes y técnica bola de nieve. Entrevistas a domicilio hechas con intérpretes-matronas Somalíes.	Toronto y alrededores 432 mujeres	Reclutamiento entre 1996 y 1999
Wilkund et al., 2000	Perspectivas de género en la experiencias del nacimiento de mujeres Somalíes en Suecia	Entrevistas con mujeres y hombres	Haber parido después de 1992 en la ciudad de Umea.	Contacto de las mujeres por teléfono con una interprete somalí. Entrevistas en los domicilios de las mujeres. Maridos contactados por un interprete somalí. Entrevistas en domicilios, lugares de trabajo de los informantes o los-as investigadores.	9 mujeres y 7 hombres residentes en la ciudad de Umea o alrededores.	Entrevistas durante un mes, en 1995

Autor	Tema	Técnicas	Périodo	Contactación informantes / escenarios	Población	Duración del trabajo de campo
Breikreutz et al. 2001	Experiencia de los cuidados de las matronas	Entrevistas con mujeres Entrevistas colectivas con matronas		Investigación-acción asociando profesionales e investigadores.	Saskatchewan y Manitoba 16 mujeres 11 matronas	
Stapleton et. al. (2002)	Uso de los folletos de "elección informada" oficiales, en atención maternal	Observación de consultas prenatales Entrevistas semi estructuradas con mujeres y con profesionales		Cuatro matronas-investigadoras Observaciones "puntuales" al inicio, luego mas selectivas para lograr diversidad de: edad, clase social, experiencia obstétrica, origen. 886 episodios de observación Más entrevistas con matronas que con otros profesionales (177/43) Entrevistas incluso con mujeres que rechazan la elección propuesta por la matrona; y con profesionales que usan folletos rechazados por otros colegas.	Escocia 13 servicios de maternidad mujeres embarazadas matronas, obstetras, anestesistas, ecografistas 383 entrevistas en profundidad	
Widmark C. et al., 2002	Encuentro entre matronas suecas y mujeres somalíes	Cuestionario (86) Entrevistas individuales (3) Grupos focales (8)		Selección de 3 hospitales, auto-cuestionario a las matronas para identificar las experiencias con mujeres Somalíes contacto con matronas en dos clínicas prenatales.	26 matronas	
Madi, Crow, 2003	Nivel de información de las mujeres, compromiso de matronas en informar y ayudar a elegir el lugar de nacimiento	Entrevistas no estructuradas a domicilio	No precisado	Distribución de folleto de información de la investigación por las matronas que trabajan en el hospital y en salud comunitaria durante las consultas. Consentimiento de la mujer a la llamada del investigador	Suroeste de Inglaterra 2 hospitales 33 mujeres 20 con previsión de parto en hospital 13 con previsión de parto a domicilio. Reclutadas a partir de 32 semanas de embarazo de bajo riesgo	

Autor	Tema	Técnicas	Período	Contactación informantes / escenarios	Población	Duración del trabajo de campo
Blix-Lindström et al., 2004	Satisfacción de las mujeres con la toma de decisiones sobre acelerar el trabajo de dilatación.	Entrevistas abiertas 1-3 días después del parto		Entrevistas en el área post-natal	4 hospitales de Estocolmo con servicio de maternidad. 20 mujeres con parto vaginal, tras 37 semanas de gestación que han recibido oxitócina para acelerar la dilatación	
Vadeboncoeur, 2004	Humanización del parto hospitalario	Observaciones generales (visitas, encuentros informales, consulta de documentos) Observaciones de partos y de mujeres durante la fase de dilatación Observación del trabajo de enfermería durante un turno Entrevistas semi estructuradas con mujeres o parejas Entrevistas con profesionales (enfermeras)	Observaciones desde la admisión de la mujer hasta el nacimiento Entrevistas	Estudio etnográfico Ayuda del Dpt° de obstetricia para el reclutamiento de mujeres (consulta de dossiers y lista de mujeres participantes en las visitas del servicio) Presencia en las visitas, llamadas a las mujeres. Consentimiento firmado de las mujeres Llamada de la investigadora cuando la mujer voluntaria llega al servicio para parir.	1 hospital de Montreal 30 entrevistas con profesionales (médicos y enfermeras) 15 observaciones de partos (fase dilatación y expulsión) 2 observaciones de mujeres en dilatación (mujeres > 18 años hablan francés o inglés) primíparas y multíparas seguidas por el médico de cabecera y otras por obstetras ginecólogos. 15 enfermeras 4 médicos 3 doulas 11 entrevistas con mujeres, algunos meses después del parto.	1 año

Autor	Tema	Técnicas	Périodo	Contactación informantes / escenarios	Población	Duración del trabajo de campo
“Collectif les accompagnantes”, 2005	Experiencias, necesidades y reivindicaciones de las mujeres	Entrevistas colectivas	Parto entre 2002 y 2004	Investigación-acción con investigadoras universitarias y profesionales Contacto telefónico con las mujeres interesadas. Petición del consentimiento y cuestionario socio-demográfico Constitución de 7 grupos de mujeres basados sobre los datos de los cuestionarios	Región de Québec 36 mujeres: con parto hospitalario (32) en casa de nacimiento (4) entre 2002 y 2004 Reclutadas a través de la difusión de información en medios locales, clínicas perinatales, casas de nacimiento y servicios comunitarios.	
Luque Fernández et al., 2005	Diferencias culturales en el parto	Observación participante en área de tocología y paritorio Conversaciones informales Entrevistas semi-estructuradas sobre la vivencia del parto, preferencias y dificultades.		Un hospital público. Observaciones y entrevistas integradas en la rutina del trabajo. Observaciones de las interacciones de los profesionales con las mujeres	20 mujeres de habla hispana, entrevistadas durante su estancia en el hospital.	5 meses de observaciones
Marshall, 2006	Consentimiento informado en cuanto a los procedimientos durante el proceso de nacimiento	Observaciones Entrevistas		Observaciones de profesionales y mujeres en un hospital. Durante el parto, hasta traslado de la mujer y del bebé al área postnatal. Entrevistas semi-estructuradas con las mujeres y las matronas dentro de las 24 horas siguientes	Este Midlands (Inglaterra) 100 mujeres con parto espontáneo, en la fecha prevista.	14 meses (abril 1997- junio 1999)
Dawn E., 2007	Dinámicas que contribuyen a la ausencia de mujeres negras caribeñas en consultas por depresión perinatal	Entrevistas en profundidad (parte de una investigación con metodología mixta : epidemiología / cualitativa)	Mujeres entrevistas 6-8 meses después del parto Entrevistas a domicilio	1 hospital y centros de salud comunitarios en áreas con fuerte densidad de negros caribeños.	Noroeste de Inglaterra (Manchester) 12 mujeres	



JUNTA DE ANDALUCIA