



UNIVERSIDAD DE MURCIA

FACULTAD DE ENFERMERÍA

TESIS DOCTORAL

**Estudio Exploratorio de la Humanización en la Atención
Perinatal de la Mujer del Área I de Salud de la Región de Murcia**

José Arnau Sánchez

Dirigida por:

Dra. María Emilia Martínez Roche

Dra. María de los Ángeles Castaño Molina

Murcia, 2012

A mi padre Antonio Arnau Cortés, siempre en mi memoria, al que tanta ilusión y satisfacción le hubiese dado compartir conmigo el final de mi trayectoria académica. A mi madre Herminia Sánchez Leal, por su infinito amor, cariño, comprensión y apoyo durante la realización de este trabajo y siempre. Muchas gracias a los dos por ser la fuente de inspiración en hacer realidad este sueño: mi tesis.

AGRADECIMIENTOS

En primer lugar quisiera expresar mi agradecimiento al Instituto de Salud Carlos III de Madrid por darme la oportunidad de ser investigador colaborador en el proyecto a partir del cual se empezó a gestar la tesis.

Mi gratitud especial a Antonio Beteta por el soporte y apoyo constante tanto en los malos y buenos momentos vividos en el desarrollo de este intenso trabajo. Así como su especial sentido del humor que venía como brisa fresca para continuar trabajando. Nunca lo olvidaré.

A mis hermanos Antonio, Hermi y Marisa por su infinita comprensión al no dedicarle el tiempo que merecían en momentos especiales de sus vidas. Pese a todo ello, deciros que siempre os he tenido en mi mente y en mi corazón.

Expresar mi más profundo agradecimiento a mi directora de tesis y amiga Dra D^a Maria Emilia Martínez Roche por su sabiduría, generosidad y empatía, su comprometida ayuda, excelentes aportes personales y académicos en el largo camino que hemos recorrido juntos. Mi más sincera gratitud de todo corazón. Y a la Dra D^a Maria Ángeles Castaño Molina por compartir sus invaluable conocimientos que me han servido para orientarme en este trabajo y darme, de una forma delicada y cariñosa, el impulso necesario para continuar trabajando. Gracias a mis dos directoras porque habéis sabido entender mi nerviosismo en momentos puntuales y comprender mis errores con paciencia, comprensión y, sobre todo, vuestro apoyo incondicional.

Dar las gracias de todo corazón al Dr. D. Francisco Meseguer Peña por sus aportaciones en el desarrollo de la tesis y tener esa disposición tan generosa siempre que lo he necesitado. Y A los Doctores Juan Luís Delgado, José Eliseo Blanco y Catalina de Paco por su inestimable colaboración al orientarme en el laborioso trabajo de la contextualización del estudio.

Mi reconocimiento especial y gratitud a mis compañeras/os Chitina, Concha, Carmen Rojo, Alejandro, Menchu, M^a Luisa Vidal, Encarna Lozano, Lucia, Viki e Isabel por estar ahí siempre que las he necesitado y facilitarme el acceso al campo, así como aquellos datos útiles para el estudio. Así mismo quisiera hacer este agradecimiento extensible a todas las matronas de la Región de Murcia y residentes de la Unidad Docentes de Matronas de la Universidad de Murcia porque cada una de ellas y ellos han aportado

su granito de arena a lo largo de los encuentros que hemos tenido durante estos cuatro años. Muchas gracias a todas y todos.

A mi gran amiga y compañera Mayte Martínez Ros por haber confiado en mí desde el principio y hacer énfasis en lo que podía dar de sí en el ámbito académico. También por las importantes aportaciones desarrolladas en el análisis, al facilitarme el camino para extraer aquellos datos necesarios del Servicio Murciano de Salud. Muchísimas gracias por haber estado y seguir estando siempre a mi lado.

A mis compañeras de investigación M^a Dolores y Rosario por compartir momentos tan importantes y divertidos durante el desarrollo del proyecto, así como agradecerlos de corazón la transmisión de vuestros conocimientos en este campo, pues me han sido de gran ayuda en el trabajo.

Especial mención quisiera hacer a la Dra D^a Encarnación Bas Peña porque con ella inicié mi andadura en el programa de doctorado y, sobre todo, por el cariño, comprensión, soporte y confianza transmitida durante todo el tiempo que hemos trabajado juntos.

Quisiera dedicar especial reconocimiento a obstetras, matronas y enfermeras que han colaborado en la realización de las entrevistas y grupos de discusión, aportando su experiencia profesional, sus percepciones y reflexiones. Su generosidad, esfuerzo personal son de incalculable valor. De igual modo, agradecer la participación de aquellas púerperas y sus parejas que gracias a sus testimonios ha sido posible el desarrollo de esta tesis.

A mis amigos Juan Guillén, José Manuel Miquel y Luís Murcia por estar siempre pendientes de mis avances en el trabajo, así como mis más sinceras disculpas por no haber disfrutado de vuestra presencia todo lo que me hubiera gustado.

A Cesar Carrillo por su gran corazón, amabilidad y apoyo constante en los momentos que lo he necesitado.

A mi amiga Pilar Castro por las interminables conversaciones en inglés y sus sabios consejos para ser cada día mejor persona. Y, por último a Tomás Zamora por su generosidad en explicarme todos aquellos enredos informáticos.

ÍNDICE GENERAL

INTRODUCCIÓN	1
--------------------	---

BLOQUE I: MARCO TEÓRICO

CAPÍTULO I. TEORIAS Y MODELOS EXPLICATIVOS SOBRE LA HUMANIZACION Y DESHUMANIZACIÓN DE LA ATENCIÓN PERINATAL	13
1.1. La Teoría Fundamentada: Orientación filosófica para el análisis del fenómeno de la humanización del proceso reproductivo	13
1.2. Modelo Biomédico	18
1.2.1. Análisis del Modelo Médico Hegemónico	18
1.2.2. Análisis del discurso médico sobre la secuencia reproductiva	25
1.2.3. Patologización de la reproducción	28
1.3. La humanización: un paradigma que emerge como modelo de asistencia obstétrica	39
1.3.1. Crisis del Modelo Médico Hegemónico	39
1.3.2. Regreso a la Maternidad Humanizada: consecuencias	41
1.4. Relación médico/a- paciente: elemento clave en el proceso de la humanización en la atención Perinatal	48
1.4.1. Perspectivas o enfoques de la relación médico/a – paciente	51
1.5. La Bioética Sanitaria	55
1.5.1. Valores y Actitudes	58
1.5.2. Emociones y Sentimientos.	70
1.6. Maternidad y Paternidad	76

CAPÍTULO II. FORMACIÓN DE MATRONAS Y MEDICOS

2.1. Aproximaciones históricas sobre la formación de las matronas	85
2.2. Aproximaciones históricas sobre la formación de los médicos/as.	113

CAPÍTULO III. CONTEXTO SOCIO-DEMOGRÁFICO Y SANITARIO

3.1. Análisis Socio-Demográfico: Europa, España y Región de Murcia.	133
3.2. Sistema Nacional de Salud y la Salud Sexual y Reproductiva.	150
3.2.1. Servicio Murciano de Salud.	152
3.3. Atención sanitaria en la salud sexual y reproductiva en la Región de Murcia	163

3.4. Programa Integral de Atención a la Mujer: niveles asistenciales y profesionales	173
3.4.1. Atención Primaria de Salud: proceso asistencial	177
3.4.2. Atención Especializada. Unidades Ginecológicas de Apoyo: proceso asistencial	180
3.5. Atención Especializada. Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca: proceso asistencial	184

CAPÍTULO IV. JUSTIFICACIÓN	221
---	------------

BLOQUE II. OBJETIVOS

CAPÍTULO V. OBJETIVOS GENERALES Y ESPECÍFICOS	227
--	------------

BLOQUE III. MARCO METODOLÓGICO

CAPÍTULO VI. METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN	231
---	------------

6.1. La Metodología Cualitativa	231
6.2. El Diseño de la Investigación	233
6.2.1. Muestreo	233
6.2.2. Unidades de Análisis	255
6.3. Proceso de Investigación	256
6.3.1. Análisis Documental	256
6.3.2. Técnicas de Recogida de Datos	263
6.3.3. Proceso de Análisis de Contenido	296
6.3.4. Evaluación	299
6.3.5. Consideraciones Éticas	301
6.3.6. Limitaciones del Estudio	302

BLOQUE IV. MARCO EMPÍRICO

CAPÍTULO VII. ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS	305
--	------------

7.1. Institucionalización del proceso reproductivo	306
7.1.1. El Parto sin Dolor	307
7.1.2. El Proceso Reproductivo. La Incertidumbre del Riesgo	310
7.1.3. El Hospital. Espacio de Seguridad y Protección	313
7.2. La Estrategia de Atención al Parto Normal	329
7.2.1. Difusión. Las Instituciones y Los/as Profesionales	331
7.2.2. Conocimiento. Equipo de Salud y Mujer	336
7.2.3. Implantación. Reacciones en el Ámbito Clínico	340
7.2.4. Desarrollo de las Líneas Estratégicas. Controversias y Ética Clínica	343

7.2.5. La Humanización de la Atención Perinatal. Interferencias	386
7.3. Emociones de la mujer y pareja en la Atención Perinatal. La estructura relacional y la Institución	449
7.3.1. Sentimientos Negativos de la Mujer y Pareja en la Atención Perinatal	449
7.3.2. Sentimientos Positivos de la Mujer y Pareja en la Atención Perinatal	481
7.3.3. Actitudes y Orientación en Valores de los /as Profesionales	488
CAPÍTULO VIII. CONCLUSIONES	517
8.1. Conclusiones	517
8.2. Propuestas de Mejora	542
8.3. Futuras Líneas de Investigación	555
REFERENCIAS	557

ÍNDICE DE FIGURAS

CAPÍTULO I. TEORIAS Y MODELOS EXPLICATIVOS SOBRE LA HUMANIZACIÓN Y DESHUMANIZACIÓN DE LA ATENCIÓN PERINATAL

Figura 1. Modelos de Interacción Clínica	50
Figura 2. Dimensiones e indicadores del Respeto	60
Figura 3. Dimensiones e indicadores de la Confianza	60
Figura 4. Dimensiones e indicadores del Diálogo	61
Figura 5. Dimensiones e indicadores de la Responsabilidad	61
Figura 6. Valores y Actitudes	62
Figura 7. Emociones positivas y negativas	71
Figura 8. Tipología de las emociones	72

CAPÍTULO II. FORMACIÓN DE MATRONAS Y MÉDICOS: RESEÑAS HISTÓRICAS

Figura 9. Programa de Formación de Matronas -2007	102
Figura 10. Programa de Formación de Matronas – 2010	103
Figura 11. Relación de profesorado de la Unidad Docente de Enfermería Obstétrico-Ginecológica (Matrona)	103
Figura 12. Plan de Estudios de Grado de Medicina – 2008	121
Figura 13. Competencias de la especialidad de Obstetricia y Ginecología	129

CAPÍTULO III. CONTEXTO SOCIO-DEMOGRÁFICO Y SANITARIO

Figura 14. Censo de la población de España y Región de Murcia	134
Figura 15. Evolución bienal de la población (1988-2008)	135
Figura 16. Pirámide de población – 2009	136
Figura 17. Incrementos porcentuales de población según Censos de 1981, 1991 y 2001 en las Comunidades Autónomas	137
Figura 18. Evolución de la Tasa de Fertilidad en la Unión Europea. (1970-2005)	139
Figura 19. Indicador Sintético de Fecundidad en países europeos por intervalos	139
Figura 20. Evolución de la Tasa de Fecundidad en España 1970-2005	140
Figura 21. Índice Coyuntural de Fecundidad. Región de Murcia	141
Figura 22. Índice Coyuntural de Fecundidad por Comunidades Autónomas	142
Figura 23. Evolución Edad Media de la Maternidad Europa y España	143
Figura 24. Evolución Edad Media de la Maternidad Región de Murcia	143
Figura 25. Tasa Natalidad Europa	144
Figura 26. Evolución de los nacidos vivos y la tasa bruta de natalidad (por 1.000 habitantes). 1975-2009	145
Figura 27. Tasa Bruta de Natalidad por Comunidades Autónomas – 2009	146
Figura 28. Mortalidad Materna en España	147
Figura 29. Mortalidad Perinatal en España I	148
Figura 30. Mortalidad Perinatal en España II	148
Figura 31. Tasa Mortalidad Infantil en Región de Murcia	149
Figura 32. Ordenación sanitaria de la Región de Murcia – 2009	154
Figura 33. Centros de Salud de Atención Primaria objeto de estudio. Ratio matronas / población (2009)	155
Figura 34. Mapa Sanitario de la Región de Murcia – 2009	156
Figura 35. Presión de Urgencias	157
Figura 36. Presión Asistencial	158
Figura 37. Recursos Humanos por turno de 24 horas en Unidad Urgencias – Paritorio y Unidad Hospitalización Gestantes	159
Figura 38. Recursos Humanos Unidad Urgencias – Paritorio: médicos/as	159
Figura 39. Estadística de partos en Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca. Años 2007,2008, 2009 y 2010	160
Figura 40. Porcentaje de Partos Eutócicos. Años 2008, 2009 y 2010	161
Figura 41. Porcentaje de Episiotomías en Partos Eutócicos. Años 2008, 2009 y 2010	161
Figura 42. Porcentaje de Acompañamiento en Unidad de Urgencias-Paritorio. Años 2008, 2009 y 2010	161
Figura 43. Porcentaje de Analgesia Epidural. Años 2008, 2009 y 2010	162
Figura 44. Porcentaje de Partos Instrumentales. Años 2008, 2009 y 2010	162
Figura 45. Porcentaje de Cesáreas. Años 2008, 2009 y 2010	162

Figura 46. Itinerario Asistencial de la Atención a la Mujer en el Proceso Reproductivo. Años: [1984, 2004]	169
Figura 47. Mapa conceptual. Niveles asistenciales	174
Figura 48. Itinerario asistencial en la atención a la mujer en el Proceso Perinatal. Programa Integral Atención a la Mujer. Años: [2003, 2010]	184
Figura 49. Límites iniciales de los subprocesos en Unidad de Día Obstétrica	188
Figura 50. Límites finales de los subprocesos en Unidad de Día Obstétrica	188
Figura 51. Límites Iniciales de los subprocesos en Área de Medicina Fetal	196
Figura 52. Límites finales de los subprocesos en Área de Medicina Fetal	197
Figura 53. Itinerario de Entrada de la consulta de Alto Riesgo Obstétrico. Límites iniciales de los subprocesos	215
Figura 54. Itinerario de Salida de la consulta de Alto Riesgo Obstétrico. Límites finales de los subprocesos	215
Figura 55. Límites de entrada y salida de los subprocesos- Unidad Urgencias-Paritorio, Unidad Hospitalización Puerperio y Unidad de Hospitalización de Gestantes	216

CAPÍTULO VI. METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

Figura 56. Análisis Contextual Entrevistas Matronas de Atención Especializada	273
Figura 57. Modificaciones de la Entrevista	281
Figura 58. Entrevistas a Puérperas y parejas. Centro de Salud de Puente Tocinos	285
Figura 59. Entrevistas a Puérperas y parejas. Centro de Salud de La Flota	286
Figura 60. Entrevistas a Puérperas y parejas. Centro de Salud de Santomera	287
Figura 61. Entrevistas a Puérperas y parejas. Centro de Salud del Barrio del Carmen	289
Figura 62. Entrevista a Puérpera y pareja. Centro de Salud del Barrio del Carmen - Domicilio	289
Figura 63. Entrevistas a Puérperas y parejas. Centro de Salud de Santa María de Gracia	291
Figura 64. Cronología Observación No Participante en los distintos niveles asistenciales	295

ÍNDICE ANEXOS (CD-ROM)

Anexo 1. Proyecto de investigación Instituto de Salud Carlos III Madrid. "Estudio Exploratorio sobre el Parto y Puerperio en la Región de Murcia".

Anexo 2. Plan de Estudios de Licenciado en Medicina -2001.

Anexo 3. Plan de estudios Licenciatura de Medicina (B.O.E nº 114, de 12 de mayo de 2007).

Anexo 4. Relación de especialidades en Ciencias de la Salud por el sistema de residencia.

Anexo 5. Habilidades del residente de Pediatría.

Anexo 6. Decreto Regional 27/87 - Anexo I.

Anexo 7. Zonas Básicas de Salud.

Anexo 8. Zonas Básicas de Salud adscritas al Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca.

Anexo 9. Programa de Atención a la Mujer. Marco General. INSALUD (1991).

Anexo 10. Subprogramas del Programa Integral de Atención a la Mujer.

Anexo 11. Programa Integral de Atención a la Mujer: Áreas, UGAS, Localización, Equipos de Atención Primaria y Hospital de Referencia.

Anexo 12. Guía Observación Participante desarrollada en el área de Maternidad (Dilatación/Paritorio).

Anexo 13. Carta a Gerente Atención Especializada.

Anexo 14. Carta a Gerente Atención Primaria.

Anexo 15. Carta a participantes en la Investigación (profesionales).

Anexo 16. Carta a participantes en la Investigación (puérperas y parejas).

Anexo 17. Testimonios. Categoría: Institucionalización del Parto.

Anexo 18. Testimonios. Categoría: Estrategia de Atención al Parto Normal.

Anexo 19. Testimonios. Categoría: Emociones Positivas y Negativas.

Anexo 20. Testimonios. Categoría: Orientación en Valores.

Anexo 21. Mapa Proceso Perinatal Atención Primaria y Especializada (Unidades Ginecológicas de Apoyo y Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca).

- A. Entrevistas en Profundidad a puérperas y parejas.
- B. Entrevistas Focalizadas a matronas.
- C. Grupos de Discusión a médicos/as.

I. INTRODUCCIÓN

A finales del siglo XIX, comienzos del siglo XX empieza a institucionalizarse y a medicalizarse el parto que hasta ese momento se realizaban en las casas y en general a cargo de mujeres, con la finalidad de disminuir las muertes maternas y neonatales. El proceso evolutivo de la humanidad y de la ciencia médica, unido a los cambios de vida en las nuevas sociedades, si bien es cierto que han contribuido de manera importante a la disminución de riesgos para la salud y a elevar el nivel de vida de nuestras familias, también han hecho que procesos tan naturales como el parto se asuman como vivencias mucho más complejas.

La asistencia perinatal ha experimentado en las últimas décadas un aumento de su calidad, medida en indicadores de morbilidad y mortalidad, pero las necesidades y expectativas de las mujeres y sus parejas han cambiado, así como la evidencia científica existente sobre la práctica clínica en el campo de la obstetricia. De manera que este hecho ha originado una intervención por parte de organismos nacionales e internacionales con la finalidad de revisar las prácticas obstétricas, explorando los indicadores cuantitativos que expresan la calidad de los cuidados asistenciales a la mujer durante el periodo reproductivo. Desde el Observatorio de Salud de la Mujer de la Dirección General Agencia de Calidad del Ministerio de Sanidad y Consumo, se elabora la propuesta de Estrategia de Atención al Parto Normal, la cual es aprobada por el Pleno del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional del Sistema Nacional de Salud en Octubre de 2007, con las aportaciones de las personas e Instituciones que han participado para la elaboración del documento de consenso. De acuerdo con los datos publicados por La Organización Mundial de la Salud y el Ministerio de Sanidad y Consumo, España comparada con los países del entorno europeo presenta unos valores que invita a reflexionar sobre el modelo de cuidados en atención obstétrica que se está llevando a cabo en nuestro país.

Actualmente, pese a que “los indicadores de seguridad en nuestro país son buenos con respecto a los países de nuestro entorno” (M.S.C., 2007, p. 4), asistimos a un modelo de

atención obstétrica fuertemente institucionalizado donde existe un gran intervencionismo del proceso reproductivo, sometiendo a la mujer a una subordinación del aparato médico. Esto se debe a sus discursos desde un enfoque de dolor y riesgo, que tienden a representarlo como un evento patológico que necesita ser controlado con la finalidad de eliminar cualquier amenaza que pueda interferir el curso de la atención perinatal.

Estos planteamientos han permanecido a lo largo de los años en el imaginario social, de modo que el Modelo Médico Hegemónico (en adelante M.M.H.) ha influido en la institucionalización del parto en la cultura occidental, constituyendo el eje principal bajo el cual los/as profesionales relacionados con el proceso reproductivo, a través del proceso de formación PreGrado y PostGrado, han adquirido una forma de pensar y representar los conceptos acerca de la salud y la enfermedad, dando lugar un modelo de asistencia conformada bajo la ideología del pensamiento médico hegemónico. Del mismo modo, a través de él han adquirido unos valores que guían la actitud de los/as profesionales en sus prácticas asistenciales.

Esta situación ha tenido repercusiones negativas en la manera que tanto la mujer como su pareja experimenta la vivencia del embarazo, parto y puerperio, dado que al estar sometido al poder de la Institución, queda expropiada de su cuerpo por el conocimiento científico, técnico y racional de la medicina. Desde esta perspectiva, la usuaria deja de ser protagonista del proceso, viviendo estas experiencias como algo negativo.

Ante estas situaciones, las organizaciones anteriormente mencionadas comienzan a cuestionar los discursos que emergen del pensamiento médico hegemónico, dado que éste puede no ser apropiado para un tipo de atención asistencial que no entra dentro de los cánones de lo que se entiende como enfermedad. En base a ello, se inicia una campaña de reflexión focalizada en la revisión de las prácticas asistenciales sobre el cuidado de la mujer con la finalidad de reducir el intervencionismo superfluo e iatrogénico sobre un proceso que no es considerado patológico. De igual manera, se revisa la importancia de su protagonismo con el objetivo primordial que tanto la mujer y su pareja sean sujetos activos durante todo el proceso perinatal, respetando el derecho de autonomía y decisión sobre el mismo.

Por tanto, surge la necesidad a nivel mundial de un cambio en la vivencia de la maternidad donde exista una mirada integral, teniendo en cuenta aspectos no sólo biológicos sino también sus componentes psicológicos, familiares y sociales (Brusco,1998); dimensiones que conforman una atención más humanizada de la asistencia obstétrica. Relacionado con lo anterior, se contempla como eje importante de la humanización la naturaleza de la interacción clínica que se establece entre los/as profesionales y la usuaria; de manera que ejercerá una importante influencia en dar calidez y humanidad al proceso. Esta propuesta de humanización, parte de concebir el nacimiento como una experiencia natural, que involucra a ambos miembros de la pareja y destaca la importancia de propiciar un ambiente relajante y familiar, que favorezca la intimidad y libre desenvolvimiento del proceso, devolviendo la autonomía y protagonismo a la pareja; haciendo primar las necesidades y deseos de los padres y el bebé, antes que las rutinas y prácticas hospitalarias.

Esta tesis y el objeto de estudio derivan de mi participación como investigador en un Proyecto de Investigación presentado en el Instituto de Salud Carlos III del Ministerio de Sanidad y Consumo, el cual fue aprobado en diciembre del año 2007, con expediente nº PI 071286 y cuyo título es “Estudio Exploratorio del Fenómeno de la Humanización en el Parto y Puerperio” (Anexo 1). El proyecto inicialmente nos ubicaría sobre la temática de la tesis que pretendía abordar. Durante el periodo dedicado a la revisión bibliográfica, adquirimos un corpus de conocimientos exhaustivo sobre el fenómeno de la humanización que nos hizo reflexionar sobre algunas cuestiones referentes al enfoque de estudio. En primer lugar, dado el interés que despertó el fenómeno de análisis decidimos no sólo abordarlo en la secuencia reproductiva dedicada al parto y puerperio, sino hacerlo extensivo a toda la atención perinatal. La finalidad era tener una visión global sobre las prácticas asistenciales que ofrecen los/as profesionales desde los distintos niveles asistenciales, así como las percepciones, satisfacción y sentimientos que emergen en las mujeres y sus parejas en la intervención profesional.

Al adentrarnos en el fenómeno de la humanización surgieron preguntas que iban a ser la antesala de lo que posteriormente constituiría el eje de la investigación: ¿Qué es exactamente la humanización? ¿Cómo representan los/as profesionales sanitarios este concep-

to? ¿Qué influencia tienen los discursos del equipo asistencial en la vivencia de la maternidad? ¿Cuáles son las percepciones y sentimientos de las mujeres y sus parejas en relación a la experiencia vivida? ¿Qué papel tienen las instituciones en la humanización del proceso reproductivo; lo favorecen o lo obstaculizan? ¿Cuál es la reacción del equipo de salud ante un paradigma diferente que emerge con fuerza dentro del ámbito de la obstetricia? ¿Qué elementos operan para que los/as profesionales tengan una orientación determinada en su actividad asistencial y repercutan en la humanización de sus prácticas?.

Ante estas cuestiones inicialmente planteadas nos formulamos una serie de objetivos principales que orientarían la investigación; en primer lugar las representaciones ideológicas que emergen del M.M.H. y que el equipo de salud relacionado con la atención perinatal posee sobre la humanización de dicha asistencia, dado que este aspecto explicaría el sentido de sus actividades en el ámbito laboral. Al hablar de representaciones lo hacemos porque “integran fenómenos cognitivos con implicaciones afectivas y normativas, que moldean una determinada manera de interpretar la realidad, y que dan sentido a la experiencia (...) y establecen la guía para la acción, aunque no siempre la determinan (Menéndez di Pardo, 1996:54)” (Montes, 2007, p. 7). De igual modo, dado que estas representaciones influyen en la actitud asistencial, se exploraría las prácticas profesionales según las recomendaciones de la Estrategia de Atención al Parto Normal, así como la estructura relacional que se establece entre matronas, enfermeras y médicos/as con la mujer y su pareja, y los sentimientos generados producto de la interacción. De esta forma se conocería las percepciones de la experiencia vivida sobre la maternidad, orientándonos sobre la calidez y humanidad de la interacción.

Para el desarrollo del estudio se acotó el ámbito del estudio en el Área I de Salud de la Región de Murcia, tomando como referencia el Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca y seis Centros de Salud pertenecientes al mismo Área. El eje de la investigación fue centrado en los sujetos de estudio: por un lado, constituido por matronas y médicos/as de Atención Primaria de Salud y Atención Especializada, y por otro, las puérperas y sus parejas. Respecto al equipo de salud, nos acercáramos a cómo representan el universo simbólico acerca de la maternidad, cómo entienden el fenómeno de la humanización y cómo reaccionan ante el

cuestionamiento de la evidencia científica sobre sus prácticas en la atención perinatal, tal como manifiesta la Estrategia de Atención al Parto Normal. También nos centraríamos sobre el estilo de interacción clínica que se establece durante el proceso asistencial, qué tipo de organización asistencial llevan cabo en la atención y su repercusión en la calidad asistencial y satisfacción percibida por la mujer y su pareja.

Consideramos fundamental contar con la participación de las gestantes, puérperas y parejas ya que son los principales receptores de la atención asistencial de las matronas, enfermeras y médicos/as. Este grupo contribuiría a manifestar las emociones, sentimientos y percepciones que surgen de la atención ofrecida por los/as profesionales durante todo el itinerario asistencial. Por tanto, son sujetos de estudio valiosos por ofrecer un discurso productivo para el análisis cualitativo de los factores que operan en la humanización y deshumanización de la práctica asistencial. De igual modo, a través de sus discursos nos ofrecerían datos relevantes que ayudarían a realizar una aproximación sobre los valores de los/as agentes de salud analizando las actitudes de los mismos. Estos relatos nos enmarcarían aún más sobre la realidad asistencial que se está viviendo en el ámbito de estudio seleccionado, tomando conciencia de la asistencia sanitaria.

Con la finalidad de introducirnos en estas cuestiones, la tesis se estructura en cuatro grandes bloques: el primero de ellos describe el marco conceptual, la formación de las matronas y médicos/as, y el análisis contextual del Área de Salud seleccionada. El segundo y tercer bloque dedicado a la metodología llevada a cabo para conseguir los objetivos propuestos y, finalmente, un último bloque en el que se exponen los resultados, conclusiones, propuestas de mejora extraídos de los hallazgos encontrados y las líneas de investigación que se derivan del estudio.

La primera parte se estructura en tres capítulos. El primero de ellos dedicado al marco conceptual donde se exponen los planteamientos teóricos y estado de la cuestión acerca del fenómeno que vamos a investigar. Este queda dividido en seis apartados:

El primero hace referencia a la orientación filosófica desde la que enfocamos el estudio. La investigación ha sido basada en la Teoría Fundamentada en los Datos “Grounded Theory”(Glaser, y Strauss,1967), a partir de la cual intenta explicar una realidad social a par-

tir de las interacciones que se establecen entre los actores sociales que participan en un determinado contexto. Con ello se pretende averiguar los significados simbólicos de dicha relación y la interpretación que los sujetos dan a la misma.

En el segundo punto nos adentramos en el análisis del M.M.H., su definición, características. Profundizamos en cómo este modelo construye y deconstruye los conceptos de salud y enfermedad, justificando su práctica asistencial de una manera dogmática. El detalle de centrarnos en el análisis de este punto son las aportaciones que ofrece a la investigación al conocer las directrices bajo las cuales queda sustentada la biomedicina, focalizadas en el pensamiento tecnocrático, racional y científico, aspecto que nos hace entender la naturaleza de los discursos sobre la secuencia reproductiva. Por tanto, nos ubica en sobre el control y dominación que el aparato médico ejerce a través de sus discursos sobre el riesgo y el dolor del proceso reproductivo.

En el tercer punto dedicado a la humanización, reflejamos la decadencia del modelo biomédico como pensamiento hegemónico que dirige la atención obstétrica. Como ya mencionábamos anteriormente, en este capítulo profundizamos en el cuestionamiento de los discursos que se derivan de la biomedicina. Seguidamente nos adentramos en los antecedentes históricos que explican el fracaso de la medicina sobre el intervencionismo del parto a lo largo de las últimas décadas. Posteriormente, hacemos una incursión en la Estrategia de Atención al Parto Normal, resultado de la intervención del Ministerio de Sanidad y Consumo, presentando estudios comparativos relacionando los tipos de asistencia obstétrica con la calidad de atención maternal y perinatal que se da en el entorno europeo. En base a estos datos, se pretende impulsar una maternidad respetada y humanizada, ofreciendo los estándares de seguridad.

Respecto al cuarto punto, pretendemos ofrecer una panorámica del papel que ejerce la relación médico/a paciente en la humanización de la atención perinatal, exponiendo los diferentes tipos de interacción clínica que tiene lugar en el ámbito clínico y sus repercusiones tanto en la mujer como en su pareja. Así mismo, presentamos los estilos de relación que emergen ante un nuevo escenario asistencial.

En el quinto punto se presenta la importancia de la bioética sanitaria y su relación en el fenómeno de la humanización. Intentamos presentar los principios éticos que emergen de la relación profesionales /usuario, haciendo hincapié en la estrecha relación existente entre la bioética, los valores y las actitudes de los/as profesionales en el proceso asistencial. Intentamos dar sentido a la bioética a través del principio de autonomía y libertad de la mujer en la toma de decisiones y como ésta está determinada por el estilo de relación establecida. Así mismo enfatizamos sobre los valores y actitudes de los/as profesionales basados en el respeto, la confianza, la responsabilidad, el diálogo, comunicación empática, autenticidad, especificidad, comprensión y humanidad como forma de aproximarnos a una relación más humana. Relacionado con esto último, este punto pretende aclarar la emergencia de sentimientos negativos o positivos dependiendo del tipo de actitudes y orientación en valores que se presente en la interacción clínica.

Finalmente, incluimos la maternidad y paternidad como categorías de análisis, mostrando, desde un plano teórico, la reordenación de los universos simbólicos y un nuevo sentido sobre los mismos.

El Capítulo dos se detiene en la formación de las matronas y los médicos/as. En este apartado se expone la evolución histórica basada en fechas que representan hitos, amparándonos en un exhaustivo soporte legislativo. Se ha enfatizado en el empoderamiento adquirido por la matrona a lo largo de la historia como consecuencia de la formación, especialmente en los últimos años. De igual modo se ha mostrado cómo la formación basada en habilidades de comunicación y valores determina la naturaleza de la relación entre la matrona y la mujer. En lo que respecta a los médicos/as se ha intentado demostrar, presentando los programas formativos, cómo la formación ha estado centrada en la patología, la tecnología, el diagnóstico y tratamiento. Hemos resaltado que esta visión de la medicina genera unos discursos tendentes a la patologización, influyendo en la relación que se establece con la mujer durante la atención perinatal. De igual modo, con los nuevos programas de formación se observa un salto cualitativo de los/as profesionales al presentar otro tipo de medicina menos dogmática y formada en valores y actitudes compatibles con la humanización.

El contexto socio-demográfico y sanitario lo presentamos en el Capítulo tres. Desarrollamos un análisis detallado y comparativo de Europa, España y Región de Murcia, llegando a dos conclusiones importantes; por un lado, que tiene un crecimiento positivo mayor al de resto de Comunidades como consecuencia del fenómeno de la inmigración y, por otro, que la tasa bruta de natalidad es la más elevada con respecto a España y a los países del resto de Europa. Dentro de este capítulo nos detenemos para presentar el análisis sanitario del proceso asistencial de la Región de Murcia, con un estructurado soporte legislativo, presentando el Área I de Salud desde una visión socio-demográfica; analizando la organización y ordenación territorial de la misma e introduciéndonos en la distribución de los Centros de Salud y hospitales de referencia. Finalizamos este apartado describiendo pormenorizadamente la organización asistencial e itinerario asistencial de la atención reproductiva tanto en Atención Primaria de Salud como en Especializada.

El Capítulo cuarto lo dedicamos a justificar el estudio, arguyendo las razones por las que se inicia la investigación, así como la formulación de preguntas que nos conduce al planteamiento de los objetivos que se pretenden alcanzar con la misma.

El segundo bloque contiene el Capítulo quinto que contempla los objetivos del estudio. Iniciamos la investigación sin hipótesis preestablecidas, ya que seguimos el método inductivo de análisis.

El tercer bloque comprende el Capítulo sexto que se centra en la metodología de la investigación, la cual incluye el diseño y proceso de la misma. El primer punto abarca el diseño de la muestra, estableciendo los criterios de selección, especificando entre genéricos y selectivos; así como los de inclusión y exclusión. Posteriormente realizamos una amplia descripción del universo de la muestra, tanto profesionales como puérperas y sus parejas. Nos introducimos en el proceso de la investigación comenzando con un análisis documental, detallando las bases de datos y fuentes de datos específicos consultadas, así como los descriptores utilizados para localizar las fuentes.

Así mismo, reflejamos las técnicas de recogida de datos, pertenecientes al paradigma cualitativo de la investigación: Grupos de Discusión, Entrevista en Profundidad, Entrevista Abierta Focalizada, Observación Indirecta No Participante y el Diario de campo. En este apar-

tado se le da énfasis a la descripción de cada una de las técnicas, especificando la utilidad y las razones de aplicación. Por otro lado, se explican los métodos de validación, aplicación y ejecución empleadas en las mismas; así como una descripción densa del análisis contextual en cada una de ellas. Finalizamos esta sección con el proceso llevado a cabo para el análisis de contenido, las consideraciones éticas del estudio y las limitaciones encontradas por el investigador a lo largo de la investigación.

En el cuarto bloque exponemos los resultados obtenidos tras el proceso de análisis de contenido de los datos, todo ello contenido en el Capítulo siete. Estos son divididos en tres grandes categorías:

La primera está centrada en los procesos que operan en la Institucionalización del proceso reproductivo en el área de estudio, focalizando el dolor y el riesgo como discursos de control y dominación procedentes del aparato médico. Analizamos cómo son percibidos por la población de estudio y nos adentramos en la influencia de la organización asistencial y el intervencionismo al que son expuestas las mujeres en la atención perinatal. Por otra parte, exploramos las representaciones que las usuarias poseen sobre la tecnología como forma de erradicar el miedo y la incertidumbre ante la inseguridad vividas durante la embarazo, parto y puerperio.

La segunda categoría está dedicada a la Estrategia de Atención al Parto Normal. En ella presentamos los resultados acerca de la divulgación del documento a través de las instituciones, el impacto de éste sobre el equipo obstétrico y la actitud de cambio o resistencia por parte del mismo. Dedicamos un apartado al análisis de las recomendaciones para comprobar si existe o no desajuste sobre la praxis obstétrica aplicada, deteniéndonos en el análisis detallado y pormenorizado, y exponiendo las ventajas e inconvenientes de llevarlas cabo, así como las percepciones que tanto los/as profesionales como la usuaria tienen de las mismas. Así pues, lo que pretendemos es observar la repercusión de las líneas estratégicas que vienen contempladas en la propuesta del Ministerio.

De igual modo, se hace una descripción de los resultados obtenidos sobre los problemas encontrados relacionados con la toma de decisiones, analizando el uso del Consentimiento Informado y del Plan de Parto, tal y como señala la segunda línea estratégica. Se

analiza las relaciones que se establecen entre la mujer y el equipo asistencial con respeto a este aspecto, así como los dilemas éticos que surgen derivados de la naturaleza de la interacción clínica que se lleva a cabo en el itinerario asistencial de atención perinatal.

Tras los resultados obtenidos del análisis del documento y su repercusión en la humanización de las prácticas asistenciales, obtuvimos una subcategoría que ponían de relieve otros aspectos que igualmente interfería en la calidad asistencial a la mujer. Estos están relacionados con las representaciones culturales que tanto los/as obstetras como las matronas poseen sobre el concepto de parto natural, normal y humanizado, la organización asistencial y las interferencias en la aplicación del documento, las relaciones de poder entre los distintos estamentos, el productivismo en la atención asistencial, la orientación formativa de los/as profesionales, los dilemas e incertidumbre que surgen en los mismos para la elaboración de guías de actuación en el ámbito asistencial, los conflictos interprofesionales en el contexto laboral y su repercusión en el trabajo en equipo.

Con respecto a la última categoría, se presentan los resultados obtenidos referentes a los sentimientos de la mujer y su pareja como consecuencia de las experiencias vividas producto de la interacción con la estructura y los/as agentes de salud. Focalizamos el estudio en los sentimientos negativos relacionados con el miedo, la tristeza y la vergüenza, así como los positivos pertenecientes a la alegría, el amor, la felicidad y la euforia. Todo ello resultado de las percepciones y expectativas de la mujer surgidas a lo largo de todo el circuito asistencial. Así mismo, se refleja la vinculación de los sentimientos con el tipo de interacción clínica predominante en los distintos niveles asistenciales entre el equipo de salud, la mujer y la pareja, así como de la actitud de los/as profesionales producto de la orientación hacia unos valores más o menos humanistas.

Por último, planteamos una conclusión final con los resultados obtenidos, así como las propuestas de mejora con la finalidad de aportar soluciones a las dificultades relacionadas con la humanización en la atención perinatal y mejorar la calidad asistencial de la mujer, proporcionándole una mayor satisfacción de la experiencia vivida tanto a ella como su pareja. De este modo, se exponen posibles líneas de investigación que podría profundizar en as-

pectos relacionados con la humanización de las prácticas obstétricas y redundar en la calidad asistencial. Todo ello recogido en el Capítulo octavo.

El autor desearía matizar que con las revisiones y planteamientos desarrollados a lo largo de esta tesis, se ha pretendido desarrollar un estudio exploratorio sobre el fenómeno de la humanización de la atención perinatal en un área de salud determinada de la Región de Murcia, analizando los discursos de los sujetos de estudio extraídos de técnicas de recogida de datos de corte cualitativo. Al tratarse de una investigación cualitativa analizamos un hecho desde la subjetividad, contrastando la realidad percibida por el investigador con teorías pertenecientes a las disciplinas antropológicas, pedagógicas, psicológicas, biomédicas y socio-sanitarias, por tanto, “puede ser interpretado como político, militante y excesivamente crítico (...) pues la investigación cualitativa tiene la capacidad de hacer visibles situaciones que no somos capaces de advertir de otras maneras” (Blázquez, 2009, pp. 25-26). Estos planteamientos, que en ocasiones puede resultar expresados de forma crítica y contundente, son asumidos por el investigador.

BLOQUE I: MARCO TEÓRICO

CAPÍTULO I. TEORIAS Y MODELOS EXPLICATIVOS SOBRE LA HUMANIZACIÓN Y DESHUMANIZACIÓN DE LA ATENCIÓN PERINATAL

1.1. LA TEORÍA FUNDAMENTADA. ORIENTACIÓN FILOSÓFICA PARA EL ANÁLISIS DEL FENÓMENO DE LA HUMANIZACIÓN DEL PROCESO REPRODUCTIVO.

El estudio del fenómeno de la humanización en la atención perinatal es un proceso complejo que requiere la aplicación de una orientación filosófica capaz de adentrarse en todos aquellos datos que den explicación al mismo. Este estudio gira en los siguientes ejes: el análisis del modelo médico hegemónico y su repercusión en las prácticas profesionales, la actitud de los/as profesionales en función de las representaciones ideológicas sobre los procesos de salud y enfermedad y por último, el impacto que tiene en los usuarios/as según los distintos modelos de relación clínica que tienen lugar en el ámbito institucional. En base a estos aspectos la Teoría Fundamental, desarrollada por Glaser y Strauss en 1967, surge como el método adecuado para la identificación de este proceso social cuyo núcleo central es el comportamiento de la conducta humana a través del análisis de las relaciones que se establecen producto de la interacción de los actores.

Al estar enraizada en el interaccionismo simbólico (Blumer, 1969) y dada la realidad social específica que pretendemos estudiar, podemos extraer el significado simbólico de los usuarios/as acerca de acontecimientos relacionados con el proceso reproductivo de la mujer, de su interacción con los médicos/as y profesionales sanitarios en la atención de la mujer durante todo el proceso. Así como “interpretar los procesos y resultados juzgados en

base a los criterios científicos” según dicta el pensamiento médico hegemónico (Vivar y otros, 2011, p. 285), ya que el estudio del comportamiento humano y el mundo social mediante la Teoría Fundamentada está sustentada en una base empírica, llevada a cabo a través del análisis comparativo (Kendall, 1999, p. 745) (Traducción propia).

Kendall, J. (1999). *Axial coding and the grounded theory controversy*. ‘Grounded Theory is a research methodology derived from the assumptions and theoretical underpinnings of symbolic interactionism and a method for systematically deriving empirically based theories of human behavior and the social world through an ongoing process of comparative analysis’

Según pone de manifiesto Blumer, el interaccionismo se asienta en tres premisas: “1) los seres humanos actúan ante las cosas con base al significado que éstas tienen para ellos; 2) el significado de estas cosas se deriva o emerge de la interacción social que se tiene con los otros; 3) estos significados se usan y transforman por medio de los procesos interpretativos que la persona emplea a medida que se enfrenta a distintas situaciones (Blumer, 1969)” (De la Cuesta, 2006a, p. 137). De este modo, el análisis de la interacción permite estudiar las representaciones ideológicas normas, conductas, valores, universos simbólicos del equipo de salud, así como las percepciones y sentimientos de la mujer como los de su pareja en relación al embarazo, parto y puerperio. Todo ello, resultado de la interacción con el equipo de salud que le atiende. Así pues, “la interacción constituye el centro de observación de la teoría fundamentada (Chenitz y Swanson, 1986)” (Burns, y Grove, 2011, p. 394).

Esta orientación filosófica, que tradicionalmente ha sido aplicada a estudios sociológicos, también resulta útil en otras áreas de conocimiento tanto a nivel nacional como internacional. Sobre este aspecto existen múltiples trabajos relacionados con otras áreas de conocimiento que la han utilizado como por ejemplo, las llevadas a cabo en:

“gestión turística y hotelera (Connell y Lowe, 1997), management (Henwood y Pidgeon, 1995), creación de empresas (Douglas, 2004a, 2004b), sistemas de información (Goldkuhl, 2004), investigación en dirección de empresas (Locke, 2001), innovación (Lowe, 1995)(...). En España podemos observar un creciente interés por el uso de esta metodología en diferentes áreas de trabajo; entre ellas podemos destacar: estudios sobre la innovación (Carrero, 1998; Orengo, 1999; Caro, 2001); formación (Carvalho, 2001; Lozano, 1992; Bernal, 1996); sociología (Quesada, 2001; Massot, 2001; Barrón, 2000); inmigración (Soriano, 2002) (...)” (Cuñat, 2007, pp. 1-2)

Así mismo, es cada vez más usada dentro del ámbito de la salud con la finalidad de hacer aproximaciones a las realidades, experiencias, sentimientos y emociones de los agentes que interactúan en el ámbito sanitario (Vilchez, 2010). Los fenómenos derivados de las prácticas asistenciales y aquellos aspectos relacionados con la ética biomédica fruto de una interacción normativizada bajo la ideología del pensamiento médico hegemónico han sido ampliamente demostrados a través de estudios realizados desde el ámbito de la Enfermería. Según mencionan Vivar y otros (2011)

“Jaramillo y otros (2005) realizaron un estudio de Teoría Fundamentada para explorar el proceso de toma de decisiones de las parejas en temas relacionados con la reproducción; un estudio similar fue el realizado por Sabater y Almícar (2004) en una unidad de hospitalización a domicilio”. Otros estudios relevantes fueron los realizados por Leyva- Moral (2008) sobre el silencio de los profesionales; y el llevado a cabo por Vivar y otros (2009) acerca de las respuestas de las enfermeras sobre el cuidado del paciente con recidiva de cáncer; el desarrollado por González Gil (2008) sobre la conceptualización que las enfermeras hacen de la muerte infantil” (p. 285).

De igual modo, son importantes los trabajos desarrollados por Carmen de la Cuesta, tales como “significado del embarazo en la adolescencia: la dimensión sentimental (2000)”; Contexto del embarazo en la adolescencia (2001) y “el cuidado del otro: desafíos y posibilidades (2007)” entre otros.

Se demuestra, pues, que esta técnica de investigación de rigor científico (Charmaz, 1990) es utilizada para la exploración de fenómenos que se derivan del paradigma post-positivista, aportando conocimientos exhaustivos acerca de una realidad específica de estudio. Como cualquier otro método analítico, la Teoría Fundamentada ofrece una manera de representar la realidad del fenómeno que estamos estudiando. Esta es utilizada con la finalidad de crear categorías teóricas a partir de los datos obtenidos y analizar las relaciones relevantes que hay entre ellas.

Un estudio de Teoría Fundamentada, según apunta Charmaz, “se inicia con una pregunta general, no con hipótesis (...) enfatiza el descubrimiento y el desarrollo de la teoría sin basarse en el razonamiento deductivo apoyado en un marco teórico previo (Charmaz,

1990)” (De la Cuesta, 2006, p. 138). Por consiguiente, ésto hace que se empleen estrategias características del método inductivo.

“Primero, la recolección de los datos y el análisis transcurren de manera concurrente, segundo, los datos determinan los procesos y productos de la investigación y no marcos teóricos preconcebidos, tercero, los procesos analíticos suscitan el descubrimiento y desarrollo teórico, y no la verificación de teorías ya conocidas, y cuarto, el muestreo se realiza con base en lo que emergen de los datos, se le denomina muestreo teórico que sirve para refinar, elaborar y completar las categorías mediante un proceso de análisis y fragmentación de los datos recogidos, y por último, el uso sistemático de los procedimientos analíticos lleva a niveles más abstractos de análisis (Charmaz, 1990)” (De la Cuesta, 2006, p. 138).

La metodología representada por esta corriente teórico-metodológica está basada en el uso de la codificación de los datos obtenidos en categorías. Así, se compara continuamente datos recientemente codificados en una categoría con los datos anteriormente codificados de la misma para desarrollar sus características. El trabajo con la codificación continúa hasta que se ha alcanzado el nivel de saturación teórica, de modo que nuevos análisis no contribuyen a descubrir una nueva categoría. A partir de todas las categorías emergentes y su interrelación se construye la categoría nuclear, la cual “es resultado de la reducción de las categorías volviéndose teóricamente saturadas a través de la cual la Teoría queda delimitada” (Soares, Luzia, Lorenzini, Giacomelli, Conceição, y Lima, 2011, p. 58). Esta es capaz de interpretar y dar sentido al fenómeno que estamos explorando. Por tanto, estamos ante un método de investigación cualitativo e inductivo que permite la extracción de teorías a partir de los datos analizados y comparados.

Al estar sustentada en el interaccionismo simbólico, nos permite comprender e identificar la realidad de un fenómeno social que tiene lugar en un contexto determinado donde la interacción está regida, dominada y socializada bajo la égida del modelo biomédico, aportando significados sociales complejos que se manifiestan a partir de situaciones y realidades vividas por el ser humano; “propias de un proceso de interrelaciones e interpretaciones de significados compartidos por un grupo o comunidad que podrán manipular, redefinir y modificar sus sentidos” (Soares y otros, 2010, p. 57). En esta estructura relacional emerge un comportamiento humano, el cual se orienta a las posibles

reacciones de los demás mediante símbolos, formándose modelos de expectativas reciprocas de conducta integrados en el curso de la interacción. Por tanto, la conducta humana es una acción simbólica (Geertz, 1992; White, 1982) resultado de una estructura de la mente que deviene del universo simbólico del fenómeno o bien de la misma cultura que impone una conducta estructurada (Geertz, 1992). Sin embargo, el mismo autor enfatiza que partiendo del hecho que la cultura “es un contexto dentro del cual se describen y dan forma a todos los fenómenos de manera inteligible, es decir, densa (...)” (Geertz, 1992, p. 27), da lugar a una arbitrariedad en la conducta humana como resultado de los múltiples significados simbólicos que el esquema de vida le informa; entendiendo de este modo que la cultura determina la construcción de los universos simbólicos sobre los fenómenos. Estos se crean y recrean constantemente dentro de la interacción continua y dinámica entre los colectivos y personas y se pueden entender como el producto de todas las acciones y comportamientos de los individuos pertenecientes al grupo (Goodenough, 2003). Comprende un conjunto de representaciones simbólicas que adquirimos como miembros de un grupo social pero que no recibimos de un modo pasivo sino que también somos capaces de recrearlas e incluso crear otras nuevas. Son esquemas de interpretación, representaciones, ideas, normas, valores, acciones, etc. culturalmente definidos y socialmente transmitidos por la gente (personas, grupos, comunidades, organizaciones). Este significado que dotamos a los hechos, a partir de la simbolización, “permite adentrarnos en el mundo de los seres humanos y tomar parte en sus asuntos” (White, 1982, p. 53). Partiendo del hecho de que los símbolos pueden ser cualquier tipo de objeto, de acto, de acontecimiento o cualidad que dan explicación a los procesos exteriores, éstos sirven al individuo para vehicular ideas o significados que organizan su experiencia y sus relaciones sociales. Por tanto, se tratan de fuentes extrínsecas y modelos de conducta que ayudan a interpretar, organizar y representar la realidad (Nivón, y Rosas, 1991). Dentro del ámbito clínico, en la cultura hospitalaria, la interacción clínica dependerá del significado que dan los actores implicados en la misma, dado que sus universos simbólicos “aportan un orden extrasomático y cultural a los fenómenos” (White, 1982, p. 55), determinando la naturaleza de las relaciones que se derivan en la interacción. Así pues, dentro del marco del Modelo Médico Hegemónico, las normas y los códigos culturales a través de los cuales se rige será

influyente sobre el ser humano, dado que “las consecuencias de la acción se perciben, interpretan, evalúan y se tiene en cuenta para la preparación de futuras acciones” por parte del equipo asistencial y los/as usuarios/as del sistema (Giddens, Turner, y Otros, 2009, p. 124).

1.2. MODELO BIOMÉDICO.

1.2.1. ANÁLISIS DEL MODELO MÉDICO HEGEMÓNICO.

El Modelo Médico Hegemónico (en adelante M.M.H.) presenta los siguientes rasgos característicos basados en

“biologicismo, concepción evolucionista- positivista; ahistoricidad; a-socialidad; individualismo; eficacia pragmática; la salud como mercancía (...); estructura asimétrica en la relación curador/paciente, estructuración de una participación subordinada y pasiva en las acciones de la salud por parte de los “consumidores”; estructuración de una producción de acciones que tiende a excluir al consumidor de su conocimiento; legitimación legal excluyente de otras prácticas, profesionalización formalizada; identificación con la racionalización científica como criterio manifiesto de exclusión de otros modelos; tendencia a la expansión sobre nuevas áreas problemáticas a las que “medicaliza”; normatización de la salud/enfermedad inductora del consumismo médico; tendencia a un enfoque dominado por la percepción sintomática de los padecimientos y problemas; tendencia a la cuantificación sobre la calidad (...)” (Menéndez, 1982, p. 3)

Se instaura en Europa a mediados del S. XVIII en plena revolución industrial, que es cuando los Estados empiezan a tomar partido en procesos biológicos tales como los nacimientos, mortalidad, los niveles de salud en la población (Foucault, 1976, Vol.1), para ello fue necesario el “fomento de programas de salud para sus ciudadanos, siendo a partir de este momento cuando la moderna tecnificación irrumpe en el ámbito médico” (Nieto, 1983, p. 141) cuya más alta función es la de “invadir la vida enteramente” (Foucault, 1999, Vol. 2, p. 168), es así como comienza la era del biopoder, característica fundamental y definitoria del Modelo Médico Hegemónico. De este modo, conceptos tales como

“biológico, natural, empírico, racional, científico, objetivo o verdadero, sustentan todo un edificio ideológico y limitativo que confiere a la medicina y

a la práctica médica un estatuto ontológico que le permite reservarse el monopolio de un tipo particular de violencia simbólica legítima”(Fernández-Rufete, 2000, p. 280).

Desde la lógica de la biomedicina, el modelo circunscribe su atención fundamentalmente en la praxis asistencial usando los dispositivos tecnológicos más que en el cuidado, es decir, en una práctica profesional orientada al diagnóstico y tratamiento de los procesos de la enfermedad. En este contexto, el acto médico consiste en “un rastreo de signos y síntomas en un organismo despersonalizado que, así mismo, se percibe como deshistorizado” (Otegui, 2000, p. 240).

“En pleno siglo XX es cuando tiene lugar el fenómeno de la medicalización indefinida entre los años 1890 y 1940 momento en el que emerge un paradigma médico sustentado en los siguientes rasgos: biologicismo, ahistoricidad, individualismo, focalización en la enfermedad, asocialidad, mercantilismo y eficacia pragmática y en el que la medicina comienza a alejarse del modo en que abordaba los problemas de salud y ahora centrada en la demanda del enfermo, su sufrimiento, sus síntomas, su malestar, lo que promueve su intervención médica, circunscribiendo su campo de actividad (Menéndez, 1990)” (Bejarano, 2004, p. 17).

A partir de estas concepciones esenciales del conocimiento científico, el pensamiento hegemónico, desde sus discursos, presenta una bipolaridad entre cuerpo y mente, “emergencia que tienen como propósito la independización del cuerpo que se construye como objeto de análisis, estudio, escudriñamiento (...). Así se visualiza a la persona como una concepción parcelada entre lo psíquico y lo orgánico” (Otegui, 2000, p. 239).

La medicina es entendida en términos “científicos –orgánicos” (Brusco, 1998, p. 18), el mismo autor menciona que el Modelo Médico Ortodoxo Occidental tiende a ejercer una monopolización de todos los acontecimientos de la vida, convirtiéndose en problemas aspectos tan importantes como el nacimiento, pubertad, la reproducción y la senectud, convirtiéndose en competencia exclusiva de los especialistas médicos. Estas representaciones del M.M.H. que patologiza todos los acontecimientos vitales del ser humano retroalimenta las dolencias, traspasa el imaginario social y presenta a “los miembros de la sociedad como defectuosos que demandan la asistencia institucional de los

profesionales que actúan bajo la ideología de la medicina médico ortodoxa occidental” (Illich, 1975, p. 29).

El M.M.H. tiende a la homogenización de las necesidades de todas las personas sin tener en cuenta su subjetividad, tendencia a una actitud pragmática con el enfermo, asimetría en las relaciones basada en la dominación-subordinación entre el médico y el paciente e identificación con una determinada realidad técnica. Se centra en un modelo positivista que apunta a la curación de la patología para obtener la salud mediante el empleo de la tecnología (Menéndez, 1985) y donde tiene una visión muy reduccionista del paciente dado que “el enfermo es más ignorado que la propia enfermedad” (Nieto, 1983, p. 138). Así se impone el sistema médico académico, el cual considera otra forma de atención derivadas del saber o medicina popular “como raras y basadas en la superstición muy lejos de los fundamentos comprobables de la medicina científica” (Bejarano, 2004, p. 17) y sin sustento científico.

La medicina occidental “establece sus dogmas de forma tal que toda aquella práctica médica que no siga su doctrina al pie de la letra es excluida, heterodoxa, irracional y anticientífica” (Nieto, 1983, p. 138). Es así como el saber popular queda invalidado y la medicina es considerada “como la única verdad y el único camino que garantiza la salud física y moral (...). Optar por otras alternativas tiene presente la amenaza de muerte” (Montes, 2007, p. 35), fomentando su concurrencia a la atención institucionalizada, constituyendo el espacio donde tiene lugar “la Némesis Médica” (Illich, 1975, p. 31) y se manifiesta “el biopoder”, concepto desarrollado por Foucault (2000), el cual aparece articulado a un saber técnico sobre el cuerpo que conceptualiza al ser humano bajo la mirada anátomo-patológica.

Desde esta visión amplia de la biomedicina, el enfermo “pierde su singularidad, siendo medido desde patrones estandarizados donde lo importante es el manejo masivo de cuerpos al interior de la Institución” (Restrepo, 1996, p. 217). De esta manera el M.M.H. está centrado en la relación directa entre el poder y el cuerpo, dado que considera a éste como material primario que es atrapado, moldeado y vigilado por las instituciones sanitarias. Del mismo modo, el paciente es sometido a un control exhaustivo de vigilancia sobre su

conducta y comportamiento (Foucault, 2000). Se trata de un modelo paradigmático basado en

“una despersonalización del diagnóstico y la terapéutica se ha extendido a lo largo del siglo XX concentrado en manos de médicos y profesionales sanitarios que atienden a los pacientes. De esta manera, ha dado lugar a la figura del médico “como un artesano que ejerce una habilidad sobre los individuos aplicando las normas científicas a toda clase de pacientes” (Illich, 1975, p. 27).

Estas directrices bajo las cuales se sustenta la biomedicina ejercen una focalización de la práctica médica y la atención del enfermo hacia el uso de la tecnología, dando lugar a una “visión empobrecida del enfermo, al que frecuentemente se le priva del respeto y la atención a que tiene derecho como persona humana. Esta despersonalización (división de lo físico y lo psicológico) encuentran en el hospital moderno una atmósfera muy favorable” (Brusco, 1998, p. 26).

El pensamiento médico hegemónico da lugar a importantes procesos de cambio que afectarán en la práctica sanitaria, entre los que destacan: la aparición de la autoridad médica que es capaz no sólo de tomar decisiones de tipo médico sino también de carácter político y social, la representación del hospital como “aparato de medicalización colectiva y la introducción de mecanismos de administración médica” (Foucault, 1976, p. 154) dirigidos por una rígida burocracia institucional basados en protocolos que dirigen la práctica asistencial desde la perspectiva del biopoder. Estos, también llamados Guía de Práctica Clínica, son instrumentos de diseño de la calidad de la atención que explicita las normas de actuación que ayudan a profesionales y usuarios a decidir la forma más efectiva, eficiente y satisfactoria posible, frente a problemas específicos de promoción, prevención y restauración de la salud, sirviendo además como guía para la evaluación de la calidad en los casos en que el protocolo sea aplicable (Ayerdi, 2002). Con las guías asistenciales se pretende que exista uniformidad de criterios por parte del equipo de salud en la asistencia sanitaria, dando lugar a una mejora de la misma. Sin embargo, “la calidad, la eficacia o la satisfacción no son considerados” (Blázquez, 2009, p. 215). A pesar de ello, en todos los niveles asistenciales, el protocolo determina de qué forma debe ser conducida la práctica profesional, siendo percibido por parte de los/as agentes de salud como una forma de

protección ante las posibles iatrogenias que se puedan producir en el contexto laboral. La guía se presenta como una forma de trabajo que impone la Institución sanitaria con la finalidad de que cada profesional sepa lo que debe hacer en cada momento y reducir “la manipulación directa de actividades individuales con lo que evita el fluir y la indeterminación que se prestan los encuentros casuales” (Giddens, 2006, p. 176). Los centros sanitarios a través de la burocracia establece los espacios o “divisiones regionales donde el equipo asistencial ejerce un poder disciplinario para vigilar, dominar y evaluar a los usuarios” (Giddens, 1996, pp. 176-177). Con respecto a ello, los protocolos tienen una característica principal que los define y que “equivalen a órdenes que han de ser obedecidas” (De Los Reyes, Pérez, García, Borrell, y Gracia, 2004, p. 319), incrementando y demarcando el espacio simbólico de poder entre los estamentos.

Se habla de protocolo y Guía de Práctica Clínica (G.P.C.) indistintamente, cuando en realidad son dos conceptos diferentes. Aunque ambos se presentan como guías de actuación, la Guía de Práctica Clínica, a diferencia del protocolo, se trata de “recomendaciones actualizadas (...), siendo deseable que posean que validez científica, fiables, reproducibles, aplicabilidad clínica y flexibilidad (...). Y todo eso, hay que reconocerlo, no siempre se consigue” (De los Reyes y otros, 2004, p. 320).

Esta burocracia institucional repercutirá en la naturaleza de las relaciones que se establecen entre los/as usuarios/as, administración y profesionales sanitarios, dando lugar a la taylorización de los procesos asistenciales que tiene lugar en la Institución sanitaria. En este sentido, Menéndez (1984), arguye que como consecuencia de la revolución científico-técnica es necesario controlar cada uno de los procesos que tiene lugar en la Institución donde se llevan a cabo las prácticas sanitarias en “busca de la máxima racionalidad y productividad, excluyendo la actuación autónoma de los trabajadores” (p. 99). De esta manera, se instaura la secuencialización y control del proceso productivo en el contexto laboral.

El movimiento llamado “Taylorización” fue creado por Frederic Winslow Taylor (1856-1915) y se cimenta

“en una medición cronométrica de los tiempos necesarios en la fabricación que permite descomponer analíticamente los movimientos y tiempos de cada tarea específica para determinar factores como el tiempo estándar requerido en cada desempeño productivo, la capacidad operativa de cada obrero, sus demoras, sus ritmos, los tiempos muertos de su trabajo. (...) la fórmula de Taylor es aplicar su método con el objeto de planificar con precisión los costos de producción, programar efectiva y eficientemente, y sistematizar el control de los trabajadores. (...) la piedra angular del taylorismo es la elaboración de un modelo organizativo para aumentar la productividad del trabajo fundamentado en un método científico de estudio y de control de trabajo” (Díaz Ángel, s.f.)

Esta forma de trabajo, también denominada por Giddens (2006) “seriación de actividades sucesivas (...)”, tiene la posibilidad de caracterizar a los individuos y en consecuencia usarlos, según el nivel por el que ellos pasan dentro de la serie (...)” (p. 181), manifestándose el poder institucional sobre un tiempo determinado en el que se asegura el control y la manipulación del cuerpo.

La taylorización del proceso asistencial y de la organización de los servicios en el ámbito sanitario puede tener consecuencias nocivas en el equipo de salud y usuarios/as en el contexto productivo o laboral. Todo ello debido a la burocratización de los sistemas de servicio donde “la autoridad de tipo legal y racional que caracteriza el funcionamiento interno y a las instituciones sanitarias ofrece ventajas al funcionamiento de la Institución, pero tiene también la otra cara: la rutina, la apatía, la resistencia al cambio” (Brusco, 1998, p. 27). Ello induce a una práctica profesional poco reflexiva, más tecnocrática, menos socio-crítica y, por consiguiente, un modelo caracterizado por una perpetuación en las prácticas sanitarias más mecánicas y menos humanizadas. Esto se traduce en “unas prácticas estructuradas que la propia estructura organizativa e instancia reguladora de las mismas, ya que ejerce permanentemente una acción formadora de disposiciones duraderas, a través de todas las coerciones y disciplinas corporales y mentales que impone uniformemente el conjunto de los agentes” (Bourdieu, 2007, p. 117).

El M.M.H. permanece retroalimentado constantemente por la formación académica que tanto matronas, enfermeros/as y médicos/as reciben en las Facultades, las cuales imparten un sistema de enseñanza basado en el positivismo, cientificismo y lo objetivo, “dejando de lado el ser humano como fin” (Gálvez, 2002, p. 42). Esta circunstancia ha sido determinante para la perpetuación del mismo en tanto que “el cuerpo y la patología están constituidos como específicamente médicos” (Good, 2003, p. 140). Así mismo, ha generado un universo simbólico específico de la medicina en la que queda definido la manera en la que “formulan la realidad de un modo específicamente “médico”. Incluye modos especializados de ver, escribir y hablar” (Good, 2003, p. 140) y pensar, perpetuando las praxis asistencial y la reproducción del pensamiento médico hegemónico.

Desde este enfoque podemos decir que la medicina occidental contemporánea se aleja de la parte humanista que hasta entonces había desarrollado el modelo médico tradicional, para dejar paso a una nueva medicina basada en la tecnología cuyo objetivo principal es el conocimiento científico, la enfermedad y el manejo de la técnica; siendo el objeto de estudio la enfermedad, considerada como “un fenómeno biológico de carácter individual, identificable y medible” (Bejarano, 2004, p. 18).

La actual Medicina ortodoxa occidental ejerce un control social sobre el individuo durante toda la etapa vital del mismo

“en tanto desde que nace el individuo pasa por una serie de controles médicos pautados y ordenados por el actual sistema médico (vacunaciones, programas del niño sano, programas de atención a la mujer, etc.), posteriormente cuando vamos envejeciendo nos convertimos en enfermos crónicos para finalmente morir en la Institución médica, los cuales serán los encargados de certificar la muerte” (Gálvez, 2002, pp. 21-22).

En consecuencia, el modelo biomédico ejerce una dependencia social a la Institución médica en la medida que “legitima una práctica intervencionista reduciéndolo a la condición de instrumento de la ciencia” (Comelles, 2000, p. 330), situando a lego en una situación de dependencia ciega a dicho modelo. Situación que ha originado una “sociedad enferma donde la mayoría de las personas pierden su capacidad y su voluntad de autosuficiencia y finalmente dejan de creer que sea factible la acción autónoma (...). El resultado es una

sociedad morbosa que exige la medicalización universal y una Institución médica que certifica la morbilidad universal” (Illich, 1975, pp. 72-73).

La intervención del aparato médico sigue las pautas que dictamina el M.M.H en los procesos de control de la gestación y atención al parto, situando a los/as médicos/as en la cima del proceso al ser considerados como responsables directos de la curación o resolución de los problemas que acontece en esta etapa de la reproducción. Estas representaciones configuradas ensalzan al médico, llegando a adquirir un poder no sólo en aspectos médicos sino políticos y sociales. El biopoder elabora unos discursos con una fuerte carga ideológica que ejerce un control social, afectando a las representaciones que la sociedad tiene sobre procesos tales como el de la maternidad. Así, el colectivo médico instrumentaliza a las mujeres no sólo desde la vertiente profesional, sino que además, como a continuación desarrollaremos, ha sido capaz de redefinir fenómenos tan importantes como la maternidad y toda la secuencia del proceso reproductivo (Linares, Álvarez, y Moral, 2008).

1.2.2. ANÁLISIS DEL DISCURSO MÉDICO SOBRE LA SECUENCIA REPRODUCTIVA.

En el siglo XVIII el discurso científico fue determinante en la creación y asignación de poder en las relaciones entre hombre –mujer. La medicina desde su discurso establece claras diferencias biológicas y “de distribución de poder entre el hombre y la mujer (...) legitimando la separación de esferas y la reducción de la mujer al ámbito privado” (Lozano, 2001, p. 211); realizando una proyección social de la misma como un ser biológico y psíquico inferior.

En los textos de Ginecología más utilizados encontramos una imagen de mujer como madre abnegada, que sólomente se realiza biológicamente con la maternidad, necesitada de protección por su

“debilidad física y psíquica, lo que supone una total pasivización o cosificación de la mujer de su propia medicina, que recibe sin conocer las causas por las cuales se le aplica. Esta fuerza del estereotipo femenino tradicional impide que se aborde el control de la reproducción en las condiciones más racionales dentro de las posibilidades actuales” (Duran, 1987, p. 219).

El embarazo es tratado como “un proceso de producción de un ser viable” (Narotzky, 1995, p. 47) que pasa a manos de los médicos y deja de ser parte de la experiencia de las mujeres, constituyendo, como señala Narotzky en “un proceso tecnológico formado por una cadena operativa compuesta de distintas secuencias donde pueden ocurrir las intervenciones tecnológicas, el control e incluso la exteriorización del proceso (Narotzky, 1995: 47)” (Téllez, y Heras, 2005, p. 47). Es así como nos alejamos del hecho natural de la procreación para adentrarnos en un proceso controlado desde la biomedicina.

“En nuestro país, las formas del parto pasan de manera hegemónica por el entramado operacional de las instituciones sanitarias que incluye: el rasurado del pubis, ninguna posibilidad de elección de la postura del parto y la imposición de la mesa de partos más cómoda para los/as profesionales que atienden el parto y más inoperante para el esfuerzo que debe hacer la mujer (...), así como monitorizaciones que impide la movilidad de la mujer; prácticas contrarias a las recomendadas por la Organización Mundial de la Salud y donde no se constata evidencia científica alguna Intervenciones que apuntan hacia la alineación del cuerpo, objeto de intervención médica que construyen el proceso de parir de manera organicista sin tener en cuenta, la mayoría de las veces, las formas en que las mujeres están abordando este proceso biológico tan fuertemente culturizado” (Otegui, 2000, p. 245).

Desde que los procesos reproductivos se medicalizan y atienden en las instituciones sanitarias, están siendo sometidos a una “cadena de actos técnicos” (Narotzky, 1995, p. 60). La misma autora señala que “existe una constante preocupación por la medición de los tiempos de cada uno de ellos” (p. 60), ubicando la atención asistencial en una especie de cadena de montaje cuyo objetivo es aumentar la eficacia del mismo con el menor gasto; para ello se hace necesario secuencializar la práctica médica, prestando atención a los tiempos utilizados en cada secuencia. De este modo, el interés de la Institución se centra más en la producción que en el resultado de la actividad obstétrica.

“Esta Taylorización del parto ocurre en el contexto de una sociedad obsesionada por la organización científica del trabajo, la gestión de los procesos de trabajo, la eficiencia de los actos técnicos y la productividad. Esto ha conducido a una progresiva reducción de los tiempos normales para las dos fases del parto (fase de dilatación y fase de expulsión) y, por tanto, a la aceleración del parto hospitalario”. (Narotzky, 1995, p. 60).

El discurso médico hegemónico tiene especial relevancia en este sentido pues “redefine la maternidad y la medicaliza” (Moreno, y Mira, 2005, p. 28). Este ha ejercido un gran poder al controlar tanto la reproducción biológica de la mujer como la esfera ideática, al determinar de qué manera debe ser controlado el proceso de gestación y parto. En este contexto, “el cuerpo de las mujeres se ha construido como arena de juego del desarrollo tecnológico del sistema biomédico. El saber biomédico ejerce una función controladora sobre los actores sociales y su importancia en la medicalización de los procesos sociales como en la elaboración de las normas se hallan perfectamente asumidas” (Téllez, y Heras, 2005, p. 77).

Por consiguiente, en el contexto hospitalario existe un pensamiento dóxico “en el que las cosas se dan por sentadas y los discursos heterodoxos y ortodoxos son igualmente silenciosos (Bourdieu, 1997, p. 168)” (Gledhill, 2000, pp. 219-220). En este sentido, “las mujeres internalizan en mayor o menor medida las normas biomédicas impuestas como naturales y las aceptan, pasando a ser cómplices de su propia subordinación” (Sadler, 2003, p. 29). Así pues, las embarazadas aceptan el sometimiento, sin ser capaces de realizar valoraciones sobre la conveniencia o no del acto que tiene lugar en la Institución sanitaria, mostrándose a la usuaria como sujeto que vive su reproducción de forma pasiva sin posibilidades de tomar ninguna decisión en el proceso reproductivo y “donde viven el proceso a través de los médicos puesto que sus percepciones no tienen valor” (Narotzky, 1995, p. 57).

Se estaría haciendo referencia al modelo de intervención médica (Freidson, 1978) en el que las mujeres son representadas como agentes dominados frente al discurso médico hegemónico, escapando a su conciencia y voluntad, y quedando atrapadas en sus propios esquemas mentales que “son producto de la asimilación de estas relaciones de poder” (Bourdieu, 2000, pp. 49-55). Esta aceptación de la dominación provoca una alineación con emociones y sentimientos encontrados, tales como “la vergüenza - humillación y admiración –respeto, pero al mismo tiempo, se encuentra alienada con el médico sometiéndose a la voluntad del facultativo sintiéndose como mágica y sin ofrecer otra resistencia que la inercia

del acto médico” (Castilla, 1999, p. 128), y donde la mujer parece centrar su atención y confianza en la tecnología (Arredondo, y Siles, 2009).

En esta compleja relación médico- paciente, Freidson (1978) apunta que “la paciente es incompetente para juzgar lo que es necesario hacer, y para ser curada ha de ponerse pasivamente en manos del personal, obedeciendo incondicionalmente y permitiendo que hagan con ella lo que consideren adecuado” (p. 140). Es así como estas relaciones de poder se manifiestan de una manera naturalizada.

El contexto hospitalario sitúa a la parturienta bajo la dependencia “de las tecnologías de la dominación, las cuales constituyen aparatos de poder destinados a llevar el conocimiento médico a la práctica profesional, estableciendo unas relaciones de dominación que poseen su propia configuración y una relativa autonomía (Foucault, 1980)” (Gledhill, 2005, p. 205), sometiendo a la gestante a una situación de delegación forzosa del control y de las decisiones sobre el proceso de trabajo, donde la gestión del parto está en poder del equipo obstétrico (matronas y obstetras). Por tanto, el M.M.H., basado en la ideología de un conocimiento médico autorizado (Jordan, 1993; Freidson, 1978), legitima una práctica intervencionista basada en la progresiva medicalización del proceso perinatal, “originando una pérdida de la capacidad de determinación del estadio del embarazo por parte de la mujer así como la pérdida de control sobre el proceso” (Narotzky, 1995, p. 56). La medicina ortodoxa occidental tiende a justificar este modelo intervencionista representando a la mujer como un ser débil que tiende a la patologización y cuyo proceso reproductivo es un fenómeno que implica un riesgo y, por tanto, lo patologiza.

1.2.3. PATOLOGIZACIÓN DE LA REPRODUCCIÓN.

Desde finales del S XIX el proceso del parto comienza a ser atendido en los hospitales dado que los discursos médicos del momento representan a la gestante como una mujer enferma que necesita la asistencia sanitaria. Con ello se da paso a la medicalización del parto y como señala Lozano (2001) a “una desposesión progresiva del control de la mujer sobre su propio cuerpo” (p. 212) y control por parte del aparato sanitario, que desde sus discursos legitima su práctica y subordinan la maternidad a la ciencia. Así pues, entendemos la fuerte

especificidad cultural del proceso reproductivo al contemplar cómo nuestra cultura construye el nacimiento desde una perspectiva médica hegemónica patologizante.

La medicina ha obtenido una jurisdicción casi exclusiva por determinar qué es enfermedad y cómo debe actuar la gente para ser tratada como enferma. Rosenberg la define como “un acontecimiento biológico, un repertorio generador específico de constructos verbales que refleja la historia intelectual e institucional de la medicina, una ocasión de legitimar (...) y un elemento estructurador de las interacciones médico – paciente (Rosenberg, 1992, p. 13)” (Arrizabalaga, 2007, p. 71). Por consiguiente, “no existe fundamentación científica para el conocimiento científico, pues será la fuerza del factor cultural quien determine las interpretaciones que se hagan sobre la enfermedad” (Ariño, 1997, p. 203).

Una de las particularidades de la definición médica del cuerpo femenino derivada de la cultura androcéntrica, como señala Montes (2007), es “su representación como tendente a la patologización en la que se justifica la intensa medicalización del embarazo, siendo el parto el siguiente estadio considerado patológico por lo que se impone un control médico” (p. 43). De esta manera, la mujer queda sujeta por el funcionamiento de su aparato reproductor y representada en función de su propia biología.

Estamos pues ante un progresivo aumento de la dependencia médica, en la que los/as profesionales tecnifican los procesos normales del embarazo, parto y puerperio, dando lugar a una absoluta medicalización de la vida reproductiva de la mujer al intervenir de igual manera otros acontecimientos puntuales del ciclo vital como la menstruación y la menopausia. Así pues, “la Ginecología y Obstetricia española proyectan una visión de la mujer como ser enfermo o vulnerable y dependiente de los cuidados médicos” (De Miguel, 1979, p. 102) y que, como categoría de enferma, debe “ser tratada en un hospital con el estatus de ser pasivo-dependiente” (Gálvez, 2002, p. 56). Además, la intervención médica genera un control sobre el cuerpo de la mujer al prescribir que estos acontecimientos que forman parte del ciclo vital de la mujer pueden tener efectos adversos en su salud. Sus consecuencias son: el sentimiento de invalidez, inseguridad y necesidad al sometimiento del aparato sanitario.

Esta especificidad cultural de la enfermedad tiene su origen en el valor y poder que lleva inherente los discursos médicos al ser legitimados por el Estado. Por tanto, además de tener la capacidad de impregnar fácilmente la ideología social que los aceptará como realidades, serán los responsables directos de “la legitimación simbólica de la dominación y la justificación moral del poder” (Ariño, 1997, p. 200). Como señala Montes (2007) “la ideología no necesita ser demostrada, sino simplemente creída (De Miguel (1997: 38)” (p. 45).

En la práctica de la Obstetricia,

“se puede apreciar el uso de una no despreciable carga ideológica (...), y más cuando se trata de patologizar un proceso generalmente saludable para la configuración de una determinada realidad social del nacimiento en la que mantener y asegurar su poder de intervención. Por otro lado, es una necesidad de los conjuntos sociales, construir significados consensuados que den sentido a los acontecimientos. Son los procesos de salud, enfermedad y atención a “las áreas de la vida colectiva donde se estructuran mayor cantidad de simbolizaciones y representaciones” (Menéndez y Di Pardo, 1996, p. 33), áreas en las que el sistema médico mantiene el control social e ideológico, y desde las que se construyen y reproducen las significaciones en las que las prácticas médicas adquieren sentido, reconocimiento y eficacia” (Montes, 2007, p. 45).

El pensamiento médico hegemónico sostiene que el cuerpo femenino queda simplificado al ser representado por el útero, órgano que simboliza la reproducción y, como tal, queda vinculado a la salud y a merced exclusivamente de los médicos que se ocupan de las enfermedades de la mujer, los embarazos y los partos (Lozano, 2001). De modo que como señala Rodríguez y Cachafeiro (1995) “la apropiación de los órganos reproductores por el discurso médico deshumaniza la función reproductora de las mujeres hasta conseguir materializar la maldición bíblica del parto con dolor gracias a que la mayoría han interiorizado la idea de rigidez uterina” (p. 34). Es precisamente esta idea de dolor que está presente en los momentos del parto lo que ha dado lugar a una vinculación del embarazo, parto y puerperio con la enfermedad, justificando la intervención del equipo sanitario en el momento del nacimiento.

Construcción cultural del dolor y el sufrimiento.

Es bien sabido que los factores socioculturales son determinantes en la vivencia y percepción del dolor (Gómez Sancho, 1998, p. 144). En este sentido, Montes (2007) sostiene que “El dolor ha estado siempre presente en la cultura occidental, históricamente asociado al dolor que se presentó como una obligación desde el mandato divino” (p. 49), o por ejemplo, como señala Illich (1975) “el sufrimiento puede explicarse como Karma acumulado durante una encarnación anterior” (p. 65). Por esta razón, las creencias religiosas han influido considerablemente en la vivencia de esta percepción, en tanto que “muchas personas pueden creer que como buenos cristianos debemos sufrir tal como lo hizo Jesucristo” (Gómez Sancho, 1998, p. 145). Esta unión del dolor y sufrimiento al pecado ha estado representada por la mitología. “Los mitos son la primera manifestación literaria de la interpretación que hizo el hombre del mundo y el dolor” (Romero-Salinas y otros, 2006). Sin embargo, tal como afirman los mismos autores, Séneca planteaba una visión positiva frente a la emoción al argüir que “hay cierto decoro hasta en el dolor, y quien es sabio debe guardarlo” (Romero-Salinas y otros, 2006). En la misma línea Gala, Díaz y Lupiani (1993) manifiestan que “en algunos momentos victorianos esta falta de miedo y de dolor al parto se consideraba algo grosero, primitivo, casi indecente e indecoroso” (p. 41). Estos autores, a través de estudios diacrónicos de corte antropológico en diferentes sociedades, hallaron que el dolor en el parto no ha estado presente desde siempre ya que “en los pueblos Bárbaros, las mujeres no demostraban ni miedo ni dolor en el parto (...) describen pueblos y culturas en los que el parto era y es algo natural y no investido de temores sobreañadidos (...)” (Gala y otros, 1993, p. 41).

En el caso de la mujer embarazada, el dolor que tiene que sufrir en el parto, según los designios divinos, “es el precio que hay que pagar por concebir a los hijos” (Robertson, 2004, p. 32), pero al mismo tiempo como una forma de capitalizar la maternidad, en tanto que “ese sufrimiento y temor representa un marcaje emotivo para comprar el cariño (...), según el cual se establece la correlación de a más dolor en el parto, más cariño debe mostrarle la madre al hijo” (Gala y otros, 1993, p. 41).

Desde esta perspectiva, la historia nos presenta un estado emocional vinculado al sufrimiento y malestar, ideología que está insertada en el imaginario social, permitiendo que esté plenamente justificada la intervención del aparato médico para aliviar el mal con el uso de la más moderna tecnología.

A partir de esta visión del dolor y para el abordaje del sufrimiento

“la empresa médica moderna está organizada para controlar el dolor, hacer desaparecer la enfermedad, abolir el aprendizaje del arte de sufrir. El dolor está desgajado del contexto que podría darle un sentido y se ha convertido en un problema técnico que debe ser solucionado por el médico. Ya no es un adversario al que hay que combatir con dignidad, sino un enemigo al que hay que destruir con las armas de la tecnología” (Brusco, 1998, p. 23).

De este modo, tenemos que hablar que tanto el dolor como el sufrimiento en la secuencia reproductiva son medicalizados. Mediante la medicalización “la medicina moderna se expande abarcando procesos que le eran ajenos (Márquez, 2003)” (Díaz Agea, 2008, p. 52), abordando otros procesos que anteriormente no eran de interés en el ámbito médico para ser reconvertidos en patologías tratables: la menopausia, el embarazo, parto y el puerperio, en definitiva, todo el proceso reproductivo.

Existen culturas donde el dolor forma parte de la condición humana, el cual tal como menciona Robertson (2004) “aún siendo desagradable, no se considera insuperable” (p. 32). Sin embargo, en la cultura occidental, estas emociones han sido consideradas como un obstáculo del cual hay que liberarse, bien superándolo o situándolo fuera de la vida social y de la propia experiencia personal. En este sentido, el Modelo Médico Hegemónico “intenta objetivar y resolver los problemas del padecimiento en términos de su separación del sujeto que lo padece” (Otegui, 2000, p. 229).

Esto provoca un cambio en la mentalidad de orden moral a una mentalidad de orden técnico. El sufrimiento y el dolor, dentro de este pensamiento técnico son aspectos que tienen que abordarse desde el empleo de la tecnología sin tener en consideración a la mujer, la cual en el contexto de estas emociones parece irrelevante, dando lugar “a que se tenga una visión empobrecida del enfermo, despersonalizándolo y privándolo de respeto y de la atención que tiene derecho como persona” (Brusco, 1998, p. 26). En este sentido, tal como

apunta Otegui (2000) “es una de las mayores contradicciones con las que se enfrenta la biomedicina en su resolución de las formas sociales del dolor y el sufrimiento” (p. 241).

La biomedicina representa el dolor y sufrimiento como algo patológico e innecesario, algo natural e incomprensible

“Es un síntoma de tal yatrogénesis el hecho de que el término sufrimiento se haya vuelto casi inútil para designar una respuesta humana realista porque evoca superstición, sadomasoquismo o la condescendencia del rico hacia la suerte del pobre. La medicina profesionalmente organizada ha llegado a funcionar como una empresa moral dominante que publicita la expansión industrial como una guerra contra todo sufrimiento. Por ello, ha socavado la capacidad de los individuos para enfrentar su realidad, para expresar sus propios valores y para aceptar cosas inevitables y a menudo irremediables como el dolor y la invalidez, el envejecimiento y la muerte (Illich, 1975)” (Díaz Agea, 2008, p. 55).

El dolor y el sufrimiento son emociones que muestran “las interrelaciones entre lo biológico, lo psicológico y lo socio-cultural (...) y que adquieren sentido a través de la construcción socio-histórica en la que se desarrolla. Dicha construcción se pone de manifiesto las formas sociales de dominación” (Otegui, 2000, p. 229), dado que estas representaciones que quedan insertadas en el universo simbólico cultural y, como señala Montes (2007) “mantienen el ordenamiento social, las cuales son siempre dictadas desde la(s) instituciones de poder, anteriormente por la iglesia y actualmente por el Modelo Médico Hegemónico” (p. 51).

Por tanto, siguiendo a Otegui (2000)

“El dolor debe ser estudiado como algo más y diferente de una mera respuesta neurofisiológica a un estímulo que se intuye como amenazante sino que debe ser considerado como “un operador de primera magnitud para investigar las formas socio -históricas y culturales de plasmación de relaciones sociales más amplias” (pp. 228-229).

De este modo, nuestra cultura centrada en el M.M.H. nos refleja “la ideología dominante respecto a medidas aceptables de dolor, el cómo las mujeres deben sentirlo, expresarlo, afrontarlo (...)” (Montes, 2007, p. 51), así como qué tipo de terapéutica debe ser aplicada para el abordaje del dolor y el sufrimiento. Así pues, se ponen de manifiesto las

formas sociales de dominación en todas aquellas instituciones que atienden a la embarazada durante toda la secuencia reproductiva “gracias a los saberes legitimados que poseen” (Díaz Agea, 2008, p. 52), saberes que el Estado le otorga y que traspasa el imaginario social donde la sociedad lo representa como régimen de verdad, tal como señala Foucault (1999) “cada sociedad posee su régimen de verdad (...) el estatuto de quienes se encargan de decir qué es lo que funciona como verdadero” (p. 53).

En la misma línea, Illich (1975) destaca el sentido utilitarista del dolor que ejercen los centros sanitarios con la intención de justificar la práctica médica y al mismo tiempo la demanda exponencial de una terapéutica por parte del paciente. Esta visión utilitarista del síntoma desempeña en la sociedad una función importante para las instituciones médicas en tanto que aparece “el médico como salvador, héroe cultural (...) capaz de transformar todas las dolencias en enfermedades objetivas” (Illich, 1975, p. 142) susceptibles de adquirir tratamiento. La medicina ha intentado desde siglos controlar el dolor al convertirlo en signo-síntoma objetivable y, por tanto ontogizado por la misma. En este sentido, Otegui (2000) señala que “en consonancia con esta ontogenia, la terapéutica y la atención se orientan hacia la recomendación de tratamientos” (p. 242), atribuyéndole características existenciales que pertenecen al ámbito de la patología. Así pues, se descartan otras formas de tratamiento para la reconducción hacia un universo de construcción de sentido relacional y social que pudiese tener una eficacia terapéutica mucho mayor que la del medicamento.

El Riesgo: Discurso de control y dominación.

Existen diferentes formas de definir el riesgo dependiendo de la disciplina que la defina; por ejemplo, según menciona Puy (1995), desde las ciencias naturales es representado de manera “unidimensional, reduciéndolo a un valor numérico (Hansson, 1989)” (p. 98). Sin embargo, desde la perspectiva de las ciencias sociales este concepto es más complejo de representarlo por su carácter multidimensional

“ya que un mismo riesgo o peligro significa cosas distintas según diferentes personas o contextos y en distintos momentos (...), por tanto, además de la probabilidad numérica, comporta aspectos cualitativos (...). Entre estos, por

ejemplo, la involuntariedad de la exposición al riesgo, la ausencia de control personal sobre el mismo, la incertidumbre sobre las probabilidades, o la falta de credibilidad y confianza de las personas respecto a las instituciones que lo gestionan” (Puy, 1995, p. 98).

Beck (2006) lo define como “una forma sistemática de abordar los peligros e inseguridades inducidos e introducidos por la propia modernización” (p. 21) y en una búsqueda desesperada de eliminar cualquier probabilidad de riesgo existente. Esto justifica que nuestra sociedad, y más concretamente la medicina insertada en la sociedad del riesgo, se empeñe en la búsqueda de la certeza en sus diagnósticos y tratamientos generando una incertidumbre mayor y un incremento de riesgo de “yatrogénesis clínica” o efectos secundarios (Illich, 1975, p. 23).

La intervención médica produce una fuerte dependencia en las personas que tiende a reducir su capacidad orgánica y psicológica para afrontar los problemas de salud. El sistema sanitario está etiquetando de enfermos a personas sanas y los está sometiendo a tratamientos que conllevan indudables efectos adversos. Las formas no médicas de afrontar las dificultades se están devaluando y olvidando, por tanto, la capacidad de valerse por sí mismo y sentirse capaz de superar los problemas se está reduciendo. Las personas se hacen así dependientes de los servicios sanitarios, que necesitarán cada vez más recursos para dar respuesta a la demanda que va aumentando.

Partiendo del hecho de que el embarazo y el parto no es una enfermedad, el sistema médico hegemónico trata a la gestante como un sujeto en la que puede llevar implícito un riesgo en el proceso que está viviendo. La medicina ha creado innumerables intervenciones médico –científicas con el objetivo de hacer el proceso reproductivo una secuencia dependiente del sistema sanitario. A este respecto, Montes (2007) afirma que “la concepción del riesgo se ha ampliado al embarazo, y rodea con su halo amenazante toda esta etapa reproductiva y, aunque las posibilidades han cambiado respecto a etapas anteriores, es este discurso el que rige la mayoría de las prácticas de atención médica al nacimiento y en el que se argumentan” (p. 46). De este modo, la figura del médico adquiere el protagonismo y la mujer adopta un papel pasivo. Bien es conocida la frase “Haga usted lo que crea conveniente por el bien de mi hijo” (Gálvez, 2002, p. 64).

Como arguye Beck (2000) “el Riesgo tan sólo sugiere lo que no debería hacerse, no lo que debería hacerse” (p. 15), constituyendo la alarma que provoca una sumisión de la mujer al aparato médico y a las decisiones de los/as profesionales en la atención perinatal. Esto podría llamarse, como el mismo autor menciona, “la Trampa del Riesgo” que se manifiesta en el control social que la Institución médica ejerce sobre la mujer a lo largo de la secuencia reproductiva mediante sus discursos en torno a esta categoría. Estos son subjetividades utilitarias que traspasan el imaginario social y que la población las vive como realidad objetiva, siendo víctima de las influencias que llevan inherentes los discursos. Según señala Douglas “los procedimientos institucionales asignadores de responsabilidad son estrategias conocidas para transferir responsabilidad e interiorizar los sentimientos de culpa, estableciéndose un mecanismo de control social muy eficaz (Douglas, 1996)” (Seefoó, 2004, p. 304).

Ante esta situación la mujer vive esta experiencia como un futuro amenazante que a la vez es contradictorio con la realidad del proceso, acatando las indicaciones del equipo de salud. Sin embargo, esta condición se convierte para éste en un criterio que obtienen para tomar las decisiones pertinentes durante la atención asistencial. De esta forma, la embarazada queda involucrada en el engranaje de una maquinaria gigantesca de tecnocrática y burocrática racionalidad. Giddens hace una reflexión acerca del riesgo, el cual lo vincula con la modernidad en tanto que está siempre presente en esta sociedad postindustrial o postmoderna por la aplicación de la tecnológica de la ciencia que induce a crearlo en todas las dimensiones, pero además añade que existe una evaluación de los riesgos con voluntad de precisión y cuantificación, pero con infinitos imponderables (Giddens, 1990). Por tanto, “la modernidad y la tecnología pueden advertir y reducir algunos riesgos, pero sin embargo puede introducir otros desconocidos” (Solé, 1997, p. 121). Este sería el caso de las pruebas a las que las gestantes pueden ser sometidas durante el control de su proceso, accediendo a técnicas invasivas para detectarlos; llegando a producir en ocasiones “yatrogenia positiva” (Foucault, 1990). El mismo autor, concibe esta categoría como una amenaza de peligro y como tal se percibe “que el individuo es peligroso (...). En este caso el individuo ha sido patologizado y se le puede castigar, y se le castigará en la

medida que se identificó como enfermo” (Foucault, 1976, p. 164). A partir de aquí, la Institución sanitaria considera a la gestante como peligrosa en tanto que entraña un riesgo, siendo sometida a la tecnología.

Según Solé (1997) “Beck y Giddens consideran que el hombre común (...) siempre desconfía y es crítico respecto a las opiniones científicas, puesto que el conocimiento científico es indeterminado, incierto o simplemente enunciativo” (p. 126). Así pues, con más frecuencia nos encontramos gestantes que cuestionan la fuerza y el poder de los discursos del riesgo del equipo asistencial relacionado con el proceso reproductivo, negándose al acceso de determinadas pruebas como la amniocentesis, porque tienen conciencia que pueden entrañar algún riesgo indeterminado tanto para ellas como para su bebé.

Pese a ello, en la actualidad la atención perinatal es controlada por las instituciones en tanto que lleva inherente un “Factor de Riesgo” ya que es representado como patológico y pueden repercutir en el feto, o que su presencia puede afectar a la gestante o al contexto social en que se desarrolla el embarazo dentro de las instituciones sanitarias (M.S.C., 2007, p. 16). De este modo, “el Riesgo se presenta como un concepto individual, centrado en la descripción de factores individuales, principalmente biológicos, tales como enfermedades presentes o pasadas de las mujeres (...) (Uribe, 1998)” (Blázquez, 2009, p. 101), situación que conduce a que las mujeres se conviertan durante la secuencia reproductiva en “sospechosas” de riesgo. Esto implica que el proceso reproductivo está amenazado y existirá un riesgo genético, fenotípico, mecánico transitorio y permanente tanto para la madre como para el feto en un proceso sanitario en el que se asume con normalidad su riesgo potencial, sin cuestionarse “la priorización del proceso de vigilancia del desarrollo biológico” (Uribe, 2009, p. 143).

Las representaciones sobre esta categoría en el proceso reproductivo permite elaborar una estrategia preventiva, la cual implica la disolución de la noción del individuo concreto que es reemplazada por una combinatoria construida de factores: Los Factores de Riesgo. De este modo, el proceso tiende a ser valorado, conducido y le otorga una naturaleza determinada en función de unos factores abstractos susceptibles de producir riesgo y que son imputaciones de peligrosidad. Estamos hablando de la hipótesis que existe una relación

más o menos probable entre los síntomas y el acto que se vaya a desarrollar, en definitiva a “la puesta en marcha de una práctica profesional así como un proceso discursivo por parte de los profesionales para el abordaje del riesgo que amenaza” (Castel, 1986)” (Uribe, 2009, p. 145). Este discurso emana de una serie de datos abstractos que desencadena la “materialización de comportamientos indeseables que pasan a formar parte de un dominio tecnológico desconocido” (Castel, 1986, p. 229).

Atendiendo a los discursos del riesgo por parte del equipo asistencial, Montes (2007) arguye que

“Una característica de los discursos de Riesgo que se manejan en torno al embarazo y parto es su plasticidad para ser utilizados como amenaza y culpabilización hacia las mujeres usuarias. La referencia a un Riesgo que puede incorporarse o ser inherente por la condición biológica en la que se encuentra la persona, y emitida desde el juicio de los/as expertos/as, genera miedo y ésto es una puerta abierta a la manipulación del comportamiento, el cuestionario de los valores y las actitudes. La amenaza del Riesgo, apunta Nobert Bensaid (1986), aumenta el dominio de la medicina que obtiene de esta manera el consentimiento y la obediencia de los sujetos. La incertidumbre del posible riesgo desestructura la seguridad cotidiana de la persona y la hace maleable a las manos del médico y el sistema de salud (Taussig, 1995:114)” (pp. 48-49).

De este modo, la mujer queda atrapada bajo la hegemonía médico-sanitaria, la cual tendrá “una actitud vigilante e intervencionista de la Institución sanitaria, principalmente, de la mano del personal de obstetricia” (Blázquez, 2009, p. 101). La sociedad tiene la firme creencia que la salud va estrechamente vinculada a la detección de los factores de riesgo que puedan amenazar su salud. Este hecho influirá en la necesidad del sometimiento al aparato médico, de modo que cuanto mayor sea el número de actos médicos a que sean sometidos, mayor garantía de salud (Illich, 1975, p. 37), de ahí que justifique la medicalización de la secuencia reproductiva, con la finalidad de detectarlos e impedir que atenten sobre el estado de bienestar fetal.

Como ya se ha señalado, el discurso médico es determinante en las representaciones ideológicas sobre los acontecimientos reproductivos, ya que la mujer entiende el embarazo y parto como una enfermedad, en tanto que implica dolor y entraña un riesgo; de este modo,

se ve en la obligación de someterse a los designios del profesional para liberarle de la incertidumbre que entraña el proceso perinatal y el miedo que le puede generar el mismo. La liberación de estos factores forma parte de la estrategia creada por la Institución para la medicalización de proceso, traducéndose en la represión de la maternidad entrañable o humanizada y en la justificación de la maternidad hospitalaria (Rodrigáñez, y Cachafeiro, 1995).

1.3. LA HUMANIZACIÓN: UN PARADIGMA QUE EMERGE COMO MODELO DE ASISTENCIA OBSTÉTRICA.

1.3.1. CRISIS DEL MODELO MÉDICO HEGEMÓNICO O LA BIOMEDICINA.

En muchas sociedades comienza a darse una situación denominada “Pluralismo Médico o Asistencial” (Perdiguero, 2009, p. 113), término que indica que en el abordaje de un proceso médico, la población demanda varias formas de atención. Estaríamos hablando de un tipo de medicina alternativa o paralela, en la que se produce una reacción a determinadas características de las orientaciones biomédicas. Como ya se ha comentado, éstas están centradas en la relación médico/ paciente, la cual queda definida como “una relación de subordinación y cosificación de la paciente al negar y subordinar la palabra” (Menéndez, 2005, p. 35).

Otro punto a considerar que refleja la reactancia hacia el modelo biomédico es la emergencia de las distintas formas de atención a la salud que corresponden a saberes académicos muy diferentes al utilizado desde siglos en la medicina occidental, es el caso de la acupuntura y digitopuntura e incluso otras terapias alternativas para la eliminación del dolor que no sean tan invasivas. Todas estas medicinas paralelas están centradas en promover una salud equilibrada y establece unos mecanismos para impulsar una salud positiva (Menéndez, 2005), dando origen a “una revitalización de prácticas antiguas, exóticas, extrañas y anticonvencionales” (Nieto, 1983, p. 140) y la consiguiente crisis del quehacer sanitario hegemónico.

Comelles (2000) pone de manifiesto que “la religión y la magia adquieren un papel harto significativo en la lógica institucional. De hecho, se incorporan como prácticas subalternas del conjunto de actuaciones terapéuticas y de cuidado que convierten al acompañante en actor del proceso terapéutico” (p. 340). De esta manera aparece o reaparece la dimensión humana en la atención cuando la intervención biomédica ha fracasado. Cuando el saber médico no es capaz de dar explicación a situaciones que vive el paciente, emergen otras terapias alternativas que corresponden a la esfera del saber popular para “llenar ese espacio que no es capaz de ocupar el discurso biomédico como lo hace en el Modelo Médico Hegemónico” (Comelles, 2000, p. 341). Por tanto, consideramos que la biomedicina está viviendo una tensión en el actual Sistema Médico Hegemónico al poner en duda sus propios dogmas. Esta situación obliga a una deconstrucción y reordenación de los conceptos de salud/ enfermedad/ atención en los universos simbólicos de los/as profesionales que atienden los procesos patológicos. En consecuencia, se producirá un cambio tanto en las representaciones ideológicas que el equipo asistencial tiene sobre estos conceptos como en el desarrollo de sus prácticas profesionales.

El abordaje de la humanización del proceso reproductivo se está realizando desde distintas formas de atención, según señala Menéndez (2005)

“va desde una orientación biomédica en la que es totalmente institucionalizada e intervenida pasando por una orientación desinstitucionalizada donde se pone en práctica formas de atención más tradicionales caracterizado por un menor intervencionismo del proceso, llegando a una articulación de ambas formas de actuación, es decir, una dinámica que opera y articula los dos niveles anteriores” (pp. 39-40).

En este caso concreto donde se articulan los dos niveles, la actitud de los/as agentes de salud es ecléctica en tanto que hace uso de estrategias y orientaciones biomédicas que demuestran cierto grado de eficacia pero pasando a un segundo plano la fundamentación teórica (Menéndez, y Di pardo, 1996) en la que pretenden justificar la evidencia científica para la aplicación de determinadas prácticas obstétricas. Desde esta perspectiva, la biomedicina, en cuanto Institución y proceso social, se caracteriza por su “constante, aunque intermitente, modificación y cambio, y no por su movilidad (...), así como una nueva forma

de organizarse técnicamente, social y profesionalmente” (Menéndez, 2005, p. 44). Nos adentramos en otras formas de atención de salud y enfermedad que van más allá de los niveles profesionales e institucionales y que se centra en lo social, en tanto que la propia sociedad, y por ende, los/as usuarios/as demandan otro tipo de atención asistencial alejado del modelo médico ortodoxo.

En el contexto de la humanización del parto y más concretamente, con la elaboración de la Estrategia de Atención al Parto Normal, divulgada por el Ministerio de Sanidad y Consumo (2007), actualmente Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, supuso una decadencia tanto de los discursos biomédicos como el biopoder. Todo ello constituye de igual modo el declive del M.M.H., en la medida que el equipo obstétrico desarrolla una praxis sistemática sin el sustento de la evidencia científica (M.S.C, 2007).

1.3.2. REGRESO A LA MATERNIDAD HUMANIZADA: CONSECUENCIAS.

Intervención Gubernamental

A finales del siglo XIX y comienzos del S.XX, en Europa empieza a institucionalizarse y a medicalizarse el parto que hasta ese momento se realizaba en las casas por matronas que no tenían formación científica y cuyos conocimientos procedían de un saber popular exentos de evidencia científica (Blázquez, 2005). Según Vía, “En España, el Siglo XX estuvo sometido a profundos cambios sociales y económicos, los cuales influyeron en la forma de asistir los partos. La asistencia abandonaba totalmente el espacio de la casa con la presencia de la comadrona y se desplazaba progresivamente a los hospitales (Vía, 1972)” (Montes, 2007, p. 41). Así pues, aparece un cambio en el modelo de atención obstétrica institucionalizado, el cual es reforzado por el Estado debido a las altas tasas de mortalidad materno fetal del momento. Este hecho da lugar a la politización y protección de los vientres maternos dado que son considerados bienes para el mismo (Moreno, y Mira, 2005).

Es cierto que estas medidas a nivel estatal contribuyeron a tener un mayor control médico para la gestante con la finalidad de disminuir los riesgos obstétricos que se pudiesen presentar durante el curso de la gestación, pero no podemos olvidar que también han

contribuido a que un hecho fisiológico como es el proceso reproductivo de la mujer sea considerado patológico y vivido como una experiencia mucho más compleja a través del personal que la atiende. Estas circunstancias generaron a nivel mundial la necesidad de un cambio en la vivencia de la maternidad, considerándola de una forma más integral, teniendo en cuenta aspectos familiares, psicológicos, sociales; en definitiva, devolverle el protagonismo a la mujer en el proceso reproductivo cambiando determinadas prácticas que interfieren en la fisiología del mismo.

Esta situación conduce a los Estados a cuestionar los discursos del aparato médico-sanitario que durante años han patologizado la atención perinatal de la mujer y a replantear un nuevo modelo de atención, intentando evitar el interaccionismo superfluo e iatrogénico; centrándose en las necesidades de respeto en las decisiones de los padres en el momento del parto y en la atención del recién nacido, antes que en las rutinas y prácticas hospitalarias.

Contexto internacional

A partir de esta reflexión sobre las prácticas obstétricas que se llevan a cabo en los hospitales, se empiezan a elaborar otras medidas de intervención. Sus inicios tienen lugar en Europa con las propuestas de Frederic Leboyer (1970), el cual reflexiona sobre el nacimiento como una experiencia traumática tanto para la madre como para el recién nacido y acuña el término de “parto suave” (Leboyer, 1977) en contraposición al parto traumático que tiene lugar en las instituciones sanitarias. Comienza a contemplarse un acontecimiento de la humanidad como es el nacimiento, teniendo en cuenta no sólo la científicidad del proceso sino que debe ir acompañada de una atención humanizada.

La Organización Mundial de la salud organiza en 1985 la primera conferencia en Fortaleza (Brasil) sobre la tecnología apropiada a utilizar en el momento del parto. El grupo de expertos formulan “16 recomendaciones para la Apropiaada Tecnología del Nacimiento” y se concluye que “el nacimiento es un proceso absolutamente normal y, a veces, será necesaria una intervención para obtener mejores resultados en el proceso reproductivo” (O.M.S., 1985). De igual modo se contempla, por primera vez, la atención a la mujer de una

forma holística, teniendo en cuenta aspectos emocionales, psicológicos y sociales para comprender la manera de prestar una atención perinatal adecuada.

Además de los temas tratados en la Conferencia, los más relevantes fueron: por un lado, el compromiso que adquirieron los países en establecer normas específicas y de evaluación sobre la tecnología apropiada para el parto tanto en los sectores públicos como privados y, por otro, la formación de los/as profesionales que atienden el proceso reproductivo de la mujer, la cual debe ir encaminada hacia aspectos sociales, culturales, antropológicos y éticos del parto. Posteriormente se conformó la “Iniciativa para un parto seguro”. La Organización Mundial de la Salud convoca una Conferencia Internacional en Nairobi (1987) para crear conciencia sobre la condición de salud de las mujeres por la alta tasa de morbilidad y mortalidad materna que existe en los países en desarrollo. A partir de esta conferencia fue redactado un programa sobre Maternidad Segura.

En 1996, un grupo de coaliciones constituido por organizaciones internacionales se reúne en Washington y llevan a cabo la primera iniciativa de consenso sobre la mejoras de los servicios de maternidad. En esta reunión se determina un modelo de atención a la maternidad centrado en la salud que mejore el resultado del parto y reduzca substancialmente los costos. Este modelo de atención basado en la evidencia, respetuoso con la madre, el bebé y la familia, se centra en la prevención y en la salud como alternativas a los costosos programas de detección precoz, diagnóstico y tratamiento. Lo novedoso del documento es que por primera vez se elaboran los diez pasos a seguir para lograr un parto respetuoso con la madre en todos aquellos centros donde se lleve a cabo la atención reproductiva, así mismo, contempla que las prácticas de atención obstétrica y de atención perinatal no estarán justificadas si no están basadas en la evidencia científica.

En este año, todos los informes de los gobiernos internacionales, encaminados a la protección de la maternidad, tienen muy en cuenta la omisión de prácticas de atención de la mujer si no están avaladas por la evidencia científica. En este mismo año (1996), un grupo de expertos de la Organización Mundial de la Salud elaboran un documento “Cuidados en el Parto Normal: Una guía práctica”, donde por primera vez se pretende establecer de una

forma concienzuda una definición sobre “Parto Normal” independientemente del lugar o nivel de atención.

El Parto Normal es definido como “Comienzo espontáneo, bajo riesgo al comienzo del parto manteniéndose como tal hasta el alumbramiento. El niño nace espontáneamente posición cefálica entre las semanas 37 a 42 completas. Después de dar a luz, tanto la madre como el niño se encuentran en buenas condiciones (O.M.S., 1996, p. 7). Con esta definición, se pretende examinar o justificar la evidencia científica a favor o en contra de algunas prácticas más comunes y establecer recomendaciones basándose en la evidencia más razonada para emplearlas en la atención al parto normal.

En el año 2000 se celebra en Ceará (Brasil) la conferencia internacional sobre la *Humanización*. En este evento se define con precisión el concepto de Humanización con la expectativa de que éste sea centro y base para el desarrollo de la sociedad del siglo XXI. Humanización se define como

“proceso de comunicación y apoyo mutuo entre las personas, encauzado hacia la autotransformación y hacia el entendimiento del espíritu esencial de la vida. La humanización busca, de igual modo, el desarrollo de un sentido de compasión hacia, y en unión: a) con el Universo, el Espíritu y la Naturaleza; b) con otras personas de la familia, la comunidad, el país y la sociedad global; c) con personas que nos sucederán en el futuro, así como con quienes nos han antecedido(...). El concepto puede aplicarse a cualquier desempeño humano tales como el parto y el nacimiento (...), destacando la importancia de aplicar este concepto a los procesos reproductivos de la mujer y en los momentos perinatales. El parto y el nacimiento son el principio y punto de partida de la vida y son, por ello, procesos que afectan al resto de la existencia humana. De ahí que la humanización del parto constituya una necesidad urgente y evidente (...)” (Ministerio de Salud de Brasil, 2000).

Este concepto, en el contexto reproductivo, comprende por lo menos dos aspectos fundamentales: el primero, respecto a la convicción de que es deber de las unidades de salud recibir con dignidad la mujer, sus familiares y el recién nacido, es decir, acogerlas y tratarlas como personas. Esto requiere actitud ética y solidaria por parte de los/as profesionales de la salud y la organización del centro sanitario con la finalidad de crear un clima agradable y a instituir rutinas hospitalarias que rompan con el tradicional aislamiento

impuesto a la mujer. El otro se refiere a la adopción de medidas y procedimientos que son beneficiosos para el acompañamiento del parto y del nacimiento, evitando prácticas intervencionistas innecesarias, que aunque tradicionalmente han sido realizadas, no benefician a la mujer ni al recién nacido, y que con frecuencia acarrear mayores riesgos para ambos. Además dignificaría a la mujer pues tendría en cuenta sus deseos, valores y necesidades a la hora de parir que contribuiría a aumentar su grado de satisfacción (Behruzzi, Harem, Fraser, Goulet, Masako, y Misago, 2010; Iraburu, 2008; Dutra, y Meller, 2007; Nunes, Vieira de Oliveira, Meneses, y Sampaio, 2007; Castro, y Clapis, 2005. Quero, 2004; Sadler, 2003; Brusco, 1998).

Contexto nacional: Estrategia de Atención al Parto Normal

La Ley 14/1986 General de Sanidad de 25 abril, supuso una aportación estratégica en la manera de concebir la asistencia sanitaria de la mujer, en tanto que había que revisar la forma en la que se procede en la atención de la mujer durante toda la secuencia reproductiva. Esta ley, en su Artículo tercero, menciona que “los medios y actuaciones del sistema sanitario estarán prioritariamente orientados a la promoción de la salud y a la prevención de las enfermedades”. Por consiguiente, implicaba que todas las instituciones debían revisar sus actuaciones sanitarias en los procesos de salud y enfermedad, así como “incorporar acciones de promoción de la salud y de prevención de las enfermedades”.

El actual Sistema Nacional de Salud está caracterizado por una amplia descentralización sanitaria al disponer todas las Comunidades Autónomas las competencias sanitarias previstas en el ordenamiento jurídico. Supone un importante obstáculo para que la atención obstétrica se lleve a cabo de igual forma en todo el territorio nacional (Sindicato de Enfermería, 2004). Por tanto, nos hallamos en una situación en la que cada Comunidad gestiona o implanta distintas formas de abordaje tecnológico y procedimientos sanitarios para un mismo proceso de la secuencia reproductiva de la mujer en los distintos niveles de atención sanitaria (Primaria y Especializada). Ante esta situación de disparidad de criterios en cuanto a la variabilidad tanto en las prácticas obstétricas como en los resultados en sus indicadores asistenciales en todo el territorio nacional, el Ministerio de Sanidad y Consumo (Actualmente llamado Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad), en su papel de

coordinación del Sistema Nacional de Salud, elabora una Propuesta de Estrategia de Atención al Parto Normal. El Estado se compromete a controlar no sólo la variabilidad existente en la atención al parto normal sino que además intentan actuar sobre las prácticas asistenciales del equipo obstétrico, dado que las mujeres “reivindican el derecho a parir con respeto a la intimidad, participando en las decisiones y en las mejores condiciones para ellas y sus criaturas” (M.S.C., 2007, p. 6). Así mismo, involucra a las administraciones sanitarias e incluso a la sociedad para la mejora de la salud materna e infantil. Para ello desarrolla cuatro líneas estratégicas: la primera dedicada al “abordaje de prácticas clínicas basadas en el mejor conocimiento disponible”, la segunda relativa a la “participación de las mujeres usuarias en la toma de decisiones”, la tercera centrada en la “formación de los/as profesionales de la Enfermería y Medicina” y, por último, “Investigación, innovación y difusión de buenas prácticas de atención al parto normal” (M.S.C., 2007, pp. 4-5). Igualmente, los objetivos y las recomendaciones de la Estrategia se formulan siguiendo los siguientes ejes transversales de equidad: “Diversidad de capacidades, Multiculturalidad y Perspectiva de Género” (M.S.C, 2007, p. 32). Se trata pues de un momento decisivo para el cambio de actitud del equipo asistencial dado que la propuesta del Ministerio invita a la reflexión poniendo en común experiencias y conocimientos entre ellos sobre el proceso del parto normal. Por otro lado, con esta iniciativa se pretende humanizar la atención al parto, rescatando el protagonismo de la mujer y su familia, “transformando las instituciones en una atención orientada a la familia y no en el equipo de salud” (Cantero, Fiuri, Furfaro, Jankovic, Llompart, y San Martín, 2010, p. 109).

La propuesta comienza a gestarse al comprobar que existen modelos de atención obstétrica distintos en países de nuestro entorno y diferentes resultados en la calidad obstétrica. En comparación con el entorno europeo, la atención sanitaria del parto en España

“se puede situar en el modelo intervencionista, institucionalizado, atendido por profesionales de Medicina y Enfermería especializados. Frente a países como Holanda y Países Escandinavos que presentan un modelo de atención obstétrica desinstitucionalizado y atendido por matronas cualificadas y autónomas. Del mismo modo existen Estados que presentan un modelo

intermedio que plantean un parto institucionalizado y humanizado (Reino Unido y Alemania)” (M.S.C., 2007, p. 15).

Según la Organización Mundial de la Salud, los países que presentan una asistencia desinstitucionalizada obtienen una menor tasa de cesáreas. En el caso de España, los valores se encuentra entre 20% y 25% en los hospitales públicos, superándola en los hospitales privados (M.S.C., 2007), en el mismo año, la Región de Murcia presenta un valor de 20,13% (S.M.S., 2007) y en el Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca es del 19,18% (S.M.S., 2010). La Organización Mundial de la Salud (1985) incluye la tasa de cesáreas como un indicador de calidad de la atención materna y perinatal. En sus recomendaciones se refería como criterio de calidad una tasa de cesáreas de valores comprendidos entre 10% y 15% de los partos (M.S.C., 2007). Así mismo, en la Declaración de Fortaleza (1985) se hace mención a que algunos países con una menor mortalidad perinatal en el mundo tienen menos de un 10% de cesáreas, por tanto, no puede justificarse que ningún Estado tenga más de un 10-15%.

Estos datos indican que actualmente tanto en España como en la Región de Murcia y, concretamente en nuestra unidad de estudio, los resultados se encuentran en 4.18 puntos por encima de las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud (M.S.C., 2007). Por consiguiente, se hace necesario revisar las prácticas obstétricas que se llevan a cabo en las instituciones potenciando el parto normal, el cual debe ser considerado como un proceso fisiológico y que sólo debe ser intervenido para corregir situaciones que se desvíen de la normalidad. Los/as profesionales deben ser conscientes que para aportar un halo de humanidad a la experiencia del parto vivida por las mujeres es de vital importancia favorecer un clima de confianza, seguridad e intimidad, respetando la privacidad, dignidad y confidencialidad de las usuarias. Así pues, la propuesta del Ministerio está orientada a fomentar la participación de las mujeres en su propio parto, siendo protagonistas del mismo y respetando en todo momento sus decisiones en el proceso. De igual modo, el documento resalta la importancia de formación de los/as profesionales de la Enfermería y de la Medicina implicados en la atención al parto para mejorar la calidad asistencial dentro del marco de la humanización del proceso reproductivo. Con ello se pretende adquirir nuevas

habilidades sobre la estructura relacional matrona/médico-usuaria que desmonten la forma tradicional de actuar del equipo de salud en la asistencia perinatal.

1.4. RELACIÓN MÉDICO /PACIENTE: ELEMENTO CLAVE EN EL PROCESO DE LA HUMANIZACIÓN EN LA ATENCIÓN PERINATAL.

A lo largo de la historia del ejercicio médico el papel del paciente se ha ido transformando desde una actitud expectante ante el paternalismo de su médico, el cual tomaba las decisiones en todo momento, hasta la situación actual en la que el paciente se ha convertido en un sujeto más activo en la interacción clínica asumiendo mayor protagonismo en el control del proceso.

La Relación médico paciente es definida como un “conjunto complejo de pautas, actitudes y comportamientos socialmente establecidos que se dan como supuestos de los encuentros clínicos” (Girón, Bevia, Medina, y Simón, 2002, p. 562). Esta relación establecida entre matronas, obstetras, embarazadas y paciente/ cliente es el elemento clave del proceso asistencial. La estructura relacional está condicionada en el hecho que el paciente no tiene la misma información sobre su enfermedad, tratamiento, alternativas y consecuencias que el resto de profesionales que intervienen en la asistencia. Por lo tanto va a existir

“una información asimétrica entre ambas partes. Este hecho determinará la naturaleza de la relación que se establece, en tanto que el paciente se ve obligado, frente a la carencia de conocimientos a delegar las decisiones sobre los profesionales, estableciéndose así una relación de “agencia” en la que el profesional sanitario decide, en nombre del paciente, cuáles son las alternativas que le son más convenientes para su curación.” (Guix, Llorenc, Carbonell, Simón, Surroca, y Nualart, 1999, p. 670).

En el ámbito hospitalario, se establece una asimetría de poder entre la mujer y agentes de salud como rasgo de la cultura hospitalaria, condicionando la naturaleza de las relaciones que se establece entre los/as mismos/as, la cual estará basada en “una relación de poder de los/as profesionales que buscan una adaptación del paciente. Es una relación de dominio-adaptación sumisa o dominio –adaptación rebelde. El paciente en todo caso debe

adaptarse a lo instituido” (Cachón, 2007, p. 36). Este es el caso de la parturienta que es atendida en el hospital, la cual forzosamente tiene que estar subordinada a las reglas y normas de la cultura organizacional, dado que se impone una de “las formas más rígidas de autoridad y jerarquía (...) estableciendo unas condiciones regidas por leyes, que ponen límite a los márgenes de una acción libre” (Giddens, 2006, pp. 208-209).

La relación médico/paciente ha sido definida como

“desigual y jerárquica en base al saber que se les supone a los/as unos/as frente a la ignorancia, en este caso, de las mujeres. La manifestación de esta jerarquía es ejercida de distintas formas y dependiendo de las características personales de cada profesional que puede ir desde una relación próxima al contrato a aquella otra de imposición normativa. También la actitud que presenta cada mujer va a influir en su percepción y vivencia de estas relaciones” (Montes, 2007, p. 138).

La naturaleza subordinadora de la interacción se gesta a partir de un complejo sistema de comunicación médica

“basado en conceptos explícitos y codificados, los cuales serán de mayor grado cuanto más institucionalizada se encuentre esa relación (...) escondiendo tras de sí una oposición entre saber y su opuesto (no saber). Desde esta perspectiva la situación de paciente es esencial para todos los estratos de la sociedad y la misma se construye subordinadamente a partir del reconocimiento de una relación estructurada en torno a saber/no saber, de una relación en la cual el que sabe utiliza un lenguaje subordinante, ya que pretende ser científico, verificado, universal” (Fernández- Rufete, 2000, p. 281).

De aquí se desprende que ambos autores ponen énfasis en la fuerza del discurso codificado y explícito de la biomedicina, en establecer la naturaleza de las relaciones que se establecerán entre el paciente y el médico. En este caso, el M.M.H. posee una cualidad lingüística, la cual a través de sus discursos define lo normal y lo patológico. En el contexto de la instituciones sanitarias y en base a estas representaciones elaboradas a partir de los discursos biomédicos sobre el “eje salud y enfermedad” (Fernández –Rufete, 2000, p. 280), el proceso reproductivo es considerado enfermedad mediante un lenguaje subordinante. La mujer necesita ser asistida y atendida bajo la visión de la relación Foucaultiana Saber/poder médico/a, y la condición femenina de sumisión (Foucault, 1979). En tanto que el equipo de

salud utiliza un metalenguaje codificado que sólo es comprendido por ellos y que esconde un absoluto desconocimiento de las necesidades significativas del paciente (Restrepo, 1996).

En el contexto de la atención reproductiva, si el equipo de salud posee y se le reconoce el monopolio legal del conocimiento, “se anula o ignora el punto de vista del profano o lego y se excluye la iniciativa en la determinación de decisiones y la capacidad personal de enjuiciar la situación” (Uribe, 1998, pp. 305-306), implicando una relación de subordinación y sometimiento al sistema que incluye la total aceptación de sus métodos y discursos. En la misma línea, existen autores que nos describen una estructura relacional definida como “Técnico de Servicio”, basada en un tipo de relación interpersonal en el cual el ser humano es fragmentado, estableciéndose una relación sanitaria con el órgano o sistema alterado. Bajo esta aproximación, el paciente sufre un deterioro en su condición convirtiéndose en una cosa u objeto al cual hay que reparar (Arteta, 1992).

La relación clínica entre el profesional y lego presenta diferentes manifestaciones dependiendo de la naturaleza de la interacción. En la siguiente figura se exponen los diferentes enfoques que definen los distintos tipos en el contexto asistencial.

1.4.1. PERSPECTIVAS O ENFOQUES DE LA RELACIÓN MÉDICO/A - PACIENTE.

Figura 1. Modelos de interacción clínica.

ENFOQUE	PAPEL DEL MÉDICO/A	VALORES Y SUPOSICIONES
Paternalista	Decide qué hacer.	El médico/a sabe cómo fomentar los mejores intereses para el paciente
	Más tranquilizador que explicativo.	Médico/a y paciente tienen los mismos valores.
	Filantropico.	
Consumista-informativa	Técnico experto.	El paciente basa las decisiones en sus propios valores y es consciente y responsable de ello.
	Informa al paciente de sus opciones y éste elige.	
Deliberativa	Desarrollar los valores del paciente.	La enfermedad entendida desde las perspectivas: la del paciente y la diagnóstica.
	Buscar los campos comunes en los cuales basar la toma de decisiones.	Los valores del paciente son maleables y discutidos abiertamente.
		Responsabilidad moral compartida entre el médico/a y el paciente.
Sistémica	Entender el contexto socio-familiar.	La responsabilidad moral es compartida entre el médico/a, el paciente y la familia.
	Escoger valores individuales y familiares.	
	Ayuda al sistema familiar.	

Fuente: Ruiz Moral, Rodríguez, y Epstein, 2003, p. 597- Modelo similar al presentado por Ezekiel, Emanuel, Linda, y Emanuel, 2002, pp. 2221-2222.

Al hilo de la humanización o deshumanización y tecnologización del proceso, tenemos que decir que conforme nos acercamos a un modelo intervencionista, emerge un tipo de relación más paternalista donde la mujer no tiene la opción de elegir y “la paciente es incompetente para juzgar lo que es necesario hacer, y para ser curada ha de ponerse pasivamente en manos del personal, obedeciendo incondicionalmente y permitiendo que hagan con ella lo que consideren adecuado” (Freidson, 1978, p. 140). Además, Montes (2007) añade aspectos al modelo paternalista señalando que “el curador expresa sus objetivos técnicos y profesionales, desconociendo y excluyendo los saberes y afectos del paciente, lo cual se expresa sobre todo a través de la negación, desinterés o carencia de importancia dada a la palabra del paciente (Menéndez, 2000: 314)” (p. 54). Ezekiel y otros (2002) van más allá argumentando que en este tipo de relación “la información es seleccionada por el médico para fomentar el consentimiento del paciente”. En la interacción el médico es el que tiene la autoridad en tanto que discierne sobre el interés del enfermo, pero con “una importante limitación en la participación del mismo en sus decisiones, anteponiendo la autonomía de lego frente al buen hacer del que posee la autoridad” (p. 2221) (Traducción propia).

Ezekiel, J. y otros (2002). *Four Models of the Physician- Patient Relationship*. ‘The physician presents the patients with selected information that will encourage the patient to consent to the intervention the physician considers best (...). The paternalistic model assumes that there are shared objective criteria for determining what is the best. Hence, the physician can discern what is in the patient’s best interest with limited patient participation. This is assumed that the patient will be thankful for decision made by the physician (...)’.

De esta manera, las relaciones de poder que definen la compleja estructura de la relación médico/a- paciente se manifiestan de una manera naturalizada. Sin embargo, frente a esta relación asimétrica, aparecen otros modelos que fomentan una estructura relacional más paritaria compatible con una atención humanizada al considerar las opciones de la mujer, el respeto a la autonomía y la consideración de los valores tanto del profesional como los de la usuaria para la toma de decisiones. Estos aspectos son contemplados en los modelos consumista- informativo, deliberativo y sistémico, también llamado “Interpretativo” (Ezekiel y otros, 2002, p. 2222). Estos mismos autores advierten el riesgo de este último tipo de relación, pues “el médico sin ser consciente de ello puede imponer sus

propios valores por encima de los valores individuales del paciente, circunstancia que podría dirigir este modelo hacia uno de corte paternalista en la práctica clínica” (p. 2224) (Traducción propia).

Ezekiel, J. y otros (2002). *Four Models of the Physician- Patient Relationship* ‘(...) physicians may unwittingly impose their own values under the guise of articulating the patient’s values. And patient, overwhelmed by their medical condition and uncertain of their own views, may too easily accept this imposition. Such circumstances may push the interpretative model toward the paternalistic model in the actual practice’.

Como hemos señalado con anterioridad, el modelo médico ortodoxo está experimentando cambios en su ideología instalada en el biopoder, así pues, comienza a configurarse otro nuevo enfoque en la estructura relacional donde cada vez más predomina una visión holística, menos fragmentada y biologicista del usuario/a. Desde este punto de vista se entiende que existe una evolución hacia una interacción clínica de corte deliberativo y sistémico en la que se comparten las decisiones, existe una oferta de información y se distribuyen responsabilidades entre la familia y los/as agentes de salud, asistiendo al surgimiento de un tipo de relación entre usuario/a y profesionales donde las posiciones son más simétricas. Tal como manifiestan Targadilla y otros (2008) “el médico se está viendo empujado a cambiar su forma de actuar y adoptar una actitud menos paternalista, pasando a un modelo de ejercicio más participativo, basado mas en la deliberación con el paciente. La comunicación se convierte así en una pieza clave en la relación médico paciente” (p. 146).

Las organizaciones sanitarias han experimentado un cambio importante en los últimos años con la finalidad de responder las expectativas de los/as usuarios dentro del marco de la interacción clínica. En el contexto de la atención reproductiva aparece pues el Consentimiento Informado como herramienta eficaz para la toma de decisiones, transformando radicalmente las clásicas relaciones sanitarias (Simón, Barrio, Sánchez Álvarez, Tamayo, Molina, y Jiménez, 2007). De igual modo, surge el Plan de Parto como un tipo de consentimiento desarrollado en el contexto de la relación clínica basado en el principio de autonomía e información de la usuaria, con la finalidad de considerar “las voluntades de la mujer y su pareja con respecto al nacimiento de su hijo/a” (Molina, y Muñoz, 2010, p. 56), así como un modo de “evitar las escalada de intervenciones en la medida que clarifica sus deseos y expectativas respecto a los cuidados que desea recibir

durante el parto, respetando la toma de decisiones” (Lothian, 2006, p. 296) (Traducción propia).

Lothian, J. (2006). *Birth Plans: The Good, the Bad, and the Future*. ‘The formal written birth plan was introduced by childbirth educators in an effort to help women avoid escalating interventions. Creating a written birth plan was a concrete way to encourage women to think about what important to them, to clarify desires and expectations, to communicate with the provider, to make a realistic care during labor, and ultimately to make informed decisions (Kitzinger, 1992)’

Es esencial en la relación clínica que se establece entre la mujer y el equipo obstétrico, ya que orienta la atención sanitaria que se le brinda durante todo el proceso asistencial. Se impone, de este modo, una estructura relacional diferente que de cobertura a las nuevas exigencias y necesidades de la sociedad en materia de salud.

Una Nueva Relación Médico/a-Paciente en el Siglo XXI

Actualmente, la mayoría de las mujeres dispone de importante información acerca de su proceso reproductivo. Nos encontramos ante un nuevo concepto de usuario, muy diferente del usuario pasivo que describía Montes (2007), el cual es reemplazado por un paciente informado que se interesa por todo lo que le acontece sobre su salud. Este hecho ha originado que se promuevan políticas de integración de los mismos en los procesos de información y toma de decisiones. Políticas que potencian mayor predisposición a adoptar un rol más activo en lo referente a la salud y la sanidad, dado que “la comunicación se convierte en el primer eslabón de la cadena de la información y requisito previo para la autonomía del paciente y posterior toma de decisiones” (Tardaguilla, Méndez, Torres, Méndez García, Benito, y López de Castro, 2008, p. 146). Ante esta situación los/as agentes de salud adoptan el rol de intermediario entre la información y el paciente, seleccionando e individualizando la más idónea y pertinente para él.

“Esta posición conlleva la necesidad de superar la clásica relación en la que un agente informado tomaba decisiones por otro que no lo estaba, favoreciendo un tipo de relación más deliberativo. El objetivo de esta relación es el de educar a los pacientes a tomar decisiones informadas, mediante la provisión de información de calidad contrastada y contribuir a gestionar sus expectativas. El rol de intermediario es importante dado que la tendencia actual en sanidad es sobre la información, que puede conducir a un nivel elevado de desinformación o de confusión informativa (...). La abundancia de

información aumenta la capacidad de elección. De este modo, cuanto mayor sea el número de posibilidades de acceso la información, mayor será la responsabilidad y la presión sobre los profesionales de la salud para ayudar a los usuarios a un proceso de toma de decisiones” (Sánchez Marín, 2007, p. 81).

En nuestra sociedad actual, se ha sustituido un modelo de relación médico/a-paciente tradicional, de tipo vertical o paternalista por un modelo de decisiones compartidas, en los que la usuaria es más autónoma y responsable en temas relacionados con su salud. Situación que ha conducido a que el paciente se haya transformado en más exigente y desconfiado, dificultando considerablemente la interacción comunicativa médico/a y usuario/a. Por esta razón es preciso que “los procesos asistenciales estén centrados tanto en el corpus de conocimientos científico – técnico que posea el profesional como en las necesidades, demandas y expectativas del usuario/a” (Aranaz, Aibar, Galán, Limón, Requena, ... Gea, 2006, p. 45). De este modo, el equipo obstétrico que atienden el proceso perinatal son impulsados por la sociedad hacia un modelo de atención basado en una relación profesionales – usuarios/as más simétrica y deliberativa, donde aquellos sean menos protagonistas y éstos/as más activos en la atención asistencial. Todo ello inducido por tratarse de pacientes más expertos e informados sobre la experiencia que están viviendo (Barca, Parejo, Gutiérrez, Fernández Alarcón, Alejandro, y López de Castro, 2004).

Paralelamente, este nuevo usuario que emerge requiere de los/as agentes de salud unas cualidades determinadas que van mas allá del uso de la tecnología, esperando de ellos/as honestidad, integridad, respeto, responsabilidad, compromiso, etc. La relación médico- paciente se convierte así en “un encuentro entre personas del que depende en gran medida el grado de satisfacción del paciente; en la actualidad se considera uno de los principales indicadores de la calidad de la atención sanitaria prestada” (García Milán, 2009, p. 264). En el contexto de la interacción clínica, cuya estructura es determinante en los procesos de humanización y deshumanización de la atención recibida, surge la bioética “como reacción frente a la creciente complejidad de los desarrollos en el área de salud, en la que se establecen ciertas normas asentadas sobre base éticas con el fin de cuestionar, analizar y regular las conductas relacionadas con los profesionales sanitarios (...) derivados

de los avances en ciencia y tecnología” (Flores, y Quadrelli, 2010, p. 15). Aunque es muy difícil identificar con precisión el comienzo de la ética clínica, los acontecimientos que desempeñaron un importante papel en su rápido ascenso fueron los avances científicos y técnicos, así como los cambios en la relación médico- paciente y del concepto salud y enfermedad, influyendo en el cambio sobre la toma de decisiones (Amérigo, 2005). Tradicionalmente la estructura relacional ha obedecido más a pautas paternalistas y absolutistas que a las de corte democrático, sin embargo, el surgimiento de un paciente cada vez más alfabetizado e informado sobre los procesos de salud y enfermedad ha hecho que éste tome conciencia de su plena autonomía, libertad y responsabilidad. Aunque esta relación ha dado lugar a una emancipación frente a las normas institucionalizadas, del mismo modo, ha originado situaciones de conflicto. Ante “este nuevo escenario que se presenta a los profesionales sanitarios cuyo reto que se plantea es la búsqueda de soluciones concretas para problemas concretos en momentos concretos y personas concretas” (Zabala, Alconero, Casassus, Gutiérrez, y Saiz, 2007, p. 57) es importante adentrarse en la bioética sanitaria, la cual aportará recursos al profesional sobre “la conducta adecuada ante la toma de decisiones en situaciones corrientes o complejas” (Roya, 2001, p. 144) y su quehacer profesional. Según afirma Zabala y otros (2007), “el nacimiento de la Bioética no se hubiese dado sin el contexto de una nueva cultura de la autonomía y de la igualdad” (p. 57).

1.5. LA BIOÉTICA SANITARIA.

Desde el siglo IV a. de C., cuando se compuso el Juramento Hipocrático, la profesión médica ha tratado de establecer sistemas de autocontrol para evitar o paliar la mala práctica. Este propósito ha pervivido en la medicina occidental, con mejor o peor fortuna, adquiriendo la forma de código de ética médica y de deontología profesional (De los Reyes y otros, 2004). El término de bioética surge “desde el ámbito anglosajón, concretamente desde los EE.UU, y la plasmación de sus principios se remontan a 1978 con la publicación del famoso informe Belmont” (De Los Reyes y otros, 2004, p. 306) y se conforma en base a unos principios basados en el respeto a la Autonomía de las personas, No Maleficencia,

Beneficencia y Justicia, los cuales deben regular toda práctica biomédica (Beauchamp, y Childress, 1998).

El concepto es definido por Amérigo (2005) como “el estudio sistemático de la conducta moral en las ciencias de la vida (...) abarca los numerosos problemas éticos generados por la investigación biocientífica y sus aplicaciones médicas” (p. 48). Surge como consecuencia “del abismo existente entre las ciencias empíricas y las humanidades” (Brío, y Riera, 2005, p. 286), emergiendo como un intento de manejar los dilemas éticos que se presenta en un escenario científico tecnológico e intentando integrar los valores de los/as profesionales. Estos dilemas consisten siempre en “conflictos de valor” de los usuarios y los de la propia organización sanitaria para alcanzar una calidad en la toma de decisiones sanitarias (Gracia, 2004, p. 27).

Hasta ahora hemos relacionado la bioética con la toma de decisiones, sin embargo, los principios bioéticos incluyen aspectos sanitarios en los que se ven involucrados la estructura relacional médico/a – usuario/a. Royes (2001) manifiesta cómo la ética en biomedicina se concreta en aspectos muy precisos de la relación asistencial: la veracidad, la intimidad, la confidencialidad y la fidelidad entendidas como virtudes propias del buen hacer de los/as profesionales.

Por otro lado, Simón (2002) hace referencia a la ética clínica, la cual

“versaría sobre un entramado de relaciones humanas y decisiones clínicas que, en el primer círculo se articula el usuario, y en las que junto con él participan los profesionales y sus familias. Se trata de un campo de análisis micro, muy centrado en lo relacional y en la toma de decisiones (...). En un segundo círculo, se encontraría la ética de la organización sanitaria, la cual señala la necesidad de situar al usuario y a los profesionales en el marco de la institución sanitaria. Se trata de un campo de análisis meso en la que tanto la organización sanitaria y la institución tiene unos valores que los guían y una determinada manera de estructurarse. Estaría más centrada en lo corporativo y estructural, en los procedimientos, protocolos y procesos (...). El tercer círculo, se refiere al nivel macro y hace referencia a las políticas de salud que guían y coordinan la manera de prestar atención a la salud a una sociedad, Nación o Estado” (p. 253).

Se deduce que los tres niveles están interconectados, de manera que el nivel macro y meso incide en el equipo de salud y usuarios/as, siendo aquel el que a través de sus valores y principios morales tendrán determinadas actitudes sobre la atención a la usuaria (Amérigo, 2005). Por consiguiente, la ética de los/as agentes de salud va a estar condicionada por los valores de la propia Institución, en tanto que el uso intencionado de ellos/as implica que han reflexionado sobre los mismos, los han articulado correctamente y los han aceptado como normativos de esa cultura organizativa, constituyendo la primera guía que dirige la toma de decisiones. De igual modo, es importante matizar, tal como menciona Simón (2002) que “el fin último de la cultura ética de una corporación sanitaria está estrechamente relacionado con el fin de la medicina: realizar las acciones adecuadas para proporcionar el mayor bien posible a la salud del paciente respetando su autonomía (...)” (p. 254).

Así pues, la ética clínica es inherente a los valores de la organización sanitaria y de la cultura de la Institución, a través de la cual son adquiridos por el equipo asistencial mediante el proceso de socialización laboral dirigiendo su actividad profesional y determinando la naturaleza de la estructura relacional entre los/as agentes de salud y usuarios/as. A pesar de estos condicionantes, la bioética tiene como objetivo primordial la humanización de la asistencia sanitaria incidiendo en el papel protagonista de la usuaria y en su derecho a intervenir en todas aquellas decisiones que le afecten. Este concepto nos recuerda que el enfermo es una persona que, además de su problema físico, tiene aspectos psicológicos, morales y sociales y afectivos que deben ser contemplados en su atención y también en la toma de decisiones según las prioridades del interesado/a (Iraburu, 2008). Entramos pues a considerar el Consentimiento Informado como una herramienta auxiliar de aplicación práctica para la consecución de la toma de decisiones, ya que se fundamenta en dos principios: “por un lado, en la obligación de respetar las decisiones autónomas de los pacientes, lo que puede entenderse como un nuevo contenido del principio de no maleficencia, mínimo por debajo del cual nadie puede situarse. Y, por otro, procurar el mayor bien a los pacientes y ayudarles a realizar en lo posible su propio proyecto vital (...)” (Simón, y Júdez, 2004, p. 42). A pesar de que se dispone de este instrumento, en ocasiones, su correcta aplicación es dificultosa ya que todavía existe un estilo de relación paternalista

que interfiere en el cumplimiento de sus características, basadas en: “un proceso dialógico, comunicativo, deliberativo y prudencial; información suficiente, la voluntariedad sin coacción, información comprensible y seguridad de que el paciente ha comprendido la información” (Simón, y Júdez, 2004, pp. 43-45). Postura que también sostiene Pérez Melero (1997) al enfatizar en “el proceso de diálogo necesario en la relación sanitario – paciente para que el individuo sea capaz de tomar una decisión a partir de una información comprensible y suficiente para sus necesidades, que les capacita para participar voluntaria y activamente en la toma de decisiones respecto a los procedimientos diagnósticos o terapéuticos a realizar (...)” (p. 104).

Aunque la ética clínica nace desde el principio de la autonomía y la igualdad, estos elementos son complicados de llevarlos a la práctica en el ámbito sanitario, y más aún cuando todavía predomina un estilo de relación paternalista (Zabala y otros, 2007) con unos determinados valores institucionales y profesionales generadoras de unas actitudes que son responsables de las situaciones emocionales que experimenta el/la usuario/a durante su estancia en la Institución hospitalaria. Se trata pues de un concepto que está inmerso en un entramado relacional constituido por los valores del equipo de salud y de la Institución, a nivel micro y meso respectivamente, determinando las actitudes de los/as agentes de salud en la praxis. Desde esta concepción, se hace necesario adentrarse en estos conceptos, ya que igualmente tendrá una influencia en la percepción, satisfacción y sentimientos generados de la experiencia vivida por la mujer.

1.5.1. VALORES Y ACTITUDES.

Los valores

Aunque en la literatura existe pluralidad y diversidad sobre el concepto de valor, recogemos la definición de Sánchez Marín (2007), el cual lo define como

“la creencia básica a través de la cual interpretamos el mundo, damos significado a los acontecimientos y a nuestra propia existencia”. Los valores poseen unas características que los diferencian e identifican, así podríamos decir que éstos “son valiosos, fundamentales, necesarios, consustanciales a la propia existencia de las personas: modulando sus sentimientos, impulsando

sus acciones (...) valorando y dirigiendo las decisiones que se toman, comprendiéndose a sí mismo y a todo aquello que le rodea (...)” (p. 164).

Desde la perspectiva de las ciencias sociales, los valores son maneras de ser y obrar que una persona o colectividad juzgan ideal, y que hacen deseables o estimables a los seres o las conductas a los que se atribuyen dicho valor. Por tanto, es un concepto que está en el orden ideal, los objetos y los acontecimientos, sirviendo de inspiración y referencia a un determinado orden moral, estético o intelectual, así mismo, denota cualidad de ser a la que se aspira y en la que cabe inspirarse; de manera que está inmerso en una red de relaciones, perteneciendo a un orden social (Rocher, 1973). Constituyen pues “un acervo consecuencia de la justicia y la equidad puestas al servicio de la convivencia e inevitablemente relacionados, de una u otra manera, con la ética como un saber de la praxis y para la praxis” (Vila Merino, 2005, p. 2).

En el proceso de adquisición influyen múltiples factores dado su origen socio-cultural, sin embargo para nuestro estudio es relevante la tesis sostenida por Sánchez Marín (2007) quien afirma que “el periodo formativo de los profesionales es esencial en la adquisición de valores que determinarán los marcos individuales de referencia de los mismos en el ámbito laboral. “La Responsabilidad, la Confianza, el Diálogo y el Respeto han sido reconocidos como básicos en este sentido” (p. 189). De ahí que se entiendan como “modelos culturales lentamente generados en la experiencia de la interacción a lo largo de la historia y que se transmiten al ejemplificarlos los actores en su vida social” (Sanmartín, 2000, p. 130). Desde esta perspectiva cultural y relacionado con el ámbito laboral, los valores dirigen la conducta de los/as profesionales ya que son considerados “como maneras de ser y obrar que una persona o colectividad juzgan como ideales y que hacen deseables o estimables a los individuos o a los comportamientos a los que se les atribuye ese valor, y como preferencias colectivas que aparecen en un contexto institucional y al mismo tiempo lo regulan” (Goicoechea, 2010, p. 55).

En la siguiente figura reflejamos los aspectos, dimensiones e indicadores atribuibles a cada valor:

a) RESPETO.

Figura 2. Dimensiones e indicadores del respeto.

ASPECTO	INDICADOR
La cortesía y Hospitalidad	Trato cortes, respetuoso, amigable y generoso
	Autoreconocimiento libre para ser uno mismo y para liberar a los demás
Igualdad y Liberación	Conciencia crítica del valor del ser humano
	Autoconciencia del derecho moral y ético de todas las personas
Equidad y Derechos	Igualdad y justicia social y económica para todas las personas
	Compromiso personal para defender los derechos de todas las personas
	Conciencia del derecho básico de todo ser humano a merecer respeto y tener sus necesidades básicas cubiertas
	Oportunidad de desarrollar todo el potencial humano
Dignidad Humana	Armonía Personal
	Total aceptación de las personas
Intimidad y Soledad	Aspiración hacia nuevos niveles de significado y conocimiento de la verdad en unidad con el orden universal

Fuente: Sánchez Marín, 2007, p. 191

b) CONFIANZA.

Figura 3: dimensiones e indicadores de la confianza.

ASPECTO	INDICADOR
Competencia/Confianza	Confianza realista y objetiva en las propias destrezas
Cortesía/Hospitalidad	Consideración de las destrezas como contribución positiva
Seguridad	Encuentro de lugares seguros
	Relaciones de protección y libres de preocupaciones y ansiedades
Compartir/Escuchar/Confiar	Capacidad de escucha activa y con atención a los sentimientos
	Expresión de los propios sentimientos y pensamientos en un clima de mutua confianza en la honestidad de cada uno

Fuente: Sánchez Marín, 2007, p. 193

c) DIÁLOGO.

Figura 4: dimensiones e indicadores del diálogo.

ASPECTO	INDICADOR
Comunicación/Información	Transmisión y flujo de ideas y datos objetivos de modo efectivo y eficaz
Compartir/Escuchar/Confiar	Capacidad de escucha activa y con atención a los sentimientos de las personas
	Expresión de los pensamientos y sentimientos en un clima de mutua confianza y honestidad
	Comunicación interpersonal
	Actitud de respeto hacia el otro como persona y hacia sus ideas, opiniones y creencias
	Animo sincero a la búsqueda de la verdad
	Reconocimiento de la idéntica dignidad de los demás
	Coherencia de la propia conducta
	Encuentro con el otro a través de la palabra , el gesto y la presencia

Fuente: Sánchez Marín, 2007, p. 194

d) RESPONSABILIDAD.

Figura 5: dimensiones e indicadores de la responsabilidad.

ASPECTO	INDICADOR
Ética/Responsabilidad	Autoconciencia de los principios morales
	Facilitar a los demás para que puedan comportarse de acuerdo con su sistema de valores
	Comprensión del nivel de madurez ética de las personas
Responsabilidad Mutua	Equilibrio recíproco de tareas y asignaciones con los demás
	Respuesta personal ante cada área de responsabilidad
	Incremento de los niveles de cooperación
	Autoexigencia
	Hacer lo debido

Fuente: Sánchez Marín, 2007, p. 195

Como podemos apreciar, los valores y la actitud son elementos que van unidos e inciden de manera directa en la atención asistencial del paciente/ cliente. La actitud es definida

“como una predisposición a responder a alguna clase de estímulos con cierta clase de respuestas (...) entendiendo que las actitudes poseen tres componentes básicos: el cognitivo (Creencias acerca del objeto), el afectivo (sentimientos asociados de agrado o desagrado hacia el objeto) y el conductual (intenciones de conducta) (Rosenberg & Hovland, 1989)” (López Martínez, Martín, Rodríguez, Rosa, y Sánchez Perruca, 2002, p. 33).

Hernández (2001) y Ramió (2005), mediante la American Association of Colleges of Nursing, identificaron una relación directa entre los valores y las actitudes asociadas a los mismos, así como la conducta profesional adecuada a cada uno de los elementos.

Figura 6: valores y actitudes.

VALORES	DEFINICIÓN	ACTITUDES	CONDUCTAS PROFESIONALES
Estéticos	Proporcionar bienestar	Creatividad, Sensibilidad, Apreciación	Adaptar el ambiente Crear ambiente de trabajo agradable Imagen positiva del cuidar
Altruistas	Involucrarse en el bienestar de los otros	Compasión, Compromiso, Ayuda	Prestar toda la atención , incorporar tendencias sociales en el cuidar
Igualdad	Mismos derechos y Privilegios	Aceptación, Tolerancia y Asertividad	Proporcionar cuidados basados en las necesidades individuales, expresar ideas sobre el acceso a recursos
Libertad	Capacidad de ejercer la opción	Confianza , independencia, autonomía profesional	Licencia de la persona a negarse al tratamiento, soporte al diálogo, problemas en la Profesión
Dignidad Humana	Valor inherente y singular de toda persona	Humanidad , Respeto, Consideración	Derecho a la privacidad y confidencialidad de la persona
Justicia	Principios legales y morales	Objetividad e integridad	Actuar como abogado de , asignar recursos con justicia, Informar sobre prácticas incompetentes
Verdad	Fidelidad al hecho	Autenticidad, responsabilidad, Honestidad	Informar del cuidar, Documentar con comprensión y honestidad

Fuente: Ramió, 2005, p. 53

a) Respeto.

El respeto se define como el rasgo de tolerancia, entendida como la defensa y la promoción del derecho a la libre expresión de las opiniones y modos de vida (...). Así mismo, es el resultado de la aceptación y acogida del otro diferente con sus creencias, culturas y prácticas y se fundamenta en la profunda creencia de no estar en posesión de la verdad y en la dignidad de las personas: de igual a igual, compartida por todos (Sánchez Marín, 2007). Por tanto, nos estaríamos refiriendo a este valor como “aquella consideración, diferencia y atención en el trato hacia el otro, quien merece ser reconocido y estimado” (Hernández Posada, 2001, p. 19).

b) Confianza.

La confianza se entiende como delegación u ofrecimiento al otro parte del patrimonio personal cuando aquellas manifiestas virtudes como la prudencia y la responsabilidad, entregándose cuando se reconocen cualidades importantes “al otro”. Este valor representa la firme esperanza en las capacidades y potencialidades, tanto de uno mismo como el del resto de las personas e instituciones en la construcción de un bien común. Está relacionado con la integridad moral de las personas, la atención a las tareas encomendadas y el cumplimiento de las promesas. Se manifiesta cuando las personas se sienten respetadas, comprendidas, alentadas y acogidas en el contexto de una relación dialogante y respetuosa (Sánchez Marín, 2007). No se genera porque los/as agentes de salud posean un corpus de conocimientos científicos que le asegure al usuario/a la resolución del problema sino “por el recto obrar, con la verdad por encima de todo, con el cumplimiento responsable de nuestras obligaciones, mediante un trato de respeto (...) y comprendiendo a nuestros semejantes tanto como nosotros deseamos ser comprendidos” (De Febres, 2007, p. 98).

Este valor va estrechamente ligado a la responsabilidad, ya que “si no nos consideramos responsables es muy probable que no tengamos confianza. Y si tenemos confianza es muy probable que nos consideremos responsables de nuestras acciones” (Álvarez, 2003, pp. 55-56). Ambos valores deben estar conectados en la estructura relacional para que la interacción pueda fluir adecuadamente, sobre todo, cuando la mujer se encuentra atrapada ante el riesgo y la incertidumbre que la estructura le genera (Giddens, 1990).

c) Responsabilidad.

La responsabilidad implica asumir las consecuencias de las acciones y decisiones, tratar de que todos los actos sean realizados de acuerdo con justicia y desde el cumplimiento del deber en todos los sentidos. Así mismo, una persona responsable cumple

con el deber que se le asigna y permanece fiel al objetivo que pretende alcanzar, con integridad y con sentido del propósito. Requiere autoexigencia, hacer lo debido y cumplir lo pactado desde el acuerdo y el respeto. Estaríamos haciendo referencia a la posibilidad que tiene la persona de actuar moralmente (Escámez, y Gil, 2001), haciéndose responsable del otro desde una perspectiva ética (Ortega, y Mínguez, 2001). En este sentido, López (2004) afirma que “ser responsable quiere decir asumir las consecuencias de sus acciones, reconocer que es autor de las mismas y responsable de sus comportamientos” (p. 195), pero al mismo tiempo implica tener “contacto directo con los pacientes, con la pretensión de responder a las necesidades considerando costos, beneficios, riesgos con respeto de los derechos de los pacientes y una orientación humana de los servicios (Romero, 2007)” (Beltrán, 2011, p. 37).

d) Diálogo.

El diálogo se concibe como el acto de comunicación interpersonal, a diferencia del mero acto de hablar, este valor reúne los siguientes requisitos:

1. “Actitud de respeto, apertura, acogimiento y escucha al otro como persona y hacia sus ideas , opiniones y creencias
2. Ánimo sincero de búsqueda de la verdad
3. Voluntad decidida de no interponer verdades sino buscar verdades compartidas
4. Reconocimiento de la idéntica dignidad de los otros
5. Ofrecimiento de la verdad desde la coherencia de la propia conducta
6. Encuentro con el otro a través de la palabra, el gesto y la presencia
7. Utilización de un lenguaje común
8. Compartir la reflexión y la crítica
9. Ofrecimiento mutuo de serenidad y tiempo
10. Desechar el miedo, el trato irónico o despectivo, así como la excesiva prudencia” (Sánchez Marín, 2007, p. 193).

Prácticamente constituye un proceso de encuentro directo cara a cara, que va acompañado de ciertos elementos fundamentales, tales como la suspensión, la sensibilidad

y el impulso de necesidad de expresar sus opiniones, críticas y desacuerdos, y el intercambio de ideas entre dos o más personas que tienen la voluntad de escucharse (Bohm, 2001). En la misma línea, Donaji (s.f.) manifiesta que es un valor que “involucra la apertura, el respeto a la individualidad y las creencias de cada persona, así como la tolerancia y humildad. Para dialogar es necesario suspender las creencias propias, reflexionar, compartir y comunicar los significados, pero lo más importante es que conduce a crear conjuntamente algo en común” (p. 2). Por ello, dentro del ámbito clínico, y concretamente en una relación obstetra-matrona y usuaria donde emerja este valor, permitirá alcanzar objetivos comunes, entre los que destacan: llegar a consensos, solucionar conflictos y construir propuestas. Todo ello repercutirá positivamente en el abordaje de los dilemas éticos que se planteen en la intervención clínica. En este sentido de compartir la reflexión y adoptar una actitud crítica como parte integrante del valor del diálogo, Bilbeny señala la deliberación como elemento clave de “la aceptación del otro y del respeto hacia él (...). Cuando deliberamos hacemos algo más completo y tangible que estrictamente pensar en criterios lógicos. Aplicamos nuestros conocimientos y tratamos de proceder con lógica, pero sospeamos también nuestras conveniencias, nos dejamos llevar por el sentimiento, y hasta nos dejamos llevar por la intuición para anticipar las consecuencias de nuestra decisión (Bilbeny, 2002, p. 145)” (Vila Merino, 2005, p. 9).

Por tanto, los valores integran las emociones, los sentimientos, la sensibilidad, la búsqueda de la verdad y la deliberación para alcanzar la dignidad del otro. Estos componentes determinarán las formas de conducta de los individuos.

Actitudes

Las actitudes y los valores están interconectados dado que éstos dirigen la forma de actuar tanto de los/as profesionales y usuarios/as, así como de representar el significado simbólico que se deriva de la interacción y su interpretación. En este contexto, Hernández Posada (2001) hace una relación entre ambos conceptos afirmando que

“las actitudes son disposiciones, relativamente estables, para comportarse de una determinada manera y en determinadas situaciones, referentes a personas, objetos o acontecimientos. Pueden predecir la conducta y expresan los distintos modos de situarse el individuo ante los valores. Por consiguiente, las actitudes se derivan de los valores, dándole fuerza y tensión, más que dirección y sentido, que serían más propios del valor. Constituyen, por tanto la vía operativa de plasmación de los valores en una determinada conducta” (p. 21).

Estos argumentos son compartidos por otros autores al manifestar que “las actitudes traducen, a nivel comportamental, el mayor o menor respeto o adherencia a unos determinados valores, siendo aquellas funciones de éstos (Rocher, 1973)” (Ramíó, 2005, p. 65). Su importancia radica en que se imponen a la conducta, es decir, están por encima de los actores, en la medida que “éstos ven por ellos regida su conducta” o su actitud. (Sanmartín, 2000, p. 133).

Las actitudes han ocupado un lugar destacado dentro de la disciplina psicosocial. Desde la perspectiva de algunos teóricos, son definidas de diferentes formas:

“Smith y otros (1997) afirman que son predisposiciones de un sujeto para aceptar o rechazar un determinado objeto, fenómeno, situación, u otro sujeto; y que puede ayudar a predecir la conducta que el sujeto tendrá frente al objeto actitudinal. Así mismo, Rodríguez (1993) las define como variables interrecurrentes, directamente inferibles, observables y que constituyen una organización cognoscitiva duradera; incluyen componente afectivo a favor o en contra de un determinado objeto y predisponen a la acción”. Debido a que nuestras evaluaciones de los objetos de actitud pueden ser favorables, neutrales o desfavorables, se dice que las actitudes tienen una dirección positiva, neutral o negativa, y que en la medida en que difieren de dirección, las actitudes también lo harán en intensidad, reflejando si su directriz es débil o fuerte. Finalmente López y Fuertes (1999) definen la actitud como una disposición a comportarnos de una determinada manera; por tanto, si valoramos una situación como negativa, lo más probable es que intentemos evitarla, lo contrario ocurriría con la valoración positiva” (Masias, 2006, pp. 26-27).

Es importante resaltar el fuerte componente afectivo inherente a ellas, dado que está fuertemente vinculada a los sentimientos y emociones del individuo frente al objeto o sujeto. Por ello, son difícilmente modificables si sólo se emplean métodos racionales ajenos

de una carga emocional; por el contrario, si la actitud posee un vínculo afectivo puede ser modificable hacia una actitud negativa o positiva (Rodríguez, 1993).

Jacques Chaliflour (1994) menciona que las actitudes más relevantes que se tienen que tener en cuenta en todo proceso de atención son la comprensión empática, el respeto, la autenticidad y la especificidad. A continuación nos adentramos en cada una de ellas:

a) La Comprensión Empática.

Esta dimensión es fundamental en la estructura relacional dado que los/as profesionales deben conocer cuáles son las expectativas de las mujeres durante el proceso de atención. Esta composición se ubica a nivel conceptual y afectivo, de manera que si los/a agentes de salud no satisfacen los deseos de las usuarias se produce la cadena de emociones negativas dando lugar a una insatisfacción en la vivencia de su proceso.

Tal como menciona Chaliflour (1994) se trata de que el equipo asistencial “se adentren el mundo afectivo del cliente e intentar discurrir desde su punto de vista la comprensión afectiva y cognitiva que él tiene de esta situación. (...), además es importante que los profesionales le informe de lo que ha comprendido” (p. 179). De modo que la comunicación empática se basa en la capacidad de entender las necesidades del paciente-cliente. En la misma línea, Gordon (1964) la define como “un proceso mediante el cual una persona es capaz, en forma imaginaria, de situarse en el rol y la situación de otra persona con el objetivo de entender los sentimientos, puntos de vista, actitudes y tendencias propias del otro en una situación dada (...)” (pp. 18-19). Participar de manera empática hacia la mujer en el proceso asistencial significa “situarse en sus coordenadas existenciales, vivir su sufrimiento y de tomar conciencia de lo que siente y piensa” (Ramió, 2005, p. 49).

b) El Respeto.

Aunque anteriormente se ha descrito como un valor, Chaliflor (1994) la contempla como la actitud que tiene que tener el equipo de salud para mantener la capacidad de elegir del usuario, teniendo la competencia exclusiva para determinar la línea de conducta

adaptada a sus necesidades y sus deseos. Esta actitud es inherente a la naturaleza de la relación médico/a – paciente en la medida que aquel proceso relacional que esté basado en un modelo paternalista, la actitud hacia el respeto por parte de los/as profesionales será menor, a diferencia de la relaciones de corte consumista – informativa y deliberativo, donde el paciente expone sus deseos y necesidades y elige la opción más adecuada consensuándola con el personal sanitario. Por tanto, sería

“un rasgo de tolerancia, entendida como la defensa y promoción del derecho a la libre expresión de las opiniones y modos de vida, aunque no sean compartidos. También como aquel sentimiento que lleva a reconocer los derechos y la dignidad del otro, la consideración, atención, deferencia o miramiento que se debe a una persona por el simple hecho de serlo (...)” (Sánchez Marín, 2007, p. 190).

c) La Autenticidad.

Esta debe ser desarrollada por el equipo de salud, dado que la mujer cuando ingresa en la Institución hospitalaria genera una reacción de miedo y estrés ante lo desconocido. Como consecuencia de ello, la gestante tendrá serias dudas a la hora de compartir los temores e incertidumbres que conlleva el proceso reproductivo. Se trata pues de “un auténtico ajuste interno entre lo que la persona es realmente y lo que ella percibe, piensa, siente y comunica” (Chaliflour, 1994, p. 187). La manifestación de tal actitud es clave para que la usuaria deposite toda la confianza en el personal sanitario. De modo que es un proceso que se configura a través de las representaciones ideológicas que éste tenga sobre el proceso asistencial y la socialización laboral sobre la cual ha construido su forma de relacionarse con los/as pacientes en el ámbito clínico.

d) La Especificidad.

Esta actitud va vinculada con la información que se le ofrece al paciente dado que tiene como finalidad “extender el nivel de comprensión del profesional y del cliente no sólo las emociones y las experiencias específicas que vive éste sino aquellas que se producen en la interacción entre ambos”(Chaliflour, 1994, p. 189).

Por consiguiente, los valores, actitudes y la conducta profesional que los/as agentes de salud ofrezcan durante la atención asistencial son responsables directos de los sentimientos y sensaciones que experimente el paciente/cliente repercutiendo de manera considerable en la vivencia en del proceso. En este sentido, Rodríguez y Zurriaga (1997) señalan un estudio desarrollado por Volicer y Bohannon (1975) sobre los acontecimientos estresantes en pacientes hospitalizados destacaron como experiencias que conducen a mayor índice de estrés, destacando los siguientes:

1. “Falta de familiaridad con los elementos del entorno.
2. Separación de la esposa.
3. Problemas financieros.
4. Pérdida de independencia.
5. Aislamientos de otras personas.
6. Falta de información.
7. Amenaza de una enfermedad grave.
8. Problemas con la medicación.
9. Separación de la familia.” (Rodríguez, y Zurriaga, 1997, p. 127).

Se aprecia que la presencia de los familiares y la información acerca de los acontecimientos que está viviendo la mujer y su pareja son factores influyentes para que la experiencia hospitalaria sea menos estresante. En el contexto de la asistencia perinatal, se entiende que el acompañamiento de la pareja o de un familiar de la mujer es importante para que desencadene toda la cascada de sentimientos y emociones placenteras en el proceso asistencial en los diferentes niveles de atención. En este caso, la presencia de la pareja supone un soporte emocional a lo largo de todo el proceso dado que ha dejado de ser un sujeto pasivo de la experiencia de la maternidad para convertirse en sujeto activo y protagonista de la misma (M.S.C., 2007).

1.5.2. EMOCIONES Y SENTIMIENTOS.

Desde la disciplina psicológica, la conceptualización de ambos términos está sujeta a controversias, dado que se utilizan indistintamente uno u otro término.

Respecto a los sentimientos, Escámez y Ortega (2006) los define como

“acomodaciones de vitales del sujeto a sus percepciones de la realidad (...). Los sentimientos no son solamente actos del sujeto sino que en ellos están envuelta una realidad, de ahí que emerja el carácter objetivo de los mismos (...). La persona es una realidad unitaria que se relaciona en un medio percibido como un conjunto de realidades con las que interactúa y toma decisiones (...). En este sentido, los sentimientos aparecen como guías de nuestros deseos y voluntades “instante tras instante, trabajando mano a mano con la mente racional y capacitando” (pp. 113-114).

Surgen de las relaciones con los otros y los objetos que le rodean, y lo más destacado es que “están firmemente sujetos a las expectativas y los valores, movilizandolos la afectividad” (Le Breton, 1998, p. 104). De ahí que en la relación clínica entre los/as profesionales, la mujer y pareja emergen de un modo u otro, dependiendo de los acontecimientos que se producen, siendo determinantes en las decisiones razonadas por todos los miembros implicados en la interacción. Esto generalmente se pone de manifiesto cuando existe una concordancia o disonancia en las expectativas tanto de la mujer y su pareja como en los/as agentes de salud.

Sin embargo, referente a la emoción, éste es un concepto difícil de definir, aun así, está relacionado con el sentimiento pero introducido en una escala temporal. En esta línea de pensamiento, Le Breton (1998) lo define como “la resonancia propia de un acontecimiento pasado, presente o futuro, real o imaginario, en la relación del individuo con el mundo; es un momento provisorio nacido de una causa precisa en la que el sentimiento se cristaliza con una intensidad particular: alegría, ira, deseo, sorpresa, miedo, etc. (...)” (p. 105). Por tanto, podemos observar que no existe una distinción neta acerca de los términos puesto que uno y otro se incluyen y competen a la misma impregnación social. En la misma línea Moya (2001) arguye la sinonimia existente entre los dos conceptos al manifestar que “las emociones son también denominadas sentimientos, un término que destaca claramente

su carácter de experiencias, de estados que son sentidos por un sujeto” (p. 23). La dificultad en la distinción radica en la “irreductibilidad a la objetivación intelectual” (García Cuadrado, 2008, p. 102), en la medida que escapa a todo nivel de conciencia y cuya activación obedece a factores extrínsecos e intrínsecos.

En el contexto hospitalario, tanto los/as profesionales relacionados con la atención perinatal como la mujer están sujetos a múltiples factores que pertenecen al mundo de su subjetividad y que pueden desencadenar emociones o sentimientos que suelen ser placenteros o de desagrado, dependiendo de la armonía o disarmonía entre la vivencia que esté experimentando la usuaria en la atención del proceso reproductivo y el ajuste a sus esquemas previos. Esta situación conduce a los sujetos implicados en la estructura relacional a tener un tipo de respuesta automática que determina no sólo la naturaleza de la relación entre ellos en el proceso asistencial sino las decisiones que se tomarán en el mismo. En este sentido, Elster señala “que cierto número de autores han defendido que las emociones son indispensables para la adopción racional de decisiones porque capacita al individuo para preparar su mente ante situaciones que son demasiado complejas para el análisis racional y sus consecuencias (...) (Elster, 2001)” (Álvarez, 2003, p. 54).

Desde la psicología experimental se ha diseñado una posible clasificación de las emociones basadas en los tipos de respuestas ante determinados estímulos. La clasificación agrupada en familias que se presenta en la figura 7 nos ayuda a entender la tipología de los sentimientos que emergen en el paciente/cliente, en este caso, la mujer cuando interacciona con el sistema sanitario.

Figura 7: emociones positivas y negativas.

IRA	TRISTEZA	MIEDO	ALEGRÍA	AMOR	SORPRESA	AVERSIÓN	VERGÜENZA
Rabia	Aflicción	Ansiedad	Felicidad	Aceptación	Sobresalto	Desprecio	Culpa
Enojo	Pena	Temor	Gozo	Cordialidad	Asombro	Desdén	Perplejidad
Resentimiento	Desconsuelo	Preocupación	Tranquilidad	Confianza	Desconcierto	Displicencia	Desazón
Furia	Pesimismo	Terror	Contento	Amabilidad	Admiración	Asco	Humillación
Exasperación	Melancolía	Inquietud	Estremecimiento	Afinidad		Antipatía	Pesar
Indignación	Autocompasión	Desasosiego	Gratificación	Devoción		Disgusto	Aflicción
Irritabilidad	Soledad	Incertidumbre	Satisfacción	Adoración		Repugnancia	
Hostilidad	Desaliento	Nerviosismo	Euforia	Enamoramiento			
Odio	Desesperación	Angustia	Dignidad				

Fuente: García Cuadrado, 2008, pp. 106-107

Pese a esta clasificación, tal como arguye el autor “no resuelve todos los problemas que conlleva el intento de categorizar las emociones” (García Cuadrado, 2008, p. 106).

Otros autores las clasifican como positivas, negativas y neutras. Según ilustra la figura siguiente, la tipificación de estas emociones sería la siguiente:

Figura 8: tipología de las emociones.

NEGATIVAS	POSITIVAS	NEUTRAS
El Miedo	Felicidad	La Sorpresa
La Ansiedad	El Amor /Cariño	
La Hostilidad	El Humor	
La Tristeza		
La Hostilidad		
La Ira		

Fuente. Fernández Abascal, 1997, p. 165

Las emociones o sentimientos en el contexto reproductivo están íntimamente relacionados con la forma en la que los/as agentes de salud interpreten el proceso perinatal. Como ya comentamos en apartados precedentes, la secuencia reproductiva es representada, desde el poder del discurso biomédico, como un proceso que necesita ser atendido en el medio hospitalario. La mujer debe acudir a las instituciones para ser sometida a pruebas de diagnóstico y tratamiento. Este hecho supone considerar a la usuaria como una paciente en la medida que está enferma, como señala Rodríguez y Zurriaga (1997) “ponerse enfermo constituye un cambio de vida (...) y esta relación con el estatus de salud viene mediado por el estrés”, definido como “un estímulo o acontecimiento externo que provoca una respuesta de tensión” (p. 37). Lo más relevante de este estímulo es la respuesta que desencadena en el agente, describiendo tres fases de estrés

“una primera fase de amenaza en la que la percepción del peligro activa el miedo anticipatorio; una segunda, de impacto de peligro valorado en relación al escape posible y a las defensas que puedan ser empleadas. La última fase es la de victimización post-impacto en la cual se perciben las pérdidas y se siente la privación (Janis, 1958)” (Rodríguez, y Zurriaga, 1997, p. 38).

Estas respuestas son reacciones de la persona como mecanismo de adaptación al proceso psicológico, dado que el estrés, según afirma Fernández Abascal (1997)

“se origina ante una exigencia del organismo, frente a la cual éste no posee información para darle una respuesta adecuada, activando un mecanismo de emergencia consistente en una activación psicofisiológica que permite recoger más y mejor información, procesarla e interpretarla más rápida y eficientemente, y así permitir al organismo dar una respuesta adecuada a la demanda” (p. 254).

Se entiende, por tanto, que las emociones responden a la naturaleza de las personas, las cuales constituyen sistemas abiertos, que al interaccionar con el entorno, necesariamente intercambian información para responder a las necesidades que el medio les demanda para conseguir su adaptación y atenuar el agente estresor (Chaliflour, 1994). Para que esta circunstancia tenga lugar se desarrolla en el individuo una valoración de los acontecimientos que suceden a sus alrededor. Respecto a ello, Pérez Nieto y Redondo (2006) indican la existencia de dos procesos: una valoración primaria y secundaria. El acto primario de valoración se refiere a la relevancia que posee lo que está sucediendo en relación a los objetivos, las metas, los valores, los compromisos o las creencias que esa persona tiene. Mientras que el acto secundario de valoración es un proceso de evaluación que se centra en lo que la persona puede hacer ante esa situación relevante para mantener o conseguir el bienestar y una buena adaptación ante una situación de estrés.

Las instituciones sanitarias son consideradas agentes estresores tanto para la mujer y su pareja dado que tienen un desconocimiento del personal que le va atender y el entorno donde se va a desarrollar la atención. Este tipo de estrés es de carácter múltiple pues los acontecimientos que acontecen en el espacio institucional escapan al control y corresponden con cambios significativos y de trascendencia vital para la usuaria. Interacciona con el entorno desarrollando acomodaciones internas con el propósito de atenuar los riesgos que puedan surgir del mismo y pongan en peligro su bienestar. El mecanismo se desencadena fruto del efecto funcional que está integrado en el procesamiento cognitivo de las emociones. Este efecto se refiere a “los cambios comportamentales que producen las emociones y que hacen que las personas se preparen para la acción o movilización hacia el afrontamiento” (Fernández Abascal, 1997, p. 172). Es un conjunto de esfuerzos cognitivos y conductuales que están en un constante cambio para adaptarse a las condiciones desencadenantes y que se desarrollan para manejar las

demandas, tanto internas como externas, que son valoradas como excedentes o desbordantes para los recursos de las persona (Lazarus, y Folkman, 1984). En el marco de la atención asistencial, se trata de un proceso psicológico que se pone en marcha cuando en el entorno de la atención perinatal se producen cambios o situaciones no deseadas que provocan estrés. Por consiguiente, esta reacción es más marcada y característica de las emociones negativas que en el caso de las positivas.

Las situaciones estresantes siempre han tenido connotaciones negativas para las personas, sin embargo, es interesante la visión que hace sobre las mismas (Lazarus, y Folkman, 1984). Estos autores distinguen tres tipos de valoraciones: irrelevante, positiva y estresante

“La valoración positiva de un acontecimiento se acompaña de emociones placenteras: alegría, amor, felicidad, apaciguamiento (...). La valoración estresante consiste en una interpretación del acontecimiento capaz de producir: daño, amenaza, desafío o pérdida. En lo que respecta a “la amenaza, los daños y pérdidas no han ocurrido pero son anticipados, sin embargo, en el caso del desafío se centra en emociones agradables, mientras que la valoración de la amenaza se centra en el daño potencial y se caracteriza por emociones negativas (miedo, ansiedad e ira) (Lazarus & Folkman, 1984)” (Rodríguez, y Zurriaga, 1997, p. 39).

Lazarus y Folkman (1984) recogen situaciones formales que crean la potencialidad de amenaza, daño o desafío, en definitiva aquellas características que pueden constituir agentes estresantes. Destacamos como las más relevantes: a) La novedad ante un hecho determinado que puede estar asociado a una experiencia positiva o negativa. Esta situación puede desencadenar un agente estresante para el paciente en el caso de que existiese una asociación de daño o peligrosa que implica desconcierto, desconocimiento, pérdida de control y ambigüedad; b) La impredecibilidad asociada a la falta de información que el paciente adquiere en la Institución hospitalaria, limitando los recursos de afrontamiento ante los acontecimientos estresantes que se puedan presentar en un momento determinado. Por tanto, un conocimiento exhaustivo de los hechos y el conocimiento del entorno son factores determinantes para el abordaje de la misma; c) La incertidumbre sobre los sucesos que podrían ocurrir tiene un fuerte impacto inmovilizante sobre los procesos

anticipatorios de afrontamiento ante el agente estresor que se presenta; d) La duración de persistencia del incidente puede llegar a constituir un estresor crónico que dificulta seriamente la experiencia vivida, sin embargo, los recursos que el paciente tenga para adaptarse a la situación que está viviendo y su relación con el entorno serán los principales elementos que atenúen la percepción de la vivencia; e) La información no objetiva y distorsionada sobre los acontecimientos que están teniendo lugar en la institución donde el paciente recibe la atención asistencial. (Rodríguez, y Zurriaga, 1997, pp. 41-43).

A pesar de todas estas situaciones existen otras que modulan las emociones o reacciones de las personas en el contexto asistencial, tal es el caso de las creencias, las cuales son necesarias “para que pueda darse una emoción determinada” (Hansberg, 2001, p. 12). La creencia sobre el fenómeno está estrechamente vinculada con las representaciones ideológicas sobre el mismo, por tanto aquella será un factor influyente en la construcción de la realidad del acontecimiento y los esfuerzos al afrontamiento que experimente la persona. Se considera que las creencias que se tienen sobre el acontecimiento son estresores culturales dado que se han ido transmitiendo mediante el proceso de socialización. Lo mismo sucede con los/as profesionales en el contexto laboral dado que dependiendo de las creencias que tengan sobre el fenómeno afectará a su conducta, configurando y modelando sus ideas y condicionando sus sentimientos (Sánchez Marín, 2007).

Así pues, el Modelo Médico Hegemónico ha manejado, a través de sus principios y mediante la égida del biopoder, conceptos tales como la enfermedad, la patología de la reproducción, así como el modelo de relación clínica que se debe establecer con el/la usuario/a. Todo ello, no sólo ha influido en la forma en que la mujer siente y percibe el proceso reproductivo sino también en la manera de representar y vivir la maternidad y la paternidad.

1.6. MATERNIDAD Y PATERNIDAD.

Desde la antigüedad se empieza a gestar las representaciones ideológicas sobre el cuerpo de la mujer como ser psicológica y biológicamente inferior. Si nos remontamos a la Biblia, “la mujer esta muda en el génesis: ya no tiene palabra, ni el nombre ni el linaje. Nace ya muerta (...), indefensa, y condenada por una supuesta infracción, lo que la pone bajo la férula del varón” (Sau, 2004, p. 51). En la Grecia clásica era representaba como “pequeña, débil, frágil, tiene menos dientes, menos suturas craneanas, menos voz y de débil metabolismo que explica el flujo de las reglas” (Sissa, 2006, p. 117). En esta asimetría, las mujeres se afanan en ser reconocidas socialmente desde la antigüedad. Este momento llega con el parto o el nacimiento de la criatura, tal como señala Bruit (2006) “las mujeres se afanan en torno al nacimiento (...) ésta es la única tarea en la que el hombre o padre no tiene reconocimiento social” (p. 432). Sin embargo, la mujer ha sido considerada impura por naturaleza porque pasa por acontecimientos considerados impuros a lo largo de su ciclo vital: menstruaciones, partos, alumbramiento, etc. Estos eventos que envuelven y definen la maternidad hacen que, desde esta perspectiva, el imaginario masculino las represente como seres diferentes (...), manifestando “su alteridad con respecto a los hombres” (Tubert, 2010, p. 162; Bruit, 2006, p. 435). A lo largo de la historia, la maternidad ha sido un reflejo de asimetría de poder en las relaciones de género construida desde la visión androcéntrica de la misma. Sobre este aspecto, Sau manifiesta que “en el sistema patriarcal sólo se reconoce el poder de los padres y únicamente se acepta como social, cultural y políticamente relevante la paternidad institucionalizada” (Sau, 1981, Vol.1, p. 182). Así, en este orden patriarcal no existe espacio en el imaginario social de la cultura occidental para la maternidad entendida como tal, considerándose una pseudomaternidad en la medida que es definida e interpretada desde la visión androcéntrica (Davis-Floyd, 2001).

Desde los discursos católicos, a la mujer se le atribuía unos comportamientos específicos: pasión, sentimentalidad, espíritu de sacrificio, disposición a la obediencia conyugal. “Se presenta de este modo un modelo femenino, asexuado y como tal elevado a la categoría de madre y al mismo tiempo de esposa, considerándola como un ser sumiso y con espíritu de abnegación hacia su marido” (Georgio, 2006, pp. 210-212). Esta relación conyugal

supone a la mujer un nuevo orden simbólico sobre su vida marital, dado que “ésta se reduce al renunciamiento de la esposa a todo aquello que hubiera podido pertenecer como propio: amigos, ocupaciones, bienes, con vistas a una adaptación mimética a la vida religiosa, económica y social del esposo” (Sissa, 2006, p. 132). Así el orden simbólico y biológico se integra en la función de la paternidad, constituyendo la maternidad el recinto donde tiene lugar dicho orden, pero “el eje significativo sería la paternidad” (Sau, 2004, p. 31).

En base a estas representaciones, el discurso médico del siglo XIX se esfuerza en construir la maternidad, la cual es entendida como “entidad abstracta, ahistórica, monolítica, homogénea, dependiente de los hombres, acultural y sin agencia social” (Sánchez, 2008, p. 79), originando un control sobre “su papel como reproductoras” (Esteban, 2000, p. 210). Esta tendencia en la representación de la mujer continuará hasta mediados del siglo XX, momento en el que la medicina la define bajo estrictas teorías científicas como un ser inferior con respecto al hombre, y está genéticamente programada para las tareas domésticas y el cuidado de los hijos, a diferencia del hombre que está dotado de una inteligencia natural que lo hace estar capacitado para el desarrollo de las ciencias y el arte (Gálvez, 2002). Por tanto, tiene asignados unos roles modulados culturalmente y conformados por discursos y prácticas sociales que conforman un imaginario complejo y poderoso que es, a la vez, fuente y efecto del género (Téllez, y Heras, 2005; Esteban, 2000).

Desde esta perspectiva, nuestra cultura construye “la maternidad como un producto de sistema de género que modula las relaciones entre los sexos (Narotzky, 1995)” (Téllez, y Heras, 2005, p. 87), llevando inherente unos roles de género asignados como el cuidado, la protección y la educación, así como ideales de “ternura, nutricidad y fecundidad” (Lozano, 2001, p. 255). En base a ello, “se expresa de forma naturalizada como expresión de género, que se vive automáticamente sin que medie un proceso reflexivo consciente que permita conocer a la mujer las razones por las cuales es conducida a tomar la decisión de tener hijos” (Palomar, 2005, p. 54). Este modelo inserto en una ideología perteneciente a una civilización androcéntrica construye las representaciones sobre la maternidad desde una lógica patriarcal y desde un discurso basado en la dominación masculina, asignando a la mujer una función biológica. El cuerpo femenino está idealizado desde la función biológica de parir la

cual se convierte en mandato cultural al afirmar la existencia de un instinto materno universal (Lozano, 2001). Esta relación ejerce una apropiación masculina de la maternidad, en tanto que la cultura, y ésta en relación metafórica con el hombre expone a la mujer a una maternidad obligatoria (Álvarez Munárriz, 1996; Ortner, 1974).

No fue hasta finales del siglo XX cuando los discursos en torno a la maternidad dieron un giro importante desde la ideología del M.M.H.. Se habla por primera vez en la historia de la mujer “no como un ser inferior sino diferente al varón” (Nash, 2006, p. 690). Con ello, se deconstruye el pensamiento reduccionista sobre la mujer y madre que había estado dominando a lo largo de la historia. Por otro lado, aparece la teoría de la división de esferas relacionada con “la división sexual del trabajo y la construcción de la identidad cultural de la mujer a partir de la maternidad, entendiendo ésta como un deber social ineludible” (Nash, 2006, p. 690), culpabilizando a las madres si no siguen las directrices sociales (Esteban, 2000). Este mandato social supone una apropiación de la misma por las instituciones sanitarias, apoderándose del proceso reproductivo y sometiéndolas a las tecnologías de la dominación, en la medida que es expuesta a aplicaciones tecnológicas y científicas interfiriendo en la vivencia del proceso, dando origen a la maternidad institucionalizada. Representa “una minusvalorización de la madre, necesitada del conocimiento médico, consolidándose una gradual apropiación masculina de la maternidad biológica (Nash, 2000, p. 696)” (Moreno, y Mira, 2005, p. 29).

A lo largo de la historia, el Estado como espacio de poder, a través de sus discursos, ha vehiculizado una ideología de la maternidad basada como una obligación y el fin que toda mujer debe conseguir para ser considerada como mujer-madre. Esto ha generado para ella una obligación a seguir con el modelo que la sociedad impone y que aún perdura en nuestros días, aunque “readaptando sus discursos a las características del contexto social” (Montes, 2007, p. 69). Sin embargo, aunque en las sociedades postindustriales y capitalistas la maternidad está constantemente reconstruyéndose, “aún se sigue manteniendo reforzados los códigos culturales y morales” (Montes, 2007, pp. 69-70). Pese a esa maleabilidad para adaptarse a distintas situaciones que el contexto le obliga, todavía se

mantiene inalterable esa ideología que culpabiliza a la madre si no cumple exactamente con el imaginario social de la maternidad, generando tensiones y conflictos en ellas.

Re-ordenación de los universos simbólicos en torno a la maternidad: un nuevo sentido de la misma.

Frente a estos discursos hegemónicos referentes al sentido y la obligación que la cultura impone sobre el deber de la maternidad, Nash (2006) arguye que la maternidad pasa a ser considerada en el imaginario social como un “cometido social y un mandato biológico” (p. 691). Sin embargo, según señalan Téllez y Heras (2005), nos encontramos ante un nuevo orden simbólico fruto de la evolución de la sociedad, ya que “estamos ante otros modelos de maternidad que no entienden esa determinación, poniendo en tela de juicio ese planteamiento al representarla como una toma de decisión activa por parte de las mujeres, tanto en sentido afirmativo como en la elección de la negación de la misma (Esteban, 1993)” (p. 79). De modo que se aprecia un importante cambio en las representaciones ideológicas de la misma por parte de la sociedad, en la medida que las mujeres pasan a asumir un papel activo respecto a la decisión libre de ser o no madres, alejando la visión de la maternidad como mandato social. Según manifiesta Díez

“en nuestra sociedad, las respuestas de las mujeres son diversas (...): mujeres que optan por la no-maternidad, mujeres que no descartan la maternidad en un futuro, mujeres que la asumieron hace tiempo, y mujeres que están viviendo su experiencia como madres (...). Teniendo en cuenta variables de edad, situación económica y contexto etnográfico, presenta visiones diferentes (...) (Díez, 1999)” (Esteban, 2000, p. 214)

Por otra parte, ante esta mutabilidad de la maternidad que se adapta al contexto sociocultural y político en cada momento de la historia, actualmente estamos viviendo nuevos modelos de la misma, adquiriendo un nuevo significado y representaciones que la sociedad va elaborando (Hays, 1998). Pese a todo ello, existen ideologías y discursos diferentes que giran en torno al fenómeno en cuestión, implicando distintas respuestas de la sociedad. Siguiendo a Montes (2007) “no existe un modelo único del ejercicio de la maternidad. La realidad de las experiencias vividas y transmitidas por las mujeres muestran cómo han elaborado estrategias personales de adaptación para equilibrar los propios

deseos o proyectos y necesidades, con las exigencias de una tarea maternal que es redefinida” (p. 70), produciéndose cambios en “la esfera familiar, laboral y social, vinculadas a las modificaciones en las representaciones que la sociedad posee sobre la mujer” (Tubert, 2010, p. 162)

La maternidad y la paternidad son conceptos que están relacionados y se basan, por un lado en el universo simbólico con sus categorías, representaciones e imágenes, que forman parte de un sistema ideológico históricamente dado. Y, por otro, la construcción de la subjetividad con su despliegue imaginario, la reticencia a abandonar la referencia simbólica de la paternidad y la resistencia a construir ideales de ésta, apuntan la hipótesis de que el ejercicio de deconstrucción de la paternidad tiene sus propias connotaciones y que aún no se ha realizado con todas sus consecuencias (Tubert, 2001).

En este sentido, la construcción identitaria del hombre en torno a la reproducción se sitúa en diferentes planos de significado, condicionando su respuesta a la ideología y representaciones que los hombres poseen acerca de la maternidad y su actitud sobre la paternidad. Todo ello condicionado por la fuerza del factor cultural que configura el universo simbólico sobre los fenómenos, en este caso, el de la maternidad y paternidad.

Re-ordenación de los universos simbólicos en torno a la paternidad: un nuevo sentido de la misma

Como hemos mencionado anteriormente, las representaciones ideológicas de género han ido configurando la manera de entender tanto la maternidad como la paternidad alineadas en un pensamiento hegemónico derivado de una civilización androcéntrica a lo largo de la historia. Desde esta perspectiva, el patriarcado ha funcionado como una estructura básica en todas las sociedades contemporáneas. Su marca personal ha sido la autoridad del hombre sobre la mujer, resultando ser un verdadero sistema de dominación, el cual subsistía bajo un halo de naturalidad que definía las relaciones en el ámbito doméstico (Jiménez Godoy, 2004). De este modo, tal como refieren Paterna, Martínez y Rodes (2005) “la paternidad ha supuesto el cumplimiento de una de las expectativas que incorpora el rol de género masculino” (p. 282), por tanto el hombre se preocupaba constantemente de estar considerado dentro de los cánones masculinos. Todo ello, como

consecuencia de “la inexistencia de símbolos o códigos culturales que den cuenta del sentir y deber actuar paterno, un ideal paterno que actúe con la misma lógica que el mito del instinto maternal” (González de Chávez, 1994, p. 438).

Con el tiempo va surgiendo la idea que la maternidad es una actividad ligada al sexo femenino, dado que el hombre no tenía la crianza dentro de los cánones sociales del perfil masculino. La creencia que nuestro origen lo protagoniza el cuerpo de la madre es lo que alimenta de alguna manera esa omnipotencia de la madre respecto a la vida, así como la desestimación y restricción de la figura paterna en ese proceso y el que le sigue a la crianza (Jiménez Godoy, 2004).

Las sociedades evolucionan así como también lo hacen las culturas y los individuos que están inmersos en esta red de relaciones que define la sociedad. Con todo ello, se pretende dar a entender que lo mismo que ocurre con la maternidad, el concepto de paternidad y las representaciones ideológicas que el hombre posee sobre ella se están reconstruyendo y adaptando a los tiempos actuales. Esta mutabilidad se pone de manifiesto en la simetría de poder existente entre el hombre y la mujer tanto en el ámbito doméstico como público. El cambio se refleja en la participación del hombre en las tareas domésticas, incluyendo fundamentalmente la de la crianza, implicándose activamente en el cuidado y protección de la maternidad. Por consiguiente, como señala Horvath (1999) “el padre es esa figura que no solamente proporciona bienes materiales a la familia sino que además se le demanda su presencia también para dar amor, participar en los cuidados, hablar y jugar con el hijo/a.” (p. 95). Esta nueva visión se antepone a la tradicional figura del padre de familia, ausente y sin implicación en la crianza de los hijos. Bonino (2003) se refiere a la decadencia de la paternidad, tal y como estaba construida, idealizada y representada en el pasado; y el surgimiento de “nuevos ideales de paternidad que son correlativos a nuevas formas de ejercicio de maternidad, al ideal social de la igualdad de derechos y deberes entre mujeres y varones, y al de la jerarquización de la autonomía individual” (p. 176). Reflexión que no comparte Esteban al señalar que aunque “muchos hombres llevan a cabo funciones respecto a sus hijos que no eran comunes unos años atrás (...) no supone cambios significativos en el

reparto del trabajo reproductivo ni en las representaciones en la maternidad” (Esteban, 2000, p. 223).

Uno de los indicadores que pone de manifiesto la reordenación de los universos simbólicos en torno a la paternidad es la implicación del marido durante todo el proceso reproductivo, quedando patente en el acompañamiento a la mujer en los controles del embarazo y en el deseo de tener un protagonismo durante toda la secuencia reproductiva; acompañamiento continuo durante la dilatación, su presencia en el momento del parto y la inquietud por obtener información sobre la lactancia y cuidados del recién nacido en el puerperio. Aspecto que también resalta Castaño (2009) al manifestar que con el paso del tiempo todo cambia y ahora los hombres no quieren perderse la experiencia de ver nacer a sus hijos. Por tanto, se aprecia “una tendencia a asumir roles de marido y mujer de una manera elástica con tareas y responsabilidades que se adaptan a las transformaciones culturales (...), estableciéndose una situación entre la pareja que modifica su anterior relación” (Horvath, 1999, pp. 98-99), dado que el padre tiende a expresar con mayor facilidad sus sentimientos tanto en la vivencia de la maternidad – paternidad como posteriormente hacia su hijo/a.

En este sentido, se deduce que las emociones han dejado de formar parte exclusiva del estereotipo femenino para ser compartido con el masculino en la medida que el hombre ha roto la coraza de lo emocional (Jiménez Godoy, 2004), ya que se trata pues de una paternidad centrada en la cooperación en las actividades domésticas, colaborador en la crianza de los hijos/as, de modo que “no sólo se maneja en términos de autoridad sino que presenta un aspecto afectivo –emocional (...), son padres participativos y ayudantes” (Bonino, 2003, pp. 176-177). Aspecto que también resalta Borisenko (2007) al reconocer los nuevos valores de la paternidad contemporánea están basados en “la responsabilidad, la productividad y la participación en la educación de sus hijos” (p. 83) (Traducción propia).

Borisenko, J. (2007). *Fatherhood as a Personality Development Factor in Men*. ‘Contemporary western psychology of the 1980s frequently used terms “new”, “responsible”, and “productive” father (Boss, Doherty, LaRossa, Schumm & Steinmetz, 1993; Fthenakis, 1988) to depict this father recognizing the value of fatherhood and actively participating in the upbringing of his child’.

Esta evolución ha empujado al hombre y padre a asumir intercambios de roles dentro del ámbito familiar, asumiendo roles de padre – cuidador, binomio que históricamente parecía imposible ya que era la mujer la que desempeñaba el rol de cuidadora y esposa. Este es un dato más del desarrollo evolutivo de las dinámicas de roles intrafamiliares en las nuevas estructuras de parejas del nuevo milenio. Al hilo del desarrollo evolutivo de la figura paterna, actualmente hemos pasado de un padre que tenía un carácter distante, disciplinario y autoritario a otro donde se muestra más sensible, cariñoso y responsable en el cuidado y la educación de los menores y, que el cociente relación madre -padre es más simétrico. Todo ello apoyado por los discursos postmodernos que definen el padre ejemplar como aquel que asume responsabilidades madre y padre, transmitiendo seguridad y cariño, legitimándose las expresiones afectivas, antes negadas (Jiménez Godoy, 2004).

Estamos pues ante otra perspectiva de análisis sobre la maternidad que está cobrando fuerza en los últimos años, dado que se está reflexionando acerca de los efectos de la crisis del patriarcado sobre la función y el papel social de los varones y mujeres en la práctica de la reproducción. Según señala Palomar (2005) “nuevas perspectivas apuntan hacia un nuevo foco de la maternidad, hacia lo que se formula actualmente como parentalidad contemporánea, el cual engloba a ambos padres sin distinción de sexo o de género, a partir de la idea de que tanto el padre como la madre se encuentran involucrados en un nueva y común responsabilidad” (p. 52).

Llegados a este punto del estudio sobre las maternidades y paternidades, y a tenor de las revisiones bibliográficas realizadas, ponemos de manifiesto la reflexión de Sau (2004) que señala que la madre ha tenido que vivir su maternidad en la civilización androcéntrica, y como consecuencia de ello, ha sido rebajada a la condición de funcionaria del padre, cumpliendo las funciones que él declinaba, sin embargo, actualmente estamos siendo testigos de un cambio o punto de inflexión del pensamiento patriarcal, vislumbrándose el desarrollo de un nuevo modelo basado en el reconocimiento de las diferencias por ambas partes para la consecución de la igualdad, tal como refleja el manifiesto en torno a la recuperación de la maternidad (2006).

Este documento está basado no sólo en la experiencia social cotidiana sino en la evidencia científica aportada por mujeres, madres y padres pertenecientes a diversos campos de la medicina, la psicología, la sociología y la pedagogía, que están interesados en contribuir a que la maternidad gozosa y entrañable “salga del armario”, en un contexto histórico en el que profundizar en el desarrollo integral de la equidad entre mujeres y hombres nos posibilita la recuperación de procesos vitales básicos para la humanización de las actuales sociedades modernas y postmodernas (Manifiesto para la Recuperación de la Maternidad, 2006).

CAPÍTULO II. FORMACIÓN DE MATRONAS Y MÉDICOS: RESEÑAS HISTÓRICAS

2.1. RESEÑAS HISTÓRICAS SOBRE LA FORMACIÓN DE LAS MATRONAS

Según señala Gracia, para entender el desarrollo profesional de la matrona es importante realizar un recorrido histórico, dado que

“la profesión es una creación humana, frente a los hechos naturales en sí mismos y todo lo que es una creación humana, es una creación histórica, es decir, las creaciones del hombre surgen en la historia, surgen en el tiempo y no se entienden bien cuándo, cómo y por qué han surgido si no es dentro de la historia. Este es un fenómeno claramente humano (Gracia, 1992)” (Hernández Martín, Gallego, González, y Alcaraz, 1997, p. 22).

Desde esta perspectiva histórica y social de la profesión vamos a ir describiendo el recorrido histórico de las matronas a lo largo de su existencia; desde sus inicios como oficio hasta su reconocimiento social y legal, alcanzando el estatus de profesión.

La historia de la profesión de las matronas es la historia misma de la civilización y de la Obstetricia, ésta toma su nombre de obstetrix que es así como llamaban a las parteras en Roma. Etimológicamente es una palabra latina que deriva del verbo obstare, que se traduce como “estar al lado” o “delante de”. En tal caso se traduce como que la partera acompaña a la parturienta y le ayuda (Martínez Roche, 2005).

Inicio.

Pese a saber que las matronas son tan antiguas como la humanidad, se conocen más bien poco acerca de sus inicios en la ocupación de este oficio. Las primeras noticias que tenemos de nuestros antecesores podemos encontrarlas en las pinturas rupestres. Los símbolos de fertilidad de esa época hacen sospechar que las mujeres parían solas en cuclillas o con las nalgas o las rodillas sobre piedras de gran tamaño (Serrano, 2002).

En estas sociedades primitivas la comadrona aparece acompañando a la mujer en todo su momento reproductivo. Sus primeras intervenciones observables a través de los grabados desde la era neolítica, estuvieron basadas en la ayuda, el contacto, y la protección, de orden mágico y religioso a la mujer durante el trance del parto, parto y puerperio así como a la recepción, protección y primeros cuidados al recién nacido (López Orellana, 2004).

La era Egipcia.

Se sabe que en Egipto existía una civilización desde el año 2700 a. de J.C. Sobre el año 2000 a. de J.C. introdujeron la escritura ideográfica que vino a sustituir la anterior pictográfica que se grababa en piedra. Entre algunos de los papiros del antiguo Egipto que se conservan en la Biblioteca Universitaria de Leipzig, se encuentra el de EBERS, fechado antes del 1550 a. de J.C. y posiblemente de una época tan anterior como el año 1900 a. de J.C. Este sería posiblemente el primer libro de texto sobre Ginecología en la historia de la Medicina. En él se encuentran referencias acerca de cómo reconocer a una parturienta, métodos anticonceptivos y asistencia en caso de patología ginecológica y obstétrica, además de quedar constancia que, en esta cultura, la matrona era una ocupación femenina reconocida, siendo las comadronas las que atendían los nacimientos normales, incluidos los de la realeza.

En esta época las matronas gozaban de un gran prestigio social y eran muy reconocidas en el oficio por su gran poder de decisión en las asuntos reproductivos de la mujer, así como colectivo que poseía unos principios éticos como la preservación de la vida (López Orellana, 2004).

La era Griega

Grecia se convirtió en el centro de la primera gran civilización europea. En la época de Hipócrates y Sócrates (alrededor del año 500 a. de J.C.), las comadronas disfrutaban de reconocimiento social y recibían honores. En esta época se dividían en dos grados, el primero incluía, las de habilidad y experiencia superior, que eran consultadas en caso de

tratarse de partos anómalos y difíciles, y el segundo, las que ayudaban únicamente en los partos normales (Siles, 1999).

Las matronas estaban muy relacionadas con los filósofos, de hecho, Sócrates nombra su doctrina “la maieutica” (Maieutiké, partera, perteneciente al parto) (García, y García, 2005) o el arte de parir las ideas y descubrir la verdad. En sus textos se refiere a las matronas y a su arte de hacer nacer, de su capacidad para diagnosticar y conducir el parto, así como la habilidad para calmar los dolores del mismo (López Orellana, 2004).

Durante los siglos siguientes la actitud hacia las mujeres como sanadoras y comadronas cambió radicalmente, hasta el punto de que hacia el 300 a. de J.C. el oficio de matrona estaba muy influenciada por la sociedad patriarcal del momento y por la configuración de un orden masculino donde las mujeres ocupaban una posición asimétrica de inferioridad con respecto al hombre, quedando descategorizadas socialmente. Esto tuvo una proyección en el ámbito social, político y profesional. En este aspecto, las mujeres estaban marginadas del conocimiento y del saber, el cual sólo era monopolio exclusivo del hombre (Rigol, 2003). Según los filósofos de la época el conocimiento no podía ser procesado ni aprendido por la mujer pues ésta, tal como define Aristóteles, es un ser “que posee un cerebro más pequeño y además es de naturaleza defectuosa” (Sissa, 2006, p. 114).

La era Romana

La Obstetricia en Roma fue ejercida por comadronas que no poseían estudios teóricos, tan sólo de la práctica, además, esta disciplina estaba separada de la Medicina. Tan sólo se recurrían al cirujano para realizar embriotomías, las cuales se realizaban con mucha frecuencia dada la poquísima consideración y valor social del feto (Monteagudo, 2000).

El primer médico ginecólogo del periodo romano fue Sorano, quien vivió a comienzos del siglo II, durante el reinado de los emperadores Trajano y Adriano. Escribió “De morbis mulierum” el primer libro de texto escrito para comadronas. En él, su autor afirma que saber leer y escribir es un requisito previo importante para ser comadrona, pero además añadía otras

“Debe tener buena memoria; ser industriosa y paciente, moral para inspirar confianza; estar dotada de una mente sana y tener una constitución fuerte; y finalmente debe poseer dedos largos y delicados con las uñas cortas. Consideraba que la comadrona debía tener no sólo un entrenamiento teórico sino también práctico y ser experta en las distintas ramas de la Medicina”. (López Orellana, 2004).

Por tanto, se inicia en el periodo Romano la Obstetricia científica para las matronas, con la aportación teórico-práctica para el desarrollo del ejercicio profesional en la disciplina obstétrica. Sorano definía a las matronas como mujeres conocedoras de todas las causas de las señoras y también expertas en Medicina (López Orellana, 2004).

Historia de las matronas en la Baja Edad Media (S. XI-XV)

Inmersas en una sociedad eminentemente rural, las matronas atendían desde mujeres pertenecientes a la alta burguesía urbana, hasta las más pobres y desgraciadas que requerían de sus cuidados en los momentos del parto, incluso para tratar diversas dolencias propias de su sexo. Por tanto, asistían a distintas clases sociales, tanto las más elevadas como las más desfavorecidas. Para cubrir las necesidades de la amplia masa de población desfavorecida, encontramos en las villas y pueblos, a mujeres poseedoras de unos conocimientos muy variados, que iban desde el manejo en el arte de las hierbas hasta el empleo de otras muchas técnicas para la curación de múltiples dolencias, tanto físicas como psíquicas (García Martínez, y García Martínez, 1996).

Sin embargo, la imagen de la partera experimenta un cambio en las representaciones ideológicas, no tanto en el imaginario social, pero sí en el colectivo médico que las acusan de brujas por el uso de pócimas y ungüentos para el alivio del dolor y tratar los procesos reproductivos. Se inicia un proceso de descalificación y discriminación hacia las comadronas medievales (Serrano, 2002). No obstante, los médicos de la edad media (S.XVI) tampoco basaban sus conocimientos en la científicidad ya que sus actividades estaban centradas en “las creencias astrológicas, admitiendo que las enfermedades eran producidas por diablos, hechiceros y brujos” (Diepgen, 1925, p. 27). En esta época los médicos varones no

expresaban ningún interés en las enfermedades de las mujeres ni los partos. Una vez que se impartió la Medicina en las Universidades estas actitudes fueron cambiando.

En el siglo XIII, el rey Alfonso X el Sabio, enumera en sus famosas Partidas (II Partida, Ley III) las cualidades que deben reunir las matronas, encargadas de dar atención a la madre y al hijo (García Martínez y otros, 2005). Sobre este aspecto, Valle (2002) menciona que “en la VI Partida se alude a las “mujeres sabidoras”, aquellas que se dedicaban a la asistencia al parto y tratamiento de las enfermedades propias de la mujer y de algunos padecimientos infantiles” (p. 29).

A partir del siglo XV se suceden una serie referencias legales sobre la formación y práctica del oficio de matrona. Las Cortes de Zamora en 1434 y las Ordenanzas de Madrigal de 1448 dieron cartas de aprobación a parteras para que pudieran ejercer libremente. La historia nos relata como en 1452 el Rey Católico llamó a “la Herradera” que gozaba de gran prestigio social, para el nacimiento de Fernando II de Aragón (Ortiz, 1993).

A finales del siglo XV (1498) los Reyes Católicos guiados por su afán de incrementar el desarrollo a todos los niveles en sus reinos promulgaron una pragmática que regulaba el ejercicio profesional de las matronas a cargo del Tribunal del Real Protomedicato que las examinaba. Estos monarcas en sus “Ordenanzas Fundamentales” decretaron la realización de examen a las parteras como condición para legalizar su ejercicio. Esta disposición aumentó el prestigio del oficio, sin embargo, la regulación tuvo carácter transitorio debido a excesos cometidos por los protomedicatos, que examinaban ilegalmente, obtenían cuotas de personas no capacitadas y asignaban abusivos impuestos sobre parteras sin examinar (Plata, 2007). Fue abolida en 1576 por Felipe II, lo que permitió el ejercicio libre de la práctica del parto hasta 1750 (Fernández Mérida, 2006). En el lento proceso de regulación de la profesión de matrona, los siglos XV y XVI constituyeron un hito importante de las matronas españolas en el periodo medieval (Fernández Mérida, 2006).

S. XVI - XVII: el Oficio

Esta época supuso un cambio cualitativo en la formación de matronas, sin embargo, las mujeres tenían que seguir enfrentándose a la minusvalorización de sus cuerpos por parte

de la ciencia médica. La Obstetricia no sería una materia para impartir en las universidades, siendo las parteras las que, con sus escasos conocimientos científicos atenderían la salud de la mujer en materia reproductiva. En estos siglos el conocimiento de los médicos sobre el parto era mucho menor que el de las matronas (Valle, 2002). Estas eran consideradas un oficio de gran reconocimiento y altamente aceptadas por su labor social en tanto que las madres recurrían a aquellas mujeres que durante toda su vida habían gozado de la confianza y respeto de sus madres y familiares, al margen de que dispusieran o no de requisito legal, que bien poco influía en el resultado efectivo de la asistencia. Las parteras de esta forma eludían, mientras les fuera posible, el difícil y hasta incluso innecesario examen para ejercer. Se trataba de mujeres que conocían el oficio pero que no disponían de un corpus teórico científico ni disponían de título universitario. Finalmente, el Rey Felipe II aboliría el ejercicio del examen de matronas, dada la excesiva demanda social de las parteras (Serrano, 2002).

El aprendizaje del oficio se hacía directamente junto a una partera experta, ejerciéndose habitualmente por tradición familiar o por relaciones de proximidad. Es frecuente encontrar a varias generaciones de parteras (madre, hija y nieta), o a parientes próximos (sobrinas) que aprenden el oficio desde joven junto a sus familiares ya veteranas que comienzan a sustituirlas paulatinamente conforme iban adquiriendo formación y destreza, hasta independizarse por completo (García Martínez, García Martínez, y Valle, 1996).

SIGLO XVIII: regulación académica de las matronas

El siglo XVIII, supone un receso en el dominio del campo de acción sobre la Obstetricia, que hasta el momento había sido propiedad exclusiva de la matrona. Este hecho se desencadenó cuando

“en 1713, el cirujano francés Climent es llamado a España para que asistiera el parto de la Reina Luisa Gabriela de Saboya, esposa de Felipe V. Ello contribuiría a generalizarse la costumbre de que los partos fuesen asistidos por personal masculino. Se inicia de este modo la introducción de la figura masculina en la disciplina obstétrica en España, al igual que los discursos médicos destructivos sobre la praxis de las parteras” (García Martínez, y García Martínez, 1999, p. 250).

Como consecuencia de ello, comienza a decaer la autonomía y el prestigio de la matrona, cuestionándose los conocimientos que poseen para el ejercicio del oficio. Ante esta situación se propicia la necesidad de mejorar la enseñanza de las matronas. En 1750, Fernando VI promulgó una ley que regulaba el ejercicio exigiendo un examen para ejercer su profesión. Así pues, el Real Protomedicato de Madrid puso en marcha una normativa para examinar y dar licencia a las parteras, siendo Antonio Medina el encargado de elaborar el libro para tal cometido “Cartilla nueva, útil y necesaria para instruirse las Matronas, que vulgarmente se llaman Comadres en el oficio de partear”. En 1785, se publica la Cartilla del Arte de Partear, en cuyo prólogo el Dr. Antonio Medina dice

“... el extender ésta, u otra cartilla á todo lo demás que contemple un Arte de Partear. Con esta providencia se espera recobren nuestras Matronas Españolas aquel famoso crédito que tuvieron en lo antiguo, que tengan ellas, las que pareen, la conveniente confianza, y goce el público del consuelo y satisfacción de exponer sus mugeres al arbitrio de gentes sin pericia, ni practica” (Plata, 2007).

El documento además de reconocer el crédito y confianza que la sociedad tiene en ellas, adquieren los conocimientos necesarios para acceder al examen propuesto. El libro se constituyó en el texto oficial para responder al examen, sin embargo, además de “tener una función claramente docente sobre el parto natural, ataca a los médicos y cirujanos partidarios de intervenciones instrumentales a costa incluso de la parturienta. A finales de este siglo, los médicos comienzan a dedicarse al estudio de los partos” (Valle, 2002, p. 32). De hecho, las ordenanzas de 1795 del Colegio de Barcelona establecían dos cursos teóricos de cuatro meses de duración con dos clases teóricas por semana. En ambos, el contenido y el tiempo dedicado a la enseñanza del Arte de Partear era menor para la matronas que para los médicos (treinta horas para las primeras y cien para los segundos) (Fernández Mérida, 2006).

SIGLO XIX

En este siglo se destaca el importante papel que tiene el Estado al regular todo el proceso de formación y las instituciones donde las parteras deben adquirir todos sus conocimientos teóricos y prácticos.

El 6 de mayo de 1804, durante el reinado de Carlos IV, se aprobó la Real Cédula, reglamento encargado de regular la situación académico-legal en todo lo relativo al régimen de la cirugía y los ramos subalternos de ésta, como son los de las parteras o matronas. En ella se especifican las materias que se deben estudiar, el número de cursos (dos) y su duración (dos meses cada uno). También se mencionan las limitaciones de las matronas: como la imposibilidad de hacer operaciones o recetar medicación así como la obligatoriedad de avisar a un cirujano en los partos difíciles. La Real Cédula representó una regularización y unificación de la normativa existente hasta el momento para las matronas, así como un registro y control de las personas que se dedicaban a este oficio. Es cuando empiezan a diferenciarse las funciones entre matronas y cirujanos quedando perfectamente demarcados los espacios de poder y la naturaleza de las relaciones entre ambos colectivos en el ámbito laboral. Con la Real Cédula se “deja constancia de la mejora de nivel científico de las matronas que supuso la ordenanza de Carlos IV. Así mismo, por un lado, alude a la existencia de parteras sin título y, por el otro, aquellas con prestigio social cuya pericia y reconocimiento eran reconocidos” (Álvarez Ricart, 1988, p. 172).

La obtención del título de Matrona se regula posteriormente mediante la Ley de Instrucción Pública de 9 de septiembre de 1857, que atañe al ámbito académico y profesional. La ley fue promulgada por el ministro Claudio Moyano, por lo que popularmente se conoció como Ley Moyano. Se define a la partera como la mujer práctica en el arte de partos o que ejerce en virtud de título (Ortiz, 1993). Los estudios tendrán los siguientes requisitos: “una duración de al menos cuatro semestres, las lecciones serán diarias y de hora y media de duración. Se accederá a partir de los veinte años y deberán estar casadas o viudas, presentando las primeras permiso de sus maridos y certificado de buenas costumbres” (Valle, 2002, p. 33).

En el año 1785, con la edición de la Cartilla del Arte de Partear se mencionaba que para la práctica del parto se necesitaban dos artes; uno teórico y otro práctico. Respecto al primero debía estar basado en “el conocimiento anatómico de las partes de la mujer, sin el cual es imposible dar razón de lo que ocurre en los partos ni tener feliz práctica en ellos”. Las nociones de anatomía que debían aprender estaban relacionadas con el estudio óseo de la

pelvis y de “las partes situadas en el ínfimo vientre, que se llaman Genitales”, consideraciones anatómicas del útero, relacionadas con el tamaño, función, colocación, así mismo, conceptos sobre anatomía de la vagina, vulva, clítoris, ninfas, el himen uretra, membranas del feto, placenta, cordón umbilical o vid, signos de preñez, significado de mola. Sobre el arte práctico, las matronas debían poseer conocimientos sobre la situación de la criatura en el vientre y la actitud a considerar, reconocimiento de la criatura muerta dentro del vientre y qué debe practicar en tal caso, tipos de parto, distinguiendo entre uno natural, otro “pre[t]ernatural” y dificultoso, como deben realizar el tacto vaginal así como el número de veces indicado y en qué situaciones, cómo conocerá la matrona la diferencia entre un parto natural, preternatural y dificultoso, cuidados tras la expulsión y cómo debe proceder con la criatura (Plata, 2007).

En el siglo XIX, Según señala Álvarez Ricart (1988) para la obtención del título de Matrona era necesario superar las materias teórico prácticas siguientes:

- “1. Nociones de obstetricia.
2. Fenómenos del parto y sobreparto natural y laborioso.
3. Reglas para asistir a las parturientas y recién nacido, en todos los casos que no salgan del estado normal o fisiológico.
4. Primeros y urgentes auxilios de las criaturas.
5. Administración del agua de socorro cuando peligra la vida de la criatura” (p. 176).

Este título les capacitaba sólo a asistir los partos normales, descartando los laboriosos, en tal caso, la matrona debía llamar a un profesor capacitado en este ramo de la ciencia. De este modo, se representan a las matronas como meros auxiliares de los médicos que únicamente podrán continuar asistiendo a las embarazadas parturientas o paridas.

SIGLO XX: formación universitaria y consolidación de la profesión

A partir del siglo XX se produce en España una continua reestructuración de los estudios de matrona para adaptarse a todos los cambios que se dan tanto en el ámbito sanitario como político. En un principio se origina una reorganización académica de los

estudios de matrona, que se unifican mediante el Real Decreto de 10 de agosto de 1904 del Ministerio de Instrucción Pública. La primera normativa, según manifiesta Herrera (1997) incluye que “para cursar esta carrera se debe estar en posesión del título de bachiller elemental y deben cursarse dos años de enseñanza teórico –prácticas en las escuelas matronales que se crearan al efecto, debiendo el director de la Institución acreditar los estudios de la alumna que haya asistido un mínimo de cien partos dentro de la escuela” (p. 39). La primera escuela de matronas de la que se tiene referencia legal es la Casa de Salud Santa Cristina de Madrid, que aprobó su Reglamento en 1916. Allí se formarán a gran nivel muchas generaciones de matronas con una sólida base teórico-práctica que las capacitaba para el ejercicio de una profesión reconocida legalmente, demandada por las mujeres y la sociedad en general y por las que percibía una remuneración económica. En octubre de 1931, esta maternidad quedará adscrita a la Facultad de Medicina de Madrid (Valle, 2002).

El siglo XX es decisivo para la consolidación de la Profesión Matrona, al tiempo que aparece un desarrollo legislativo que la regula.

Desarrollo Legislativo

Una vez que se consolida la profesión, el Estado fue reorganizando los estudios como la profesión a lo largo del S.XX. A continuación enumeramos los hitos cronológicamente:

- A. 1904. Real Decreto de 10 de agosto de 1904. Se organizan los estudios de matrona. Los dos cursos académicos podían llevarse a cabo tanto en centros oficiales (Facultad de Medicina) como centros no oficiales (Escuelas adscritas a los hospitales maternos) (García Martínez y otros 1999). El programa de estudios consistía en la adquisición de conocimientos teóricos y prácticos: los primeros se centrarían en aspectos de la anatomía de la mujer, atención del embarazo y el parto, y cuidados del recién nacido. En cuanto al periodo práctico, las estudiantes debían hacer dos años de prácticas en un hospital. Este plan estaría vigente hasta el año 1955.
- B. 1924. Se funda la Escuela de Matronas de Santa Cristina y será la primera Escuela oficial de Matronas de España adscrita a la Facultad de Medicina (Gómez Ruiz, 1997). Se constituye como Escuela Oficial para la obtención del título de matrona mediante

- la Orden de 1 de Marzo de 1940 (B.O.E. 10/3/40). Por Decreto de 23 de octubre de 1931, esta Escuela, donde tradicionalmente se venían formando las matronas, se adscribe a la Facultad de Medicina de Madrid (García Martínez y otros, 1999).
- C. 1929. Aparece el primer número de la Revista Científico –Profesional Literaria dedicada a las matronas y que es editada por el Colegio de Matronas de Sevilla y provincia (García Martínez y otros, 1999). Esta expansión del conocimiento científico constituye un hecho importante en el proceso de profesionalización, ya que su publicación permitiría enriquecer el estatus teórico así como ofertar una formación a los futuros profesionales acorde con las particularidades de la profesión (Sáez, y García, 2006).
- D. 1930. El Estado hace obligatoria la colegiación de las matronas mediante la Real Orden del 7 de mayo de 1930, con fecha 1 de Mayo de 1930 para el ejercicio de la profesión. Este colegio representa exclusivamente al colectivo de matronas (García Martínez y otros, 1999). La importancia del colegio, tal como señala Herrera (1997) “era organizar para estas profesionales cursos de ampliación de estudios” (p. 39), dotándolas de mayor conocimiento para el ejercicio de su práctica profesional. De igual modo, además del desarrollo de la carrera, se interesarían por la disminución de diferencias salariales frente a colectivos como practicantes y médicos, adquisición de mayor progreso, cultura profesional, recabar de los poderes públicos la implantación de reformas, exigir el cumplimiento de las disposiciones legales y creación de una revista profesional (Fernández Mérida, 2006). Como resultado, “en estos años aumentará su prestigio y serán respetadas cada vez más tanto por los médicos como por los practicantes. Es la época en la que aparecen revistas de matronas para difusión de conocimientos científicos” (Valle, 2002, p. 33).
- E. 1944. La Ley de Sanidad Nacional de 25 de noviembre de 1944, (B.O.E. nº 311, de 26 de noviembre de 1944), en la Base Trigésimo Cuarta establece que en “cada provincia habrá un Colegio Oficial de Auxiliares Sanitarios que acoja en su seno a Practicantes, Comadronas y Enfermeras tituladas”. Un año más tarde, la Orden de 26 noviembre de 1945, en su Artículo diecinueve, Capítulo Primero del Libro II, se indica

que “no tendrá personalidad colegial independiente o autónoma ninguna agrupación de matronas ajena a los Colegios Oficiales”. La pérdida definitiva del Colegio Profesional de matronas se produce con la Orden de 29 Marzo de 1954, en la que se aprueban los Estatutos del Colegio Oficial de Ayudantes Técnicos Sanitarios y de sus Colegios Provinciales divididos en tres secciones autónomas: matronas enfermeras y practicantes.

- F. 1945. La Orden de 26 de Noviembre de 1945 (B.O.E. nº 339, de 5 de diciembre), Capítulo Tercero del Libro I, en la que se habla de las funciones de las matronas siguiendo las directrices de la Ley Moyano. En su Artículo doce indica que “las matronas están autorizadas por su título para asistir a los partos y sobrepartos normales, pero no a los distócicos. Su función es la de ser auxiliar del médico”. Sin embargo, Valle (2002) señala que “las matronas, en estos años, son imprescindibles en multitud de servicios asistenciales y de beneficencia municipal, se crea la plantilla de Matronas Auxiliares de Higiene Infantil y son muchos los cursos que se realizan en todo el país para la obtención del diploma de matrona puericultura”(p. 33).
- G. 1953. La titulación de matrona se mantiene como carrera independiente hasta 1953 cuando, por Real Decreto de 4 de diciembre (B.O.E. nº 363, de 29 de diciembre), se unifican los estudios de matronas, enfermeras y practicantes en un proyecto único y en un único título de Ayudante Técnico Sanitario. Así mismo, se establece la posibilidad de especialización. Este Real Decreto especifica una separación de género, en la que sólo podrían ejercerlo mujeres en régimen de internado.
- H. 1954. La universidad expide el título de Ayudante Técnico Sanitario, Distintivo Matrona (Gómez, 1997).
- I. 1955. Se regula el tránsito de los antiguos planes de estudios de las Enseñanzas de matronas mediante la Orden de 1 de julio de 1955 (B.O.E nº 204, de 23 de julio).
- J. 1957. Decreto 18 enero 1957 (B.O.E, nº 43, de 12 de febrero), en su Artículo primero se establece la especialización de Asistencia en Obstetricia (Matrona) para los Ayudantes Técnicos Sanitarios femeninos. El Artículo quinto recoge que las

enseñanzas de matronas sólo pueden seguirse en régimen de internado y se darán en clínicas de Obstetricia. Tendrán un año de duración, comenzando su labor a principios de octubre para terminar el 30 de septiembre siguiente. De este tiempo, ocho meses se dedicarán a estudios teóricos y otros cuatro meses totalmente a prácticas. Así mismo, el Artículo sexto determina que el programa para las enseñanzas teórico-prácticas corresponderán al Ministerio de Educación Nacional, sin embargo, “aunque quedan especificadas las materias, no se explican ni el número de horas de cada materia ni los contenidos de ésta” (Valle, 2002, p. 34).

- K. 1963. Mediante el Decreto 446/1963, de 28 de febrero, (B.O.E. nº 43, de 12 de febrero) se habilita a las enfermeras para cursar las enseñanzas de especialización en Asistencia Obstétrica (Matrona) establecida por el Decreto de 18 de enero de 1957.
- L. 1967. La Orden del 22 de abril 1967, aparece el Estatuto Jurídico de las matronas de la Seguridad Social (párrafo tres, Artículo dieciocho) (B.O.E nº 112, de 11 de mayo), que determina las funciones y deberes de las mismas, especificando que deberán desempeñar un trabajo bajo las órdenes del médico tocólogo, ginecólogo y la asistencia a los partos y puerperios normales.
- M. 1973. Orden de 26 de abril de 1973, por la que se aprueba el Estatuto del Personal Auxiliar Sanitario Titulado y Auxiliar de Clínica de la Seguridad Social (B.O.E. nº 102, de 28 de abril). La Orden pone de manifiesto que cualquier actividad que la matrona desempeñe ha de estar directa o indirectamente supervisada por el médico, cumplimentando las instrucciones que reciba del mismo.
- N. 1977. Real Decreto 2128/1977, de 23 julio, sobre integración en la Universidad de las actuales Escuelas Universitarias de Ayudantes Técnicos Sanitarios en Escuelas Universitarias de Enfermería, creándose el título de Diplomado en Enfermería (Gómez Ruiz, 1997).
- O. 1980. Real Decreto 2287/1980, de 26 septiembre, (B.O.E nº 258, del 27 de octubre de 1980), en su Artículo primero menciona que los Ayudantes Técnicos Sanitarios tanto masculinos como femeninos podrán cursar la especialización de Asistencia Obstétrica

establecida por el Decreto de 18 de enero de 1957 y obtener el diploma correspondiente, quedando suprimida la limitación por razón de sexo. Este Decreto deroga el Decreto de 18 de Enero de 1957, suprimiendo las enseñanzas en régimen de internado.

- P. 1984. Real Decreto 137/1984, de 11 de enero sobre Estructuras Básicas de Salud, (B.O.E. nº 0027, del 1 de febrero de 1984). Con ello, el Estado pretende modernizar el sistema sanitario para dar cobertura sanitaria en materia de salud preventiva y asistencial a una población cada vez más numerosa. Con este Real Decreto se constituyen el Equipo de Atención Primaria. En su Artículo tercero se redefinen las funciones de las matronas, las cuales serán asistenciales, docentes, administrativas y de investigación. Para conseguirlo, el Estado tiene que revisar los planes de estudios de las matronas con la finalidad de crear una profesional con mayores competencias en sus prácticas profesionales.
- Q. 1987. Real Decreto 992/1987 de 3 julio de 1987, se regula la obtención del título de especialista (B.O.E nº 1785, del 1 de agosto de 1987). Cesa la formación académica de las matronas.
- R. 1992. Orden de 1 de junio de 1992 (B.O.E. nº 132, del 2 de junio), por la que se aprueba, con carácter provisional, el programa de formación y se establecen los requisitos mínimos de las Unidades Docentes y el sistema de acceso para la obtención del título enfermero especialista en Enfermería Obstétrico Ginecológica. (Matrona). La Orden especifica, en su Artículo cuarto, las materias a impartir, así mismo, en el Artículo quinto define la Unidad Docente como “el órgano docente-asistencial acreditado para impartir el programa de formación para impartir el programa de formación que conduce a la obtención de Enfermero especialista en Enfermería Obstétrico-Ginecológica”.

Directrices Europeas que regulan la formación de Matrona

En 1986, con la incorporación de España a la Comunidad Económica Europea, el Gobierno Español adquirió el compromiso de adecuar el currículum de formación de las

matronas, según las Directrices de la Comunidad Europea 80/154/CEE y 80/155/CEE promulgadas en 1980 y que son de obligado cumplimiento para todos los países que se adhieren a la Comunidad Europea. La Comunidad Europea intenta hacer resurgir la figura de la matrona que había quedado expropiada de gran parte de sus competencias por las instituciones políticas, regulándose su formación académica.

En 1987, se reglamentan en España las especialidades de Diplomados en Enfermería mediante Real Decreto 992/1987, de 3 de Julio de 1987 (B.O.E. nº 183, de 1 de agosto), en su Artículo segundo crea la especialidad de Enfermería Obstétrico-Ginecológica (Matrona). En el Artículo tercero especifica que “los programas de formación de las especialidades de Enfermería deberán ajustarse a las exigencias de las Directrices de la CEE 80/155, de 21 de enero de 1980”. Dichos programas deberán especificar los objetivos cualitativos y cuantitativos que ha de realizar el aspirante al título a lo largo del periodo de formación que se establezcan. En su Artículo quinto recoge que “la formación de la especialidad será llevada a cabo en las Unidades Docentes acreditadas para desarrollar los correspondientes programas de formación, que estarán supervisadas y coordinadas a estos efectos por las Escuelas Universitarias de Enfermería que correspondan”. A partir de julio de 1987, queda derogado el anterior plan de estudios de matrona y cesa la formación de matronas en España porque el antiguo programa de formación, según Real Decreto 18 enero de 1957, no ofrece un conocimiento teórico- práctico que responda a las nuevas competencias que el Estado asigna a las matronas, según Artículo tercero del Real Decreto 137/1984 (B.O.E. nº 27, de 1 de febrero).

En la actualidad, la solidez de esta Profesión se pone de manifiesto en su reconocimiento, tanto por la Organización Mundial de la Salud, como por la Unión Europea, en la que la Matrona es una Profesión regulada, con un perfil competencial específico y con una formación mínima armonizada en todos los Estados miembros, a través de las previsiones contenidas en la Sección Sexta del Capítulo III de la Directiva 2005/36/CE, de 7 de septiembre, del Parlamento Europeo y del Consejo. La citada Directiva ha sido transpuesta a nuestro ordenamiento jurídico a través del Real Decreto 1837/2008, de 8 de noviembre, por el que se incorporan al ordenamiento jurídico español la Directiva

2005/36/CE, del Consejo de 20 de noviembre de 2005, y la Directiva 2006/100/CE, del Consejo de 20 de noviembre de 2006, relativas al reconocimiento de cualidades profesionales, así como a determinados aspectos del ejercicio de la Profesión de abogado (B.O.E. nº 280, de 20 de noviembre de 2008).

Entre los dos modelos formativos que contempla el Artículo cuarenta de la Directiva 2005/36, antes citada (formación directa o formación especializada de PostGrado). En 1992, España optó por ser una formación de matrona que se acredita mediante un título oficial de especialista que requiere haber obtenido previamente el título de Diplomado/Graduado Universitario de Enfermería y haber sido evaluado positivamente tras haber cursado el programa de la especialidad de Enfermería Obstétrico-Ginecológica (Matrona) por el sistema de residencia.

Un nuevo modelo de formación en España: Sistema de Residencia

Según señala Martínez Roche (2010)

“El sistema de residencia implantado para la formación de matronas en 1992 y definitivamente consolidado para todas las especialidades en ciencias de la salud por las provisiones contenidas en el Capítulo III del título II, de la Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de Ordenación de las Profesiones Sanitarias, y sus disposiciones de desarrollo, ha demostrado ser un procedimiento adecuado para que las matronas durante su periodo formativo adquieran un perfil profesional polivalente, vinculado a la Atención Primaria como a la Especializada, mediante la realización de actividades docentes –asistenciales estrechamente ligada a la práctica asistencial y a la actividad ordinaria de los centros y servicios sanitarios, lo que ha determinado, así mismo, la participación activa en la docencia (junto con los recursos procedentes de la universidad) de las matronas que prestan servicios en los distintos dispositivos que integran las unidades docentes en las que se llevan a cabo, realizando con su buen hacer, una labor fundamental en la supervisión, tutorización, evaluación y seguimiento de los residentes a lo largo de los dos años de duración del programa formativo”(p. 45).

La misma autora menciona las características y estructura generales del programa haciendo referencia a:

a) Régimen Jurídico de la Formación.

- El sistema de formación sanitaria especializada de nuestro país ha configurado la Profesión de matrona como una especialidad de Enfermería y, como tal, aparece relacionada con el Real Decreto 450/2005, de 22 de abril sobre especialidades de Enfermería (B.O.E. nº 108, de 6 de mayo). A este respecto tal y como se establece en el Artículo quince de la Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de Ordenación de las Profesiones Sanitarias (B.O.E. nº 280, de 22 de noviembre) la formación especializada en Ciencias de la Salud es reglada y de carácter oficial, que tiene como objeto dotar a los especialistas de los conocimientos, técnicas, habilidades y actitudes propios de la correspondiente especialidad, de forma simultánea a la progresiva asunción por el interesado de la responsabilidad inherente al ejercicio autónomo de la misma.
- Para obtener el título de la especialidad de Enfermería Obstétrico –Ginecológica (Matrona), las matronas residentes cumplirán el programa formativo que cumpla los requisitos generales de acreditación aprobados al efecto, durante un periodo de dos años a tiempo completo, lo que incluirá, tal como prevé el Artículo 54.1b) del Real Decreto 1837/2008, de 8 de noviembre (que transpone la directiva 2005/36/CE) (B.O.E. nº 280, de 20 de noviembre), una dedicación mínima a actividades docentes asistenciales de 3.600 horas. Así mismo, en dicho Real Decreto, punto 5.5.1. correspondiente al anexo V establece el programa de estudios de formación para matronas, especificando las materias dedicadas a las enseñanzas teóricas y técnicas, así como las enseñanzas prácticas y clínicas.
- El acceso a la formación, su organización, supervisión, evaluación y acreditación de Unidades Docentes Multiprofesionales de Obstetricia y Ginecología, se llevará a cabo conforme a lo previsto en el Real Decreto 183/2008, de 8 de Febrero (B.O.E. nº 45, de 21 de febrero) por el que se determinan y clasifican las especialidades en Ciencias de la Salud y se desarrollan determinados aspectos de la formación sanitaria especializada. Respecto a estas Unidades, según dispone el anexo II de dicho Real Decreto, “las correspondientes a Obstetricia y Ginecología se formarán médicos

especialistas en Obstetricia y Ginecología y enfermeros especialistas en Obstetricia y Ginecología (Matrona)”.

- El régimen jurídico que regula la relación laboral que une a la matrona residente con la unidad titular de la unidad docente donde se está formando se atenderá a lo previsto en el Real Decreto 1146/2006, de 6 de octubre, por el que se regula la relación laboral especial de residencia para la formación de especialistas en Ciencias de la Salud (B.O.E nº 240, de 7 de octubre).

La formación práctico-clínica y teórica constituye el eje central de este programa, esta se llevará a cabo durante la jornada laboral, sin perjuicio de las horas que se presten en concepto de atención continuada y de las horas personales de estudio al margen de dicha jornada.

El objetivo general de este programa es que al finalizar el periodo formativo, la matrona haya adquirido las competencias profesionales que le permita autonomía en el ejercicio de sus prácticas profesionales y dar cobertura y satisfacer las necesidades en materia sexo-reproductiva que la sociedad demanda.

b) Programa de formación de PostGrado.

Como ya adelantábamos en apartados precedentes, el programa fue aprobado por la Orden de 1 de junio de 1992, haciendo constar las siguientes materias:

Figura 9: Programa de Formación de Matronas -2007

PRIMER CURSO	SEGUNDO CURSO
Enfermería Maternal y del Recién Nacido I	Enfermería Maternal y del Recién Nacido II
Teoría y Método	Enfermería de la Mujer y la Familia II
Enfermería de la Mujer y la Familia I	Administración de los Servicios Obstétrico-Ginecológica
Educación para la Salud de la Mujer	Legislación en Enfermería Obstétrico-Ginecológica
Investigación en Enfermería Obstétrico-Ginecológica	

Fuente: Memoria Académica Unidad Docente de Matronas, 2007. Universidad de Murcia. Servicio Murciano de Salud

Posteriormente, la Orden SAS/1349/2009, de 6 de Mayo (B.O.E nº 129, de 28 de mayo), aprueba y publica el programa formativo de la especialidad de Enfermería

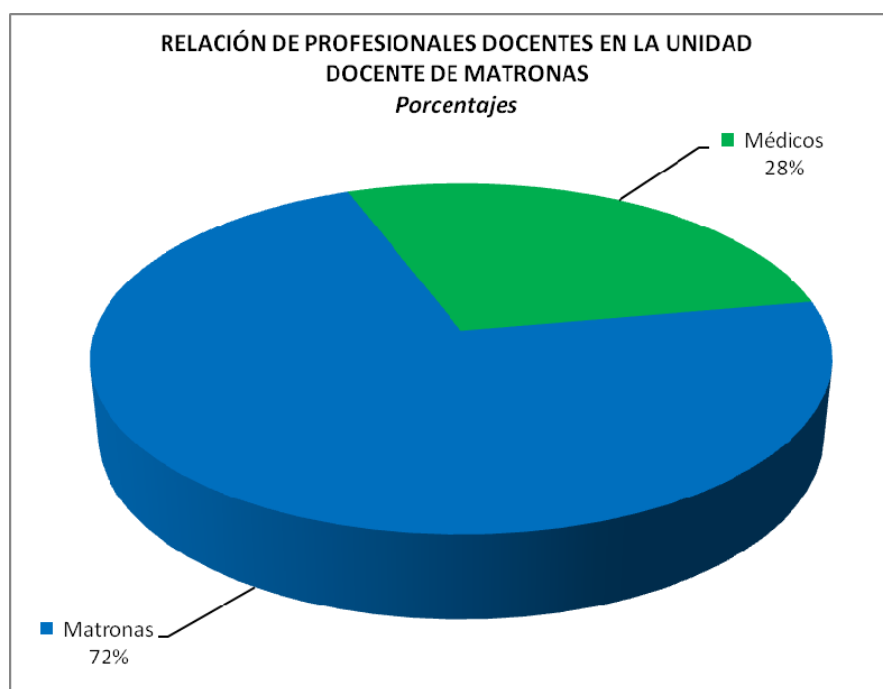
Obstétrico-Ginecológica (Matrona). La formación teórica necesaria para la práctica versará sobre las materias que se exponen a continuación:

Figura 10: Programa de Formación de Matronas - 2010

Enfermería Maternal y del Recién Nacido I.
Enfermería Maternal y del Recién Nacido II.
Enfermería de la Mujer y la Familia.
Educación para la Salud de la Mujer.
Administración de Servicios Obstétrico-Ginecológicos (Matrona).
Investigación en Enfermería Obstétrico-Ginecológica (Matrona).
Legislación y Deontología en Enfermería Obstétrico- Ginecológica (Matrona).

Fuente: Memoria Académica Unidad Docente de Matronas, 2010. Universidad de Murcia. Servicio Murciano de Salud

Figura 11. Relación de profesorado de la Unidad Docente de Enfermería Obstétrico-Ginecológica (Matrona).



Fuente: elaboración propia

Se trata de una formación impartida en un 72,41% por matronas y el resto por médicos/as (ginecólogos/as –tocólogos/as y neonatólogos/as), todos/as ellos/as agentes de salud que desarrollan su labor asistencial en las instituciones sanitarias pertenecientes al Servicio Murciano de Salud. Estamos ante un nuevo modelo de formación académica donde la docencia es impartida en su mayoría por matronas y el aprendizaje clínico es conducido

exclusivamente por ellas. Además intervienen profesionales pertenecientes a disciplinas relacionadas con la Antropología, Pedagogía y Biblioteconomía, etc. Esta formación académica multidisciplinar tendrá repercusiones positivas para las/os residentes en formación, adquiriendo un empoderamiento en el ámbito profesional, ya que conseguirán un perfil adecuado para el ejercicio de su profesión ofreciendo un servicio asistencial de calidad a la mujer, ajustándose a las demandas sociales del momento.

Por otro lado, este nuevo programa de formación hace alusión a las características de la práctica clínica, las cuales tienen por objeto que la matrona residente realice durante el periodo de formativo las actividades de carácter asistencial imbricadas con la adquisición de conocimientos teóricos, que se consideran necesarios para adquirir las competencias profesionales.

La orden SAS/1349/2009 en el punto 6.1. hace constar que “entre el 60% -70% de la formación clínica se realizará en Atención Especializada, en el hospital donde se lleve a cabo el programa de atención materno-infantil; y entre 40%-30% en Atención Primaria y Comunitaria, donde se desarrollen los programas de atención a la mujer y/o salud sexual, reproductiva y climaterio”. Del mismo modo, el punto 6.2 establece las rotaciones internas tanto en el ámbito de la Atención Especializada como la Atención Primaria de Salud, especificando las unidades por donde debe desarrollar su formación, haciendo énfasis en aquellos centros donde se impartan los programas anteriormente mencionados.

La Matrona: ámbito de actuación y perfil profesional

Ámbito de Actuación

Tal como menciona el programa de formación

“La matrona es el profesional sanitario que, con una actitud científica responsable y utilizando los medios clínicos y tecnológicos adecuados al desarrollo de la ciencia en cada momento, proporciona una atención integral a la salud sexual, reproductiva y maternal de la mujer, en sus facetas preventivas, de promoción y de atención y recuperación de la salud, incluyendo así mismo la atención a la madre, en el diagnóstico, control y asistencia del embarazo, parto y puerperio normal y la atención al recién

nacido sano, hasta el 28 día de vida. En la misma línea, la Confederación Internacional de Matronas (en adelante C.I.M.) en su reunión del 19 de Julio de 2005 en Brisbane, Australia, define a la Matrona como “una persona que habiendo sido admitida para seguir un programa educativo de partería, debidamente reconocido por el Estado, ha terminado con éxito el ciclo de estudios prescritos en partería y ha obtenido las calificaciones necesarias que le permiten inscribirse en los centros oficiales y/o ejercer legalmente la práctica de la partería”.

La matrona está reconocida como una profesional responsable que rinde cuentas y que trabaja en asociación con las mujeres para proporcionar el necesario apoyo, cuidados y consejos durante el embarazo parto y puerperio, dirigir los nacimientos en la propia responsabilidad de la matrona y proporcionar cuidados al neonato y al lactante. Este cuidado incluye medidas preventivas, la promoción del nacimiento normal, la detección de complicaciones en la madre y el recién nacido, el acceso al cuidado médico u otra asistencia adecuada y la ejecución de medidas de emergencia. La matrona tiene una tarea importante en el asesoramiento y la educación para la salud, no sólo de la mujer sino también en el seno de sus familias y de la comunidad. Este trabajo debe incluir la educación prenatal, preparación para la maternidad y puede extenderse a la salud de mujeres, la salud sexual o reproductiva, y el cuidado del recién nacido” (Memoria académica de la Unidad Docente de Enfermería Obstétrico-Ginecológica, 2010, pp. 45-47).

Por otro lado, la F.A.M.E. (2007) señala que “una matrona puede ejercer en cualquier emplazamiento, incluyendo la casa, la comunidad, las clínicas y unidades de salud” (p. 8).

El ámbito de actuación abarca tanto la Atención Primaria (que incluye Centros de Salud, comunidad, familia y domicilio) como Atención Especializada (hospital u otros dispositivos dependientes del mismo). Así mismo, pueden ejercer su profesión en el sector público, privado, por cuenta propia y ajena. Por consiguiente, deben tener una participación activa en los programas de atención a la mujer sobre la salud sexual y reproductiva. En ellos, la matrona favorece la normalidad en el proceso fisiológico en la atención al embarazo, parto y puerperio, además de desarrollar actividades de promoción y prevención en consonancia con las demandas de la sociedad y en el marco de las políticas globales de salud como la “Estrategia de Atención al Parto Normal”.

Respecto al perfil competencial de la enfermera especialista en Enfermería Obstétrico-Ginecológica que contiene el programa formativo, se ha ajustado a las directrices

derivadas de la Confederación Internacional de Matronas y las de la Unión Europea contenidas en el Artículo cincuenta y cinco del Real Decreto 1837/2008, que se refiere a las actividades profesionales que deben realizar las matronas, así como a las necesidades del Sistema Nacional de Salud, a la evolución de los conocimientos científicos y a las demandas de la sociedad actual, que reclama un profesional mucho más implicado en las facetas preventivas y de promoción de la salud de la mujer.

Perfil Profesional de la matrona

De acuerdo con la Orden SAS/1349/2009, el punto tres determina que al concluir su programa formativo la matrona debe ser competente y en consecuencia estar capacitada para:

- A. “Participar, liderar y dinamizar programas de salud materno –infantil, atención a la mujer y de salud sexual y reproductiva.
- B. Prestar atención al binomio madre-hijo, en el diagnóstico, control y asistencia durante el embarazo, auxiliándose de los medios clínicos y tecnológicos adecuados.
- C. Prestar atención al binomio madre-hijo en el diagnóstico, control y asistencia durante el parto, auxiliándose de los medios clínicos y tecnológicos adecuados
- D. Prestar atención al binomio madre-hijo en el diagnóstico, control y asistencia durante el puerperio, auxiliándose de los medios clínicos y tecnológicos adecuados.
- E. Prestar atención al neonato dirigida a favorecer los procesos de adaptación y detectar precozmente las situaciones de riesgo.
- F. Detectar precozmente los factores de riesgo y problemas de salud en el binomio madre-hijo durante el embarazo, parto y puerperio, llevando a cabo actividades de diagnóstico, control, derivación y seguimiento de los mismos, y, en caso necesario, tomar las medidas de urgencias oportunas.
- G. Realizar una adecuada educación para la salud a la mujer, familia y comunidad identificando las necesidades de aprendizaje en relación con la salud materno-infantil, la salud sexual, reproductiva y en el climaterio, llevando a cabo los diferentes programas educativos relacionados con las necesidades detectadas.
- H. Realizar consejo afectivo sexual y consejo reproductivo a la mujer, jóvenes y familia.
- I. Promover una vivencia positiva y una actitud responsable de la sexualidad en la población y asesorar en materia de anticoncepción.

- J. Realizar actividades de promoción, prevención y colaborar en las actividades de asistencia y recuperación de la salud sexual, reproductiva y del climaterio en la mujer.
- K. Detectar en la mujer factores de riesgo genético y problemas ginecológicos para derivación al profesional competente.
- L. Aplicar los principios del razonamiento clínico, detección de problemas, toma de decisiones, plan de actuación y cuidados y evaluación, adecuados a las diferentes situaciones clínicas en el ámbito de actuación de las matronas.
- M. Establecer una comunicación efectiva con la mujer, familia y grupos sociales.
- N. Trabajar y comunicarse de forma efectiva con el equipo de salud.
- O. Ejercer la Profesión de matrona de forma ética en base a la legislación vigente y asumir la responsabilidad derivada de sus actuaciones.
- P. Asesorar sobre la legislación vigente encaminada a proteger los derechos de la mujer y su familia.
- Q. Gestionar las actividades y recursos existentes en el ámbito de la atención a la salud sexual y reproductiva.
- R. Emitir los informes necesarios y registrar de forma efectiva las actividades realizadas.
- S. Llevar a cabo actividades docentes dirigidas a las propias matronas y otros profesionales de la salud, en cualquiera de sus niveles.
- T. Desarrollar actividades de investigación encaminadas a la mejora continua de la actividad profesional, y por tanto, del nivel de salud de la mujer y del recién nacido.
- U. Realizar una práctica clínica basada en la evidencia científica disponible.
- V. Mantener actualizadas las competencias profesionales.
- W. Liderar y desarrollar la especialidad mediante el compromiso profesional”.

La complejidad de las funciones que se atribuyen a la matrona se inscribe en el marco de los principios de interdisciplinaridad y multidisciplinaridad de los equipos profesionales en la atención sanitaria que consagra la Ley 44/2003, de Ordenación de las Profesiones Sanitarias.

El futuro de la formación

A partir del año 2005 convergen una serie de elementos externos al colectivo de matronas que pueden favorecer la consolidación de la identidad profesional, como son la instauración de la carrera profesional en las organizaciones sanitarias y la propuesta de un

acceso directo a la formación universitaria de matronas, lo que conllevaría a realizar una ampliación de los estudios en Máster y posibilidad de desarrollar el Doctorado. Todos estos elementos posibilitan un marco único para consolidar la profesión y, por consiguiente, la formación de una fuerte identidad profesional (F.A.M.E., 2004).

La entrada de España en el Estado Europeo de Educación Superior tendrá que reflexionar sobre las ventajas e inconvenientes para el futuro de la profesión dado que se crearán los títulos de Grado y PostGrado. En España se están desarrollando a través de dos Reales Decretos, el 55/2005 y el 56/2005, ambos de 21 Enero del 2005 (B.O.E. nº 21, de 25 de enero de 2005), suponiendo todo un reto para la propia profesión. Reseñamos como especial relevancia para las Matronas el manifiesto del Real Decreto 99/2011, de 28 de enero (B.O.E nº 35, de 10 de febrero) por el que se regulan las enseñanzas oficiales de doctorado en su Artículo primero, especificando que “el presente Real Decreto tiene por objeto regular la organización de los estudios de doctorado correspondientes al tercer ciclo de las enseñanzas universitarias oficiales conducentes a la obtención del Título de Doctor o Doctora, que tendrá carácter oficial y validez en todo el territorio nacional”. Los requisitos de acceso al doctorado, en su Artículo 6 punto 2.c. cita que “los titulados universitarios que, previa obtención de plaza en formación en la correspondiente prueba de acceso a plazas de formación sanitaria especializada, hayan superado con evaluación positiva al menos dos años de formación de un programa para la obtención del título oficial de alguna de las especialidades en Ciencias de la Salud”, implicando un fácil acceso al desarrollo de tesis sin necesidad de paso previo por los programas de Máster.

Así pues, tal como señala Martínez Roche (2011)

“hemos sido testigos privilegiados de la evolución que conlleva el colectivo de matronas, ya que la historia hace referencia a sus inicios como “oficio” a sus habilidades, a sus artes, poseedoras de una práctica sin teoría, hasta llegar a la consolidación de Profesión y a un proceso de formación universitaria en el siglo XX. Culminando con el R.D. 99/2011, de 28 de enero que posibilita que los residentes que finalicen su formación con el Título de Matrona podrán acceder al Programa de Doctorado” (p. ix).

Matrona: una profesión consolidada.

Elliot (1975) afirma que las profesiones que tienen tras ellas un cuerpo de conocimientos más sustancial y teórico están más capacitadas para convencer a la sociedad de la necesidad de sus servicios y quizás de persuadirla de su derecho a hacerse responsable de ello. En la misma línea, Greenwood (1957) sostiene que la profesionalización está basada en la posesión de una base de investigación y un sistema teórico. Por su parte, Parsons (1978) hace referencia no sólo a un corpus de conocimientos sino también que el profesional debe poseer unas habilidades específicas y concretas de un campo específico y especializado. Además, como profesionales deben poseer otras variables

“como el acceso a ella depende de la superación de ciertos exámenes que dan derechos a títulos y diplomas, que de ese modo sancionan y autorizan su papel en la división laboral. Las profesiones tienden a demandar un monopolio de servicios y libertad frente al control de actores como el Estado (...), basadas en competencias y en una ética asociada a su acción profesional y en la importancia de su trabajo para la sociedad y para el bien público, las profesiones reclaman tanto recompensas materiales como un mayor prestigio social (Torstendall & Burrage ,1990, p. 205)” (Sáez, y García Molina, 2006, p. 30).

En la profesionalización se produce un proceso de diferenciación y exclusión mediante el cual una profesión monopoliza las oportunidades ocupacionales, con el fin de adquirir un estatus social y económicamente elevado; por otro lado, atiende a aquel tipo de procedimientos y actividades que conducen al desarrollo de un tipo específico de conciencia colectiva, así como una representación grupal de intereses que tratan de ser materializados por la utilización, consensuada y común de estrategias pertinentes para ello (Sáez, y García Molina, 2006).

En este caso estamos hablando de colegios profesionales, asociaciones, federaciones, etc., las cuales serán un vehículo para la materialización de la profesión. Este tipo de organizaciones profesionales creadas y autogobernadas por ellos mismos, “establecen criterios de admisión y exclusión, impulsan un alto nivel de competencia y tratan de elevar con ello el estatus socio-económico de los miembros, siendo éste el mejor indicador del

reconocimiento público de esa profesión (González Anleo, 1994)” (Hernández y otros, 1997, p. 28).

Por todo lo anteriormente expuesto, la matrona posee todos los elementos necesarios por los que se reconoce como una profesión:

- Título expedido por el Ministerio de Sanidad y Política Social e Igualdad.
- Funciones definidas o competencias como consecuencia del corpus de conocimientos adquiridos, reguladas y reconocidas tanto en ámbito nacional como europeo.
- Posee un exclusivo corpus de conocimientos de carácter científico (citado en el apartado anterior).
- Existe un reconocimiento social consolidado en una “autorización de la comunidad – licencia, certificación, registro, que garantiza que el profesional ha sido sometido a un programa formativo específico para ese ejercicio y ha superado las pruebas que avalan su cualificación” (Hernández Martín y otros, 1997, p. 29).
- Se rige por un Código Ético Internacional definido por la C.I.M. (F.A.M.E., 2007)
 - a) Regula los vínculos de las matronas con respecto a:
 - La sociedad.
 - Los programas de atención integral a la mujer.
 - Organismos estatales.
 - b) Regula el ejercicio profesional de las matronas.
 - Las matronas usan sus conocimientos profesionales para asegurar, en todos los ambientes y culturas una práctica segura de sus funciones para aumentar los niveles de salud de la comunidad.
 - Buscan activamente su crecimiento intelectual, personal y profesional a lo largo de su carrera, integrando este conocimiento en su práctica asistencial.

Por consiguiente, la elaboración del Código de Ética es uno de los elementos que definen una profesión en tanto que constituye un mecanismo de autocontrol profesional.

Como señalan Hernández Martín y otros (1997) “indica la aceptación por parte de la profesión de la responsabilidad y la confianza que en ella ha depositado la sociedad” (p. 30).

- Autonomía. Como consecuencia del corpus teórico y práctico adquirido, la profesión dispone de autonomía técnica y científica sin más limitaciones que las establecidas por la Ley de Ordenaciones de los Profesionales Sanitarios- L.O.P.S. (Art.4.7) y por los demás principios y valores contenidos en los ordenamientos jurídico y deontológico. Este rasgo definitorio de la profesionalización de las matronas supone que el colectivo es responsable directo de una parcela de los problemas que afecta a la sociedad; y, en el caso que interaccione con otros profesionales debe ser en el plano de la colaboración, nunca en el de la subordinación.
- Ejerce un proceso de toma de decisiones en cada una de sus actividades. Las matronas asumen toda la responsabilidad y responden de sus actos profesionales, aplicando los conocimientos y habilidades actualizados en la prestación de cuidados a cada mujer y familia. La seguridad y el completo bienestar de la mujer es su principal interés, ayudando a la toma de elecciones informadas, dentro del contexto de una experiencia que sea segura. El proceso de toma de decisiones que utiliza proviene de una variedad de fuentes de conocimiento, es dinámico y responde al estado de salud cambiante de cada mujer. Las matronas involucran a las mujeres y sus familias en cada una de las partes del proceso de toma de decisiones, desarrollando un plan de cuidados para un embarazo sano y la experiencia del parto.
- Esta profesión lucha por la defensa de sus intereses, por ello se aglutinan y se organizan para promover la expansión de la profesión en Federaciones, en este caso, la Federación de Asociaciones de Matronas de España (F.A.M.E.), Asociaciones (Asociación Española de Matronas), Sindicatos (Sindicato de Enfermería) y Colegios Profesionales (Ilustre Colegio de Diplomados de Enfermería de España).
- Posee una cultura profesionalizadora que mantiene la fidelidad y unos valores e ideología que se comparte con el resto de los profesionales y se expande a los usuarios receptores de su atención.

Reflexiones sobre la formación y profesión matrona

A lo largo de la historia, el proceso de profesionalización de la matrona se ha caracterizado por ascensos, pero también retrocesos que promovieron el detenimiento de la Profesión. A este respecto, nos remitimos al programa de estudios de 1957 donde no existía ni regulación de los programas formativos ni adquisición de un corpus adecuado de conocimientos para que desarrollase su labor con mayor autonomía, sufriendo una pérdida importante de competencias y su ejercicio profesional quedase relegado al ámbito hospitalario. Sus funciones fueron reducidas y sujetas bajo la subordinación de los/as obstetras, llegando a ser profesionales socializadas en el pensamiento médico hegemónico. Sin embargo, a partir de 1992, con el nuevo modelo de formación, regulado por directivas europeas dio lugar a un impulso importante en la profesión, ya que supuso cambios considerables en la formación de los enfermeros especialistas en Obstetricia y Ginecología mediante el sistema de residencia. En primer lugar destacamos un periodo de formación más extenso y una docencia tanto clínica como académica realizada en su gran mayoría por matronas. Así mismo, un programa formativo teórico/práctico que prepara al enfermero residente a tener una formación que le permita ajustarse al perfil competencial y adquirir un corpus de conocimientos adecuados para asumir más competencias en el ámbito laboral con la finalidad de satisfacer las demandas de la sociedad en materia sexual y reproductiva tanto en el ámbito de la Atención Primaria como Especializada. Similares reflexiones desarrolla Attrill (2002) al señalar que “el currículum adquirido por la matrona permite identificar todos los cambios que pueden ocurrir en el proceso para obtener un exitoso resultado en el embarazo” (p. 21) (Traducción propia).

Attrill, B. (2002). *The assumption of the maternal role: a developmental process*. ‘The midwifery curriculum has very adequately prepared the midwife to observe, identify and understand the normal changes that must occur for a successful outcome to the pregnancy’

Por otro lado, dada la formación recibida en las Facultades de Enfermería y Unidades Docentes de Matrona centrada entre otros aspectos en: a) aprehender “el concepto de cuidar a la mujer desde una perspectiva integral y válida en nuestro contexto social y cultural” recogida en la asignatura “Teoría y Método en Enfermería” con 20 horas para su desarrollo (Unidad Docente de Matronas- Memoria Académica, 2009, p. 14); b) en realizar

“una aproximación al proceso de comunicación en el contexto sanitario”, así como todos aquellos aspectos relacionados con la ética clínica. Esta relación constituye “un complemento transversal a la formación del residente con el fin de reflexionar sobre las creencias y valores tanto de los/as profesionales como las mujeres y familia, de modo que garantice una mejora en la calidad asistencial” (Martínez Roche, 2011, pp. 26-27). De este modo, permite a los/as residentes tener una visión más holística y menos fragmentada de la atención a la mujer, repercutiendo en unas prácticas más humanizadas y una visión menos ahistórica, biologicista y despersonalizada de la usuaria, características definitorias del Modelo Médico Hegemónico. Destacar que las matronas, en su formación PreGrado como enfermeras, según plan de estudios basado en el Real Decreto 1466/1990, de 26 de Octubre (XIII Memoria Académica Escuela Universitaria de Enfermería, 2008, p. 33) han recibido una formación en asignaturas tales como “Salud Integral de la Mujer, Intervención psicosocial en Enfermería, Antropología social, Relaciones Humanas, Ética en Enfermería, Bioética, Enfermería Maternal y Educación para la Salud” que le han ayudado no sólo a adquirir un conocimiento que le posibilita tener una cosmovisión humanista de la asistencia a la mujer, familia y comunidad en su etapa reproductiva sino a poseer habilidades y actitudes relacionadas con la gestión de la atención sanitaria, optimización de los recursos asistenciales y una relación clínica efectiva que influye de manera positiva en la salud de los pacientes (Peplau, 1992).

2.2. RESEÑAS HISTÓRICAS SOBRE LA FORMACIÓN DE LOS MÉDICOS.

Etapas Medievales

Remontándonos al principio de la historia de la formación de los médicos, los cuales constituían una de las profesiones prototípicas de la sociedad antigua, al igual que los médicos estaban los sacerdotes y la de gobernante; “en las primeras Universidades medievales, las tres Facultades mayores eran las de Teología, Derecho y Medicina” (Lain Entralgo, 2003, p. 18). Sin embargo, durante esta etapa, “la Medicina era ejercida en algunas culturas por hechiceros, los cuales ponían en práctica los métodos populares de diagnóstico y tratamiento practicando la brujería” (Freidson, 1978, p. 24).

Etapas griega

Durante esta etapa

“en la Medicina hipocrática se produce una espectacular evolución de los médicos que parten de la situación típicamente artesanal para ascender intelectual, social y profesionalmente, ascendiendo a la categoría de médicos filósofos. El médico hipocrático elabora una teoría de salud y enfermedad, y aplicándola en su práctica (...) dispone de su propio código ético, plasmado en el celebre juramento hipocrático, el cual impone la norma de actuar en beneficio del enfermo, la conservación de la pureza y la santidad en la vida y en el arte y la obligatoriedad del secreto profesional, etc.”(Lain Entralgo, 2003, p. 19).

Los médicos consiguen un elevado estatus social “mediante un extraordinario proceso de superación cultural, a partir de la cirugía artesanal que ejercían los primeros hipocráticos. Sin embargo, en esta época todavía existían médicos hipocráticos que solucionaban los males mediante “ceremonias de fondo supersticioso” (Lain Entralgo, 2003, p. 19). Esto hizo que la Medicina fuera “una ocupación cuyo conocimiento y ciencia no adquirieron un elevado nivel y un status verdaderamente profesional, dado que en muchos aspectos tenían similitudes con los brujos y hechiceros” (Rodríguez, 1981, p. 97). Los médicos hipocráticos aplicaban un tratamiento conservador basado en dietas y rechazando la cirugía dado que partían del hecho que “la naturaleza era curativa por sí misma y que el médico debía meramente asistirle antes que entrometerse con ella” (Freidson, 1978, p. 31).

Alta Edad Media

La Medicina supone una profunda regresión cultural. “Los saberes médicos quedan reducidos a los manuscritos que se conservan en los monasterios. Los monjes son los que conservan los escasos restos de la Medicina clásica, se habla, por ello, de Medicina monástica. Serán los monjes, en las enfermerías anexas a los monasterios, los que se encarguen del cuidado de los enfermos” (Lain Entralgo, 2003, p. 19).

Baja Edad Media

Va a suponer un inicio de recuperación de la cultura grecorromana, a través de la traducción de textos clásicos, con ello se recupera la profesión médica y prohíben a los monjes el aprendizaje de la Medicina, la asistencia fuera de sus monasterios y la dedicación a esta ciencia laica y lucrativa. Las prohibiciones eclesiásticas fueron fundamentalmente encaminadas hacia la realización de técnicas quirúrgicas (Lain Entralgo, 2003, p. 20).

El papel del Estado fue fundamental al otorgarle al médico unas competencias exclusivas en el tratamiento del enfermo. Sin embargo

“el elemento que la convertiría en profesional de consulta, no fue el status legal sino el desarrollo de las destrezas y conocimientos que le permitían (...) la predicción y el control de un amplio espectro de enfermedades humanas (...) con todo ello, pudo gozar de confianza y monopolio de su conocimiento, convirtiéndose en una profesión con autonomía” (Rodríguez, 1981, p. 98).

Las reticencias de la jerarquía eclesiástica coinciden con una tendencia más general a la secularización de la práctica clínica, favorecida por la inclusión de la enseñanza médica en las nacientes Universidades y por la promulgación de normas que “regulan la práctica profesional a la que sólo se puede acceder tras superar un examen en la prestigiosa Escuela de Salerno” (Lain Entralgo, 2003, p. 20). No fue hasta la Edad Media cuando la Medicina obtiene “un reconocimiento oficial de su propio aprendizaje universitario como fuente principal que habilitan a un hombre para el cuidado médico” (Freidson, 1978, p. 29).

S.XVIII

Durante este siglo

“en la Europa moderna aparecen nuevas instituciones profesionales como el Royal Collage of Physiciens inglés, que en sus estatutos incluye unos preceptos morales que son todavía herederos de la ética hipocrática. Sus planteamientos irán evolucionando hacia la formación de los modernos códigos deontológico de los colegios de médicos. En estos códigos, así como en la mentalidad predominante entre los profesionales de la Medicina (...) refleja que no es una ocupación más, que no tiene un carácter mercantil ni artesanal, y que por su naturaleza altruista y la importancia de su misión exige

un estatuto especial y un rígido monopolio. Con estos argumentos, los médicos se enfrentarán, en este siglo, a los defensores del liberalismo que ponían en cuestión todos los monopolios corporativos en nombre del libre mercado y la libre iniciativa” (Lain Entralgo, 2003, p. 20).

Sin embargo, al mismo tiempo, durante estos siglos, por toda Europa todavía existían charlatanes, los empíricos y personas sin título y sin capacidad que ejercían la Medicina. Por consiguiente, en este siglo fue preciso reorganizar las Facultades. De este modo,

“Francia, a través de los “Decretos de Marly, promulgados el mes de Marzo de 1707, habían reglamentado para todo el siglo XVIII, la práctica de la Medicina y la formación de los médicos (...) los estudiantes no recibirían su grado sino después de tres años de estudios, debidamente comprobados (...), en su Artículo 26, el Decreto postulaba como principio: “nadie podrá ejercerla, ni dar ningún remedio ni siquiera gratuitamente si no ha obtenido el grado de licenciado”(Foucault, 1979, pp. 72-73).

A pesar de la reforma, “los charlatanes siguieron proliferando y las Facultades no eran tan efectivas como se esperaban en materia de formación” (Normando, 2007, p. 9).

S.XIX

“La Medicina, en el siglo XIX era una Institución relativamente de poca importancia ante el gran poder y la majestuosidad que tenían otras instituciones como la religión y el derecho, sin embargo con la adquisición del corpus científico fue modificando las representaciones ideológicas de la sociedad en torno a esta Institución adquiriendo un gran poder frente al clero, dado que este no podía tener control sobre la salud”. A partir de este núcleo de descubrimiento científico creció un halo de autoridad que estimuló la amplia extensión de las definiciones médicas (...) que anteriormente estaban manejadas por la religión y el derecho” (Freidson, 1978, p. 251).

Durante este siglo, llegó a ser una verdadera profesión de consulta como consecuencia de la base científica que poseía y “comienza a existir una concepción de la Medicina como una profesión de ejercicio liberal, cobrando por su actuación unos honorarios que él fija libremente” (Lain Entralgo, 2003, pp. 20-22). En la misma se van situando los códigos de ética elaborados por los colegios y las asociaciones profesionales. Las

instituciones de este tipo se convertirán en el principal instrumento de defensa de los valores y los privilegios tradicionales de la clase médica.

S.XX

Este siglo supone para la profesión médica una profunda transformación en muchos aspectos, pero el más relevante es

“la progresiva proliferación de especialidades y la imposición del trabajo en equipo. El médico general ya no puede hacerse cargo de enfermedades específicas y ha de recurrir al especialista. Pero éste a su vez, al no tener competencia más que en una parcela de la persona enferma, precisará de otros especialistas que se encarguen de las enfermedades interrecurrentes, sin olvidar al Médico de Familia que ha de ocuparse del control rutinario del enfermo, del tratamiento de las enfermedades más habituales y de la coordinación de los especialistas. Se va estructurando así un sistema de atención en tres niveles: Un nivel primario, de Medicina general, higiene y prevención sanitaria; un nivel secundario, de consultas especializadas en régimen ambulatorio, y un nivel terciario que corresponde a los grandes centros hospitalarios” (Lain Entralgo, 2003, pp. 23-24).

Para entender la situación actual de la Medicina así como su proceso de especialización y niveles de asistencia donde tiene lugar su actividad profesional, es preciso adentrarnos en las etapas de su proceso formativo.

Etapas del proceso formativo de la Educación Médica

Actualmente en todo el territorio español la formación médica sigue las siguientes fases:

a) La Educación Médica PreGrado.

Las enseñanzas de esta titulación se imparten en las Facultades de Medicina. Esta titulación tendrá una duración de seis años académicos para la obtención del título de Licenciado en Medicina y Cirugía. De acuerdo con lo dispuesto en el Real Decreto 1691/1989, de 29 de Diciembre (B.O.E. nº 13, de 15 de enero) de aplicación en España de la Directiva 75/363/CEE, sus enseñanzas deben proporcionar un conocimiento adecuado de las

ciencias sobre las que se funda la Medicina, así como una buena comprensión del método científico, incluidos los principios de la medida de las funciones biológicas, de la evaluación de los hechos científicamente probados y del análisis de los datos. De esta manera, se consigue que el aspirante al título de Licenciado en Medicina y Cirugía adquiera un conocimiento adecuado de la estructura, de las funciones y del comportamiento de los seres humanos, sanos y enfermos, así como las relaciones entre el estado de salud del hombre y su entorno físico y social. Además procura proporcionar un conocimiento adecuado de las materias y de las prácticas clínicas que proporcionen una visión coherente de las enfermedades mentales y físicas de la Medicina en sus aspectos preventivos, de diagnóstico y terapéuticos, así como de la reproducción humana.

Así mismo, la Conferencia Nacional de Decanos de Facultades de Medicina Españolas, en el Libro Blanco de la Titulación de Medicina aprobado el 20 de abril de 2005, establece que los objetivos específicos en la formación de los médicos supondría la formación de profesionales capaces de indicar y realizar actividades dirigidas a la promoción, mantenimiento y recuperación de la salud a través de:

- La prevención de las enfermedades, considerando el entorno social en el que se originan.
- El diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de los pacientes.
- El enjuiciamiento y pronóstico de los procesos objeto de atención.

Según dicho texto, se proporcionará al estudiante de Medicina:

- El método científico como estructura de pensamiento y los fundamentos científicos necesarios para la resolución de problemas clínicos.
- Habilidades clínicas adecuadas para la ulterior formación especializada en cualquiera de las ramas de la Medicina.
- Capacidad de reconocer los elementos esenciales de la profesión médica, incluyendo los principios éticos, las responsabilidades legales y la repercusión económica en sus actuaciones.

- Habilidades de comunicación: escuchar con atención, obtener y sintetizar información. Redactar historias clínicas y otros registros médicos de forma comprensible a terceros. Comunicarse de modo efectivo y claro, con los pacientes, los familiares, los medios de comunicación y otros profesionales.
 - Entrenamiento en la obtención, valoración crítica y aplicación de la información biomédica a las actividades clínicas, terapéuticas, preventivas y de investigación.
 - Formación en valores profesionales: responsabilidad ante sí mismo, ante el enfermo, ante los compañeros de profesión y ante la sociedad para el servicio que la ha sido encomendado.

La profesión de médico, corresponde al ámbito de Ciencias de la Salud, está titulada, regulada y colegiada. Posee un campo de actuación propio y cuyo ejercicio requiere estar actualmente en posesión del título de Licenciado en Medicina.

Así mismo, en el proyecto de título de Grado en Medicina de la Universidad de Murcia, se especifica que la profesión de médico está regulada por:

- Orden ECI/332/2008, de 13 de febrero, por la que se establecen los requisitos para la verificación de los estudios universitarios oficiales que habiliten para el ejercicio de la profesión de Médico (B.O.E nº 40, de 15 de febrero).
- Real Decreto 1393/2007, de 29 de octubre, por el que se establece la ordenación de las enseñanzas universitarias oficiales (B.O.E. nº 260, de 30 de octubre).
- Directiva 2005/36/CE del Parlamento Europeo y del Consejo, de 7 de septiembre de 2005, relativa al reconocimiento de cualificaciones profesionales.
- Real Decreto 55/2005, de 21 de enero, por el que se establece la estructura de las enseñanzas universitarias y se regulan los estudios universitarios oficiales de Grado.
- Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de Ordenación de las Profesiones Sanitarias.
- Directiva 96/16/CEE del Consejo relativa a la profesión médica.

- Ley 2/1974, de 13 de febrero, sobre Colegios Profesionales (B.O.E. nº 40, de 15 de febrero).

Una vez establecidos los objetivos específicos en la formación de los médicos, así como su regulación como profesión, pasaremos a describir por proximidad, los planes de estudios de Licenciado en Medicina en la Universidad de Murcia, así como la descripción del título de Grado en Medicina por la misma que se iniciará a impartir durante el curso académico 2010/2011.

Dicha Universidad viene impartiendo el título de Medicina desde el año 1969, año en el cual, se iniciaron los estudios de Licenciado en Medicina y Cirugía (B.O.E. de 4 de enero de 1974 y B.O.E. de 10 de marzo de 1977), posteriormente reconvertidos a Licenciado en Medicina (B.O.E. nº 267, de 7 de noviembre de 2001, modificado por B.O.E. nº 114, de 12 de mayo de 2007).

La resolución de 17 de octubre de 2001, de la Universidad de Murcia, por la que se hace público el plan de estudios de Licenciado en Medicina, aprobado por esta Universidad el nueve de marzo de 2001 y homologado por acuerdo de la Comisión Académica del Consejo de Universidades de fecha 29 de mayo de 2001 (B.O.E. nº 267, de 7 de noviembre de 2001), quedando estructurado en 6 cursos académicos (Anexo 2).

Posteriormente la resolución de 18 de abril de 2007, de la Universidad de Murcia, modifica el plan de estudios, homologado por el Consejo de Coordinación Universitaria el 8 de marzo de 2007 (B.O.E. nº 114, de 12 de mayo de 2007). Esta modificación desglosa la asignatura general de Patología Médico-Quirúrgica en las distintas especialidades médicas, quedando estructurado de igual forma en seis cursos académicos (Anexo 3). En el curso académico 2010/2011, la Universidad implantó el título de Grado en Medicina.

Para la verificación de un título universitario, los planes de estudios se definen en función de grandes bloques temáticos. Para el caso del título de Grado de Medicina, se realizan en 5 módulos, tal y como quedó establecido en la Orden ECI/332/2008, por la que

se establecen los requisitos para la verificación de los títulos universitarios oficiales que habiliten para el ejercicio de la profesión de médico.

Figura 12. Plan de Estudios de Grado de Medicina - 2008

MÓDULO I
MORFOLOGÍA, ESTRUCTURA Y FUNCIÓN DEL CUERPO HUMANO
Anatomía Humana (básica)
Biología (básica)
Bioquímica y Biología Molecular (básica)
Fisiología (básica)
Genética (básica)
Inmunología (básica)
Morfología, estructura y función del cuerpo humano
MÓDULO II
MEDICINA SOCIAL, HABILIDADES DE COMUNICACIÓN E INICIACIÓN A LA INVESTIGACIÓN
Historia (básica)
Estadística (básica)
Comunicación Asistencial y Ética
Medicina Preventiva y Salud Pública
Medicina Legal y Forense
MÓDULO III
FORMACIÓN CLÍNICA HUMANA
Formación Médico-Quirúrgica
Formación Materno-Infantil
Psiquiatría y Psicología (básica)
MODULO IV
PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS Y TERAPEÚTICOS
PDyT Anatomopatológicos y Microbiológicos
PDyT Farmacológicos y Físicos
PDyT Quirúrgicos
MÓDULO V
PRÁCTICAS TUTELADAS Y TRABAJO FIN DE GRADO
Rotatorios Clínicos
Trabajo Fin de Grado

Fuente: Orden ECI/332/2008

Así pues, el título de Grado en Medicina consta, según la legislación vigente, de “360 ECTS, repartidos en 6 cursos académicos y estructurado en 5 módulos, según la Orden ECI/332/2008 (...)” (Carrillo, 2011, p. 180)

Una vez concluidos los estudios de licenciatura, los/as médicos/as son obligados a realizar formación PostGrado si desean realizar sus actividades en el Sistema público de Salud.

b) La Educación Médica PostGrado.

La Educación Médica PostGraduada

“permite acceder al título de especialista a través de una práctica profesional programada y supervisada en los centros asistenciales acreditados para impartir docencia de este tipo, según los requisitos que establecen los organismos competentes, a fin de conseguir los conocimientos y la responsabilidad profesional necesaria para ejercer la especialidad de forma eficiente. Además esta orientada al logro de competencias profesionales necesarias para el ejercicio profesional independiente (...). Por consiguiente, la Educación Médica PostGrado es la fase de la educación médica en que los médicos desarrollan competencias después de haber acabado la Formación Médica Básica o de PreGrado. Se desarrolla según normas y regulaciones específicas y en situaciones clínicas bajo la supervisión de colegas con más experiencia que asumen la responsabilidad de la formación” (Sánchez Marín, 2007, p. 35).

La Formación Médica Especializada.

La primera regulación de las especialidades médicas se realizó mediante la Ley de 20 de julio de 1955 (B.O.E. nº 202, de 21 de julio), sobre enseñanza, título y ejercicio de las especialidades médicas. La Ley reconoce 33 especialidades y establece como vías de especialización las cátedras de las Facultades de Medicina, los Institutos y Escuelas de Especialización. Más tarde una modificación de la norma permitiría la obtención del título de especialista a través de la colegiación médica como especialista durante dos años.

La Formación médica especializada está regulada por el Real Decreto 183/2008, por el que se determinan y clasifican las especialidades en Ciencias de la Salud y se desarrollan determinados aspectos del sistema de formación sanitaria especializada. Este Real Decreto deroga al anterior Real Decreto 127/1984, de 11 de enero (B.O.E. nº 26, de 31 de enero).

Con éste se obtiene el título de médico especialista en las especialidades que requieran formación hospitalaria. Se confirma la necesidad de seguir un programa perfectamente establecido como médico residente en Centros y Unidades Docentes que cumplan los requisitos adecuados y, dado el carácter profesional de la actividad que realiza el mismo durante todo el periodo de su formación, se confirma también la necesidad de establecer el correspondiente contrato laboral. Este tipo de formación se denomina de residencia o “Sistema de Médicos Internos Residentes (en adelante M.I.R.)”, tal como viene contemplado en el Artículo veinte de la Ley 44/2003 sobre el sistema de formación de especialistas, estableciendo en el punto dos que “la formación tendrá lugar por el sistema de residencia”.

Esta formación se realizará como Médico Residente en Unidades Docentes y acreditadas para desarrollar los correspondientes programas, tal como lo contempla el Artículo cuatro del Real Decreto 127/1984. Del mismo modo, este punto define al Médico Residente como “aquellos que para obtener su título de médico especialista permanecen en los centros y en las Unidades Docentes acreditadas un periodo limitado en el tiempo de práctica programada y supervisada, a fin de alcanzar de forma progresiva, los conocimientos y la responsabilidad profesional necesaria para que puedan llegar a ejercer su especialidad de modo eficiente. Estos médicos comienzan su especialización como Residentes de primer año y sucesivamente van completando la misma, hasta la finalización del programa que corresponda, en la medida en que hayan ido superando de forma satisfactoria la evaluación continuada correspondiente”. De igual modo, el Capítulo II del Real Decreto 183/2008 correspondientes a las Unidades Docentes, en su Artículo cuatro, las define “como el conjunto de recursos personales y materiales, docentes y de la investigación o de cualquier otro carácter que, con independencia de su titularidad, se consideren necesarios para impartir formación reglada en especialidades en Ciencias de la Salud por el sistema de residencia” (Anexo 4).

De todas las especialidades de Medicina que se pueden desarrollar en el territorio español, nos centraremos en aquellas que están relacionadas con la atención perinatal:

a) Medicina Familiar y Comunitaria.

- b) Pediatría.
- c) Obstetricia y Ginecología.

Medicina de Familia y Comunitaria.

El Ministerio de Sanidad vio la necesidad de crear una Especialidad en Medicina General para poder desarrollar adecuadamente la Atención Primaria, dado que los licenciados en Medicina no poseían suficiente bagaje de conocimientos para enfrentarse al ámbito extrahospitalario. Esta especialidad se contempla por primera vez en el Real Decreto 2015/78 (B.O.E nº 229, de 25 de septiembre) donde se regula la obtención del título de especialidades médicas y se contempla la Especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria (M.F. y C.), desarrollándose posteriormente en el Real Decreto 3303/78 con el cual desaparece la figura de Médico de Cabecera. Este dispone que “el médico de familia constituye la figura fundamental del sistema sanitario y tiene como misión realizar una atención médica integrada y completa de los miembros de la comunidad. Del mismo modo, se contempla la formación de la comisión nacional de la especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria para que elaborara los programas formativos, tanto teóricos como prácticos, así como el reconocimiento de las unidades y Áreas Docentes que hablan de formar al médico de familia así como los criterios de evaluación. Lo más destacable se contempla en su Artículo primero, punto 2.3, el cual especifica que “contribuirá al desarrollo de aspectos de salud materno – infantil”.

1979. Comienza la especialización vía Médico Interno Residente, es decir, se hará con un sistema de residencia con una duración de tres años, creándose las “Unidades de Medicina Familiar”.

1981. Se crean las Unidades Docentes para el tercer año de la Especialidad de Medicina de Familia (Sánchez Marín, 2007, p. 46).

1983. Se produce la regulación de la formación en Atención Primaria de Salud de la especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria.

1984. Mediante el Real Decreto 137/84, de 11 de Enero. Se configuran las Estructuras Básicas de Salud. Con ello se pretendía modernizar el sistema sanitario para dar cobertura sanitaria, en materia de salud preventiva y asistencial, a una población cada vez más numerosa. Con ello da origen a los Centros de Salud dotados de personal que constituirán el Equipo de Atención Primaria.

Lo más relevante del Real Decreto es que establece los/as profesionales que van a integrar dicho equipo, así como su ámbito de actuación y funciones:

Art.3.2. El Equipo de Atención Primaria tiene como ámbito territorial de actuación la Zona de Salud y como localización física principal el Centro de Salud.

Art.3.3. Componen o compondrán el Equipo de Atención Primaria:

a) Los/as Médicos/as de Medicina General y Pediatría, Ayudantes Técnicos Sanitarios o Diplomados en Enfermería, Matronas, Practicantes de Zona y Auxiliares de Clínica.

Cuando aparece este Real Decreto, los/as médicos/as generales coexisten con las nuevas promociones de especialistas en Medicina Familiar y Comunitaria (M.F. y C.).

Actualmente, siguen coexistiendo los dos modelos en los Equipos de Atención Primaria.

1986. La ley General de Sanidad de 14/1986, de 25 de Abril (B.O.E nº 102, de 29 de abril) vino a ratificar lo esencial del anterior Decreto, estableciendo en el Artículo cuarto, las funciones y los/as profesionales que van a integrar el Equipo de Atención Primaria en los Centros de Salud.

2005. Con la Orden SCO/1198/2005, de 3 de marzo (B.O.E. nº 105, de 3 de mayo) se aprueba el nuevo programa formativo de la especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria. La duración es de cuatro años y se incorpora una nueva concepción del proceso formativo mediante una configuración global del mismo a través de cinco áreas docentes (de competencias esenciales, de atención al individuo, a la familia, a la comunidad y a la

docencia e investigación). El apartado 9.2 está dedicado al abordaje de grupos poblacionales con factores de riesgo. Dentro de éste, el punto 9.2.3 se centra en la Atención a la Mujer: Actividades Preventivas y Atención al Embarazo. En él se incluye el embarazo, puerperio, la anticoncepción, procedimientos básicos gineco-obstétricos, climaterio, abordaje de situaciones de riesgo y patologías crónicas en la mujer, y manejo de tecnología obstétrica básica (ecografía obstétrica de nivel I).

Pediatría.

La Pediatría es una especialidad dentro de las ciencias médicas y está considerada como la Medicina integral del período evolutivo de la existencia humana desde la concepción hasta el fin de la adolescencia, época cuya singularidad reside en el fenómeno del crecimiento, maduración y desarrollo biológico, fisiológico y social que, en cada momento, se liga a la íntima interdependencia entre el patrimonio heredado y el medio ambiente en el que el niño se desenvuelve.

Como en el caso de la Medicina de Familia, está regulada por el Real Decreto 127/78. El primer programa aprobado por la Comisión Nacional de la Especialidad de Pediatría en 1979 contempla la necesidad de que el pediatra se forme en Pediatría Comunitaria, destinando el 50% del contenido del programa al logro de entrenamientos en Pediatría Extrahospitalaria (Domínguez Aurrecoechea, García Rebollar, y Villaizan, 2010). En 1984, a instancias del Consejo Nacional, la Comisión Nacional de Pediatría publicaría un programa revisado de la especialidad conocido como “Programa Valencia” que diferenciaba dos caminos: uno para formación como Especialista en Pediatría y otro para la acreditación en Áreas Específicas.

En el primero de ellos se reconocía como necesaria la rotación por Atención Primaria: el cuarto año tendrá un período de seis meses de formación extrahospitalaria durante los cuales el residente rotará por los Centros de Atención Primaria acreditados para la docencia en Pediatría o, en su defecto, en servicios o Unidades de Pediatría Social Hospitalarios. Su periodo de formación será de 4 años y se llevarán a cabo en las Unidades Docentes de

Pediatría. En ellas se formarán médicos/as especialistas en Pediatría y sus Áreas Específicas y enfermeros/as especialistas en Enfermería Pediátrica, según Real Decreto 183/2008, en su anexo II dedicado a las Unidades Docentes de carácter multiprofesional.

La Orden SCO/3148/2006, de 20 de septiembre (B.O.E. nº 246, de 14 Octubre) aprueba y publica el programa formativo de la especialidad de Pediatría y sus Áreas Específicas. El punto cuatro hace referencia a las habilidades que ha de alcanzar el residente durante su periodo de formación. Estas se especifican en tres niveles: el primero de ellos dedicado a los principios de ética pediátrica, pruebas y valoraciones clínicas y actitudes a considerar en la relación clínica con el niño/a, adolescente y familia; el segundo nivel se centra en el desarrollo de habilidades para el diagnóstico y desarrollo de técnicas específicas y, el tercer nivel que se ocupa del aprendizaje de técnicas invasivas para el diagnóstico de patologías (Anexo 5).

En la misma línea y dentro del programa formativo, el punto seis hace referencia sobre el sistema de rotaciones sobre los cuales está constituida dicha formación. Estas tendrán lugar en el Área de Especializada pasando por las secciones básicas de neonatología, Hospitalización de lactantes, Preescolares, Escolares, Adolescentes, Urgencias, Cirugía Pediátrica, U.C.I. Pediátrica, Consultas Externas, Áreas con actividad clínica de cardiología, gastroenterología, neumología, endocrinología y crecimiento y nefrología.

Respecto la formación de los pediatras en la Atención Primaria, según Domínguez Aurrecoechea y otros (2010) afirman que:

“la formación de residentes de Pediatría estaba caracterizada por su improvisación; el autodidactismo y el voluntarismo; soportada en la buena voluntad individual de los tutores (sin serlo oficialmente) y el interés particular de algunos residentes. Los pediatras de Atención Primaria no han recibido en su mayoría ningún tipo de formación específica para la docencia, siendo la práctica habitual el: “Mira lo que hago y si algo no entiendes me lo preguntas”. La observación y asistencia al paciente han sido normalmente las únicas metodologías docentes” (p. 314).

Sin embargo con la Orden SCO/3148/2006, se establece en el punto 6.3. la Rotación obligatoria por Atención Primaria, cuyos objetivos se centran en ampliar la formación del

residente en: atención al niño sano, seguimiento del niño en su contexto familiar, habilidades en la entrevista clínica, historia clínica en Atención Primaria, desarrollo psico-social del niño, otros problemas de la Atención Primaria pediátrica, participación en grupos de carácter multidisciplinar, prevención y supervisión de la salud buco-dental y prevención de accidentes, según el plan formativo que se determine, en cada unidad docente, a cuyos efectos se adjunta guía orientativa de conocimientos como anexo a este programa. La duración de la rotación será de tres meses, siendo aconsejable su distribución en dos periodos (en los dos primeros años y en los dos últimos de la residencia).

De este modo comienza una nueva etapa en la que la formación de pediatras se llevará a cabo también en los Centros de Salud y requerirá la creación de nuevas formas organizativas que lo posibiliten. Las Comunidades Autónomas, según características y criterios propios, podrán crear figuras docentes con la finalidad de amparar colaboraciones significativas en la formación especializada. Desarrollando estas normativas, “en el año 2007 se inicia la acreditación de Centros de Salud para la docencia de la especialidad de Pediatría y sus Áreas Específicas y en el 2008 se acredita por primera vez a los pediatras de Atención Primaria como tutores para dicha docencia” (Domínguez Aurrecoechea y otros, 2010, p. 12).

Obstetricia y Ginecología.

La Orden SAS/1350/2009, de 6 de mayo aprueba y publica el programa formativo de la especialidad de Obstetricia y Ginecología (B.O.E. nº 129, de 28 de mayo).

Esta Orden establece la duración de la especialidad así como los requisitos previos:
Licenciado/Grado de Medicina

La especialidad de Obstetricia y Ginecología incluye:

- A. La fisiología de la gestación, el parto y puerperio, así como su patología y su tratamiento.
- B. La fisiología, patología y tratamiento inherente a los órganos que constituyen el tracto genital femenino, incluyendo mama.

- C. Los aspectos preventivos, psíquicos y sociales que necesariamente se relacionan con los apartados anteriores.

El acceso a la formación, su organización, supervisión, evaluación y acreditación de Unidades Docentes Multiprofesionales de Obstetricia y Ginecología, se llevará a cabo conforme a lo previsto en el Real Decreto 183/2008 mencionado en apartados precedentes.

En lo que respecta al mapa de competencias de la especialidad, se agrupa en tres categorías:

- A. Conocimientos, relativo a lo que se debe saber.
- B. Habilidades, relativo a lo que se debe saber hacer.
- C. Actitudes, relacionado con el cómo se debe hacer y cómo se debe ser.

Figura 13: Competencias de la especialidad de Obstetricia y Ginecología

CONOCIMIENTOS	HABILIDADES	ACTITUDES
Conocimientos Generales.	Habilidades Generales.	Actitudes Generales.
Embarazo, parto, puerperio normal y patológico.	Habilidades en embarazo, parto y puerperio normales y patológicos.	Relación médico – paciente. Razonamiento Clínico.
Conocimientos de Ginecología.	Habilidades de Ginecología.	Gestión de la atención.

Fuente. Programa Formativo de Obstetricia y Ginecología, 2009

Para alcanzar dichas competencias, al igual que el resto de especialidades, el residente debe rotar por las diferentes estructuras que forman la Unidad Docente, con la finalidad de que se cubran todas las necesidades formativas. Según menciona la Orden, la distribución de la atención obstétrica y ginecológica entre los ámbitos de la Atención Primaria y Especializada, y la organización interna de los hospitales es muy variable. Por esta razón, el calendario de rotaciones, cuya división temporal es orientativa, no se ha definido por unidades asistenciales, sino por áreas de conocimiento. Cada Unidad Docente lo adaptará a sus propias características, programando y distribuyendo su estancia en cada unidad asistencial, de modo que puedan cumplirse los objetivos docentes particulares y del conjunto de la formación.

Una vez finalizado el periodo de residencia, el/la ginecólogo/a-obstetra desempeñará su actividad asistencial en la Atención Especializada, como más adelante desarrollaremos.

Con esta exposición de la formación universitaria de los médicos/as, adquieren los referentes técnicos y el conocimiento científico de la profesión. La construcción de conocimiento técnico, especializado, docto y experiencias educativas ocurren en el ámbito universitario e instituciones hospitalarias.

Reflexiones sobre la formación médica

Una vez expuesta la formación de los/as médicos/as, comprobamos que durante los S. XVIII- XIX se conforman los ideales del Modelo Médico Hegemónico centrada en aspectos tecnocráticos y que presenta unos atributos entre los que destacan: la noción mecanicista de los procesos, enfoque biologicista, orientación al individuo con fuerte tendencia hacia la especialización, con progresiva incorporación y uso de la alta tecnología, énfasis en lo curativo y excluyente de otras formas de práctica médica. Por tanto, “el cuidado y el tratamiento médicos se estructuran en términos de criterios técnicos (validez del diagnóstico, precisión del tratamiento, alivio de los síntomas y terminación del proceso de enfermedad)” (Davis- Floyd, 2001, p. S7; Rodríguez, y Zurriaga, 1997, p. 9). Aspectos que cobran especial relevancia durante el S.XX (Traducción propia).

Davis-Floyd, R. (2001). The Technocratic Humanistic and Holistic Paradigms of Childbirth. ‘(...) the Technomedicine attempt to diagnosis problems, cure disease and repair dysfunctions from the outside (...)’

Esta formación ha influido en la manera que los médicos/as representan el cuerpo humano en piezas separadas y separables. Con ello, se configuran unos órganos “sin cuerpo” sobre los que la Medicina pretende abordar “fuera del texto corporal individual (Tubert, 1991)” (Lozano, 2001, pp. 316-317). En esta línea Balagueró (2002) afirma “que la visión biomédica ha representado simbólicamente la matriz como “sede morbis” (p. 174) y por tanto, como objeto de estudio e instrumentalización por parte de los/as médicos/as en su periodo de formación, interfiriendo en la visualización íntegra de la mujer. Aspectos sobre los que hace especial énfasis Davis –Floyd (2001) al señalar que “la tecnomedicina separa lo

individual en distintas porciones, fragmentando el cuerpo humano de la mente humana” (p. S6) (Traducción propia)

Davis–Floyd, R. (2001). *The Technocratic Humanistic and Holistic Paradigms of Childbirth* ‘The main value underlying the technocratic paradigm of medicine is separation. (...). Technomedicine continually separates the individual into constituent elements (...). However, first and foremost, it separates the human body from human mind’

Desde esta perspectiva, se destaca la importancia de la socialización laboral que tiene lugar durante el proceso de formación en la adquisición de una manera específica de ver, hablar, escribir y pensar, y donde “no se plantea resolver la contradicción entre lo emocional y racional” (Otegui, 2000, p. 321), repercutiendo en la visión global de la persona. Socializados en el pensamiento médico hegemónico elaboran una mirada médica capaz de convertir al individuo “como pacientes, percibidos, analizados y presentados como apropiados para el tratamiento médico” (Good, 2003, p. 149).

Sin embargo, actualmente la formación tanto PreGrado como PostGrado están modificando sus planes formativos, ayudando a debilitar la rigidez de los ideales bajo los cuales se sustenta la práctica médica. Con el nuevo programa de Grado de Medicina (2010-2011) y en los de PostGrado en Obstetricia y Ginecología (2009) se aprecian cambios importantes en su formación respecto a la humanización de la asistencia médica, prueba de ello es la incorporación de habilidades de comunicación asistencial y ética contemplado en el Módulo II del programa académico de Grado de Medicina, y el desarrollo de actitudes relacionadas con la ética clínica tales como la relación médico-paciente, el razonamiento clínico y la gestión de la atención en el programa formativo de la especialidad de Ginecología y Obstetricia. Este nuevo enfoque en la formación dota a los/as profesionales de recursos que les permiten obtener una visualización de la mujer en las dimensiones físicas, psíquicas y espirituales, contribuyendo a un acercamiento y abordaje de los dilemas éticos que se presentan en el ámbito clínico. De este modo, se tiende a la formación de un/a profesional menos biologicista, tecnocrático y más humano en el desarrollo de la práctica médica. Según menciona Mora y Urruela (1991) “la Medicina no puede entender la realidad del sujeto si no abandona su sesgo positivista y no se apoya en la inclusión de la ética, las humanidades, la filosofía; aspectos que deben estar presentes en la educación pregrado y postgrado” (p. 25).

CAPÍTULO III. CONTEXTO SOCIO-DEMOGRÁFICO Y SANITARIO

3. 1. ANÁLISIS SOCIO-DEMOGRÁFICO: EUROPA, ESPAÑA Y REGIÓN DE MURCIA.

Análisis del Censo Poblacional: España y Murcia.

En un estudio de estas características se hace imprescindible añadir un análisis de los principales cambios producidos en fecundidad y mortalidad, entre otros, de la población de la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia, junto con los movimientos migratorios, y su evolución, lo cual nos ayudará a configurar una idea sobre la población a la que hacemos referencia cuando abordamos nuestro objeto de estudio.

La composición de la población (constitución en número, grupos de edad, género, pirámide poblacional, etc.) variará dependiendo de la aparición de diferentes indicadores que tienen protagonismo cuando hablamos de características de una sociedad, pero es innegable que el compendio de todas ellas nos dará como resultado un tipo de población con unas necesidades concretas dependiendo del grado de desarrollo demográfico de nuestra población. Demográficamente la Comunidad Autónoma de Murcia se ha caracterizado, desde la última década de los años 70, por un crecimiento mayor que el de la población española. Es a partir de 1976, ya con un saldo migratorio positivo, cuando se puede observar el mayor aumento con respecto a la media nacional. Así, entre 1991 y 1996 la región experimentó un crecimiento del 4,94% mientras que a nivel nacional el índice se situaba en un 2,01%. Esta tendencia se ha mantenido constante y en la revisión padronal de enero de 1998, la Región de Murcia cuenta con 1.115.068 habitantes, siendo además la tercera Comunidad Autónoma que más ha visto aumentado su población después de Baleares y Navarra.

Desde principios de siglo, la evolución de la población en la comunidad de Murcia se detalla de forma detallada en la figura 14.

Figura 14. Censo de la población de España y Región de Murcia

AÑOS	REGIÓN DE MURCIA			ESPAÑA
	AMBOS SEXOS	HOMBRES	MUJERES	AMBOS SEXOS
1900	581.455	292.240	289.215	18.831.574
1910	620.926	309.286	311.640	20.364.392
1920	654.436	324.771	329.665	22.013.620
1930	651.979	324.570	327.409	24.026.571
1940	731.221	359.725	371.496	26.386.854
1950	755.850	367.276	388.574	28.172.268
1960	803.086	393.093	409.993	30.582.936
1970	832.047	407.613	424.434	34.117.623
1981	955.498	469.349	486.149	37.683.363
1991	1.045.601	514.527	531.074	38.872.268
2001	1.197.646	597.796	599.850	40.847.371
2002	1.226.193	616.236	610.757	41.837.894
2003	1.269.230	639.795	629.435	42.717.064
2004	1.294.694	652.057	642.637	43.197.684
2005	1.335.792	677.049	658.743	44.108.530
2006	1.370.306	697.027	673.279	44.708.964
2008	1.426.109	722.999	703.110	46.157.822
2009	1.446.520	731.609	714.911	46.745.807
2010	1.461.979	738.627	723.352	47.021.031

Fuente: Instituto Nacional de Estadística 2010. Censo de población. Series Históricas y Series de población desde 1996.

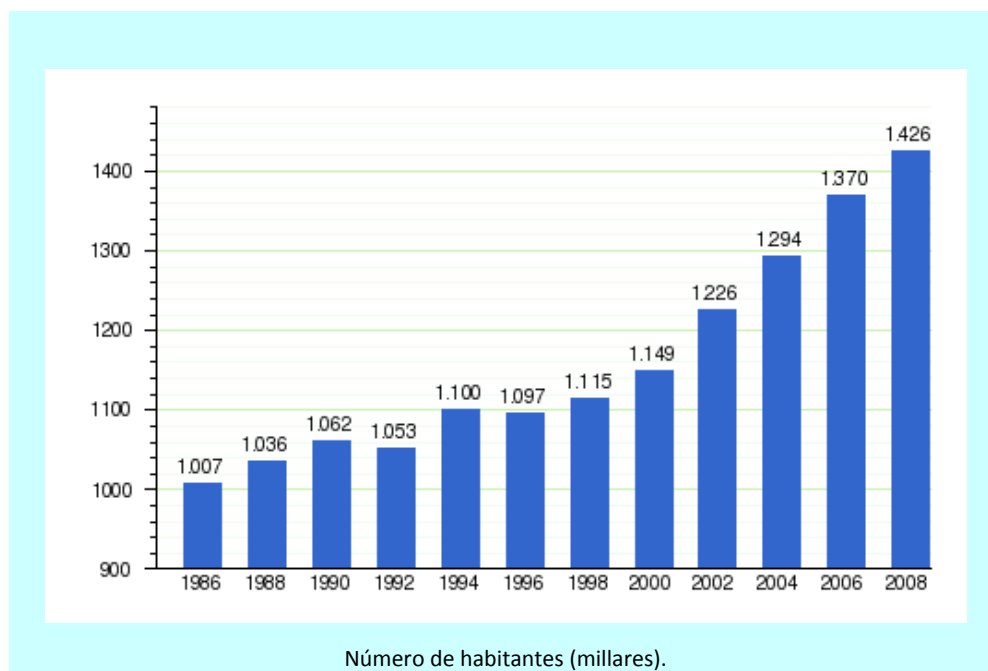
Notas:

- 1) En el año 1997, no se realizó revisión padronal.
- 2) Las cifras de 1996 están referidas a 1 de mayo y las demás a 1 de enero.
- 3) Los Censos de 1900 a 1920 de España incluyen la costa occidental de África.

Dado que el censo poblacional lo publica el Instituto Nacional de Estadística con una periodicidad de diez años, se han presentado los datos anuales desde el año 2002 con la finalidad de observar las modificaciones de los censos anuales hasta el año 2010, último registro aportado.

La figura 14 resalta un crecimiento considerable a finales de los años 60 y principios de los años 70 como consecuencia del fenómeno del “baby-boom” (De Miguel, 1998, p. 238). De igual modo, encontramos datos significativos en cuanto al crecimiento poblacional durante los años 80, tal como se refleja en la figura 15.

Figura 15. Evolución bienal de la población (1988-2008)



Fuente: Instituto Nacional de Estadística, 2008

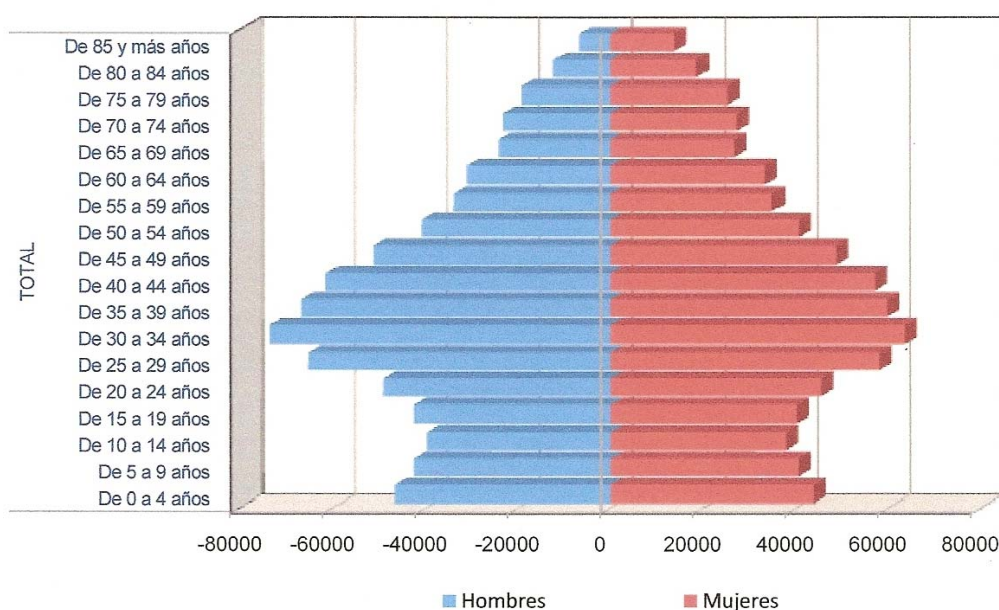
La Región de Murcia ha ido experimentando un crecimiento gradual a lo largo de los últimos veinte años, siendo de carácter exponencial en los últimos ocho. Actualmente tiene una población de 1.446.520 habitantes, de los cuales un tercio (30.2%) viven en el municipio de Murcia. Esta cifra representa el 3.09% de la población española y está determinada por la importante inmigración que ha recibido durante los últimos 15 años.

Durante el periodo comprendido entre 1991-2006, la población murciana creció en un +29,32% frente al +13,38% del conjunto nacional. Un 14,5% de sus habitantes son de nacionalidad extranjera según el censo del Instituto Nacional de Estadística (2007), cuatro puntos por encima de la media española.

El fenómeno de la inmigración ha supuesto cambios importantes en los indicadores demográficos en toda España, y más concretamente en la Región de Murcia. El Consejo Económico y Social de la Región de Murcia (2009) señala que “desde el año 2000 hasta el año 2009 la población de mujeres y hombres con nacionalidad española ha crecido en la Región en 87.390 habitantes, en el mismo periodo el número de personas extranjeras empadronadas ha experimentado un avance de 209.802 residentes. De tal manera que en el

año 2000 el porcentaje de extranjeros residentes era del 2.28% y en el año 2009 representaba el 16,31%” (p. 467). Su procedencia, por orden decreciente, es en su mayoría de Europa, África, América y Asia (Centro Regional de Estadística de Murcia, 2009). Esta situación queda reflejada en la configuración de la pirámide poblacional de la Región de Murcia correspondiente a este último año, según refleja la siguiente figura.

Figura 16. Pirámide de población - 2009



Fuente: Centro Regional Estadística de la Región de Murcia, 2009

Como se puede apreciar, el grueso de la población tanto femenina como masculina queda establecida en el periodo de edad comprendido entre 25-44 años, lo que supondrá una mayor fecundidad y mayores tasas en la natalidad. La población femenina posee una distribución muy diferente al resto, atendiendo a la pirámide de la población, observamos que nacen más hombres que mujeres, sin embargo, mueren más hombres que mujeres como consecuencia de la mayor esperanza de vida al nacer.

Datos recientes facilitados por el Instituto Nacional de Estadística (2007) afirman que la esperanza de vida al nacer para los hombres estaba en 79,60 y las mujeres en 82,75. Tal como se observa en la figura 16, no es hasta los 55 años cuando se produce un incremento

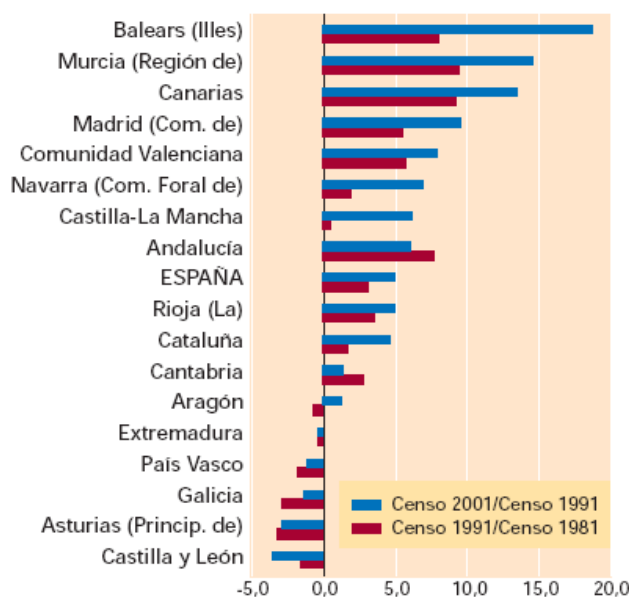
considerable de las mujeres con respecto a los hombres. Sin embargo, el grueso de la población masculina se encuentra fundamentalmente hasta la franja de dicha edad.

La Región de Murcia ha sido una de las principales comunidades de España que más incrementos porcentuales de población ha experimentado a lo largo de los últimos 20 años, según refleja los censos desde los años 1981 al 2001. Por otro lado y siguiendo con el análisis de la pirámide poblacional, la comunidad presenta una población joven con una alta capacidad de llegar a alcanzar el reemplazo generacional (Martínez Roche, 2005).

Según se desprende del índice del análisis del plan de salud de la Región de Murcia (2003-2007), entre 1991-2001, el crecimiento anual de la población ha sido de un 1.38%, 2.4 veces superior al de España (0.58%) y 4.1 veces superior al de la Unión Europea (0.34%). El rango del crecimiento de la población por Comunidades Autónomas oscila entre Castilla y León (-0.26%) y Les Illes Balears (2.39%), única Comunidad Autónoma que supera a la Región.

En cuanto al resto de comunidades, en la figura 17 se presentan los incrementos de población según los censos correspondientes desde los años 1981- 2001.

Figura 17. Incrementos porcentuales de población según Censos de 1981, 1991 y 2001 en las Comunidades Autónomas



Fuente: Instituto Nacional de Estadística (2010)

La Comunidad de Murcia tiene el segundo censo poblacional más alto de todo el país, por detrás de las islas Baleares. Este fenómeno se debe fundamentalmente a que en los últimos años ha dejado de ser un área de emigración para convertirse en un área receptora de inmigrantes. En palabras de Gómez Fayrén y Monllor (2004) “la población de la Comunidad de Murcia se caracteriza por experimentar un crecimiento mayor que el de la población española a causa de su mayor crecimiento por dinámica natural (...), como resultado de la masiva afluencia de emigrantes” (p. 120). Esta es especialmente significativa en la década de los noventa (Gómez Fayrén, y Monllor, 2004). Así mismo, ha de considerarse el fuerte incremento en la natalidad que soporta la Región de Murcia. Por este motivo estudiaremos los niveles de fecundidad que presenta con respecto a España y resto de la Unión Europea.

Análisis sobre la evolución de la fertilidad: Europa, España y Región de Murcia

La tasa de fertilidad corresponde el número medio de hijos que habrían nacido por mujer si todas las mujeres hubieran vivido hasta el final de sus años de fertilidad y tuvieran niños según una serie de tasas de fertilidad a una edad específica dada. Se calcula sumando las tasas de fertilidad de una edad específica para todas las edades y multiplicando por el intervalo el que las edades son agrupadas (M.S.C., 2007). En los últimos veinte años se ha producido una profunda reducción de la fertilidad en Europa. El modelo familiar más común actualmente es el de una familia con uno o dos hijos. El ligero incremento acontecido durante 2000 y 2005 no cubre aún la tasa de reemplazo generacional (2,1 hijos por mujer), tal como refleja la figura 18.

Figura 18. Evolución de la Tasa de Fertilidad en la Unión Europea. (1970-2005).



Fuente: OMS/Europa, Base de Datos Europea HFA, Junio 2006 - Ministerio Sanidad y Consumo- 2007

Esta disminución ha sido más importante en los países que han conocido una fertilidad elevada, principalmente los países del sur, contrastando con fluctuaciones más moderadas en los del norte, tal como se puede apreciar en la figura 19. España, Italia, Alemania, Austria, Suiza y República Checa son los países con la tasa de natalidad más baja de Europa frente a países como Irlanda que posee la más alta.

Figura 19. Indicador Sintético de Fecundidad en países europeos por intervalos

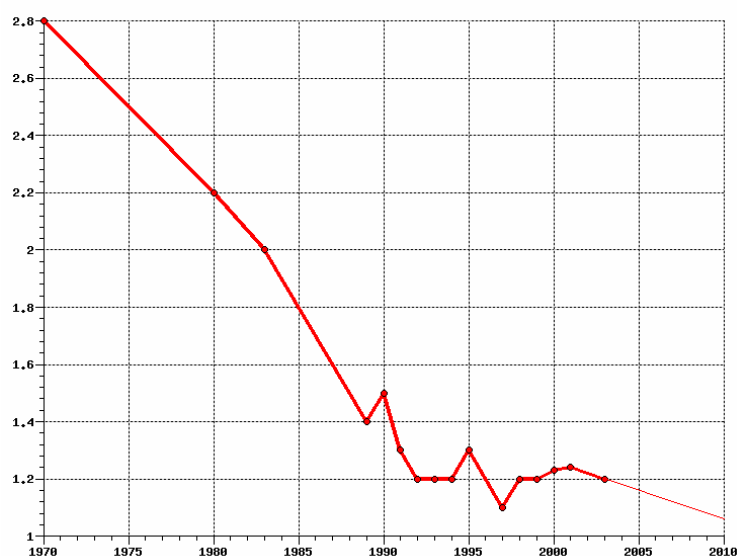
1,19 a 1,44	Entre 1,69 y 1,94	Superior a 1,94
Austria, Suiza, Alemania, España, Italia y la República Checa.	Francia, Dinamarca, Noruega, Suecia, Finlandia, Holanda, Bélgica y Reino Unido.	Irlanda

Fuente: OMS/Europa. Base de Datos Europea HFA. Junio 2006

El Índice Sintético sería la acumulación de tasas específicas para todas las edades comprendidas en la etapa fértil. Se obtiene un único número suma de las aportaciones de las distintas edades y se utiliza para medir el nivel de fecundidad. Este es el Indicador Coyuntural de Fecundidad (I.C.F.) (Instituto Nacional de Estadística, 2010). De su definición se deduce que representa el número medio de hijos tenidos por un conjunto de mujeres que estuvieron sometidas durante su vida fértil a las condiciones de fecundidad por edad

observadas durante el año considerado. En España la evolución del Índice ha estado fuertemente influida por el contexto socio- político y económico del momento, dando lugar a un notable descenso del promedio de hijos por mujer. Durante los años sesenta llegaron a niveles excepcionales, donde el rejuvenecimiento en la edad del matrimonio jugó un papel decisivo en el incremento de la fecundidad (Cabré, Domingo, y Penacho, 2002).

Figura 20. Evolución de la Tasa de Fecundidad en España 1970-2005



Fuente: OMS/Europa, Base de Datos Europea HFA, Junio 2006 - Ministerio Sanidad y Consumo- 2007

A partir del año 1970 se produce una caída sin precedentes. Si bien en ese año, las españolas tenían una media de 2.8 hijos por mujer, en 1991 fue de 1.33, situándose por primera vez por debajo de la mítica cifra de 2.1 que garantizaba la renovación generacional. Sin embargo, este indicador continuó bajando hasta alcanzar un mínimo histórico de 1.16 hijos por mujer en 1997. A partir de ese año fue ascendiendo muy lentamente alcanzando un valor actual de **1,40 en el año 2009**, dato más reciente reflejado en el Instituto Nacional de Estadística (2010).

De este modo, se concluye que la fecundidad en España ha ido descendiendo progresivamente desde el año 1970, colocándose en cifras muy inferiores a países como Francia, Dinamarca, Noruega, Suecia, Finlandia, Inglaterra, Irlanda, etc. Aunque actualmente se evidencia una ligera recuperación, continúa situándose en valores inferiores para el

reemplazo. Así pues, “la estructura social de España va experimentado cambios considerables entre los que destaca el envejecimiento de la población” (De Miguel, 1998, p. 155).

En lo que respecta a la Región de Murcia durante el mismo periodo observamos, una tendencia a disminuir progresivamente, tal como refleja la figura 21

Figura 21. Índice Coyuntural de Fecundidad. Región de Murcia

1975	1985	1986	1989	1991	1996	1998	2000	2002	2006	2007	2008	2009
3,22	2,02	1,88	1,77	1,67	1,4	1,37	1,47	1,52	1,63	1,65	1,68	1,61

Fuente: Instituto Nacional de Estadística, 2010. Elaboración Propia

Se aprecia que el indicador ha sufrido importantes fluctuaciones a lo largo de los últimos treinta y cinco años. La cifra más alta la alcanza en el año 1975 como consecuencia del “baby boom” de finales de los años 60. Durante la segunda mitad de esta década se produce un lento descenso en el número de hijos que se prolonga hasta finales del siglo XX, iniciándose posteriormente una lenta recuperación, alcanzando en la actualidad un valor de 1.61 (alejándose -1.61 puntos de los valores iniciales de mediados de los años setenta). Los motivos podrían ser la mayor participación de la mujer en el ámbito laboral, nuevos valores en la planificación de la familia por parte de la pareja, entre los que destacan: el deseo de mejorar su calidad de vida y una mayor atención al cuidado de los niños. Así pues, el imaginario colectivo apuesta por una estructura de familia nuclear formada por el padre, la madre y un número reducido de hijos. Pese al fenómeno de la inmigración este indicador ha ido descendiendo paulatinamente a lo largo de los años, aunque obtiene la tasa más alta en el 2008 con +0,28 del valor nacional para descender al año siguiente, ubicándose 0.21 puntos por encima del mismo, tal como señala la figura 21. Una de las principales razones que puede dar lugar a esta inflexión podría ser la crisis económica que está sufriendo el país y que afecta a la composición de los hogares, configurándose nuevas estructuras familiares. Pese a ello, posee el valor más alto de los países de la Comunidad Europea, por debajo de Irlanda.

Comparando el indicador de estudio con el resto de Comunidades Autónomas, obtenemos los siguientes datos:

Figura 22. Índice Coyuntural de Fecundidad por Comunidades Autónomas

Andalucía	Aragón	Asturias (Principat de)	Baleares (Illes)	Canarias	Cantabria
1,47	1,38	1,1	1,38	1,1	1,34

Castilla y León	Castilla la Mancha	Cataluña	Comunitat valenciana	Extremadura	Galicia
1,17	1,39	1,53	1,33	1,33	1,1

Madrid (Comunidad de)	Navarra (Comunidad Foral de)	País Vasco	Rioja(La)	Ceuta	Melilla
1,48	1,5	1.34	1.41	No disponible	No disponible

Fuente: Instituto Nacional de Estadística, 2009. Elaboración Propia

Notas:

- 1) Dato de 2009 no disponible para Ceuta y Melilla.
- 2) La desagregación por nacionalidad no está disponible para años anteriores a 2002.
- 3) Datos de 2009 son provisionales y están calculados por lugar de inscripción del suceso y según reparto porcentual de los mismos por edad de la madre del año 2008.(Instituto Nacional De Estadística)

Se observa que las comunidades que mayor fecundidad presentan son las correspondientes a Madrid, Andalucía, Navarra y Cataluña, oscilando entre +0.07 y +0.13 puntos del valor nacional. Frente a las de menor índice que son Asturias, Galicia y Canarias, cuyos resultados se encuentran en – 0.20 puntos por debajo del indicador que presenta España. Tras este análisis comparativo se determina que la Región de Murcia posee el mayor Índice Sintético de Fecundidad de todas las comunidades con un valor de 1,61 estableciéndose fluctuaciones con el resto que oscilan entre +0.08 y – 0,51. Pese a ello, existe una tendencia al descenso debido al contexto social político y económico del país. De este modo, interesa analizar la edad media de la maternidad, dado que es muy vulnerable a los factores contextuales anteriormente mencionados.

Edad media de la maternidad: Europa, España y Región de Murcia

El retraso en la edad media de la maternidad es generalizado en toda Europa. Actualmente se encuentra por encima de los 30 años. Los países europeos que mayor edad

poseen al inicio de la maternidad son Liechtenstein e Irlanda con valores superiores a 31, por el contrario los que acusan menor retraso son Bulgaria, Rumania y Macedonia, situándose entre los 26 y 27 años, según ilustra la figura 23. Esta situación va íntimamente relacionada con la estructura económica de los países, de modo que tiende a disminuir en países que poseen un menor crecimiento económico (De Miguel, 1998).

En lo que respecta a España, se aprecia un incremento de la edad media de la maternidad. Actualmente el valor se sitúa en 30,83, equiparándose con la mayoría de los países desarrollados del resto de Europa (Instituto Nacional de Estadística, 2008).

Figura 23. Evolución Edad Media de la Maternidad en Europa y España

PAISES	MEDIA DE EDAD	PAISES	MEDIA DE EDAD
España	30.83	Grecia	30.10
Linchestein	31.50	Francia	29.90
Irlanda	31.20	Macedonia	27.60
Países Bajos	30.70	Rumania	26.90
Suecia	30.60	Bulgaria	26.50
Dinamarca	30.40		

Fuente: Instituto Nacional de Estadística, Indicadores Demográficos Básicos. 2008

Nota: últimos datos reflejados por el Instituto Nacional de Estadística de España.

En lo que se refiere a la Comunidad Autónoma de Murcia, la situación queda reflejada en la tabla siguiente.

Figura 24. Evolución Edad Media de la Maternidad en Región de Murcia (1975-2009)

AÑOS	1975	1980	1985	1993	1997
MEDIA DE EDAD	28,68	28,17	28,48	29,23	30,01
AÑOS	2005	2006	2007	2008	2009
MEDIA DE EDAD	30,13	30,21	30,03	30,11	30,33

Fuente: Instituto Nacional de Estadística-2009. Elaboración Propia

Desde el año 1975, primer valor registrado por el Instituto Nacional de Estadística en relación con la edad media de la maternidad, la variación ha sido sensible dado que se ha pasado de los 28,68 años hasta llegar a los 30,33 en la actualidad, de modo que en treinta y cinco años sólo ha oscilado en un rango de 1.44 puntos. Llama poderosamente la atención que en una sociedad estructurada bajo la hegemonía de un pensamiento basado en la

importancia de la maternidad, sobre todo en los años 70, la edad media de la misma esté próxima a los 30. La explicación podría estar en que en esos años el sector terciario empieza a emerger con fuerza, sobre todo en áreas turísticas, circunstancia que favorece el acceso de la mujer en la esfera laboral (De Miguel, 1998). De igual modo, la mujer comienza a introducirse en sectores más cualificados del mercado de trabajo, lo que ha supuesto una gran dificultad para la crianza. Dado que no existían políticas de apoyo formal que contemple la participación de los hombres en los trabajos reproductivos y domésticos, esta situación ha contribuido a la permanencia de las mujeres en el ámbito privado y público, asumiendo dobles jornadas difíciles de compatibilizar y conciliar con su vida familiar (Martínez Roche, 2005). Esta es una de las causas fundamentales de retraso en el inicio de su maternidad en la actualidad. Elementos que pueden ser influyentes en la natalidad de nuestro país y la Región de Murcia, como a continuación analizaremos.

Natalidad: Europa, España y Región de Murcia

Con respecto a la natalidad en la zona europea, se presentan los datos más relevantes en orden creciente, según el Instituto Nacional de Estadística (2008):

Figura 25. Tasa Natalidad de Europa

Austria	Italia	Rumania	Suecia	Reino Unido	Francia	Islandia
9.30	9.60	10.30	11.90	12.90	12.90	15.20

Fuente: Instituto Nacional de Estadística. Año 2008- Elaboración Propia

De todos los países del entorno europeo la que menor tasa de natalidad presenta es Austria, siendo Islandia la que posee el valor más alto, presentando una diferencia de 6.10 puntos con respecto al valor más bajo.

En lo que respecta a España, durante la mitad de la década de los setenta se encuentra en 18.76 por mil habitantes, para ir disminuyendo progresivamente hasta alcanzar su mínimo histórico en el año 1996 (-9.56 puntos del valor más alto). Posteriormente inicia una lenta recuperación hasta alcanzar en la actualidad un valor de 11.37 (-7.39 puntos del mítico valor de mediados de los años setenta), que de momento está lejos de poder recuperarse (Figura 26).

La Región de Murcia presenta un comportamiento diferente al del total de España en los mismos periodos. En el año 1975 posee una tasa del 20,80, reduciéndose progresivamente hasta alcanzar en 1986 un valor de 13,80. A partir de este momento se produce una estabilización que remonta muy lentamente a partir del año 2000. Las cifras oscilan entre – 6.62 y -8.83 con respecto al alcanzado en la mitad de la década de los setenta (figura 26).

Figura 26. Evolución de los nacidos vivos y la tasa bruta de natalidad (por 1.000 habitantes). 1975-2009

AÑOS	REGIÓN DE MURCIA		ESPAÑA
	Datos absolutos	Tasa(*)	Tasa(*)
1975	18.484	20,80	18,76
1981	16.758	17,47	14,12
1986	13.958	13,80	11,39
1991	13.790	13,12	10,17
1992	13.770	12,96	10,16
1993	13.350	12,44	9,85
1994	12.494	11,52	9,43
1995	12.570	11,49	9,24
1996	12.649	11,46	9,20
1997	12.980	11,65	9,34
1998	12.790	11,35	9,21
1999	13.099	11,48	9,54
2000	14.195	12,25	9,90
2001	14.991	12,66	10,01
2002	15.490	12,75	10,17
2003	16.446	13,15	10,50
2004	16.708	13,00	10,65
2005	17.370	13,15	10,75
2006	18.131	13,39	10,96
2007	18.618	13,37	10,95
2008	19.386	13,56	11,38
2009	18.560	12,78	10,73

Fuente: INE. Indicadores Demográficos Básicos. CREM. Movimiento Natural de la Población de la Región de Murcia.

(*) Las tasas se calculan sobre la población a 1 de Julio de cada año publicadas por el INE.

Tal como se refleja en la tabla, es a partir del año 2000 cuando el indicador experimenta un ascenso gradual de poca intensidad, de tal forma que se ha pasado de un descenso progresivo de la tasa bruta de natalidad a un leve aumento, situándose en la actualidad en 12.78 nacimientos por 1000 habitantes.

Respecto a la tasa de la Región de Murcia, comparada con la del resto de comunidades, presenta la más elevada de todas las Comunidades Autónomas, situándose 2.05 puntos por encima de la media nacional por detrás de Ceuta y Melilla (figura 27).

Figura 27. Tasa Bruta de Natalidad por Comunidades Autónomas - 2009

CC.AA.	TASA	CC.AA.	TASA
ESPAÑA	10.73	Canarias	8.97
Melilla	No disponible	Rioja (la)	10.46
Ceuta	No disponible	Castilla la mancha	10.45
Región de Murcia	12.78	Extremadura	9.60
Madrid(comunidad de)	12,04	País vasco	9.91
Balears (illes)	11,15	Aragón	9.90
Andalucía	11.56	Cantabria	9.59
Cataluña	11.65	Castilla y león	8.15
Comunitat valenciana	10.40	Galicia	8,27
Navarra (comunidad foral)	11.14	Asturias (principado de)	7.85

Fuente: Instituto Nacional de Estadística. Indicadores demográficos básicos. Natalidad y fecundidad, 2009

1. A partir del año 2002, las cifras de población utilizadas son las Estimaciones de la Población Actual calculadas a partir del Censo de 2001. Por tanto, son susceptibles de ser revisadas.

2. Cifras provisionales: año 2008

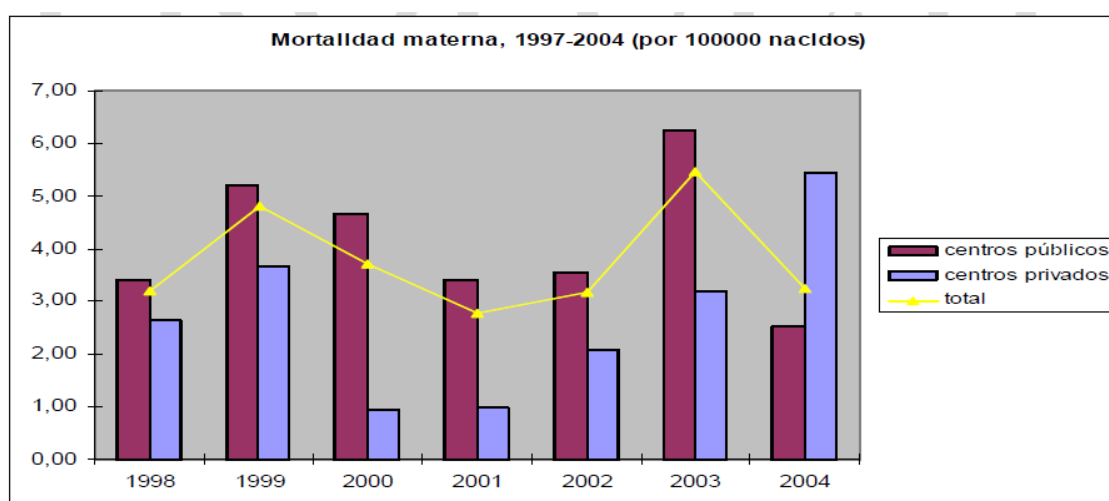
3. Las cifras definitivas del Movimiento Natural de la Población, están clasificadas por el lugar de residencia del suceso demográfico, en tanto que las provisionales, por el lugar de inscripción.

Este valor se corresponde con la tasa global de fecundidad entre mujeres de 15 a 49 años que, con 52,33 nacimientos por cada 1000 mujeres en edad fértil, sitúa a la Región de Murcia a la cabeza de España. Debe reseñarse que el crecimiento de la natalidad tiene una clara relación con el fenómeno de la inmigración en la Región. Mientras que en el año 2000 los recién nacidos de origen extranjero representaban el 7,31%, en los datos correspondientes al año 2007, el porcentaje de neonatos de madre extranjera alcanza el 24,72% (Consejo Económico y Social de la Región de Murcia, 2009). Esta circunstancia ha determinado que los profesionales sanitarios se hayan visto obligados a promover un modelo de atención al embarazo y el parto que responda a las necesidades no sólo sociales y culturales, sino también una asistencia que proteja el proceso perinatal de los riesgos que se puedan presentar. Por tanto, en los apartados siguientes presentamos la tasa de mortalidad materna y perinatal que son indicadores que nos orientan sobre la seguridad y eficacia que ofrece el sistema sanitario tanto en España como en la Región de Murcia.

Mortalidad Materna: España y Región de Murcia

Respecto a este indicador Llácer manifiesta que “en 1985 la mortalidad materna era del 20 por cien mil nacimientos, descendiendo a 11 por cien mil nacimientos posteriormente y situarse en 7 por cien mil (Llácer, 2002, p. 2)” (Blázquez, 2009, p. 42). En este sentido, Blázquez (2009) afirma que “estas cifras son superiores en la sanidad pública dado que los caso de riesgo son asistidos en su mayoría en el sistema sanitario público” (p 42). Podemos apreciar la evolución de estos valores en la figura 28.

Figura 28. Mortalidad Materna España



Fuente: Ministerio de Sanidad y Consumo. ESCRI

La Tasa de Mortalidad Materna perteneciente a la Región de Murcia, según datos del Centro Regional de Estadística de la Región de Murcia (2008) es de 1.60 por cien mil.

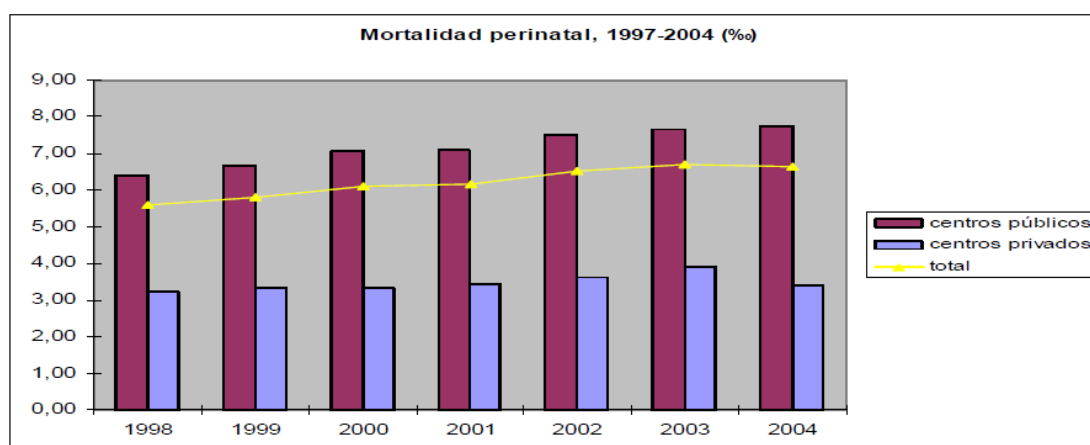
Mortalidad Perinatal: España y Región de Murcia

La tasa de mortalidad perinatal se refiere al número de defunciones de fetos desde las 28 semanas de gestación hasta los nacidos vivos dentro de los primeros siete días de vida. Esto varía según el límite que se establezca en los fetos, en este sentido, la Organización Mundial de la Salud recomienda el uso de un límite de 22 semanas o de 500 gramos. La mortalidad infantil incluye la mortalidad perinatal y la mortalidad en el primer

año de vida. Relacionado con este indicador, la Estrategia de Atención al Parto Normal (2007) señala que

“la evolución de los principales indicadores relacionados con el nacimiento en España ha sido positiva en los últimos años. La morbilidad materna y perinatal se redujo durante el siglo XX como resultado de las mejoras sociales y de los importantes avances científicos y técnicos en la medicina. Aún así, existen algunos indicios que señalan un posible estancamiento de esta tendencia positiva. Por una parte, la mortalidad perinatal registrada no ha disminuido sino que incluso parece haber aumentado ligeramente desde 1998 aunque algunos estudios señalan una tendencia no definida e incluso descendente. Por dependencia del centro sanitario, la mortalidad es mayor en los centros públicos, que son los que reciben los casos de mayor gravedad” (p. 11). (figura 29)

Figura 29. Mortalidad Perinatal España I



Fuente: Ministerio de Sanidad y Consumo. Estadística de Establecimientos Sanitarios o Régimen Internado (ESCRI)

Respecto a los valores que presenta el Instituto Nacional de Estadística en el periodo 2005-2008 son los que ilustra la siguiente figura

Figura 30. Mortalidad Perinatal España II

TASA	2005	2006	2007	2008
Tasa Mortalidad Perinatal	4.95	4.81	4.50	4.43

Fuente: Instituto Nacional de Estadística – 2009. Elaboración Propia

Figura 31. Tasa Mortalidad Infantil en Región de Murcia

TASAS	2002	2003	2005	2006	2007	2008
Tasa de mortalidad neonatal precoz	2.20	1.40	1.06	2.28	1.68	1.10
Tasa de mortalidad neonatal tardía	1.30	1.70	2.57	1.28	0.70	1.51
Tasa de mortalidad postneonatal	2.20	2.50	2.72	1.28	1.68	1.37
Tasa de mortalidad perinatal	6.40	5.90	5.41	6.94	6.13	5.34

Fuente: Centro Regional de Estadística de Murcia-2009. Elaboración Propia

El Instituto Nacional de Estadística define la Tasa de mortalidad neonatal precoz atendiendo a las defunciones de menores de un año por 1000 nacidos vivos. La Tasa de mortalidad neonatal tardía, según las muertes fetales tardías por 1000 nacidos vivos y muertos. Tasa de mortalidad postneonatal como aquellas defunciones de mayores de un año por 1000 nacidos vivos y por último la Tasa de mortalidad perinatal, aquella que hace referencia a la mortalidad perinatal por 1000 nacidos vivos y muertos, siendo ésta la suma de la mortalidad neonatal precoz y las muertes fetales tardías (Instituto Nacional de Estadística, 2008). En base a estas definiciones, analizamos esta última ya que es un indicador de calidad de asistencia obstétrica.

Con respecto a este dato, la Región de Murcia ha ido oscilando en los últimos seis años, de tal forma que alcanzan los picos más altos en los años 2002 y 2006. Actualmente, comparando el valor correspondiente al año 2008 con la media nacional, éste se encuentra en + 0.91 puntos (figuras 30 y 31).

Tras el análisis socio-demográfico se concluye lo siguiente:

1. La Región de Murcia es una Comunidad con un gran crecimiento de población. La baja edad media de ésta y la tasa de hijos por mujer, sin llegar a alcanzar el reemplazo generacional, es un valor cuantitativo muy elevado que supera al resto de comunidades sino la de los países del entorno europeo.
2. El crecimiento de la natalidad en la Región de Murcia se sitúa por encima del resto de comunidades, pero por debajo de Ceuta y Melilla.
3. La población inmigrante empieza a tener mucho peso en la composición de la estructura poblacional debido al gran flujo poblacional.

4. La tasa bruta de natalidad es la más elevada con respecto a España y a los países del resto de Europa.
5. Analizando los valores de las tasas de mortalidad materna y perinatal de la Región de Murcia se puede advertir que el proceso asistencial del proceso perinatal está dentro de los niveles óptimos de atención, de igual modo, se deduce que nuestro sistema sanitario garantiza seguridad en la atención perinatal.

De este análisis se desprende que el crecimiento demográfico que soporta la región se debe en su mayor parte por el fenómeno de la inmigración. Este hecho ha influido en la necesidad de adecuar el sistema sanitario al crecimiento de la población. De igual modo, el incremento de las tasas de natalidad implica una nueva ordenación del sistema con la finalidad de garantizar equidad y calidad en la atención sanitaria en salud reproductiva.

3.2. SISTEMA NACIONAL DE SALUD Y LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA.

La Ley General de Sanidad en su exposición de motivos, detalla las distintas reformas sanitarias realizadas en España. Inicialmente el primer Código Sanitario, se remonta a 1812, cuya aprobación fue frustrada por las disputas acerca de su exactitud científica sobre los medios en los que pretendía apoyarse. Inicialmente la Ley de 28 de noviembre de 1855, aprueba la Dirección General de Sanidad, para posteriormente en 1904, crear la Inspección General de Sanidad, (es el mismo esquema de 1855, cambiando la denominación).

Se aprueba el 11 de junio de 1934 la Ley de Coordinación Sanitaria en el ámbito de las Administraciones Locales, esta Ley no consiguió solucionar la falta de coordinación, por lo que posteriormente se aprobó la Ley de Hospitales.

Paralelamente, se constituyó el Seguro Obligatorio de Enfermedad, bajo la tutela del Instituto Nacional de Previsión en el año 1942, mediante la Ley de 14 de diciembre. Este sistema de cobertura de los riesgos sanitarios, funciona a través de una cuota vinculada al trabajo. La siguiente Ley que data de 1944, aunque innovadora en algunos aspectos,

perpetúa el esquema organizativo de 1855, basado en una Dirección General de Sanidad, siendo su eje principal la atención de "aquellos problemas sanitarios que pueden afectar a la colectividad", haciendo referencia a que la "atención a los problemas de salud individual quedan al margen".

Las atenciones asistenciales serán asumidas por el Estado o las Diputaciones, funcionando estas sin ningún nexo de unión, "el dogma que perdura es el decimonónico de la autosuficiencia del individuo para atender sus problemas de salud". Posteriormente y quedando patente la falta de coordinación sanitaria y con un carácter más general que la Ley de Coordinación Sanitaria de 1934, se elaboró y aprobó la Ley de Hospitales el 21 de julio de 1962 con la finalidad de coordinar los órganos gestores de las diversas estructuras sanitarias públicas.

Desde la creación del Seguro Obligatorio de Enfermedad y su posterior reestructuración mediante el Real Decreto 2065/1974, de 30 de mayo (B.O.E. nº 173, de 20 de julio), por el que se aprueba el texto refundido de la Ley General de la Seguridad Social, en el que se cristaliza el actual sistema de Seguridad Social hasta la entrada en vigor de la Ley General de Sanidad, ha ido asumiendo mayor número de patologías dentro de su cuadro de prestaciones y, al mismo tiempo, ha sido un sistema que ha ido progresivamente incluyendo mayor número de personas y colectivos dentro de su esquema de Seguro Sanitario.

Hasta aquí, todas las reformas en el ámbito de sanidad, se centran o van dirigidas a resolver los problemas en materia de salud relacionados con la colectividad, dejando a un lado la atención a la salud individual. Con la aprobación de la Ley General de Sanidad, este paradigma cambia radicalmente con la puesta en marcha de la Atención Primaria de Salud como base de la atención sanitaria, pasándose a un modelo que además de los problemas colectivos, se centra también en la atención individual (Ley General de Sanidad, 1986) (Carrillo, 2011).

De este modo, con La Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad y la Ley 16/2003 de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud (B.O.E. nº 128, de 29 de Mayo) introdujeron importantes cambios en el Sistema Sanitario Español y en la prestación de la

asistencia sanitaria, creándose el Sistema Nacional de Salud, caracterizado por la universalización de la asistencia sanitaria; dotación a la población de una mayor accesibilidad al sistema, descentralización de la gestión y creación de la Atención Primaria de Salud como base de la atención sanitaria. Inicialmente el Instituto Nacional de la Salud (INSALUD), fue el órgano gestor de la atención sanitaria, para que paulatinamente cada Comunidad Autónoma cree su sistema de salud, tal y como promueve la Ley General de Sanidad, y posteriormente transferir a cada Comunidad Autónoma las competencias en materia de salud.

3.2.1. SERVICIO MURCIANO DE SALUD.

La Ley 4/1994, de 26 de julio, de creación del Servicio Murciano de Salud (B.O.R.M. nº 176, de 4 de agosto), que deroga la Ley 2/1990, de 5 de abril (B.O.R.M. nº 96 de 27 de abril), crea el Servicio Murciano de Salud como organismo encargado de prestar la asistencia sanitaria en la Región de Murcia. Esta Ley regula la ordenación sanitaria y estructura el sistema mediante la separación formal entre la autoridad sanitaria, que corresponde a la Consejería de Sanidad, y la provisión de servicios que es encomendada al Servicio Murciano de Salud (Consejo Económico y Social de la Región de Murcia, 2009, p. 492). Posteriormente el Real Decreto 1474/2001, de 27 de diciembre (B.O.E nº 312, de 29 de diciembre) sobre traspaso a la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia, de las funciones y servicios del Instituto Nacional de la Salud, por el cual, a partir del uno de enero de 2002 se hacen efectivas las transferencias en materia de sanidad, siendo el Servicio Murciano de Salud el responsable de prestación y gestión en materia de sanidad en la Región de Murcia.

Organización y Ordenación territorial: Áreas Sanitarias y Centros de Salud.

La Ley 4/1994 de Salud de la Región de Murcia de 26 de Julio (B.O.R.M. nº 176, de 4 de agosto) establece en su Título III, Artículo doce, el Mapa Sanitario. “Este se ordena en demarcaciones territoriales denominadas Áreas de Salud, las cuales se delimitarán atendiendo a factores geográficos, socioeconómicos, demográficos, laborales, epidemiológicos, culturales, climatológicos, de vías y de medios de comunicación, así como de instalaciones sanitarias existentes. Las Áreas de Salud deberán contar con una dotación

de recursos sanitarios para la atención primaria integral a la salud y de atención pública especializada suficiente y adecuada para atender las necesidades de la población comprendida dentro de su respectivo territorio, sin perjuicio de la existencia de centros, servicios y establecimientos sanitarios de cobertura pública que, debido a su alto nivel de especialización, tengan asignado un ámbito de influencia superior al Área. Cada Área de Salud estará vinculada a un hospital general, con los servicios que aconseje el Plan de Salud del Área, en función de la estructura y necesidades de la población. Se establecerán las medidas adecuadas para garantizar la atención continua, entre los niveles asistenciales de atención primaria y especializada, al ciudadano”.

El mapa sanitario se divide en demarcaciones que se denominan Áreas de Salud, y debe contar con los recursos suficientes para atender las necesidades de la población de su territorio.

La ordenación territorial se desarrolló a través del Decreto Regional 27/87, de 7 de mayo (B.O.R.M. nº 126, de 3 de junio). En él se delimitaban seis Áreas de Salud y siete Hospitales de Referencia (Anexo 6). Los aspectos más relevantes del Decreto es lo que dispone en su Artículo primero, el cual establece que “cada Área de Salud contará con los órganos de dirección, gestión y de participación”. Aparecen las Gerencias de las Áreas de Salud que gestionan y dirigen sus correspondientes Centros de Salud asignados. De este modo, los diferentes niveles asistenciales posee una gestión bicéfala: por un lado, desde las Gerencias de las Áreas de Salud que dirigen la Atención Primaria, y, por otro, las Gerencias de los propios hospitales que gestionan la Atención Especializada. Aunque, tal como menciona la disposición transitoria primera “en tanto que no fueran transferidas las competencias en materia sanitaria a la Comunidad Autónoma, se establecen los oportunos acuerdos y convenios con la administración del Estado”. Y en su Artículo séptimo, punto tres, el cual menciona que “actuará como Hospital Regional, el Hospital Virgen de la Arrixaca de Murcia”. Este último punto es importante porque dicha Institución daría cobertura a toda la atención reproductiva que no podía ser atendida por el resto de los hospitales regionales.

Por medio de la Orden de la Consejería de Sanidad y Consumo de 24 de abril de 2009 (B.O.R.M. nº 103, de 7 de mayo) se establece un nuevo Mapa Sanitario de la Región de

Murcia. El aspecto más significativo lo constituye la puesta en marcha de un único modelo de gestión integrada del Área de Salud que gestiona todos los recursos de Atención Primaria y Especializada para la población del territorio y que dispone de un hospital de referencia. Por otro lado, la Ley General de Sanidad en el Artículo cincuenta y seis, punto quinto establece que “el Área de Salud extenderá su acción a una población no inferior a 200.000 habitantes ni superior a 250.000. Se exceptúan de la regla anterior las Comunidades Autónomas de Baleares y Canarias y las ciudades de Ceuta y Melilla, que podrán acomodarse a sus específicas peculiaridades. En todo caso, cada provincia tendrá, como mínimo, un Área”.

La nueva ordenación sanitaria queda de la siguiente forma:

Figura 32. Ordenación sanitaria de la Región de Murcia - 2009

ÁREA DE SALUD	HOSPITAL DE REFERENCIA
Murcia Oeste	Hospital Virgen de la Arrixaca (El Palmar)
Cartagena	Hospital Virgen del Rosell (Cartagena)
Lorca	Hospital Rafael Méndez (Lorca)
Noroeste	Hospital del Noroeste (Caravaca)
Altiplano	Hospital Virgen del Castillo (Yecla)
Vega Media del Segura	Hospital José María Morales Meseguer (Murcia)
Murcia Este	Hospital Universitario Reina Sofía (Murcia)
Mar Menor	Hospital Los Arcos (San Javier)
Vega Alta del Segura	Hospital de Cieza (Cieza)

Fuente: Orden de 24 de Abril de 2009 por la que se establece el Mapa Sanitario de la Región de Murcia

De igual modo que el Mapa Sanitario se divide en Áreas de Salud, la Ley General de Sanidad establece que con objeto de maximizar la operatividad y la eficacia de los servicios sanitarios, dichas Áreas se dividen en Zonas Básicas de Salud. Su desarrollo se aborda en el Real Decreto 137/1984 sobre Estructuras Básicas de Salud quedando definida la Zona Básica de Salud como la demarcación poblacional y geográfica fundamental que delimita a una población, siendo accesible desde todos los puntos y capaz de proporcionar una atención de salud continuada, integral y permanente. Al mismo tiempo encomienda su delimitación a las Comunidades Autónomas atendiendo a criterios geográficos, sociales y demográficos. De esta forma se constituye como el marco territorial de la Atención Primaria, dentro del cual

desarrollará su actividad el Equipos de Atención Primaria. En la Región de Murcia existen 89 Zonas Básicas de Salud, según Orden de Abril de 2009 (Anexo 7).

Cuando dio comienzo el periodo de investigación, la distribución de las Áreas de Salud estaban ordenadas según lo dispuesto en el Decreto Regional 27/87. Por lo tanto nuestra unidad de estudio correspondía al Área I de la Región de Murcia cuyo hospital de referencia era y sigue siendo el Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca. Este tenía asignados las siguientes Zonas Básicas de Salud expuestos en Anexo 8.

Nuestra investigación se ha centrado en los sujetos de estudio pertenecientes a las Zonas Básicas de salud que dependían del Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca y que pertenecen al Área I de Salud. Sin embargo, con la nueva distribución, los Centros de Salud de estudio se reparten en las Áreas I, VI, VII y IX, todas ellas dependientes del Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca en la atención reproductiva de la mujer.

A continuación exponemos los Centros de Atención Primaria seleccionados para la investigación, así como la relación de matronas por cada centro, población femenina a la que da cobertura y la actividad asistencial anual.

Figura 33. Centros de Salud de Atención Primaria objeto de estudio. Ratio matronas / población (2009)

CENTRO DE SALUD	NÚMERO DE MATRONAS	TOTAL POBLACIÓN FEMENINA MAYORES DE 14 AÑOS	NÚMERO MUJERES VISTAS AL AÑO
C. S. Santa M ^a Gracia	1	8.019	2378
C.S. Murcia / Vista alegre	1	12.049	2399
C.S. Murcia / B ^o Carmen	2	16.256	5169
C.S. Santomera	1	6.438	2019
C.S.Murcia / Vistabella	1	8.851	2697
C.S.Murcia / Puente Tocinos	1	7.277	2308

Fuente: Servicio Murciano de Salud.

En la siguiente figura se comprueba el Área de Salud que abarca el hospital en la Atención del Proceso Perinatal, remarcándose todas las Áreas de Salud que incluye con la finalidad de explicar y dar sentido a los distintos factores que influyen en la asistencia obstétrica, aspecto importante de nuestro análisis, como más adelante comentaremos.

Estructuralmente, es un centro que está formado por diez edificios entre los que destaca el edificio de hospitalización materno – infantil, también denominado Pabellón Materno – Infantil; espacio en el que tendrá lugar la atención final de la asistencia del proceso perinatal y la atención pediátrica. Durante estos años, el hospital ha vivido un amplio proceso de remodelación interno y externo que todavía perdura con la construcción del hospital maternal, el cual se deberá adaptar a los cambios sociodemográficos que ha experimentado la Región de Murcia en las últimas décadas, contribuyendo a cubrir las necesidades que demanda la población femenina en el ámbito reproductivo. Este nuevo edificio estará dotado de infraestructuras adecuadas para dar cobertura y calidad asistencial a las mujeres adscritas a las Áreas de Salud de referencia. Por otro lado, presenta un diseño diferente que permitirá ofrecer un nuevo modelo de práctica asistencial a los/as profesionales relacionados con el proceso reproductivo, así como una mejora en la calidad asistencial a la mujer.

Los datos oficiales del Servicio Murciano de Salud aportados en el 2009 destacan que el Área I de salud tiene una población de 548.896, de las cuales 277.203 es femenina y de éstas, 146.789 se encuentran en edad fértil: 15-49 años, valores que orientan sobre la actividad asistencial. A continuación nos adentramos en la valoración de dos parámetros relacionados con la presión existente en la Unidad de Urgencias del hospital maternal: presión en urgencias y asistencial.

La presión de urgencias se refiere a “la proporción entre los ingresos realizados a través del servicio de urgencias y los ingresos totales del hospital” (Moreno Domene y otros, 2010).

Figura 35. Presión de Urgencias

AÑOS	2007	2008	2009	2010
Presión de Urgencias en Hospital Maternal	82,15%	83,20%	81,50%	80,51%

Fuente: Servicio de Evaluación del Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca.

De acuerdo a estos datos, la presión máxima de urgencias se alcanzó en el año 2008 con un 83,20% para ir disminuyendo durante el año 2010 y ubicarse en el 80,51%.

Respecto a la presión asistencial, “la unidad de medida de la utilización sería el número de visitas al día que recibe el médico (Azagra et al, 1992, Agreda et al, 1995)” (Martínez-Cañavate, 2007, p. 15).

Figura 36. Presión Asistencial

PACIENTES ASISTIDAS POR DÍA													
AÑOS	Ene	Feb	Mar	Abr	May	Jun	Jul	Ago	Sep	Oct	Nov	Dic	Media
2005	90,71	86,46	87,94	95,57	96,06	91,50	96,68	97,00	98,30	98,29	93,10	91,68	93,65
2006	93,55	97,00	95,16	96,67	99,16	92,77	93,06	98,90	98,87	98,39	94,87	89,58	95,65
2007	95,77	97,11	94,90	97,87	85,29	99,60	99,16	103,23	105,53	98,84	94,30	94,45	97,15
2008	95,90	97,52	95,84	98,60	94,58	91,97	104,03	104,23	103,73	100,74	97,20	94,06	98,21
2009	95,71	94,75	99,13	97,83	93,97	97,97	93,23	93,61	93,30	92,35	93,53	83,13	94,02
2010	88,90	89,07	88,71	91,30	95,35	88,10	89,71	92,58	89,77	92,19	90,00	91,32	90,61

Fuente: Servicio de Evaluación del Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca.

En los últimos cuatro años, observamos que las cifras más altas son alcanzadas en los años 2007 y 2008, con una media de 97,15 y 98,21 pacientes respectivamente, vistos al día en la puerta de urgencias. Los valores son congruentes con la presión en urgencias, alcanzando los picos máximos en los mismos años, descendiendo en los años 2009 y 2010. Estos indicadores a la baja están relacionados con el descenso experimentado en el número de partos, según refleja la figura 39. Así mismo, hay que añadir que este concepto está relacionado con el capital humano que trabaja en el servicio de urgencias, de modo que será inversamente proporcional al número de profesionales que atiendan a las usuarias. Así pues, a mayor número de agentes de salud en la unidad menor será dicha presión. Tal como señala Martínez –Cañavate (2007) “Tener una excesiva presión asistencial se aplicaría a la situación en la que se atienden más pacientes por día que la media de los profesionales” (p. 15).

Respecto a la valoración de estos parámetros, no disponemos de datos suficientes para definir que el hospital de estudio posea una presión en urgencias y asistencial elevada, dado que no poseemos estándares comparativos. Según fuentes consultadas del Servicio Murciano de Salud señalan que ni las encuestas de Establecimientos Sanitarios en Régimen de Internado ni el Sistema de Información de Asistencia Especializada del Servicio Murciano de Salud (S.I.A.E.) recogen las urgencias por tipo Ginecología y Obstetricia. De igual modo, no

encontramos un Conjunto Mínimo Básico de Datos de Urgencias en Murcia ni en España que podamos visualizar un estándar de comparación de la presión de urgencias y asistencial respecto a la media nacional.

La única relación encontrada sería la disminución de partos desde el año 2008 hasta el 2010 (figura 39), valores que coincide con la inflexión en la presión de urgencias en los mismos periodos. Aunque el Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca ofrece atención gineco- obstétrica a cuatro Áreas de salud de la Región de Murcia, esta relación podría indicar la existencia de presión asistencial y presión de urgencias en el pabellón materno-infantil, sin embargo, el investigador no puede aseverar de forma categórica que estos indicadores sean elevados.

Figura 37. Recursos Humanos por turno de 24 horas en Unidad Urgencias – Paritorio y Unidad Hospitalización Gestantes: matronas (Total 53)

Unidad Urgencias- Paritorio	Unidad Hospitalización de Gestantes
Nº matronas : 8	1

Fuente: Dirección de Enfermería del Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca.

Figura 38. Recursos Humanos Unidad Urgencias – Paritorio: médicos/as

Mañanas	4 tocólogos/as que se hacen cargo de la puerta de urgencias y paritorios.
Tardes /noches	4 tocólogos/as de guardia que cubren la puerta de urgencias, paritorio, planta de gestantes y quirófanos.
Jornada completa	1 anestesista fijo en paritorios para analgesia epidural.

Fuente: Dirección Médica del Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca.

En lo que respecta al equipo de matronas que componen un turno de guardia son nueve como máximo y ocho como mínimo, de las cuales ocho están destinadas a la Unidad de Urgencias-Paritorio y una en la Unidad de Hospitalización de Gestantes.

Estrategia de Atención al Parto Normal: Datos Contextuales en Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca.

Otros de los aspectos relevantes que debe ser incluido en el análisis contextual es la repercusión de la Estrategia de Atención al Parto Normal, analizando los datos relativos a las prácticas asistenciales que recomienda el Ministerio con la finalidad de contrastarlos con el análisis de los discursos de los sujetos de estudio. De esta forma explicaría el impacto del documento orientándonos sobre la humanización de la atención por parte del equipo obstétrico.

Los valores estadísticos que se exponen en la figura 39 son rescatados del programa informático Selene, puesto en marcha el 12 de Marzo del 2007 en la Unidad de Urgencias-Paritorio. La explotación de los datos se hizo para el periodo comprendido entre los años 2008, 2009 y 2010, ya que durante el año 2007 existían hojas de borradores con datos que no habían sido migrados al soporte informático. Los valores recogidos sobre las prácticas recomendadas por el Ministerio de Sanidad y Consumo fueron los relativos al total de partos eutócicos; episiotomías en partos eutócicos; acompañamiento, diferenciando el que tiene lugar en dilatación y paritorio; analgesia epidural; partos instrumentales, distinguiendo entre fórceps y vacuum y, por último, la tasa de cesáreas.

Figura 39. Estadística de partos en Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca. Años: 2007, 2008, 2009 y 2010




ESTADÍSTICA PARTOS
2007, 2008, 2009, 2010

	PERÍODO					
	01/01/2007 - 09/03/2007	12/03/2007 - 31/12/2007	2008	2009	01/01/2010 - 26/07/2010	27/07/2010 - 31/12/2010
Parto Eutócico	Datos no migrados	4019	5069	4177	2041	1885
Partos Distócicos:						
Ventosas	Datos no migrados	798	1036	884	439	452
Fórceps	Datos no migrados	107	123	158	94	90
Episiotomía	No recogido	No recogido	1482	2821	1371	1339
Episiotomías de Partos Eutócicos	No recogido	No recogido	946	767	826	767
Anestesia Epidural	1003	4127	5123	4000	1957	1890
Acompañamiento Dilatación	No recogido	No recogido	2267	4409	2250	2128
Acompañamiento Parto	No recogido	1880	959	No recogido	No recogido	No recogido
Número de Borradores sin						
Hoja de Paritorio y						
sin Hoja de Cesárea (1)	No se realiza Borrador	No se realiza Borrador	58	489	320	134
Número de Partos (Normales+Cesáreas+Fetos Cruz) (2)	1546	6605	7922	6939	3436	3139
Número de Partos (Normales+Cesáreas+Fetos Cruz) (3)	1546	6605	7922	6939	3436	3139

Formularios SELENE
 501 - Hoja de Paritorio (HPHIS)
 660 Hoja de Paritorios
 14820 Hoja de Paritorios

(1) No se contabilizan como partos

(2) Contabilidad según formularios SELENE.

Incluye formularios:

3340-Hoja de Cesárea - PARI, 900 - Registro de Feto Cruz

(3) Contabilidad según datos Administrativos

Con respecto a los datos obstétricos, presentamos los que ilustran las siguientes figuras:

Figura 40. Porcentaje de Partos Eutócicos. Años 2008, 2009 y 2010

% Partos Eutócicos		
2008	2009	2010
59.93%	50.70%	49.1%

Fuente: Dirección de Enfermería del Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca.

Figura 41. Porcentaje de Episiotomías en Partos Eutócicos. Años 2008, 2009 y 2010

% Episiotomías en Partos Eutócicos		
2008	2009	2010
18.66%	29.23%	40.57%

Fuente: Dirección de Enfermería del Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca.

En lo que respecta al porcentaje de episiotomías en partos eutócicos existe un incremento a lo largo de los tres años, alcanzando su valor máximo en el año 2010. El investigador es consciente del sesgo que conllevaría los valores pertenecientes a los años 2008-2009, como consecuencia del infrarregistro por parte de los/as profesionales y posterior explotación de los datos. Este aspecto queda justificado por la reciente implantación del Selene y las irregularidades inherentes al manejo del mismo por parte del personal. Según fuentes procedentes de la coordinación de matronas de la Unidad de Urgencias- Paritorio, en la actualidad se está consiguiendo un registro que alcanza el 96%.

Figura 42. Porcentaje de Acompañamiento en Unidad de Urgencias-Paritorio. Años 2008, 2009 y 2010

% ACOMPAÑAMIENTO	2008	2009	2010
% Acompañamiento en Dilatación	36,40%	84,47%	97,98%
% Acompañamiento en Paritorio	15,39%	Datos no Registrados	Datos no Registrados

Fuente: Dirección de Enfermería del Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca.

Al igual que en el apartado anterior, en este caso se presenta la misma dificultad para encontrar validez en las cifras presentadas, al evidenciarse que no existe ningún valor en el apartado del acompañamiento en paritorio durante los años 2009 y 2010. Lo que parece indicar que éste ha sido incluido en el apartado de acompañamiento en dilatación. A pesar

de ello, se evidencia claramente que existe un incremento de esta práctica desde que fue implantada la propuesta del Ministerio.

Figura 43. Porcentaje de Analgesia Epidural. Años 2008, 2009 y 2010

% Analgesia Epidural		
2008	2009	2010
82.25%	76.64%	86.10%

Fuente: Dirección de Enfermería del Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca.

La analgesia epidural ha ido incrementándose a lo largo de los tres últimos años, presentado valores máximos en los años 2008 y 2010, experimentando un descenso importante en el año 2009 para posteriormente remontarse a la cifra máxima de 86.10% en el 2010.

Figura 44. Porcentaje de Partos Instrumentales. Años 2008, 2009 y 2010

% Partos Instrumentales			
AÑOS	2008	2009	2010
Fórceps	1.97%	3.02%	4.1%
Vacuum	16.63%	16.93%	19.94%

Fuente: Dirección de Enfermería del Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca.

Respecto a los partos instrumentales, estos han experimentado un ligero incremento durante el periodo de análisis, siendo el vacuum el procedimiento más utilizado.

Figura 45. Porcentaje de Cesáreas. Años 2008, 2009 y 2010

% Cesáreas		
2008	2009	2010
18,30%	19,57%	19,18%

Fuente: Dirección de Enfermería del Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca.

De todos los parámetros reflejados en la tabla anterior, el más representativo corresponde a la tasa de Cesáreas, tal como avanzábamos en el Capítulo I. La Organización Mundial de la Salud incluye la tasa de cesáreas como un indicador de calidad de la atención materna y perinatal. En el año 2010, la unidad de estudio se encuentra 4.18 puntos por encima de las recomendaciones del Ministerio de Sanidad y Consumo. De este modo, nos planteamos introducirnos en el estudio de la atención sanitaria de la mujer en el proceso

reproductivo y mostrar la organización asistencial como un parámetro que influye en la calidad en el proceso de atención perinatal.

3.3. ATENCIÓN SANITARIA EN LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA EN LA REGIÓN DE MURCIA.

Dado que no existe en la Región de Murcia registros sobre los antecedentes del proceso reproductivo, para aproximarnos a la realidad sobre la atención sexual y reproductiva en las tres últimas décadas, nos hemos apoyado de guías y documentos del INSALUD, así como de testimonios de matronas, tocólogos/as y médicos/as de familia que trabajaron en esa época.

Tal como avanzábamos en apartados precedentes sobre la configuración del Sistema Nacional de Salud y todas sus transformaciones, este se caracterizaba por ser “desequilibrado, sin una adecuada planificación global y confuso en sus objetivos” (De Miguel, 1998, p. 382). Esto repercutió de manera importante en la atención sexual y reproductiva de la mujer en la medida que no existían ni protocolos ni guías asistenciales que contemplara dicha atención de forma integral, dando lugar a una visión fragmentada de la misma por parte de los/as profesionales. Por un lado, la atención en la planificación familiar y orientación sexual, y, por otro, la asistencia reproductiva.

Atención en la Planificación Familiar y Orientación Sexual

En relación a la Atención Sexual de la Mujer, mediante el Real Decreto de 2275/1978 de 1 de septiembre (B.O.E. nº 229, de 25 de septiembre), se establecen los servicios de Orientación Familiar, los cuales no pretenden en ningún caso, imponer directa ni indirectamente un control de la natalidad, sino permitir la adopción de decisiones racionales y libres sobre la misma. En esta línea se plantea la necesidad de atender las demandas de la población. Para ello, en el año 1984 se crearon unos dispositivos específicos dentro de la Atención Primaria que integraban a distintos profesionales con el objetivo de normalizar las prestaciones de Planificación Familiar en la atención sanitaria pública a través de la red de Atención Primaria (INSALUD, 2002). Sin embargo, “estas unidades no consiguieron

incardinarse totalmente en la dinámica de los Equipos de Atención Primaria, los cuales, veían en ellas una mera vía de desahogo de su presión asistencial. De esta manera los Centros de Orientación Familiar actuaban como dispositivos asistenciales para cubrir lagunas del sistema, lo cual fue muy importante y positivo, pero no respondían a la finalidad última que se pretendía alcanzar” (INSALUD, 2002, p. 65).

Los Centros de Orientación Sexual tenían varias nominaciones (Centros de Planificación Familiar (en adelante C.P.F.); Centros de Orientación Familiar (en adelante C.O.F.) y Unidades Básicas de Orientación Familiar (en adelante U.B.O.F.) Todos ellos podían ser competencias del INSALUD, Consejería de Sanidad y Ayuntamientos. Estas Unidades estaban integradas en Centros de Salud, Ambulatorios, algunos en hospitales o bien funcionaban como centros de planificación independientes aunque dentro de la red sanitaria.

Profesionales y Funciones:

Los/as profesionales que constituyen los establecimientos de Orientación Familiar vienen especificados en el Artículo cuarto del Real Decreto 2275/1978 de 1 de septiembre, el cual manifiesta que “serán dirigidos por un médico y contarán con el personal sanitario y parasanitario del Ministerio de Sanidad y Seguridad Social para garantizar no sólo las mínimas atenciones médicas, sino también sanitario sociales”.

La configuración inicial de estos Centros de Orientación Familiar estaba constituido por los siguientes profesionales:

1. Ginecólogo/a, el cual era un profesional ajeno al colectivo que trataba el resto de los aspectos de la salud de la mujer y que no prestaba asistencia en el proceso del embarazo; aunque excepcionalmente hacían alguna ecografía, no era lo habitual, según relata el/la informante

“No se solía hacer pero en algunos centros si recuerdo que se hiciesen ecos de embarazo como en el Centro de Planificación Familiar de Alcantarilla” (Ginecólogo/a- 30 años de experiencia asistencial en la Región de Murcia).

2. Trabajador Social.
3. Enfermera.
4. Auxiliares de Clínica.
5. En algunos centros también existían matronas, tal era el caso del Centro de Planificación Familiar “la Seda”.

Las acciones médico sanitarias de estos centros vienen reflejados en el Artículo segundo del Real Decreto 2275/1978 de 1 de septiembre, estableciendo que “los objetivos fundamentales de las acciones médico-sanitarias para la orientación familiar son: promocionar la salud individual y familiar, facilitar la información y asesoramiento sanitario precisos en materia de educación sexual y de procreación, fomentar el reconocimiento médico prenupcial y el consejo genético, orientar sobre problemas de esterilidad, prevenir el aborto y la subnormalidad, y aproximar a la población los recursos médico-sanitarios que impidan los efectos patológicos que puedan derivarse de la ignorancia o la marginación”. Pese a lo que estipulaba el Real Decreto, en la Región de Murcia no se llevó a efecto, sólomente se hacia planificación familiar y orientación sexual, según refieren los informantes

“En los Centros de Orientación Familiar sólo se mandaba la píldora, se ponía el DIU, se hacían citologías y todo lo relacionado con la planificación familiar y orientación sexual (...)” (Ginecólogo/a- 34 años de experiencia asistencial en la Región de Murcia).

“En los Centros de Planificación Familiar lo que hacíamos era asistencia a la planificación familiar, citologías, colocación del Dispositivo Intrauterino, ofrecer consejo genético, exploración de mamas, solicitar analíticas específicas según método anticonceptivo, derivábamos a hospital si detectábamos patología, derivación en casos de aborto legal y revisión posterior al mismo (...)” (Ginecólogo/a- 30 años de experiencia asistencial en la Región de Murcia).

Estos centros comenzaron a perder efectividad al producirse la total separación de recursos de Atención Primaria y Especializada en el año 1989. Según INSALUD (1992)

“los/as médicos/as especialista de estas unidades se incorporaron orgánicamente en las plantillas hospitalarias, mientras que el resto del personal que las componían mantuvo su adscripción a Atención Primaria. Esto supuso una gran ventaja para los/as ginecólogos/as en la medida que se vinculaban al equipo de profesionales de su especialidad, dejando de ser un elemento ajeno a ellos. Esta situación presentaba un gran inconveniente y era que el hospital y sus servicios se mostraban reacios a participar en estas unidades cuyo desarrollo no se encontraban entre sus prioridades” (p. 65).

Sin embargo, la situación vivida en la Región de Murcia fue diferente ya que los que realmente eran reticentes a formar parte de la plantilla de los hospitales fueron los/as ginecólogos/as de los Centros de Planificación Familiar pues pasaban a estar dirigidos y sometidos a la jerarquía de la Institución hospitalaria

“Trataron de integrar a los especialistas a los hospitales pero hubo poca aceptación debido al aumento de número de horas de jornada de trabajo y además tenían que depender de la jerarquización del propio hospital, esta situación supuso un gran malestar entre el colectivo de ginecólogos/as, de manera que la situación se mantuvo hasta que se fueron jubilando” (Ginecólogo-34 años de experiencia asistencial en la Región de Murcia).

Los Centros de Planificación Familiar seguían ofreciendo orientación independiente del proceso íntegro de atención a la mujer y, con respecto al embarazo, la conexión con el nivel hospitalario no estaba definida. Todo ello suponía una desorganización en la conducción de la gestación ante la falta de protocolos que regulase la atención entre los niveles asistenciales. La situación se prolongó hasta el año 2003, momento en el que se conforma un nuevo programa que resolvería las deficiencias existentes garantizando una calidad asistencial eficiente.

Atención Reproductiva

Durante las décadas de los 80 y 90 e incluso principios de los años 2000 no existía regulación consensuada por protocolos ni guías que dirigieran a los/as obstetras y matronas en su práctica asistencial en el control de la gestación en Atención Primaria. En el caso de la Región de Murcia, se hacía por propio criterio del equipo obstétrico, según refleja el siguiente testimonio

“Antiguamente, la asistencia tocológica era conducida en los ambulatorios por los tocólogos y las matronas. Estas iban al domicilio para asistir el parto si era normal, si aparecía alguna complicación se derivaba al hospital. En el caso de Murcia, cuando se abre la antigua Arrixaca Vieja (actual Hospital Universitario Morales Meseguer), allá por el 1968, todos los partos se hacían en este hospital y los embarazos se llevaban en los ambulatorios y, por supuesto, los embarazos no tenían ese control que tienen ahora (...)” (Ginecólogo/a-30 años de experiencia asistencial en la Región de Murcia).

Desde finales de los años 70 hasta el año 2003, se producen muchos intentos por conducir la gestación y asesorar adecuadamente a la mujer durante el proceso.

Durante las décadas de los 80 y 90, la atención sexual y reproductiva en la Región de Murcia estaba conformada por los siguientes niveles:

- *Nivel Primario.* Atención Reproductiva y Orientación Familiar.
- *Nivel Secundario.* Atención sexual y Orientación Familiar mediante los Centros de Orientación Familiar (mencionado en el apartado anterior).
- *Nivel Especializado extrahospitalario.* Atención Reproductiva.

Nivel primario. Constituido por Ambulatorios, Consultorios de Medicina General y Ambulatorios mixtos. Estos centros también quedan denominados como instituciones sanitarias abiertas, según la Orden de 28 de julio de 1971 del Ministerio de Trabajo (B.O.E. nº 185, de 4 de agosto), por la que se regula la jerarquización de las instituciones sanitarias de la Seguridad Social. Más tarde, en 1973, la Orden de 26 de abril por la que se aprueba el Estatuto del Personal Auxiliar Sanitario Titulado y Auxiliar de Clínica de la Seguridad Social (B.O.E. nº 102, de 28 abril de 1973), se clasifica al personal sanitario en base a sus funciones y titulación, distinguiéndose las siguientes modalidades: matronas de cupo, zona y equipo tocológico. “Estas últimas podían desempeñar su trabajo en instituciones abiertas y cerradas (Hospitales)” (Muñoz, 1987, p. 329).

Posteriormente, con la Ley de las Estructuras Básicas de Salud de 1984 se conforman los Centros de Salud y desaparecen los Ambulatorios.

Anterior a la existencia de los Centros de Salud y Equipos de Atención Primaria, la atención reproductiva era conducida por matronas y tocólogos/as de cupo, de zona y de equipo tocológico en los ambulatorios de las áreas rurales y urbanas. Las funciones de la matrona era la establecida en la sección cuarta del anterior B.O.E., el cual especifica que “cualquier actividad que la matrona desempeñe ha de estar directa o indirectamente supervisada por el médico cumplimentando las instrucciones que reciba del mismo”.

De esta manera, el protagonismo de la matrona en el control del embarazo era poco relevante, dado que no existían protocolos ni programa que definiera sus actividades en el proceso de atención a la mujer.

Esto permanece hasta que en 1984 se crea la figura de Matrona de Área, las cuales mediante la resolución de 19 de febrero de 1990, de la subsecretaria del Ministerio de Sanidad y Consumo (B.O.E. nº 50, de 27 de febrero de 1990), se incorporan a la nueva organización de Atención Primaria. Posteriormente, “las matronas del modelo tradicional son obligadas a reconvertirse en Matronas de Área a través de La Circular 5/91, de 25 de febrero del Instituto Nacional de la Salud. Todo ello, unido al reconocimiento expreso de la matrona de área en Atención Primaria y la definición normativa de sus funciones (Circular 5/91 de la Dirección General del INSALUD)” (INSALUD, 2002, p. 67) vino a reforzar la capacidad que estas profesionales tenían en la atención de la mujer en la esfera sexual y reproductiva. Pese a ello, la actividad de la matrona en la Atención Primaria de la Región de Murcia era limitada, según señala el siguiente testimonio

“Por esa época, el papel de la matrona era poco relevante en el control de la gestación pese a la reconversión a matronas de área, aunque lo que se pretendía que avanzase en funciones y tuviera más autonomía, lo cierto es que en lo que respecta a la Región de Murcia, por aquellos años seguía siendo poco relevante” (Ginecólogo/a-34 años de experiencia asistencial en la Región de Murcia).

Nivel Especializado Extrahospitalario. Conformado por Centros de Especialidades (Ambulatorios) que dependían funcionalmente del hospital de Área, según establece el Real Decreto 521/1987 de 15 de abril (B.O.E. nº 91, de 16 de abril de 1987) en el que se aprueba el Reglamento sobre Estructura, Organización y Funcionamiento de los Hospitales gestionados por el INSALUD.

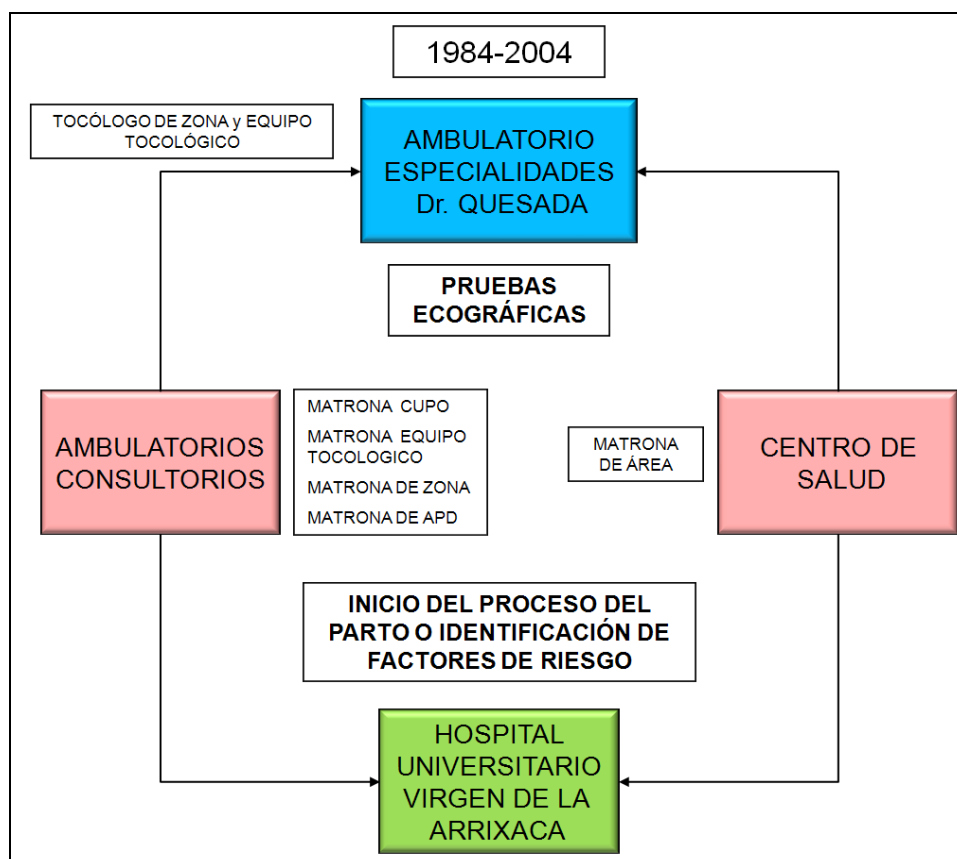
Durante las décadas en las que se centra nuestro estudio hasta el año 2004, el Centro de Especialidades que daba atención durante el embarazo correspondía al Ambulatorio de Especialidades del Doctor Quesada.

Los/as profesionales que atendían el proceso eran matronas, tocólogos/as de zona y auxiliares de enfermería. Las mujeres eran derivadas por las matronas de los Ambulatorios y Centros de Salud adscritas al Hospital de la Arrixaca para la realización de pruebas ecográficas. En total se hacían dos o tres durante la gestación, según criterio de los/as obstetras. En la Región de Murcia se daba un hecho particular con respecto al control ecográfico, y es que éste era realizado por especialistas procedentes del Hospital

Universitario Virgen de la Arrixaca, los cuales acudían al Nivel Especializado Extrahospitalario mediante una estricta rotación organizada por la misma Institución.

El itinerario asistencial quedaba constituido de la siguiente forma

Figura 46. Itinerario Asistencial de la Atención a la mujer en el Proceso Reproductivo. Años: [1984, 2004]



Fuente: Elaboración propia

De este modo, el circuito que la gestante para el control del proceso se centraba en el ambulatorio del municipio o de la zona urbana y los ambulatorios de especialidades. Uno de los mayores inconvenientes de esta organización asistencial era la existencia de una importante desconexión en la continuidad de la atención obstétrica hacia la Institución cerrada u hospital. Ante esta situación, la embarazada acudía al hospital cuando empezaba a tener los síntomas de parto o la matrona detectaba factores de riesgo en la conducción de la gestación. De igual modo, en lo que respecta a estas profesionales no seguían criterios para la realización de sus actividades

“Durante los años 80, las matronas desarrollaban unas actividades mal reguladas dado que no tenían un programa que les dirigiera, tan sólo se centraban en la asistencia al puerperio, realización de monitores y poco control del embarazo, pero siempre bajo la tutela del tocólogo” (Ginecólogo/a- 34 años experiencia asistencial en la Región de Murcia).

Posteriormente, en los años 1991, el INSALUD da un impulso para que la atención a la mujer sea considerada un proceso único y completo, con la finalidad de garantizar una atención de calidad por todo el equipo de salud. Para ello, las Gerencias de Atención Primaria y Especializada tuvieron que elaborar, mediante un equipo multidisciplinar, un programa consistente que funcionara de manera protocolizada, estableciendo objetivos generales a alcanzar, líneas básicas de actuación, contenidos esenciales de la actividad e indicadores para su evaluación y seguimiento. De igual modo “debía establecer mecanismos de relación y coordinación entre los diferentes ámbitos asistenciales” (INSALUD, 2002, p. 68). Este tipo de gestión de las Gerencias viene contemplado en el Real Decreto 347/1993 de 5 de marzo, sobre organización de los Servicios Territoriales del Instituto Nacional de la Salud (B.O.E. nº 77, de 31 de marzo), el cual menciona que corresponden a las Gerencias de Atención Primaria y Especializada la organización, dirección, control y gestión del funcionamiento de los servicios y actividades de la asistencia primaria y especializada respectivamente en su ámbito de actuación.

Este marco de trabajo lo conformaba un Programa de Atención a la Salud de la Mujer (INSALUD, 1991), el cual debía asegurar la atención de la mujer en la esfera sexual y reproductiva, contemplando la atención al embarazo, parto y puerperio, la planificación familiar, las enfermedades ginecológicas prevalentes y de transmisión sexual, así como la prevención y detección precoz del cáncer genital femenino (Anexo 9).

Con este programa se conseguían dos importantes logros:

1. Integrar la planificación familiar como actividad a desarrollar en la Atención Primaria, dando lugar a una atención sexual y reproductiva íntegra considerándola dentro de un proceso asistencial.
2. Establecer por primera vez los circuitos de derivación entre los diferentes niveles asistenciales: Atención Primaria y Especializada. Esta interrelación venía

contemplado por primera vez en la Ley General de Sanidad, y posteriormente en el Artículo séptimo, punto quinto del Decreto Regional 27/87.

En relación a la Región de Murcia, una vez sentadas las bases del Programa General de Atención a la Mujer a través del INSALUD (1991), se crea una comisión formada por matronas, gineco- obstetras y médicos/as de familia del Hospital Universitario Virgen de Arrixaca, así como ginecólogos/as de los Centros de Planificación Familiar para desarrollar e implantar un Programa Marco de Atención a la Mujer en la Región, el cual queda finalizado en junio de 1992

“La Consejería de Sanidad y el INSALUD se pone en contacto con nosotros, una vez que se publica la cartera de servicios de 1991, para crear una comisión de trabajo y desarrollar el programa de la mujer. Nos estuvimos reuniendo una vez por semana desde Enero hasta Junio del año 1992.” (Médico/a de Familia – 31 años de experiencia en Atención Primaria).

“Estuvimos reuniéndonos durante seis meses más o menos para sacar adelante este programa que parecía que las matronas y todos íbamos a trabajar de una manera ordenada, pero al final entre unos y otros la cosa no llegó a buen puerto” (Matrona- 70 años – Jubilada).

Una vez finalizado el programa, finalmente no se pudo implantar por varias razones: por un lado, las desavenencias de carácter competencial entre los distintos profesionales que intervenían en el mismo, y por otro, la falta de colaboración de los especialistas dada la gran dificultad que encontraban tanto las matronas como los/as tocólogos/as de zona y equipo tocológico de la Atención Especializada Extrahospitalaria para concebir una nueva forma de atención asistencial obstétrica

“El problema fundamental estuvo en las competencias que nos asignábamos cada uno de los profesionales tanto ginecólogos, matronas y médicos de familia; no hubo acuerdo entre nosotros. Aunque el programa se terminó, en las últimas reuniones ya no había voluntad para seguir con ello, así que finalmente no se implantó” (Médico/a de Familia – 31 años de experiencia en Atención Primaria).

“Este era un aspecto difícil de cambiar porque tanto los tocólogos/as y las matronas de zona y cupo estaban acostumbrados a una forma de trabajar con escaso control y sin seguimiento protocolario” (Ginecólogo/a- 30 años de experiencia asistencial en la Región de Murcia).

A pesar de todos estos inconvenientes, para que la atención asistencial a la mujer fuese organizada y eficiente, desde el año 1992 hasta el 1998, cada Equipo de Atención Primaria de Salud elaboraba su propio programa de la mujer protocolizado, siguiendo la

Cartera de Servicios “como instrumento para mostrar de una forma atractiva y comprensible a los usuarios, la actuación del nivel de Atención Primaria” (INSALUD, 1995, p. 19). Se pretendía orientar al equipo de salud relacionado con el proceso reproductivo en su actividad clínica diaria, dado que en la Región de Murcia no disponía de un programa marco regional en el que todo el personal sanitario siguiera los mismos protocolos en la atención perinatal.

En algunos Centros de Salud, el interés por la atención a la mujer era tan importante que los/as médicos/as de familia realizaban rotaciones en Atención Especializada con la finalidad de reciclarse en aquellos aspectos relacionados con el Diagnóstico Precoz del Cáncer de Cérvix contemplados en el Programa

“Los médicos de familia de este Centro de Salud queríamos llevar a cabo el programa, y para hacerlo bien todos los médicos rotábamos una vez a la semana por las consultas de la Arrixaca” (Médico/a de Familia – 25 años de experiencia en Atención Primaria).

En el año 1998, la Gerencia I de Atención Primaria, en su intención de ofrecer una atención a la mujer a través de un protocolo consensuado, decide formar una comisión para la elaboración de un Programa de Atención a la Mujer. El grupo de trabajo queda constituido por una matrona, una enfermera, un trabajador social y dos médicas de familia. El objetivo primordial era realizar una memoria de las actividades que se realizaban en los equipos sobre el Programa de la Mujer, a partir de la cual se decide comenzar a trabajar sobre la mujer en la etapa del climaterio.

Se elabora un borrador sobre la Atención a la Mujer en el Climaterio que fue entregado en junio de 1998 a todos los Equipos de Atención Primaria para propuestas y modificaciones. Estas iban a ir paralelamente acompañada de actividades formativas que se iniciaron en Mayo de 1999. Sin embargo, a pesar de todos los esfuerzos para implementar el programa, finalmente no se consigue y deja de priorizarse en el año 2000.

Por consiguiente, a lo largo de las tres últimas décadas han existido muchos intentos por parte de las instituciones y profesionales en elaborar un programa que diera atención a la mujer desde el ámbito de la Ginecología y Obstetricia a lo largo de todo su ciclo vital. Sin embargo, los Centros de Planificación Familiar seguían ofreciendo orientación independiente

del proceso íntegro de atención a la mujer y, con respecto al embarazo, no había una organización reglada que asegurase una vinculación entre los niveles asistenciales. Esta situación se prolongó hasta el año 2003, momento en el que se conforma un nuevo programa que resolvería las deficiencias existentes garantizando una calidad asistencial eficiente.

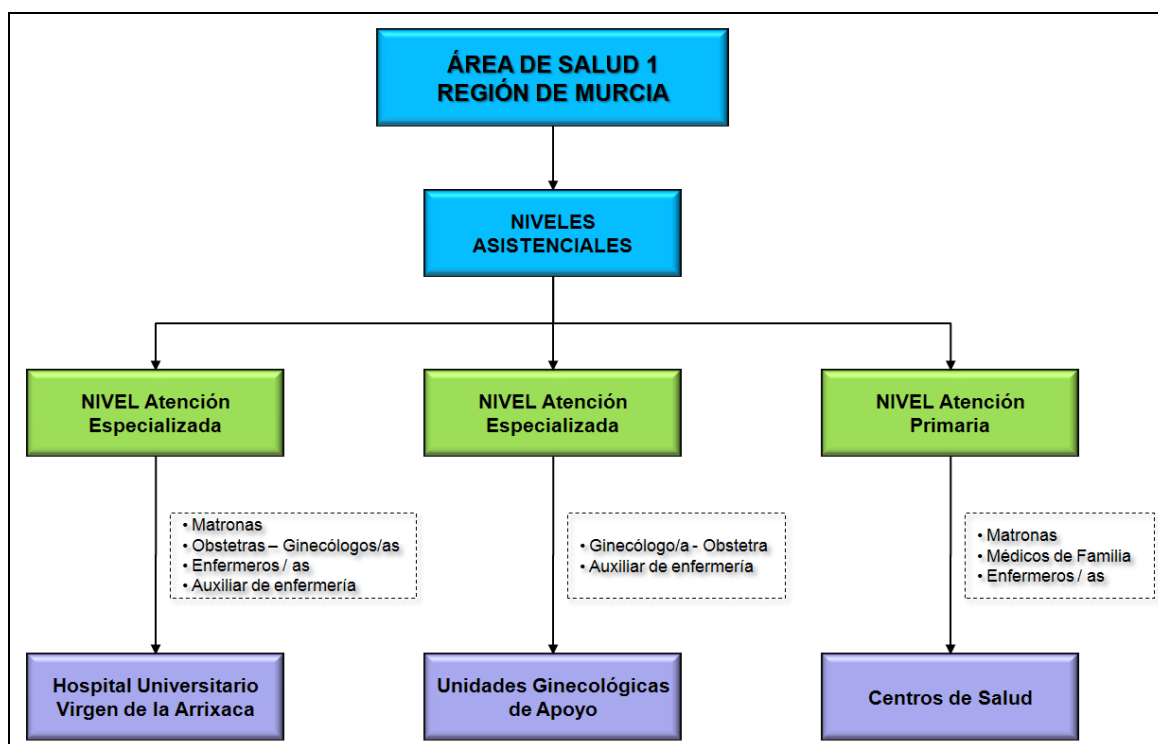
Una vez integrado el INSALUD al Servicio Murciano de Salud y con el firme propósito de resolver estas dificultades, se comienza a gestar el Programa Integral de Atención a la Mujer. Con ello, pretendía centrarse en la calidad asistencial de la atención obstétrica garantizando una eficaz coordinación para que existiese un continuum en la atención perinatal. Tal como recoge la Ley General de Sanidad, una vez expuesto que el Sistema Sanitario está ordenado en Áreas de Salud, con hospitales de referencia que pertenecen al nivel de la Atención Especializada, y Zonas Básicas de Salud que configuran la Atención Primaria, en su Artículo sesenta y cinco, punto tres, se pronuncia diciendo que “se establecerán medidas adecuadas para garantizar la interrelación entre los diferentes niveles asistenciales”. En este caso, el vehículo de conexión lo constituiría el Programa Integral de Atención a la Mujer.

3.4. PROGRAMA INTEGRAL DE ATENCIÓN A LA MUJER: NIVELES ASISTENCIALES Y PROFESIONALES.

El Programa Integral de Atención a la Mujer contempla tanto los niveles asistenciales en la atención reproductiva como su itinerario asistencial, así como las funciones que se asignan a los/as profesionales sanitarios a través de protocolos de actuación.

El mapa conceptual nos ubica sobre los niveles asistenciales y los/as agentes de salud que están incluidos en cada uno de ellos.

Figura 47. Mapa conceptual. Niveles asistenciales



Fuente: Elaboración Propia

Este programa se pone en marcha en el mes de Julio del año 2003 con la finalidad de aunar criterios en el seguimiento de la mujer durante todo su proceso reproductivo y crear los itinerarios de la atención a la mujer en los distintos niveles asistenciales, así mismo, elabora los protocolos que vincularían la Atención Primaria y Especializada.

El Programa de Atención Integral a la Mujer consta de los siguientes subprogramas:

1. Subprograma de Atención al Cáncer de Cérvix (Anexo 10).
2. Subprograma de Atención al Climaterio (Anexo 10).
3. Subprograma de Atención al Cáncer de Mama (Anexo 10).
4. Subprograma de Anticoncepción (Anexo 10).
5. Subprograma de Atención al Embarazo.

Nuestro estudio se centra en el Subprograma de Atención a la Gestación dado que refleja el circuito asistencial que tendrá que realizar la gestante desde que accede a la Institución sanitaria, los/as profesionales con los que interactúa en la Atención Primaria y Atención Especializada- Unidades Ginecológicas de Apoyo, las pruebas realizadas en el curso del proceso y cómo se desarrolla la conexión en el ámbito de la Atención Especializada-Hospital. De este modo, nos ayudaría a explorar las unidades de análisis relativas a los discursos del riesgo relacionados con el proceso reproductivo, tipo de interacción clínica, ética clínica y orientación en valores del equipo asistencial que desarrollan su actividad en dichos ámbitos asistenciales, y sentimientos y percepciones experimentadas por la mujer y pareja como resultado de la atención recibida.

El Programa se basa en un protocolo sobre la conducción de la gestación con la finalidad de incrementar la calidad asistencial y de seguridad de la mujer durante todo el proceso reproductivo, unificando reglas sobre criterios de inclusión y exclusión, modo de conducir el proceso, detección y definición de los factores de riesgo que pueda interferir en el mismo, determinación con exactitud los niveles de abordaje con un estricto itinerario asistencial perfectamente diseñado con unos principios de derivación bastante explícitos.

Los puntos fundamentales en los que se centra el subprograma son los siguientes:

1. *Atención Preconcepcional.*
2. *Captación.*
3. *Seguimiento.* Se establecen la guía de citaciones durante el proceso de embarazo normal, como posteriormente expondremos.
4. *Situaciones especiales de abordaje del proceso.* En este punto se establecen cuáles son las situaciones que alteran el curso de la gestación y los niveles de atención donde debe ser abordados.
5. *Parto*, cuyo abordaje se realizará en Atención Especializada (Hospital).
6. *Posparto*, el cual será atendido de nuevo en Atención Primaria.

Niveles Asistenciales:

- *Nivel Primario* correspondiente a la Atención Primaria del Área I de Salud de la Región de Murcia desarrollado principalmente por las matronas y con el apoyo de los/as médicos/as de familia.
- *Nivel Especializado* correspondiente a las Unidades Ginecológicas de Apoyo. En este nivel, el proceso reproductivo se lleva a cabo durante la fase gestacional y está dirigido por un/a toco-ginecólogo/a.
- *Nivel Especializado* correspondiente al hospital de referencia adscrito al Área I de Salud “Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca”. En este nivel se aborda la patología de la gestación así como el proceso de continuidad de la misma, una vez que ha finalizado su conducción desde la Atención Primaria. De igual modo, tiene lugar las fases finales del proceso reproductivo: dilatación, parto y puerperio.

La Atención Perinatal en los niveles asistenciales está regida por unos estrictos protocolos, los cuales dirigen a los/as profesionales en la derivación de la mujer durante el proceso en el circuito asistencial.

Para realizar un análisis exhaustivo sobre el itinerario que deberá seguir la gestante, nos adentramos en el conocimiento de las funciones, protocolos y actividades de los miembros del equipo de salud que intervienen en cada uno de los niveles asistenciales.

Introduciéndonos en este análisis podremos entender la satisfacción, dificultades y barreras que presenta la mujer y su pareja dentro de la estructura sanitaria. De igual modo, nos ayudará a comprender cuales son las expectativas y la calidad asistencial que los/as agentes de salud ofrecen a las mujeres.

3.4.1. ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD: PROCESO ASISTENCIAL.

Profesionales y Funciones:

En la Atención Primaria de Salud del área de estudio, el equipo asistencial relacionado con la atención perinatal serán las matronas, enfermeras/os y médicos/as de familia. De todos ellos, la Enfermería prácticamente no tiene funciones y actividades definidas en la atención a la mujer. Esta recae principalmente en la matrona y el médico/a de familia, siendo aquella la que desempeña un papel fundamental en el seguimiento del proceso reproductivo.

Aunque el pediatra es un profesional que forma parte del Equipo de Atención Primaria, que interviene en el Programa de Atención al Niño Sano y Adolescente (P.A.N.A.), no son sujetos de nuestro de estudio en este nivel asistencial.

1. Las matronas:

Como se pudo ver en el Capítulo II, son profesionales que recibe una amplia formación de carácter multidisciplinar desarrollando un perfil profesional que les otorga autonomía para la atención de la mujer durante todo su ciclo vital en la Atención Primaria de Salud. Esto les hace intervenir en cada uno de los subprogramas de salud que conforman el Programa Integral de Atención a la Mujer, estando capacitadas para liderar y dinamizar el mismo.

En este nivel asistencial ejercen un papel protagonista en el seguimiento de la gestación de bajo riesgo, tal como indican los protocolos del subprograma de atención al embarazo normal, los cuales señalamos a continuación:

Los protocolos están conformados en dos grandes bloques, el primero dedicado a las actividades a desarrollar en la captación de la gestante y el segundo correspondientes a las visitas sucesivas.

Respecto a la captación, una vez que se confirma la gestación, se realiza la primera visita, la cual constará de una secuencia de cuatro tiempos: en primer lugar la apertura de la

Cartilla de Salud de la embarazada con una extensa anamnesis sobre los antecedentes familiares, personales y reproductivos. La entrevista aporta relevante información acerca de los posibles riesgos que podrían surgir o amenazar la evolución actual del embarazo. En el segundo tiempo se realiza la exploración clínica que consiste básicamente en la toma de tensión arterial y control de peso. Estos parámetros son controlados exhaustivamente a lo largo de las visitas sucesivas, dado que su alteración afectaría al embarazo dejando de ser un estado fisiológico para ser catalogado de riesgo. En estos casos, se actuaría según protocolo del Programa Integral de Atención a la Mujer. En el tercer tiempo, la matrona da paso a la petición de pruebas complementarias: analítica y ecografía del primer trimestre con la finalidad de identificar los posibles factores de riesgo que se puedan presentar. Para ello es derivada a la Unidad Ginecológica de Apoyo. Si la captación es tardía, la matrona solicita la ecografía de la 20-22 semanas al Área de Medicina Fetal en Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca, sin derivación previa a la Unidad Ginecológica de Apoyo. El cuarto tiempo estaría dedicado informar a la mujer acerca de toda la atención que recibirá en los niveles asistenciales, así como la dinámica a seguir en la conducción de la gestación y toda la educación sanitaria que precisa para adaptarse al nuevo estado.

Las siguientes visitas se continúan en la semana 18, donde se le entrega los resultados del cribado bioquímico realizado en la semana 12 en las Unidad Ginecológicas de Apoyo. A partir de esta consulta y en las sucesivas se comprueba latido fetal y ofrece sistemáticamente educación sanitaria sobre el proceso gestacional, la cual irá focalizada básicamente en recordar los hábitos dietéticos saludables, ejercicio físico adecuado, los síntomas de urgencia como el sangrado, dolor intenso abdominal, así como todos aquellos aspectos anormales y conducta a seguir en tal caso. La siguiente visita corresponde a la semana 22, momento en el que se realiza: la petición del Test de O'sullivan, la detección de factores de riesgo y derivación a los cursos de Educación Maternal, también conocida por las mujeres como "la preparación al parto". Un aspecto importante en esta consulta es la revisión de la ecografía del 2º trimestre, ya que detecta dismorfologías fetales así como posibles cromosomopatías. Se trata de ecografías de alta resolución que se llevan a cabo en el Área de Medicina Fetal del Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca. Posteriormente se

le vuelve a ver en la semana 28 donde se le deriva a la Unidad Ginecológica de Apoyo para 3ª ecografía y, por último, se le recita en la semana 35, tiempo en el que se solicita la última analítica con los parámetros necesarios para facilitar el acceso a la analgesia epidural, y exudado vaginal y rectal con el fin de detectar el estreptococo agalactiae y “evitar la sepsis neonatal, endometritis postparto, corioamnionitis (...)” (Tamariz, 2004, p. 145). Posteriormente se le deriva al Centro de Salud de San Andrés para inicio de la monitorización en la semana 38, finalmente se le entrega el fax que la conecta con la Atención Especializada para seguimiento en la Unidad de Día Obstétrica (UDO), si no se ha desencadenado el parto en su fecha probable. Una vez que ha dado a luz vuelve de nuevo a la consulta de la matrona para revisión puerperal entre el 5º y 10º día después del parto, momento en el que la profesional hace una valoración de la puérpera y el neonato.

2. Los/as médicos/as de familia:

Según refleja el Programa Integral de la Mujer van a estar circunscritas a la captación, petición de analíticas según la edad cronológica de la gestación, detectar factores de riesgo, valoración de analíticas, anticoncepción hormonal y el tratamiento de problemas de salud que coexistan durante el embarazo y puedan ser abordados desde el ámbito de la Atención Primaria. En total son tres consultas relativas a las semanas de gestación: 4-8, 24 y 37.

Los Factores de Riesgo que contempla el Programa son los siguientes:

Antecedentes Médicos:

Hipertensión Arterial. Enfermedad Cardíaca, Renal, Hepática, Hematológica, Neurológica, Psiquiátrica.

Enfermedad Trombo-Embólica.

Antecedentes Reproductivos:

Prematuridad Grave y/o Reiterativa.

Muertes Perinatales.

Esterilidad.

Abortadora Habitual (más de tres abortos).

Malformaciones Congénitas.

Malformaciones Genitales: incompetencia cervical, útero doble...

Embarazo Actual:

Hipertensión Arterial inducida por el embarazo.

Diabetes Gestacional.

Isoinmunización Rh.

Infecciones: sífilis, rubéola, toxoplasmosis, hepatitis activa.

Portadora de VIH.

Infecciones Urinarias de Repetición.

Defecto Fetal Congénito.

Crecimiento Intrauterino Retardado.

Hemorragias Moderadas del segundo y tercer trimestre.

Fertilización in Vitro.

Amenaza de Parto Prematuro Severa.

Embarazo Múltiple.

Poli-Oligohidramnios.

Placenta Previa Sintomática (después de la 32 semanas).

3.4.2. ATENCIÓN ESPECIALIZADA . UNIDADES GINECOLÓGICAS DE APOYO (UGA):

PROCESO ASISTENCIAL.

Las Unidades Ginecológicas de Apoyo, dentro del sistema organizacional del Servicio Murciano de Salud, son gestionadas desde la Atención Especializada, en este caso, las que pertenecen a nuestra unidad de estudio tienen como referente el Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca. Su función primordial es la de dar apoyo a la Atención Primaria en las actividades del proceso de atención a la mujer durante todo su ciclo vital.

Estas unidades aparecen contempladas, por primera vez, en el año 2003 con la elaboración del Programa Integral de Atención a la Mujer. Son consultas normales de los Centros de Salud que no se diferencian en infraestructura. En algunos Centros están anexas a las consultas de la matrona, estableciéndose un circuito de atención inmediata entre

ginecólogo y matrona, lo que supone beneficios en la atención a la mujer durante el proceso asistencial, dado que existe una comunicación bidireccional rápida y efectiva entre ambos profesionales. Sin embargo, hay Centros de Atención Primaria que no disponen de apoyo ginecológico, por tanto, para recibir atención del obstetra la mujer se ve involucrada en el lento y tedioso proceso burocrático, ralentizándose considerablemente la atención del proceso perinatal.

El equipo que configuran la unidad son: un/a ginecólogo/a- tocólogo/a y una auxiliar de enfermería; en algunos Centros de Salud existe una enfermera.

Las funciones que ejercen el equipo de salud se rigen siguiendo los protocolos del Programa.

1. Desde la Ginecología:

Las actividades correspondientes a esta disciplina están circunscritas a la realización de colposcopia, biopsia de cérvix y endometrio, control del climaterio y planificación familiar. La atención del climaterio se lleva a cabo en la Atención Primaria a través de controles analíticos, hormonales y citológicos, y en las Unidades Ginecológicas de Apoyo para la instauración del Terapia Hormonal Sustitutiva y control de mamografías.

La planificación familiar se centra en la Anticoncepción Hormonal Oral, la cual puede ser abordada por el/la médico/a de familia, y la colocación del Dispositivo Intrauterino.

2. Desde la Obstetricia:

2.a) Realización de ecografía en la Semana 12.

La gestante viene derivada por la matrona desde Atención Primaria. En la unidad, el/la obstetra revisa la cartilla maternal para detectar algún tipo de información que le pueda ser valiosa en el hallazgo de anomalías en la primera ecografía, centrándose en los antecedentes familiares, personales y obstétricos.

Esta ecografía se realiza transvaginal y se valora una serie de parámetros para el cálculo de la edad gestacional real, dato que será objetivo y que ayudará a ajustarse con el que aporta la mujer a través de su Fecha de la Última Regla. Para ello, el gine-tocólogo/a comprueba los siguientes parámetros: Longitud Cráneo Rabadilla, Diámetro Biparietal, Placenta, Cantidad de Líquido Amniótico.

Una vez concluida la ecografía, se solicita el Cribado Prenatal, con ello se pretende detectar: alteraciones genéticas relacionadas con Síndrome de Down, Edward's y Defectos del Tubo Neural. Para su realización la mujer tiene que firmar una hoja de Consentimiento Informado. Si los resultados son normales pasarán a la consulta de la matrona donde los recogerá en un plazo de quince días.

Si la analítica está alterada, la gestante será avisada telefónicamente para que acuda a consulta y se le solicite amniocentesis, la cual será realizada en el Área de Medicina Fetal del Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca, previa firma del Consentimiento.

En esta misma visita, se solicita la ecografía de las 20 semanas, la cual será realizada en la mencionada unidad. Esta petición será enviada por fax al hospital desde el Centro de Salud al que pertenezca la mujer. Finalmente, será el mismo hospital el que avise a la mujer telefónicamente el día de la fecha que queda anotada en el documento de solicitud.

2.b) Realización ecografía de la semana 34-36 semanas.

Esta ecografía es importante porque valora la posición, presentación, cantidad del líquido amniótico, nivel de envejecimiento de la placenta, cordón umbilical. Con ello, se pretende descartar patología que pueda afectar tanto al feto como a la madre durante la evolución del parto. En tal caso, se derivará a consulta de Alto Riesgo Obstétrico del Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca vía fax desde el Centro de Atención Primaria para control y seguimiento por gestación de riesgo cuando se detecten las siguientes alteraciones:

- Crecimiento Intrauterino Retardado.
- Alteraciones del aparato genito –urinario del feto.

- Placenta Previa.
- Feto macrosómico de naturaleza desconocida.
- Feto que presente varias vueltas de cordón al cuello, situación que puede entrañar un peligro en el momento que aparezcan las contracciones.
- Muerte fetal.
- Si la ecografía es normal, el proceso se continúa en Atención Primaria.

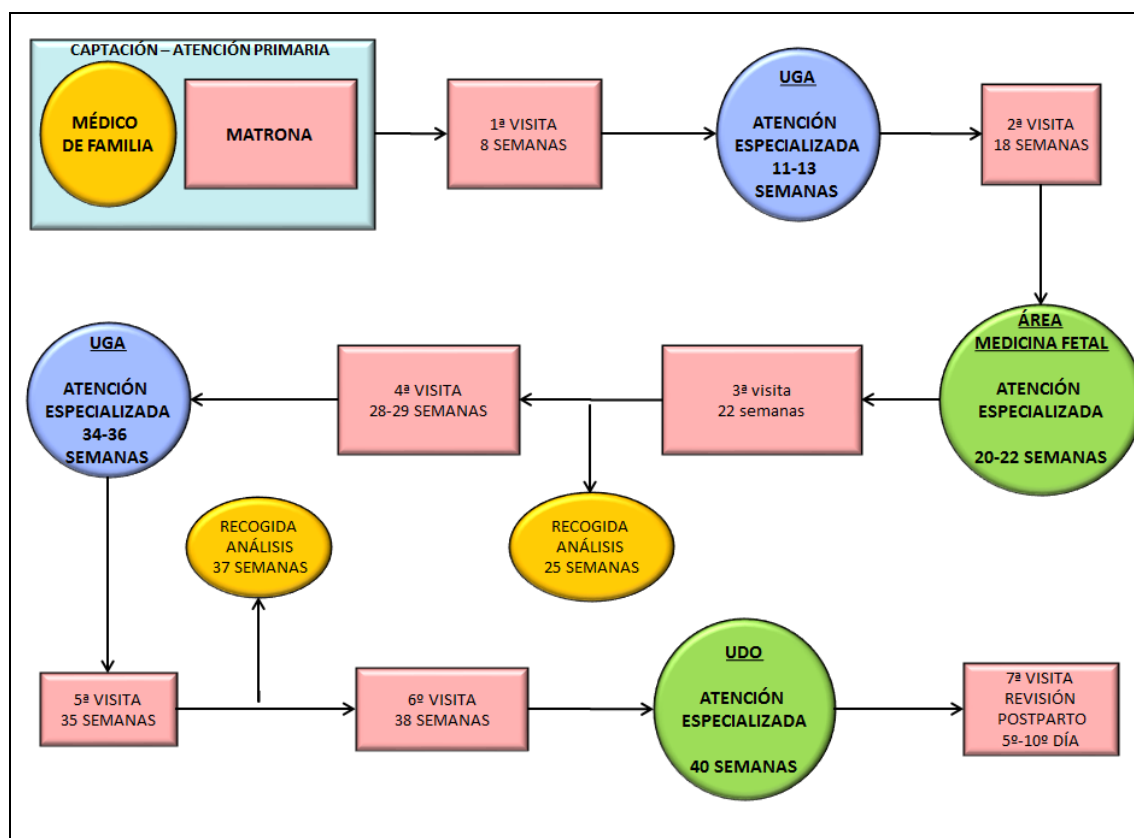
Tras el análisis realizado en este nivel asistencial, observamos que las Unidades Ginecológicas de Apoyo tienen elementos en común con los antiguos Centros de Orientación Familiar dado que se ocupan de la planificación familiar, sin embargo con el actual programa, la atención a la mujer se extiende a la esfera reproductiva. Por otro lado, no son niveles autónomos de asistencia sino que están articulados y coordinados con el resto de niveles asistenciales del Servicio Murciano de Salud en la Atención de la Mujer. Así pues, este Programa impulsa cambios importantes en el proceso de atención perinatal por varias razones:

- a) Existe un circuito de derivación organizado que asegura el continuum asistencial.
- b) Las actividades de los/as profesionales que atienden el proceso reproductivo están protocolizadas.
- c) La planificación familiar deja de ser una atención independiente para convertirse en subprograma del Programa marco de referencia, quedando articulado con el resto de subprogramas a través de un itinerario asistencial protocolizado.

El Anexo 11 queda detallada la relación de Unidades Ginecológicas de Apoyo, Áreas de Salud y Equipos de Atención Primaria asignados a cada una de ellas contemplados en el Programa de Atención Integral a la Mujer y que tienen como referencia el Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca. Esta distribución es anterior a la reordenación del Mapa Sanitario con la que se inició la investigación.

Una vez expuesto los protocolos y circuitos asistenciales, estos quedan ilustrados en el algoritmo representado en la figura 48.

Figura 48. Itinerario asistencial en la atención a la mujer en el Proceso Perinatal. Programa Integral Atención a la Mujer. Años: [2003, 2010]



Fuente: Asociación Murciana de Matronas y elaboración propia.

3.5. ATENCIÓN ESPECIALIZADA: PROCESO ASISTENCIAL EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN DE LA ARRIXACA.

El Hospital Maternal Virgen de la Arrixaca consta de cuatro unidades de hospitalización

1. Unidad Día Obstétrica.
2. Unidad Urgencias - Paritorio.
3. Unidad de Hospitalización de Gestantes.
4. Unidad de Hospitalización de Puerperas.
5. Unidad Quirúrgica.

Dichas unidades están distribuidas de la siguiente manera:

Planta -1

Consultas de Prenatal o de Alto Riesgo Obstétrico.

Unidad de Reproducción Asistida.

Consultas de Esterilidad.

Consulta Endocrino- Ginecológica.

Unidad de Ecografías.

Consulta de Diabetes gestacional.

Consulta de Oncología y Citodiagnóstico.

Consulta de Menopausia (Actualmente, el proceso es tratado en las Unidades Ginecológicas de Apoyo).

Planta Baja

Unidad de Día Obstétrica.

Área de Urgencias.

Área de Paritorio.

Planta 1ª

Área de Medicina Fetal y Unidad de Hospitalización de Gestantes.

Planta 2ª. Unidad de Hospitalización de Puérperas.

Planta 3ª. Unidad de Hospitalización de Puérperas.

Planta 4ª. Área de Ginecología.

A continuación prestaremos atención a todas ellas excepto las relacionadas con el área ginecológica y quirúrgica por estar fuera del objeto de estudio. Iniciamos el estudio

describiendo la Unidad de Medicina Materno Fetal, la cual está constituida por la Unidad de Día Obstétrica, Unidad de Hospitalización de Gestantes y Área de Medicina Fetal.

UNIDAD DE MEDICINA MATERNO-FETAL

Unidad de Día Obstétrica (U.D.O).



Esta unidad se funda el 10 de octubre del 2005 y surge como consecuencia de la fuerte presión asistencial que existía en el nivel especializado extrahospitalario, hecho que determinaba la dificultad del seguimiento adecuado de la gestación, poniendo en riesgo la atención y calidad asistencial de la gestante. Debido a esta situación, se crea la Unidad de Día Obstétrica con la finalidad de garantizar un continuum asistencial en el proceso de atención perinatal de la mujer derivada desde los niveles de Atención Primaria y Unidades Ginecológicas de Apoyo.

Este Servicio está anexo a las salas de dilatación y de paritorio y las actividades que desarrollan en la unidad están dirigidas mediante protocolos basados en un formulario de procesos y subprocesos de control de gestación de bajo y alto riesgo.

A la unidad acceden todas las gestantes de bajo riesgo que han finalizado la gestación que son derivadas desde la Atención Primaria a través de faxes enviados procedentes de los Centros de Salud a los que da cobertura. Una vez recibidos son recogidos por la administrativa y entregados a los tocólogos/as para valoración. Posteriormente, se avisará a la gestante, vía telefónica, para citación y continuar con el control del proceso en la Atención Especializada- Hospital.

De igual modo acuden todas aquellas gestantes de alto riesgo derivadas desde las Unidades Ginecológicas de Apoyo.

En el caso de gestantes de bajo riesgo, la conducta a seguir es la siguiente:

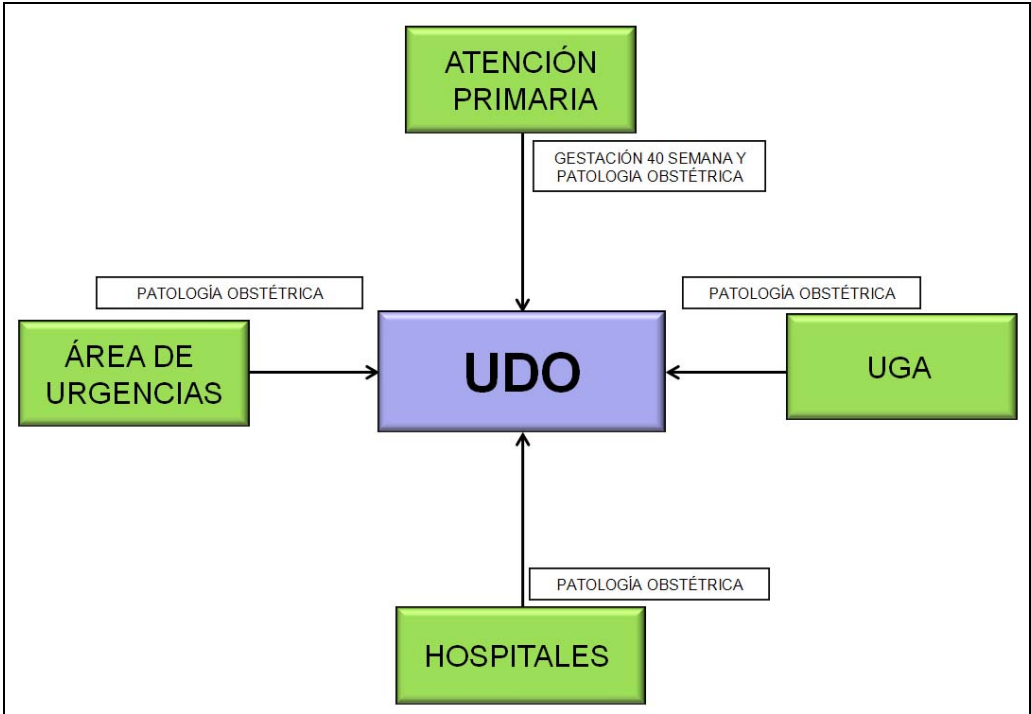
Citación a la 40 semanas + 3 días para monitorización, ecografía y realización de pruebas complementarias. Si el resultado es satisfactorio se le manda a casa y se vuelve a citar a la 41 semana +1 día para la realización de un perfil biofísico basado en una analítica, ecografía para valoración del líquido amniótico y doppler de arteria umbilical. Si éste es adecuado se le recita en la 41 semana +6 días. Este el plazo máximo en el que el equipo médico decide intervenir si la mujer no ha iniciado el trabajo de parto, en este caso, es conducida a planta para inducción de parto. El/la obstetra le informa detalladamente del procedimiento a seguir, así como la entrega del Consentimiento Informado donde especifica los riesgos que conlleva la utilización del fármaco específico para la inducción. A continuación se le ofrece un enema para que ella misma se lo ponga, se le reserva cama para ingreso en planta de gestantes y, finalmente, se le da cita y hora para la inducción.

Si se decide finalizar la gestación por cesárea electiva, se le ofrece a la mujer el Consentimiento Informado debidamente cumplimentado para su lectura y aprobación, una hoja de interconsulta para consulta de preanestesia con el objetivo de valorar a la gestante y, por último, cita y hora de la cesárea.

En gestantes de alto riesgo, la remisión por fax puede proceder del Equipo de Atención Primaria o Unidades Ginecológicas de Apoyo. Inicialmente se abre historia clínica y se realiza monitorización fetal externa. Posteriormente se le toma las constantes vitales, realiza la extracción de sangre y toma de cultivos vaginal y rectal. Se concluye la atención con la ecografía morfológica y de crecimiento, valorando el estado hemodinámico materno – fetal. Dado que se trata de una gestación de riesgo, se asesora a la pareja del estado materno fetal actual y se plantea la realización de otras pruebas complementarias, así como llevar a cabo interconsultas a otros especialistas para el seguimiento y valoración de la patología obstétrica. Es el momento en el que los especialistas valoran la forma de finalizar la gestación: vía vaginal o cesárea electiva.

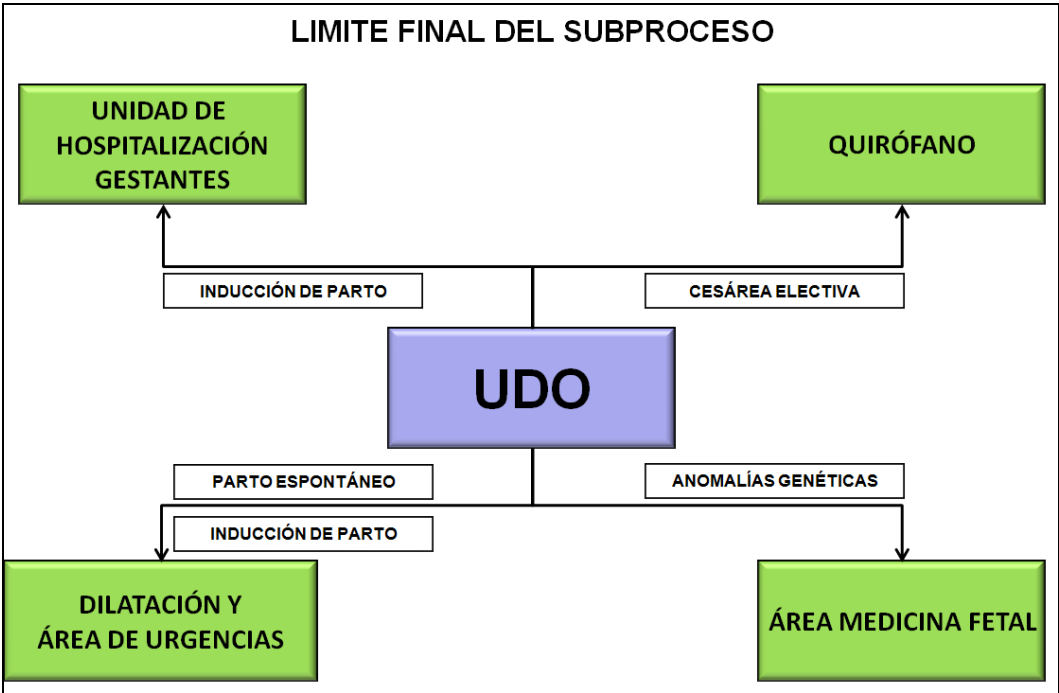
El itinerario que ilustra el inicio y final de los subprocesos en la Unidad de Día Obstétrica está constituido por la patología y situación obstétrica que presente la gestante y la derivación al servicio pertinente para el abordaje del subproceso, según reflejan las figuras 49 y 50.

Figura 49. Límites iniciales de los subprocesos en Unidad de Día Obstétrica



Fuente: Elaboración propia a partir de la Observación.

Figura 50. Límites finales de los subprocesos en Unidad de Día Obstétrica



Fuente: Elaboración propia a partir de la Observación.

Profesionales y Funciones:

El equipo que da funcionamiento a la Unidad está constituido por:

1. Una administrativa cuya funciones van a ser las propias de la administración de citas y aviso telefónico a gestantes para seguimiento en la unidad.
2. Tres matronas encargadas de la realización de monitorizaciones pertinentes y vigilancia de los mismos, así como las realizaciones de pruebas sanguíneas y específicas según demanden los tocólogos/as.
3. Una auxiliar de enfermería que ayuda a la matrona en las tareas que se desarrolla en el servicio.
4. Los/as obstetras que realizarán las ecografías pertinentes valorarán el riesgo obstétrico y la conducta a seguir, así como valoración de los monitores que se realizan.

Unidad de Hospitalización de Gestantes.

Está ubicada en la planta primera del pabellón maternal del Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca, anexa al Área de Medicina Fetal. La mujer acude derivada desde el servicio de urgencias una vez que ha sido reconocida en las salas de reconocimiento por los/as tocólogos/as y se encuentran en situaciones de pródromos de parto. De igual modo, pueden ser derivadas de la Unidad de Día Obstétrica para inducciones de parto.

Las mujeres que ingresan en esta planta son las que presentan las siguientes situaciones:

- a) Pródromos de parto.
- b) Amenazas de Aborto. En este caso, hasta las veinte semanas deben estar en la planta de ginecología, pero a veces esta situación no se respeta por saturación de la misma o por criterio médico.
- c) Rotura Prematura de Membranas.
- d) Embarazos de Alto Riesgo:

- Embarazos diagnosticados de Hipertensión Arterial.
- Gestaciones que presenten Diabetes Gestacional.
- Feto Muerto. En estos casos, la mujer permanece aislada con la finalidad de que viva el duelo con la mayor privacidad e intimidad posible.
- Metrorragias del segundo y tercer trimestre.

Cuando la mujer ingresa en planta se comprueba la anamnesis, exploración y valoración realizada en la puerta de urgencias con la finalidad de tener un conocimiento de la situación obstétrica en la que se encuentra. Se instauro el tratamiento indicado por los/as tocólogos/as.

Lo relevante de este servicio a nivel profesional es que funciona con protocolos para Enfermería, sin embargo, no existen ningunos específicos para la matrona.

Profesionales y Funciones:

Los profesionales que forman parte de la planta son: matronas, enfermeras y auxiliares de enfermería.

1. Matrona. Entre sus funciones destacamos las siguientes:

- Auscultación del latido cardiaco cada doce horas.
- Monitorización Fetal diaria. La frecuencia de esta prueba va relacionada con el riesgo obstétrico.
- Detectar factores de riesgo que se puedan presentar en el proceso.
- Realización de tactos vaginales para tener conocimiento sobre la situación obstétrica que presenta la mujer en todo momento.
- La periodicidad de estas actividades dependerá del desvío de la normalidad del proceso obstétrico. La frecuencia de las mismas dependerá de la complejidad y riesgo del proceso. Estas funciones no están registradas en protocolos, dado que no existen, por tanto, el modo de proceder de las matronas es el mismo que utilizan en los servicios de dilatación.

2. Enfermera. Aunque sus funciones están perfectamente delimitadas con respecto a las matronas, ambas profesionales conforman un equipo colaborativo en la atención asistencial a la mujer durante el proceso obstétrico: inducciones o pródromos de parto.

- Realizar extracciones de sangre.
- Administrar tratamientos prescritos.
- Preparar historias de enfermería para sesión clínica.
- Recibir ingresos hospitalarios.
- Realizar historias de Enfermería en programa SELENE.
- Preparar las cesáreas programadas para el día siguiente y hacer que se realicen las pruebas pertinentes.
- Preparar a las gestantes para traslado a dilatación.

3. Auxiliares de Enfermería. Estas profesionales constituyen un importante apoyo tanto para la matrona como la enfermera en las actividades que desarrollan, por tanto entre sus funciones señalamos la de mantener la higiene de la mujer en todo momento, siempre que se realice cualquier tipo de intervención de Enfermería.

Área de Medicina Fetal

Ubicada en la planta 1ª 2ª del pabellón maternal y anexo a la Unidad de Hospitalización de Gestantes ofrece atención a la mujer en el turno de mañana. Al tratarse de una planta, las consultas se adecúan en las habitaciones de la misma. El Área de Medicina Materno Fetal es de nueva creación, de acuerdo con la tendencia actual en las grandes maternidades y está dotada de los más avanzados equipos ecográficos para valoración del riesgo obstétrico y detección precoz de malformaciones fetales.

La distribución de las salas está configurada de la siguiente forma, según la patología obstétrica:

- a) Salas 1 y 2. Mujeres que se encuentran en la semana 12 de gestación.

- b) Sala 3. Patología del primer trimestre: abortos diferidos o incompletos, embarazos ectópicos y embarazo molar espontáneo. Estos pueden venir de la puerta de urgencias o bien recitados de la misma consulta para nueva valoración.
- c) Sala 4. Se trata de una sala medioambiental, conducida por una enfermera/o cuyas funciones son la de dar consejo sobre hábitos tóxicos.
- d) Sala 5. Sala de espera destinada a los familiares y pacientes que serán atendidos en la sala 3 para información por parte de los/as obstetras.
- e) Sala 6 y 7. Corresponden a las salas donde se verá la patología de esas semanas de gestación, como ya se ha comentado en apartados precedentes.
- f) Sala 8. Se deriva toda la patología materno- fetal.
- g) Sala 9. Sala de monitorización. Los monitores que se realizan son de las mujeres ingresadas en la planta de gestantes y consultas de diagnóstico prenatal.
- h) Sala 10. Sala de Reconocimiento. Utilizada para casos complicados en los que se requiere dedicar más tiempo y donde puedan reflexionar antes de tomar una decisión sobre la realización de una prueba invasiva o un aborto.

Profesionales y Funciones:

Los/as profesionales que la constituyen son: obstetras, enfermeras, auxiliares de enfermería, técnicos de laboratorio y auxiliares administrativos.

1. Obstetras. El equipo médico está acreditado por la Fetal Medicine Foundation (F.M.F.). Sus funciones están relacionadas con la edad gestacional que presente la mujer y según la patología o malformación fetal detectada.

a) Área de Medicina Fetal: 11-13 semanas + 6 días. En este momento cronológico de la gestación, los/as obstetras desarrollan las siguientes actividades:

- Ecografía de marcadores de aneuploidías en gestaciones Alto Riesgo Obstétrico.
- Valoración de pacientes dudosas remitidas de las Unidades Ginecológicas de Apoyo.

- Realización del Screening combinado de cromosomopatías del primer trimestre, mediante la combinación de los marcadores ecográficos de cromosomopatías (translucencia nuchal, hueso nasal, regurgitación tricuspídea, ductus venoso y ángulo facial) y la bioquímica del primer trimestre.
- Indicación y realización de pruebas invasivas fetales: amniocentesis, biopsia corial y cordocentesis.
- Rastreo anatómico fetal precoz y selección de pacientes para la consulta de Diagnóstico Prenatal Avanzado.
- Asesoramiento genético a la pareja, en comunión con Genética Médica.

b) Área de Medicina Fetal: 20 semanas.

Constituida por dos consultas asistidas por dos obstetras expertos/as en ecografías de valoración morfológica fetal. Como funciones más relevantes destacamos:

- Valoración morfológica fetal para descartar procesos malformativos.
- Selección de patología fetal para la consulta de Diagnóstico Prenatal Avanzado.
- Realización de las ecografías de bienestar fetal de planta.

c) Área de Medicina Fetal. Diagnóstico Prenatal Avanzado.

Sala de valoración y estudio fetal, equipada con ecógrafo de gama alta, con herramientas diagnósticas avanzadas (3D/4D, ecocardiografía tridimensional, tomografía ecográfica). Preparada para la valoración conjunta de patología fetal, con monitor externo para docencia y respeto a la intimidad de la paciente. Es la sala donde todo el equipo obstétrico puede valorar patologías y establecer conductas con el resto de las especialidades antes detalladas. Las funciones del equipo médico son:

- Diagnóstico y seguimiento de la patología fetal compleja.
- Seguimiento ecográfico de la paciente de riesgo seleccionada en la unidad 11-13+6 semanas. En aquellas pacientes con una translucencia nuchal mayor de 3.5 mm, se les realizará una ecocardiografía en la semana 16 para descartar cardiopatías complejas precoces.

- Realización de ciertas técnicas invasivas fetales: amniocentesis, coriocentesis.
- Docencia e investigación.

Durante la Observación se comprobó que en esta sala existía una gran pantalla de plasma donde se proyecta la imagen ecográfica. De este modo, los familiares, los discentes: residentes de matronas y de ginecología, pueden visualizar la imagen de forma más cómoda, sin tener que estar cerca de la mujer viendo el monitor ecográfico que maneja el/la tocólogo/a. El espacio está bien acondicionado para ello, dado que es amplio y dispone de sillas y mesas que permiten esta situación.

Existen dos salas de espera para dar capacidad al gran número de gestantes que llegan al servicio. La mujer acude derivada los distintos niveles asistenciales:

- Vía extrainstitucional: Atención Primaria, Unidades Ginecológicas de Apoyo y otros Hospitales de la Región.
- Vía Intrainstitucional: Unidad de Día Obstétrica, Unidad de Alto Riesgo Obstétrico, Unidad de Hospitalización de Gestantes y Área de Urgencias.

Habitualmente la gestante llega acompañada con los familiares, únicamente pasa un familiar por persona. A su llegada se dirige a la ventanilla donde existen dos auxiliares administrativas que recogen las cartillas maternas para ser entregadas a las auxiliares de enfermería y enfermeras con la finalidad de distribuir a las usuarias en las distintas salas donde serán atendidas dependiendo de la patología.

2. Enfermeras. Se responsabilizan y ocupan de los trámites burocráticos para el correcto funcionamiento y coordinación del servicio, sobre todo, relacionado con:

- Extracción de sangre para el screening de cromosomopatías en el primer trimestre de embarazo.
- Extracción de sangre para el triple screening y Beta HCG.
- Acompañamiento de la mujer para la realización de las pruebas que se le vayan a hacer en cada sala.
- Preparación de la mujer para las ecografías y resto de pruebas.
- Llamar a la mujer para informarle de las pruebas normales, si son patológicas, las informan los/as tocólogos/as.

-
- Responsables de dar nuevas citaciones para seguir con el control de la gestante en el servicio.
3. Auxiliares de enfermería. Colaboran con las enfermeras en los trámites burocráticos específicos del servicio, así como en el ejercicio de sus actividades competenciales:
- Reponen sabanillas y todo material que se necesita en planta.
 - Informa a la mujer sobre las citaciones que han sido dadas para otros servicios dentro de la Institución hospitalaria: Unidad de Día Obstétrica y Alto Riesgo Obstétrico.
 - Les informan sobre las nuevas citaciones para la continuidad en la atención del proceso perinatal.
4. Técnico de laboratorio para la realización de todas las pruebas analíticas que se demandan, especialmente, Beta-HCG y Triple Screening.
5. Auxiliares administrativas. Estas se encuentran en el acceso a la unidad, siendo las primeras profesionales que la mujer tiene contacto antes de ser atendida por el resto del equipo asistencial. Entre sus funciones destacamos:
- Recogida de faxes enviado desde las Unidades Ginecológicas de Apoyo o Centros de Salud, donde viene anotada la fecha aproximada en la que se tiene que realizar la ecografía. En función de la patología que indique el documento, se les citará en el número de sala correspondiente.
 - Llamar a la paciente vía telefónica para citación y ser vista en el servicio.
 - Archivar los faxes por fechas.
 - Sacar listado sobre las pacientes que van a ser vistas en el día. Este será pasado al personal del servicio.
 - Archivar aquellos procesos que han concluido su atención en el servicio, como es el caso de los abortos.
 - Recogida de las cartillas maternas de las mujeres que van a ser vistas en el día y entregadas a las auxiliares de enfermería.

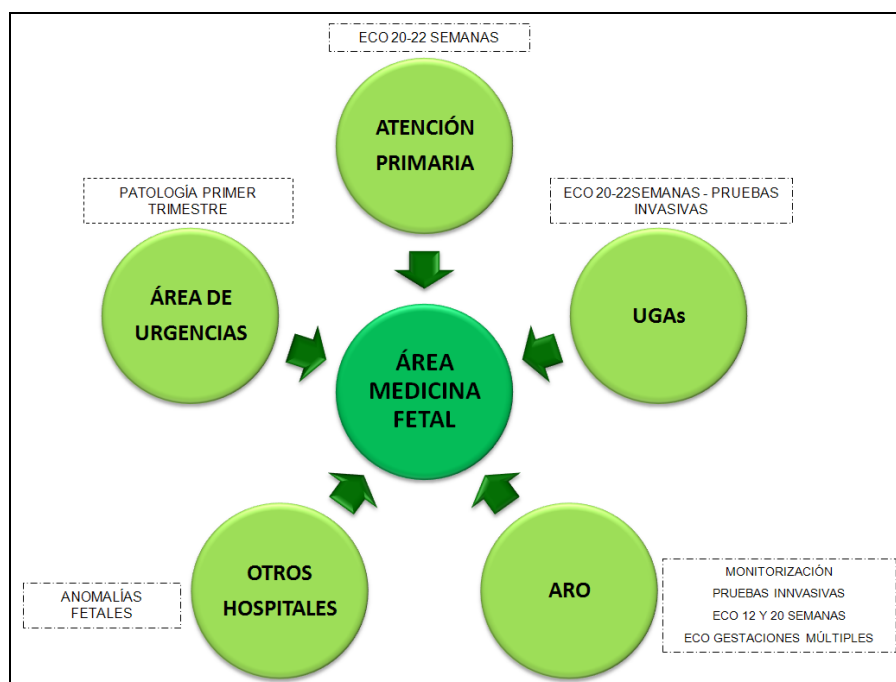
6. Secretaría. Esta es dependiente del Servicio de Admisión y realizará funciones análogas a la administrativa de la Unidad de Día Obstétrica.

Respecto a los protocolos, aunque no tiene unas guías de funcionamiento, sí que poseen unos criterios de derivación en función de los hallazgos ecográficos detectados:

- Gestaciones múltiples, se realizan control ecográfico todos los meses y a la 36 semanas se deriva a Unidad de Día Obstétrica.
- Pielectasia renal detectada en la 20 semanas, nuevo control a la 28 semanas de gestación.
- Arteria Umbilical Única. Derivación a Unidad de Día Obstétrica a la 37 semanas

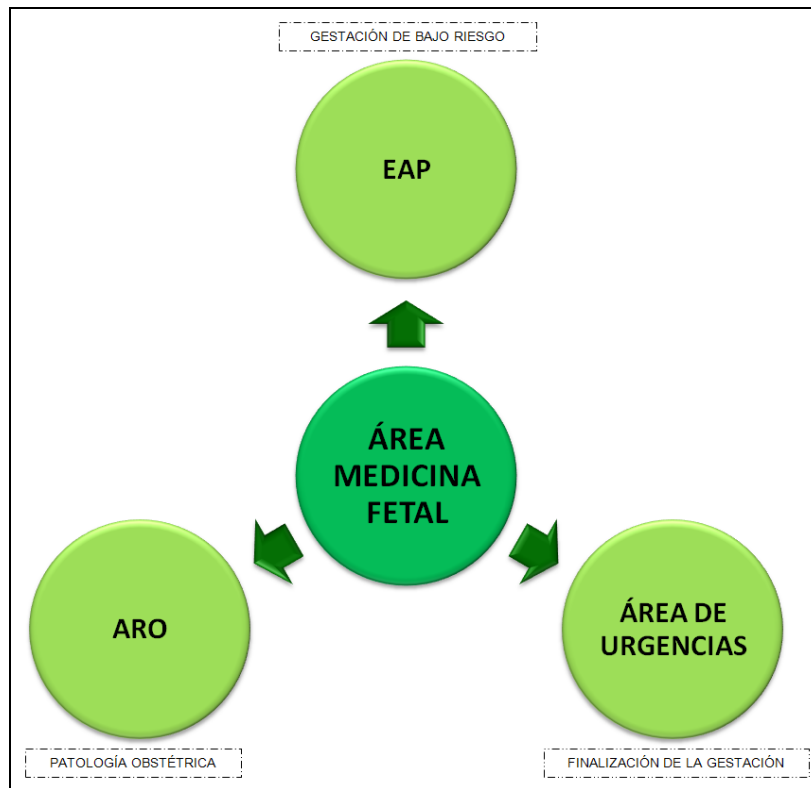
Itinerario de entrada de subprocesos en la Unidad de Medicina Materno Fetal: limite inicial del subproceso

Figura 51. Limites iniciales de los subprocesos en Área de Medicina Fetal



Fuente: Elaboración propia a partir de la Observación

Figura 52. Límites finales de los subprocesos en Área de Medicina Fetal



Fuente: Elaboración propia a partir de la Observación

UNIDAD URGENCIAS PARITORIO

Área de Urgencias

a) Puerta de Urgencias.

La puerta de urgencias constituye el acceso de la mujer procedente desde la Atención Primaria, Unidades Ginecológicas de Apoyo, y de la misma Institución hospitalaria.

Este servicio dispone de tres salas de espera:

Una sala principal que sirve de recepción de todas las urgencias que acuden al hospital maternal y familiares de las mujeres que están siendo atendidas en la Unidad de Día Obstétrica.

La segunda donde permanecen las gestantes antes de pasar a la sala de triaje.



Por último, la tercera donde permanecen los familiares de aquellas mujeres que se encuentran en dilatación y paritorio.



En el momento que la mujer acude a la puerta de urgencias, se dirige a la ventanilla donde le atiende un auxiliar administrativo para presentar su hoja de derivación. La mayoría de las veces la usuaria viene directamente desde su domicilio presentando los síntomas de parto y sin hoja de interconsulta. A continuación un celador la pasará a la sala de espera que está ubicada anexa a la sala de triaje, en el interior de la Unidad de Paritorio, preparada para ser atendidas por el personal de la misma. Este es el momento en el que la mujer se separa de los familiares, debiendo permanecer fuera hasta que sean avisados para ser informados.

b) Sala de Triage.*Profesionales y Funciones*

1. Enfermera. Sus funciones es valorar a la mujer al ingreso en la puerta de urgencias, basada en la realización de una anamnesis para conocer el motivo de consulta y la toma de constantes. Posteriormente, la enfermera informa al ginecólogo/a, el cual decidirá si pasa a sala de observación o sala de reconocimiento, en el caso que necesite atención inmediata. De lo contrario, la usuaria regresa a la sala de espera principal hasta que sea avisada para su atención.

c) Sala de Observación.

A esta sala llegan mujeres que se encuentran en mal estado general. De ahí la importancia que supone la sala de triaje, ya que clasifican a las mujeres que necesitan una atención inmediata. En ella se estabiliza a la parturienta, instaurando sueroterapia y recogida de muestra de sangre para petición de analítica. Estas funciones son realizadas por la enfermera de triaje.

d) Salas de Reconocimiento.



Existen tres ubicadas frente a las salas de dilatación, conformando el pasillo de urgencias, el cual sirve de tránsito para las mujeres que van a ser derivadas a los servicios de dilatación procedentes de las mismas.



Profesionales y Funciones:

Los profesionales que atienden a la mujer en las salas son:

1. Tocólogo/a. Su función primordial será la de atender y tratar la patología obstétrica ginecológica que presente la mujer.
2. Auxiliar de Enfermería que colabora en la preparación de la mujer para la exploración ecográfica.

La mujer es acompañada por una auxiliar desde la sala de urgencias a la sala de reconocimiento donde le recibirá un tocólogo/a, el cual le realizará una entrevista, centrada en los antecedentes obstétricos y motivo de consulta. Las mujeres que acuden a esta consulta son en su mayoría por patología obstétrica (85-90%) y el resto correspondiente a patología ginecológica, según testimonio de los/as obstetras de la unidad.

Las patologías obstétricas frecuentemente consultadas son:

- *Patologías del Primer trimestre:* amenazas de aborto, gestaciones diferidas, sospechas de mola, etc. Una vez realizado el diagnóstico son derivadas a la ventanilla de la puerta de urgencias donde pedirán cita en una semana para comprobar evolución de la gestación, o bien ingresadas en caso de patología grave.
- *Patologías del segundo y tercer trimestre:* gestosis, polihidramnios, oligoamnios, malformaciones fetales, sospechas de Crecimiento Intrauterino Retardado, etc. Todas estas patologías serán derivadas a la Unidad de Día Obstétrica y Consulta Prenatal para control y seguimiento.
- *Mujeres que no presentan patología.* Aquellas que acuden a la puerta de urgencias por gestación a término, presentando sintomatología específica de inicio de parto o parto en curso, son derivadas a las siguientes salas, según criterio del obstetra:

Sala de observación.

Sala de monitorización.

Dilatación.

Paritorio.

Planta de Gestantes.

Domicilio.

e) Sala de monitorización.

Se utiliza para realizar los monitores a las gestantes que:

- a) Previamente han sido vistas en las Salas de Reconocimientos para valorar situación obstétrica.
- b) Derivadas del servicio de la Unidad de Día Obstétrica para repetir monitor.
- c) Derivadas de la Unidad de Hospitalización de Gestantes que necesitan monitor más extenso para valorar riesgo obstétrico.

Profesionales y Funciones:

El equipo de salud que interviene en monitorización es el mismo que forma parte de los servicios de dilatación, de manera que lo simultanean con las actividades que llevan a cabo en dilatación. Los/as agentes de salud lo constituyen:

1. Matronas.
2. Tocólogos/as.
3. Auxiliares de enfermería.

Las mujeres vienen acompañadas por la auxiliar de enfermería al servicio y son tumbadas en la cama a la espera de que la matrona acuda para colocar el monitor. El equipo obstétrico pasa frecuentemente para supervisión. De acuerdo con los resultados de esta prueba se determinará la conducta a seguir con la gestante:

- Traslado a sala de dilatación por periodo activo de parto.
- Derivación a domicilio si no se ha iniciado el proceso del parto, previa valoración por el/la obstetra.
- Subida a planta de gestantes para conducta expectante o inducción del parto.

Área de Paritorio

a) Salas de Dilatación.



El número de dilataciones son cinco y tienen doble acceso desde el pasillo de urgencias y el de paritorio. Cada dilatación está interconectada por una puerta que permite el acceso a los mismos sin pasar por los pasillos. Este aspecto arquitectónico permite que



una matrona pueda supervisar al mismo tiempo las mujeres que se encuentren en las dos dilataciones. La interconexión se da entre las dilataciones 1 y 2 y dilataciones 3 y 4. La quinta dilatación no está ubicada consecutivamente al resto y tan sólo se utiliza cuando existe alguna cesárea programada, y en situaciones donde la mujer debe permanecer sola como es el caso de muerte fetal o aborto. Esto mismo ocurre con salas que, en principio, no están destinadas para la dilatación como es el caso de la sala de monitorización, la cual en un momento de necesidad se puede convertir en sala de

dilatación. Las dilataciones están situadas frente a los paritorios, conformando el pasillo de paritorio.

Profesionales y Funciones:

1. Matrona. Esta tiene un especial protagonismo en este servicio, ya que sus funciones principales van a ser el seguimiento completo de la dilatación, realización del parto y alumbramiento, así como participar y acompañar a la mujer en cada uno de las intervenciones que sean realizadas por los/as obstetras. En cada sala existe una matrona, la cual supervisará el proceso de dos mujeres hasta la finalización del mismo. Así mismo realizará labores burocráticas basadas en la apertura del partograma e introducción de ítems relacionados con la dilatación, según criterios establecidos por el programa informático de la unidad (Selene).

2. Auxiliar de enfermería. Sus funciones van a estar circunscritas a las siguientes actividades:

- A. Reponer el material de la sala de dilatación.
- B. Limpieza de todo el material que esté en contacto con la mujer: monitores, cables, electrodos, con el fin de que pueda ser usado en la siguiente parturienta.
- C. Acompañar a las matronas en las posibles incidencias que puedan surgir durante el control del proceso de dilatación.
- D. Facilitar el acceso de los maridos y acompañantes de la parturienta a la dilatación, supervisando que están perfectamente vestidos para el acceso al área.

b) Sala de Epidural.*Profesionales y Funciones:*

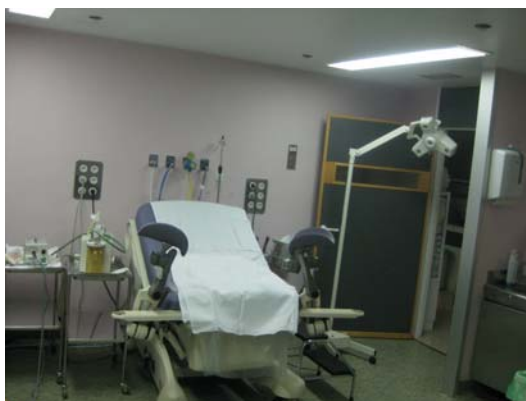
Este espacio constituye el lugar donde se realiza la técnica de analgesia epidural a la parturienta, previa valoración del anestesista y petición de la señora, la cual es solicitada mediante la firma del documento de Consentimiento Informado. El equipo asistencial involucrado en el proceso está constituido por:

1. Anestesista o residente de anestesia quien realizará la técnica.
2. Auxiliar de enfermería responsable de mantener limpia la zona de trabajo.
3. Matrona encargada de preparar todo lo que el anestesista necesita para llevar a cabo la técnica, al tiempo que supervisa y ofrece apoyo a las necesidades de la mujer durante la intervención. Sus funciones son:
 - Controlar las constantes y colaborar en la posición de la mujer.
 - Preparar el campo estéril donde el anestesista tendrá los utensilios que necesita.
 - Preparar la medicación que necesita el anestesista y colaborar con el mismo en el procedimiento.
 - Acompañar a la mujer en todo momento a la dilatación una vez finalizado el proceso.

Aunque no existen protocolos que dirijan la actuación del equipo de salud que intervienen en la instauración de la anestesia epidural, todos conocen y respetan sus

funciones sin existir intromisión en cada uno de los distintos espacios de intervención asistencial.

c) Salas de Paritorio.



En este espacio se realizan las fases de expulsivo y alumbramiento dirigido y controlado por la matrona siempre que no se desvíe de la normalidad, de lo contrario pasaría a ser conducido por los/as obstetras. Una vez finalizado el proceso de dilatación, el celador traslada a la mujer en la cama al paritorio.

Después del expulsivo, el neonato se coloca encima de la madre, momento en el que los padres disfrutan del primer contacto con su bebé. Posteriormente es recogido por otra matrona y le realiza el Test de Apgar, exploración que se hace para comprobar el estado de bienestar al nacimiento. La exploración está basada en la valoración de los reflejos, latido cardiaco, tono muscular, respiración y coloración. Posteriormente se limpia y viste, colocándole un paño alrededor de la cabeza para mantener la temperatura corporal del bebé.

Todos los datos son recogidos en la historia del recién nacido e introducidos en el programa Selene conjuntamente con los correspondientes a la evolución y finalización del parto. Seguidamente, la matrona cumplimenta el certificado de nacimiento del recién nacido, documento necesario para su registro y posterior empadronamiento.

A continuación, la madre pasa al Servicio de Recuperación de Madres con el neonato y el padre. Este deberá abandonar el Área de Paritorio para permanecer en la sala de espera principal.

Acompañando a la matrona está la auxiliar de enfermería cuyas funciones son:

- Preparar el campo quirúrgico.
- Ayudar a la matrona en lo que necesite durante la atención al parto.
- Lavar instrumental y preparar para esterilizar.
- Cursar las pruebas de sangre que se hayan recogido en el paritorio.
- Trasladar a laboratorio la sangre extraída del cordón umbilical.
- Colocar las pulseras de identificación a la madre y el neonato, aunque en la actualidad se ha instaurado un nuevo sistema de identificación que sustituye al tradicional sistema de huella. Se trata de recogida de muestra de sangre tanto de la madre como el recién nacido.
- Avisar al familiar que va a acompañar a la parturienta y vestirlo adecuadamente para su acceso en la sala.

d) Servicio de Recuperación de Madres.



Anexo al paritorio nº 1 y frente a la dilatación nº 2. A este servicio llegan las madres inmediatamente después del parto y permanecen aproximadamente durante dos horas, si todo evoluciona adecuadamente, de lo contrario, permanecerían hasta la estabilización del

proceso. La matrona que ha atendido el parto introduce los datos del parto en el ordenador y solicita cama en la Unidad de Hospitalización de Puerperio. Además, se encargará de rellenar el parte de nacimiento, documento que deja constancia el profesional que le ha atendido, hora y lugar de nacimiento. Al ingreso de la madre, la matrona abre la Historia de Puerperio Inmediato.

Profesionales y Funciones:

1. Matrona. Será la encargada de recibir a la mujer y realizar una valoración de estado de la puérpera. Sus funciones son:

- Vigilancia del sangrado.
- Toma de constantes vitales.
- Valorar involución uterina.
- Sondaje vesical para facilitar la contracción del útero.
- Asesorar a la mujer sobre la lactancia materna.

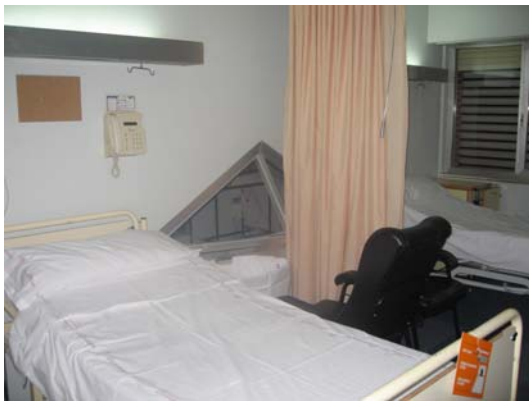
Al ser el lugar donde las puérperas inician la lactancia materna, la matrona tiene una labor fundamental en la educación sanitaria sobre esta actividad. De ahí que en todo momento esté supervisando la forma de colocar al bebé al pecho de la madre.

2. Auxiliar de enfermería. Sus funciones serán la de apoyar y ayudar a la matrona en las actividades que tienen lugar en este servicio, así como:

- Toma de Temperatura.
- Reponer material de las vitrinas.
- Cambiar las sábanas y rehacer las camas cuando la mujer abandona el servicio.

UNIDAD HOSPITALIZACIÓN DE PUERPERIO

La unidad está ubicada en las plantas segunda y tercera del Pabellón Maternal del Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca.



Habitación de púerperas.



Sala de Reconocimiento e higiene del Recién Nacido.

Profesionales y Funciones:

La mujer acude a las Unidades de Puerperio derivada del Servicio de Recuperación de Madres. El equipo de salud lo conforman enfermeras, obstetras, pediatras y auxiliares de enfermería. Sus funciones van a estar centradas en la atención tanto de la madre como los primeros cuidados del recién nacido.

1. Enfermera. El servicio esta perfectamente protocolizado, por tanto, sus actividades están muy definidas. Además de las que destacamos a continuación se encuentra la pasar la visita con el equipo médico.

1.a) Atención al recién nacido:

- Reconocimiento del bebé en el nido.
- Realizar profilaxis ocular.
- Administración de vitamina K.

- Profilaxis y cuidados del ombligo.
- Comprobación de la permeabilidad de los orificios: nariz, boca y ano.
- Lavado del bebé.
- Tallaje, peso, medición del perímetro cefálico y torácico.
- Cuidados del neonato que recibe fototerapia.

1.b) Atención a la madre:

- Valoración de constantes vitales: tensión arterial, pulso y temperatura.
- Comprobación de la involución uterina.
- Valoración del sangrado vaginal.
- Valoración y cuidado de la episiotomía e incisión quirúrgica en caso de cesárea.
- Educación sanitaria sobre cuidados en la lactancia y del neonato.
- En el caso de cesárea, la enfermera realiza las funciones de cuidados correspondientes a una intervención quirúrgica, como son: vigilancia de la sueroterapia y analgesia, sondaje vesical y control de la dieta.
- Cuidados de la episiotomía.
- Profilaxis quirúrgica.

2. Enfermeras de lactancia.

2.1. Enfermera de lactancia de consultas externas. Se encuentra ubicada en consultas externas anexas a las Unidades de Menopausia, Reproducción y Alto Riesgo Obstétrico; y adscrita a la Unidad de Medicina Medio-Ambiental. Se trata de una consulta externa cuya función principal es la de asesoramiento sobre la lactancia y resolución de todos aquellos problemas que puedan interferir en la misma en aquellas puérperas que están fuera de la Institución hospitalaria. Por tanto, esta consulta atiende:

- Llamadas externas que proceden del domicilio de las mujeres que han sido dadas de alta y necesitan cualquier tipo de ayuda o asesoramiento.

- Madres cuyos bebés están ingresados en la Unidad de Neonatología.

Los tipos de consulta que demandan son:

- Dificultad en la toma por alteraciones anatómicas de la mama y del paladar del bebé (pezón plano o invertido, labio leporino, etc.).
- Mastitis.
- Hipogalactia.
- Asesoramiento para conseguir un buen agarre en la mama con la finalidad de conseguir una lactancia exitosa.

Así mismo, la enfermera informa a la mujer y la pareja acerca de la importancia de asistir a los grupos de apoyo a la lactancia, pese a que esta información está disponible en todas las habitaciones de las plantas de puerperio.

2.2. Enfermera de apoyo para la lactancia en planta. Esta a diferencia de la anterior, no tiene una consulta destinada para ello. Su función es la de ir por las habitaciones asesorando y vigilando la técnica de la toma y agarre del bebé en la mama. Ante cualquier complicación que surja, la mujer es derivada a la consulta externa de lactancia.

3. Auxiliar de Enfermería. Siguiendo los protocolos, sus actividades están basadas en:

- Llevar a laboratorio la analítica de sangre que se le extrae a la madre.
- Higiene y alimentación del recién nacido.
- Hacer las camas.
- Reponer material necesario en planta.
- Preparar la planta para nuevos ingresos.
- Colaborar en las actividades que desarrolla la enfermera.
- Acompañar en la visita médica que hacen los/as médicos/as en planta.

4. Obstetras. El equipo obstétrico realiza la visita médica haciendo valoraciones sobre el sangrado, involución uterina, episiotomía y estado general de la puerpera. La evolución de

estos parámetros y la valoración de la enfermera son los que determinarán en qué momento se procede al alta.

5. Pediatras. Al igual que los anteriores proceden a la exploración del neonato, comprobando peso, talla, perímetro cefálico, estado del cordón umbilical, otoemisiones acústicas, reflejos y detección de cualquier anomalía existente. Así mismo, son los que determinan el alta de la criatura. En ocasiones, se puede dar la circunstancia que el neonato ingrese en la U.C.I. neonatal y la madre sea dada de alta de la unidad.

UNIDAD DE PRENATAL O ALTO RIESGO OBSTÉTRICO (ARO)

Este servicio se encuentra ubicado en la planta -1 del hospital maternal y forma parte de la estructura de las consultas externas del complejo hospitalario. En ella reconduce el proceso perinatal que va asociado a alguna patología que puede entrañar riesgo tanto para la salud del feto como la de la madre.

Los procesos más frecuentes que se ven en esta consulta son:

- Todas aquellas patologías que concommitan con la gestación y viene derivadas de las Unidades de Especialización: neumología, urología, oncología, dermatología, cardiología, digestivo y endocrinología.
- Fertilización in Vitro realizadas en el hospital o fuera del mismo.
- Hipertensión inducida por la gestación.
- Diabetes Gestacional.
- Mujeres que presentan antecedentes de malformaciones fetales.
- Mujeres con antecedentes de muerte fetal.
- Gestaciones múltiples.

Profesionales y Funciones:

La consulta es conducida por un/a tocólogo/a y una enfermera, los cuales aunque no siguen protocolos, tienen definidas perfectamente sus funciones.

1. Tocólogo/a:

- Apertura de la historia clínica de Alto Riesgo Obstétrico.
- Petición de pruebas analíticas pertinentes con la patología que está vigilando y la edad gestacional a la que corresponde.
- Pedir los monitores, los cuales serán derivados a la sala de monitorización ubicada en el Área de Medicina Fetal.
- Valorar el Riesgo Obstétrico que pueda presentar la gestación.
- Realizar amniocospias.
- Realización de las ecografías del inicio de la gestación para datar edad gestacional en gestaciones de riesgo. Las siguientes, correspondientes a las semanas 12 y 20, son enviadas al Área de Medicina Fetal, y las de la semana 32 al departamento de ecografía ubicado en la misma planta.
- Realizar citologías y exudados vaginales a toda mujer que presente sintomatología vaginal.
- Retirada de Cerclajes.

2. Enfermera. Esta profesional, además de ayudar al obstetra en el desarrollo de las actividades de consulta, dedica una gran parte de su tiempo en tareas administrativas. Sus funciones están basadas en:

- Recogida de cartillas maternas a las embarazadas que van a entrar a la consulta.
- Preparación del historial clínico obstétrico de la mujer.
- Peso y toma de Tensión Arterial a la gestante.
- Prepara la analítica prescrita por el/la obstetra.
- Extracción de información necesaria en cuanto a resultados sobre pruebas solicitadas a la mujer.
- Información sobre la realización de pruebas prescritas por el/la médico/a.
- Colocación de la mujer para la exploración ecográfica y vaginal.

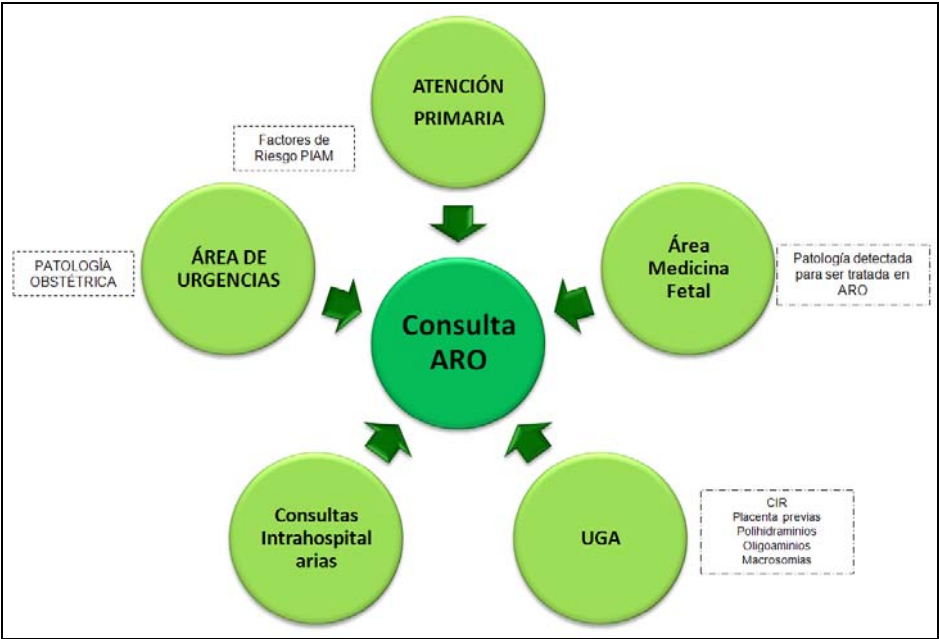
- Apertura de la cartilla de consulta externas, donde viene reflejadas las fechas de las visitas y exploraciones realizadas. Este documento supone un recordatorio para la mujer sobre las siguientes visitas que debe realizar a la consulta.
- Citar a la mujer en el ordenador para la siguiente revisión.

Se trata de una consulta muy tradicional donde el/la obstetra permanece en todo momento sentado y la enfermera realiza funciones administrativas. Ambos utilizan sistemas de registro muy tradicionales, usando historias no informatizadas.

Normalmente, las mujeres entran avisadas por la enfermera, la cual con anterioridad ha recogido la cartilla maternal y el carné de consulta. La enfermera le entrega al médico/a su historia clínica obstétrica donde anotará los datos de la exploración, toma de tensión arterial y peso de la gestante. Estos son dados al médico/a para que sean registrados. Una vez realizada la valoración y estudio del riesgo, el/la obstetra evalúa:

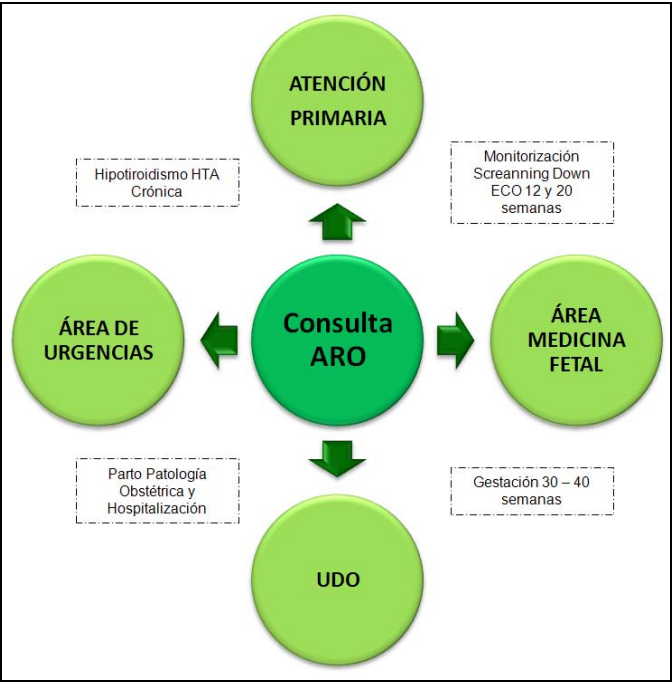
- a) Derivación al Área Medicina Fetal para ecografía de la 12 ó 20 semanas de gestación, monitor o cribado del Síndrome de Down.
- b) Normalmente, en la Unidad de Alto Riesgo Obstétrico se mantiene la gestación hasta la semana 39- 40, a partir de ese momento pasan a la Unidad de Día Obstétrica donde se continúa valorando el Riesgo Obstétrico. También son derivadas gestaciones a partir de la 30 y 32 semanas con importantes patologías que impliquen un riesgo y haya que tomar decisiones durante su evolución.
- c) Derivación a Atención Primaria para ser controlado por la matrona, si el riesgo está controlado y no implica amenaza para el feto ni la madre.
- d) Derivación a Unidad de Urgencias-Paritorio en situaciones de periodo activo de parto o presentación de alguna patología que requiera hospitalización.

Figura 53. Itinerario de Entrada de la consulta de Alto Riesgo Obstétrico. Límites iniciales de los subprocesos



Fuente: Elaboración propia a partir de la Observación

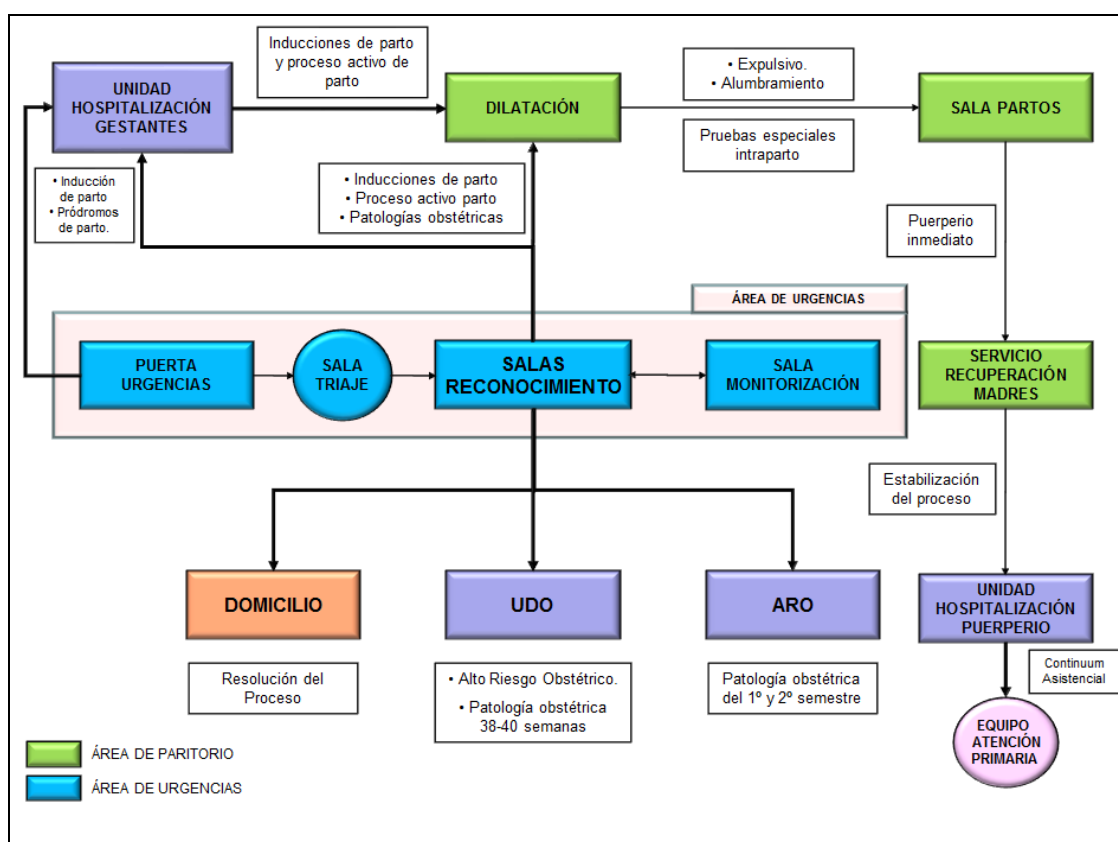
Figura 54. Itinerario de Salida de la consulta de Alto Riesgo Obstétrico. Límites finales de los subprocesos



Fuente: Elaboración propia a partir de la Observación.

Una vez expuesto los distintos servicios por donde pasa la gestante desde su ingreso hospitalario hasta la resolución de los distintos subprocesos, presentamos el algoritmo de los límites iniciales y finales de cada uno de ellos en la Institución hospitalaria y su vínculo con los diferentes niveles asistenciales (figura 55).

Figura 55. Límite de entrada y salida de los subprocesos- Unidad Urgencias-Paritorio, Unidad Hospitalización Puerperio y Unidad de Hospitalización de Gestantes



Fuente: Elaboración propia a partir de la Observación.

Al hilo de lo anteriormente expuesto, mencionar que en el año 2011, el Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca edita el mapa del proceso perinatal en Atención Primaria y Especializada reflejando los circuitos de derivación de la mujer en las etapas de seguimiento del embarazo, parto y puerperio (Anexo 21).

Una vez presentado los niveles de Atención Primaria y Especializada, así como los procesos asistenciales que tiene lugar en cada uno de ellos, se deduce que la mujer desde que accede a las instituciones sanitarias debe realizar “una carrera programada” (Gálvez,

2002, p. 57) donde interaccionará con diferentes profesionales en la atención del proceso reproductivo. En el caso del Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca, tal como apunta Rodríguez y Zurriaga (1997) cuando habla de la estructura organizacional hospitalaria “el hospital adopta una estructura formal burocrática, es decir, un ordenamiento de oficios y posiciones para la coordinación racional de las tareas y obtención de los objetivos del grupo” (p. 19). Esta organización asistencial y departamentalización de la Institución es específica de una cultura burocrática donde todos los procesos están jerarquizados, normatizados, ordenados, formalizados y sujetos a un protocolo que son difíciles de ser saltados. Esta circunstancia no sólo establece roles y tareas que los/as agentes de salud tendrán que desempeñar, sino que además “crean y organizan el rol de paciente, llegando a utilizar la estructura de las de la Institución misma para representar el modo en el que estar enfermo llega a organizarse, experimentarse y expresarse por la persona que se encuentra en ella” (Freidson, 1978, p. 233). El hospital se convierte así en un establecimiento destinado al “diagnóstico y tratamiento a la gestantes, parturientas y puérperas” (Gálvez, 2002, p. 55) y donde el proceso reproductivo se agrupa y clasifica por órdenes que establecen los protocolos y tipos de patologías (Foucault, 1979). De este modo, la intervención profesional está orientada a la detección y tratamiento de los factores de riesgo que se presentan en el proceso perinatal. La atención asistencial en el Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca cobra especial relevancia, ya que se trata de un espacio altamente tecnificado donde se realizan pruebas específicas para el abordaje de toda aquella patología que se presente durante la gestación, valoración de las fases finales de la misma, la conducción del parto y puerperio. Los servicios más importantes en relación a la valoración del riesgo obstétrico y la detección de anomalías genéticas son: la Unidad de Riesgo Obstétrico y la Unidad de Medicina Materno Fetal. Esta dispone de sofisticados equipos tecnológicos, siendo el lugar donde desarrollan las técnicas invasivas durante el periodo gestacional.

Otros de los aspectos relevantes que sobresalen del análisis de la atención asistencial es lo relativo a las funciones de los/as profesionales. Este punto lo relacionamos con la jerarquización y la interrelación entre el equipo de salud existente en los niveles de atención, así pues, mientras que en la Atención Primaria la jerarquización es a penas perceptible, dado

que la matrona tiene un papel protagonista y lidera el Programa Integral de Atención a la Mujer. En la Atención Especializada, esta variable adquiere mayor protagonismo ya que se aprecia una estratificación sanitaria, quedando la clase médica en la cima de la estructura sanitaria y el resto de profesionales en posiciones inferiores. Esta situación supone que deben seguir las instrucciones del colectivo médico, bien desarrollando “un ejercicio de autoridad autoritario e incluso coercitivo, o bien más participativo e igualitario” (Rodríguez, y Zurriaga, 1997, p. 26). Atendiendo a las funciones que ejercen los/as profesionales en cada una de las unidades analizadas, la obediencia a lo que dictamina los/as obstetras, desde el contexto de trabajo en equipo, tiene mayor relevancia en aquellos servicios que están presentes las enfermeras y auxiliares de enfermería, tales como las Unidades Ginecológicas de Apoyo, la Unidad de Alto Riesgo Obstétrico, Área de Medicina Fetal y Unidad de Hospitalización de Puérperas, ya que “están obligadas a trabajar bajo las órdenes del facultativo (...) constituyendo una jerarquía en la división de trabajo y un sistema estratificado cuyas ocupaciones están integradas en diferentes grados alrededor del trabajo médico” (Freidson, 1978, pp. 66-79). Esta relación jerárquica hace que cada uno pueda realizar determinadas tareas y no otras. Se trata de un trabajo muy segmentado en el que cada especialista se ocupa de tareas determinadas, ubicándose espacialmente en directa relación con el poder que detenta (Sadler, 2003). Por el contrario, en aquellos que existen matronas, las posiciones entre los colectivos llegan a ser más paritarias, tal es el caso de la Unidad de Hospitalización de Planta de Gestantes, Unidad de Urgencias y Paritorio, y Unidad de Día Obstétrica. Pese a todo ello, según se describe en las funciones de las matronas, existe pérdida de autonomía cuando el proceso es catalogado como anormal, percibiéndose cierto grado de dependencia al seguir las instrucciones del equipo médico.

Así pues, tras advertir la fuerte departamentalización de la Institución hospitalaria, el reparto de roles del equipo asistencial característica de la división de trabajo, la alta tecnología para ofrecer seguridad y rapidez al proceso reproductivo, nos encontramos: por un lado, la mujer queda inmersa con un espacio altamente taylorizado, formando parte de una cadena de montaje al pasar por distintos departamentos que constituyen la Unidad Obstétrica con la finalidad de obtener el producto: su criatura. Y, por otro, el hospital, como

señala Wilson, al poner especial “énfasis en los resultados rápidos y en la tangibilidad de la buena calidad del resultado (Wilson, 1963)” (Rodríguez, y Zurriaga, 1997, p. 19). Estamos pues ante un modelo clásico de hospital orientado en los ideales del Modelo Médico Hegemónico, la resolución del proceso reproductivo como un evento que entraña un riesgo que hay que detectar y abordar mediante el empleo de la alta tecnología, y finalmente una organización científica del trabajo para obtener rápidos beneficios en el contexto de la asistencia reproductiva.

CAPÍTULO IV. JUSTIFICACIÓN

El embarazo, parto y puerperio de la mujer son etapas que definen el proceso perinatal y son considerados como eventos fisiológicos de su ciclo vital, sin embargo, la medicina moderna las considera como un proceso que se desvía de la normalidad. El modo en que trata el proceso natural del parto ha sido objeto de cuestionamientos en especial por dos grandes motivos:

- a. Su énfasis en los aspectos biológicos del parto sobre los psicosociales desestimando la visión holística del ser como unidad.
- b. Su tendencia a medicalizar un evento normal que lo transforma en un problema médico aislado y lo separa del resto de experiencias de la vida de la mujer, visualizando a la embarazada como sujeto pasivo del proceso reproductivo y dependiente del aparato médico.

Las innovaciones científicas y tecnológicas, ciertamente, vienen contribuyendo en la mejora de la calidad asistencial de la vida y de la sociedad. La asistencia perinatal ha experimentado en las últimas décadas un aumento de su calidad, medida en indicadores de morbilidad y mortalidad, pero las necesidades y expectativas de las mujeres y sus parejas respecto a la atención han cambiado, así como la evidencia científica existente sobre la práctica de los/as profesionales para el abordaje de la secuencia reproductiva.

Según el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud (MSC, 2007), la mejora de la calidad asistencial en la atención perinatal se relaciona con múltiples factores: formación del equipo de salud, la comunicación entre la mujer y los/as profesionales, la adecuación de las infraestructuras, la coordinación entre los distintos niveles asistenciales, la mejora de instalaciones y equipos técnicos donde tiene lugar la atención perinatal, la adopción de protocolos basados en la evidencia científica para disminuir las intervenciones

necesarias y la variabilidad de la práctica clínica, el fomento de la lactancia materna y la participación de los padres en estos procesos.

La atención perinatal precisa de esfuerzos no sólo cuantitativos sino cualitativos específicos que faciliten a ellas y a sus parejas el acceso y uso adecuado de los servicios, así como del equipo de salud una mayor reflexión sobre su praxis. Respecto a ello, con la finalidad de medir y valorar la calidad de la asistencia obstétrica en España, el Ministerio de Sanidad y Consumo hace público unos datos en 2007 relacionados con la tasa de cesáreas en nuestro país. Este organismo reconoce “la tasa de cesáreas como un indicador fiable para medir positivamente la praxis obstétrica” (M.S.C., 2007, p. 28), de este modo establece que una tasa mayor al 10-15% se entendería como mala calidad de la praxis en la atención a la parturienta. Los resultados del estudio arrojaron valores entre 20-25%, quince puntos por encima de los datos que recomienda la Organización Mundial de la Salud.

Por otro lado, siguiendo con el estudio de la calidad en la asistencia ofrecida a la mujer durante el parto, en la Región de Murcia se elaboraron informes internos de Encuestas Corporativas de Satisfacción de Usuarios en Atención al Parto. Los cuestionarios de posthospitalización fueron desarrollados a través del Instituto Nacional de la Salud a partir del año 2001 con la finalidad de explorar la calidad de la atención percibida de los usuarios del Sistema Nacional de Salud. Para la realización de las mismas, así como por las dimensiones del estudio, se desarrollaron 54 grupos focales en siete hospitales de la red sanitaria del Instituto Nacional de la Salud en las que participaron 326 personas. A partir del análisis estructurado de la información obtenido de los grupos focales se identificaron en total 14 dimensiones o áreas de relevancia para el/la usuario/a. Posteriormente, se confeccionaron tres tipos de cuestionarios: servicios médicos con 59 preguntas, servicios quirúrgicos con 63 preguntas y obstétricos con 50 preguntas. La funcionalidad del cuestionario se valoró mediante la fase de pretest cognitivo para evaluar la comprensión de la pregunta y la facilidad de respuesta por parte del usuario/a, de este modo se midió la fiabilidad del instrumento. A continuación, se pasó una fase de pilotaje para valoración de las características de la encuesta en cuanto a su fiabilidad interna, validez de la construcción y finalmente la elaboración de la encuesta definitiva (INSALUD, 2001). Una vez validada se

comenzaron a pasar encuestas de satisfacción de posthospitalización en la Región de Murcia en el año 2002, para estudiar la calidad asistencial en los siguientes hospitales: Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca, Hospital Santa Maria del Rosell, Hospital Rafael Méndez, Hospital Los Arcos, Hospital Comarcal del Noroeste y Hospital Virgen del Castillo.

Dado que el proyecto de investigación comenzó a gestarse a finales del año 2006 y principios del 2007, consultamos las encuestas corporativas pertenecientes al año 2005, recogiendo algunos de los ítems más significativos para la justificación del estudio. Así pues, de 538 mujeres encuestadas que habían dado a luz en los hospitales de la Región de Murcia; el 49.1% manifestaban haber recibido un “trato tranquilizador por parte del equipo”; el 47.5% habían recibido siempre o casi siempre “ayuda durante la higiene personal”; el 18,3% manifestaba siempre o casi siempre se había producido una “presentación del personal”; el 50,6 % de las puérperas expresaban “confusión con el personal que le atendieron en el hospital”; el 54.5% relataban que habían “buenas instalaciones en las salas de dilatación”; el 33.2% consideraban insuficiente la “información sobre la situación del neonato tras el parto”; el 35.2% percibía clara y suficiente la “información en planta sobre los cuidados y alimentación del neonato”; el 32,5% opinan que “no recibieron información acerca de las normas de funcionamiento general del hospital”; al 55,3% de las puérperas “no le explican con claridad el tratamiento y los cuidados que debían de seguir en casa en el momento del alta”; el 22,8% encontraron en “buenas condiciones las instalaciones del hospital”; el 46,6% de las parturientas “no les permitieron tener acompañamiento en dilatación” (Consejería de Sanidad y Consumo Región de Murcia, 2005).

Todos estos datos sugieren la necesidad de explorar todas aquellas dimensiones que interfieren en la calidad asistencial de las mujeres en la atención perinatal dentro del marco de la humanización de los cuidados, atendiendo a aspectos implicados con la estructura relacional que se establece en el proceso de atención, la propia organización sanitaria y la infraestructura hospitalaria. Además, es de vital importancia focalizar la calidad de la atención ofrecida a la mujer en el proceso reproductivo, revisando las prácticas obstétricas y el respeto a los derechos asistenciales de ella y su pareja. Una de las mayores críticas que se pueden emitir hacia la actual atención al parto y el desarrollo de la praxis es que muchas

veces no se busca tanto facilitar el proceso natural sino sacrificar la dimensión emocional y espiritual del nacimiento de la criatura.

En este sentido, las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud y meta-análisis de estudios controlados sugieren que se continúa practicando un cuidado perinatal y uso de tecnología de manera inapropiada. Esta reflexión induce a pensar que la actividad asistencial de los/as profesionales está circunscrita en base a un modelo asistencial asentado en el pensamiento racional y técnico que tiende a visualizar a la mujer como un sujeto segmentado y como tal, existe una repercusión en la atención recibida. Esta deficiencia en la percepción holística y falta de integridad de la usuaria implica dificultades para adentrarse en la esfera emocional, espiritual y responder a sus expectativas y necesidades durante la experiencia del embarazo, parto y puerperio. De este modo, se cuestiona aspectos relacionados con la deshumanización de la atención, dado que se pone en entredicho la calidad de la estructura relacional entre el/la agente de salud y la mujer, elemento que influye en la calidad de la asistencia obstétrica, así como en la satisfacción o insatisfacción de la mujer en la vivencia del proceso perinatal.

Así pues, tras reflexionar sobre un fenómeno social que está teniendo lugar en el ámbito sanitario, planteamos cuestiones tales como: ¿Por qué la deshumanización del embarazo, parto y puerperio?, ¿Cómo viven las mujeres esta experiencia?, ¿Cuáles son las percepciones de las parejas y las mujeres acerca de los cuidados recibidos por el equipo asistencial?, ¿Qué elementos influyen en la Institucionalización de la atención perinatal?, ¿Cómo se podría conseguir una atención asistencial rica en matices humanos?, ¿Qué factores son influyentes en el tipo de relación que se establece entre los/as agentes sanitarios, la mujer y la pareja?, ¿De qué forma la organización sanitaria influye en la satisfacción de la experiencia vivida por la mujer y su pareja?, ¿Cómo reaccionan las usuarias ante la atención recibida?.

Tomando como punto de partida estas reflexiones iniciamos la investigación focalizando el objeto de estudio en el periodo perinatal, centrándonos en la atención asistencial que reciben tanto las mujeres y parejas en el escenario donde tiene lugar la acción social, teniendo en cuenta el significado simbólico que dan los actores y que se deriva

de la estructura relacional, así como la vivencia de la experiencia fruto de esa interacción. Este estudio permitiría tener respuesta a estos interrogantes con la finalidad de identificar aquellos aspectos cualitativos que aportarían una mejora de la atención obstétrica. Con estas unidades de análisis, la investigación debe constituir un instrumento de reflexión en el equipo de salud acerca del ajuste de su praxis a las recomendaciones de la propuesta del Ministerio. De este modo, podrían surgir necesidades, demandas e inquietudes en formación para la mejora de las buenas prácticas en la atención al parto normal y postparto inmediato. Además impulsaría líneas de investigación entre los/as profesionales que aporten estrategias para llevar a cabo la humanización de la atención perinatal. Todo ello, permitiría mejorar el conocimiento científico sobre el proceso asistencial y la posibilidad de hacerlo extensible al resto de instituciones sanitarias del Sistema Nacional de Salud e integrarlo en la docencia de aquellos colectivos implicados en la atención reproductiva, tal como señala *la cuarta línea estratégica* de la Estrategia de Atención al Parto Normal en el apartado 4.4. “es importante conocer las experiencias de centros sanitarios que desarrollen ejemplos de innovación y buenas prácticas en la atención al parto normal. Su difusión permitiría la transferencia de conocimiento y replicación en otros centros (...)” (M.S.C., 2007, p. 39). Aunque esta investigación no presenta innovación en prácticas asistenciales, sí aporta importantes sugerencias para mejorar la humanización de la atención asistencial, así mismo, desarrolla ampliamente las recomendaciones contempladas en esta línea estratégica, concretamente “la promoción de estudios de impacto de las diferentes prácticas de salud física y psicoafectiva de las madres, los bebés y los padres” y “la identificación de las buenas prácticas en la atención al parto normal (...)” (M.S.C., 2007, p. 39).

BLOQUE II: OBJETIVOS

CAPÍTULO V. OBJETIVOS GENERALES Y ESPECÍFICOS

En esta investigación vamos a explorar la experiencia vivida de los padres y profesionales en el proceso perinatal. Para ello deberíamos conocer qué necesidades emergen para planificar el parto lo menos intervenido posible, qué pensamientos sugieren esta realidad, qué sentimientos predominan, qué expectativas asistenciales se plantean, qué conocimientos se tienen sobre el tema, con qué limitaciones se encuentran los padres y profesionales para abordar este fenómeno, qué iniciativas y propuestas de mejora se plantean; todo ello, intentando analizar los modelos de actuación e interacción del equipo asistencial con los padres y la sociedad, con la finalidad de alcanzar una humanización en la atención perinatal mejorando la calidad asistencial de la misma. Dada la orientación filosófica en la que está enmarcado el estudio y al tratarse de un método de análisis inductivo, no planteamos hipótesis de partida. Así pues, a partir de la elaboración de objetivos generales y específicos pretendemos analizar el fenómeno de estudio.

OBJETIVOS GENERALES Y ESPECÍFICOS.

5.1. Averiguar cuáles son los factores que influyen en la Institucionalización del proceso reproductivo desde la perspectiva de los actores que interviene en el proceso.

- Valorar los factores que influyen en la intervención del proceso reproductivo de la mujer desde la perspectiva del equipo de salud.
- Analizar los factores que influyen en la intervención del proceso perinatal desde la perspectiva de la mujer y su pareja.

- Explorar los factores que influyen en la intervención del proceso perinatal desde la perspectiva de las instituciones.

5.2. Analizar el impacto de las líneas estratégicas sobre las que se sustenta la Estrategia de Atención al Parto Normal en el ámbito asistencial de la Atención Especializada con la finalidad de explorar la praxis obstétrica de los/as profesionales.

- Explorar las respuestas de las instituciones sanitarias ante la implantación de la Estrategia de Atención al Parto Normal y su repercusión en los/as profesionales.
- Estudiar las reacciones de los/as profesionales ante la Estrategia de Atención al Parto Normal.
- Analizar la práctica profesional para el abordaje del proceso perinatal, desde la perspectiva del documento de la Estrategia de Atención al Parto Normal.
- Valorar las percepciones de la mujer y su pareja ante la implantación del documento de la Estrategia de Atención al Parto Normal.
- Identificar las interferencias en la humanización de la atención perinatal.

5.3. Estudiar mediante el análisis del discurso la naturaleza de la relación clínica que se establece en la atención perinatal.

- Analizar la interacción clínica que se establece entre los/as profesionales la mujer y su pareja en Atención Primaria.
- Explorar la interacción que se establece entre los/as profesionales la mujer y su pareja en las Unidades Ginecológicas de Apoyo.
- Averiguar la estructura relacional que se establece entre los/as profesionales la mujer y su pareja en la Unidad de Urgencias – Paritorio y Unidad de Puerperas.

5.4. Identificar cómo viven y construyen los padres y los/as agentes de salud el proceso perinatal profundizando sobre el concepto de la humanización del mismo.

-
- Describir los sentimientos y experiencias que produce el embarazo, parto y el puerperio reciente en la mujer y su pareja.
 - Explorar las actitudes de los/as profesionales para hacer una aproximación a los valores que poseen los/as profesionales correspondientes a las unidades de estudio implicadas en el proceso de atención al embarazo, parto y puerperio. Centrándonos en el fenómeno de la humanización del mismo.

5.5. Observar las estructuras de las instalaciones correspondientes a la Atención Especializada (salas de dilatación, paritorio y hospitalización), incluyendo la infraestructura y la organización de los servicios.

BLOQUE III. MARCO METODOLÓGICO

CAPITULO VI. METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

6.1. LA METODOLOGÍA CUALITATIVA.

Una investigación supone un proceso sistemático en el que intentamos dar respuesta a las preguntas que nos planteamos, para ello, hacemos uso de una metodología para obtener el conocimiento. Por tanto, la metodología de la investigación se entiende como una aproximación a nuestro objeto de estudio con la finalidad de obtener respuesta a los interrogantes que nos habíamos formulado. Se trata de un conjunto de medios teóricos, conceptuales y técnicos que se activan y que nos conduce a la percepción de una cosmovisión determinada de la realidad, unida a “una determinada perspectiva teórica para comunicar e interpretar la realidad” (Vasilachis, 2006, p. 27). Esto representaría un modelo de pensamiento o paradigma que conforma una base estructural de conocimiento. Cada paradigma establece sus propias reglas que, a su vez formulan vías de investigación que obedecen a sus propias premisas, supuestos y postulados, constituyendo el método. Así pues, la metodología nos indicará el camino que debemos seguir en el laborioso proceso de la investigación, y finalmente las técnicas no son sino procedimientos específicos de recogida o producción de información.

Partiendo de una visión integradora de metodología, métodos y técnicas, reproducimos la definición de Denzin y Lincoln (1994) “la investigación cualitativa se caracteriza básicamente por estudiar los fenómenos en su contexto natural, intentando encontrar el sentido o la interpretación de los mismos a partir de los significados que las personas le conceden” (p. 17). En este sentido “la investigación cualitativa se basa en una visión del mundo que parte de los siguientes posicionamientos: no existe una realidad única,

la realidad se basa en percepciones, es diferente para cada persona y cambia con el tiempo, y aquello que conocemos tiene sentido y significado solamente en una situación o contexto completo” (Burns, y Grove, 2011, p. 387).

De acuerdo con los objetivos consideramos que la metodología a utilizar en la investigación sigue el paradigma cualitativo porque utiliza procedimientos orientados a la búsqueda de entender la naturaleza de los fenómenos sociales en su contexto natural y encontrar sentido e interpretación de los mismos a partir de los significados que las personas conocen. De este modo, pretendemos “encontrar problemas del fenómeno que estamos explorando y hallar respuestas y soluciones mediante la adquisición de nuevos conocimientos sobre el mismo” (Sierra, 1985, p. 27).

La investigación cualitativa es pragmática, interpretativa y está asentada en la experiencia de las personas, por ello, conseguir extraer la realidad del proceso social supone:

“a) inmersión en la vida cotidiana de la situación seleccionada para el estudio, b) la valoración y el intento por descubrir perspectivas de los participantes sobre sus realidades , c) la consideración de la investigación como un proceso interactivo entre el investigador y los participantes del estudio, como descriptiva y analítica, donde tanto las palabras como el comportamiento observable adquieren el mayor protagonismo y se transforman en datos de mayor interés para el investigador” (Vasilachis, 2006, p. 26).

Por tanto, nos aportará datos que nos permitirá escudriñar la estructuración del fenómeno de estudio, así como conocer de primera mano la racionalidad de cómo se presenta la realidad que estamos estudiando.

De acuerdo con los propósitos del estudio, consideramos los Grupos de Discusión y la Entrevista en Profundidad, como los instrumentos más adecuados, por la riqueza de datos que pueden aportar los discursos que producen los sujetos de estudio. Así mismo, se complementó con la Observación Externa No Participante- Directa e Indirecta y el uso del Diario de Campo como método de soporte a lo largo de todo el proceso de planificación e inicio del trabajo de campo inherente a la investigación.

6.2. EL DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN.

6.2.1. MUESTREO.

Diseño de la muestra de estudio

Esta investigación centrada en la humanización de las prácticas profesionales y de la atención recibida durante la atención perinatal por las usuarias del Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca y Atención Primaria del Área I de Salud de la Región de Murcia, está constituida por matronas, enfermeras y médicos/as relacionados/as con el proceso reproductivo y que actualmente desarrollan su actividad asistencial en las unidades de estudio. De igual modo, se seleccionaron mujeres con sus respectivas parejas que habían dado a luz en dicho hospital y pertenecían a los Centros de Salud correspondientes al área de estudio. La selección de los/as informantes fue sistemática, siguiendo los criterios de selección que elaboramos previamente y considerando su pertinencia y adecuación con la finalidad de obtener información necesaria para la saturación del fenómeno objeto de estudio y la representación de éste respecto a la población de referencia.

Sobre la variedad de profesionales seleccionados, intentamos captar a aquellos/as que interactuaban en el proceso de la atención perinatal y que trabajaban en los diferentes niveles asistenciales, de esta forma, pretendíamos obtener información rica y variada referente a su praxis, así como analizar los universos simbólicos sobre el fenómeno de estudio entre los colectivos, discursos del equipo asistencial y su interrelación profesional.

Criterios de Selección de la muestra**a) Criterios Genéricos de la muestra.**

Criterios Genéricos.	Ubicación
Áreas de Ubicación de los Centros de Salud – Área I de Salud Región de Murcia y Unidades Ginecológicas de Apoyo asignadas a cada Centro de Salud (Anexo 11).	Centros de Salud ubicados en el área urbana y poblaciones cercanas a la misma (pedanías). Área Urbana: Centro Salud de Vistabella. Unidad Ginecológica de Apoyo (Infante). Centro Salud de La Flota. Unidad Ginecológica de Apoyo (La Flota). Centro de Salud del Barrio del Carmen. Unidad Ginecológica de Apoyo (Barrio del Carmen). Centro Salud de Santa María de Gracia- Unidad Ginecológica de Apoyo (Santa María de Gracia). Pedanías: Centro Salud de Santomera. Unidad Ginecológica de Apoyo (Puente Tocinos). Centro Salud de Puente Tocinos. Unidad Ginecológica de Apoyo (Puente Tocinos).
Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca.	Unidades de atención perinatal del Pabellón Materno-Infantil : Unidad de Urgencias – Paritorio. Unidad de Medicina Materno Fetal. - Unidad de Día Obstétrica. - Unidad Hospitalización de Gestantes. - Área de Medicina Fetal. Unidad de Hospitalización Puerperio. Consultas de Prenatal o Alto Riesgo Obstétrico.

b) Criterios específicos de selección de muestra: médicos/as.

Criterios Específicos. Médicos/as.	
Variables Generales	Variables Específicas
Nivel Asistencial de procedencia.	Nivel Atención Primaria. Nivel Atención Especializada.
Perfil Profesional.	Médico/a de Familia. Obstetras. Pediatras.
Funciones que desarrolla.	Asistencial.
Intergeneracionalidad.	Entre 1 y 30 años de experiencia.

c) Criterios específicos de selección de muestra: matronas y enfermeras.

Criterios Específicos. Matronas y Enfermeras	
Variables Generales	Variables Específicas
Nivel Asistencial de procedencia.	Nivel Atención Primaria. Nivel Atención Especializada.
Perfil Profesional.	Matronas. Enfermeras.
Funciones que desarrolla.	Asistencial.
Intergeneracionalidad.	Entre 2 y 37 años de experiencia.

Profesionales

La definición de la muestra constituida por los/as profesionales, el investigador cree conveniente no aportar datos relacionados con el lugar donde desempeña sus actividad asistencial por razones de confidencialidad, ya que podrían ser reconocidos por el resto del equipo de salud que forman parte de las unidades de estudio. Esta situación se debe a que estamos abordando el análisis sobre colectivos reducidos, por tanto, cualquier dato podría revelar la identidad.

Las variables que se tuvieron en cuenta para la selección de la muestra fueron las siguientes:

1. Perfil Profesional.

Esta variable fue tomada en cuenta siguiendo las recomendaciones realizadas por Blázquez (2009) quien afirma que

“es la principal variable dado que establece las diferencias entre los/as profesionales ya que cada uno de ellos presta una atención diferente en la asistencia perinatal y tiene una relación diferente con respecto a las mujeres, es decir, ocupa un lugar que le condiciona el tipo de relación entre ellas y las decisiones que se tienen que tomar (...). Las diferentes funciones y responsabilidades en la atención perinatal y las relaciones de jerarquía y dominación de lo médico, provoca que las relaciones de poder entre profesionales se mantengan (...). Los perfiles también implican diferentes procesos de formación y, por ejemplo, las matronas y las enfermeras reciben en su formación más conocimientos en ciencias sociales y humanas frente a los obstetras cuya formación es más biomédica” (p. 136).

Partiendo de esta premisa, seleccionamos a matronas enfermeras y médicos/as. Todos/as se interrelacionan laboralmente e interaccionan con la mujer en base a unas relaciones de poder inherentes a la categoría profesional. De este modo, exploraríamos cómo es la naturaleza de las relaciones que se establece entre ellos/as como miembros del equipo de salud, de qué manera influye la formación recibida en la atención prestada a la mujer y, por último, analizar los recursos de afrontamiento que le ofrecen a la mujer y su pareja durante la experiencia del nacimiento. Consideramos que ésta será distinta si se basa en un modelo biomédico o humanista.

2. Nivel de procedencia.

2.1. Atención Primaria: Centros de Salud pertenecientes al Área Sanitaria I.

Se seleccionaron a estos/as profesionales por ser agentes de salud que intervienen de forma directa en el Programa de Atención Integral de la Mujer, cuyas funciones, entre otras, es la de colaboración conjunta con la matrona y el ginecólogo/a –tocólogo/a en el seguimiento de todo el proceso de la gestación y puerperio. Pensamos que podemos obtener discursos referentes a las expectativas y sentimientos de la mujer en la experiencia vivida durante toda la atención perinatal. También podríamos averiguar recursos que dispone la usuaria desde la Atención Primaria para la adquisición de conocimientos que contribuyan a la vivencia de su proceso. Por otro lado, los/as médicos/as de familia pueden ser informantes adecuados tanto para conocer los niveles de intervención médica y humanización de la secuencia reproductiva, así como el grado de satisfacción de la mujer en la atención recibida por el equipo sanitario en el hospital. Mediante el análisis de sus discursos nos podría aproximar a un conocimiento sobre el protagonismo y empoderamiento adquirido por la matrona en este nivel asistencial.

2.2. Atención Especializada: Unidades Ginecológicas de Apoyo.

Centramos la atención en estos/as agentes de salud porque son los/as responsables de la petición de pruebas ecográficas e invasivas durante el embarazo. Esta circunstancia nos ayudaría a explorar sus discursos y representaciones sobre el riesgo obstétrico. De igual forma, nos permitiría explorar el tipo de interacción clínica que se establece entre las mujeres

y los/as gineco-obstetras en las Unidades Ginecológicas de Apoyo. Un aspecto relevante para la investigación que se da en este nivel asistencial son los dilemas éticos ante la toma de decisiones que debe realizar la mujer con el Consentimiento Informado de las pruebas invasivas. Esto revelaría información acerca de los sentimientos que se derivan de estas situaciones, así como la actitud de los/as profesionales ante ellas.

Las unidades pertenecen administrativamente y jerárquicamente a la Atención Especializada. En nuestro ámbito de estudio existen cinco, de las cuales solamente participaron en la investigación dos; por consiguiente para salvaguardar la confidencialidad y el derecho de privacidad de los/as participantes, se omiten datos referentes a los Centros de Salud que ofrecen atención asistencial, dado que podrían ser fácilmente identificables.

2.3. Atención Especializada: Hospital Universitario Virgen Arrixaca.

- Área de Medicina Fetal.

Se seleccionaron a profesionales de este área porque se trata de un servicio altamente tecnificado donde existe una gran intervención médica del proceso reproductivo, ya que se llevan a cabo todas aquellas pruebas para la detección de anomalías genéticas: ecografías de alta resolución, cordoncentesis, amniocentesis y valoración del riesgo obstétrico.

- Unidad de Día Obstétrica.

Se escogieron a obstetras pertenecientes a este servicio porque se atienden a mujeres de alto y bajo riesgo obstétrico en los estadios finales de la gestación, tal como señalamos en el análisis contextual. En ella da comienzo el proceso a través del cual la mujer accede al aparato médico antes del inicio del proceso de dilatación, parto y puerperio. Existe una gran intervención de la Institución médica dado que a la mujer se le realiza pruebas, tales como: monitorización fetal, pruebas de oxitocina, inducciones de parto. Todo ello conducido por protocolos o guías asistenciales hospitalarias.

Así mismo, se seleccionaron estos/as agentes de salud porque es un espacio compartido por matronas donde interaccionan en el ámbito laboral y comparten los

discursos. De esta forma nos podríamos acercar al universo simbólico que los/as médicos/as tienen sobre las matronas y viceversa.

Hay que resaltar que el equipo de salud perteneciente a las unidades anteriormente mencionadas, desarrollan actividad asistencial en la Unidad de Urgencias – Paritorio. Este hecho nos ayudaría a obtener información acerca de sus representaciones sobre la secuencia reproductiva.

- Unidad de Urgencias - Paritorio.

Constituye uno de los principales focos de estudio para conseguir el objetivo dedicado al análisis de las recomendaciones de la Estrategia de Atención al Parto Normal. Igualmente sería relevante para el análisis de las relaciones de poder que se establece en la interacción entre matronas y tocólogos/as, así como la estructura relacional que se lleva a cabo con la parturienta. El equipo de salud, mediante sus discursos nos aproximaría al universo simbólico que poseen acerca de la atención asistencial de la secuencia reproductiva, las actitudes que emergen de la construcción de significados derivados la interacción y, por ende, la orientación a unos determinados valores que dirigen la intervención profesional. En esta unidad de estudio se podría hacer un análisis exhaustivo acerca de los sentimientos de la mujer y pareja que se manifiestan en el proceso asistencial en el parto y puerperio inmediato.

Los/as neonatólogos/as, como sujetos de estudio, pueden ser informantes válidos por la cercanía de la mujer en el periodo del parto y puerperio. Participan en la valoración del neonato tras el nacimiento, por tanto, nos pueden aportar valiosa información sobre la intervención del aparato médico en el proceso del parto y su repercusión sobre el recién nacido. Además, nos informarían sobre las representaciones ideológicas del equipo obstétrico en torno al nacimiento y su actitud al cambio en las prácticas intervencionistas, según las directrices de la Estrategia de Atención al Parto Normal.

- Unidad de Hospitalización de Puerperio.

En las plantas de puerperio, tal como avanzábamos en el análisis contextual, interaccionan enfermeras, pediatras, tocólogos/as y auxiliares de enfermería, por tanto, mediante los discurso del equipo asistencial podríamos obtener información acerca de sus representaciones ideológicas en la fase final de la secuencia reproductiva. Así mismo, se analizaría la interacción clínica que cada uno de los colectivos establece con la puérpera y el padre, y se exploraría la satisfacción vivida por los mismos analizando los sentimientos que fluyen de la percepción de la atención asistencial.

3. Criterio de intergeneracionalidad.

3.1. Matronas.

La selección del colectivo de matronas estuvo basada en el criterio intergeneracional. Para ello se seleccionaron aquellas que habían finalizado sus estudios en las décadas de los 70, 80, 90, y en los años 2003-2007 (periodo en el que salen las primeras promociones de matronas de la Unidad Docente de Matronas de la Universidad de Murcia). Intentamos abarcar un grupo que se hubiese formado entre los planes de estudios del 1957 hasta el actual. Con ello, nos proponíamos conocer las representaciones ideológicas que poseen acerca del proceso reproductivo, orientándonos sobre el sentido de sus prácticas asistenciales. Por otro lado, se deseaba profundizar en las experiencias, valores adquiridos durante su periodo formativo y laboral, opiniones, situaciones y reflexiones sobre la práctica profesional de la matrona durante las épocas anteriormente reseñadas, susceptibles de ser analizadas y contrastadas. Esto nos permitiría:

- Observar cómo ha ido evolucionando el empoderamiento de la matrona a lo largo de los años.
- Estudiar la actitud tecnocrática o socio-crítica que se pone de manifiesto en sus prácticas asistenciales, observando si su praxis obstétrica es más o menos intervencionista en la secuencia reproductiva.
- Explorar la demarcación de los espacios simbólicos de poder entre los colectivos de matronas y gine-tocólogos/as en el ámbito laboral. Esta relación nos debería

aproximar a la situación actual sobre las relaciones interprofesionales que se viven en las unidades de estudio.

Un aspecto que tuvimos muy presente para la configuración del grupo fue, al igual que el Grupo de Discusión de los/as médicos/as, el criterio de jerarquía y docente. Se pretendía que no existiesen cargos directivos procedentes de instituciones del Sistema Murciano de Salud. Teniendo en cuenta el criterio docente, nos asegurábamos que en el grupo no hubiese profesores de la Unidad Docente de Matronas de la Universidad de Murcia. Este último punto era importante, dado que parte del mismo iba a estar constituido por matronas que se habían formado en la mencionada unidad y finalizado sus estudios recientemente. Aspectos que consideramos relevantes dado que pueden ser elementos que podrían contribuir a extraer información sesgada de los discursos.

3.2. Médicos/as.

Al igual que las matronas también se contempló el criterio de intergeneracionalidad, ya que podíamos extraer información acerca de cómo se ha ido conformando las prácticas asistenciales en base a un Modelo Médico Hegemónico y hacia dónde evoluciona con las generaciones más recientes. También podríamos observar de qué manera el factor generacional determina el tipo de interacción que se da tanto entre los/as profesionales como en la mujer, y el significado simbólico que los actores dan a dicha interacción. Consideración que nos ayudaría a entender aspectos que formarían parte de la humanización del proceso asistencial. De igual modo, ocurriría con el colectivo de matronas, muchas de las cuales se han formado siguiendo la misma ideología.

Años de Experiencia Laboral: matronas y enfermeras.									
Matrona 1	Matrona 2	Enfermera 3	Matrona 4	Matrona 5	Matrona 6	Matrona 7	Matrona 8	Matrona 9	Matrona 10
5 años	35 años	35 años	27 años	25años	24-25 años	6 años	2 años	10 años	16 años

Años de Experiencia Laboral: médicos/as.							
MÉDICO 1	MÉDICO 2	MÉDICO 3	MÉDICA 4	MÉDICA 5	MÉDICO 6	MÉDICA 7	MÉDICA 8
1 año	36 años	35 años	10 años	9 años	1 año	24años	27 años

Los criterios de exclusión que contemplamos fueron los siguientes:

- Matronas que no pertenecieran a las unidades de estudio.
- Matronas que tuviesen un cargo jerárquico en la Institución.
- Enfermeras Internas Residentes en Enfermería Obstétrica - Ginecológica (Matrona).
- Enfermeras/os pertenecientes a la Atención Primaria de Salud.
- Enfermeras/os no pertenecieran a las unidades de estudio.
- Enfermeras/os en formación.
- Médicos/as que no pertenecieran a las unidades de estudio.
- Médicos/as que tuviesen un cargo jerárquico en la Institución
- Médicos/as Internos Residentes.
- Matronas, enfermeras/os y médicos/as que no desearon participar.

Estos criterios de exclusión de los/as profesionales, los justificamos argumentado las siguientes razones:

- a) Residentes y en formación PreGrado. Este grupo fue excluido por estar en periodo de formación y en pleno proceso de construcción en valores y carentes de experiencia en el ámbito asistencial como profesionales que desarrollan su trabajo de forma absolutamente autónoma. Así mismo, entendíamos que podrían tener una cosmovisión de la realidad asistencial poco construida y afianzada.
- b) Cargos Jerárquicos. Comentado en apartados precedentes.
- c) Enfermeras de Atención Primaria. En el área de estudio, las/os enfermeras/os no tiene un papel relevante en el Programa Integral de Atención a la Mujer, por consiguiente, su relato sería pobre acerca de los sentimientos y percepciones de la mujer y su pareja sobre la vivencia de la maternidad, dada la escasa relación existente en este nivel asistencial.

Puérperas y parejas

La definición de la muestra constituida por puérperas y parejas siguieron los siguientes criterios:

1. Criterios específicos de selección de muestra.

Variables Generales.	Variables Específicas.
Nivel Asistencial de procedencia.	Área I de Salud.
Hospital donde van a dar a luz.	Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca.
Tipo de Parto	Eutócico- Fórceps – Vacuum- Cesárea no electiva ni programada.
Tipo de asistencia.	Asistencia Pública: Itinerario asistencial, según establece el Programa Integral de Atención a la Mujer.
Periodo de la fase puerperal.	Entre el 8º y 30º día después del parto.
Acompañamiento de la Pareja.	Acompañamiento continuo o intermitente de la pareja en los distintos niveles de atención asistencial.
Origen.	Españolas e inmigrantes que dominen el castellano.
Edad.	Entre 20 y 42 años.
Antecedentes Obstétricos.	Primigestas y Múltiparas

Los criterios de inclusión de las mujeres y parejas fueron:

- Todos ellos/as debían pertenecer al Área I de Salud de la Región de Murcia. Pertenecer a los Centros de Salud seleccionados y cuya atención perinatal siga el itinerario establecido por el Programa Integral de Atención a la Mujer.
- Las puérperas debían seleccionar el Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca como referencia para la atención de la secuencia reproductiva: dilatación, parto y puerperio.
- Aunque el criterio de asistencia en el sistema público es de gran importancia, se integraron en el estudio aquellas mujeres que fueron conducidas paralelamente en el ámbito privado, pero que finalmente dieron a luz en el hospital de estudio, ya que el relato de sus experiencias serían igualmente enriquecedor para la investigación. En este sentido, lo más relevante es que han estado sometidas a la estructura organizacional del protocolo asistencial establecido en el Programa de Atención a la Mujer. Esta relación aportaría información acerca de la percepción de seguridad de la

mujer con respecto a los niveles asistenciales públicos relacionados con la preocupación del riesgo y la necesidad de un control extremo de la gestación.

- Otro aspecto contemplado fue el tipo de parto, incluyendo a mujeres cuyos partos fueron tanto eutócicos como distócicos (fórceps, vacuum y cesáreas no electivas ni programadas). De este modo, podríamos estudiar el impacto de las líneas estratégicas de la Estrategia de Atención al Parto Normal en los/as agentes de salud. Consideración que nos resultaría útil para explorar en qué medida el equipo de salud sigue las recomendaciones del documento, dependiendo de si el parto es más o menos intervenido.
- Se seleccionaron a mujeres que estuvieran en la fase puerperal comprendida entre el 8º y 30º día. Entendíamos que era el tiempo adecuado para que la mujer y su pareja estuviesen integrados y acomodados en el ámbito familiar. Dada la proximidad temporal del evento, los acontecimientos serían recordados con mayor precisión, ayudando a aportar un discurso rico en matices sobre la experiencia vivida.
- El origen también constituyó otras de las variables a tener en cuenta. Aunque la gran mayoría eran de nacionalidad española, se excluyeron aquellas mujeres y parejas extranjeras que no tuviesen un dominio del castellano, con la finalidad de evitar que las preguntas formuladas por el investigador fuesen mal interpretadas y dar origen a discursos distorsionados.
- La edad. La importancia de esta variable radica en la consideración como factor de riesgo tanto en los protocolos como en los programas de los distintos niveles asistenciales, por tanto, es un indicador en el cual se basan los/as obstetras para la realización de determinadas pruebas invasivas. Así mismo, “las mujeres han interiorizado la importancia de la edad desde el riesgo (...)” (Blázquez, 2009, p. 131), hecho que podría estar relacionado con las representaciones ideológicas en torno al sometimiento de la tecnología y la subordinación al aparato médico. Por otro lado, pensamos que la edad podría influir en los recursos de afrontamiento que la mujer tiene ante los agentes estresantes que se puedan presentar en el itinerario asistencial.

-
- El contemplar los antecedentes obstétricos nos aportaría información relevante acerca del conocimiento que poseen del itinerario asistencial y el tipo de interacción que se establece con los/as profesionales, en definitiva, el escenario donde se desarrolla la atención asistencial. Todo ello podría influir en los recursos que tanto la mujer como su pareja puedan tener para afrontar la vivencia, obteniendo información acerca de los sentimientos que emergen durante la misma. Siguiendo a Rodríguez y Zurriaga (1997) “la novedad puede producir por sí misma una valoración de estrés, por cuanto implica desconocimiento, impredecibilidad e incapacidad de control (...)” (p. 41).
 - Respecto a la pareja, se seleccionaron aquellos hombres que acompañaron a sus mujeres en el circuito asistencial, independientemente hubiese sido continuo o discontinuo. Este aspecto fue contemplado por la dificultad que entraña el acompañamiento del marido a las visitas en Atención Primaria, por motivos laborales, así como los obstáculos encontrados en la Institución hospitalaria para ofrecer apoyo a su mujer. Tener en cuenta esta variable sería de gran utilidad dado que nos acercaría a las representaciones que tiene la pareja acerca de la maternidad, las percepciones, sensaciones y experiencias vividas a lo largo de todo el proceso reproductivo, así como su participación en la paternidad.
 - Por último señalar que, dado que se pretende estudiar el fenómeno de la humanización, no se consideró el nivel socio-económico. Éramos conscientes que contemplarlo influiría positivamente en la calidad de los datos, ya que “se expresan bien, están bien informados, son más comunicativos (Sandelowski, 1995) (...), proporcionan datos con mayor profundidad y amplitud” (Burns, y Grove, 2011, p. 282). Sin embargo, para obtener una aproximación más real al fenómeno de análisis desde distintas perspectivas, nos pareció importante revelar los discursos de los sujetos de estudio pertenecientes a todos los estratos sociales que cumplan los criterios de inclusión. Con ello, se pretendía conseguir una muestra amplia y heterogénea que represente el máximo posible a todas las mujeres que reciben asistencia obstétrica en las unidades de estudio.

Respecto a los criterios de exclusión seguidos, atendieron a las siguientes razones:

- Puérperas cuyo seguimiento de la gestación haya sido en instituciones privadas.
 - Puérperas cuyas etapas de parto y puerperio no hayan tenido lugar en Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca.
 - Puérperas que presenten patología psiquiátrica.
 - Mujeres cuya gestación haya sido mediante reproducción asistida.
 - Mujeres extranjeras que no posean dominio del idioma.
 - Mujeres que no han sido alfabetizadas.
 - Mujeres y parejas que no desearon participar.
- a) La alfabetización sanitaria era un aspecto a considerar dado que uno de los Centros de Salud seleccionado está ubicado en un barrio deprimido de la zona urbana de Murcia donde existe un alto porcentaje de analfabetización. Se optó por no introducirlas, ya que durante la validación de las entrevistas se observó que no tenían un discurso productivo y claro, dada la dificultad para la expresión verbal de los acontecimientos vividos. Esto supondría dificultades en el análisis de los resultados.
- b) Gestantes conducidas exclusivamente en el ámbito privado, dado que la atención obstétrica prestada a las mujeres obedece a otros criterios. Por consiguiente obtendríamos relatos que distorsionarían el reflejo de la realidad asistencial que tiene lugar en el área de estudio.
- c) Mujeres cuya gestación haya sido mediante reproducción asistida dado que, según protocolo del Programa Integral de Atención a la Mujer, el proceso sería conducido al nivel hospitalario y un itinerario asistencial diferente. Circunstancia que dificultaría la exploración de las emociones y sentimientos de la mujer y su pareja en los diferentes niveles de atención. Así mismo, interferiría en el estudio de la interacción clínica establecida en el circuito asistencial.
- d) Mujeres cuyo parto fuese mediante cesárea programada. En estos casos, la mujer es citada directamente para la realización de la misma sin pasar por la Unidad Urgencias- Paritorio. De modo que sus discursos no serían relevantes para explorar

las unidades de análisis correspondientes a la ética clínica, interacción con los/as profesionales y los sentimientos que emergen de la misma.

Una vez considerados los criterios establecidos para determinar el tamaño de la muestra y tras la petición de participación a los posibles informantes, así como su selección sistemática con la aplicación de los criterios de inclusión y exclusión, obtuvimos una muestra definitiva que describimos a continuación:

Tamaño de la muestra

Profesionales.	Niveles de procedencia y unidades donde desarrolla su actividad asistencial.	
Médicos/as.	Atención Primaria.	Una médica de familia. Centro de Salud de Puente Tocinos. Consulta Medicina de Familia. Una médica de familia. Centro de Salud de Vistabella. Consulta Medicina de Familia.
	Atención Especializada.	Dos obstetras. Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca. Unidad de Medicina Materno Fetal. Dos obstetras. Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca. Unidad de Urgencias – Paritorio. Dos neonatólogos. Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca. Unidad de Neonatología.
Matronas.	Atención Primaria.	Una matrona. Centro Salud del Palmar-Consulta de Matrona. Una matrona. Centro Salud del Barrio del Carmen. Consulta de Matrona.
	Atención Especializada.	Tres matronas. Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca. Unidad Paritorio-Urgencias. Una matrona. Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca. Unidad de Día Obstétrica.
Enfermera.	Atención Especializada.	Una enfermera. Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca. Unidad de Hospitalización de Puerperio.

PUERPERAS Y PAREJAS	
CENTRO DE SALUD DE PROCEDENCIA	NÚMERO DE LA MUESTRA.
Centro de Salud de Vistabella.	Tres Puérperas. Tres Parejas.
Centro de Salud de La Flota.	Cuatro Puérperas. Dos Parejas.
Centro de Salud de Santa Maria de Gracia.	Tres Puérperas. No asisten parejas.
Centro de Salud de Puente Tocinos.	Dos Puérperas. Una pareja.
Centro de Salud del Barrio del Carmen.	Tres Puérperas. Dos Parejas.
Centro de Salud de Santomera.	Tres Puérperas. Dos Parejas.

Para la configuración del tamaño definitivo de la muestra encontramos las siguientes dificultades:

- a) Se intentó que hubiese simetría en la procedencia de los/as agentes de salud de los distintos niveles de atención asistencial con la finalidad que los discursos no estuvieran descompensados. Esta circunstancia no se pudo evitar, dado que hubieron fallos en la asistencia de los/as inicialmente convocados/as.
- b) Al considerar el criterio de intergeneracionalidad, inicialmente encontramos dificultades para encontrar una participación simétrica en las informantes de distintas generaciones, especialmente, matronas de Atención Primaria que perteneciesen a los Centros de Salud seleccionados para el estudio y hubieran sido formadas siguiendo el plan de estudios del 1957. Esta situación quedó solventada requiriendo la presencia de una matrona que perteneciese al Área I de Salud, aunque su centro de trabajo no estuviese seleccionado en la investigación. Lo que pretendíamos era analizar sus discursos desde una perspectiva diacrónica.
- c) No se consiguió la participación total de parejas invitadas a participar, señalando motivos laborales como causa principal de las ausencias.

Descripción de la muestra***Matronas:***

- Matrona 1 (prefiere no decir la edad), desarrolla su trabajo como matrona en el Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca desde hace cinco años. Termina su formación en Enfermería Obstétrico-Ginecológica en el año 2003. En ocasiones ejerce su labor asistencial en la Atención Primaria de Salud.
- Matrona 2. 56 años, ejerce su actividad profesional en el Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca desde hace 35 años. Finaliza su formación de matrona en el año 1979, en Valencia.
- Matrona 4. 48 años, ejerce su labor asistencial en la Atención Primaria de Salud. Realiza sus estudios de matrona en los años 1983-1984 en la Escuela Oficial de Matronas “Santa Cristina”. Trabajó en la Atención Especializada durante 17 años. Actualmente presta atención asistencial en Atención Primaria de Salud desde hace 9 años.
- Matrona 5. 48 años, realizó sus estudios en la Escuela de Matronas de Salamanca en los años 1985- 1986. Siempre ha estado ejerciendo su labor asistencial en Atención Especializada. Trabaja en el Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca desde hace 7 años.
- Matrona 6. 55 años, formada como matrona en Madrid en la Escuela Oficial de Matronas de “Santa Cristina” durante el periodo 1977-1978. Estuvo 7-8 años trabajando en Atención Especializada y posteriormente pasó a Atención Primaria. Actualmente desarrolla su trabajo en este nivel asistencial desde hace 17 años.
- Matrona 7. (Prefiere no decir la edad). Realiza sus estudios de matrona en Valencia y finaliza su formación en el año 2004. Desde entonces ejerce como matrona en el Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca. Ocasionalmente realiza labor asistencial en la Atención Primaria de Salud.
- Matrona 8. 33 años, se forma en la Unidad Docente de Matronas de Albacete, finalizando sus estudios en el año 2008. Trabaja en el Hospital Universitario Virgen de

la Arrixaca desde hace 2 años. Su labor asistencial es complementada con la de investigación.

- Matrona 9. 32 años, se forma en la Unidad Docente de Matronas de Barcelona, finalizando sus estudios en el año 2000. Actualmente ejerce como matrona 10 años en el hospital de estudio. Se dedica a la labor docente y asistencial.
- Matrona 10. 39 años, completa su formación como matrona en la Unidad Docente de Matronas de Madrid, finaliza sus estudios en el año 1997. Ejerce su labor asistencial en el Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca desde hace 16 años. En ocasiones lo compatibiliza con la Atención Primaria.

El número adscrito a cada matrona hace referencia a la posición ocupada en la mesa utilizada para el grupo de discusión. La número tres es la correspondiente a la enfermera de la Unidad de Hospitalización de Puerperio.

Enfermeras:

Dada la escasa participación de enfermeras en el grupo de discusión y la dificultad que entrañaba la realización de entrevistas en profundidad, se entrevistaron a seis enfermeras durante la Observación en la Unidad de Hospitalización de Puerperio. En el capítulo dedicado al análisis e interpretación de los resultados reflejamos las edades de las participantes y la experiencia en la labor asistencial con la finalidad de reflejar aquellos aspectos relacionados con el factor generacional. Tan sólo una participó en la sesión.

- Enfermera 3. 51 años, formada en Valencia, finaliza sus estudios en 1975, trabaja en dicho servicio desde hace seis años.

Médicos/as:

- Médico 1. Pediatra, 29 años, finaliza sus estudios de residencia en el año 2008. Actualmente desarrolla su labor asistencial en el hospital de estudio.
- Médico 2. Pediatra, 60 años, desarrollando su actividad asistencial desde hace 36 años. Compatibiliza la asistencia pública con la privada.

- Médico 3. Obstetra, 60 años, ejerciendo 35 años de labor asistencial en el Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca, desde el año 1976. Actualmente ofrece asistencia tanto en el sector público como el privado.
- Médica 4. Obstetra, 39 años, finaliza sus estudios como médico especialista en Obstetricia y Ginecología en el año 2000. Lleva trabajando en el hospital de estudio desde hace 10 años. Actualmente ejerce su labor asistencial en la Unidad de Urgencias – Paritorio, Unidad de Medicina Materno Fetal y Unidad de Día Obstétrica. Este trabajo es compatibilizado con la asistencia privada.
- Médica 5. Obstetra, 45 años, trabajando en el hospital de estudio desde hace 9 años. Su labor asistencial se circunscribe a la Unidad de Urgencias- Paritorio, Unidad de Medicina Materno Fetal y Unidad de Día Obstétrica.
- Médico 6. Obstetra, 30 años, finaliza sus estudios de residencia en el 2008. Desde entonces desarrolla su actividad asistencial en el hospital de estudio desarrollando asistencia en la Unidad de Urgencias – Paritorio.
- Médica 7. Médica de familia del Centro de Salud de Puente Tocinos, 54 años, finaliza sus estudios de residencia en Medicina Familiar y Comunitaria en 1992. Trabaja en Atención Primaria de Salud desde hace 27 años.
- Médica 8. Médica de Familia del Centro de Salud de Vistabella, 55 años, finaliza sus estudios de licenciatura en Medicina y Cirugía en 1977. Desarrolla su actividad asistencial en Atención Primaria de Salud desde hace 25 años.

Puérperas y parejas:

- Puérpera 1. Puérpera correspondiente al Centro de Salud La Flota, edad 30 años, primigesta, parto eutócico, profesión auxiliar administrativo, inmigrante procedente de Polonia, aunque habla perfectamente el castellano. Captada en el noveno día después del parto, da a luz en el Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca, itinerario asistencial exclusivamente en el sistema público.
- Pareja Puérpera 1. Fontanero, 33 años. Sólo acompaña a su mujer a las clases de educación maternal. No le acompaña en el parto.

-
- Puérpera 2. Puérpera adscrita al Centro Salud de Vistabella, edad 33 años, primigesta, captada al vigésimo quinto día después del parto, profesión enfermera. Parto eutócico. Da a luz en el Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca. Itinerario asistencial mixto: público y privado.
 - Pareja Puérpera 2. Auxiliar administrativo, edad 36 años. Acompaña a su mujer durante todo el circuito asistencial. No acompaña a su mujer en dilatación
 - Puérpera 3. Puérpera del Centro de Salud del Barrio del Carmen, 25 años, primera experiencia en el embarazo, trigésimo día después del parto, profesora de primaria y da a luz en Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca, Cesárea no electiva. Gestación atendida en el sistema público y privado.
 - Pareja Puérpera 3. Primera experiencia como padre, abogado, 25 años. Acompañó a su mujer durante todo el itinerario asistencial.
 - Puérpera 4. Puérpera perteneciente al Centro de Salud de Santa Maria de Gracia, edad 22 años, ama de casa, secundípara, captada en el vigésimo un día después del parto, da a luz en el Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca. Parto eutócico. Itinerario asistencial mixto: público y privado.
 - Pareja Puérpera 4. No asiste a la convocatoria.
 - Puérpera 5. Puérpera correspondiente al Centro de Salud de Santa Maria de Gracia, 42 años, trabaja como enfermera, secundípara, captada en el vigésimo segundo días después del parto, da a luz en el Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca, parto eutócico. Es atendida exclusivamente en el sistema público.
 - Pareja Puérpera 5. No asiste a la convocatoria.
 - Puérpera 6. Puérpera correspondiente al Centro de Salud de Santomera, 40 años de edad, Auxiliar administrativo en paro, primigesta, captada en el trigésimo día después del parto, da a luz en el Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca, parto eutócico. Itinerario asistencial exclusivamente público.

-
- Pareja Puérpera 6. Profesión fontanero, 39 años. No acompaña a su mujer en el itinerario asistencial correspondiente a la Atención Primaria. Acompañamiento en dilatación y paritorio.
 - Puérpera 7. Puérpera adscrita al Centro de Salud de Santomera, secundípara, 39 años, de profesión técnico de laboratorio, primigesta, captada en el vigésimo noveno día después del parto. Da a luz en el Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca mediante cesárea por no progresión del parto. Hace el recorrido del itinerario asistencial por la Unidad de Urgencias – Paritorio. Atendida exclusivamente en el sistema público.
 - Pareja Puérpera 7. No asiste a la convocatoria por problemas laborales.
 - Puérpera 8. Puérpera del Centro de Salud del Barrio del Carmen, estudiante de 20 años de edad, primigesta, se encuentra en el décimo día de la fase de puerperio, parto inducido y eutócico. Atendida exclusivamente en el sistema público.
 - Pareja Puérpera 8. Primera experiencia como padre, edad 21 años y en el paro. Acompañó a su mujer durante todo el itinerario asistencial.
 - Puérpera 9. Puérpera perteneciente al Centro de Salud de Vistabella, edad 27 años, auxiliar administrativo, secundípara, captada en el vigésimo día después del parto. Acompañada en todo el itinerario asistencial por su pareja. Parto eutócico. Atención en sistema público y privado.
 - Pareja Puérpera 9. Segunda experiencia como padre, edad 30 años y acompañó a su mujer en todo el circuito asistencial.
 - Puérpera 10. Puérpera correspondiente al Centro de Salud de Santa Maria de Gracia, 38 años, directora comercial, primer embarazo, se encuentra en el vigésimo día después del parto, da a luz por vacuoextracción en el hospital de estudio. Es atendida exclusivamente por el sistema público.
 - Pareja Puérpera 10. No asiste a la convocatoria.

-
- Puérpera 11. Puérpera adscrita al Centro de Salud de la Flota, 25 años, empleada de hogar, secundípara, captada en el undécimo día después del parto, dio a luz en el Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca. Parto distócico (fórceps). La conducción de la gestación fue realizada exclusivamente por profesionales pertenecientes al sistema público.
 - Pareja Puérpera 11. No asiste a la convocatoria.
 - Puérpera 12. Puérpera perteneciente al Centro de Salud de Vistabella, 32 años, profesora de secundaria, primigesta, se encuentra en decimonoveno día de puerperio, da a luz en el Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca, parto eutócico. Accede a la Institución por la Unidad de Día Obstétrica. Atención exclusiva en el sistema público.
 - Pareja Puérpera 12. Edad 37 años, empresario, no acompaña a la mujer en el itinerario asistencial, sólomente en paritorio.
 - Puérpera 13. Puérpera correspondiente al Centro de Salud de la Flota, 32 años, licenciada en Química y actualmente trabajando de visitadora médica. Secundigesta – primípara, captada en el día décimo primero después del parto. Da a luz en el Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca. Parto distócico (vacuum). Asistencia de la gestación tanto en sistema publico como privado.
 - Pareja Puérpera 13. No asiste a la convocatoria.
 - Puérpera 14. Puérpera del Centro de Salud del Barrio del Carmen, 39 años, profesión auxiliar administrativo, múltipara, captada en el décimo sexto día después del parto. Parto mediante cesárea no electiva en el Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca. Atención en el sistema público y privado.
 - Pareja Puérpera 14. Edad 42 años, auxiliar administrativo, acompaña a su mujer en todas las visitas realizadas en los ámbitos asistenciales donde se llevó a cabo la atención perinatal.

-
- Puérpera 15. Puérpera adscrita al Centro de Salud de Puente Tocinos, 38 años, auxiliar de Enfermería, primípara y captada en el décimo octavo día después del parto. Da a luz en el Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca. Parto eutócico. Atención de la gestación en el sistema público y privado.
 - Pareja Puérpera 15. No asiste por razones laborales.
 - Puérpera 16. Puérpera perteneciente al Centro de Salud de Puente Tocinos, 29 años y empresaria, primípara y captada en el décimo día después del parto. Da a luz en el hospital de estudio. Parto eutócico. Asistencia exclusiva en el sistema público.
 - Pareja Puérpera 16. Empresario de 29 años, acompaña a su mujer en todo el itinerario asistencial. Asistencia exclusiva en el sistema público.
 - Puérpera 17. Puérpera del Centro de Salud de Santomera. 32 años, secretaria, primípara, captada en el décimo quinto día después del parto. Da a luz en el Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca. Parto distócico (fórceps). Accede al hospital a través de la Unidad de Día Obstétrica. Asistencia exclusiva en el ámbito público.
 - Pareja Puérpera 17. Edad 35 años, empresario, acompaña a su mujer durante todo el itinerario asistencial de Atención Primaria y Especializada.
 - Puérpera 18. Puérpera correspondiente al Centro de Salud de La Flota, 36 años, licenciada en administración en empresas, analistas de riesgos, secundípara. Captada en el noveno día después del parto. Da a luz en el Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca. Parto eutócico. Itinerario asistencial mixto: público y privado.
 - Pareja Puérpera 18. Edad 37 años, empresario, acompañó a su mujer en las clases de educación maternal y en la Atención Especializada.

6.2.2. UNIDADES DE ANÁLISIS.

Las unidades de análisis han constituido el soporte fundamental para el análisis del fenómeno de estudio. Constituyen “el qué y cómo teóricos (...)”. Son constructos abstractos o categorías de análisis en base al marco teórico” (Téllez, 2007, p. 93) sobre las cuales se inicia y ubica la investigación. Por tanto, estas categorías abstractas van a estar presentes en los objetivos planteados del estudio. Así pues, se van a agrupar en tres unidades principales: las puérperas y sus parejas, los/as profesionales y las instituciones.

Puérperas y parejas	Profesionales	Instituciones
1. Experiencias vividas en la atención perinatal. 2. Sentimientos surgidos de la experiencia. 3. Representaciones ideológicas de los/as profesionales relacionados con la atención obstétrica. 4. Expectativas de la atención perinatal. 5. Empoderamiento y toma de decisiones. 6. Percepción de la Estrategia de Atención al Parto Normal. 7. Representaciones culturales sobre el dolor, el riesgo y el hospital en el embarazo, parto y puerperio.	1. Representaciones ideológicas sobre el proceso reproductivo. 2. Discursos del riesgo y del dolor en el embarazo y parto. 3. Estructura relacional establecida en la interacción clínica. 4. Actitudes, orientación a valores y prácticas sanitarias. 5. La ética clínica. 5. Impacto de la Estrategia de Atención al Parto Normal. 6. Relaciones de poder interprofesionales.	1. Organización sanitaria. 2. Políticas institucionales. 3. Modelos asistenciales en los niveles de atención asistencial. 5. Actitud ante la Estrategia de Atención al Parto Normal. 6. Obstáculos y facilidades en la humanización y deshumanización de la atención obstétrica.

Una vez finalizado el diseño de la investigación, el siguiente paso fue la recolección de la información aportada por nuestros/as informantes. Para ello iniciamos un proceso de pilotaje y planificación para la aplicación de las técnicas de recogida de datos, así como el análisis contextual de las mismas.

6.3. PROCESO DE INVESTIGACIÓN.

6.3.1. ANÁLISIS DOCUMENTAL.

Antes de iniciar el acceso previo al campo para la recolección de datos, el primer paso del proceso de la investigación fue el análisis documental y la revisión bibliográfica, de este modo

“el investigador desea alcanzar una perspectiva completa sobre el saber acumulado sobre un tema (...) y para ello deberá desplegar una estrategia eficiente que le garantice recuperar el mayor número de documentos relacionados con la investigación que va a desarrollar. Con todo ello, se pretende conocer el estado actual del tema de estudio para obtener una visión global acerca de lo que se quiere investigar para que nos ayude a contextualizar tanto el estudio como los resultados que se deriven del mismo. Por tanto, se trata de averiguar qué se sabe y qué aspectos quedan por estudiar, identificando el marco de referencia, las definiciones conceptuales y operativas de las variables de estudio, así como la metodología empleada para la recolección y análisis de los datos” (Sánchez Marín, 2007, pp. 224-225).

El análisis documental dió comienzo el 20 de diciembre del 2007 hasta el 30 de Mayo del 2008. Estuvo centrado en los objetivos sobre los que basamos la investigación, por tanto, la búsqueda de información se focalizó en las siguientes dimensiones:

- Recogida de información sobre todos los aspectos relacionados con el fenómeno de la humanización para ubicar el estudio en esta dimensión. Aspecto que nos permitiría conocer con exactitud el concepto y extrapolarlo al proceso reproductivo.
- Extraer mediante análisis documental temas relacionados con el fenómeno de la humanización en la práctica asistencial.
- El Modelo Médico Hegemónico y sus discursos sobre la atención perinatal.
- Obtener un corpus teórico acerca de las percepciones de las mujeres en la experiencia reproductiva.

- Extraer información sobre las actitudes de los/as profesionales relacionados con la asistencia perinatal y su repercusión en la experiencia vivida por las mujeres y sus parejas.

Para obtener el conocimiento sobre estas dimensiones se recurrió a diferentes fuentes de información procedentes de base de datos específicas de las disciplinas Biomédicas, Socio-Sanitarias, Antropológicas, Sociológicas, Psicológicas y Pedagógicas, las cuales exponemos a continuación.

a) Bases de datos:

- CSIC (ISOC).
- IME.
- Cochrane Library Plus.
- Cuiden Plus.
- Dialnet.
- PubMed/MedLine.
- Embase .
- LILACS.
- SCielo.
- Tesis Doctorales en Red (T.D.R.).

b) Fuentes Estadísticas de Información.

- Centro Regional de Estadística de la Región de Murcia (C.R.E.M.).
- Instituto Nacional de Estadística (I.N.E.).

Atendiendo a los descriptores anteriormente mencionados, acudimos a fondos de datos específicos revisando los siguientes índices de revistas relacionadas con el fenómeno de estudio y clasificadas según las disciplinas

c) Publicaciones Periódicas.

- *Revistas de Enfermería:*
 - Index de Enfermería.
 - Matronas Profesión.
 - Metas Enfermería.
 - Rol de Enfermería.
 - Ob-Stare.
 - Enfermería Clínica.
 - Evidentia.
 - Educare 21.
 - Desarrollo Científico Enfermería.
 - Inquietudes.

- *Revistas socio-sanitarias:*
 - Medicina naturista
 - Calidad Asistencial.
 - Gaceta Sanitaria.
 - Semergen.
 - Atención Primaria.
 - Revista Española de Salud Pública.
 - Atención Sanitaria.
 - Clínica Medicina de Familia.
 - Cuidados Bioética.
 - Historia de la Medicina y de la Ciencia.
 - Medicina Familiar y Comunitaria.
 - Dynamis.
 - Historia & Humanidades Médicas.
 - Calidad Asistencial.
 - Isegoria.
 - Cuadernos Médicos Sociales.

-
- *Revistas Biomédicas:*
 - Sociedad Española del Dolor.
 - Cirugía Española.
 - Progresos de Obstetricia y Ginecología.
 - toko-Ginecología Práctica.

 - *Revistas psicológicas:*
 - Cuadernos de Psiquiatría Comunitaria.
 - Quaderns de Psicología.
 - Encuentros en Psicología Social.
 - Energía. Carácter y Sociedad.
 - Psicología Social.
 - Estudios de Psicología.

 - *Revistas Sociológicas:*
 - Revista Española de Investigaciones Sociológicas.

 - *Revistas Antropológicas:*
 - Cultura de los Cuidados.
 - Gazeta Antropológica.
 - Arxiu D'etnografía de Catalunya.
 - Antropología Social.
 - Revista Española de Antropología Americana.
 - AIBR. Revista de Antropología Iberoamericana.

 - *Revistas de Pedagogía:*
 - Educación Médica.
 - Teoría de la Educación.
 - Revista de la Facultad de Educación.

Estrategias de Búsqueda

Para la realización de la búsqueda documental se utilizaron diferentes estrategias de búsqueda que incluían las palabras claves o descriptores derivados del lenguaje libre y controlado, los cuales fueron extraídos de términos MeSH y su traducción a través de la herramienta DeCS combinados con los operadores booleanos pertenecientes (AND, OR, NOT).

El MeSH o Medical Subject Heading es el vocabulario controlado que emplea Medline y otras bases de datos biomédicas para procesar la información que se introduce en cada una de ellas con el fin de realizar búsquedas más exhaustivas. MeSH presenta una traducción de sus términos al español conocido como Descriptores en Ciencias de la Salud (DeCS).

Los descriptores localizados en términos MeSH fueron los siguientes: Humanizing Delivery, Analgesia, Methods of Pain Relief, Childbirth, Social Support, Holistic Health, Paternity, Social Values, Midwives, Postpartum Period, Nurse- Patient Relations, Patient Satisfaction, Decision Making, Decision Support Systems, Informed Consent. Qualitative Research, Clinical Pathway, Practice Guidelines, Pain in labour, Home Childbirth, Obstetrical Analgesia, Medical Technology, Nursing Assesment, Holistic Paradigms, Holistic Health, Natural Childbirth, Epidural Analgesia, Physician - Patient Relations, así como sus correspondientes en vocabulario DeCS: Parto Humanizado, Métodos de Alivio del Dolor, Salud Holística, Paternidad, Matronas, periodo de posparto, relaciones enfermero- paciente, Toma de Decisiones, Sistemas de Apoyo a Decisiones Clínicas, Consentimiento Informado, Analgesia Obstétrica, Investigación Cualitativa, Protocolos, Parto en Casa, Tecnología Médica, Evaluación en Enfermería, Analgesia Epidural.

Para la búsqueda de documentos en lenguaje libre se utilizaron los siguientes términos en: Ethics in Reproductive Health Care, Birth Plan, Women's expectations, Fathers' expectations, Childbirth Experiences, Axial Coding, Grounded Theory, Childbirth Education, Childbirth Satisfaction, Parents Stress, Birth Plans, Vaginal Examinations, Methods of Pain Relief, Humanized Birth, Human Care, Women's experience in labour, Medical Power, Estrategia Atención al Parto Normal, Dolor en el Parto, Ética Clínica, Bioética Sanitaria, Vías Clínicas, Representaciones Ideológicas del Modelo Médico Hegemónico, Discursos del

Modelo Médico Hegemónico, Burocracia Institucional, Violencia Institucional, Cultura Hospitalaria, Calidad Asistencial, Guías de Práctica Clínica, Protocolos, Medicalización del parto, Relación Médico Paciente, Valores Profesionales, Sentimientos de la Puérpera, Sentimientos de la Pareja en el Parto, Formación PreGrado en Enfermería, Formación PreGrado en Medicina, Formación PostGrado en Medicina.

Prácticamente la totalidad de los artículos pertenecientes a revistas internacionales fueron solicitados a la Biblioteca Virtual de la Consejería de Sanidad de la Región de Murcia.

- Revistas Multidisciplinares Internacionales:
 - Medical Anthropology Quartely.
 - Annual Reviews Anthropology.
 - The Australian Journal of Midwifery.
 - Lancet.
 - American Family Physician.
 - Interamerican Journal of Psychology.
 - Nursing.
 - The Australian Journal of Midwifery
 - Western Journal of Nursing Research.
 - British Journal of Clinical Psychology.
 - Birth.
 - Midwifery.
 - Journal of Midwifery & Women's Health.
 - The Journal of Perinatal Education.
 - Journal of the American Medical Association.
 - Journal of the American Medical Association.
 - Law & Society Review.
 - Spanish Journal of Psychology.
 - Western Journal of Nursing Research.
 - BMC Pregnancy and Childbirth.
 - BMC Medicine.

-
- Journal of Consulting and Clinical Psychology.
 - Journal of Advanced Nursing.
 - Journal of Nurse- Midwifery.
 - Journal of Obstetric Gynaecology & Neonatal Nurse.
 - Journal of Perinatal & Neonatal Nursing.
 - International Journal Gynaecology Obstetrical.
 - International Journal of Obstetric Anaesthesia.
 - British Journal of Clinical Psychology.
 - Journal of Psychosomatic Obstetrics Gynaecology.
 - Journal of Economic Perspectives.
 - Journal of Consumer Research.
 - Acta Anaesthesiologica Scandandinavica.
 - Acta Obstetrica Gynecologica Scandinavia.
 - MCN: The American Journal of Maternal/Child Nursing.
 - Regional Anesthesia and Pain Medicine.
 - Journal Annals of Emergency Medicine.
 - Revista Gaucha Enfermagem.
 - Revista Baiana de Enfermagem.
 - Revista Latino- Americana de Enfermagem.
 - Acta Paulista de Enfermagem.
 - Cogitare Enfermagem.
 - Cadernos de Saúde Pública.
 - Revista Brasileira de Enfermagem.
 - Revista Texto & Contexto Enfermagem.
- Publicaciones procedentes de Organismos e Instituciones.
 - Servicio Murciano de Salud: Gerencia Atención Primaria del Área I de la Región de Murcia, Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca y Biblioteca Virtual Consejería de Sanidad.
 - Dirección General de Planificación, Ordenación Sanitaria y Farmacéutica e Investigación de la Consejería de Sanidad de la Región de Murcia.

- Unidad Docente de Matronas de la Universidad de Murcia.
- Asociación de Matronas de la Región de Murcia.
- Colegio Oficial de Médicos de la Región de Murcia.
- Federación de Asociaciones de Matronas de España.
- Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia.
- Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia.
- Observatorio de la Mujer del Ministerio de Sanidad y Política Social e Igualdad.
- Instituto de la Mujer.
- Organización Mundial de la Salud.
- Asociación Andaluza de Matronas.
- Consejo Económico y Social de la Región de Murcia (C.E.S.).
- Asociación el Parto es Nuestro.

Dado que el estudio posee aspectos relacionados con las profesiones sanitarias e instituciones donde desarrollan su actividad, se recurrió a documentación política y legal que dieran un soporte legislativo. Este aspecto se abordó consultando: Boletines Oficiales del Estado, Boletines Oficiales de la Región de Murcia, Reales Decretos, Orden Ministeriales, Ordenes Regionales, Leyes Sanitarias; de este modo, se pudo realizar una contextualización socio-política del estudio.

6.3.2. TÉCNICAS DE RECOGIDA DE DATOS.

Grupos de Discusión

Sabemos que el grupo de discusión es “una técnica de producción de información, extragrupal, macrosociológica y pragmática (Ibáñez, 1979)” (Téllez, 2007, p. 254), donde el objetivo se sitúa fuera del grupo. Este tan sólo es un vehículo, un medio de expresión de las ideologías sociales para captar las representaciones ideológicas de esa cultura o del fenómeno que estamos investigando, por la vía del consenso o del conflicto. En esta investigación se considera apropiado el uso de esta técnica, a parte de las ventajas inherentes: “flexible, alta validez, resultados rápidos, coste bajo” (Gurdián-Fernández, 2007,

p. 209), por ser muy rica en producción de información y tener la capacidad de capturar material de la vida real en ambientes sociales. Al tratarse de una herramienta cuidadosamente planificada “donde enfocamos el lenguaje como expresión” (Ortí, 1986, p. 165), extraemos los discursos que nos aportarán cuáles son las representaciones ideológicas que los/as profesionales que trabajan en el ámbito de la Ginecología y Obstetricia han construido sobre el fenómeno del embarazo, parto y puerperio. A través de las autoconfesiones de los/as participantes (Krueger, 1991) pretendemos profundizar en las expectativas, conocimiento, opiniones e ideologías, así como “sentimientos y emociones culturalmente contruidos” (Téllez, 2007, p. 254), expresados por aquellos que tienen que ver o que están directamente involucrados en la realidad social que se pretende investigar. Del mismo modo, se considera eficaz para extraer información acerca las relaciones de jerarquía que se dan en el contexto laboral y que describen, no sólo la naturaleza de las mismas en el equipo obstétrico, sino la calidad asistencial que reciben las usuarias del sistema de salud. Para conseguirlo, nos centramos en el diseño del grupo, el cual fue conformado con criterios de homogeneidad controlada con la finalidad de revisar los campos sociales y simbólicos, pues en ellos se construyen los sentidos compartidos, los lugares comunes, los sistemas tópicos. La excesiva lejanía entre los miembros provocaría conflictividad potencial de los mismos, obstaculizando la elaboración y negociación de los sentidos atribuidos a las representaciones y categorías sociales (Bourdieu, 1989).

Por otro lado, dado que la investigación está enmarcada en la Teoría Fundamentada y ésta, a su vez, enraizada en el interaccionismo simbólico; el grupo de discusión supone un instrumento de recogida de datos eficaz para captar los universos simbólicos a través de los cuales se interpreta la realidad social en la que están involucrados los sujetos de estudio, los cual es dotada de significado (Berger, y Luckman, 1979). En la misma línea y siguiendo a Báez y Pérez de Tudela (2007) “el lenguaje hablado indaga en los procesos de asignación de símbolos con significado y nos hace comprender los procesos de asignación de los significados” (p. 316). Por tanto, esta dinámica grupal aportaría datos acerca de la naturaleza de la interacción que se establece en el escenario laboral entre los/as agentes de salud y la

mujer y pareja, a partir del significado simbólico que se le da a la acción social en los que se encuentra inmersos.

Validación

La elaboración y validación de las preguntas que se le iban a realizar a los/as informantes debían ser idóneas para la producción de un discurso capaz de responder a los objetivos que queríamos alcanzar. Para conocer la factibilidad y resultados de las mismas, inicialmente se hicieron dos “pruebas piloto” con las residentes de segundo curso de matronas de la Unidad Docente Gineco-Obstétrica (Matrona) de la Universidad de Murcia. Se seleccionó a este grupo porque podría aportar una información muy cercana a la realidad de la situación que pretendíamos explorar, ya que se encontraba finalizando el periodo de formación en el Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca y Atención Primaria de Salud del Área I de Murcia. Pensamos que sería una forma idónea de comprobar la fiabilidad de las preguntas y conseguir validez en las mismas, adaptando o modificando aquellas que fuesen confusas para el /la informante. Finalmente, se logró obtener las preguntas definitivas para el desarrollo de la técnica, las cuales se muestran a continuación:

“HERRAMIENTA. GRUPOS FOCALES A PROFESIONALES”

GUIÓN

- Inicio.

“En esta reunión pretendemos conocer la realidad actual de la atención al parto y el puerperio. No se trata de llegar a acuerdos sino de que cada uno exprese libremente su experiencia y sus opiniones. Como habéis visto, hay medios de grabación porque no se debe perder ninguna aportación realizada y, como es importante recoger todo lo que se diga, conviene hablar con claridad e interrumpiendo lo menos posible. Informaros que está garantizada la confidencialidad de todo lo expresado, de forma que no se citarán nombres en ningún momento”.

El desarrollo del grupo se podría llevar a cabo en dos partes:

- **Parte 1.** Explorar vivencias y actitudes partiendo de la experiencia real del ejercicio profesional y aportará también resistencias y/o factores favorecedores para la humanización de la asistencia:

Recordando los últimos días de trabajo:

1. ¿Qué recuerdan de las últimas mujeres que atendieron, bien sea en el embarazo, parto o puerperio?.
2. En cuanto al acompañamiento de la mujer ¿Recordáis algo concreto que resultara llamativo o que llamara la atención?.

- **Preguntas que podría pasar el colaborador para ayudar en el discurso del grupo.**

- De los partos de esa guardia ¿Recuerdan alguno con más intensidad? ¿Qué dificultades se presentaron?.
- ¿Qué recuerdan de la asistencia prestada por otros profesionales?.
- ¿Qué recuerdan de la parturienta? ¿Qué les preguntó sobre su proceso?, ¿En algún momento la actitud de la parturienta les hizo sentir incómodos?.
- ¿Qué recuerdan de los familiares? ¿Estaba presente alguno de ellos con la mujer?.

- **Parte 2.** Una vez que los participantes han hablado desde su propia experiencia, podemos atrevernos a proponer que se pronuncien sobre la propuesta de Humanización de forma más explícita. Puesto que este es el objetivo último de la investigación y aunque muchos aspectos habrán salido de forma indirecta en la parte 1, con la técnica del “embudo”, podemos focalizar la última parte de la discusión grupal.

1. En los últimos años se ha puesto en discusión la actual atención al parto y el puerperio, una asistencia más medicalizada y otra menos intervencionista. ¿Cómo os sentís frente a esa disyuntiva? ¿Qué pensáis?.

2. ¿Qué piensan de la asistencia al parto y al puerperio en la actualidad? ¿De qué modo sería mejorable? ¿Qué proponéis para conseguirlo?.
3. ¿Hasta qué punto se le permite a la mujer tomar decisiones en su proceso de gestación, parto y puerperio?.
4. ¿Qué pensáis de la Estrategia de Atención al Parto Normal, propuesta elaborada por el Ministerio de Sanidad y Consumo? ¿Os parece necesaria? ¿Os parece una moda? ¿Qué esperáis de ella?.
5. ¿Cuál es la actitud de los profesionales respecto a la Estrategia?.

- **Preguntas del colaborador para reactivar el discurso del grupo.**

¿Creen que el actual modelo de asistencia al parto/puerperio responde a las demandas sociales? ¿Se intenta que la práctica responda a los deseos de la mujer?.

¿Creen que la demanda social actual está justificada y es motivo para modificar las prácticas en torno al parto puerperio?.

¿Se considera el contexto y el entorno social de la gestante en la asistencia al embarazo, parto y puerperio?.

¿Creen que hay reticencia al cambio por parte de los profesionales? ¿De todos los profesionales igual? ¿Por qué?.

¿Qué consideras necesario para que se produzca este cambio?.

Aplicación y Ejecución

a) Grupos de Discusión: matronas y enfermeras.

Planificación Grupos de Discusión matronas y enfermeras.					
Fecha	Día Semana	Hora	Lugar	Duración	Moderador
28/4/2009	Jueves	17:00	Sala de Juntas – Pabellón de Gobierno del Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca.	01:11:16	Pedagoga

Se seleccionaron un total de siete matronas, y una enfermera relacionada con la atención en la fase posterior al parto que desarrolla su actividad en las unidades de observación anteriormente mencionadas.

El grupo se configuró del siguiente modo:

- A. Cuatro matronas de Atención Especializada, que trabajan en la Unidad de Partos y en la Unidad de Día Obstétrica.
- B. Dos matronas del Área I de Atención Primaria.
- C. Una enfermera perteneciente a la Unidad de Hospitalización de Puerperio.

Finalmente, no pudieron asistir dos matronas por motivos personales. Una de ellas correspondiente a la Atención Especializada y la otra a Atención Primaria. Las matronas son informantes que nos interesan por su cercanía y relación con las mujeres en las prácticas de atención a lo largo del embarazo, parto y puerperio, y porque al estar integradas en la Institución médica participan de sus discursos al tiempo que comparten el poder.

La selección de enfermeras pertenecientes a dicho servicio es de gran utilidad para extraer información acerca de cómo las mujeres y sus parejas han vivido la experiencia del parto y puerperio, así como orientarnos sobre las expectativas de la pareja en la atención recibida por el equipo de salud que atiende todo el proceso reproductivo (matronas, enfermeras/os, médicos/as de familia, y gineco-obstetras).

b) Grupos de Discusión: médicos/as.

Planificación Grupos de Discusión médicos/as					
Fecha	Día Semana	Hora	Lugar	Duración	Moderador
17/3/2009	Martes	13:00	Sala de Juntas – Pabellón de Gobierno del Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca.	1:08:48	Pedagoga

Se seleccionó a un grupo de ocho médico/as como informantes, todos/as relacionados/as con la atención del proceso reproductivo de la mujer y atendiendo a los criterios anteriormente mencionados con el fin de crear relaciones simétricas. Estas, según Romani “nunca son simétricas y responden tanto a la posición de las personas como a los diferentes momentos de la interacción comunicativa cuyos efectos difícilmente pueden ser controlados (Romani, 1992)” (Montes, 2007, p. 84). Para evitar la asimetría entre los/as informantes se contempló la selección de participantes que no ejercieran de líder y monopolizasen el discurso. Lo importante es incentivarse y retroalimentarse unos a otros para que se genere un discurso productivo y válido para la investigación.

El grupo quedó conformado de la siguiente forma:

- A. Dos obstetras de la Unidad de Urgencias-Paritorio.
- B. Dos obstetras de la Unidad de Día Obstétrica.
- C. Dos pediatras de la Unidad de Neonatología.
- D. Dos médicos/as de familia correspondiente a dos Centros de Salud pertenecientes a dos zonas diferentes del Área I de Salud.

Aunque pretendíamos representación del colectivo médico procedente de todas las unidades de estudio, finalmente, no se pudo contar con la participación de obstetras correspondientes a la Unidad de Hospitalización de Puerperio. Así mismo, señalar que no se hace referencia a la Unidad de Hospitalización de Gestantes ni el Área de Medicina Fetal, dado que los/las obstetras seleccionados/as ejercen actividad asistencial en las mismas.

Para el desarrollo de las sesiones, consideramos relevantes los siguientes aspectos:

a) La selección de las personas que realizarían la moderación y conducción del grupo, dado que el investigador pretende realizar una investigación en territorio conocido y con profesionales que trabajan en el mismo ámbito laboral (médicos/as y matronas). En este sentido, al ser matrona y antropólogo se podría dar la circunstancia que los/as informantes mantuvieran una actitud corporativista, ya que dan por supuestos conocimientos, prácticas profesionales, valores, que se alinean con el universo simbólico del mismo. Todo ello puede conducir a importantes interferencias en relato de los/as participantes ya que podría ocurrir

que nos digan lo “socialmente deseable o lo políticamente correcto” (Téllez, 2007, p. 262). Por tanto, optamos por la elección de un sujeto ajeno al contexto sanitario y tuviera experiencia en el manejo de técnicas cualitativas. Finalmente, se decidió por una pedagoga experta en este tipo de análisis.

b) Contemplamos la posibilidad de captar profesionales que no se conocieran entre sí para evitar que lleguen fácilmente a situaciones de consenso y provocar el conflicto y debate entre ellos, sin embargo, solamente lo pudimos conseguir con los/as médicos/as de familia, ya que al trabajar en medio extrahospitalario es más fácil el anonimato. Esta circunstancia no se da en el colectivo de obstetras porque la gran mayoría de ellos/as desarrollan su actividad asistencial en el hospital de estudio.

Análisis Contextual

Las sesiones se realizaron en el contexto elegido por los integrantes del grupo. Se ofrecieron varias posibilidades, el requisito previo era que el tiempo fuese el suficiente, y en un lugar donde no hubiese interrupciones ni interferencias acústicas con la finalidad de conseguir la máxima concentración sobre los temas que se trataran.

Siguiendo las recomendaciones sobre el espacio, se consideraron los siguientes criterios:

a) La hora. Respecto a las matronas y enfermeras se determinó que fuese en horario de tarde por la dificultad que presentaban aquellas en la asistencia, ya que todas realizaban su jornada laboral en horario de mañana. La sesión se inició a las 16:30 horas. En el caso de los/as médicos/as se decidió, por petición del colectivo, que la sesión diera comienzo a las 13:30 horas dado que sería el momento final de la jornada y habría más disponibilidad de su tiempo.

b) La selección del lugar de la reunión y facilidad para localizarlo. La sesión tuvo lugar en el Hospital Virgen de la Arrixaca. Consideramos algunos aspectos relevantes con respecto al local: este debía estar separado del contexto real de los/as participantes, por tanto, consideramos la posibilidad de organizar el grupo en un espacio neutro y alejado del ámbito

laboral. Sin embargo, nos percatamos que esta circunstancia dificultaría la convocatoria del grupo. Como señala Buzzaqui y Uris (1997), “aunque esta influencia se produzca, lo metodológicamente importante es que sea tenida en cuenta en el momento del análisis e interpretación del discurso” (p. 425).

c) La habitación donde se desarrolló la técnica estuvo aislada de ruidos exteriores y de distracciones visuales o sonoras que dificultasen la comunicación. Por lo tanto, los equipos de soporte audio-visual fueron colocados estratégicamente para no distorsionar la atención y concentración de los componentes del grupo.

d) Se prestó especial atención a las condiciones ambientales de frío y calor con el propósito de obtener un espacio físico cómodo y agradable que invitara a la participación y comunicación.

e) El grupo se dispuso en círculo de forma que puedan realizar la comunicación “cara a cara”. De igual modo, se dió importancia a la colocación de los asientos, los cuales ninguno de ellos debía otorgar preeminencia a ninguno de los participantes inclusive al moderador. Todos tenían la misma altura y equidistantes unos de otros.

f) Los datos generados se grabaron por ordenador portátil y una cámara de video. La grabación nos permitió recoger perfectamente la totalidad del espacio físico donde se desarrollaron las sesiones y captar con bastante claridad los discursos de los/as participantes, dado que éramos conscientes que, en estos casos, se superponen y se aceleran. El uso del ordenador permitió guardar los datos para ser transcritos posteriormente.

g) Las sesiones tuvieron un intervalo de tiempo previsto que osciló entre una hora a hora y cuarto. Se intentaba finalizar cuando advertíamos que la información aportada estaba saturada. Al realizar el trabajo de campo, y paralelamente como instrumento de recogida de datos, nos apoyamos en el Diario de Campo.

h) Uno de los inconvenientes que se presentó fue la captación de los/as informantes para la configuración del grupo, dado que por razones laborales, algunos/as de los/as invitados/as a participar no asistieron a la convocatoria. Pese a esta dificultad, en todo momento obtuvimos un número adecuado para el desarrollo de la técnica.

- **Entrevista Abierta dirigida y focalizada a matronas.**

Una vez desarrollado el proceso de análisis de contenido en el grupo de discusión de las matronas, se observó que no se habían conseguido la saturación de los datos relacionados con la Estrategia de Atención al Parto Normal y la Humanización en la Atención Perinatal, principales ejes de nuestro estudio. Por consiguiente, se procedió a la realización de entrevistas dirigida a matronas que desarrollan su actividad en la Unidad de Urgencias-Paritorio, formulando preguntas sobre aquellos puntos que no se había conseguido la saturación.

Este tipo de herramienta permite indagar sobre determinadas experiencias que ha vivido el informante seleccionado. La importancia de la técnica radica en que “el investigador hace un análisis situacional que le lleva a formular supuestos para marcar el camino a seguir en la entrevista, y ésta se realiza sobre las experiencias subjetivas de los individuos expuestos a dicha situación y sobre sus definiciones de las mismas” (Téllez, 2007, p. 207). De modo que podríamos obtener información exhaustiva sobre la visión que posee el colectivo sobre la Estrategia de Atención al Parto Normal, explorar la naturaleza de la interacción entre los/as profesionales y de éstos/as sobre la mujer y su pareja, así como las formas de entender la asistencia obstétrica y la actitud hacia el cambio.

La captación de los/as informantes tuvo lugar durante el periodo de tiempo en el que se desarrolló la Observación en la Atención Especializada, atendiendo a los criterios de selección anteriormente mencionados. El número de entrevistados/as se relacionó con la saturación de los datos. Se realizaron cuatro entrevistas.

Análisis Contextual Entrevistas Matronas de Atención Especializada.

Figura 56. Análisis Contextual Entrevistas Matronas de Atención Especializada.

Hospital Maternal Virgen De La Arrixaca	
Contextualización	Duración <i>E1:00:56:28</i> <i>E2:00:51:61</i> <i>E3:00:50:45</i> <i>E4: 0:53:65</i> Tres de las entrevistas tuvieron lugar en espacios cercanos al área de partos, dado que los/as informantes se encontraban desarrollando su actividad asistencial, y por expreso deseo de los mismos/as querían estar cerca de la Unidad de Partitorio por si surgiese cualquier emergencia. El lugar era cómodo, confortable en ningún momento hubo interferencias acústicas y de profesionales de la unidad. Esta situación permitió alcanzar una importante concentración sobre los aspectos que se estaban tratando. Una de ellas se inició en la sala de monitorización, sin embargo, dado el gran número de interferencias que se producían durante su desarrollo, nos vimos obligados a desplazarnos a la consulta de la Unidad de Día Obstétrica. Pese a que en el diseño de la investigación se había planificado evitarlas, la última se desarrolló en un espacio público por comodidad de la informante. Esta situación entrañó serias dificultades por el exceso de ruidos. Circunstancia que no interfirió en la pérdida del hilo conductor dado que tanto el informante como el investigador conectaban rápidamente al compartir los mismos códigos culturales sobre los fenómenos de análisis.
Análisis de la interlocución.	Las sesiones resultaron ser dinámicas ya que tanto el investigador como los/as informantes pertenecían a la misma categoría profesional, existiendo un nivel de conocimientos sobre el tema a tratar. Esta situación facilitó la claridad de las cuestiones, así como el uso de un lenguaje técnico dado que nos permitió el uso de las mismas categorías culturales. Esto supuso la extracción de un discurso rico en detalles que fue de gran utilidad para la investigación.
Percepciones del investigador.	Respecto a la actitud de los/as entrevistados/as fue muy positiva en la medida que se observó una fuerte motivación sobre los temas tratados. Sin embargo, en algunos de los/as informantes se pudo comprobar cierta reticencia en comentar aspectos relacionados con la naturaleza de las relaciones entre el colectivo médicos/as – matronas y violencia institucional. Esta situación fue abordada con el máximo respeto por parte del investigador dado que percibía que las preguntas podían tener un carácter intrusivo y comprometido para los/as participantes.

Fuente: Elaboración propia.

El guión utilizado fue el siguiente:

“HERRAMIENTA. ENTREVISTA FOCALIZADA Y DIRIGIDA A PROFESIONALES MATRONAS”

- ¿Conoces la Estrategia de Atención al Parto Normal?.
- ¿Se respeta el acompañamiento continuado?.
- ¿Se practica la monitorización intermitente?.
- ¿Respetáis la episiotomía selectiva?.
- ¿Respetáis el enemado y rasurado?.
- ¿Se respeta el contacto precoz madre-hijo?.
- ¿Poneís al bebé en el pecho de la madre nada más nacer?.
- ¿Observas alguna resistencia por parte de los profesionales respecto a la implantación de la Estrategia de Atención al Parto Normal?.
- ¿Desconfías en algunas recomendaciones de la propuesta del Ministerio?
- ¿Qué opinan los médicos con respecto a la Estrategia? ¿Cómo ves la reacción de ellos?.
- ¿Existen conflictos entre las matronas en la implantación de la Estrategia?.
- ¿Cómo reaccionan los médicos cuando intentáis poner en práctica las recomendaciones del Ministerio?.
- ¿Crees que en la forma de ver la Estrategia influye el criterio generacional?.
- ¿Crees que un protocolo podría ayudar a que los profesionales trabajéis mejor?.
- ¿Cómo percibes la relación entre las matronas y las mujeres? ¿Cómo es?.
- ¿Les dais toda la información que demandan las mujeres?.
- ¿Os identificáis en la atención asistencial?.
- ¿Qué piensas del trabajo por tareas y por procesos? ¿Para tí es un inconveniente, es una ventaja el trabajar de una manera u otra?.
- ¿Existe trabajo en equipo en vuestro ámbito asistencial?.
- ¿Te has encontrado con mujeres que solicitan o presentan un Plan de Nacimiento cuando llegan al hospital?.
- ¿Cómo te sientes cuando lo presentan?.
- ¿En algún momento sacáis al acompañante de la habitación?.
- ¿Se respeta la toma de decisiones de la mujer?.

- ¿Les explicáis a las mujeres todo lo que le estáis haciendo durante el proceso asistencial?.
- Háblame de las infraestructuras de paritorio ¿Qué te parecen en relación a la humanización del parto?.
- ¿Qué sentimientos crees que se generan en la mujer en dilatación?.
- ¿Qué sentimientos tiene la mujer en el parto?.
- ¿Qué sentimientos afloran en la mujer durante el puerperio?.
- ¿Crees que el padre está integrado en el proceso?. En caso contrario, ¿Qué hacéis para hacerle participe?.
- ¿Cuál crees tú que sería el camino ideal para que todos los profesionales tuvieran unas prácticas más humanizadas?.
- ¿Cuáles son las necesidades de las matronas para mejorar la implantación de la Estrategia?.

Entrevista en profundidad

Son múltiples las definiciones que se han elaborado desde las distintas disciplinas de las ciencias sociales, pero podemos resaltar que todas ellas tienen algo en común “son encuentros reiterados cara a cara entre el investigador y los informantes (...)” (Taylor, y Bodgan, 1986, p. 101), basada en una relación asimétrica donde la interacción está marcada por el investigador y con un objetivo previamente diseñado (Téllez, 2007). Esta técnica fue considerada de gran utilidad para la investigación ya que permite a los sujetos de estudio analizar el mundo y los detalles de su entorno, realizar una gran introspección sobre el espacio inconsciente de una experiencia vivida y “recuperar el pasado de aquellas situaciones no observadas directamente” (Gurdián- Fernández, 2007, pp. 197-198). Por tanto, dan acceso a una información que está contenida en la biografía del entrevistado, que ha sido interpretada por él/ella y que será proporcionada con una orientación e interpretación específicas, de modo que alcanzan su mayor rentabilidad cuando se dirige a obtener datos sobre cómo los sujetos reconstruyen sus sistemas de representaciones sociales (Alonso, 1994).

La consideramos especialmente útil en la orientación filosófica en la que está enmarcado el estudio, ya que “permite indagar en el análisis de las normas, valores,

creencias individualizadas, conocimiento de los códigos de expresión, así como las cristalizaciones ideológicas (Galindo, 1998:309)” (Gurdián- Fernández, 2007, p. 199). Por consiguiente, vislumbraríamos el significado simbólico que las puérperas y sus parejas dan a la interacción. En base a todo ello, la entrevista nos aportaría un buen conocimiento sobre las representaciones ideológicas e interpretaciones que se derivan de dicha relación clínica. Dado el poder de introspección que posee esta técnica en explorar las experiencias vividas de los sujetos de estudio durante la atención asistencial, constituye un instrumento valioso para adentrarnos en los sentimientos y emociones que tanto la mujer como su pareja han experimentado a lo largo del itinerario asistencial.

Validación

Inicialmente, una vez que fue configurada el modelo de entrevista que respondía a los objetivos que pretendíamos alcanzar, se procedió al pilotaje de las mismas con la finalidad de valorar las siguientes dimensiones, siguiendo el orden establecido por Sánchez Marín (2007):

1. “La guía de la entrevista.
2. La coherencia del constructo teórico de la entrevista como documento de recogida de información.
3. Factores contextuales y espacio –temporales a tener en cuenta durante el desarrollo de las sesiones de la entrevista.
4. Los procedimientos de inicio, desarrollo y final de la entrevista como proceso comunicativo, de este modo se podría valorar la acomodación y eficacia de la misma.
5. Los aspectos no previsibles que surgen durante el desarrollo y que interfiere en los resultados que podemos obtener con esta herramienta de recogida de datos” (pp. 242-243).

Revisar si estábamos ante un modelo de entrevista dinámico en el que las preguntas eran correctamente entendidas por la pareja.

Con respecto a la primera dimensión comprobaríamos la comprensión de las preguntas por parte de la mujer y su pareja mediante el pretest cognitivo. Este aspecto contribuiría a confirmar la fiabilidad de la entrevista. Por tanto, se valoraría:

- 1.1. La inteligibilidad de las preguntas en cuanto contenido y significado.
- 1.2. La claridad de las cuestiones en cuanto a su formulación y lenguaje (Unidad Docente de Medicina Preventiva y Salud Pública de Murcia, 1991).

En la segunda dimensión valoraríamos la existencia de coherencia entre el corpus teórico que lleva inherente la entrevista con los objetivos que pretendemos obtener, así mismo, prestaríamos atención al orden cronológico en el que estaban expuestas las preguntas.

De la tercera dimensión, debíamos considerar la idoneidad de:

- 3.1. Momento del día en el que se realiza, dado que puede repercutir en la fluidez de ideas entre los interlocutores.
- 3.2. El día en el que se desarrolla. Dada las características de la investigación y de los sujetos de estudio, se debía de realizar durante el puerperio y en el día y momento elegido por la pareja.
- 3.3. Duración. Inicialmente se prefijó media hora como máximo, teniendo en cuenta que podrían existir variables que lo condicionara.
- 3.4. Lugar de desarrollo. Este podría tener lugar en el Centro de Salud o domicilio de los sujetos de estudio. En todo momento se intentó evitar que la entrevista tuviese lugar en el “domicilio del investigador, intermediario o un lugar público ya que el entrevistado no sólo se sentirá más seguro y natural sino que a su vez se convertirá en contexto de la observación” (Sanmartín, 2003, p. 92).
- 3.5. Interferencias producida por personas ajenas a la investigación.
- 3.6. Idoneidad del espacio (luz, ruidos, asientos confortables).
- 3.7. Lugar donde debe ser colocada la grabadora para el registro, de tal forma que no repercuta en la atención de los/as informantes ni sea un elemento que intimide a los mismos. La colocación a una distancia adecuada fue otro de los aspectos a considerar, para que la grabación no sea distorsionada y cuya audición sea apta para su posterior transcripción.

En la Cuarta Dimensión se prestaría atención a los procedimientos de Inicio-Desarrollo- Final de la entrevista como proceso comunicativo, según una estructura formal de entrevista: Acomodación – Reestructuración – Acomodación.

4.1. Encuentro- Fase de Acomodación. En esta fase el entrevistador debe acomodar su lenguaje al informante, de tal forma que se produzcan canales fluidos de comunicación que faciliten la producción de un discurso rico y fluido. Al mismo tiempo generamos seguridad y confianza en nuestros sujetos de estudio.

4.2. Durante la Entrevista- Fase de Reestructuración. En ella tiene lugar aquellas acciones dirigidas por parte del entrevistador a modificar aquellas preguntas que son confusas, por tanto, no se obtiene la información adecuada o no produce un rico discurso sobre el fenómeno que estamos estudiando. En este punto de la entrevista se harían anotaciones en Diario de Campo en la que se reflejarían aquellos aspectos que debemos considerar y reevaluar.

4.3. Final del encuentro- Fase de Acomodación Final. Según expresa Sánchez Marín (2007) “serían aquellas acciones puestas en marcha por el entrevistador para romper el vínculo con el entrevistado (...) y mostrar gratitud al entrevistado y las reacciones del entrevistado a este respecto” (p. 244).

Respecto a la quinta dimensión relacionada con los factores imprevisibles durante el desarrollo de las entrevistas y que influyen en el fracaso y éxito de las mismas, debíamos estar muy pendientes de aquellas acciones realizadas tanto por los actores como por el entrevistador que pudiesen interferir seriamente en el discurso o en el desarrollo de la entrevista.

Una vez contempladas estas dimensiones, se pilotaron tres entrevistas abiertas en el Centro de Salud de Vistabella. Se seleccionaron a tres parejas que se encontraban en la fase de puerperio, concretamente entre los días 8 y 30 después del parto.

El pilotaje fue realizado durante los meses de Julio, Septiembre y Octubre del año 2009.

La captación se realizó durante el seguimiento de las visitas a su matrona. En ellas se le explicaba exhaustivamente los fines de la entrevista así como los aspectos de anonimato y confidencialidad, todo ello vehiculizado a través del Consentimiento Informado. Posteriormente, mediante contacto telefónico se les pidió su participación y concertar la fecha, así como el lugar más cómodo para la pareja. A pesar del interés que prácticamente la totalidad de las mujeres y sus parejas pusieron en el estudio, sólo participaron tres parejas.

Las puérperas y parejas captadas fueron las siguientes:

1. Puérpera, 20 años, captada en el vigésimo primer día después del parto, primípara sin estudios, cuyo parto había tenido lugar en el Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca. No tenía experiencia en la maternidad ni conocimientos sobre ella, ya que no había realizado los cursos de educación maternal. Su gestación fue de bajo riesgo durante todo el proceso y su parto evolucionó de manera normal. Su pareja le había acompañado durante toda la secuencia reproductiva.
2. Puérpera, 37 años, décimo primer día después del nacimiento, secundípara con estudios de secundaria, experiencia en la maternidad y asistencia a los cursos de educación maternal. Su gestación fue de riesgo medio, por consiguiente, parte del proceso fue conducido en consultas de Alto Riesgo Obstétrico. Su parto fue con fórceps. La pareja le había acompañado en la fase final de la secuencia reproductiva: el puerperio.
3. Puérpera, 29 años, acude en el décimo octavo día después de dar a luz, primípara con estudios universitarios, sin experiencia en la maternidad y que había asistido a los cursos de educación maternal. Su gestación fue de bajo riesgo. El parto cursó sin incidencias y la pareja le había acompañado durante las fases del parto y puerperio.

La técnica se desarrolló en la sala de juntas del Centro de Salud. Por expreso deseo de los/as participantes, dos de ellas eligieron la primera hora de la mañana (9:00) y la tercera a las 13:30h. Una vez realizada la transcripción, la estructura y contenido fue supervisado y analizado de tal forma que pudimos modificar aquellos aspectos que eran necesarios para la obtención de la información útil para la exploración del fenómeno de estudio.

Tras la validación advertimos que teníamos que realizar un proceso de acomodación de nuestra cultura sanitaria a sus propios códigos culturales con el fin de extraer la información oportuna. Siguiendo a Sanmartín (2003) “los hechos no hablan solos, hay que hacerlos hablar. Ello sólo se logra formulándoles las preguntas adecuadas a los hechos” (p. 84). Esto dio lugar a reformularlas de manera más inteligible para crear canales de comunicación adecuados entre los interlocutores y fomentar una fluidez en el discurso así como naturalidad y comodidad en el mismo. De igual modo, nos planteamos excluir a todas aquellas mujeres que no poseyeran estudios básicos, dada la dificultad que entrañaba el proceso de comunicación entre los interlocutores.

De esta manera, advertimos los siguientes errores en la estructura y conducción de la entrevista:

1. No había presentación por ambas partes, lo que inducía a crear un clima de tensión y desconfianza por parte de los/as informantes. Tan sólo se hacía referencia al estudio de investigación. Para reducir esa desconfianza inicial recurrimos a estrategias tales como “repetir las explicaciones del informante, apoyar lo que dice el/la entrevistado/a (...). De manera que el informante se sienta escuchado, comprendido y reforzado” (Téllez, 2007, p. 211).
2. La entrevista era excesivamente dirigida por el investigador, lo que provocaba discursos inacabados por parte del informante e inhibición del mismo.
3. En la estructura no existía orden cronológico de los acontecimientos que intentábamos explorar, lo que inducía a la reiteración de preguntas anteriormente formuladas. Esto ralentizaba la dinámica del discurso, haciéndose tediosa tanto para los/as participantes como para el investigador.
4. La superposición de los diálogos al entrevistar a la pareja al mismo tiempo, dificultando el análisis de contenido. Por tanto, se optó por realizar las entrevistas separadas para reducir las posibilidades de sesgo y mejorar la comprensión en el análisis de las mismas.
5. En un principio tampoco informábamos sobre la duración de la técnica. Esta situación incomodaba a los/as informantes dado que algunas duraban más de lo inicialmente

- previsto. Como consecuencia de ello, se advertía cansancio en los/as participantes expresado en lenguaje no verbal (por ejemplo, mirar reiteradas veces el reloj), provocando en el investigador pérdida de la concentración sobre el proceso.
6. Algunas de las preguntas no eran comprendidas por los testigos, lo que indujo a reconducirlas de otra manera, provocando pérdida del hilo conductor. Este hecho ocurría habitualmente en aquellas parejas con nivel cultural bajo. Por el contrario, aquellas que poseían un nivel alto, la interacción era dinámica y su discurso más productivo.
 7. Éramos conscientes que el contexto del desarrollo de la entrevista era fundamental, es decir, la elección de un espacio apropiado donde no existiese interferencias. Sin embargo, dado que el lugar lo elegían los/as informantes, esta variable resultó difícil de resolver.
 8. Se reformulan nuevas preguntas adaptándolas a los códigos culturales de los/as participantes para facilitar la obtención de la información idónea para la consecución de los objetivos del estudio.
 9. Se divide la entrevista en dimensiones de estudio, las cuales llevan agrupadas preguntas que dan explicación de los hechos de las mismas. Estas son reagrupadas en cada fase de la secuencia reproductiva.

En la siguiente tabla podemos ver los cambios producidos en la estructura de la entrevista tras el pilotaje.

Figura 57. Modificaciones de la entrevista.

Modelo Original	Modelo Pilotado	
Embarazo	Embarazo	Dimensiones de estudio
Preguntas		Preguntas.
Parto	Parto	Dimensiones de estudio
		Preguntas.
Preguntas		
Puerperio	Puerperio	Dimensiones de estudio
		Preguntas.
preguntas	Agradecimientos.	

Fuente: Elaboración propia

Las modificaciones permitieron llevar un orden cronológico así como conocer con claridad qué dimensiones del proceso reproductivo estamos explorando. De este modo, extraíamos información más precisa del fenómeno de estudio. El resultado final fue la elaboración de un guión de Entrevista en Profundidad, fruto de un laborioso diseño para aportar validez a la misma ya que “la verdadera naturaleza científica de la entrevista no corresponde, paradójicamente, al acto de la entrevista como tal, ni a sus tareas internas, sino al proceso mediante el cual se ha llegado a seleccionar esta técnica, a las razones por las que se busca un tipo específico de datos y a los criterios rigurosos que han presidido su diseño (...)” (López, 1998, pp. 330-331).

“ENTREVISTA EN PROFUNDIDAD DIRIGIDA A LA MUJER”

Embarazo:

- ¿El embarazo fue planificado?.
- ¿Qué profesional o profesionales participaron en el control de su embarazo?.
- ¿Iba acompañada a las visitas de control del embarazo? ¿Por quién?.
- ¿Tuvo algún problema médico a lo largo del embarazo o fue normal?.
- ¿Cómo se sintió en las visitas de control del embarazo?.
- ¿Considera que le informaron suficientemente, resolvieron todas sus dudas?.
- Los profesionales que le atendieron en el embarazo ¿Le pidieron su opinión o preferencias sobre algunos aspectos? ¿Cuáles?.
- ¿Cómo considera su relación con los/as profesionales que participaron en el control de su embarazo?.
- Ahora que ya se ha producido el nacimiento ¿Cambiaría algo respecto al control de su embarazo? ¿Qué?.

Educación Maternal:

- ¿Acudió a la preparación para la maternidad?.
- ¿Lo hizo acompañada?.
- ¿Qué expectativas tenía? ¿Se cumplieron? ¿Por qué?.
- ¿Qué cambiaría de la educación maternal recibida?.

Nacimiento:

Expectativas

- ¿Dónde fue el nacimiento? ¿Por qué?.
- ¿Qué expectativas, ideas, ilusiones, miedos, sentimientos tenía de él?.
- ¿Cómo esperaba que sucediera?.

Acompañamiento y estructura relacional

- ¿Deseaba la presencia de un acompañante? ¿Quién? ¿Lo tuvo?.
- ¿Hubieras preferido la presencia de otro acompañante en el parto?.
- ¿Se sintió respetada? ¿En algún momento se sintió incómoda?.

Método de erradicación del dolor y toma de decisiones

- ¿Utilizó algún método de alivio del dolor? ¿Cuál? ¿Por qué?.
- ¿Su opinión y preferencias fueron tenidas en cuenta? ¿Por qué?.
- ¿Cómo fue su parto? Cuéntenos su experiencia.
- ¿Qué esperaba de los profesionales que la atendieron?.
- ¿Se respetaron en todo momento sus decisiones?

Infraestructuras en dilatación y paritorio

- ¿Cómo recuerda el espacio físico donde tuvo lugar el nacimiento?.
- ¿Si pudiera cambiaría algo de la infraestructura ¿Qué y por qué?.
- Personalmente ¿Qué le ha supuesto esta experiencia?.

Puerperio:***Estructura relacional***

- ¿Cómo se sintió en su estancia en planta de puérperas?.
- En el momento de la llegada a planta, ¿Cómo te hubiera gustado ser recibida?.
- ¿Tuvo información en planta acerca de la nueva situación?: lactancia- puerperio.
- ¿Conocía qué tipo de profesionales le atendieron en planta?.
- ¿En alguna ocasión le visitó la matrona en planta?.
- ¿Hubo algún momento que le gustaría resaltar de la relación con los profesionales de la planta?.

Infraestructuras

- ¿Cómo recuerda la habitación? ¿Estaba cómoda?

Lactancia

- Si inició lactancia materna: ¿Qué tiempo transcurrió desde el nacimiento hasta el inicio de la lactancia? ¿Por qué? ¿Se encontró con dificultades? ¿Cuáles? ¿Recibió ayuda y apoyo de los profesionales para la lactancia materna? ¿De quién?.
- Tras el alta hospitalaria, ¿Ha vuelto a la consulta de la matrona? ¿Para qué?.
- ¿La matrona de Atención Primaria te asesoraba sobre la lactancia?
- ¿Cuál es su opinión sobre la experiencia de la maternidad?.
- ¿Cómo definirías la globalidad de la experiencia?.
- ¿Recuerdas algún aspecto negativo de la experiencia vivida?.

“ENTREVISTA EN PROFUNDIDAD DIRIGIDA A LA PAREJA”

- ¿Cómo ha vivido el embarazo?.
- ¿Ha acompañado a su pareja a las visitas de control de éste?.
- ¿Qué esperaba de ellas? ¿Se cumplieron sus expectativas? ¿Por qué?.
- ¿Ha acompañado a su pareja a la educación maternal? ¿Por qué?.
- ¿Qué esperaba de la educación maternal? ¿Le fue útil?.
- ¿Cómo se imaginaba el nacimiento?.
- ¿El día del nacimiento acompañó a su pareja? ¿Estuvo todo el tiempo con ella? ¿Por qué?.
- ¿Cuál fue su experiencia? ¿Cuáles fueron sus sensaciones en el momento del nacimiento?.
- ¿Qué opina de la atención recibida? ¿Cambiaría algo?.
- ¿Participó de algún modo ese día? ¿Cómo?.
- ¿Qué opinión tiene de los profesionales que les atendieron? ¿Cómo se sintió respecto a ellos?.
- ¿Se sintió útil con su pareja? ¿Por qué?.
- ¿Cómo percibió el lugar/espacio donde se produjo el nacimiento?.
- Su opinión sobre la experiencia de la paternidad es...
- ¿Cómo definirías la globalidad de la experiencia?.
- ¿Recuerdas algún aspecto negativo de la experiencia vivida?.
- ¿Qué cambiaría?.

Aplicación y Ejecución.

El desarrollo de las entrevistas dio comienzo en Octubre del 2009 y finalizó en Diciembre del 2009. La captación de los/as informantes fue a través de las matronas de los Centros de Salud seleccionados, a las cuales se le entregaba una carta para ser entregada a los/as participantes que cumpliesen los criterios de inclusión y desearan entrar en la investigación. Esta era personalizada y explicaba con claridad los objetivos del estudio, así como el tiempo de duración de la sesión. Una vez leída y firmada acordaban con su matrona el momento y lugar donde se iban a llevar a cabo, por esa razón, estos datos no quedaban reflejados en el documento dado que era importante que ellos/as eligieran el sitio. Relacionamos esta situación con la intención de equilibrar las relaciones de poder que se podrían establecer con el investigador. Posteriormente, dos días antes del encuentro y desarrollo de la técnica, la matrona del Centro de Salud les recordaba vía telefónica su participación. Inicialmente se intentó convocar un máximo de cuatro informantes con sus parejas por cada Centro. Pese a todo ello, no asistieron la totalidad de los convocados.

Autores ponen de manifiesto que la vía telefónica no es el mejor método para el reclutamiento de los sujetos de estudio (Burns, y Grove, 2011), sin embargo, en nuestra investigación resultó ser la más eficaz.

Con respecto al lugar donde se llevó a cabo la técnica, fue determinado por las propias parejas. Todas ellas preferían el Centro de Salud, dado que era un espacio cómodo, familiar y agradable. Tan sólo una prefirió el domicilio.

Una vez comentado con las matronas las características del espacio para el desarrollo de las entrevistas, (luz, ruidos, amplitud, tránsito de trabajadores), la mayoría seleccionaron sus propias consultas o anexas a la misma, salas de juntas o polivalente como lugares más idóneos.

Análisis Contextual.

A continuación pasamos a describir el contexto en el que tuvo lugar el desarrollo de las entrevistas

Figura 58. Entrevistas a Puérperas y parejas. Centro de Salud de Puente Tocinos

Centro de Salud de Puente Tocinos.	
Contextualización. <i>E1 (Entrevista Primera): 10:30 a:m</i> <i>E2 (Entrevista Segunda):12:45 a:m</i> <i>Día de la Semana:</i> <i>E1 y E2: Jueves</i> <i>Lugar: Sala Polivalente del Centro de Salud.</i>	Duración. <i>E1:00:43:49.</i> <i>E2:1:01:14.</i> Aunque la entrevista se desarrolló en una sala alejada del resto de consultas, no se pudo evitar las interferencias de ruidos. Durante el transcurso de las sesiones se produjeron tres interrupciones, alguna de ellas causadas por mujeres que entraban en la sala preguntado por profesionales, y otras por llamadas al móvil de las informantes. Esto supuso pérdida del hilo conductor y esfuerzo por parte del entrevistador en retomarlo. En ningún momento hubo tránsito de profesionales por el local dado que todos ellos estaban informados de lo que estaba ocurriendo en la sala. Respecto a las condiciones de luz eran óptimas (luz natural), sin embargo, la temperatura de la sala no era cálida.
Análisis de la interlocución.	La mayoría de las cuestiones planteadas por el entrevistador son claras y explícitas, sin embargo, otras son confusas y tienen que ser reelaboradas, atendiendo a los criterios de acomodación (especialmente en la primera entrevista). Por tanto, se prestó especial atención al no uso de lenguaje técnico, adaptándolo a los códigos culturales del informante.

Percepciones del Investigador.	El comienzo de la primera entrevista se desarrolló un poco lento dado que el investigador pretendía seguir el guión detalladamente, aspecto que desaparece en la segunda entrevista. En todo momento se prestó atención al lenguaje no verbal de las informantes, el cual podrían mostrar detalles acerca de su estado emocional durante la sesión. Las informantes se muestran inicialmente algo desconfiadas dado que expresan cierto nerviosismo, sin embargo, a lo largo de la sesión van adquiriendo confianza sintiéndose relajadas, seguras y cómodas, lo que induce al desarrollo de un discurso productivo y centrado en el fenómeno que pretendemos estudiar. Esta situación es vivida de igual modo por el investigador ya que se trataba de la primera interacción con los sujetos de estudio para recogida de datos. La segunda informante, en algunos momentos, se muestra exaltada al relatar la experiencia vivida. Realiza muchos gestos faciales incluso con las manos.
---------------------------------------	---

Fuente: Elaboración propia.

NOTA: Una de las parejas no acuden por motivos laborales.

Figura 59. Entrevistas a Puérperas y parejas. Centro de Salud de La Flota.

Centro de Salud de La Flota.	
Contextualización	<i>Duración</i> <i>E1:0:33:26</i> <i>E2:1:14:31</i> <i>E3:0:38:41</i> <i>E4:0:42:38</i> Día de la Semana: E1 y E2:Martes. E3: 10:30 a:m E4:12:00 a:m E3 Y E4: Jueves. Lugar: Consulta de la Matrona. Tuvieron lugar en la consulta de la matrona. Las mujeres y sus parejas eran convocadas los días que la matrona tenía educación maternal con la finalidad de disponer de su consulta. Aunque ésta se encontraba perfectamente aislada de ruidos del exterior, las interrupciones no se pudieron evitar dado que fueron desarrolladas en horario laboral. Este inconveniente no supuso interferencias en la producción del discurso así como alteraciones en la introspección de la experiencia vivida. Existieron interrupciones difíciles de abordar, como por ejemplo las causadas por los recién nacidos, ya que todas las puérperas iban acompañadas por ellos. Respecto a las condiciones de luz no eran muy favorables (luz artificial), sin embargo, la temperatura de la consulta era agradable.
Análisis de la interlocución	Aunque la mayoría de las preguntas formuladas por el investigador son muy claras e inteligibles, alguna de ellas hubo que reformularla para conseguir la comprensión. En el caso de una de las informantes había que hacerla constantemente dado que era de procedencia ucraniana y existía dificultad en el entendimiento del significado real de las cuestiones que se les formulaba. Este aspecto tuvo relevancia en el momento de la transcripción de la misma dado que su lenguaje era poco

	inteligible. A pesar de ello, la mujer poseía dominio del idioma y la información aportada tuvo coherencia y fue de utilidad para la investigación. Por otra parte, en lo que concierne a la entrevistas a las parejas, las respuestas eran muy concisas y poco explícitas.
Percepciones del Investigador.	Durante los dos días que se desarrolló la técnica, el investigador era consciente de los problemas que entrañaba la ejecución de la primera entrevista, tales como la falta de dinamismo, dado que tenía que mirar constantemente el guión de las preguntas, generando incomodidad y falta de concentración. En otras ocasiones, esta percepción surgía cuando la entrevistada se extendía demasiado y no respondía de manera precisa a la cuestión planteada. La mayoría de las informantes se muestran relajadas, motivadas y con actitud de escucha activa, sin embargo, otras parecen tener prisa por finalizar dando origen a un discurso pobre en detalles importantes de análisis. La actitud del investigador, en estos casos, fue la de realizar las cuestiones que pudiesen ofrecer información rica en matices, estimular el deseo de hablar al entrevistado/a y dar por concluida la entrevista lo más rápido posible. Con respecto a las parejas, el entrevistador percibe un cierto estado de incomodidad dado que tuvieron que esperar previamente un tiempo hasta finalizar la entrevista con su pareja. Un detalle importante en el transcurso de las sesiones realizadas a las parejas es que sus respuestas eran escuetas. El investigador supone que es debido a la dificultad que entraña adentrarse en el mundo de las emociones y los sentimientos, así como un desconocimiento del mundo de la maternidad.

Fuente: Elaboración propia.

Figura 60. Entrevistas a Puérperas y parejas. Centro de Salud de Santomera.

Centro de Salud de Santomera.	
Contextualización.	Duración
E1 (Entrevista Primera): 17:10 p:m	E1: 0:54: 47
E2 (Entrevista Segunda):18:30 p:m	E2:1:09:53
E3(Entrevista Tercera) : 17:43 p:m	E3:0:38:42
Días de la Semana:	
E1 y E2: Jueves	
E3: Lunes	
Lugar: Biblioteca del Centro de Salud.	Tuvo lugar en la biblioteca del mismo Centro de Salud y en el horario de tarde, ya que la matrona ejercía su labor profesional en este horario. Un lugar cómodo, confortable y con una temperatura agradable que favorecía el desarrollo de la misma entre los interlocutores. Se disponía de una mesa amplia y alargada de color blanca, rodeada de grandes estanterías que formaban parte de la decoración de la sala. Respecto a la luz, aunque la sala disponía de grandes ventanales, la luz natural era insuficiente dada la hora y estación del año (invierno). Por consiguiente, hicimos uso de luz artificial. La recogida de datos se llevó a cabo mediante dos grabadoras, por

	cuestiones de seguridad. En todo momento pudimos desarrollar la técnica sin interrupciones. Como importantes incidentes destacamos: la interrupción del llanto del bebé, dado que todas las puérperas acudieron con él, y el fallo de una de las grabadoras. Hechos que nos obligaron a reconducir la entrevista y volver a repetir preguntas que ya se habían realizado con anterioridad, dada la importancia del discurso. Esto hizo que se alargara más de lo previsto. Respecto al tiempo de duración, el investigador era consciente que no debía ser superior a 45 minutos, sin embargo, dado el dinamismo y la riqueza del relato de la experiencia vivida, se optó por no estar pendiente del tiempo de duración.
Análisis de la interlocución.	Aunque la mayoría de las cuestiones planteadas no entrañaba dificultad alguna para ser entendidas por los/as informantes, otras fueron algo confusas. Todo ello como consecuencia de la formulación de varias preguntas en un mismo tiempo. Esto tenía el gran inconveniente que se tendía a responder tan sólo a la última formulada. Circunstancia que quedó resuelta formulando una pregunta y realizando aclaraciones sobre las mismas en caso necesario. En relación al lenguaje técnico, aunque se intentó no utilizar términos específicos de la disciplina que estábamos estudiando, el investigador encuentra dificultades para que el informante entienda las cuestiones realizadas en relación a las percepciones, sentimientos, expectativas. Por tanto, se tuvo que plantear de otro modo para ser entendidas.
Percepciones del Investigador.	Dada la dificultad en el entendimiento de ciertas cuestiones relativas a la esfera emocional tuvieron que ser reelaboradas a lo largo de las sesiones, a pesar de ello el discurso obtenido no fue muy rico en información. La sensación del investigador es que posiblemente sean conceptos confusos, ambiguos y abstractos para los sujetos de estudio. Los/as informantes se mostraron cómodos/os y en escucha activa, lo que influyó en el dinamismo de la técnica. La sensación del investigador es que todos los/as entrevistados/as mostraban especial interés por el tema de estudio. Lo que implicó adentrarse en pequeños detalles muy válidos para la investigación. En lo concerniente a las parejas, las sensaciones que se percibieron fue el poco interés que muestran en aspectos relacionados con el mundo de los sentimientos y emociones. El investigador advierte que no entienden correctamente el significado de las preguntas. Existe poca implicación y producción de discurso. Este hecho se ponía de manifiesto en respuestas lacónicas y uso de lenguaje no verbal (por ejemplo, mirar a otro sitio). Según criterio del entrevistador esta situación pudo deberse a la espera previa que se someten antes de ser entrevistados, con el consiguiente deseo de finalizar la entrevista con prontitud.

Fuente: Elaboración propia.

Figura 61. Entrevistas a Puérperas y parejas. Centro de Salud del Barrio del Carmen.

Centro de Salud del Barrio del Carmen.	
Contextualización E1 (Entrevista Primera): 10:15 a:m E2 (Entrevista Segunda):12:20 a:m Días de la Semana: E1 y E2: Jueves Lugar: Biblioteca del Centro de Salud y Consulta de la Matrona.	Duración E1: 1:16:43 E2:0:55:33 Tuvo lugar en el horario de mañana por deseo de las puérperas. La biblioteca era amplia y confortable, condiciones que permitían un clima favorable para el diálogo. Sin embargo a medida que transcurría la sesión, las interrupciones por el personal del centro se hacían más frecuentes. Por esta razón la segunda tuvo lugar en la consulta de la matrona, la cual era pequeña pero aislada de ruidos, lo que permitió estar más concentrados en el proceso de recogida de datos. Al igual que el resto de las entrevistas realizadas en otros Centros de Salud, se emplearon dos grabadoras. A pesar de la garantía que nos ofrece para asegurarnos la recogida total de información, en este caso se puso en evidencia que interfería en el discurso de las mujeres, ya que se sentían cohibidas por la presencia de los instrumentos de registro.
Análisis de la interlocución.	Una de las informantes no comprende las preguntas con facilidad, por consiguiente, resulta una tarea ardua conseguir los datos requeridos para la investigación. Esta situación conduce a reformularlas varias veces; pese a ello, el discurso es poco productivo. Lo mismo que ocurría en sesiones anteriores, la pareja tiene dificultad para adentrarse en la esfera emocional. Existen dificultades para extraer información acerca de los sentimientos y emociones de la experiencia vivida por ambos.
Percepciones del Investigador.	Como consecuencia de la dificultad en el entendimiento de ciertas preguntas, el investigador tiene que realizar esfuerzos para no perder la concentración ni el hilo conductor como consecuencia de la ralentización de la técnica. Aunque los/as informantes se presentan algo cohibidas al principio, van ganando soltura y confianza a lo largo de las sesiones. Las entrevistas se desarrollan en un tono amable y cordial. Sólo acude una pareja y llama poderosamente la atención la actitud de escucha activa, motivación y colaboración con el estudio que estábamos desarrollando.

Fuente: Elaboración propia.

Figura 62. Entrevistas a Puérpera y pareja. Centro de Salud del Barrio del Carmen - Domicilio.

Centro de Salud del Barrio del Carmen.	
Contextualización. E1 (Entrevista Primera): 18:10 p:m Días de la Semana: Viernes	Duración E1: 1:38: 27 La entrevista tuvo lugar en su domicilio y en horario de tarde por expreso deseo de la pareja. La técnica se desarrolló en el salón de la casa; lugar amplio, confortable, pero poco aislado de ruidos dado que daba a una vía de mucho tránsito. Sin embargo, este hecho no interfirió en el transcurso

Lugar: Domicilio de la pareja.	de la misma. Con respecto a la iluminación, pese a que el salón disponía de grandes ventanales, tuvimos que hacer uso de la luz artificial dada la escasa visibilidad. Pese a ello, el contexto de la entrevista fue adecuado para la producción de información válida. Se utilizaron dos grabadoras por razones de seguridad. El mayor inconveniente que se presentó fue el gran número de interrupciones realizadas por llamadas a la puerta, las causadas por la pareja y por el propio recién nacido que estaba en periodo de lactancia. Aún así, el discurso destacó en la riqueza en detalles. Con respecto a la duración de la entrevista, ésta fue la de mayor duración de todas las realizadas en la investigación. A pesar de ser consciente de los inconvenientes, se decidió no controlar el tiempo ya que la mujer estaba realizando una importante introspección de cada momento de la experiencia vivida, llegando incluso al llanto. Por tanto, entendimos que podría servir de liberación de los conflictos vividos durante la atención perinatal.
Análisis de la interlocución.	La informante entiende a la perfección las preguntas formuladas, debido al alto nivel cultural que posee, permitiendo al investigador hacer uso de un lenguaje técnico. Hecho que le supuso estar más relajado y concentrarse fácilmente en el hilo conductor. En muy pocas ocasiones, se debe añadir indicaciones para clarificar las respuestas, dado que existe un alineación con los códigos culturales del investigador. Esta situación permitió añadir matices que ayudaron a obtener datos interesantes para el estudio.
Percepciones del Investigador.	Referente a la actitud de los entrevistados fue de absoluta cordialidad y simpatía para que el investigador se encontrara cómodo. Por el contrario, la sensación inicial fue algo incómoda por el desconocimiento del lugar y los/as informantes. La técnica dió comienzo con bastante desinhibición por parte de la participante, sin embargo, poco a poco fuimos adentrándonos en aspectos delicados de la atención asistencial lo que resultó ser muy emotiva por ambas partes. Llama la atención la extremada sensibilidad que posee la mujer. La pareja, pese a sentirse algo incomoda por la duración de la sesión, su actitud es de escucha activa y desarrolla ampliamente todas las preguntas que se les formula sin importarle el tiempo. El investigador percibe comodidad y desinhibición por parte de la misma. Llama la atención como se adentra fácilmente en la esfera emocional describiendo densamente las percepciones, sentimientos que ha experimentado y compartido con su mujer durante todo el proceso reproductivo.

Fuente: Elaboración propia.

Figura 63. Entrevistas a Puérperas y parejas. Centro de Salud de Santa María de Gracia

Centro de Salud de Santa Maria de Gracia.	
Contextualización. E1 (Entrevista Primera): 10:00 a:m E2 (Entrevista Segunda):12:30 a:m E3(Entrevista Tercera) : 10:30 a:m Días de la Semana: E1 y E2: Miércoles E3: Lunes Lugares: Sala de reuniones del Centro de salud y sala anexa a la consulta de la matrona.	Duración E1:0: 44:31 E2:0:46:29 E3:0:28:53 La técnica se desarrolló en horario de mañana por expreso deseo de la matrona y de las puérperas. La convocatoria coincidía con los días que aprovechaba la mujer para la revisión postparto en la consulta de su matrona. Esta situación presentaba comodidad tanto para el investigador como para los sujetos de estudio, dado que facilitaba la captación y se cumplían los requisitos de inclusión al entrevistar a la puérpera en los diez y quince días posteriores al parto. Las dos primeras entrevistas tuvieron lugar en la sala de reuniones del Centro de Salud. Este lugar fue indicado por la matrona por ser el más adecuado, sin embargo, el desarrollo de la técnica fue complicada por el intenso tránsito de personal y ruido de fondo que impedía la concentración durante el proceso de recogida datos. Todo ello unido a las producidas por el llanto del bebé, dieron lugar a frecuentes interrupciones y a una duración excesiva de la misma. En lo que respecta al lugar, éste era frío, con luz artificial y con sillas poco confortables. En esta sala había una mesa amplia y alargada; al igual que el resto de Centros de Salud, al tratarse de un lugar de reunión de los profesionales, existían estanterías que decoraban el habitáculo. La última entrevista se realizó en la sala anexa a la matrona, aunque era más acogedora tampoco estaba aislada de ruidos, sin embargo no hubo interrupciones durante su desarrollo.
Análisis de la interlocución.	En ocasiones, el lenguaje utilizado por el investigador no se ajustaba los códigos culturales de nuestro sujeto de estudio, dando lugar a replanteamiento de las preguntas, pérdida del hilo conductor y desorden cronológico del esquema estructurado de las mismas. Sin embargo, la mayoría de las puérperas entrevistadas tenían un alto nivel cultural, hecho que permitió un cierto dinamismo en el desarrollo de la misma, así como discursos altamente productivos. En relación al lenguaje no verbal, obtuvimos reacciones diversas en los sujetos entrevistados. En algunas de ellas, realizaban gestos que denotaban deseo de finalizar la entrevista: mirar el reloj reiteradas veces o preguntas relacionadas con el tiempo de duración. Esto se daba principalmente en aquellas mujeres que acudían con su bebé. En otras puérperas se evidenciaba gran interés al manifestar escucha activa y expresar pormenorizadamente los detalle del proceso.
Percepciones del Investigador.	La realización de esta técnica a puérperas que poseen una gran cultura sanitario permitió darme cuenta que obtenía un discurso rico en detalles en poco tiempo. Al mismo tiempo percibía que contestaban de una manera muy precisa a la pregunta formulada. En algún momento, el entrevistador se siente incómodo cuando percibe que la mujer no muestra interés por el tema de la investigación. En especial en aquellos casos en los que la informante presenta una actitud de cierto nerviosismo y deseo de dar por finalizada la entrevista.

Fuente: Elaboración propia.

Nota: las parejas no acuden por motivos laborales.

El análisis contextual de las entrevistas que se desarrollaron en el Centro de Salud de Vistabella no puede ser presentado en esta investigación, dado que fueron realizadas por

otra persona experimentada en investigación cualitativa y en el uso de esta técnica de recogida de datos. Se decidió hacerlo de este modo porque el investigador desempeña su trabajo en dicho centro y consideró el sesgo que podría suponer para la investigación, al relatar tanto las mujeres como parejas lo políticamente correcto.

Se realizaron un total de 33 entrevistas (puérperas, parejas y matronas) hasta conseguir la saturación de los datos. Sobre este aspecto Creswell considera “entre 20 y 30 entrevistas suficientes para alcanzar la saturación de los datos (Creswell, 1998:56)” (Jorge, 2006, p. 156). Siguiendo la Teoría Fundamentada, partimos de la base que no conocemos con anterioridad el tamaño real de la muestra, por tanto, se realizó la recogida de información hasta que dejó de ser relevante.

Observación

Lo consideramos un instrumento básico para el logro empírico de nuestros objetivos. Se trata de una técnica científica en la medida que sirve a un objetivo ya formulado de investigación, es planificada sistemáticamente, controlada y relacionada con proposiciones más generales en vez de ser presentada como una serie de curiosidades interesantes, y está sujeta a comprobaciones de validez y fiabilidad (Anguera, 1991).

Dadas las características de la investigación y el fenómeno que se pretende estudiar, la Observación Participante ofrece importantes ventajas como método de captación de la realidad de lo que ocurre en el campo laboral, al realizar una inmersión en el mismo de forma naturalizada (Taylor, y Bodgan, 1994). Esta técnica atiende a las formas de interacción de los actores, dándole el sentido a los actos sin el uso del lenguaje y la palabra (Fericgla, 1995). Pese a los grandes beneficios que suponía su uso, nos encontramos con algunas limitaciones en su desarrollo, ya que el propio investigador es matrona y realiza su labor asistencial en la misma área de estudio. Esta relación dio lugar a que fuésemos reconocidos por los sujetos que pretendía investigar, encontrando serias dificultades para la adopción de un rol que nos permitiese entrar en el campo y establecer las relaciones necesarias con los/as informantes, permitiendo el acceso a la información y reduciendo el recelo de los

sujetos de estudio (Taylor, y Bodgan, 1986, p. 67). Situación que obstaculizó seriamente la recogida de información, dado que éramos conscientes de la interferencia del investigador en “la acción social” (Velasco y Díaz de Rada, 1997, p. 24; Burns, y Grove, 2011, p. 407). Siguiendo a Téllez (2007) “la familiaridad y cercanía del tema provoca efectos negativos sobre la observación que hay que evitar conscientemente” (p. 166). Esto es lo que ocurre en las unidades de estudio, dado que realizamos análisis en lugares donde en alguna ocasión hemos realizado labor asistencial. En este tipo de investigación “At Home” (Téllez, 2007, p. 166) se presentaron obstáculos de índole personal, relacionados con la construcción de la distancia necesaria en un campo que conocía perfectamente como matró y el estar atento a cuáles eran los sentidos y significados de la acción social, ya que la cercanía de las explicaciones era fuente de dispersión y requería mayor grado de concentración para anotar todo aquello que pudiese ser relevante pero al mismo tiempo familiar. Por otro lado, dado que el investigador era conocido por la comunidad de estudio, le convierte en objeto de preguntas y se le va a demandar todo tipo de información relacionada con su presencia en el campo. Para evitar todos los elementos que pudiesen conducir al sesgo se optó por llevar a cabo un método descrito por Anguera (1995) y definido como un tipo de observación indirecta: la “Observación externa o no participante”. En ella el observador se mantiene alejado y al margen de lo que acontece consiguiendo la distancia necesaria para la observación objetiva sin la implicación directa con los/as informantes, de esta forma el investigador interacciona lo menos posible con los sujetos en el escenario donde interviene los actores sociales, manteniéndose en una posición neutra de manera que le permita captar los eventos tal y como se desarrollan (Anguera, 1995, pp. 75-77), también denominada “Observación directa no participativa” (Pendelton, 1984). Con esta posición adoptada se minimizó el hecho de que los actores cambien ciertos aspectos de su conducta; a pesar de todo ello, se tuvo presente el sesgo que podría conllevar.

La Observación externa o no participante realizada en los diferentes niveles asistenciales consistía en estar al lado de los/as profesionales mientras realizaban sus tareas asistenciales sin interferir ni participar en ellas. Sólomente nos limitábamos a recoger notas en el Diario de Campo sobre los discursos de los/as agentes de salud, así como aquellos

aspectos de interés para el estudio relacionados con las prácticas sanitarias. Al mismo tiempo, la Observación se complementó con pequeñas entrevistas a informantes matronas, enfermeras y médicos/as.

En lo que respecta a la recogida de información a través del uso del Diario de Campo, se presentaron situaciones difíciles, sobre todo en la Atención Especializada, dado que en algunas unidades de estudio fueron susceptibles de sospecha respecto al observador. Sin embargo, en otros espacios, dada la confianza con el equipo asistencial, la toma de notas se desarrolló sin incidencias, incluso nos permitían verificarlos o contrastarlos. Tal como refiere Montes (2007) “la presencia de una persona que toma notas de lo que sucede, además de no ser agradable ni habitual, puede contribuir a que se sientan evaluados/as en sus actividades técnicas (...)” (p. 94). A pesar de estos inconvenientes, pudimos obtener información complementaria a las otras técnicas utilizadas, así como triangular la información obtenida de éstas. La contrastación de la información obtenida a través de las técnicas de recogida de datos es un aspecto fundamental en la investigación ya que “existen contradicciones entre los discursos y las prácticas” (Blázquez, 2009, p. 121).

Aplicación y Ejecución.

En la fase previa al acceso al campo y una vez determinado el tipo de observación que se iba a realizar, se planificó una observación “sistemática y estructurada” (Sanmartín, 2003, p. 68), apoyándonos en “escalas de tasación” (Burns, y Grove, 2011, p. 309) basada en unos ítems sobre los cuales debíamos centrar la observación, de esta forma realizamos una selección sobre las categorías para organizar y ordenar los comportamientos o acontecimientos que queríamos explorar en el campo. Para la configuración del modelo estructurado, se seleccionó un modelo validado, modificado y adaptado a la Guía CICC para la evaluación de la relación clínica desarrollada en el área de maternidad, elaborada por la Unidad Docente de Medicina Familiar y Comunitaria de Córdoba (2005) (Anexo 12). La Guía está orientada para el área de maternidad y explora las siguientes categorías y subcategorías:

- Actitud de los profesionales en la interrelación con la mujer.
- Sentimientos.
- Respeto en la toma de decisiones.
- Estructura relacional paciente/ cliente.
- Proceso de comunicación en la interrelación.
- Información ofrecida.

Figura 64. Cronología Observación No Participante en los distintos niveles asistenciales.

Unidades de Estudio	Periodos	Tiempo
Atención Primaria de Salud.	Enero-2010 a Mayo-2010	Días
Centro de Salud de Puente Tocinos.	Enero -2010	10
Centro de Salud de Santa Maria de Gracia.	Febrero-2010	12
Centro de Salud de La Flota.	Marzo -2010	7
Centro de Salud del Barrio del Carmen.	Abril -2010	9
Centro de Salud de Santomera.	Mayo -2010	8
Centro de Salud de Vistabella.	No se desarrolló Observación en este centro por ser el lugar de trabajo del investigador.	
Atención Especializada.	Junio -2010	Días
Unidad Ginecológica de Apoyo 1.		5
Unidad Ginecológica de Apoyo 2.		3
Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca.	Junio-2010 a Agosto-2010	Días
Unidad de Urgencias – Paritorio.		29
Unidad de Día Obstétrica.		5
Área de Medicina Fetal.		7
Unidad de Hospitalización de Gestantes		6
Unidad de Hospitalización de Puerperio.		14
Alto Riesgo Obstétrico		5

Fuente: Elaboración propia.

Diario de Campo

El Diario de Campo ha sido otro recurso utilizado desde el inicio del proyecto de investigación. Esta constituyó un instrumento fundamental de registro que permitió producir datos para nuestro estudio. En él se fueron anotando fechas, convocatorias, reuniones, información sobre las decisiones que íbamos a tomar durante el desarrollo del estudio, valoraciones propias y problemas a resolver. De este modo, siguiendo a Velasco y Díaz de Rada (1997) “el Diario de Campo debe ser tanto una lente de observación para descripciones objetivadas como una pantalla de reflexión y autocrítica para el propio investigador” (p. 50).

Este instrumento fue de gran utilidad para la anotación de aquellas observaciones personales del investigador durante el proceso de investigación, tales como las reacciones que se suceden durante el proceso de recogida de datos relacionados con los “memos descriptivos” (Vivar, Arantzamendi, López Dicastillo, y Gordo, 2010, p. 287).

Los comentarios y anotaciones reflejados constituyeron una información muy valiosa para las etapas posteriores en la organización de la investigación, así como en la interpretación de los datos recogidos en la Observación Indirecta llevada a cabo durante todo el itinerario asistencial de la gestante, parturienta y puerpera.

6.3.3. PROCESO DE ANÁLISIS DE CONTENIDO.

En la actualidad existen diferentes programas informáticos que facilitan el análisis y manejo de los datos cualitativos y son recomendados para estudios cualitativos basados en la Teoría Fundamentada (ATLAS/ti, MXQDA, AQUAD), sin embargo, el investigador decidió prescindir de este tipo de herramientas y participar en todas las fases del proceso analítico, ya que “la tecnología en ningún caso puede sustituir al investigador como agente activo del proceso” (Vivar y otros, 2010, p. 287).

Una vez obtenida la información se procedió a la transcripción y análisis de contenido de la misma, dando paso a la reducción del gran volumen de datos para facilitar su posterior examen. Este consistió en la organización y fraccionamiento de los datos extraídos para posteriormente agruparlos en unidades de análisis, es decir en un proceso de reducción y simplificación denominado codificación. Fueron reunidos en categorías globales, a partir de las cuales se desarrollaron subcategorías más concretas y específicas. A continuación se enumera pormenorizadamente los pasos seguidos en orden cronológico:

- a) Transcripción de los grupos de discusión y entrevistas en profundidad.
- b) Lectura reiterativa de toda la información extraída a partir de las transcripciones.
- c) Examen microscópico de los datos con la finalidad de “seleccionar, focalizar, simplificar, abstraer y transformar los mismos (Miles & Huberman, 1994, p.10)” (Gurdián- Fernández, 2007, p. 237).

-
- d) Ordenación de los datos, dado que aparecen dispersos a lo largo de la transcripción. “los documentos contienen discursos, pero éstos aparecen desestructurados o confusamente estructurados” (Báez, y Pérez de Tudela, 2007, p. 259).
 - e) Fragmentación de los datos para manejar las transcripciones en formato más simple y manejable. “Los Códigos”. La codificación simplifica y reduce los datos teniendo en cuenta que la fragmentación de los mismos “puede perder el sentido que los informantes le han dado a la narración de los hechos” (Burns, y Grove, 2011, p. 423). Con este proceso dimos comienzo a la interpretación dado que implica comparar y relacionar los datos. “El proceso de comparación constante de similitudes y diferencias de incidentes identificados, se realiza con la finalidad de descubrir patrones que se repitan para su posterior agrupación” (Vivar y otros, 2010, p. 286).
 - f) La codificación se dividió en tres fases: primeramente, tal como señala Strauss y Corbin, el desarrollo de “una *codificación abierta* al dividir y codificar los datos en categorías o conceptos que representan fenómenos (Strauss & Corbin, 2002)” (Carrillo, Leyva, y Medina, 2011, p. 97); seguidamente, la *codificación axial*, “comparando los nuevos datos con las subcategorías resultantes de las anteriores comparaciones”. Esta nos informó que debíamos acceder al campo y seguir con el muestreo teórico a la búsqueda de nuevos casos que aportaran más información que permitieran interpretar los conceptos y refinar la categoría. Y, finalmente se llevó a cabo una *codificación selectiva* con “el propósito de integrar las subcategorías para reducir el número de conceptos” y conseguir la categoría central a partir de la saturación teórica de los datos; punto en el que ya no emerge nuevas dimensiones o propiedades de los datos que tengan que ser comparados, eliminando los excedentes. La categoría central explica y da sentido a todos los datos y sus relaciones, y por tanto, al patrón de comportamiento social objeto de estudio, permitiendo al investigador formar un todo explicativo” (Carrillo y otros, 2011, p. 97; Vivar y otros, 2010, p. 286).
 - g) Durante el proceso de codificación, se utilizaron los memos o notas memorísticas con la finalidad de reflejar las impresiones, preguntas que induzcan a la reflexión, citas del marco conceptual y posibles subcategorías emergentes. Estos se anotaron en los

márgenes del texto conforme se leía reiteradas veces. Los términos empleados fueron establecidos a partir de la formación teórica del investigador y las aportadas por los/as informantes. Los más utilizados fueron: “*los teóricos*”, que nos orientaban sobre la categoría y subcategoría a partir de la codificación; “*descriptivos*” que analizaban las reacciones que sucedían durante la investigación, y “*analíticos*” relacionados con el rigor del dato aportado y la saturación obtenida, de manera que nos permitió tomar distancia de los datos y hacer validaciones permanentes del análisis de los mismos a través de la comparación entre categorías y situaciones similares, para ver las características y propiedades compartidas por éstas y así iniciar la agrupación y re-agrupación en las categorías correspondientes para que queden refinadas (Carrillo y otros, 2011, p. 98; Vivar y otros, 2010, p. 287). La categorización siguió el criterio de homogenización interna dado que todos los códigos que representaba al mismo concepto fueron agrupados en la misma categoría. Así mismo, se atendió al criterio de heterogeneidad externa al no existir ninguna categoría repetida (Báez, y Pérez de Tudela, 2007).

- h) Con el propósito de mejorar los resultados se realizó “*la triangulación*” contrastando datos y teorías. Utilizamos la Observación para la triangulación de métodos y técnicas (Gurdián –Fernández, 2007), dado que con este instrumento se “capta todo aquello que los informantes no pueden informar, a aquello que no sabrían contestar en una encuesta o en una entrevista (...)” (Sanmartín, 2003, p. 66). Así pues, se confrontaron los datos aportados por los/as participantes a través de otros métodos de recogida de información con la realidad observada. Se pretendía conseguir “el objetivo de validación y consistencia en los datos, pues nos confirma determinadas interpretaciones de la realidad como pautas” (Velasco, y Díaz de Rada, 2004, p. 223). De igual forma se recurrió a asesores expertos sobre el fenómeno de estudio para verificar los datos obtenidos y obtener mayor fiabilidad en los mismos.

6.3.4. EVALUACIÓN.

Todo trabajo se ha realizado siguiendo unas premisas que sirven para la posterior evaluación. Estas aportan ideas sobre el rigor científico del estudio, el cual debe ser especialmente considerado en estudios cualitativos pues han sido ampliamente criticados en este sentido. Morse menciona que los criterios de fiabilidad y validez puede ser igualmente tenidos en cuenta en una investigación cualitativa (Burns, y Grove, 2011). En estudios cualitativos “el rigor está asociado con la apertura, adhesión escrupulosa a la perspectiva filosófica, la minuciosidad en la recogida de datos, la consideración de todos los datos en la fase de desarrollo de la teoría subjetiva (...), en la lógica de la teoría emergente y claridad con la cual se arroja luz sobre el fenómeno estudiado” (Burns, y Grove, 2011, p. 425). Tomando como referencia a Leninger (2005) y siguiendo las recomendaciones de Castaño (2009) “se atiende a seis criterios para ser evaluada de manera eficaz dentro del paradigma cualitativo” (p. 56).

Credibilidad. Este criterio se consiguió basándonos en la triangulación de los datos comparándolo con la utilización de las diferentes técnicas utilizadas en el trabajo de campo. Especialmente nos apoyamos en las entrevistas que se desarrollaban a los/as informantes durante la Observación e incluso a asesores expertos sobre el fenómeno de estudio.

Posibilidad de confirmación. La investigación ha utilizado técnicas ampliamente validadas mediante pruebas de pilotaje y pretest cognitivo para comprobar la fiabilidad, la estabilidad, la consistencia, sensibilidad y especificidad de los instrumentos de recogida de datos. Para conseguirlo, se tuvieron que desarrollar modificaciones sobre el modelo original, comentado en apartados precedentes.

Significado en contexto. Se trata de hechos que adquieren explicación y sentido conforme se va creando el contexto. Por poner un ejemplo, este criterio se pone de manifiesto en la necesidad de hipervigilancia de la gestación como consecuencia de los discursos de riesgo que dominan el panorama asistencial.

Patrones recurrentes. Según señala Castaño (2009) “se refieren a las experiencias o los modos de vida repetidos que tienden a formar un patrón y a ocurrir una y otra vez de maneras determinadas en contexto similares o diferentes” (p. 57). En nuestra investigación uno de los patrones más llamativos es la inercia de unas prácticas obstétricas estructuradas en un modelo tradicional impide el quehacer asistencial orientado a intervenciones más humanistas por el equipo de salud.

Saturación. Este criterio obedece a la falta de datos nuevos que puedan ser relevantes y útiles para el análisis del fenómeno de estudio. A lo largo del estudio fue un elemento a considerar, circunstancia que obligó en ocasiones hacer reiteradas entradas en el campo hasta la saturación de la información.

Posibilidad de transferencia. Criterio que también sostiene Spiggle (1994) como útil para evaluación al señalar si las ideas son aplicables y transferidas a otras investigaciones y contextos” (p. 500) (Traducción propia).

Spiggle, S. (1994). *Análisis and interpretation of Qualitative Data in Consumer Research* ‘Are the constructs, ideas, and framework applicable, transferable to other research settings, contexts and domains? (...)’

Dado que el propósito de este estudio de corte cualitativo es dar explicación a un fenómeno social, la posibilidad de transferir los resultados a otros contextos diferentes al estudiado sería inapropiada, pues no se cuentan con circunstancias, variables y contextos similares. Por tanto, desde el punto de vista del investigador y ya que el fenómeno de estudio versa sobre la humanización de la atención perinatal, prestando atención a las emociones que experimentan las mujeres durante la interacción, se podría transferir esta variable como un indicador valioso de evidencia para estudios similares y relacionados con la calidad asistencial ofrecida al usuario/a en las instituciones. De igual modo, la metodología podría constituir una guía para el desarrollo de estudios cualitativos, incluso siguiendo diferentes orientaciones filosóficas.

Además de los mencionados, se añadió el de **Innovación**. Criterio introducido por Spiggle (1994) en el que pone de manifiesto la importancia de “crear ideas y marcos que provean nuevas y creativas formas de mirar el fenómeno de estudio, transformando las representaciones sobre el mismo” (p. 501). (Traducción propia). En nuestro estudio se analiza todas aquellas variables que interfieren en la humanización de la atención perinatal. Una vez detectadas se proponen propuestas de mejora con la finalidad de innovar nuevas formas de representar el proceso perinatal, ayudando a mejorar la calidad asistencial del mismo ofrecida por los/as agentes de salud relacionados con la atención obstétrica.

Spiggle, S. (1994). *Análisis and interpretation of Qualitative Data in Consumer Research*. ‘Do the constructs, ideas and framework provide new and creative ways of looking at experience and behavior?. Do they transform our conceptualizations? Is the representation new (cf. Hunt, 1989)’?.

6.3.5. CONSIDERACIONES ÉTICAS.

Dada las características de la investigación y para facilitar una información veraz, se cumple con una serie de requisitos de índole ético. En primer lugar, se envían cartas al Dr. Gerente del Hospital Virgen de la Arrixaca y de Atención Primaria del Área I Sanitaria de la Región de Murcia, detallando el propósito de la investigación (Anexos 13 y 14).

Por otro lado, para la extracción de datos confidenciales relevantes para el estudio, se realizaron peticiones a:

- a. Dirección General de Asistencia Sanitaria del Servicio Murciano de Salud, al servicio.
- b. Servicio Regional de Tarjeta Sanitaria.
- c. Jefe de estudios de la Unidad Docente de Medicina Familiar y Comunitaria, pues se pretendían recopilar datos procedentes de los Centros de Salud Docentes.

Las solicitudes se realizaron vía e-mail, ya que tenían conocimiento de la investigación y consentimiento en facilitar los datos por parte de los gerentes anteriormente mencionados.

Referente a los sujetos de estudio formado por matronas, enfermeras y médicos/as, las consideraciones fueron las de acceder libremente a participar en la investigación.

Ninguno de los participantes conoce previamente el esquema de la entrevista ni su contenido, sin embargo disponen información acerca del asunto a tratar, dado que anteriormente se les envió una carta explicativa (Anexo 15).

Así mismo, a los miembros del grupo se les pide consentimiento para realizar las grabaciones. Se establece previamente un pacto que tiene en cuenta los siguientes puntos: (1) los/las informantes guardan el anonimato, sólo el investigador conoce sus identidades, de igual modo éste se compromete a la confidencialidad, (2) los participantes son identificados por el cargo que ocupa en la Institución, en ningún momento se identifican con el nombre, (3) las organizaciones sanitarias en las que trabajan, han trabajado o tiene relación, no son identificadas en el transcurso del análisis.

En relación a las/os informantes correspondientes al grupo de puérperas y parejas, la consideración ética consistió en la entrega de cartas a los participantes (Anexo 16) a través de las cuales se les invita a participar informándole sobre el objetivo del estudio, duración de la sesión, día y lugar de celebración. Del mismo modo, se le informaba sobre la confidencialidad de los datos.

6.3.6. LIMITACIONES DEL ESTUDIO.

Factores profesionales

Una de las limitaciones del estudio perteneciente a los profesionales fue la dificultad que supuso reunir al colectivo de matronas para conformar el grupo de discusión. En primer lugar había convocadas ocho, de las cuales dos no pudieron asistir por motivos personales. Posiblemente, este factor no se hubiera dado si la reunión hubiese sido en horario laboral. Por tanto, pensamos que no fue el momento más idóneo. Este hecho interfirió en el tamaño de la muestra relacionada con los ámbitos asistenciales de procedencia, ya que las matronas ausentes pertenecían a la Atención Primaria de Salud.

Por otro lado, dado que se tuvo que entrar de nuevo al campo para realizar entrevistas a matronas, éstas se realizaron en el ámbito y horario laboral. Circunstancia que

obstaculizó el proceso de recogida de datos al no encontrar profesionales disponibles en la participación del estudio, ya que necesariamente tenían que abandonar sus tareas durante el tiempo que transcurriera la entrevista. Así mismo, destacamos la dificultad encontrada en captar matronas que quisieran participar en la investigación y pertenecieran al plan de estudios del 1957, con el fin de cumplir el criterio intergeneracional.

Recogida de datos estadísticos

Pese a la excelente actitud por parte de la Dirección Médica, de Enfermería y el Departamento de Informática del Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca, la recogida de valores estadísticos referentes a las prácticas asistenciales, relacionadas con la Estrategia de Atención al Parto Normal a través del Selene, constituyó uno de los grandes obstáculos. Se advirtió infrarregistro de datos como consecuencia de ser un programa informático de reciente aplicación, y por la propia organización asistencial. Relacionado con esto último, la organización asistencial por tareas entrañaba un problema para el registro, dado que en ocasiones quienes introducían los datos eran profesionales que no habían intervenido en la conducción de algunas de las fracciones de la secuencia reproductiva, situación que podría producir errores en la veracidad de los mismos. De modo que su valoración entrañaba dudosa fiabilidad, sesgando la interpretación de los mismos. Este aspecto quedó resuelto solicitando asesoramiento a los expertos informáticos de la Unidad Informática del Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca.

Situación similar fue encontrada en la Atención Primaria de Salud donde los valores son introducidos en el programa informático OMI-AP. Aunque este soporte lleva tiempo funcionando para médicos/as de familia y enfermeras/os, las matronas han empezado a utilizarlo recientemente; circunstancia que está ocasionando interferencias en el registro de sus actividades. Esta coyuntura dificultó seriamente el análisis relativo a la organización y presión asistencial de la matrona en este nivel asistencial.

Factores relativos a los/as usuarios/as

La mayor dificultad se presentó en la asistencia de las parejas a las entrevistas. Pese a que el investigador era consciente que el horario de tarde era el más idóneo para fomentar la participación de la pareja en el estudio, como ya adelantábamos en el marco

metodológico, la mayoría de las puérperas acordaron el horario de mañana para la realización de la misma. Aspecto que contribuyó a que la presencia de las parejas fuese escasa. Por tanto, los testimonios son reducidos para la valoración de sus percepciones y sentimientos de la experiencia vivida durante la atención perinatal.

Revisión bibliográfica

Debemos mencionar las limitaciones encontradas con respecto a los artículos procedentes de revistas internacionales. Algunos de ellos no se encontraban disponibles en los fondos de la Biblioteca Virtual de la Consejería de Sanidad ni en centros asociados mediante convenios de colaboración nacionales. Esta situación entrañó dificultades para profundizar y contrastar determinados aspectos relevantes del estudio, así como consultar revistas de reciente publicación cuyo contenido podría ser valioso para la investigación.

Factores relativos al investigador

Uno de las grandes obstáculos encontrados fue el desarrollo de una investigación “at home”, al estar directamente involucrado en el escenario donde se desenvuelven los acontecimientos. Circunstancia que podría provocar que las cosas se vean desde un sólo punto de vista. Además, el análisis de un contexto donde se comparte los mismos códigos culturales que el resto de profesionales dificultó seriamente crear esa distancia discreta que permite observar sin alterar la acción social. Así mismo hay que destacar la limitación para neutralizar el etnocentrismo, según manifiestan Velasco y Díaz de Rada (2004) “se exige el reconocimiento y los prejuicios etnocéntricos de partida: visiones, valoraciones, juicios, percepciones cristalizadas, hábitos instalados que interfieren en el conocimiento y comprensión de la cultura objeto de estudio” (p. 29). Este hecho impidió tener una actitud de extrañamiento sobre los acontecimientos ocurridos en la unidad de estudio, dificultando el análisis de los pequeños detalles que pudiesen enriquecer la investigación.

Por último, especificar que durante el trabajo de campo se produjeron discontinuidades en la Observación debido a factores institucionales, pues el investigador tenía que disponer de consentimiento por parte de la Dirección de Enfermería de la Gerencia de Atención Primaria para llevar a cabo la técnica. Por esta razón, únicamente se especifica el total de días dedicados a la recogida de datos en las unidades de estudio.

BLOQUE IV. MARCO EMPÍRICO

CAPÍTULO VII. ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS

A continuación nos adentramos en el análisis de contenido e interpretación de los resultados obtenidos a partir de los discursos extraídos de los/as participantes mediante el uso de los distintos instrumentos de recogida de información.

Los datos obtenidos han sido agrupados en tres categorías correspondientes a la Institucionalización del proceso reproductivo, la Estrategia de Atención al Parto Normal y las Emociones de la mujer y pareja en la atención perinatal surgidas de la estructura relacional. Todas ellas recogidas en el Capítulo VII del bloque empírico.

Así mismo, en cada categoría se presentan las siguientes subcategorías: por un lado, obtuvimos el parto sin dolor, la incertidumbre del riesgo existente en el proceso reproductivo y el hospital como espacio de seguridad y control, agrupadas dentro de la categoría correspondiente a la Institucionalización del proceso reproductivo. Por otro, se extrajeron: la difusión de la Estrategia por las instituciones y los/as profesionales, el conocimiento de la propuesta por el equipo de salud y la mujer, las reacciones de los/as agentes de salud en el ámbito clínico tras la implantación de la propuesta del Ministerio, las controversias suscitadas en el desarrollo de las líneas estratégicas analizando los conflictos éticos que se derivan de las mismas y, finalmente las interferencias encontradas en la humanización de la atención perinatal. Estas fueron recogidas en la categoría de la Estrategia de Atención al Parto Normal. Por último, el análisis de los resultados concluyen con las emociones de la mujer y pareja surgidas de la naturaleza de la interacción clínica, extrayendo las subcategorías relacionadas con los sentimientos negativos y positivos que tienen lugar durante el proceso asistencial, y las actitudes y la orientación en valores de los/as profesionales que influye en el tipo de emoción experimentada por la mujer y pareja.

7.1. INSTITUCIONALIZACIÓN DEL PROCESO REPRODUCTIVO.

Iniciamos el desarrollo de esta categoría de análisis adentrándonos en los motivos que explica la Institucionalización del proceso reproductivo, la cual está relacionada con la visión patológica sobre el mismo que existe desde la perspectiva biomédica, teniendo que pasar por los rituales de diagnóstico y tratamiento.

Esta subordinación de la atención perinatal al aparato sanitario tiene su origen en los discursos médicos, los cuales construyen los conceptos de salud y enfermedad. En este sentido, la mujer ha sido considerada como un ser débil y tendente a la patologización y, por ende, el embarazo, parto y puerperio son estadios dentro del ciclo vital considerados y valorados desde parámetros de anormalidad. Por tanto, la atención reproductiva tiene que ser realizada en las instituciones sanitarias, siendo el lugar donde la enfermedad adquiere significado y los/as profesionales a través de la prevención y el tratamiento, justificarán sus intervenciones (Montes, 2007). Esto ha determinado las actitudes y prácticas del equipo de salud en relación al embarazo, parto y puerperio en los distintos ámbitos asistenciales. Las principales amenazas que presentan el proceso y justifican su intervención son: de un lado, el dolor inherente al parto, el cual siguiendo la ideología del Modelo Médico Hegemónico, es representado como una emoción que debe ser eliminada, y de otro, el halo del riesgo que envuelve todo el proceso reproductivo en su recorrido por los distintos niveles asistenciales.

Tal como señalábamos en el análisis contextual, la Institucionalización del proceso perinatal de la mujer se inicia en la Atención Primaria de Salud siempre y cuando no presente ningún factor de riesgo o algún tipo de sintomatología que justifique su actuación en el ámbito de la Atención Especializada, como es el caso del sangrado, dolor, contracciones o cualquier tipo de anomalía que se presente durante su evolución, según establecen los protocolos del Programa Integral de Atención a la Mujer de la Región de Murcia.

Desde las disciplinas antropológicas, sociológicas y biomédicas se ha intentado explicar los factores que han impulsado la intervención del parto a lo largo de la historia, sin embargo, los resultados de la investigación ponen de relieve cuáles son las razones que

conducen tanto a los/as profesionales como a las usuarias a que el proceso sea conducido en el hospital de estudio.

7.1.1. EL PARTO SIN DOLOR.

Con respecto a los factores que operan en la Institucionalización del parto en el ámbito de estudio, los testimonios de los/as profesionales constatan el dolor del parto como uno de los elementos influyentes para que la mujer acuda al hospital

“(…) la epidural la piden, hay pocas, muy pocas que no la quieran, la gran mayoría la piden, viene todas con que quiero el parto natural y no, no, no, pero todas quieren la epidural, o sea, quieren un parto natural sin intervención, pero con la epidural (…)” (Matrona 8/Atención especializada- Entrevista).

“(…) aquí todo el mundo viene pidiendo la epidural, nadie quiere un parto natural” (Pediatra 2/Unidad de Neonatología - Grupo de Discusión).

“Lo único que quieren es la epidural y que no para con dolor. Ellas dicen, yo lo que quiero es parto sin dolor” (Médica 8/Atención Primaria- Grupo de Discusión).

La emoción se percibe como un fantasma cuyas dimensiones son desconocidas para las mujeres, implicando un cierto temor a enfrentarse al parto. Este aspecto influye en la demanda de las mujeres al ser atendidas en la Institución como forma de acceso a la analgesia epidural, la cual se convierte en una de las técnicas mejor valorada, poniendo de manifiesto su confianza en la rápida erradicación de la experiencia dolorosa

“(…) es un avance que entiendo que hay que utilizarlo; para qué vamos a sufrir, si en el parto es lo mismo para el feto incluso es mejor, y si hay que intervenir, pues ya está puesta la epidural; y, si hay que hacer alguna intervención de algún tipo, pues uno está ya con una semianestesia puesta por si hay que reaccionar rápidamente, o lo que sea, pues... yo lo veía mejor y no veía ninguna contraindicación” (Puérpera 2).

“Yo quería ponerme la epidural. Y entonces me vinieron a decir como que si seguía dilatando tan rápido que... como diciendo que a lo mejor no daba tiempo a que viniese el anestesista, cosa que tampoco entiendo como en un hospital como la Arrixaca se depende de un sólo anestesista, porque creo que para muchas chicas, creo que es vital; hoy en día se la pone muchísima gente (...) me puse un poco nerviosa de pensar que a lo mejor no me iba a poder poner la epidural” (Puérpera 3).

“(…) el mejor invento del siglo ha sido ese, porque se lleva muchísimo mejor; yo la otra vez lo llevé con dolor hasta el final, y lo llevas...y aguantas con mucha más entereza, o sea, es que realmente, es un invento” (Puérpera 4).

Sin embargo, los resultados del estudio señalan que existen mujeres que manifiestan seguridad, intentando tener una actitud de control ante la vivencia negativa que le podría suponer el parto, aunque finalmente optan por hacer uso de la tecnología

“Yo más que decidir que sí o que no, que lo decidí allí en su momento, si no me hubiesen dolido, a lo mejor hasta hubiera pensado en no ponérmela. Pero yo, cuando empezaron los dolores de las contracciones, dije: “me la pongo seguro”. O sea, yo, de hecho, algunos minutos después no sé si hubiera podido aguantar - supongo que sí, como tantas mujeres - esos dolores sin epidural. Yo es que tenía un dolor de riñones fuerte; dicen que el umbral del dolor depende de cada persona, pero yo la verdad es que notaba mucho dolor. Creo que haber pasado cuatro horas más así, hubiera sido... un dolor insoportable” (Puerpera 1).

“Al principio, yo decía de no ponérmela; no, porque... por sentir, por hacerlo lo más natural posible; digo: “si antiguamente se podía”, digo, “yo también.” Pero luego, ya después de los tres días de contracciones, ya llegué muy cansada, porque eran tres días de contracciones cada cinco minutos, y era la tercera noche sin dormir: ni dormía por la noche, ni por la mañana, ni a ninguna hora; y entonces, pedí que me la pusieran” (Puerpera 2).

- Más testimonios en Anexo 17. Institucionalización del parto- Sometimiento a la tecnología.

Los discursos ponen de manifiesto que inicialmente las mujeres presentan expectativas de poder afrontar su parto depositando la confianza en los recursos que le ofrece su propio cuerpo. Sin embargo, finalmente invadidas por el miedo y el dolor se entregan a la tecnología, solicitando la epidural. En la mayoría de los casos, la parturienta hace uso de su derecho al acceso a la analgesia por parte de las instituciones, circunstancia que induce a que los/as profesionales la ofrezcan de manera sistemática

“Me preguntaron: “¿Quieres la epidural?”, “sí, tengo aquí el Consentimiento”, y dijo: “pues voy a llamar a los anestesiistas para que estén preparados, pero primero tenemos que hacer este paso previo” (Puerpera 9).

“Cuando bajé de la planta me preguntó si quería epidural (...)” (Puerpera 15).

“Me recomendaron: “prueba a ponerla, porque si te hace efecto no queda en nada, y si no te hace efecto, el rato de habértela puesto (...)” (Puerpera 4).

Rasgo que se evidencia claramente en la Atención Primaria, cuando la matrona les entrega el Consentimiento Informado y toda la información necesaria sobre este método de erradicación del dolor. Este es ofrecido en las clases de educación maternal, o bien de manera personalizada en su propia consulta. Igualmente es entregado en el hospital cuando

la mujer ingresa en la Unidad de Urgencias – Paritorio. A pesar de que el dolor se presenta como una de las variables que operan en la Institucionalización del parto, los/as profesionales manifiestan que existen mujeres que encuentran un sentido útil a esta emoción, prescindiendo del uso de la tecnología

“(…) hay mujeres que no quieren la epidural porque tienen otra manera de asumir ese dolor y viven ese dolor como algo productivo, pues eso que es necesario y útil para el nacimiento de su hijo, y lo viven de otra manera, pero encuentro que tienen una preparación previa y su mentalidad es distinta desde el principio, no que no les duela sino que lo toleran de otra manera porque están concienciadas que eso es lo que quieren (…)” (Matrona 8/Atención Especializada- Entrevista).

“Aunque hay mujeres que rechazan la epidural por experiencias previas negativas y los riesgos que conlleva, existe un porcentaje cada vez más alto que están convencidas que la forma natural de parir es con dolor, aunque mi impresión es que este tipo de mujeres son pocas (…)” (Obstetra/Área de Paritorio- Diario de Campo).

“(…) me planteé no ponerme la epidural porque el trabajo de parto era más efectivo y podía colaborar en ello” (Puerpera/Sala Recuperación de Madres- Diario de Campo).

“No, no me puse la epidural, hice educación maternal y estuve controlando en todo momento las respiraciones, me fue muy bien porque he tenido a mi bebé sin que me pincharan ni nada, estoy muy contenta (…)” (Puerpera/Unidad de Hospitalización de Puerperio - Diario de Campo).

Tal como exponen las informantes, las representaciones y usos que tienen sobre el dolor repercute en la forma en la que la experiencia será vivida. En este caso concreto, las usuarias relativizan la emoción, representándolo como algo útil y como parte integrante del proceso. La forma de entenderlo surge de los recursos para el abordaje obtenidos a través de la educación maternal y las vivencias adquiridas. Similares reflexiones desarrollan Capogna y otros (1996) al confirmar en sus estudios que “las mujeres que se habían sometido a un entrenamiento prenatal tenían mayor conocimiento y, por consiguiente, mayor capacidad de afrontamiento para el dolor” (p. 234) (Traducción propia).

Capogna, G. y otros (1996). *Maternal expectations and experiences of labour pain and analgesia: a multicentre study of nulliparous women*. ‘Maternal education seems to be more important, since it affected the level of knowledge as well as the pain reported (…)’

7.1.2. EL PROCESO REPRODUCTIVO. LA INCERTIDUMBRE DEL RIESGO.

Como señalábamos en apartados precedentes, la Institucionalización del proceso perinatal comienza cuando la gestante accede a los niveles asistenciales de atención sanitaria. Su inicio tiene lugar en la Atención Primaria a través de la captación del médico/a de familia y/o matrona. En ese momento, comienza la anamnesis de la gestante con la finalidad de recoger aquellos datos acerca de los posibles riesgos que pudiesen afectar a la gestación. La comunidad científica orientada en el Modelo Médico Hegemónico construye un proceso normal si está categorizado de bajo riesgo, o bien de alto riesgo si existe algún factor que pueda amenazar o interferir la evolución.

Los discursos procedentes de la biomedicina instalados en el régimen de la verdad y en el conocimiento autorizado traspasan el imaginario colectivo, favoreciendo que las mujeres representen el parto como un fenómeno que necesita ser asistido en la Institución hospitalaria. Actualmente, pese a la crisis de la biomedicina donde el pensamiento médico hegemónico se debilita y las usuarias demandan un mayor protagonismo de su proceso en la toma de decisiones sobre el mismo, el halo del riesgo sigue estando muy insertado en la cultura occidental. Este constituye una amenaza muy presente en la gestante, hecho que no sólo implica la búsqueda desesperada de información sino también al sometimiento necesario y voluntario de los avances tecnológicos que el hospital ofrece con la intención de detectar cualquier tipo de malformación fetal

“Sí, he tenido dos citas paralelas con ginecólogos privados: una, porque intenté hacerme una eco 3D, pero, vamos, fuí tarde; y otra, la primera eco, de esto que te quedas embarazada y dices: “venga, una eco rápida a ver si está todo bien”; y, sobre todo, porque tengo antecedentes de gemelos, y para saber si eran uno o dos” (Puerpera 2).

“(…) yo creo que está bien, que nos hacen bastantes, pero yo luego me quedé con la duda, que en otros sitios había leído que, por ejemplo, el control de toxoplasmosis se debe de hacer, no sólomente el inicial que te hacen, sino que, periódicamente, pedir un análisis de toxoplasmosis, por si acaso has tenido algún contacto durante el embarazo; y yo, en todos los análisis posteriores que tuve, creo que no estaba solicitado; no sé si es que no está protocolizado, o eso son sólomente recomendaciones que se hacen” (Puerpera 9).

“(…) he ido siempre bastante guiada... me hacía bastantes controles (...) del embarazo; pues ahora una prueba, pues ahora glucosa, ahora análisis. Muy bien (...). Es que te sientes como que vas guiada... o sea, que está controlado; eso te da tranquilidad. Mejor es tener bastantes pruebas que te dan un saco de tranquilidad” (Puerpera 3).

En el análisis del discurso se advierte la dependencia a la vigilancia y realización de todo tipo de pruebas, así como el incremento de visitas, incluso a nivel privado con la finalidad de encontrar tranquilidad y seguridad sobre su estado y el de su bebé. Así mismo, se pone de relieve que el excesivo control ecográfico es producto de la curiosidad de la mujer para conseguir imágenes en tres y cuatro dimensiones con el objetivo de obtener fotos del feto

“Las embarazadas van a todos los sitios buscando seguridad. Hay mujeres que van incluso a tres profesionales, y no satisfecha con ello, van a pedir otra opinión a otro. Existe una demanda de hipervigilancia de su proceso” (Obstetra/Unidad de Día Obstétrica- Diario de Campo).

“¿Por qué crees que está tan extendida la 3 D? porque la gente quiere verle la cara a la criatura (...)” (Obstetra/Área de Medicina Fetal - Diario de Campo).

Esta fascinación por la tecnología que asegura protección de un estado que la mujer considera vulnerable y la demanda de medicalización, ponen de manifiesto el enfoque de control y riesgo bajo el cual es visualizado su proceso, quedando patente la necesidad de vigilancia obstétrica por parte de las usuarias

“(...) gracias al control, pues la cría ha salido bien; yo qué sé. Yo tenía anemia; pues si no me llego a tomar el hierro, pues, me podría haber pasado algo, yo qué sé (...) si no me hubiese tomado el... el... cómo se llama... el ácido... ¡ay!, ¿Cómo se llamaba? Lo de la espina bífida, lo que produce espina bífida, el ácido fólico, podría haber salido mal (...)” (Puérpera 8).

Por otro lado, el análisis de contenido puso de manifiesto testimonios que no encuentran necesarias la realización de tantas pruebas analíticas, sin embargo, acceden a ellas por la fuerza de la organización asistencial, adoptando un rol pasivo

“(...) antes no se hacía nada de eso, lo que pasa es que yo, como paciente, soy muy buena paciente, como trabajo en esto, me dejo llevar; “esto es lo que hay que hacer”, pues esto es lo que hay que hacer, yo no cuestiono a los profesionales, pero a lo mejor excesivas, me parecen a mí; pero bueno, tampoco estoy en contra, quiero decirte que no me ha molestado hacerme todo lo que me haya tenido que hacer (...)” (Puérpera 5).

“(...) no hace falta hacer tantas ecografías, si va todo bien. Pero bueno, si te dicen que te tienes que hacer las que sean pues me las hago, supongo que será para el bien de la criatura” (Gestante/Atención Primaria –Diario de Campo).

“Me tenía que haber hecho la primera pero no me la hice, así que ya que estoy aquí, yo hago lo que usted me diga porque yo no entiendo (...)” (Gestante/Área de Medicina Fetal - Diario de Campo).

Así mismo, se evidencia que los/as médicos/as a través de los discursos del riesgo otorgan al proceso reproductivo una visión patológica, determinando las prácticas profesionales durante la atención perinatal

“Nosotros, en esta unidad intentamos controlar al máximo el riesgo fetal, por esa razón no sólo tenemos que contemplar el riesgo inicial, que es la que viene dada por la edad, sino también el riesgo ecográfico que claramente es el dato que nos proporciona la ecografía, el riesgo bioquímico según parámetros bioquímicos y finalmente el riesgo ajustado que es la combinación de los tres riesgos” (Obstetra/Área de Medicina Fetal -Diario de Campo).

“(…) lo más importante es verle la carita al bebé donde podemos encontrar todos los marcadores del Down y así valoramos el riesgo, a ver si se pone de perfil y lo vemos mejor (…)” (Obstetra/Área de Medicina Fetal -Diario de Campo).

Dada la importancia que este concepto tiene para la comunidad científica, esta crea una nueva terminología, para concretar aún más “la simple probabilidad de peligro” (Castel, 1986, p. 220), de modo que el riesgo es subdividido en tres categorías. Así pues, el aparato médico es capaz darle entidad a un concepto abstracto, otorgándole sentido y significado en el proceso reproductivo. Este concepto no es sólo padecido por la propia mujer sino “sentido, pensado y representado” por los/as profesionales (Montes, 2007, p. 47), generando actitudes y reacciones en la gestante.

También encontramos testimonios que manifiestan sentimientos de culpabilidad como estrategias para ejercer un control social e institucional sobre los procedimientos que se le hace a la mujer, dirigiéndola al intervencionismo

“La ginecóloga me hizo una ecografía; con la ginecóloga, medio tal, porque me presionó un poquito para que me hiciera la amniocentesis, y yo no me la quería hacer; no me la hice al final, pero no me la hice y me quedé con ese sentimiento de... culpa, porque ella como que me censuraba que no me la hiciera. No me lo decía claramente, pero sí: “Es que te la tienes que hacer, es que por edad te la tienes que hacer”; yo tengo 38 años, y le decía: “pero si yo tengo un hijo ya, y... no he tenido ningún problema”, y entonces me salió el screening un poquito alto y se empeñó en que me la tenía que hacer, y yo pasé una etapa ahí, un poco... digo: “pero si esta mujer no me ha preguntado a mí, qué decisión voy a tomar yo, si me sale que sí, que es un síndrome de Down, tú que harías si (...), como no me quiero verme en esa tesitura, de tener que decidir si aborto o no aborto, entonces, digo, pues yo no me la voy a hacer”, y no me la hice... eso es lo único, que me sentí un poco presionada por la doctora (...). Cuando nació, lo primero que pregunté fue si era síndrome de Down, pero creo que fue muy influido también por el tema de la amniocentesis; al no hacérmela, tenía yo como un poquito de culpabilidad, de decir: “mira que si es y yo no he querido hacérmela(…)” (Puerpera 5).

“Usted verá, lo que está claro es que tiene 39 años y tiene que hacerse la amniocentesis, de lo contrario usted es responsable de la decisión que tome. Usted sabe que a esta edad hay un

riego alto de tener un feto malformado, así que yo la mando a la Arrixaca y ya usted decida si se la hace o no, ¿vale? (...)” (Gineco- obstetra/Unidad Ginecológica de Apoyo 2- Diario de Campo).

A través de estos discursos, emerge la trampa del riesgo, como estrategia poderosa que es utilizadas para transferir responsabilidad y crear sentimientos de culpa en la gestante, siendo o no consciente de ello.

7.1.3. EL HOSPITAL. ESPACIO DE SEGURIDAD Y PROTECCIÓN.

Hasta ahora se ha puesto de manifiesto que los factores que operan en la Institucionalización del parto han estado basados, desde la perspectiva de los/as agentes de salud, en “el dolor y el riesgo” como parte de sus discursos que, según señala Bourdieu, “dan autoridad para ser valorados, apreciados, creídos y obedecidos (Bourdieu, 1984)” (Fernández- Rufete, 2000, p. 295), con la finalidad de ejercer un dominio social e institucional en la atención perinatal. Sin embargo, según relatan los/as profesionales, el hospital ofrece garantías de seguridad sobre la integridad del proceso reproductivo al ser considerado “un espacio que ofrece confianza clínica en la medida que reduce los riesgos que se derivan de la atención sanitaria” (Fortes, 2007, p. 73) y ayuda a la finalización de la secuencia reproductiva

“La seguridad. La gente viene a la Arrixaca por los aparatos (...)” (Obstetra 4/Unidad Urgencias- Paritorio - Grupo de Discusión).

“Yo también pienso que ahora mismo lo que apunto es a la seguridad que hay aquí. El parto aquí es muy seguro (...)” (Médica 8/Atención Primaria- Grupo de Discusión).

“Aquí tenemos menos mortalidad que en África por la asistencia del hospital, porque hay una UCI, un quirófano, en general hay más medios” (Matrona 5/Atención Especializada- Grupo de Discusión).

“Las mujeres quieren parir en el hospital porque cuentan que “sus madres tuvieron que parir en casa y se desgarraban, ahora da gusto porque hay más protección” (Obstetra/Unidad Urgencias - Paritorio - Diario de Campo).

Así mismo, la demanda en acortar los tiempos del parto es otro de los motivos por los cuales acuden a la Institución

“(…) aquí en el hospital lo quieren con todo: oxitocina, epidural, rápido, seguro y sin dolor” (Matrona 5/Atención Especializada- Grupo de Discusión).

“La realidad de la Arrixaca es que las señoras quieren el parto cuanto antes mejor, quieren terminar su embarazo, no aguantan estar pesadas, el tener los pródromos, el dolor, los miedos (…)” (Matrona 1/Atención Especializada- Grupo de Discusión).

“Ellas preguntan sobre todo, que si falta mucho (…)” (Matrona 6/Atención Primaria- Grupo de Discusión).

“Yo esperaba que fuese... que no... que no pasase mucho dolor, que fuese rápido y que saliese todo bien (…)” (Puerpera 8).

Relacionado con ello, alguno de los/as participantes resalta la opción de las usuarias en someterse a intervención quirúrgica con la finalidad de eliminar de manera rápida los tiempos que conlleva las fases del parto, de forma que por un lado buscan la comodidad de no pasar por cada una de ellas, y por otro no experimentar las sensaciones negativas que les puede acarrear

“La señora que ella había elegido una cesárea (...). Ella ya había tenido un parto y después una cesárea y prefería la cesárea por que le fue mucho mejor (...) venía con 4 centímetros, que venía en periodo activo de parto. Tuvimos que ir rápido, no tenía la analítica. Esa es la realidad de la Arrixaca, las señoras quieren el parto cuanto antes mejor, quieren terminar su embarazo, no aguantan estar pesadas, el tener los pródromos, el dolor, los miedos, todo eso” (Matrona 1/Atención Especializada- Grupo de Discusión).

Respecto a la seguridad que ofrece el hospital, las mujeres expresan su deseo de ser atendidas en un espacio donde se les exima de los riesgos. La confianza que depositan en el equipo obstétrico y la percepción de los mismos son elementos claves que hacen que ellas y sus parejas perciban el hospital como un espacio seguro. La parturienta queda fascinada por una asistencia amparada en la alta tecnología orquestada y dirigida por la autoridad médica sobre la cual depositan su confianza

“Se habla muy bien de la Arrixaca, y porque dicen que están los mejores médicos y... la mejor atención está allí (...) mi madre, por ejemplo, se fue a lo privado, pero le dijeron: “si hay cualquier complicación, nos vamos a la Arrixaca”. Y en cualquier sitio privado, a la mínima te mandan a la Arrixaca” (Puerpera 8).

“(…) la Arrixaca la elegí (...) porque tiene más medios, que si tienes algún problema pues que siempre hay gente más especializada (...) y porque mi hija pudiese estar en mejores condiciones, en mejores manos” (Puerpera 3).

“A las mujeres les encantan parir en la Arrixaca porque saben que tienen los mejores adelantos en aparatología, esto les da mucha seguridad en el parto y por si al bebé le pasara algo. Si, si, es una gran seguridad para ellas (...)” (Matrona/Unidad de Hospitalización de Gestantes- Diario de Campo).

- Más testimonios en Anexo 17. Institucionalización del parto- Seguridad del hospital.

El hospital y el equipo asistencial son representados por las usuarias como indiscutible medida de protección. En la mayoría de las informantes que formaron parte del estudio se percibe una apreciación positiva resultado de la sofisticación de la técnica en el control del parto. Esta valoración es resultado del reconocimiento de sus contribuciones a la seguridad tanto de la madre como del feto. Por tanto, en el imaginario de la mujer no se representa la Institución sanitaria como un agente que puede acarrear riesgos para la criatura, sino todo lo contrario, un mayor uso de la tecnociencia garantizará vigilancia y posibilidad de detección de los mismos

“¿A los hospitales? Pues por la tecnología; la tecnología avanza, y entonces hay otros avances, y en un principio decían que parir era nada, parir, ¿no? Pero yo pienso que parir también tiene sus riesgos. Porque vienen complicaciones, (...) Entonces, claro, todos los médicos los tienes muy cerca; antes moría un niño, y no sabían de lo que era, y a lo mejor era por un descuido de la matrona, y porque no tenían los medios necesarios en el domicilio; en un hospital, sí” (Puerpera 15).

“(...) si a mí me pasa algo; en la Arrixaca hay más recursos, que, por ejemplo, en los hospitales privados” (Puerpera 2).

- Más testimonios en Anexo 17. Institucionalización del parto- Seguridad del hospital.

Esta percepción derivada de los avances tecnológicos provoca en la mujer una búsqueda de la medicalización, con la consiguiente sumisión de la misma al aparato médico, quedando atrapada en sus propios esquemas mentales sin cuestionarse el sentido del tratamiento instaurado por el mismo. Además de las razones de seguridad que ofrece el hospital, también se hallaron factores que determinaban la elección del lugar donde deseaban dar a luz. Este aspecto está especialmente condicionado por factores individuales relacionados con la experiencia vivida en anteriores partos

“(…) elegí el hospital porque me tocaba, pero además lo hubiera elegido porque mi experiencia siempre ha sido buena” (Puerpera 14).

“(…) sí, lo volvería a hacer, pero de nuevo por lo mismo, por la tranquilidad del parto en sí, de que si el bebé viene con vueltas de cordón, se les ve una pericia y una cosa que dices... es que me da tranquilidad el saber que mi bebé va a nacer bien, aunque luego pase dos días peor tratada, o lo que sea, pero el momento del parto en sí, saber que estoy tranquila, de que estoy en las mejores manos, eso sí, lo volvería a hacer ahí, sí, sí.(…)” (Puerpera 4).

A pesar de las circunstancias que condicionan la elección del hospital como espacio para la intervención de la secuencia reproductiva, existen otros fenómenos a considerar; tal es el caso de la propia organización sanitaria del Servicio Murciano de Salud, la cual constituye el principal componente institucional de la hospitalización de la atención del proceso reproductivo. Como ya se contempló en el análisis contextual, las mujeres que pertenecen a los Centros de Salud, si desean asistencia sanitaria en el ámbito público, su hospital de referencia es el Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca

“Es el que me toca por zona, y, vamos, no había pensado en otro (...)” (Puerpera 13).

“No tuve elección. Era el designado por la Seguridad Social” (Puerpera 6).

El factor cultural se presenta como otro de los elementos destacados ya que el imaginario colectivo representa el Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca como el más idóneo para la asistencia obstétrica

“Todo el mundo dice: “si pasa cualquier cosa, son los únicos que tienen un hospital infantil”, si el niño no viene bien, por tranquilidad para que mi hijo estuviera en un sitio donde tuvieran todos los medios” (Puerpera 4).

“(…) como yo oía nada más que buenas cosas... también estaba conforme y me parecía bien, un centro moderno; se supone que tienen todos los profesionales que hacen falta, la maquinaria y demás, y estaba tranquila con ello (...)” (Puerpera 7).

- Más testimonios en Anexo 17. Institucionalización del parto- Factor cultural.

Análisis de los resultados y discusión.

El análisis de los resultados muestra que en la unidad de estudio operan el dolor, el riesgo y la seguridad que ofrece el hospital como factores determinantes para la Institucionalización de la atención perinatal. Estos elementos emergen de condiciones

culturales, organizacionales, profesionales y por el propio deseo de la mujer, siendo este último común en las tres subcategorías. El dolor se presenta como un sentimiento poderoso que induce a la mujer al uso de la tecnología que ofrece la Institución como garantía de eximirla de los efectos adversos que lleva inherentes. En este sentido existen autores que vinculan esta emoción con el riesgo, al señalar que el dolor del parto es diferente a otros dolores y cuando aparece es identificado como un riesgo que hay que abordar como si se tratase de una enfermedad, de ahí que surja la necesidad de erradicarlo (Lundgren, y Dahlberg, 1998, p. 108; Green, 1993) (Traducción propia).

Lundgren, I., y Dahlberg, K. (1998). *Women's experience of pain during childbirth*. 'The first problem in defining and understanding pain during childbirth is that there is a risk that we compare and treat pain during childbirth as we do pain caused by illness'.

En algunos de los testimonios este sentimiento pone de manifiesto la desconfianza que ellas mismas tienen de su propio cuerpo, como consecuencia "(...) de la falta de fiabilidad, de sus capacidades de manera que no son conscientes del poder de su cuerpo y, por tanto, la confianza en el mismo no está incluida en los planteamientos sobre su parto" (Capogna y otros, 1996, p. 234; Le Breton, 1994, p. 197) (Traducción propia).

Capogna, G. y otros (1996). *Maternal expectations and experiences of labour pain and analgesia: a multicentre study of nulliparous women*. 'About half the women seemed unsure whether they could tolerate labor pain without analgesia (...)'.

Sin embargo, los estudios realizados por Ranta Spalding, Kangas, Jokela, Jouppila, y Jouppila (1995) mostraron que "el 82% de las mujeres desearon primero ver cómo el parto progresaba y sólo cuando el dolor llegó a ser de severo a intolerable desearon la analgesia" (p. 62) (Traducción propia). Circunstancia que no se presenta en el área de estudio, dado que la gran mayoría optan por la analgesia epidural.

Ranta P. y otros (1995). *Maternal expectations and experiences of labour pain--options of 1091 Finnish parturients*. '82% of women started they wished to first see how the labour progressed and only when pain became severe to intolerable would analgesia be desirable'.

Sobre este aspecto, tanto el deseo de la propia mujer a desprenderse del dolor como la oferta de la epidural por la misma Institución y los/as profesionales, y el derecho que tiene la mujer a la accesibilidad de la analgesia hacen que la demanda de este tipo de técnicas sea

alta. Esta actitud obedece al derecho que tiene la usuaria a solicitarla desde que el INSALUD comenzó a ofrecerla en 1988 a todas las madres siempre que no existiese contraindicación alguna (Hernández Martínez, Melero, Sanabria, Casasús, y García Alcaraz, 2003). Estos hechos sostienen el pensamiento de Illich (1975), al señalar la amplia demanda por parte del paciente en la sumisión a la tecnología. De aquí se desprende el sentido utilitarista del dolor para justificar tanto las prácticas asistenciales como la Institucionalización de la secuencia reproductiva. Todo ello, unido a la alta satisfacción y gratificación de la experiencia que experimentan las mujeres con el uso de la analgesia epidural, hace que la dependencia a la Institución sea mayor. Teoría que no comparten otros autores, al comprobar que no existían diferencias significativas entre el uso de la analgesia epidural y la satisfacción materna (Anim- Somuah, Smith, y Howell, 2006). Estos estudios se corresponden con los desarrollados por Hernández Martínez, Melero, Sanabria, Casasús y Gracia (2003) al señalar que las parturientas que utilizan esta técnica muestran un menor grado de satisfacción, debido a que su empleo “está asociado a un trabajo de parto más prolongado y a un mayor número de partos instrumentales, no siendo el alivio del dolor tan determinante en el grado de satisfacción” (p. 31). Sin embargo, en nuestro ámbito de estudio las informantes expresan sentimientos de satisfacción en la medida que es una forma de erradicación del miedo originado por la emoción dolorosa.

Schmid (2010) va más allá, argumentando que el miedo generado en el parto es un medio para instaurar el poder institucional, haciendo a la mujer más manipulable a los fines del mismo. Con respecto a este último punto, la investigación revela que el hospital no ejerce un dominio sobre la mujer en someterse a la tecnología de erradicación del dolor sino que en la mayoría de los casos surge una necesidad a la sumisión.

Los resultados del estudio son diversos, según los/as informantes, dado que existen usuarias que hacen un intento por iniciar su parto sin intervención pero finalmente acaban en la alineación de su cuerpo con la tecnología, de tal forma que se ven obligadas a “poner el cuerpo fuera para que otros decidan sobre él, se lo apropian y resulta ajeno a su propietaria” (Montes, 1999, p. 206) y por otro, aquellas mujeres que tienen integradas “la ideología del dolor como insufrible pero evitable” (Montes, 2007, p. 214), en tanto que son conscientes

que la técnica las libera del sufrimiento. En este sentido, los datos que arroja el análisis están alineados con los llevados a cabo por Arbués y Díez (2008), los cuales manifiestan que la mujer al menos en principio, quiere participar de su parto, tomar decisiones, valorar beneficios y prejuicios. Siguiendo las aportaciones realizadas por Schmid (2010), las participantes “aceptan el dolor del parto como herramienta para una experiencia consciente para ser protagonista de su experiencia y libre en su expresión” (p. 33). Argumento que también sostienen Biedma, García de Diego y Serrano (2010) con su documento sobre la “Buena Sufridora” poniendo de manifiesto que la mujer necesita sentir la emoción dolorosa con el fin de estar en plenas capacidades para dirigir la acción del parto y no perder el control del proceso, surgiendo de este modo la representación positiva sobre este sentimiento. Respecto a esto último, hacemos referencia a las conclusiones extraídas de un estudio sueco acerca de las percepciones que se tienen sobre el dolor, describiendo que aunque las mujeres encontraron esta emoción como algo duro, esta quedó banalizada por los resultados positivos que encontraron, así como las expectativas positivas que las parturientas tenían sobre el proceso del parto y el sentimiento de control sobre el mismo (Lally, Murgath, Macphail, y Thomson, 2008; Carlton, Callister, y Stoneman, 2005) (Traducción propia).

Lally, J.E. y otros (2008). *More in hope than expectation: a systematic review of women's expectations and experience of pain relief*. 'a Swedish study described women's positive expectations as linked to the perception of a positive outcome and found that although women found pain hard to describe and often did so in contradictory terms, "I think it's a happy pain, though its hell"(...). Waldenström and colleagues suggested that such positive attitudes to pain are probably an expression of satisfaction with coping with pain, rather than satisfaction with pain itself'

Esto demuestra que aunque el sufrimiento o padecimiento que le puede suponer el parto tiene un fuerte componente cultural (Díaz Artiga, 2007), las usuarias que formaron parte en el estudio lo intentan banalizar e integrarlo como un aspecto positivo dentro de la vivencia del nacimiento. Relacionado con ello, son interesantes los resultados arrojados por los trabajos realizados por Waldenström, Borg, Olleson, y Wall (1996) a 295 madres en una ciudad sueca, los cuales revelaron que el 77% de ellas señalaron que a pesar del negativo impacto que tiene el dolor durante el parto, estuvieron implicadas en el proceso y

satisfechas con sus propios logros dado que lo habían abordado mejor de lo que ellas esperaban. Tan sólo para el 10% la experiencia fue negativa (Traducción propia).

Waldeström, U., Borg, I.M., Olleson, B., Skold M., y Wall, S. (1996). *The childbirth experience: a study of 295 new mothers*. 'Women usually experienced severe pain and various degrees of anxiety, and most were seized with panic for a short time or some part of their labor. Despite these negative feelings, most women felt greatly involved in the birth process, were satisfied with their own achievement, and thought they had coped better than expected. The overall experience was assessed as positive by 77 percent of women and negative by 10 percent'.

De aquí se desprende que la vivencia puede ser gratificante pese a la representación negativa que se hace del mismo, dado que "el bienestar puede existir a pesar del dolor" (Cabrera, 2001, p. 11). Por otro lado, hay autores que establecen una relación inversa entre la satisfacción de la experiencia y la emoción, arguyendo que la eliminación completa del sentimiento doloroso no significa necesariamente que la experiencia de parto sea más satisfactoria (Kannan, Jamison, y Datta, 2001; Lundgren, y Dahlberg, 1998, p. 108; Waldeström, y Nilson, 1994; Morgan, Bulpitt, Clifton, y Lewis, 1982) (Traducción propia).

Kannan, S. y otros (2001). *Maternal satisfaction and pain control in women electing natural childbirth*. 'Our results show that the epidural made the labor and delivery experience less satisfying despite evidence of significant pain relief'

Lundgren, I., y Dahlberg, K. (1998). *Women's experience of pain during childbirth* 'According to Salmon (1990) relieving pain pharmacologically is not necessarily coherent with a positive experience of childbirth. Furthermore, women delivering without pharmacological pain relief, have a more positive experience of childbirth (...)'

Los resultados del análisis sobre el riesgo coinciden con los llevados a cabo por Blázquez (2009), los cuales señalan que existen "una demanda continuada por parte de las mujeres en el uso continuado de los servicios públicos, incluso a los privados; todo ello como resultado de la endoculturación que se ha ido realizando en el itinerario asistencial" (p. 264). El proceso de endoculturación es uno de los factores que operan en la sumisión a la tecnología y la demanda del control, dado que a lo largo del itinerario asistencial el equipo asistencial educa y transmite a la mujer una determinada forma de pensar acerca del control de su proceso que le es transmitido en los discursos de los/as profesionales durante la asistencia perinatal. Así mismo, son relevantes las investigaciones desarrolladas por Galotti, Beverly, Reimer, Amy, y Luckner (2000) que resaltan "la relevancia de la percepción del

riesgo sobre el parto en la toma de decisiones sobre la elección del lugar del nacimiento y profesionales por quienes desearía ser atendida” (p. 321) (Traducción propia).

Galotti, K.M. y otros. (2000). *Midwife or Doctor: a study of pregnant women making delivery decisions*. ‘There have been some recent studies of women’s choice of birth setting, a decision that is intimately related to the choice of birth attendant (...) choosing a hospital as a birth setting.(...). This study’s focus, however, was degree of perceived control as a function of birth setting (...). There was evidence that at least some of the women made the choice of a center in order to have a certain type of provider (eg., nurse- midwives)’.

Referente al uso de la tecnología queda justificada por el deseo de la mujer a tener “unos cuidados prenatales para reducir el riesgo al mínimo posible (James y Stirrat, 1991:14)” (Montes, 2007, p. 47). De acuerdo con los testimonios, la ecografía es considerada como la prueba más solicitada durante la conducción de la gestación, ya que es el modo ideal para reducir cualquier incertidumbre sobre la formación del feto; aspecto que también concluyen los resultados obtenidos por Montes (2007). Esta actitud de la mujer obedece a la amplia información obtenida sobre el proceso, así como la imposición por parte de las instituciones al control exhaustivo una vez que ha sido integrada en el circuito asistencial. Narotzky (1995) sostiene, basándose en prestigiosas publicaciones científicas, que “no existe un claro beneficio en el uso rutinario de ecografías, así como ninguna mejoría en el resultado del embarazo” (p. 56). La autora explica que las razones por las cuales se hacen tantas ecografías en el embarazo obedecen a un interés por parte de la profesión médica del control del embarazo; sin embargo, esta reflexión no es compartida por el investigador a tenor de los resultados obtenidos en la investigación. Estos se alinean con el razonamiento que hace Davis- Floyd acerca de la necesidad de la mujer a la alta tecnología, la cual considera “esencial tanto para conseguir una información más rigurosa y una mejor calidad en la atención del proceso reproductivo” (Davis- Floyd, 2001, p. S7) (Traducción propia).

Davis- Floyd, R. (2001). *The Technocratic Humanistic and Holistic Paradigms of Childbirth* ‘The most valued information is that which comes from the many high- tech diagnostic machines now considered essential to good health care. Such diagnostic technologies are pervasive in pregnancy and childbirth, from ultrasounds in early pregnancy (...)’.

En el ámbito de estudio se pone de manifiesto que esta situación responde a las siguientes razones: la incertidumbre y las consecuencias psicológicas positivas que conlleva, y la construcción del discurso del riesgo con todos sus matices. Blázquez (2009) explica que

“en algunos estudios, como el de Janelle Taylor (1996, pp. 21-23) sobre la demanda de determinadas pruebas como las ecografía por parte de las mujeres, se encontró que éstas justificaban su uso porque les daba confianza” (p. 264). Con respecto a estos discursos de control del riesgo y la relación existente entre el uso de la ecografía con el poder médico y la sumisión de la mujer a la Institución, los resultados de la investigación comparten la teoría de Narotzky (1995) al manifestar que “el uso de la tecnología no es en sí misma portadora de relaciones de poder que se establecen a través de ella, y que su utilización puede ser útil (...) siempre que se cuente con el consentimiento explícito de la mujer”(p. 57).

Los datos obtenidos evidencian una entrega consciente, voluntaria y deseada de la usuaria a los designios de la Institución médica como garantía de seguridad, aceptando cualquier procedimiento que el/la obstetra determine pese a tener un buen conocimiento en cada momento de la atención perinatal. Desde esta perspectiva, nos encontramos ante mujeres que están perfectamente informadas sobre el embarazo y demandan toda clase de pruebas analíticas que garantice la detección del más mínimo riesgo amenazador. Visión que se aleja de la planteada por Le Breton (1991) quien señala que en el contexto médico, “las mujeres llegan a entregarse de manera pasiva en manos del médico/a (...) su colaboración activa no se considera esenciales (...) se les pide ser pasivos y dóciles y no ser activos en la comprensión de la patología” (p. 201), reflexión que también comparten Barona (2004) y Gálvez (2002). Por consiguiente, destacamos la importante influencia que el modelo mecanicista y tecnocrático ejerce sobre las preferencias de la mujer en su atención reproductiva.

En lo que respecta a la culpabilidad, el estudio muestra que en esta categoría es donde se pone de manifiesto de manera contundente, la trampa del riesgo, constituyendo una estrategia bastante eficaz para mantener un control sobre el proceso a través de discursos culpabilizadores que provienen de algunos/as agentes de salud. Existen numerosos trabajos que dan apoyo a los resultados, tales como los efectuados por Gálvez (2002), los cuales apuntan que “la clase médica es la responsable de culpabilizar si la mujer no cumple el calendario programado o si no se somete a las pruebas indicada por ellos, acusándola que está poniendo en peligro la vida de su hijo” (p. 60). En la misma línea, Montes (2007)

especifica que “el riesgo toma estructura de realidad utilizándose como aliado con el miedo como medio de coerción para amenazar con valores morales de la ideología y práctica de los/as disidentes (...) acentuando las inseguridades y miedos” (pp. 271-272). En el ámbito de estudio este aspecto cobra fuerza en las Unidades Ginecológicas de Apoyo cuando a la usuaria se le insta a hacerse el cribado bioquímico. En ocasiones las gestantes se encuentran con dudas con respecto a esta prueba que forma parte del protocolo del Programa de Atención a la Mujer. Nicolaides y Falcon (2004) hacen referencia a la “difícil tesitura que se encuentra la mujer en el caso de tomar una decisión en situaciones del cribado fetal” (p. 42). Pese a la trampa del riesgo que se puede manifestar en estos casos, la investigación revela que la gran mayoría de las mujeres adoptan una actitud pasiva ante la solicitud del triple screening.

Por otro lado, son determinantes los discursos que se derivan de la Institución médica, los cuales categorizan el proceso del embarazo como de alto riesgo y bajo riesgo. Esto queda reflejado en los protocolos establecidos por el Programa Integral de Atención de la Mujer, por tanto, según se catalogue la gestación tendrá un abordaje más o menos intervencionista y su conducción en el nivel asistencial determinado. Además, la manera en la que es tipificado el proceso en base al riesgo está contemplada en organizaciones, tales como la Organización Mundial de la Salud (1996), la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (2007, 2010) y Federación de Asociaciones de Matronas de España (2007). Especial énfasis sobre el riesgo hace la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia al mencionar que “aunque existe una buena relación entre la existencia de factores de riesgo durante la gestación y el desarrollo de complicaciones, pueden ocurrir problemas en las embarazadas sin factores de riesgo. Bajo riesgo no significa ausencia de riesgo, y es imprescindible advertir que, a pesar de un estricto y planificado control prenatal, no puede garantizarse un hijo perfecto” (S.E.G.O., 2010). La Organización Mundial de la Salud (1996) ya destacaba la excesiva evaluación del riesgo continuo que se hace desde las instituciones durante toda la atención perinatal, así como la arbitrariedad en cuanto a los sistemas de evaluación de la comunidad científica al asignar el riesgo al proceso reproductivo,

enfaticando que “muchos de los embarazos no complicados eran tildados como de alto riesgo” (p. 6).

Tanto el dolor como el riesgo son amenazas muy presentes en la mujer durante la evolución del embarazo y parto, circunstancia que le impulsa a someterse a los designios de un espacio altamente tecnificado que garantice seguridad al proceso, la Institución hospitalaria. De acuerdo con los/as profesionales que participaron en el estudio, existe una conciencia de la sociedad que el hospital reúne los requisitos adecuados para llevar a cabo una asistencia obstétrica lo más rápida y segura posible, las parturientas prefieren el uso de la tecnología porque les da mayor confianza. Así pues, existe una alineación de las mujeres con los avances tecnológicos que ofrece el hospital dado que el halo de riesgo sobre el feto siempre está presente en la gestante. Los resultados obtenidos coinciden con los trabajos desarrollados por Arredondo y Siles (2009), los cuales señalan que “el paciente centra su atención e interés en los aparatos tecnológicos que le rodean (...)”, confiando en la tecnología que le ofrece el hospital, resultado de la fascinación que experimenta la mujer por ella. Postura que también sostienen Beckett y Hoffman (2005, p. 144) y Armellini y Luz (2003, p. 313) (Traducción propia).

Beckett, K., y Hoffman, B. (2005). *Challenging Medicine: Law, Resistance, and the Cultural Politics of Childbirth*. ‘Western and specially American culture is often said be characterized by an undying faith in and fascination with technology (Davis –Floyd, 1992; De Vries,1996; Payer,1996; Postman 1993)’ .

De esta manera se aseguran un parto más seguro o resolución de cualquier tipo de incidencia que pueda surgir durante el transcurso de la secuencia reproductiva, conclusión a la que llegan los trabajos desarrollados por Schiff y La Ferla (1985).

Del mismo modo, enfatizamos los estudios de Medina y Menéndez (2004), al concluir que las tecnologías médicas se convierten en elemento fundamental para cambiar el universo simbólico que las mujeres tienen sobre la forma de tratar el proceso reproductivo, así como el equipo obstétrico tiene de abordar su práctica asistencial. Este aspecto relevante es corroborado por los resultados del análisis, dado que se evidenció la importancia de estos factores y su influencia en la visión hospitalocéntrica de atención a la mujer, representando el hospital como el espacio físico donde se lleva a cabo el modelo de medicina tecnológica.

Estas representaciones provocan una respuesta de necesidad de la embarazada a ser atendida en el medio hospitalario, pasando a ser “hospital- dependiente, volviéndose inseguras fuera de este medio” (Gálvez, 2002, p. 46). Teoría que también sostienen otros autores al manifestar que existe una fuerte tendencia hacia una cultura hospitalaria arraigada entre profesionales y población, entendiéndose el hospital como dispositivo de elección preferente, por ser al más cualificado y donde prepondera la tecnología (Vila, Bilbao, y Porras, 1997, p. 65), de modo que la población es sensible a “la magia del aparato científico de la medicina” (Gálvez, 2002, pp. 47-48). El protagonismo que adquiere éste no es en realidad construido por los beneficios que realmente pueda aportar sino deriva de la construcción social y cultural que se hace de ella, dado que en el imaginario social se construye el binomio tecnología –seguridad.

Aunque las manifestaciones de los sujetos pertenecientes al ámbito de análisis evidencian no contemplar otra alternativa alejado del modelo hospitalcentrista, la Organización Mundial de la Salud advierte sobre la necesidad de tener precaución con respecto a las representaciones ideológicas que tanto el equipo de salud como los/as usuarios/as construyen en relación a la seguridad clínica que ofrece, ya que “el uso de las tecnologías puede conllevar riesgos inevitables de que ocurran efectos adversos” (Fortes, 2007, p. 7). Visión que también resaltan los estudios desarrollados por Beckett y Hoffman (2005) al manifestar que “la fe en la tecnología es sólo parte de la cultura, sin embargo, los discursos están cambiando en la medida que expresan temor a la misma dado el riesgo asociado que conlleva” (p. 144) (Traducción propia).

Beckett, K., y Hoffman, B. (2005). *Challenging Medicine: Law, Resistance, and the Cultural Politics of Childbirth*. ‘(...) faith in technology is only part of the cultural story; discourses expressing fear of technology gone awry also abound (Beck 1992; Gamson 1992; Giddens 1990), and many contemporary social movements, especially the environmental movement, highlight the risks associated with modern technology (Beck, 1992)’

En este sentido existen publicaciones que cuestionan una maternidad segura atendida en el medio hospitalario, tales como el de

“Marjorie Tew (1990) en el que recogía los resultados de la investigación durante muchos años de evolución de las tasas de mortalidad perinatal en Europa, en relación con los patrones de hospitalización del parto. Tew

descubrió que entre 1958-1970, excluyendo los casos de alto riesgo, la mortalidad perinatal en el hospital era de 17,2 por cada 1000 nacimientos y de 6,0 por cada 1000 partos realizados en casa. Por lo que se refiere a los partos de riesgo, comprobó que los resultados de los partos en casa seguían siendo mejores que en el hospital” (Fernández del Castillo, 2008, p. 171).

Otros autores cuestionan la seguridad que podría ofrecer la atención obstétrica tan institucionalizada donde existe un intervencionismo médico, señalando que “el 40% de las mujeres españolas no paren a sus hijos, sino que son asistidas para ello de una u otra manera- cesárea, fórceps, espátulas, vacuoextracción. La mortalidad materna es de dos a seis veces mayor en los partos por cesárea (...) ni las mujeres españolas ni los médicos son conscientes de las consecuencias de este excesivo intervencionismo en la salud” (Gálvez, 2002, p. 71).

Sin embargo, a pesar de las diferentes opiniones acerca de la protección que puede ofrecer otros modelos de atención alejados del hospital aún no se ha podido comprobar científicamente que la asistencia en este nivel sea más o menos segura. Siguiendo a Fernández del Castillo (2008) “los estudios demuestran que las tasas de mortalidad y morbilidad son similares o mejores que la de los hospitales con un índice de intervenciones significativamente inferior” (p. 174), de este modo, sí que parece que el hospital es el lugar donde se manifiesta con mucha naturalidad y aceptada por todos los/as profesionales, la “yatrogénesis clínica” (Illich, 1975, p. 23) o también llamada por Foucault (1990) “yatrogenia positiva”, definida como

“efectos médicamente nocivos debidos a la propia acción de la intervención médica (...). Los instrumentos de los que disponen los médicos y la medicina en general, precisamente por su eficacia, provocan ciertos efectos, algunos puramente nocivos y otros fuera de control que obliga a la especie humana (...) a entrar en un campo de probabilidades y riesgos cuya magnitud no puede medirse con precisión” (pp. 101-102).

Conclusiones a las que también llega Blázquez (2009) al señalar que “los principales argumentos de los profesionales para desestimar la atención obstétrica fuera de los hospitales se apoyan en los posibles problemas que podrían surgir, parapetándose en las cifras de mortalidad y morbilidad materna e infantil (...)” (p. 346).

Esto puede justificar la emergencia de movimientos a favor de la desinstitucionalización del parto que demandan un nuevo modelo alejado del pensamiento médico hegemónico. Desde esta perspectiva surgen asociaciones como la Asociación Nacer en Casa que demandan una normalización del parto domiciliario como modelo válido asistencial y acabar de romper tabúes, prejuicios, miedos y contrainformación que existe en torno a esta realidad. La mismas reivindicaciones hace la Asociación el Parto es Nuestro solicitando un parto domiciliario cubierto por la seguridad social como alternativa posible para aquellas mujeres que lo necesiten, tal como ocurre en países como Holanda, Gran Bretaña y Alemania.

A modo de conclusión y tras el análisis de los datos procedentes del discurso de los/as participantes se determina que el dolor, el riesgo y la fascinación por la tecnología funcionan como operadores de gran magnitud en el proceso de Institucionalización de la atención perinatal. Así mismo, hay que contemplar factores institucionales, profesionales y de la usuaria como influyentes en la misma.

En lo que respecta al dolor, la accesibilidad al método de erradicación del dolor por parte del hospital y la oferta sistemática de los/as profesionales conlleva dos efectos; por un lado, el ajuste de las expectativas de la mujer que demanda el uso de métodos de erradicación como consecuencia de la percepción negativa, y por otro, la oferta sistemática de los/as agentes de salud de la analgesia epidural, generando unos sentimientos que inhiben la confianza sobre su propio cuerpo a afrontar el proceso del parto. Este aspecto anula el propio deseo de la mujer a demandar un parto respetado, viéndose obligada a la alineación con la tecnología y a la ideología del modelo biomédico, excluyendo otros procedimientos asistenciales basados en el modelo biopsicosocial. Sin embargo, con más frecuencia las mujeres representan el dolor de una forma relativizada y banalizada, permitiéndoles ser sujetos activos; percibiendo y sintiendo cada momento del parto. Nos encontramos pues ante una nuevo orden simbólico en lo que respecta a este sentimiento, ya que ha inducido a la mujer a cambiar sus preferencias hacia un abordaje más satisfactorio.

Pese a la posibilidad de ejercer un control sobre la emoción dolorosa no la exime de la desinstitucionalización, dado que nos encontramos con un sistema organizacional

protocolizado que irremediablemente hace que la atención perinatal sea sometida bajo la égida del poder biomédico que vigilará el riesgo que pueda aparecer. Así pues, tanto los/as agentes de salud como las mujeres son conscientes que el proceso perinatal es una etapa cargada de incertidumbre y abstracción que genera la necesidad de la gestante a ser controlada. A pesar de ello, la mujer demanda el uso continuado de los servicios de atención perinatal, acudiendo tanto al ámbito público como al sistema de atención privado; solicitando toda una batería de pruebas analíticas y ecográficas. De modo que existe una total aceptación de sumisión a la tecnología como forma de incrementar sus conocimientos sobre el proceso reproductivo así como una estrategia para despejar cualquier tipo de duda acerca del riesgo que pudiese acarrear, constituyendo un sometimiento voluntario, aceptado y deseado. En la mayoría de los casos, los factores que operan en la subordinación destacamos los de índole personal, que obedecen al confort y bienestar que le garantiza la confianza y seguridad de que la gestación transcurra sin incidentes. Así como el fenómeno de endoculturación que tiene lugar en el itinerario asistencial, circunstancia que le induce a necesitar y depender de la tecnología de una manera naturalizada.

Sin embargo, como contrapartida tenemos el enfoque de riesgo que se deriva de los discursos del equipo asistencial, el cual surge como forma de control y de poder en la atención. Desde esta visión se manipulan las decisiones de la mujer generándole sentimiento de culpabilidad y miedo en aquellas que cuestionan la cientificidad y la racionalidad del modelo médico hegemónico, negándose al acceso de determinadas pruebas. De este modo, la trampa del riesgo se manifiesta de manera contundente con la finalidad de que la mujer quede atrapada bajo la hegemonía médica y el intervencionismo de la Institución sanitaria.

Pese a los cuestionamientos y discusiones que algunos/as autores hacen sobre la seguridad de institucionalizar o no el parto y las verdaderas garantías que el hospital ofrece, el análisis de contenido pone de manifiesto que el deseo mayoritario de todas las mujeres que accedieron al estudio reconocen y aprueban la Institucionalización del mismo. El elemento que lo desencadena es la garantía de seguridad que emerge, por un lado de la alta tecnología aplicada en la conducción de todo el proceso, y por otro, las representaciones ideológicas que las usuarias poseen sobre los/as profesionales, en especial, de los/as

médicos/as, los/as cuales son representados/as como figuras relevantes que las eximen de todo peligro que se pueda presentar. Sin embargo, según los/as informantes se advierten otros fenómenos influyentes, tales como el factor cultural y la propia organización sanitaria a nivel macro y meso respectivamente, así como las experiencias previas a nivel micro.

Estas manifestaciones indican la buena aceptación del Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca para la atención del proceso perinatal, pese a las limitaciones que algunas de nuestras informantes manifiestan respecto a la atención asistencial. En este caso, en el momento de la elección del lugar de nacimiento, anteponen la seguridad que ofrece la tecnología frente a la humanización de la atención asistencial. Así mismo, pese a la emergencia de asociaciones y movimientos a favor de la desinstitucionalización, ésta no parece tener demanda en la población de estudio.

7.2. ESTRATEGIA DE ATENCIÓN AL PARTO NORMAL.

En el análisis de esta categoría exponemos los resultados extraídos relativos a la revisión de las líneas estratégicas planteadas por el Ministerio de Sanidad y Consumo (2007), así como las reacciones del equipo de salud relacionado con la atención obstétrica y la mujer. Del mismo modo, focalizamos el estudio en aquellos componentes que interfieren su implantación y, por consiguiente, la dificultad en la instauración de un nuevo modelo de atención asistencial compatible con la humanización de las prácticas profesionales.

La Estrategia de Atención al Parto Normal, mencionada en el Capítulo I, fue elaborada por el Observatorio de la Mujer del Ministerio de Sanidad y Consumo (2007), con la finalidad de revisar la praxis obstétrica que se lleva a cabo en las instituciones hospitalarias. Así mismo contempla el reto de afrontar la mejora de la calidad asistencial orientada hacia una práctica clínica basada en la evidencia científica centrada en el modelo de atención a la persona usuaria. Con el objetivo de asegurar una atención sanitaria de excelencia, más personalizada y focalizada en las necesidades particulares de las usuarias, cabe destacar la importancia que tiene promover la participación informada de las mujeres en todo el proceso y contemplar la toma de decisiones sobre las prácticas clínicas que se apliquen, con el fin de garantizar una atención de calidad al parto en todo el territorio español, de manera que todas las mujeres y

sus parejas reciban la mejor atención y participen activa e informadamente en el proceso. Por tanto, estamos frente una herramienta cuya aplicación es de gran utilidad para la humanización del proceso reproductivo.

En lo que se refiere a la atención al parto, dicha Estrategia aboga por fomentar la participación de la mujer en la toma de decisiones, revisar las prácticas actuales de un modelo considerado intervencionista e institucionalizado. El objetivo general es

“potenciar la atención del parto normal en el Sistema Nacional de Salud, mejorando la calidad asistencial y manteniendo los niveles de seguridad actuales (...) realizándose bajo el concepto general de que el nacimiento es un proceso fisiológico en el que sólo se debe intervenir para corregir desviaciones de la normalidad, y que las y los profesionales sanitarios que participan atendiendo el parto deben favorecer un clima de confianza, seguridad e intimidad, respetando la privacidad, dignidad y confidencialidad de las mujeres” (M.S.C, 2007, p. 22).

Las prácticas clínicas sobre las que se realizan recomendaciones, a la luz del mejor conocimiento clínico disponible son:

- Rasurado del periné, recomendándose evitar su práctica rutinaria.
- Enema: desaconsejar su administración rutinaria.
- Acompañamiento durante todo el proceso.
- Periodo de dilatación: facilitar los movimientos, permitir la ingesta de alimentos, potenciar entornos amigables, monitorización intermitente, no realizar amniotomía de rutina, no colocar vía venosa, no emplear oxitocina por rutina, limitar el número de tactos vaginales.
- Dolor durante el parto: informar sobre los diferentes métodos para alivio del dolor.
- Posición materna durante el periodo expulsivo: permitir a las mujeres adoptar la postura que prefieran y capacitar a los profesionales para atenderlas.
- Episiotomía. Realizar episiotomías selectivas, no de forma sistemática y rutinaria.
- Alumbramiento: no pinzar el cordón con latido como práctica habitual.
- Partos instrumentales: evitarlos, salvo indicación por patología, y respetar los tiempos de duración del periodo de expulsivo.
- Cesáreas.

- Contacto precoz madre – recién nacido.
- Atención postnatal inmediata. Lactancia.
- La participación del hombre en el proceso.

En el análisis de contenido de nuestros sujetos de estudio, médicos/as, matronas y puérperas correspondientes a los distintos niveles asistenciales, se extrajeron los siguientes hallazgos:

7.2.1. DIFUSIÓN: LAS INSTITUCIONES Y LOS/AS PROFESIONALES.

En el año 2005 la Consejería de Sanidad de la Región de Murcia elabora un documento donde establece las estrategias en salud para el desarrollo sostenible de la Sanidad en la Región de Murcia 2005-2010, el cual tras haber realizado un exhaustivo análisis de la situación y encuestas de satisfacción de los/as profesionales, se plantea como reto “la humanización de la asistencia sanitaria”. A partir de la elaboración del documento de la Estrategia de Atención al Parto Normal en Octubre de 2007, la Consejería de Sanidad y Consumo de la Comunidad de Murcia establece en el año 2008 un convenio de colaboración con el Ministerio de Sanidad y Consumo para desarrollar las recomendaciones establecidas en la Estrategia de Atención al Parto Normal en el Sistema Nacional de Salud (B.O.R.M. nº 260, de 8 de noviembre), donde se expone claramente en el punto quinto “que este convenio se realiza para desarrollar las recomendaciones de la Estrategia de Atención al Parto Normal en el Sistema Nacional de Salud, acordada en el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud de fecha de 10 de Octubre de 2007, y según lo previsto en la Estrategia octava del plan de calidad para el Sistema Nacional de Salud, que prevé la realización de convenios con las Comunidades Autónomas para promover proyectos que impulsen y evalúen prácticas clínicas seguras entre los que se encuentra asegurar una atención correcta del embarazo, parto y puerperio promoviendo prácticas que prevengan patologías evitables en el feto y la embarazada, lesiones en el recién nacido, complicaciones por cesárea y por parto vaginal”.

Este convenio, dentro de su primera estipulación “tiene por objeto desarrollar en el ámbito de la Comunidad Autónoma de Murcia las recomendaciones de la Estrategia de Atención al Parto Normal en el Sistema Nacional de Salud, para implantar de manera progresiva en todo su territorio, la atención natural al parto normal en las maternidades de la Consejería de Sanidad y Consumo así como la humanización de todo el proceso y el fomento de la lactancia materna desde una perspectiva de género. Estas acciones se impulsarán desde la Dirección General de Calidad Asistencial, Formación e Investigación Sanitaria y se desarrollarán en los siguientes centros sanitarios: Hospital Virgen del Castillo de Yecla, Rafael Méndez de Lorca, Virgen de la Arrixaca de Murcia y Hospital Comarcal del Noroeste de Caravaca. Dichas instituciones ofrecerán a las gestantes sin factores de riesgo o con riesgo bajo una asistencia al parto de forma natural, no medicalizado, con la mínima intervención posible, garantizando la vigilancia materno-fetal necesaria para evitar riesgos no deseados y respetando en todo momento el derecho a la autonomía, información e intimidad de la mujer, así como el derecho a estar acompañada por la persona que ella desee durante todo el proceso de atención al embarazo, parto y puerperio”.

Por tanto, las obligaciones de la Consejería de Sanidad, según refleja la estipulación cuarta del convenio, van a estar centradas fundamentalmente en aportar información mediante materiales divulgativos a la gestante y su pareja sobre la atención al parto normal, así como en el desarrollo de programas formativos dirigidos a profesionales, obstetras y matronas, con la finalidad de sensibilizar y formar al personal sanitario en la atención al parto normal, mediante la realización de cursos, jornadas o visitas de cortas estancias por expertos en este tipo de asistencia. De este modo se pretende conseguir el abordaje de la *Tercera Línea Estratégica* de la propuesta del Ministerio.

A pesar de este compromiso de difusión, los testimonios de las/os participantes señalaron que el acceso a la información sobre el contenido del documento no había sido aportado desde los centros sanitarios donde desarrollan su actividad asistencial.

Algunas/os de las/os informantes que fueron entrevistadas individualmente colaboran como tutoras de las enseñanzas prácticas de las residentes, pertenecientes a la Unidad Docente de Matronas. Esta depende del Servicio Murciano de Salud y de la Facultad

de Enfermería de la Universidad de Murcia, lugar donde llegan todos los documentos desde el Ministerio de Sanidad y Consumo (actualmente denominado Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad) relacionados con la Atención a la mujer en salud sexual y reproductiva para su difusión a los/as residentes

“Me llegó a través de la Unidad Docente de Matronas, y como vi que era muy accesible porque está en Internet, lo conseguí así (...) me leí algunos capítulos, cosas que me podían interesar para mi práctica pero también para algunas (...) seminarios que doy a las residentes (...) la verdad es que... que... me lo guisé y me lo comí yo, la verdad; por ejemplo, en el sitio de trabajo, estoy pensando ahora, no se dio publicidad (...)” (Matrona 9/Atención Especializada-Entrevista).

“Yo empecé a enterarme de la existencia de la Estrategia de Atención al Parto Normal porque las residentes me lo dijeron y veían que constantemente estaban hablando de ella, y pensé que tenía que leerlo haber que decía, sobre todo para revisar mis prácticas dado que era docente (...)” (Matrona 7/Atención Especializada- Entrevista).

“(…), me enteré que existía este documento hablando con mis compañeras y lo rescaté de Internet (...)” (Matrona /Atención Primaria- Diario de Campo).

La Unidad Docente de Enfermería Obstétrico – Ginecológica (Matrona) constituye un contexto importante en cuanto a la divulgación del documento a todas las instituciones sanitarias tanto en el ámbito de la Atención Primaria como en Especializada, especialmente en aquellas donde imparten docencia teórico práctica a residentes de matronas. Estas han sido las principales agentes impulsoras de la difusión en el ámbito laboral. Así mismo, otra de las vías de divulgación ha sido Internet, accediendo directamente a la página web del Ministerio de Sanidad y Consumo (www.msc.es), o bien mediante la Federación de Asociaciones de Matronas de España (www.federacion-matronas.org).

La Investigación es otro de los elementos influyentes, especialmente en aquellos miembros del equipo asistencial que desarrollan una labor investigadora relacionada con la atención obstétrica, ya que se ven necesitados de revisar constantemente la Estrategia como referente y guía para la investigación, según señala alguno de los/as informantes

“Esta información me llegó por una propuesta de estudio que hice con unos compañeros sobre la atención que la matrona ofrecía a la hora de atender el parto, entonces empezamos a ver las variables, indicadores que existían a la hora de monitorizar la calidad de esa atención Y la estrategia del parto normal lanzada por el ministerio recogía estos indicadores y sugería cuales eran las líneas estratégicas a seguir (...)” (Matrona 8/Atención Especializada-Entrevista).

Ante esta dificultad en la difusión del documento, los/as profesionales son conscientes de la importancia de la formación por parte de las instituciones, sin embargo, este aspecto no es satisfactorio, ya que perciben lentitud e insuficiente divulgación por parte del Servicio Murciano de Salud mediante la formación. Para los/as agentes de salud, ésta se presenta como un obstáculo importante para la revisión y cambio en sus prácticas asistenciales

“Hombre, yo, los dos años que estoy aquí, creo que la formación - aunque surgen cosas, y hay cosas, y se desarrollan tanto jornadas, cursos, etc. etc., pero creo que son insuficientes para abordar el cambio que estamos hablando. Insuficientes” (Matrona 8/Atención Especializada-Entrevista).

“La Arrixaca ha hecho ahora en 2010, tres años después, un curso de formación en la Estrategia del Parto Normal, ahora en mayo, sí. Y hemos estado, ha sido interesante y tal, pero claro, para mí está un poco anticuado lo que me quieren decir, porque salió en 2007, y está... eso está ya como muy... Quiero decir que vamos un poco con retraso, pero bueno, por lo menos se está haciendo algo ahora, en el 2010” (Matrona 9/Atención Especializada-Entrevista).

- Más testimonios en Anexo 18. Difusión del documento. La formación

En lo que respecta al área de estudio, la intervención de las instituciones en materia de formación de los/as profesionales se realiza a través de la Dirección General de Planificación, Ordenación Sanitaria y Farmacéutica e Investigación, en colaboración con el Servicio Murciano de Salud y la Fundación para la Formación y la Investigación Sanitaria. Con la finalidad de que se hiciera extensible al resto del equipo de salud relacionado con la atención perinatal en la Región de Murcia, la divulgación se hizo a través de dicho organismo, el cual creó un comité institucional de la Estrategia de Atención al Parto Normal en marzo del 2008, constituido por Supervisores de Paritorios, Jefes de Obstetricia y Pediatría, Jefes de Anestesia, Direcciones y Subdirecciones de Enfermería; todos ellos pertenecientes a Hospitales Materno Infantiles de la Región de Murcia. La comisión evaluó las prácticas asistenciales que se estaban desarrollando con respecto a las directrices del documento y se estableció un cronograma para alcanzar los objetivos al 100%.

Desde que el Ministerio de Sanidad y Consumo desarrollara la propuesta en el año 2007, la aplicación de la *tercera línea estratégica* del documento centrada en la “formación de profesionales de la Medicina y la Enfermería” ayuda no sólo a su difusión sino a formar al equipo asistencial en aspectos relacionados con la revisión y cambio de prácticas en la

asistencia obstétrica. Y a “capacitar al personal sanitario implicado en la atención al parto normal para mejorar la comunicación con las mujeres y poder facilitar y compartir las decisiones y responsabilidades, facilitar la formación de formadores/as en el diseño de modelos de formación comunes para la actualización del personal que atiende partos normales, especialmente en lo referente a los aspectos psico-sociales del parto, nacimiento, la comunicación y participación y, por último incluir los aspectos de equidad de manera transversal, teniendo en cuenta la perspectiva de género, con especial incidencia en el empoderamiento de las mujeres (...)” (M.S.C., 2007, p. 36). La puesta en marcha de esta línea dio comienzo en el año 2008. A continuación, presentamos la actividad formativa hasta diciembre del año 2010, momento en el que finalizó la recogida de datos:

- Mayo (2008). “Nuevas perspectivas en la atención a la salud reproductiva de la mujer” dirigido exclusivamente a matronas del Servicio Murciano de Salud. Asisten: 29 matronas.
- Marzo (2009). “Curso del Suelo Pélvico para profesionales del parto”. La totalidad de asistentes fue de los 100% pertenecientes al colectivo de matronas, de las cuales el 80% correspondieron a Atención Especializada y el 20% a la Atención Primaria, según datos de la Fundación para la Formación e Investigación Sanitaria. Asisten: 10 matronas.
- Junio (2009). “Curso de Formador de Formadores dirigido a profesionales”. Asisten: 16 matronas, 6 obstetras, 2 anestesiistas y 1 enfermera.
- Mayo (2010). “Curso de sensibilización y actualización sobre la Atención al Parto Normal. Asisten 28 matronas: 4 pertenecientes a la Atención Primaria y el resto a la Atención Especializada.

En lo que respecta al Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca, los cursos relacionados con la humanización del parto son impartidos desde la Unidad de Formación Continuada del mismo:

- 2009. “Cómo controlar el dolor y las emociones durante el parto sin el uso de medicamentos” (40 horas lectivas). Asisten: 9 matronas.

- 2010. “Sensibilización y actualización sobre Atención al Parto Normal” (15 horas lectivas). Asisten: 28 matronas, 23 enfermeras, un enfermera/o interna/o residente, 1 obstetra y 7 auxiliares de enfermería.

Otras de las vías de información fue llevada a cabo mediante la Federación de Asociaciones de Matrona de España y, dentro de esta, la Asociación Murciana de Matronas que lo distribuyó a todos los hospitales maternos y Gerencias de Atención Primaria de la Región de Murcia mediante el documento “Iniciativa del Parto Normal”, el cual se dirige “exclusivamente a las matronas con la finalidad de sensibilizar y fortalecer a las mismas en sus competencias para asistir partos normales, crear opinión entre las mujeres y la sociedad sobre la asistencia al parto normal y reflexionar con las asociaciones científicas sobre la importancia del parto normal, así como ser un referente en el Ministerio de Sanidad y en las respectivas Consejerías de salud (Costa, 2007, p. 5)” (F.A.M.E., 2007, p. 5).

Pese a todas estas intervenciones y propósitos de las instituciones en dar a conocer el documento con la finalidad de que los/as profesionales revisen sus prácticas obstétricas, los/as participantes creen que la difusión del mismo no fue tan óptima y rápida como hubiesen deseado. Así mismo, se deduce que los recursos para la obtención de la información son diferentes entre médicos/as y matronas, siendo estas las que disponen de mayor facilidad para el acceso a la propuesta del Ministerio.

7.2.2. CONOCIMIENTO. EQUIPO DE SALUD Y MUJER.

Los resultados desvelan que los/as médicos/as no conocen con precisión el documento de la Estrategia de Atención al Parto Normal, ya que no están orientados sobre los puntos estratégicos que aborda

“Hombre yo la he leído por encima y el punto más importante para mí de la Estrategia es el de promover la episiotomía selectiva (...)” (Médica de Familia 8/Atención Primaria- Grupo de Discusión).

“Yo no he leído el documento porque no me ha llegado de la Gerencia, además yo creo que va más enfocado al área hospitalaria que a la Atención Primaria, además yo veo pocas veces a la embarazada, todo lo ve la matrona, por eso tampoco me he interesado en él” (Médico de Familia/Atención Primaria- Diario de Campo).

“No, no la conozco porque no me la han hecho llegar, tampoco la he buscado yo. Actualmente, aunque el tema es interesante interiorizo mis esfuerzos en otro tipo de patologías, aunque ya sé que el parto no es una patología, además tenemos una matrona que se ocupa del embarazo, por eso me intereso en la realidad que tengo en la consulta: hipertensión arterial, diabetes, etc” (Médica de Familia/Atención Primaria- Diario de Campo).

“(…) pero esto de enemar no me parece que era una de las recomendaciones, ¿no?” (Obstetra 4/Unidad de Urgencias - Paritorio - Grupo de Discusión).

“El no poner oxitocina¹” (Obstetra 3/Atención Especializada- Grupo de Discusión).

“Yo no me he leído la parte obstétrica, me la he leído muy por encima y sólo me leído la parte del parto y del niño (...). Me parece muy bien, lo que he visto me parece muy bien documentados, posibles y que producen avances sobre todo en relación con el recién nacido y el parto” (Pediatra 2/Atención Especializada-Grupo de Discusión).

A tenor de los testimonios, tanto los obstetras y los médicos de familia poseen escasos conocimientos sobre los puntos que aborda la propuesta. Respecto a estos últimos, aunque entra dentro su ámbito competencial, la presencia de la matrona como profesional que dirige la totalidad de la gestación en situaciones de normalidad, hace que la participación del médico/as de familia sea escasa, según establecen los protocolos del Programa Integral de Atención a la Mujer. Esta circunstancia es influyente en el interés que despierta en el conocimiento de la propuesta. Sin embargo, los pediatras parecen estar más informados en tanto que hacen referencia sobre aquellos aspectos del documento relacionados con lo específico de su área, focalizando su atención en el apartado del parto y de la atención al recién nacido. Habitualmente el/la neonatólogo/a interviene en el proceso perinatal en el momento del expulsivo de un parto distócico por las posibles complicaciones que el neonato pueda presentar, o bien en el parto eutócico si el estado del recién nacido lo requiere.

Otro de los aspectos más llamativos que arrojan los/as participantes son los medios a través de los cuales obtienen la información. Estos son diversos y ninguno de ellos está relacionado con los centros donde desarrollan su actividad laboral

“(…) sí, algo he leído en revistas, televisión, incluso en algún folleto que ha caído en mis manos, pero vamos poca cosa. Esto nos lo debería de pasar la Dirección, ¿no?” (Obstetra/Unidad Urgencias- Paritorio - Diario de Campo).

¹ Respuesta a la pregunta sobre los aspectos que aborda la Estrategia de Atención al Parto Normal.

“Yo no la he leído porque en mi Centro de Salud no se tiene constancia de ese documento, y, por tanto, no he tenido posibilidad de leerlo” (Médico/a de Familia 7/Atención Primaria-Grupo de Discusión).

A tenor de los testimonios, llama poderosamente la atención que no exista una distribución desde las Gerencias de los hospitales a las distintas áreas de Obstetricia y Neonatología y, por otro lado, desde las Gerencias de Atención Primaria a todos los Centros de Atención Primaria para que esté a disposición de los/as profesionales pertenecientes a este nivel asistencial. Sin embargo, desde que se constituye la Gerencia única en el año 2010, este aspecto ha mejorado sustancialmente.

Por otro lado, se aprecia que prácticamente la totalidad de las matronas que formaron parte de la investigación poseían un conocimiento exhaustivo sobre la propuesta, pues el contenido del mismo está relacionado con las prácticas que llevan a cabo en su quehacer diario, circunstancia que le permite reflexionar y criticar sus recomendaciones

“Si, si, es un documento que me lo leo con mucha frecuencia (...) tenía inquietud por saber que era lo que decía el documento dado que soy matrona y estaba segura que su contenido iba a ser muy valioso para mi trabajo” (Matrona 9/Atención Especializada- Entrevista).

“Cuando salió el documento rápidamente lo leí porque estaba segura que nos ayudaría a cambiar prácticas que llevábamos a cabo y que no me convencían, sin embargo, no creas tú que todo lo que dice me convence, eh (...)” (Matrona/Área de Paritorio- Diario de Campo).

Como profesionales son conscientes de la información aportada, en la medida que está orientado hacia una nueva forma de entender la asistencia obstétrica en consonancia con la ideología que ellas poseen hacia una praxis más humanizada, sin embargo, para alguno de los testimonios su utilidad es cuestionada.

Respecto a la adquisición de conocimientos de las mujeres sobre la propuesta del Ministerio viene desde la Atención Primaria de Salud, a través de los cursos de la educación maternal que las matronas desarrollan en sus centros. Esta actividad constituye una herramienta eficaz para aportar una amplia información a la mujer sobre el proceso perinatal y todos los acontecimientos que ocurren en el mismo, así como el modo de abordarlos. Actualmente, las matronas pertenecientes a este nivel asistencial ofrecen

conocimientos adaptados al nuevo paradigma de la humanización del parto en tanto que informan sobre las nuevas posibilidades asistenciales que se le ofrecen

“(…) en las clases de educación maternal me informaron que se estaban haciendo estudios sobre la humanización del parto y que se está empezando a plantear ya, o incluso podíamos llevar un planning de parto propio, nuestro, de decir: “pues mira, éstas son las pautas que yo quiero que se sigan en mi parto”, y, a ser posible, pues que se respetasen; y sí que nos comentaron sobre el tema de la humanización del parto” (Puérpera 6).

“(…) en la educación maternal nos decían que se intenta hacer como unos partos más naturales, no tan instrumentalizados... y normalización un poco, pues claro estaba un poco también condicionada al hospital, a la Arrixaca, que ahora mismo pues que tampoco... no se hacía todavía mucho porque tampoco los medios lo permitían (...)” (Puérpera 3).

“Referente a la humanización, me explicaron pues lo del parto natural, que en general hay una propaganda, digamos, por el parto natural, que se intenta en todos sitios, en unos más y en unos menos, (...) digamos, que todo vaya de manera más natural” (Puérpera 1).

- Más testimonios en Anexo 18. Información a la mujer. Educación maternal.

En base a estos conocimientos adquiridos, las reacciones de las puérperas serán diversas ante las recomendaciones del documento. Por un lado, existen mujeres que se presentan como sujetos pasivos, quedando atrapada en sus propios esquemas cognitivos, confiando plenamente en la actitud del equipo obstétrico y exponiendo su cuerpo al servicio de ellos/as, ya que entiende que es el que posee el saber científico. En este caso, no se plantean toma de decisiones ni cuestionan la labor asistencial

“Yo, en ese momento, no pregunté por qué me hacían la episiotomía, supongo que porque con la cabeza que tiene no cabía, no salía... supongo que para que no me desgarrara o algo, no sé... yo confié en la matrona, y dije: “ella sabrá lo que hace”, dijo: “te tengo que poner anestesia, te tengo que cortar”, y dije: “vale... confío en lo que tu dices, para eso eres especialista” (Puérpera 12).

“(…) ves mujeres que no piden nada, las ves pasivas, les dices si le apetece estar sentada o levantarse, no opinan nada, no sé, le haces lo que tu consideras y no dicen nada porque creen que lo que haces es por el bien de su bebe y de ella. Tu piensas que te estás apoderando de ella, pero es que yo creo que están encantadas” (Matrona 1/Atención Especializada- Grupo de Discusión).

“Yo tengo puesta la confianza en los médicos, y lo que ellos vean mejor, no me planteo tomar ninguna decisión” (Puérpera 10).

Por otro lado, tenemos a mujeres expertas en sus derechos asistenciales respecto a la atención al parto, estando ampliamente orientada sobre las prácticas recomendables

“(…) yo iba con mi bebé en la cama; y yo llegué allí, y me quitaron al bebé y lo pusieron en una cuna. Y yo diciendo: “pero, ¿Y esto?” Tampoco me preguntaron, ni me dijeron: “mira, lo vamos a dejar aquí porque hay que tomarle la tensión, o lo... o lo otro. Me tomaron la tensión, pero yo... yo... A ver, a mí me queda un brazo libre para que me tomen la tensión, y, y si... y si me tienen que quitar la vía, que fue lo otro que me hicieron, quitarme la vía... yo me puedo cambiar al bebé de lado y que me quiten la vía por el otro lado; si es que, en realidad, ¿por qué me tienen que separar del bebé?” (Puerpera 16).

“(…) una de las matronas, no la que me iba a asistir el parto sino otra, porque esta chica estaba asistiendo a otro parto. Su idea era ponerme la oxitocina, para dilatar más rápidamente, y romperme la bolsa, entonces yo le dije, “mira, yo prefiero que no, que vaya esto por su...”. Voy dilatando bien, pues que vaya por su proceso natural, si puede ser. Entonces la chica me dijo, “sí, sí, no te preocupes, lo que tú quieras, si te vas a poner la epidural, dímelo” (Puerpera 8).

Los testimonios demuestran el desajuste entre el ideal de asistencia y la realidad percibida durante la atención asistencial. Esto provoca una actitud crítica en las mujeres valorando las prácticas del equipo obstétrico durante todo el proceso.

- Más testimonios Anexo 18. Reacciones de las puerperas.

7.2.3. IMPLANTACIÓN. REACCIONES EN EL ÁMBITO CLÍNICO.

Los/as agentes de salud que participaron en el estudio reaccionaron de manera diferente ante la implantación del documento. En esta diversidad influye el nivel asistencial de procedencia. Los/as médicos/as que atienden el proceso perinatal en Atención Especializada son más reticentes al cambio de su praxis. Según expresa alguno de los/as participantes

“(…) Yo he oído a compañeros afirmar que el 100% de los partos serían cesáreas prácticamente. Por ejemplo el tema del suelo pélvico, se achaca bastante al parto, mis tres hijos han nacido por cesárea (...) hasta qué punto queremos ceder la tecnología hacia una atención más humanizada (...)” (Obstetra 3/Atención Especializada- Grupo de Discusión).

Desde el discurso médico se aprecia la reproducción como un estadio que puede dar lugar a patologías colaterales al manifestar que se puede prescindir de la atención más humanizada, pues el uso de la tecnología puede entrañar beneficios para la mujer; por consiguiente, la seguridad de la asistencia al proceso va ligada al intervencionismo del

mismo. De este modo, surge la reticencia en la modificación de ciertas prácticas producto de la incertidumbre y confusión existente pese a la evidencia científica sobre las mismas

“Yo creo que estamos en la época de la humanización de todo y me parece muy bien, pero también estamos en la época de la evidencia científica, de trabajar con pruebas, no de opiniones. Y al igual que se ha visto que la episiotomía no es necesaria, cuando se vea que la vía tampoco lo es, se dejará de utilizar” (Obstetra 3/Atención Especializada- Grupo de Discusión).

“Lo de la Estrategia es un tema un poco confuso porque no sé hasta qué punto estas modificaciones podría mejorar lo que ya tenemos (...)” (Obstetra/Unidad de Urgencias - paritorio-Diario de Campo).

Desde la Atención Primaria, según expresa alguno de los participantes, existe una buena aceptación de la propuesta dado que entienden y comparten las recomendaciones de la misma, en la medida que son conscientes del poder que ejerce las instituciones en la atención del parto centrado en un modelo biomédico basado en el uso indiscriminado de la tecnología

“Yo pienso que se ha planteado corresponde a que los servicios sanitarios avanza de una forma, que la tecnología avanza de otra, la instrumentalización otra y que tiene que llegar el momento de parar, cortar y pensar que esto surge porque nos estamos olvidando de que el parto es un proceso fisiológico normal y yo creo que a veces se puede evitar tantas intervenciones, tanta tecnología (...) tenemos que tener en cuenta que la mujer tiene que participar, que es protagonista, que tenemos que preservar su intimidad y crear un ambiente ideal y dejar un poco, desde mi punto de vista, las intervenciones y ver que hay otras opciones” (Médica 8/Atención Primaria- Grupo de Discusión).

Respecto a las reacciones de las matronas, el análisis de contenido arroja los siguientes resultados: de un lado, se evidencia una aceptación desde los distintos ámbitos asistenciales pues supone un cambio que tendrá repercusiones positivas en la mujer

“(...) si tuviese que decir algo, creo que mayoritariamente sí se está empezando a respetar e implantar un poco esta Estrategia, a humanizarla un poco (...)” (Matrona 9/Atención Especializada- Entrevista).

“En Atención Primaria estamos de acuerdo con esta Estrategia, de hecho todos los profesionales que trabajamos en este ámbito informamos a la mujer sobre los derechos que mencionan la Estrategia y estamos contentas que se esté produciendo este cambio” (Matrona 4/Atención Primaria- Grupo de Discusión).

Y, de otro, alguno de los testimonios señala reticencias al cambio

“No se acepta la Estrategia. No se acepta. Hay muchas reticencias y... y yo sorprendido el primero... eh... propios compañeros tienen reticencia a lo que... claro, sorprendentemente, cuando te dicen vas a cambiar algo para hacer algo mejor, que está apoyado por vivencia y calidad (...) siempre hay excepciones, gracias a Dios, que yo creo que son los que motivan y estimulan a aquellos que tenemos más inquietud, pero sí que es verdad que, en general, se vive un ambiente de resistencia” (Matrona 8 /Atención Especializada- Entrevista).

Una de las consecuencias de esta reactividad se fundamenta principalmente en rehusar de la tecnología, ya que la amenaza del riesgo es inherente al proceso reproductivo, especialmente en aquellos/as agentes de salud que se han formado bajo la égida del biopoder, mostrando un sentimiento de desconfianza

“Somos partidarios del parto normal, pero de no dejar ningún cabo suelto, quiero decir con el equipo preparado para actuar según haga falta” (Matrona 6/Atención Primaria- Grupo de Discusión).

Así mismo, los testimonios señalan que en ocasiones los/as profesionales se muestran desconfiados/as en algunas prácticas siendo reticentes a desprenderse de ellas, demandando indicadores o formas de evaluación que midan la efectividad de las recomendaciones del documento

“(...) hay determinadas prácticas que me producen desconfianza... franca. Sí, sí, sí; hay algunas concretamente que sí. Por ejemplo, la frecuencia de exploraciones, no me convence explorar cada cuatro horas sistemáticamente (...) soy bastante crítica, ese punto, y, bueno... no sé, tendría que valorar algunos más, pero sí que me gustaría saber un poco qué resultados obtenemos (...) quiero saber qué tasa de cesáreas y de instrumentaciones encontramos, dejando un expulsivo-pasivo porque todas las matronas que hacemos que algunos expulsivos son pasivos y no hace falta que hagas nada, y otros partos, si no son trabajados, son de cesárea (...) entonces me interesa por eso saber cómo van los indicadores, y qué resultados hay” (Matrona 9/Atención Especializada- Entrevista).

“(...) cuando tienes que atender un parto de una forma distinta, te requiere conocimiento y convencimiento de lo que estás haciendo, de que lo que te está solicitando tiene la mayor evidencia de que es lo mejor que puedes hacer en ese momento; si tú tienes dudas sobre si una práctica es la mejor, o desconoces esa práctica, no la vas a aplicar nunca” (Matrona 8/Atención Especializada- Entrevista).

Esta forma de representar la propuesta del Ministerio por el equipo de salud induce a no seguir adecuadamente sus indicaciones, pese a estar basadas en la evidencia científica extraída de las bases de datos de la biblioteca de Salud Reproductiva de la Organización Mundial de la Salud, Cochrane Database, Medline-PubMed y Agency for Healthcare and Quality, entre otros; así como Investigaciones Clínicas Aleatorias. Además utiliza como

indicador la aplicación de estas recomendaciones en los protocolos de atención al parto en las maternidades (M.S.C., 2007). Contrariamente, las matronas acusan una cierta incertidumbre producto de la inseguridad a una nueva forma de asistencia sustentada en una ideología biomédica firmemente instaurada, que durante mucho tiempo ha dirigido la forma de conducir el proceso reproductivo. Sin embargo, las participantes hacen una buena valoración del documento, dado que es considerado una herramienta eficaz para mejorar la calidad asistencial en la atención perinatal, devolviéndole el protagonismo a la mujer y su pareja durante toda la secuencia reproductiva.

7.2.4. DESARROLLO DE LAS LÍNEAS ESTRATÉGICAS. CONTROVERSIAS Y ÉTICA CLÍNICA.

En apartados precedente se ha analizado la formación recibida de los/as profesionales en relación con la propuesta del Ministerio, punto en el que se detiene la *tercera línea estratégica*. Este aspecto permite adentrarnos en el estudio y análisis del abordaje de las prácticas clínicas del equipo obstétrico, según las directrices del documento relacionadas con la *primera línea estratégica*:

Influencia de la Episiotomía

La Estrategia de Atención al Parto Normal señala, en el punto 3.1.3 relativo a la episiotomía, la necesidad de “promover una política de episiotomía selectiva y no sistemática”. Con respecto a este punto, inicialmente existe buena valoración y reconocimiento por el equipo obstétrico, si bien en la práctica admiten que las episiotomías son frecuentes porque son necesarias en beneficio de la mujer, ya que evita traumatismos en el expulsivo

“(…) el punto más importante para mí es el de promover la episiotomía selectiva. Porque tú asocias parto y episiotomía (...) y no ha cambiado mucho” (Médica de Familia 8/Atención Primaria- Grupo de Discusión).

“Ahora hay muchos desgarros porque hay muchos partos sin episiotomías” (Obstetra 5/Unidad de Día Obstétrica - Grupo de Discusión).

En relación a este último testimonio, existen autores que señalan que es el principal argumento en el que se basa el equipo de salud para justificar su intervención en relación con esta práctica asistencial, la cual cumple unas determinadas funciones como “convertir el parto normal en un acto quirúrgico que sustrae el protagonismo de la mujer para dárselo al profesional, además de satisfacer en ciertos casos motivaciones más o menos conscientes de control y dominación” (Fernández del Castillo, 1994, p. 116). En la misma línea Davis -Floyd (2001) señala que la episiotomía no tiene ningún propósito útil para el parto sino sólo se trata de una cuestión de poder y control sobre la mujer. De todo ello, se deduce que esta práctica cumple “una función ritual sin ningún objetivo útil para el parto” (Fernández del Castillo, 1994, pp. 116-117). Pese a ello existe una intención de mejora dado que los/as obstetras ponen empeño en la reflexión sobre la evidencia científica, modificando progresivamente sus representaciones en torno a esta práctica

“Es que hasta que salió la información, el estudio ese, han ido cambiando las mentalidades poco a poco (...) cada día se hacen menos, porque ya estamos convencidos de que no es estrictamente necesario” (Obstetra 3/Unidad Urgencias- Paritorio - Grupo de Discusión).

“(...) quizás se vive en la calle eso de la episiotomía, pero cada vez se están evitando más (...)” (Obstetra 6/Unidad de Día Obstétrica -Grupo de Discusión).

“Ya no se hacen tantas episiotomías, aunque hay a quien le encanta hacer episiotomía porque terminas antes. Sí que en otra época, cuando yo empecé la residencia a todo el mundo se le hacía, pero ya cambió hace tiempo” (Obstetra 4/Unidad Urgencias-Paritorio -Grupo de Discusión).

Aunque son conscientes que no siempre es necesaria, existen controversias en cuanto al posicionamiento sobre la percepción que el colectivo médico posee con respecto al uso sistemático, pues existen testimonios que expresan que aún se sigue realizando con mucha frecuencia en el hospital de estudio

“Lo que se pretende es hacer sólo un 20% de episiotomías, o algo así, una barbaridad, que eso es imposible, estaremos en un 80% de episiotomías” (Obstetra 4/Unidad Urgencias - Paritorio -Grupo de Discusión).

“Yo, por mi experiencia personal, puedo decir que todos mis familiares que han sido atendidos en la Arrixaca, a todos se les ha hecho episiotomía” (Médica 8/Atención Primaria-Grupo de Discusión).

Respecto a las matronas, la práctica de la episiotomía obedece a factores relacionados con la valoración del riesgo fetal durante el proceso del parto y las de la propia matrona que lo asiste. En este caso, la praxis responde a los propios criterios profesionales y la inercia de unas prácticas estructuradas en el tiempo

“(...) yo, antes que la mujer se me desgarre y... o, sobre todo si es un feto muy grande, y se le encajen los hombros o tenga una distrofia de hombros que por desgracia he tenido alguna con fetos muy grandes, y gracias a Dios los he solventado yo, pero... yo lo que tengo muy claro es que si tengo que dar un pequeño corte que va a ser un momento, se lo doy; y si... y si veo que no lo necesita, no lo... pero yo, ya te digo, yo, ante fetos muy grandes y... o que por ejemplo la mujer en el último momento ya controla bien, o sobre todo la gente que no tiene epidural, y... o gente que no habla el idioma, ... que a mí me ha pasado de cerrarte las piernas y tener una medio distrofia de hombros, una cosa de distrofia de hombros pero un poquillo que precisaba ayuda con otro compañero; entonces pues eso, yo, una episiotomía, no... yo actúo como creo que va a ir mejor para la mujer y para mí” (Matrona 7/Atención Especializada- Entrevista).

“Yo creo que las matronas intentamos respetar las episiotomías selectivas tal como plantea la Estrategia del parto, lo que pasa que cuando haces un parto, el hacer o no episiotomía influye muchos factores, por ejemplo: la habilidad para trabajar ese periné, el estado en el que se encuentra el niño, la comodidad de hacerla para ir rápida o bien una práctica a la que estás acostumbrada (...)” (Matrona/Área de Paritorio- Diario de Campo).

Así pues, en lo que se refiere a nuestra área de estudio, la práctica de la episiotomía selectiva no se está aplicando de manera unánime, de modo que para algunos de los participantes sigue siendo abrumadoramente mayoritaria, dando lugar a variabilidad en la praxis.

Influencia en el Alumbramiento. Pinzamiento del cordón umbilical

Otro de los puntos contemplados en el documento es el referido a la ligadura del cordón, el cual cuestiona y hace reflexionar sobre cuál es el mejor momento para el pinzamiento. Según se expone en el apartado de recomendaciones “no pinzar el cordón con latido como práctica habitual” (M.S.C, 2007, p. 27), en este sentido, los discursos de los médicos/as cuestionan la evidencia científica sobre algunos aspectos de la ligadura tardía de cordón, así como la imposibilidad de seguir la recomendación debido a factores profesionales y, en ocasiones, por petición de la usuaria

“(…) ¿Qué hacemos con un prematuro?. El libro dice que hasta que deje de latir en el parto normal, un prematuro no es un parto normal (…)” (Pediatra 2/Atención Especializada-Grupo de Discusión).

“(…) no va a llegar muy lejos el corte hasta que deje de latir, porque primero por la seguridad, ya que no da más beneficios y segundo porque si los padres quieren guardar la sangre se debe hacer inmediato (…)” (Pediatra 1/Atención Especializada- Grupo de Discusión).

“Yo te voy a dar mi impresión como ginecóloga. Mi visión es que todo el mundo dice que hasta que no deje de latir, pero ya nadie lo hace, porque cuando el niño está bien sigue latiendo el cordón, sigue latiendo el cordón y son 30 minutos y está latiendo el cordón y tú no has podido sacar la placenta y el pediatra ya está de tí hasta las narices, por consiguiente, yo lo que hago es dejar 45 segundos y corto a los 45 segundos , que ya está bien y el pediatra me está mirando…”(Obstetra 4/Atención Especializada -Grupo de Discusión).

Ante la ambigüedad o situaciones confusas que presenta la Estrategia, con respecto a esta práctica de análisis, alguno de los/as profesionales lo resuelven mediante la vía del consenso

“Nosotros, por consenso, decidimos: lo ponemos en la mesa que está más bajito para que la sangre le llegue al mismo nivel y dejarlo 45 segundos. Ahora, eso otro que dice de que hasta que deje de latir, eso ya no lo hace nadie” (Obstetra 4/Atención Especializada-Grupo de Discusión).

Según la Real Academia de la Lengua Española (1992), consensuar significa “adoptar una decisión de común acuerdo entre dos o más partes” (p. 385). Esta práctica del consenso se establece con la finalidad de reducir la subjetividad existente entre los obstetras en situaciones de incertidumbre donde se exige tomar decisiones y existen discusiones de criterio entre profesionales. La necesidad de llegar al consenso se produce por la falta de protocolos o Guías de Práctica Clínica que ayuden a dirigir la actividad del equipo asistencial. En el caso de los médicos/as que participaron en la investigación establecieron un “consenso informal”. Esta se realiza, según manifiesta Wolf, mediante “la opinión de los expertos que llegan a un acuerdo tras una discusión no sistematizada; aporta recomendaciones y muy poca información sobre las bases que sustentan el consenso (Wolf, 1992)” (Martínez – Sahuquillo, y Echevarria, 2001, p. 389). La forma de llegar al acuerdo se realiza con la finalidad de evitar situaciones incómodas entre los/as profesionales y tener un criterio común ante formas diferentes de actuar.

En lo que respecta al colectivo de matronas, una gran mayoría de ellas/os respetan la recomendación

“(…) no sé hablarte de números concretos, pero en mi experiencia y la observación diaria, siempre que se puede se intenta, se intenta hacer un pinzamiento tardío. (Matrona 8/Atención Especializada- Entrevista).

“(…) intento también respetar el minuto para que deje de latir el cordón porque según las investigaciones es muy beneficioso (…)” (Matrona 7/Atención Especializada- Entrevista).

“(…) la chica que me asistió al parto en sí (…) pues nada, fenomenal, muy bien. No me hizo episiotomía, ella valoraría que no tenía que hacerla, y luego dejó que dejara de latir el cordón del bebé para cortarlo (…)” (Puérpera 18).

- Más testimonios en Anexo 18. Pinzamiento tardío del cordón.

Sin embargo, existen factores que interfieren en el desarrollo de la buena práctica, tales como la percepción de sobrecarga asistencial, la inercia y el factor generacional, según expresa alguna de las informantes

“(…) Porque tenemos prisa, porque tenemos 200 partos más esperando, o por costumbre... no sé, hay algunas que no se lo plantean, supongo (…). Y vuelvo al mismo tema, cuanto más tiempo lleva la matrona trabajando, quizás menos importancia le da a este tema²” (Matrona 9/Atención Especializada - Entrevista).

Influencia en el Enemado y Rasurado

La Propuesta del Ministerio en los puntos 3.1.1 y 3.1.2 hace referencia a que hay “que evitar la práctica rutinaria del rasurado perineal a las mujeres de parto” y “desaconsejar la administración rutinaria de enema a la gestante” respectivamente (M.S.C., 2007, pp. 23-24).

Hasta ahora hemos visto como existen algunas recomendaciones que no son respetadas, bien porque no poseen suficiente información, o bien porque cuestionan la evidencia científica, especialmente el colectivo médico. Estos reconocen que existe algunos puntos que no han estado muy acertados, tal es el caso del enemado y rasurado

² Respuesta a la pregunta formulada sobre las razones que impiden el pinzamiento tardío de cordón.

“No hay ninguna evidencia científica que te diga que va a ser mejor o peor³” (Obstetra 5/Unidad de Día Obstétrica - Grupo de Discusión).

“A raíz de la Estrategia, aquí en la Arrixaca estaba prohibido poner el enema, se guardaron todos los enemas bajo llave, después nosotros los cogimos, de nuevo, los ofertamos en las inducciones, para que vengan cómodas; y todo el mundo te dice que sí, nadie te dice que no” (Obstetra 4/Unidad de Urgencias- Paritorio - Grupo de Discusión).

Según constató la Observación, el enema era ofertado cuando la mujer iba ser programada para inducción del parto. Se le indicaba la opción de administrárselo ella misma en su domicilio, respetando en todo momento su decisión. El análisis de los discursos reveló que en todo momento existe un respeto en la toma de decisiones relacionado con la administración del enema por parte de matronas y obstetras

“Se le pregunta si quiere o no, pero no se le obliga” (Obstetra 4/Unidad de Urgencias-Paritorio -Grupo de Discusión).

“(…) en este parto, ni me rasuraron, ni me pusieron enema (…) cuando entré en dilatación, a la matrona que me atendió, le pregunté, le dije: “¿No me ponéis enema, ni nada?”, y la matrona me dijo: “Si tú quieres que te lo pongamos, te lo ponemos, pero no es necesario”; y le dije: “Yo no quiero”. Me pareció muy bien el que te den la opción de hacerlo o no hacerlo” (Puérpera 9).

“Yo, a todas las mujeres que vienen a dilatación le ofrezco el enema y si ellas quieren se lo administran, pero nunca las obligo a hacerlo” (Matrona/Sala de Dilatación- Diario de Campo).

Referente a esta praxis, los/as profesionales incluyen en su actividad asistencial el respeto a la toma de decisiones como principio de la bioética que fomenta una estructura relacional de corte deliberativo al otorgarle el derecho de intervenir en aquello que le afecta, poniéndose de manifiesto una simetría en las relaciones entre el agente de salud y la mujer, basado en la autonomía de ésta. Por tanto, aunque no se desaconseja el uso, según hace alusión el documento, se tienen en consideración la voluntad de la mujer.

El rasurado es igualmente respetado cuestionándose la humillación a la que pueda estar sometida la mujer, especialmente cuando es algo común el hecho de que las mujeres acudan a dilatación con el pubis rasurado

“¿Y el rasurado?, cuando ahora la gente se depila entera, no creo que tenga ningún problema, ¿Qué humillación hay en rasurar?” (Obstetra 5/Unidad de Día Obstétrica-Grupo de Discusión).

³ Respuesta a la pregunta formulada sobre el enemado y rasurado.

“Lo cierto es que hoy día se rasura poco o nada porque casi todas vienen ya sin vello (...)”
(Matrona/Sala de Dilatación-Diario de Campo).

Aunque los médicos/as, desde su perspectiva, ponen en duda nuevas prácticas, la totalidad de los/as profesionales tienen en cuenta la decisión de la mujer en el momento de llevarlas a cabo.

Influencia del Acompañamiento

La preocupación por la humanización en la experiencia del parto y por el incremento de la calidad asistencial ha propiciado que las mujeres, sus parejas, la familia y el equipo de salud se planteen la necesidad de la participación de los mismos en la experiencia del parto. El documento manifiesta en el punto 3.1.6 que es importante “permitir y alentar a todas las mujeres, si lo desean, a que cuenten con personas de apoyo durante todo el proceso de modo ininterrumpido, facilitando que el acompañamiento se inicie desde las etapas más tempranas del mismo”, de modo que es necesario “promover una política institucional que permita a la gestante elegir libremente a la persona que le acompañe de forma continuada durante el parto”(M.S.C., 2007, p. 26), argumentos que comparten la Organización Mundial de la Salud, la Federación de Asociaciones de Matronas de España y la Asociación el Parto es Nuestro. Del mismo modo, reconoce que “el acompañamiento durante el parto forma parte integral en la humanización del proceso reproductivo (...)” (M.S.C., 2007, p. 25).

Atendiendo a estas recomendaciones, los resultados que se extraen del análisis de contenido se observa que dependiendo de la fase del parto en la que se encuentre la mujer, la reacción de los médicos/as será diferente en lo que respecta a esta praxis. Según los testimonios del colectivo médico, en la dilatación existe un respeto unánime del acompañamiento

“En la dilatación está siempre el padre con la madre” (Pediatra 2/Unidad de Neonatología - Grupo de Discusión).

“Todo el tiempo que se puede. Hombre cuando están rasurando a la otra chica o están haciendo otra cosa, no. Pero sí, sí está. Antes no, pero ahora, sí” (Obstetra 5/Unidad de Día Obstétrica - Grupo de Discusión).

De acuerdo con los discursos vertidos, los/as obstetras consideran importante el apoyo social no profesional que debe recibir la mujer mediante la presencia de la pareja en

esta fase de la secuencia reproductiva. El proceso de dilatación es una de las etapas más largas, por este motivo, los/as profesionales son flexibles en el acompañamiento al ser conscientes que el soporte emocional puede mejorar la vivencia del parto. A pesar de la actitud de cambio por parte del equipo médico, existen factores que lo condicionan, como más adelante veremos.

Sin embargo, la percepción de las matronas es diferente en tanto que consideran que los/as obstetras son los/as principales agentes obstaculizadores del apoyo

“Primero, para que un médico explore a una mujer, el marido fuera, si el parto es instrumentalizado, el marido fuera, siempre que esté el médico, el marido fuera”(Matrona 5/Atención especializada- Grupo de Discusión).

Respecto a la fase de expulsivo, el apoyo social no está garantizado. En el hospital de estudio, el familiar debe permanecer alejado de la parturienta siempre que el parto sea distócico o anormal. Tan sólo puede acompañarla durante el expulsivo cuando se prevea que vaya a ser eutócico o normal

“Se está acompañando siempre que se pueda y no sea instrumentado” (Obstetra 4/Unidad Urgencias-Paritorio - Grupo de Discusión).

“El acompañamiento, mientras no haya problemas de sitio, se permite, siempre y cuando sea un parto normal” (Obstetra 5/Atención Especializada- Grupo de Discusión).

“Yo, cuando como profesional médico requieren mi asistencia es porque algo va mal (...). A todos nos ha pasado lo del padre en el paritorio con la videocámara y requieren de mi presencia, entonces te planteas; tenemos al padre con la videocámara porque es un momento especial, pero a mí me han llamado, ¿Debería prohibir la entrada al padre?. Igual pasa con las cesáreas (...) ya que es un proceso que se desvía de la normalidad y el padre no tendría por qué estar, igual que con la instrumentalización” (Pediatra 1/Unidad de Neonatología - Grupo de Discusión).

“(…), me hubiera gustado que hubiera pasado mi marido conmigo, pero fue imposible porque finalmente fue una cesárea y no pudo ser (...)” (Puerpera 7).

- Más testimonios en Anexo 18. Acompañamiento. Obstáculos.

Sin embargo, pese a que el parto sea distócico y no haya existido un apoyo continuado, la presencia de la pareja es requerida en el expulsivo inmediato o cuando el nacimiento ya se ha producido

“(…) cuando el parto no es un parto normal, no es un parto eutócico, no… ellos no, no… ni en gemelares. Si el parto es distócico no entran los familiares. Eso sí, cuando a lo mejor el niño sale, y tal, y… entonces sí los podemos pasar. Sí pueden entrar pero cuando el niño está fuera, o… está, en fin… la verdad es que no entran, ¿eh?, nada más que… bueno, los más jóvenes, después, cuando van a coser y eso, que todavía les queda un ratito, queda una media hora, queda un rato, pues les dices “¿Puede pasar el marido?”; o ellos mismos te dicen: “que pase el marido”. Pero cuando ya se ha resuelto el tema del instrumento (…)” (Matrona 9/Atención Especializada- Entrevista).

“(…). Sí, es cierto que ahora cada vez más les dejan… les decimos cuando nace el niño, recién nacido, ¿Está ahí? (…) ¡Que pase el marido!, y le dejan pasar, ¿eh? una vez que ha parido” (Matrona 10/Atención Especializada- Entrevista).

“Mi marido entró ya con el niño nacido, porque como no sabían si iban a tener que hacer cesárea o no, no lo dejaron entrar hasta que no estuvo la cosa ya más clara” (Puerpera 4).

“Yo cuando entré a la sala, ya prácticamente fueron los últimos empujones, y ya la niña salió… o sea, fue una cosa súper rápida, yo entré y a los tres o cuatro minutos, ya tenía a mi hija casi en brazos” (Pareja Puerpera 2).

Aunque efectivamente existe un matiz de control en este sentido, los/as informantes señalan que el acompañamiento ha experimentado importantes cambios en beneficio de la mujer

“Ha mejorado, en el sentido, de que por lo menos dejan al acompañante y eso es así porque yo he estado y lo han dejado. Y eso hace 22-23 años era impensable” (Médica 8/Atención Primaria- Grupo de Discusión).

“Si, yo estuve aquí hace 25 años y ahora he vuelto, ha habido una mejoría en cuanto que puede entrar el marido”(Obstetra 5/Unidad de Día Obstétrica - Grupo de Discusión).

Aunque en el imaginario del colectivo médico se aprecia que ha mejorado el apoyo social en la Institución, por lo general es el que más reticencias muestran, especialmente cuando el parto se presenta patológico o bien cuando se le va a hacer alguna prueba determinada como es la analgesia epidural. En estos casos, la pareja debe permanecer en la sala de espera nº 3 hasta que el equipo obstétrico lo considere oportuno

“Llevo una hora esperando aquí, me dijeron que me saliera porque le iban hacer la epidural y que ya me llamarían por megafonía cuando terminaran” (Pareja Parturienta/Sala de Espera nº 3- Diario de Campo).

“Mi mujer entró en dilatación a la una de la madrugada y estuve con ella a las seis y cuarto de la mañana, ya cuando había parido. No me dejaron entrar porque decían que tenía varias vueltas de cordón, así que permanecí en la sala solo todo ese tiempo sin información ni nada” (Pareja Puérpera/Atención Primaria - Diario de Campo).

En ocasiones el que se ofrezca o no el acompañamiento obedece a principios de índole moral hacia el familiar, como resultado de una actividad que puede tener un fuerte impacto psicológico en el acompañante

“(…) el familiar pienso que lo puede pasar muy mal... a ver, una persona que no está habituada que vea cómo tiramos de una campana de la cabeza de su hijo... es una cosa normal, pero para una persona que no esté habituada puede ser bastante estresante (...) porque hay momentos y hay procesos que no son agradables de ver; ahora, el niño está medio fuera, o el niño está tal, y ya, pues sí se les deja a lo mejor participar relativamente de lo que queda del procedimiento, ¿no?, pues para que él se sienta que ha entrado y todo eso, pero cuando ya la cosa está resuelta” (Matrona 9/Atención Especializada- Entrevista).

“El marido cuando ve la ventosa se marea más” (Matrona 2/Atención Primaria- Grupo de Discusión).

“(…) la ventosa un poco impresiona (...)” (Matrona 10/Atención Especializada- Entrevista).

“(…) como el parto se complicaba porque la niña estaba arriba y no bajaba, ehh... me manifestaron que sería prudente que yo abandonara la sala, porque yo entré dentro del paritorio y tenían que hacerle una pequeña incisión y, quizá, yo pudiera ver sangre y me pudiera sentir, pues, incómodo de alguna manera.(...)” (Pareja Puérpera 3).

- Más testimonios en Anexo 18. Acompañamiento. Naturaleza del acto médico.

El colectivo de matronas señala el miedo de los médicos/as como unos de los condicionantes del acompañamiento ante las posibles reclamaciones por parte de la pareja al juzgar su praxis

“Los médicos no quieren testigos de nada (...) a ellos los llevan acribillados; tienen muchísimas reclamaciones (...). Entonces, pues, a la fuerza tienes que defenderte. ¿Cómo?, pues no teniendo testigos, porque luego la gente interpreta las cosas como les da la gana (...)” (Matrona 10/Atención Especializada- Entrevista).

“(…) primero por cobertura legal, por una medida defensiva que yo no voy a negar que ejercemos en ocasiones (...)” (Matrona 9/Atención Especializada- Entrevista).

“En los partos instrumentados, tienen mucho miedo a las denuncias” (Matrona 2/Atención Primaria- Grupo de Discusión).

Estas reticencias al apoyo quedan atenuadas cuando se hace del mismo un uso utilitarista, especialmente en la fase de puerperio, en la medida que recomiendan la importancia del padre acompañando a su mujer con la intención de vigilar el proceso

“A mí me daba mucho miedo esto porque yo veía la señora en la sala de recuperación, después de dar a luz muy sola sin estar acompañada de su marido” (Obstetra 5/Unidad de Día Obstétrica - Grupo de Discusión).

“(…) si está el padre, a él se le explica perfectamente que mucho cuidado porque es el momento más bonito de la vida de su hijo y de su mujer, pero que tiene que estar en vigilancia por si acaso la mujer se durmiera. Esto es un paso que hay que dar porque es absolutamente necesario. Este es un cambio que hay que hacer inmediatamente porque veo importantísimo que el padre esté en el puerperio con su mujer” (Pediatra 2/Unidad de Neonatología - Grupo de Discusión).

Este uso se manifiesta con mayor claridad en la Sala de Recuperación de Madres y Unidad de Hospitalización de Puerperio, donde los testimonios del equipo asistencial expresan que la figura del padre no está orientada al apoyo emocional y soporte que la mujer necesita después del parto, tampoco a compartir con la pareja el momento del nacimiento del niño sino más bien se trata de una cuestión de control y vigilancia de la mujer

“Nosotras, las enfermeras estamos más tranquilas cuando están los maridos en las habitaciones porque están pendientes de sus mujeres y te llaman si algo va mal, de esta manera no tienes que estar pendiente de ellas en todo momento, y tú tampoco las molestas entrando y saliendo de la habitación (...)” (Enfermera 1/Unidad de Hospitalización de Puerperio- Diario de Campo).

“(…) si tú las llamabas, vienen, pero yo creo que dan por hecho que está tu marido contigo, y tu madre, y ellas, la verdad, en las habitaciones entran poco; o sea, entran a tomarme la temperatura por la mañana, y por la tarde ya ni me acuerdo, y ya está; pero con el bebé, te desenvuelves tú” (Puérpera 15).

“Es necesaria la vigilancia por si se duerme la madre, porque durante el parto hay una secreción importante de endorfinas, hay un colecho, ahí entra la figura del padre (...) si está el padre, a él se le explica perfectamente que mucho cuidado por si acaso se durmiera (...)” (Pediatra 2/Atención Especializada- Grupo de Discusión).

Por el contrario, las matronas tienen una especial visión en el protagonismo del cambio en esta práctica que ha sido perpetuada en los hospitales desde que se institucionalizó el proceso perinatal. Estas están siendo las verdaderas impulsoras del

acompañamiento con la finalidad de humanizar la asistencia obstétrica, tal como recomienda la Estrategia de Atención al Parto Normal. Su praxis se aleja de la visión del Modelo Médico Hegemónico, en tanto que representan la asistencia al parto como un proceso fisiológico que debe ser compartido por la familia; a diferencia de los médicos/as cuya práctica asistencial se orienta a superar las alteraciones de la salud del individuo (Parsons, 1978), obstaculizando el abordaje emocional de la mujer. Estas representaciones dificultan una actitud humanizadora sobre el acompañamiento. Las matronas son conscientes de las importantes aportaciones que el apoyo social brinda a la vivencia del proceso reproductivo tanto para la mujer como la pareja, dado el componente de humanidad que ofrece

“Desde que entra el marido, la mujer ha mejorado muchísimo su vivencia de la maternidad, el parto en familia, es un parto que para mí tiene mucho de humano y sobre todo confiando también en nosotros como profesionales” (Matrona 6/Atención Primaria- Grupo de Discusión).

“(…) ahora ya viene un familiar prácticamente todo el proceso acompañándole, el que ella elije (...) ha sido un cambio fundamental, y ellas suelen ser las que demandan: “mi marido, mi marido, mi marido”, o “mi hermano”, o “mi prima”, o quien sea. Y se las respeta” (Matrona 9/Atención Especializada- Entrevista).

“(…) en general, sí que hay una actitud bastante... bastante tolerante al respecto” (Matrona 8/Atención especializada- Entrevista).

Sus discursos evidencian que son las grandes promotoras de la praxis, al ser consciente de los grandes beneficios emocionales y físicos que conlleva. Esta forma de representar el proceso hace que este colectivo sea determinante para el apoyo, aspecto que comparte alguno de los testimonios procedentes del colectivo médico, señalando la importante labor que históricamente han realizado en este sentido

“Yo, cuando era residente no se aceptaba que estuviera el marido y fue la matrona, que ya era mayor, la que nos convenció de que entrara el padre (...)” (Obstetra 3/Unidad Urgencias - Paritorio- Grupo de Discusión).

Sin embargo, pese a ser agentes que lo fomentan, en ocasiones expresan sentimientos de malestar e incomodidad ante la falta de criterios institucionales que regulen esta práctica. En la mayoría de las ocasiones la mujer es acompañada por diferentes

familiares durante su estancia en dilatación, provocando confusión e incomodidad en el equipo obstétrico

“(…) es un poco pitorreo. Porque ahora pasa el marido, ahora pasa la cuñada, ahora pasa la hermana... no negamos a nadie, pero es que me pasa... cada dos por tres cambia la gente, y aquello parece la... la habitación de visitas” (Matrona 7/Atención Especializada- Entrevista).

“(…) actualmente... por norma se avisa a la pareja (...) y después, si quiere pasar la madre, pasa la madre, la hermana, la cuñada... allí pasa todo Cristo ya, eso no” (Matrona 10/Atención Especializada- Entrevista).

“Ves tantos familiares distintos de una mujer que a veces crees que le estás dando explicaciones de su mujer a la pareja y a lo mejor es el primo que pasaba por ahí (...)” (Obstetra/Área de Paritorio- Diario de Campo).

A pesar de las representaciones ideológicas de los médicos/as sobre el apoyo, las matronas expresan sentimientos de malestar y disconformidad ante los/as obstetras dado que son los principales agentes que lo obstaculizan

“(…) al tocólogo... normalmente no le gusta que haya familiares cuando pasan ellos por el paritorio” (Matrona 7/Atención Especializada- Entrevista).

“(…) hombre, te da un poco de rabia cuando ves que la pareja está tan tranquila con su mujer y ves que de repente llega el médico y le dice que se salga porque le va a hacer un tacto vaginal; yo , particularmente, no veo razón para ello y pienso que repercuten negativamente en el acompañamiento” (Matrona/Área de Paritorio- Diario de Campo).

Desde esta perspectiva se evidencia, por un lado, que el apoyo social que recibe la mujer en la fase de parto y puerperio viene determinado por el personal médico como instrumento útil para delimitar el espacio simbólico de poder con respecto al resto de profesionales, dado que en sus manos está la autorización o no del acompañamiento y, por otro, como control del entorno de las mujeres al permitir o no la presencia del familiar. Esta situación pone de manifiesto que el hospital es una Institución jerarquizada donde “el médico/a está ubicado en una posición superior en la escala jerárquica de las instituciones hospitalarias y tiene el poder de rehusar cualquier petición” tanto de la mujer como la pareja, determinado la naturaleza de la interacción (Rodríguez, y Zurriaga, 1997, p. 95)

“El médico entra muy solemnemente a la habitación y, claro lo ves con una actitud de endiosamiento tremenda (...), yo le preguntaba acerca del estado de mi mujer y no me contestaba, tenía la sensación que le incomodaba, de hecho me dijo que no podía estar ahí porque era el horario de visita (...) lo cierto es que por el modo de proceder me recordaba a la

época franquista cuando las enfermeras se tenían que levantar cuando llegaba el médico a pasar visita a la consulta” (Pareja Puerpera/Planta de Puerperio- Diario de Campo).

“Sóloamente pasaba, con sus dos acompañantes, te exploraba o miraba, y tampoco te informaba si todo iba bien, o si iba mal. No, no informaba mucho, era también una relación bastante seca, la verdad” (Puerpera 6).

Aún quedan vestigios heredados del pasado en la que los/as médicos/as representan a la mujer como objeto de sus prácticas, interfiriendo en la atención humanizada. Y en el caso del acompañamiento, una fuerte reticencia a que nadie penetre “las barreras del secreto de una información celosamente guardada” (Comelles, 2000, p. 326). Actuar de modo contrario implicaría una reducción del poder y la omnipotencia del aparato médico en tanto que revelar su secreto implicaría la pérdida de su credibilidad, de la confianza ciega en su sabiduría, que creen fundamental para desarrollar sin trabas sus tareas

“(…) cuando la mujer entra en la Institución (…), ¿Hasta qué punto es necesario dar tanta información?” (Obstetra 3/Unidad Urgencias - Paritorio -Grupo de Discusión).

Hasta ahora hemos resaltado cual es la actitud de los/as profesionales ante el acompañamiento en el proceso del parto y en el puerperio, evidenciándose que viene determinado como una forma de mantener el control en la Institución por parte de los/as obstetras. Aspecto que contrasta con la percepción que tienen las matronas, las cuales orientan esta práctica hacia la humanización siendo conscientes del bienestar que aporta a la mujer el apoyo continuado durante el trabajo de parto.

Otros de los elementos obstaculizadores y que aparecen de manera relevante en los testimonios de las matronas es la inercia. La forma de proceder del equipo médico forma parte del rito de atención asistencial en el hospital, el cual se ha configurado o conformado mediante su aprendizaje durante todo el periodo de residencia. Es el momento donde tiene lugar la conformación de los universos simbólicos con respecto a la mujer y el proceso reproductivo, quedando insertado en sus esquemas cognitivos la secuencia del ritual, los hábitos, las costumbres y las normas que determinarán sus prácticas asistenciales adquiridas mediante el proceso de socialización laboral

“Es una costumbre (...) es automático (...) todos actúan de la misma manera” (Matrona 2/Atención Especializada- Grupo de Discusión).

“Es la costumbre que se va transmitiendo de formación. Los residentes ven al adjunto que echan al marido, pues ellos aprenden eso y lo van a seguir haciendo el resto de sus vidas de trabajo” (Matrona 4/Atención Primaria- Grupo de Discusión).

La infraestructura se presenta como uno de los principales elementos que interfiere la implantación de las recomendaciones de la Estrategia, según señala el equipo obstétrico

“Aunque se trata de una sala grande no está adaptada para que estén sus maridos, las mujeres no tienen intimidad, está fatal para esto” (Obstetra 5/Unidad de Día Obstétrica - Grupo de Discusión).

“Ese es un gran hándicap que hay aquí, porque el hecho de la infraestructura, yo, que considero que soy un profesional que siempre intenta que la pareja o la persona con la que quieren estar esté siempre con la mujer (...). El hecho de tener dilataciones compartidas, el hecho de explorar a una mujer, otra está de parto, no puede estar acompañando (...)” (Matrona 8/Atención Especializada- Entrevista).

- Más testimonios en Anexo 18. Acompañamiento. Obstáculos- Infraestructura.

Así mismo, pese a la actitud positiva e impulsora que tienen las matronas, en ocasiones, su ética profesional y la alineación con los propios valores de la mujer se imponen como factores obstaculizadores del acompañamiento, con la finalidad positiva de salvaguardar la intimidad de las parturientas

“Cuando llega una señora al lado, y hay que hacer lugar ya a otra señora; lógicamente hay una cosa que se llama intimidad; yo, por ejemplo, no me gusta explorarlas con el marido dentro. Es una cuestión mía, personal: trabajo más tranquila si no está... no porque le tenga manía, sino... trabajo mejor, y se lo digo así, y generalmente no me ponen ningún problema. Porque si yo trabajo más tranquila y más relajada con la señora, pues... mejor para todos; luego ya hablo con él, y ya está” (Matrona 10/Atención Especializada- Entrevista).

En algunos casos es la propia mujer la que busca la soledad como forma de vivir la experiencia en la intimidad, y en otros, desean no estar acompañadas para evitar el sufrimiento a su pareja

“Yo no quería que estuviera mi marido en la dilatación ni en el parto, de hecho no ha estado, no sé un poco por vergüenza de que me viera en esas condiciones tan desagradables (...)” (Puerpera/Unidad de Hospitalización de Puerperio - Diario de Campo).

“Cuando entré al paritorio, me dijeron si quería que entrara Mario, y en ese momento dije: “¡Que estoy gritando, entonces, se va a poner más nervioso!”, y yo pensé: “cuando esté ya fuera”, y entró cuando ya estaban sacándolo; pensé que iba a sufrir él más que yo (...): Es que, digo: “lo va a pasar fatal, de verme aquí, que no puedo, aquí, retorciéndome; lo ve él, y se va a poner peor” (Puerpera 12).

- Más testimonios en Anexo 18. Acompañamiento. Elección de la mujer.

La sobrecarga asistencial aparece como otro factor influyente. Como ya se mencionó en el análisis contextual, no encontramos datos suficientes para admitir que exista una gran sobrecarga asistencial en el hospital de estudio, pese a la reducción del número de partos desde el año 2008 (figura 39). Cuando se comenzó con las entrevistas en el año 2009, la presión asistencial en el hospital había descendido a 94,02 para llegar a situarse en el año 2010 en una media de 90,61 pacientes al día (figura 36). Pese a este descenso, los/as profesionales y usuarias siguen percibiendo la existencia de la misma. Igualmente, advierten que la presencia de dicha variable interfiere en la calidad asistencial que se le ofrece a la mujer así como en el desarrollo de las buenas prácticas recomendadas

“No, no estuve acompañada por mi marido en dilatación, había mucha gente, mucho jaleo” (Puérpera 12).

“Aunque existe buena disposición por parte de los profesionales, en la Arrixaca hay mucho volumen de partos para llevar a cabo las recomendaciones de la Estrategia del Parto Normal” (Matrona 2/Atención Especializada- Grupo de Discusión).

“La humanización y el llevar a cabo la Estrategia sería posible si el hospital fuese más pequeño o tuviese menor presión asistencial” (Obstetra/Área de Medicina Fetal- Diario de Campo).

- Más testimonios en Anexo 18. Acompañamiento. Sobrecarga asistencial.

El soporte emocional en la secuencia reproductiva está condicionada a múltiples factores, aunque existe una buena predisposición por parte de los/as agentes de salud a tener una actitud favorable; la percepción de sobrecarga asistencial unida a unas instalaciones inadecuadas y los factores profesionales son los elementos determinantes en el respeto de las decisiones de la mujer sobre el apoyo social familiar que recibirá en la dilatación.

Dado que la mayoría de los partos son eutócicos y las matronas son las responsables de la atención de este tipo de partos, hace que el acompañamiento sea una práctica habitual en el hospital de estudio, tal como queda reflejado en la figura 42 del análisis contextual. Como dato significativo, en el año 2010, el porcentaje de acompañamiento se encontraba en

el 97.98%, sin embargo hay que matizar que pese a que existen factores que lo obstaculizan no implica que no haya existido en algún momento puntual. Estaríamos hablando pues de un “apoyo no continuado e intermitente”, el cual es registrado en cualquier caso como acompañamiento, esto explica que los datos registrados sean tan elevados. En cualquier caso, el análisis de los discursos y la Observación pudo constatar que este tipo de apoyo es el más habitual.

Influencia en el periodo de dilatación

El documento recomienda en el punto 3.1.4 “facilitar que la gestante pueda deambular y elegir adoptar la posición de acuerdo a sus necesidades y preferencias, permitir la ingesta de alimentos, principalmente líquidos según las necesidades de la gestantes, potenciar entornos amigables (naturales, arquitectónicos y psico-sociales) que ayuden a una actitud de vivencia en las mejores condiciones, utilizar partograma como método de evaluación del progreso del parto, realizar monitorización intermitente, no realizar amniotomía de rutina, no emplear oxitocina por rutina, limitar el número de tactos vaginales” (M.S.C.,2007, pp. 24-25).

De todas las recomendaciones se respetan los siguientes puntos:

- a) Uso del partograma como herramienta para recoger toda la información que los/as profesionales obtiene de la parturienta durante la evolución del proceso de dilatación, anotando cualquier incidencia que se pueda presentar en el mismo.
- b) Permiten la ingesta de líquidos, sin embargo se prohíbe la ingesta de alimentos sólidos.
- c) En lo que se refiere a los entornos amigables psico-sociales se respeta en la mayoría de las veces aunque está condicionada, tal como se ha mencionado en el apartado anterior.

El análisis de contenido de los discursos y la Observación comprobó que deambulación de la parturienta y la monitorización intermitente no eran consideradas. El entorno arquitectónico es una constante que impide que las recomendaciones se puedan

llevar a cabo en la mayoría de las ocasiones, tal es el caso de la deambulaci3n de la gestante. En el 1rea de Paritorio existen cinco dilataciones de reducidas dimensiones, obligando a la mujer a permanecer encamada o bien sentada en la cama, o sobre una silla ubicada al lado de la misma. Todo ello favorecido por la necesidad, seg3n normas institucionales, de permanecer monitorizada constantemente mientras dura el proceso de dilataci3n, lo que implica estar sujetas al monitor y poco margen de movilidad

“(…) me pusieron en la cama y no me pod3a mover, porque ten3a el monitor puesto todo el tiempo, una posici3n bastante inc3moda para las contracciones, y luego con la oxitocina incluso m1s. Tambi3n he querido yo para salir al aseo, bueno, pues me consiguieron eso, pero luego, como me sent3 en el w1ter y ya ten3a los pujos, entonces me prohibieron moverme de la cama. Con la oxitocina, y contracciones s3per fuertes, y sin moverme de la cama, pues estaba all3, sufriendo bastante, estaba all3 como drogada, no sab3a qu3 estaba pasando conmigo. (…). La 3nica queja es eso, yo entiendo que hab3an muchos partos, y si yo pudiera moverme un poquito, o estar de pie me ayudaría mucho” (Puerpera 1).

“(…) me dejaban levantarme de la cama, sentarme, o estar ah3, alrededor de la cama, porque como estaba con el monitor enganchado, no pod3a irme muy lejos” (Puerpera 2).

La deambulaci3n es posible en la Unidad de Hospitalizaci3n de Gestantes porque las mujeres se encuentran en pr3dromos de parto, lo que implica monitorizaci3n intermitente. As3 mismo, es el lugar donde m1s uso se hace de las pelotas de bobath, como m3todo alternativo de erradicaci3n del dolor. Las informantes se1alan que es el espacio m1s id3neo para la humanizaci3n del parto, ya que la mujer no es sometida al estr3s de los tiempos de la secuencia reproductiva. Esto significa que hasta que no cumpla la situaci3n obst3trica id3nea no ser1 derivada al 1rea de Paritorio, permaneciendo junto a sus familiares en un ambiente agradable

“(…) una mujer que quiera tener un parto normal, humanizado, sin epidural, lo ideal ser3a subir a la planta, que bajara al paritorio, tan s3lo al expulsivo. Eso ser3a lo suyo” (Matrona 10/Atenci3n Especializada- Entrevista).

“Mientras estuve en la planta de Gestantes, estuve fenomenal, con mi madre y mi marido que me acompa1aban en todo momento, incluso me llev3 la pelota esa para el dolor y fenomenal, la matrona fenomenal conmigo, me sent3 tranquila, a gusto, paseando por el pasillo. Cuando llegu3 a los dos o tres cent3metros me bajaron a paritorio y ah3 todo cambi3 (…).” (Puerpera/Atenci3n Primaria – Diario de Campo).

En lo que respecta a la monitorizaci3n intermitente recomendada por el Ministerio de Sanidad y Consumo, alguno de los testimonios revela cierto escepticismo dado que

podría entrañar riesgo para el feto, sin embargo, otros consideran una práctica segura en la medida que no afecta negativamente la vigilancia del proceso, basándose en la evidencia científica

“(…) nos presentaron para ponernos un ejemplo un estudio que estaba hecho con gente motivada para llevar a cabo un monitorización intermitente y las mujeres eran las que cumplían las expectativas de un parto normal, sin factores de riesgo materno, el porcentaje de mujeres que llegaron hasta el final con la monitorización intermitente fue de un 3%, esto quiere decir que los niños tienen bradicardias, y que cuando pasamos cada 15 minutos a escucharlas terminamos por pasar la monitorización continua (…)” (Obstetra 4/Unidad de Urgencias- Paritorio - Grupo de Discusión).

“(…), el monitor no vale para nada, solamente vale para alto riesgo, es decir, yo no estoy diciendo que estén sujetas al monitor, sino una auscultación intermitente. En Irlanda hay hospitales que hacen una auscultación intermitente y en estudios comparativos con otros hospitales tienen el mismo índice de morbilidad y mortalidad que con monitorización continua (…)” (Obstetra/Área de Medicina Fetal- Diario de Campo).

Cuando la mujer ingresa en dilatación, accede a una secuencia asistencial conducida por matronas y auxiliares de enfermería. En primer lugar colocan a la mujer tumbada en la cama, posteriormente, se le pone el monitor hasta que pase a paritorio, a continuación se le coge una vía. El siguiente paso del ritual sería la colocación de aquellos dispositivos que permiten el registro de las constantes vitales: manguito de tensión arterial en el brazo y el pulsímetro en el dedo índice para comprobar los niveles de saturación de oxígeno y pulso materno. La tercera fase corresponde a los trámites burocráticos realizados por la matrona que consiste en la apertura del partograma para introducir aquellos datos obtenidos de la exploración. Todo ello unido a las infraestructuras inadecuadas, obliga a la mujer a permanecer durante todo el proceso de dilatación encamada con pocas posibilidades de movimiento.

Respecto al uso de la oxitocina y la amniotomía de rutina, el análisis del discurso desvela que el colectivo de matronas intenta implantar estas prácticas asistenciales, sin embargo existen factores ajenos que dificultan su puesta en marcha

“Nosotras intentamos no romper bolsa a toda mujer que llega, pero claro en ocasiones te ves obligada para acelerar el parto porque hay días que nos faltan manos para atender a tanta mujer (…)” (Matrona/Área de Paritorio- Diario de Campo).

“(…) realmente los partos, o son estimulados, o son inducidos; generalmente, los partos aquí que... que no se tenga un proceso activo muy avanzado, se estimulan todos, todos, de todas

las formas que en la profesión conocemos que se pueden estimular, y aquí esto pasa. Algunos profesionales justifican esto por el gran volumen que hay, la gran demanda, las circunstancias que a veces se dan en la Arrixaca, que es verdad que por la gran área que abarca pues se dan circunstancias que muchas veces está saturado respecto de la población que tiene” (Matrona 8/Atención Especializada- Entrevista).

“(…) en mi hospital, con frecuencia ponemos oxitocina, porque hay un volumen de trabajo impresionante, somos muy poco personal y no podemos permitirnos el que las mujeres evolucionen un día entero sin ponerles nada, porque no hay personal para estar ahí con ellas solas (…)” (Matrona 7/Atención Especializada- Entrevista).

“(…) me pusieron la epidural, y cuando iba de seis o siete centímetros, y lo que yo no entendía o casi ocho, no entendí, porque aún así, yendo con esa dilatación tuvo que ponerme un poquito.(…) ahí ya lo que pasa que dije yo pues mira...oxitocina, un poquito y me rompió la bolsa. Yo entiendo que quizás esas cosas provoquen que se acelere el parto, no lo sé, pero tampoco creo que sean necesarias (…)” (Puerpera 18).

Por otro lado, alguna de los/as informantes manifiestan la poca demanda por parte de las usuarias

“(…) en la práctica, yo todavía no he recibido una señora que me haya dicho: “no me pongas oxitocina (…)” (Matrona 5/Atención Especializada- Grupo de Discusión).

Esta praxis está fuertemente condicionada por la sobrecarga de trabajo en el Área de Partos, dado que en momentos de máxima saturación se debe recurrir a acelerar los tiempos del parto, rompiendo la bolsa amniótica para conseguir dilataciones libres y ofrecer asistencia a otras mujeres que ingresan de parto. Lo mismo ocurre con el uso de la oxitocina cuyo empleo se relaciona con la necesidad de acortar el proceso de dilatación. La fuerte demanda asistencial justifica el intervencionismo por parte del equipo de salud, manifestándose de manera evidente la organización científica del trabajo así como el sometimiento del proceso reproductivo en una serie de actos técnicos, cada uno de los cuales tiene asignado un tiempo. De este modo, los/as agentes de salud se centran en la duración de las fases del parto, alineándose con la lógica productivista que impone la Institución. Circunstancia que hace incompatible la conducción humanizada del mismo.

Según los discursos, un volumen asistencial alto condicionará el tipo de asistencia que se ofrece, de manera que a pesar de la buena intención por parte de las matronas en respetar la amniotomía y el uso de la oxitocina, la demanda obliga a que prime el productivismo aunque ello suponga contradicciones con otros enfoques y propuestas

defendidas por parte de las mismas. En este sentido, los estudios llevado por Rengel- Díaz (2008) concluyen que las “objeciones que ponen los profesionales para instaurar este tipo de prácticas más racionalizadas en la atención al parto es el aumento en carga laboral que supone al alargarse los periodos de cuidados, ya que no se aceleraría el proceso fisiológico del parto” (p. 4).

Por otro lado, los/as participantes cuestionan la recomendación relacionada con la colocación de la Vía Periférica Profiláctica Rutinaria. Tanto médicos/as como matronas poseen dudas al respecto, resaltando desconfianza en la evidencia científica y que su instauración no resta humanización a la atención del proceso perinatal

“Además, no olvidemos que la madre tiene miedo y quiere que todo salga bien y que no le pase nada a ella ni al niño y creo que una vía no va deshumanizar, ni le va a producir ningún trauma de por vida (...)” (Matrona 4/Atención Primaria- Grupo de Discusión).

“A mí una persona sin vía..., es con vía y me cuesta pasarla a quirófano hacerle la cesárea y puedo tardar 25 minutos en obtener al niño, si no tengo la vía..... Ahora bien, si se pasa a paritorio una mujer sin vía y hay que hacer una cesárea urgente, esta situación puede suponer un retraso y ser peligroso” (Obstetra 5/Unidad de Día Obstétrica - Grupo de Discusión).

“Para la mayoría de los profesionales que nos dedicamos a esto, sí es necesaria. Hay poquísimos grupos de trabajo, quizás hay uno en toda España, que en casos esporádicos no ponga vía, la ponen, pero la tienen heparinizada para que la señora pueda pasear, pero la tiene colocada” (Obstetra 4/Unidad de Urgencias- Paritorio - Grupo de Discusión).

“Yo creo que estamos en la época de la humanización de todo y me parece muy bien, pero también estamos en la época de la evidencia científica, de trabajar con pruebas, no de opiniones. Y al igual que se ha visto que la episiotomía no es necesaria, cuando se vea que la vía tampoco lo es, se dejará de utilizar” (Obstetra 3/Unidad de Urgencias-Paritorio - Grupo de Discusión).

En los testimonios se percibe una cierta inseguridad y una amenaza del riesgo en el parto si no se recurre a la tecnología e intervención, todo ello como resultado de la concepción biomédica que está presente y dirigen la actividad asistencial. En este sentido, la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (2007) debilita la recomendación de la Estrategia haciendo alusión a la prudencia, ya que aconseja tener una vía cogida y heparinizada por si más adelante fuera preciso el tratamiento intravenoso. Al mismo tiempo hace referencia a que toda aquella gestante que desee un parto no intervenido y no exista

riesgo de hemorragia posparto, podría obviarse la canalización de una vía venosa. Este posicionamiento ambiguo hace que los/as profesionales sean reticentes al cambio de la práctica clínica.

Respecto a la frecuencia de los tactos vaginales, la propuesta del Ministerio recomienda su “limitación a los mínimos imprescindibles” (M.S.C., 2007, p. 25). Del análisis de contenido se desprende que pese al cuestionamiento existente, las matronas son las que más se alinean con la recomendación

“(…) el que te meta mano todo Cristo... porque te la mete tu matrona: medio-medio; la residente que está con la matrona, también bien porque entienden que, bueno, está aprendiendo y generalmente no ponen ni una pega; pero que luego venga a la media hora un ginecólogo (....) a la media hora de explorarte la matrona te explora el ginecólogo... porque te han dicho que es ginecólogo, y punto. Te explora él, y a lo mejor no lo tiene claro y te explora un compañero o una compañera” (Matrona 10/Atención Especializada- Entrevista).

“(…) en la sala de dilatación con los profesionales muy bien, pero es verdad que todo el mundo llega allí, te explora... te mete la mano (....) y yo que sé, te quedas así como que... yo, que soy una persona muy pudorosa durante mucho tiempo, pues, en el parto pierdes todo el pudor, pero es verdad no sé si es por ya por el dolor o... pierdes ahí el pudor y entonces, una vez que en la sala de partos estaban los tres ginecólogos... y me exploraron los tres, que yo era como diciendo: “jolín, si uno ya me ha metido la mano y sabe cómo está la cosa...”, pero nada. Todo era como un poco... incómodo” (Puerpera 3).

- Más testimonios en Anexo 18. Periodo de Dilatación. Tactos vaginales.

Sin embargo, aunque un gran número de matronas están de acuerdo con la propuesta, alguno de los testimonios muestra reticencias sobre la misma

“(…) la frecuencia de exploraciones, no me convence explorar cada cuatro horas sistemáticamente; yo creo más en la individualización de la exploración en una misma mujer, dependiendo del momento de parto en que se encuentre, y, por supuesto entre distintas mujeres; eso por ejemplo, soy bastante crítica, ese punto, y, bueno... no sé, tendría que valorar algunos más, pero sí que me gustaría saber un poco qué resultados obtenemos con... sin explorar a una mujer más que a lo mejor en doce o trece horas dos veces o tres” (Matrona 9/Atención Especializada- Entrevista).

Influencia de la posición materna durante el periodo expulsivo

El apartado 3.1.7 del documento sugiere que se le debe “permitir que las mujeres adopten la postura que espontáneamente prefieran y decidir libremente qué posición adoptar durante todo el proceso, incluido el expulsivo” (M.S.C., 2007, p. 27). Respecto a este

punto, no existe unanimidad en la práctica del equipo asistencial. Las principales razones son: el exceso de volumen de trabajo, los recursos materiales, la analgesia epidural que dificulta la movilización de las extremidades y la poca demanda de la usuaria. Durante el periodo de Observación en la Unidad de Urgencias- Paritorio, se comprobó que sólo existía una silla de partos para toda la unidad y, según testimonio de las matronas, se utiliza muy ocasionalmente por expreso deseo de la mujer y cuando las condiciones asistenciales lo permiten

“(…) cuando salió lo de la Estrategia, en la dilatación habían más de una silla de partos (...) pero de todas maneras la demanda por parte de la parturienta es poca, pero nosotras estamos encantadas de hacer este tipo de expulsivos, eh (...)” (Matrona/Área de Paritorio-Diario de Campo).

“(…) sillas de parto sí que las está mandando la Consejería, y las utilizamos. Las utilizamos aunque sea para dilatación, para algún expulsivo, pero... no ofrecemos mucho más con respecto a la Estrategia. (...)” (Matrona 9/Atención Especializada- Entrevista)

“Si, intentamos respetarlo, pero claro para eso no tiene que haber mucha gente para estar tranquilos y hacerlo bien, pero si, si se respeta, aunque se debería hacer con más frecuencia” (Matrona /Área de Paritorio - Diario de Campo).

Aunque existe buena actitud en respetar la voluntad de la mujer durante el expulsivo, los/as profesionales se encuentran con dificultades relacionadas con la sobrecarga asistencial y las infraestructuras inapropiadas para llevar a cabo la recomendación.

Actualmente en el Área de Partos existen tres paritorios, de los cuales, el paritorio nº 2 dispone de accesorios que permiten a la mujer adoptar distintas posiciones distintas a la clásica de litotomía, que excluye el documento. Sin embargo, hay que señalar que, además de los factores obstaculizadores anteriormente reseñados, existen dos elementos a considerar: por un lado, el uso de la analgesia epidural que da lugar a que la mujer no tenga libertad para el movimiento y, por otro, la escasa demanda existente

“En el expulsivo hacemos básicamente posiciones de litotomía. Se están empezando a hacer otras cosas, (...) y se está empezando a parir de pie y tal, pero, primeramente, no tenemos mucha demanda, o sea, lo ofrecemos, yo muchas veces lo he ofrecido, parece muy moderna, y no ha querido la mujer, (...) y luego tenemos demanda altísima de analgesia epidural; entonces, estamos muy limitadas, estamos muy... Entonces, nuestra mujer tipo ahora mismo, la inmensa mayoría, nos pide la epidural y entonces, pues, podemos parir en posturas, pero muy limitadas; podemos hacer una postura Sim- nos cuesta sujetar la pierna -, podemos hacer una litotomía incorporada... en fin, pequeñas modificaciones, pero no podemos parir de cuclillas, porque no hay quien la sujete (...)” (Matrona 9/Atención Especializada - Entrevista).

“(…) es que yo no he tenido ninguna mujer que busque postura. Yo no” (Matrona 7/Atención Especializada - Entrevista).

- Más testimonios en Anexo 18. Posturas en Paritorio.

Así mismo, el factor generacional representa una variable a considerar para el abordaje de la recomendación, ya que alguna de las participantes puso de manifiesto un desconocimiento a realizar una atención distinta a la aprendida. Aunque la actitud del profesional es favorable, prefiere no correr el riesgo

“Si es eutócico y con matrona, sí; pero yo, por ejemplo, yo que no hago partos de pie - no sé, me da un poquito de miedo la situación - si hay que parir de pie, llamo a una compañera (…)” (Matrona -45 años /Área de Paritorio –Diario de Campo).

“Pues sería un gran problema para mí porque si yo a mi edad tengo que cambiar en la forma de atender partos, que si ahora en esta postura o en esta otra, así que prefiero hacer lo de siempre” (Matrona- 50 años/Área de Paritorio- Diario de Campo).

“(…) yo no hago partos verticales, simplemente porque no sé hacerlos, o sea... no me enseñaron, y me da un poco de tal, y no he hecho ninguno, y algunas hacen alguno, pero yo de entrada no los hago porque no sé (…)” (Matrona 10- 39 años/Atención Especializada- Entrevista).

La influencia sobre el manejo del dolor durante el parto

La Estrategia de Atención al Parto Normal, en el punto 3.1.5 menciona, entre otros aspectos, que “hay que informar previamente a las mujeres sobre los diferentes métodos para el alivio del dolor, sus beneficios y potenciales riesgos, informar sobre los riesgos y consecuencias de la analgesia epidural para la madre y criatura, no realizar analgesia de rutina y ofrecer a las mujeres la posibilidad de elegir uno o varios métodos si lo desean” (M.S.C., 2007, p. 25). Actualmente, en nuestra unidad de estudio, tanto matronas como tocólogos/as poseen conocimientos sobre métodos alternativos del dolor. Sin embargo, éstos no pueden ser ofrecidos a la mujer y tampoco informados pese a las recomendaciones que hace la propuesta del Ministerio

“(…) me parece bien que haya más opciones, que ahora mismo no las hay, tenemos la epidural o nada (...). El óxido nitroso es lo que a lo mejor me parece más interesante como técnica de esta alternativa, que dijeron en la actualización que a lo mejor la ponían, pero yo no veo ningún movimiento todavía. Me parece bien que haya la máxima diversidad y de

opciones, y que ella pueda elegir en base a como ella sea y lo que pretenda” (Matrona 9/Atención Especializada-Entrevista).

Respecto a ello, alguno de los testimonios expresa su incertidumbre sobre el conocimiento o la información de la usuaria sobre estos recursos para afrontar el proceso, así como la preparación del equipo asistencial en el uso de los mismos

“(…) el gran hándicap con el cuentan, creo o por lo menos la población a la que atendemos, es que muchas veces, si tienen información sobre otras alternativas de alivio del dolor, no tiene o no encuentra o el momento o la forma o el medio de expresar una atención distinta de alivio del dolor basado en otros, en otros recursos (...) también habrían más hándicaps; si realmente también, si una mujer que viene pidiéndome unas técnicas concretas de alivio del dolor, o que yo pueda aplicar de alivio del dolor, el equipo que hay en ese momento ¿Está cualificado para atender esa petición que nos va a hacer en concreto? No lo sé; yo tengo mis dudas; habrá profesionales que sí y otros que no (...)” (Matrona 8/Atención Especializada-Entrevista).

Por otro lado, los/as informantes resaltan los escasos recursos materiales existentes para el abordaje del dolor durante el proceso de dilatación, tal es el caso del manejo de las pelotas de bobath

“(…) pelotas de bobath y desde hace un tiempo no veo nada de esto y nadie sabemos dónde están (...)” (Matrona/Área de Paritorio- Diario de Campo).

“(…) pelotas de bobath tenemos dos o tres; el mismo día que se hinchon se pinchan; yo creo que alguien las pincha, es que no es normal que se pinchen tanto, no tenemos nunca; sillas de parto sí, que las está mandando la Consejería y las utilizamos. Las utilizamos aunque sea para dilatación, para algún expulsivo, pero... no ofrecemos mucho más con respecto a la Estrategia. (...)” (Matrona 9/Atención Especializada- Entrevista).

- Más testimonios en Anexo 18. Manejo del dolor durante el parto. Pelotas de Bobath.

La Observación en la Unidad de Urgencias- Paritorio confirmó que no existían en las Salas de Dilatación, de modo que si las mujeres quieren utilizarlas deben traerlas de casa. Su uso obedece a razones de privacidad e intimidad, así pues la presencia o no de acompañante en las Salas de Dilatación y en la Unidad de Hospitalización de Gestantes será determinante. En esta unidad suelen hacer uso con más frecuencia, ya que disponen de más espacio y se dan las condiciones favorables. Sin embargo, en dilatación resulta más complicado por la infraestructura, aunque el personal favorece su utilización

“Si se la trae la señora, sí. Algunas se las traen, y si... creo que dejaron un par de ellas cuando trajeron la silla de partos, pero ya está; a alguna le puse yo unos empapadores, ahí, totalmente higiénico, total, algún empapador limpio..., si no se las traen las señoras, no hay” (Matrona 10/Atención Especializada-Entrevista).

A pesar de estos recursos, la analgesia epidural se ha convertido tanto para el equipo obstétrico como las usuarias en el método de elección para el abordaje del dolor en el parto

“(...) yo estaba ya con los dolores, y fue ya cuando me reconocieron y me bajaron a dilatación; pero nada, una vez que estuve en dilatación, me pusieron la epidural, y ya, a partir de allí, ya... ni me enteré (...). La epidural me lo propuso la matrona, me dijo: “¿Quieres la epidural ya?”; digo: “sí, sí.” De hecho llevaba ya el Consentimiento firmado y todo; además, con los dolores que tenía (...)” (Puerpera 13).

“(...) estoy arriba casi siempre en la planta con las gestantes y lo paso fatal, porque están de un centímetro y se quieren poner la epidural, con la cabeza ya en espinas, y le duele porque le duele, o sea, no se queja por vicio” (Matrona 10/Atención Especializada- Entrevista).

“Al principio pensé en no ponerla, y me recomendaron hacerlo; bueno... la matrona me recomendó: “prueba, si no pierdes nada, si te funciona te alivia, y llegas en mejores condiciones al parto”, y la verdad es que menos mal que le hice caso” (Puerpera 4).

Es importante destacar que la actitud de los/as agentes de salud ante el dolor se debe a la alta demanda de las usuarias y al derecho de las mismas a solicitarlas, tal como vimos en apartados precedentes.

“(...) me puse un poco nerviosa de pensar que a lo mejor no me iba a poder poner la epidural, pero al final el chico llegó a tiempo, me informó; el anestesista fenomenal, te informa muy bien de lo que es la epidural, qué te va a doler, cómo tienes que ponértela, que tienes que estar muy quieta... el chico la verdad es que me dio un montón de información, y, en ese aspecto, me dio mucha tranquilidad y mucha seguridad. A mí el hecho de que me expliquen las cosas me da tranquilidad. Y nada, entonces me puse la epidural” (Puerpera 3).

“(...) ahora, todas vienen demandando la epidural en el momento que aparece el primer dolor, para que al segundo ya no les duela y le pongan la epidural. La mujer lo vive con mucha ansiedad, Yo creo que todo eso es también por la fama que hay de que se puede pasar el tiempo y no puedan ponerle la epidural” (Matrona 6/Atención Primaria- Grupo de Discusión).

“La inmensa mayoría de las mujeres desean la epidural, y las que en principio no lo desean finalmente deciden ponérsela” (Obstetra/Área de Paritorio- Diario de Campo).

Los datos que se exponen en la figura 43 del análisis contextual reflejan este tipo de analgesia como método de elección para la erradicación del dolor.

Influencia sobre los Partos instrumentales

Siguiendo con el análisis de la Estrategia de Atención al Parto Normal, el punto 3.1.9 hace referencia a las recomendaciones sobre los partos instrumentales mencionando que se debe “evitar los partos instrumentales salvo indicación de patología y respetar los tiempos de duración del periodo expulsivo” y el “uso del vacuum como primera opción cuando esté indicado un parto asistido” (p. 28).

Según exponen el equipo obstétrico se tiende a no respetar los tiempos del parto, hecho que favorece la utilización de la tecnología para la finalización del proceso

“(…) ni tampoco tienen paciencia para hacer que un bebé baje por su vía natural, los planos que tiene que bajar y que rote la cabeza el tiempo que sea necesario siempre que el monitor lo permita; y ellos lo ven más fácil con un instrumento... y terminando el parto” (Matrona 7/Atención Especializada-Entrevista).

“(…) muchas veces ellos hacen rondas, y en cuanto una mujer está con reborde se la quieren llevar al paritorio. Ellos no van a esperar tres horas. Porque tienen el recurso de que, si llegan allí y empujan dos veces, y no sale, pues le hacen un fórceps o una ventosa (…)” (Matrona 9/Atención Especializada-Entrevista).

“(…) aquí en Murcia casi todo son ventosas (…)” (Matrona 10/Atención Especializada-Entrevista).

“(…), es verdad, que en ocasiones, llevados por las circunstancias del momento, ya sabes, la saturación y la necesidad de vaciar la dilatación, pasamos la mujer antes con la intención de acabar el parto cuanto antes, y claro, no te digo que no, que si la dejáramos evolucionar, no se distociarían los partos; pero claro te metes en esto y lo que quiere es acabar ya, ya, cuanto antes, como sea (…)” (Obstetra/Área de Urgencias- Diario de Campo).

Según datos reflejados en la figura 44, correspondiente al porcentaje de partos instrumentales, se comprueba que el vacuum es la técnica más utilizada en el Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca cuando el parto debe ser intervenido tecnológicamente, oscilando entre valores comprendidos entre 16.63% y 19.94% en el periodo 2008-2010. “Según la OMS no debería superar el 10%” (Iglesias, Conde, y González, 2009, p. 10).

Influencia en las Cesáreas

Tal como quedó reflejado en el marco teórico, Capítulo I, la tasa de cesáreas es el indicador establecido como criterio de calidad de la atención materna y perinatal. Según datos aportados por la Dirección del Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca y reflejados en la figura 45 del análisis contextual, el dato más reciente es de 19,18%. De este modo se aprecia que la tasa sigue estando 4.18 puntos por encima de las recomendaciones establecidas por la Organización Mundial de la Salud.

Influencia en el Contacto precoz madre – recién nacido y Atención postnatal inmediata

En cuanto al contacto precoz madre- recién nacido, el documento expone las siguientes recomendaciones “la criatura recién nacida sana y su madre deben permanecer juntos tras el parto y no separarse en ningún momento si el estado de salud de la madre lo permite”; de igual modo, “inmediatamente después del parto, la criatura recién nacida se coloca sobre el abdomen de la madre, se le seca y se cubre con una toalla. Así se agarrará al pecho de forma espontánea en la mayoría de los casos, permaneciendo al menos 70 minutos en estrecho contacto piel con piel con su madre” (M.S.C., 2007, p. 29).

El contacto piel con piel se estableció de forma sistemática en 1979, en el Hospital San Juan de Dios de Bogotá, como una modalidad de cuidados de los bebés prematuros. Se basó en el «Método de la Madre Canguro», que consistía en colocar al neonato en contacto directo con la piel de su madre casi las 24 horas del día. Esto ofreció múltiples ventajas respecto a la modalidad tradicional de la incubadora y los resultados fueron espectaculares en cuanto al aumento de la supervivencia y la disminución de la morbilidad y de los costes hospitalarios. La normativa actual de la Organización Mundial de la Salud/UNICEF, en sus Diez pasos hacia una feliz lactancia natural, dentro de la Iniciativa Hospital Amigo de los Niños (I.H.A.N.), y en sus recomendaciones para la asistencia de los partos normales incluye en la categoría de prácticas claramente útiles y que debieran ser promovidas, el contacto inmediato piel con piel de la madre y el hijo y el apoyo al inicio de la lactancia en la primera hora después del parto (Sánchez, Martínez, y Hernández, 2004, pp. 13-14). Según la I.H.A.N.,

en su paso cuarto establece que hay que “colocar a los bebés en contacto piel con piel con sus madres inmediatamente después del parto, por lo menos durante una hora (...)”.

En lo que respecta al colectivo de matronas no existe unanimidad sobre este punto de la propuesta

“Generalmente sí; la mayoría de las veces, sí. Cada vez más, veo más concienciados a los profesionales que están trabajando, no sólo matronas, sino ginecólogos también, las cosas como son, con contacto precoz madre-hijo” (Matrona 8/Atención Especializada-Entrevista).

“Yo creo que no se respeta porque tenemos la costumbre de nada más nacer el bebé se lo retira de encima de la madre para arreglarlo” (Matrona/Área de Paritorio- Diario de Campo).

Estos relatos muestran que no existe un posicionamiento claro sobre la recomendación dada la amplia variabilidad de la práctica por parte de las matronas. La Observación verificó que la inercia opera como factor determinante, igualmente se comprobó que si el parto es distócico el recién nacido es retirado inmediatamente de la madre y dado al neonatólogo para realizar las primeras valoraciones. Los testimonios advierten que la presencia del pediatra supone un gran obstáculo para el contacto precoz

“Si se puede, sí; si es un parto que el niño puede estar con la madre, sí. Si no, hay que llevárselo al pediatra corriendo por algún motivo (...)” (Matrona 10/Atención Especializada-Entrevista).

“Para mí lo humano sería que los médicos también pudieran poner el bebé encima de la madre y no dárselo corriendo al pediatra, hablaran con la mujer para ver qué tal se encuentra, cómo lo está viviendo” (Matrona 5/Atención Especializada – Grupo de Discusión).

Estas situaciones dificultan la puesta en práctica de las recomendaciones, ya que el protocolo institucional está más centrado en cuestiones científico-técnicas que en aquellos aspectos que dulcifican y humanizan la experiencia de parto; y en este caso, los/as pediatras son los/as principales agentes.

Por otro lado, el discurso de las mujeres corrobora que la buena práctica no es llevada a cabo por la mayoría de los/as agentes de salud

“Me lo pusieron en la barriga, y luego lo llevaron para limpiarlo y tal, y luego me lo dieron (...)” (Puerpera 11).

“En el momento del nacimiento me lo pusieron en mi pecho, y luego ya se lo llevaron para hacerle las cosas; bueno, lo limpiaron y todo lo que le hacen (...) me hubiera gustado tenerlo

un poco más, pero vamos, veo conveniente que todas las pruebas que le tienen que hacer, y todo eso, debe de ser en ese momento; y también hay niños que no quieren el calor ni nada de eso” (Puérpera 13).

- Más testimonios en Anexo 18. Contacto precoz madre-hijo.

El contacto piel con piel se tiende a respetar en el nacimiento, momento en el que la matrona se lo da a la madre y se lo pone al pecho. Sin embargo, la permanencia es escasa, dado que la auxiliar lo tiene que preparar, colocar en la cuna térmica y ponerle un gorrito en la cabeza para que no pierda calor. Un vez realizado el ritual, el recién nacido se le vuelve a dar a la madre mientras le están cosiendo la episiotomía o posible desgarros producidos durante la fase de expulsivo. Posteriormente pasa a la Sala de Recuperación de Madres que es donde realmente se inicia la lactancia materna. Estos rituales favorecen la separación de la criatura de la madre en la atención postnatal inmediata, constituyendo un periodo envuelto en una gran cantidad de procedimientos técnicos injustificados que interfieren tanto en la lactancia como en el vínculo madre/padre/criatura. Situación similar ocurre en el caso de las cesáreas ya que por un lado, inmediatamente después del nacimiento el neonato es dado al pediatra para valoración y, por otro, existen conflictos interprofesionales para llevar a cabo la praxis, tal como exponen los siguientes testimonios

“Bueno, éste es un tema que las matronas estamos luchando mucho para conseguirlo, pero de momento no se hace, yo creo que en poco tiempo lo conseguiremos” (Matrona/Área de Paritorio- Diario de Campo).

“(…) El personal de quirófano es el personal más reticente. No colaboran a la hora de poner el niño al pecho, y cuando nosotros lo hemos querido hacer nos ha costado tiros y puñaladas; (...). Ahora mismo nuestra asignatura pendiente es la cesárea” (Matrona 10/Atención Especializada-Entrevista).

Influencia en la lactancia

Respecto la lactancia, el punto 3.1.12 de la propuesta menciona que “hay que promover prácticas eficientes en el apoyo de la lactancia materna, facilitar en cada hospital a cada madre la posibilidad de lactancia materna, su extracción, conservación y mantenimiento para la administración al recién nacido de la leche de su propia madre” (M.S.C., 2007, p. 31). Como ya mencionábamos en apartados precedentes, se inicia en la

Sala de Recuperación de Madres. En este servicio los/as profesionales están muy centrados en el proceso de la lactancia, dado que son conscientes que las mujeres tienen desconocimiento sobre la técnica, ofreciendo el asesoramiento necesario para cubrir sus necesidades y asegurar una lactancia exitosa

“(…) este hospital en ese sentido es pionero (…) no ha tenido nunca nido; y entonces, es verdad que siempre han estado los niños con las madres, nunca se han separado. O sea, ese contacto de la recuperación, con la madre y tal se ha hecho siempre; y la lactancia materna precoz, también. Siempre, la lactancia se ha fomentado” (Matrona 9/Atención Especializada-Entrevista).

“Las mujeres vienen bastante aturdidas por el momento que acaban de atravesar y al mismo tiempo bastante preocupadas porque no saben si sabrán darles pecho a la criatura, así que nosotras debemos enseñar a las madres a poner al bebé en el pecho, así como las posiciones más cómodas para ella y el bebé” (Matrona /Sala Recuperación de Madres- Diario de Campo).

Alguno de los médicos/as señala la importancia de iniciar la lactancia precoz, sin embargo, son conscientes de la deficiente formación que los/as agentes de salud poseen en adoptar aquellas actitudes que aseguren el éxito de la misma

“El otro día, en una charla hablaban de lo importante que era para el niño lo de reptar y buscar la teta, eso no se está haciendo. Hemos dados pasos pero mal dados, en cambio vemos la necesidad. Estamos haciéndolo sin ninguna preparación. Un éxito en la lactancia materna lleva una preparación por parte del profesional, se han hecho cursos de lactancia materna, pero ese momento crítico no está suficientemente trabajado” (Pediatra 2/Unidad de Neonatología - Grupo de Discusión).

En el Área de Paritorio existe una política de fomento de la lactancia por parte del equipo de salud, pese a ello, la Observación evidenció que la eficacia de esta norma institucional es mayor en la Sala de Recuperación de Madres que en las Salas de Paritorio. A pesar de las dificultades, el escollo principal se presenta en otros servicios de atención hospitalaria del proceso de atención perinatal, concretamente en la Unidad de Hospitalización de Puerperio, cuyas plantas están conducidas por enfermeras y auxiliares de enfermería. A ellas acude la mujer una vez que han transcurrido dos horas de permanencia en la Sala de Recuperación de Madres. Por lo general existe un descontento generalizado por parte de las púerperas y matronas dada la falta de información existente, especialmente en lo que respecta al cuidado del niño y falta de apoyo en la promoción de la lactancia por los/as profesionales de la unidad

“Te ve casi siempre la auxiliar... eh... muy mal, en general... no te explican casi nada, casi nada, y si te descuidas te ponen en la cartilla del niño recién nacido algunos datos mal; vamos a ver, muy mal. (...)” (Matrona 10/Atención Especializada-Entrevista).

“No recibí información acerca del niño, la lactancia, la alimentación y lo eché de menos porque a otras amigas se lo habían dicho, le habían informado un poco más ahí en el centro, en el hospital. Pero ahora que me lo has recordado, no se me vino ni preguntar, pero sí me di cuenta, en ningún momento vino alguien y me dijo: “¿Cómo va? ¿Está mamando? ¿Ha tomado algo? ¿Agarra el pecho, o no?” No, sólo yo le intenté dar (...)” (Puerpera 11).

A tenor de los testimonios, si atendemos a la consideración que hace Sánchez y otros (2004) de lactancia precoz aquella que tiene lugar “entre la primera hora – dos horas tras el parto” (p. 16), podemos afirmar que en este sentido la recomendación es respetada en el ámbito de estudio.

En relación a la *segunda línea estratégica* del documento referida a “la participación de las mujeres usuarias en la toma de decisiones” (M.S.C., 2007, p. 33) encontramos que la estructura relacional adquirida entre agente y usuaria es básica para la toma de decisiones. Esta es uno de los pilares fundamentales de la humanización, además teniendo en cuenta que “venimos de un sistema sanitario paternalista y dominado por el corporativismo, y el paso a un sistema orientado al ciudadano se está viviendo de manera problemática por parte de los profesionales socializados en un modelo anterior (...)” (Palacio, 2005, p. 313). Tal como hemos analizado en el punto anterior, uno de los factores que interfiere en la aportación de un halo de humanidad a la secuencia reproductiva son las reacciones diversas del equipo obstétrico ante la implantación del documento, en especial desde el colectivo de obstetras, ya que se resisten a cambiar sus prácticas asistenciales orientadas en la ideología que dictamina el pensamiento médico hegemónico.

La Estrategia se pronuncia ante el derecho a la información de la mujer y el respeto a la toma de decisiones manifestando que “el acceso a la información es un derecho respaldado por el marco legal vigente (Ley 41/2002, de autonomía del paciente). Aunque este principio de autonomía fue recogido anteriormente por la Ley 14/1986, General de Sanidad y el convenio de Oviedo de 4 de abril de 1987, este respaldo normativo se inicia con “la ley catalana 21/2000 sobre los derechos de información concernientes a la salud y la autonomía del paciente, y la documentación clínica; a la que siguió la Ley Foral 11/2002 de la

Comunidad de Navarra sobre los derechos del paciente a las voluntades anticipadas, a la información y a la documentación clínica” (Meneu, 2005, p. 338).

La propuesta especifica que la información debe ser: a) completa considerando las razones, los beneficios, los riesgos y los resultados; b) oportuna a las necesidades de las mujeres; c) comprensible en relación al lenguaje y al momento en que se da la información; d) disponible en el formato adecuado” (M.S.C., 2007, p. 33). Con ello se pretende obtener una relación médico- paciente más horizontal basada en el principio de autonomía e igualdad, dentro del marco de la ética clínica, con la finalidad que la mujer sea sujeto activo y adquiera empoderamiento en la conducción del proceso. La naturaleza de la interacción clínica que se establezcan entre la mujer y el equipo de salud será determinante en la humanización de la asistencia que está recibiendo.

Respecto a los sujetos de estudio correspondientes al colectivo de médicos/as, pese al esfuerzo en ofrecer la máxima información a las usuarias, el estudio revela que existen importantes deficiencias, como consecuencia de los desajustes que se produce en la compleja estructura relacional médico/a –paciente. Los resultados del análisis de contenido evidencian que el volumen de trabajo constituye uno de los elementos que interfiere en la información que obtendrá la mujer sobre la evolución de su proceso, repercutiendo en la calidad asistencial y la atención personalizada

“En cuanto al tema de información, el parto es un proceso muy especial, porque cuando una mujer llega a una puerta de urgencias y hay 10, 15, mujeres esperando y tú tienes que informarle, ¿De qué la informas?” (Obstetra 3/Unidad de Urgencias-Paritorio - Grupo de Discusión).

“Tú piensa, la puerta de urgencias, el proceso del parto comienza allí, son 120 mujeres al día a las que tienes que ver y por más que lo intentes no salen las cuentas” (Obstetra 6/Unidad de Día Obstétrica - Grupo de Discusión).

“En la Unidad de Medicina Fetal, lo intentamos todos los días. Todos los días nos reunimos y decimos que vamos a presentarnos, decir que vamos a hacer, bien, cuando ya llevamos 15 y aún quedan 10, al final no lo hacemos. El problema es la presión asistencial (...) esta mañana he operado a 30 y estoy aquí hablando con vosotros, no es lo mismo. La presión es muchísimo más” (Obstetra 4/Unidad de Urgencias-Paritorio - Grupo de Discusión).

Así mismo la asimetría en las relaciones de poder constituiría otro factor a considerar en la calidad de las relaciones humanas con los/as agentes sanitarios. Este déficit de información provoca una estructura paternalista en la relación médico/a- usuaria, la cual se manifiesta cuando “el médico/a domina la relación tomando las decisiones que cree más convenientes para el paciente (...) el trabajo del paciente consiste en cooperar con los consejos del médico, es decir, hacer lo que se le manda, cumpliendo las órdenes médicas” (Ruiz Moral, Rodríguez, y Epstein, 2003, p. 594)

“(...) puede venir bien, relajada o con contracciones, ¿Cómo le explicas en ese momento?. Y luego está en paritorio y tienes que aplicarle un fórceps o una ventosa, ¿Cómo se lo explicas, y Cómo lo entiende?. Y si el fórceps no funciona y tienes que hacer una cesárea ¿Cómo se lo explicas?. La información en el parto no la tiene solucionado nadie. ¿Cuándo informamos de todos los problemas del parto?” (Obstetra 3/Unidad de Urgencias-Paritorio - Grupo de Discusión).

“(...) tomar decisiones implica información, y tener una información sobre en qué momento está el proceso, y la mujer no siempre sabe en qué momento está el proceso (...)” (Matrona 8/Atención Especializada- Entrevista).

“(...) normalmente la verdad es que no hay mucha información (...) porque a mí me pasaron luego a los ginecólogos y en tu carpeta apuntan, tal, pero allí nadie te dice... a no ser que tú preguntes: “¿De cuántas...?” Hombre, a lo mejor te dicen: “pues estás ya de no sé cuántos centímetros”, pero que a veces sí, casi pasan de largo y no te dicen así, no te dicen mucho. Creo que no, no... no te informan” (Puerpera 3).

Tal como se desprende del análisis de contenido, al ocultarle la información, los/as profesionales insinúan superioridad intelectual, reivindicando su ámbito de competencia y control de la situación. Son quienes deciden el acto que se tiene que llevar a cabo sin tener en cuenta las decisiones de la propia mujer. Esta asimetría se acrecenta aún más ante la dificultad de los médicos/as a utilizar un lenguaje comprensible eliminado por los códigos culturales específicos de la disciplina médica

“Recuerdo que fui con mucha ilusión a hacerme la segunda ecografía porque me dijo la matrona que harían un estudio más profundo del niño y cuando me la estaban haciendo, le preguntaba cosas sobre lo que estaba viendo y me decía que me podía decir poco porque no lo iba a entender, así que al final salí de allí sabiendo que todo estaba bien y que era un niño (...)” (Puerpera 4).

“(...) a lo mejor por nuestra curiosidad o lo que sea me acuerdo que le hicimos a ella una pregunta pero... “¿Eso es la placenta?” porque yo veía que ella movía el ecógrafo, veía cosas, apuntaba o algo así, pero no comentaba nada. Entonces yo, pues, era como “Ay, ¿Y eso qué es? ¿Es la placenta o es...?” Y su respuesta fue: “desde luego, es que queréis saber más que

nosotros estudiando nueve años" (...) vamos, que no es que quisiera saber en plan técnico qué lleva... dónde está la placenta, si es anterior, posterior ni nada, sino simplemente que me fuera diciendo: "Mira, pues aquí se ve la cabecica", o "mira, se está moviendo" (...) (Puerpera 3).

La información y la toma de decisiones son dos conceptos que van ligados en la compleja estructura de la comunicación, por tanto, para que la mujer pueda ejercer libremente en su derecho a que se le respete su voluntad, según la Ley 41/2002, es fundamental que la información sea entendible por parte de la usuaria. Para ello, las instituciones elaboran el Consentimiento Informado, que aparece regulado por primera vez en la Ley General de Sanidad de 1986 en su Artículo décimo. En él se introduce "la primera Carta de derechos y deberes de los usuarios, y en sus apartados 5 y 6 establece claramente el derecho a la información y el Consentimiento. Por otra parte, el Real Decreto 63/1995 de 20 de enero, sobre Ordenación de Prestaciones Sanitarias del Sistema Nacional de Salud, reconoce como servicio en materia de información y documentación la información para la adecuada prestación del Consentimiento Informado" (Simón, y Júdez, 2001, p. 101).

Este documento aporta información escrita acerca del acto que se va a realizar, informando exhaustivamente en qué consiste el procedimiento y los riesgos que puedan aparecer. De este modo, se pretende que exista un cambio de actitud de los/as agentes de salud en la esfera comunicativa en la medida que invita a la mujer a la reflexión, dirigiéndola en la toma de decisiones y estableciéndose unas relaciones de poder más simétricas en la estructura relacional con enfoque deliberativo donde la usuaria es parte activa del proceso. Existe una conciencia en el imaginario colectivo sobre la necesidad e importancia de la información, aunque todavía sigue siendo deficitaria. La Ley 41/2002 establece, en el apartado dos del Artículo cuarto, que "la información formará parte de todas las actuaciones asistenciales, será verdadera, se comunicará al paciente de forma comprensible y adecuada a sus necesidades y le ayudará a tomar decisiones de acuerdo con su propia voluntad". Así mismo, el apartado tres menciona que "el médico responsable del paciente le garantiza el cumplimiento de su derecho a la información. Los profesionales que le atiendan durante el proceso asistencial o le apliquen una técnica o un procedimiento concreto también serán responsables de informarle".

Alguno de los/as informantes son conscientes de la dificultad que entraña este aspecto

“Para que una persona tome una decisión debe estar informada y el problema es que las pacientes no están informadas. (...). Entonces aquí ¿Quién va a decidir?. Porque para que una persona opine, discuta, decida, tiene que estar informada (...). Lo único que quieren es la epidural y que no para con dolor. Pero nadie le ha dicho las consecuencias de la epidural porque las pobres no se enteran con el Consentimiento Informado” (Médica 8/Atención Primaria- Grupo de Discusión).

Las representaciones que las matronas poseen acerca de la toma de decisiones se aproxima al concepto de humanización en la atención perinatal, ya que guiadas por el código ético profesional entienden que para humanizar es importante que la mujer reciba toda la información acerca de su proceso. De modo que pueda sentirse libre en la elección aunque se trate de una atención intervenida del proceso. Pese al conflicto de valores que se establece entre la interacción clínica, éste se resuelve mediante el proceso de deliberación ética respetando la voluntad de la usuaria

“(...) por parte de la matrona, pienso que básicamente y en general se respeta la decisión de la mujer en un porcentaje alto, y cada vez más, pienso; quizá seamos el profesional más respetuoso que hay, pienso, en torno a la asistencia al parto, creo que sí; bueno, siempre hay alguna profesional concreta que encuentra que su criterio debe ser predominante y tal, pero creo que una inmensa mayoría dialoga con las mujeres, aunque hay alguna excepción” (Matrona 9/Atención Especializada- Entrevista).

“(...) aquí no se obliga a nadie; yo no voy a poner una vía en contra de una señora, o voy a poner un enema, simplemente porque aquí no se obliga a nadie. Sí se intenta razonar, y al final, si razones, la gente se deja hacer las cosas si tiene un poco de sentido común... y lo que le estás diciendo tiene lógica” (Matrona 10/Atención Especializada- Entrevista).

Según los testimonios, se percibe un respeto importante en la toma de decisiones que emerge del estilo de relación deliberativa existente entre la matrona y la mujer.

- Más testimonios en Anexo 18. Toma de decisiones.

Observamos que la información se presenta como un factor determinante en el empoderamiento de la mujer, siempre que esté orientada a informarle sobre sus derechos dentro de la Institución hospitalaria, así como el conocimiento sobre su proceso de dilatación y parto. La investigación demuestra un profundo desconocimiento en este

aspecto. De modo que la toma de decisión en la mujer puede constituir un proceso muy complejo para determinar la valoración del procedimiento que se va a llevar a cabo, optando a la sumisión y pasividad a las decisiones de los/as agentes de salud; emergiendo una relación paternalista aceptada y deseada por la parturienta

“La realidad es que no te dan mucha oferta de escoger, o no tienen la formación o el criterio para decir quiero esto, quiero lo otro” (...) las mujeres no pueden decidir más si no tienen más información” (Matrona 5/Atención Especializada- Grupo de Discusión).

“Yo, en ese momento, no pregunté porque me hacían la episiotomía, supongo que porque con la cabeza que tiene no cabía, no salía... supongo que para que no me desgarrara o algo, no sé... yo confié en la matrona, y dije: “ella sabrá lo que hace”, dijo: “te tengo que poner anestesia, te tengo que cortar”, y dije: “vale... confío en lo que tú dices, para eso eres especialista” (Puérpera 12).

De ahí la importancia que tiene la educación maternal, pues además de preparar a la mujer y su pareja para la maternidad y paternidad se le aporta información acerca de sus derechos asistenciales sobre el abordaje del proceso de dilatación, parto y puerperio, así como usuaria del hospital. Una vez informada le permite comentar con el equipo asistencial las opciones que existen y cuáles son las más adecuadas. De esta forma la mujer adquiere autonomía para decidir lo que le es más conveniente. Situación que permite el establecimiento de una relación más simétrica y deliberativa entre el equipo asistencial y la gestante mediante la vía del consenso y la co-responsabilidad, evitando que se sienta sometida al poder del profesional que le asiste

“Tu decisión, si se la explicas, termina decidiendo ella. Por ejemplo, la mujer dice si puede ir al baño, tú dices si o no, en caso de decir que no y le explicas las razones que es porque le han puesto la epidural y no te fías por si le fallan las piernas, en ese caso accede a usar la cuña. No es una decisión impuesta por nosotras. (...). Si tienen información, aunque la decisión la tome el profesional, no sienten que es una obligación” (Matrona 5/Atención Especializada- Grupo de Discusión).

“¿Epidural sí, epidural no? Cuéntame, ¿no?, cuál es tu experiencia.” Entonces ella pues sí que un poco me dijo: “mira, yo lo que tú quieras, pero estás dilatada muy poco y... y los dolores ya los estás sintiendo, entonces, pues... lo que tú quieras.” Y ahí ya, pues lo decidí. Decidí ponerme la epidural” (Puérpera 1).

El análisis de contenido evidenció que existen matronas que adoptan una actitud más reticente a que tenga una libertad absoluta en modificar las decisiones de aquella persona

que poseen el conocimiento científico, de manera que si el proceso es de riesgo existen restricciones en cuanto a la voluntad de la mujer

“Tampoco hacer todo lo que la señora quiera, pues el profesional tiene mucho que decir y no dejarse llevar por la medicina defensiva. La señora es la protagonista (...), pero que sea el profesional el que decida la práctica médica que necesita la mujer” (Matrona 4/Atención Primaria- Grupo de Discusión).

“La mujer no puede indicar una cirugía, como es la cesárea porque tiene unas complicaciones que no las tiene el parto” (Matrona 5/Atención Especializada- Grupo de Discusión).

Los/as informantes señalan que en actos profesionales que son de su competencia y pueden entrañar una complicación, intentan llegar a un consenso en la interacción clínica para que la mujer no se siente dirigida, obligada ni coaccionada a acatar las decisiones tomadas por el equipo asistencial. Se trata de una forma de proceder con la finalidad de que la parturienta siga teniendo la percepción que es dueña de su parto, lo controla y lo domina, generándole tranquilidad y sosiego en la vivencia del mismo. Así pues, las decisiones están guiadas por el juicio médico basado en el conocimiento científico pero atendiendo siempre a la voluntad expresada por la mujer. Además, los resultados muestran que el colectivo de matronas perciben que el obstetra está lejos de entender la importancia de la voluntad y el deseo de la parturienta, ya que es representada como enferma y no está capacitada para elegir los procedimientos médicos que se determinen durante la atención asistencial, sometiéndola al intervencionismo

“(…). ¿Cuántas veces ha venido una mujer a maternidad queriendo una cesárea, diciendo que tenían derecho a pedirla y la han parido como los profesionales han querido?” (Matrona 2/Atención Especializada- Grupo de Discusión).

“Los tocólogos llevan una relación de ordeno y mando. Pero en general, en general, con la paciente. La ven como a una paciente, y el tema de lo de la decisión de la mujer y de la opinión de la mujer, y tal, todo eso ellos yo pienso que no lo han integrado en absoluto (...)” (Matrona 9/Atención Especializada-Entrevista).

En este sentido, se pone de relieve la falta de información y una relación clínica marcada por un importante componente paternalista, ya que las valoraciones sobre lo que se va a hacer emergen de los/as propios profesionales, según el relato de alguna de las participantes

“(…) algunas decisiones como que no te preguntan, ¿no? Como que... “bueno, yo te voy a colocar en el monitor, y tal, y... venga, acuéstate”. Y yo decía: “yo no me puedo acostar, me pones el monitor de pie, si quieres.” “Venga, pues te lo pongo de pie.” Pues ya está, ¿no?. Pero... yo que sé, que a lo mejor, ahí me hubiera gustado que... que las matronas de ahí me hubieran explicado: “pues mira, podemos hacer esto, o podemos hacer lo otro; ¿Tú que quieres?”, ¿no? (...). Pero es verdad que en ese momento ya, que te ponen la vía, que yo decía: “pero bueno, la vía..”, “¿Por qué me la pones?”, ¿no? “¿Por qué me estás poniendo la vía si...?” Si nadie me había preguntado todavía: “¿Te vas a poner la epidural?”, y ya me estaban preparando para meterme la vía...” (Puerpera 1).

Sin embargo, desde el colectivo de obstetras, las percepciones son diferentes en tanto que alguno de los testimonios pone especial énfasis en la relación deliberativa que tiene lugar en las Salas de Paritorio, respetando y consensuando la toma de decisiones con la parturienta

“(…), la relación deliberativa se contempla en todas, por ejemplo, en paritorio somos cuatro adjuntos y te puedo asegurar que normalmente.., por ejemplo, si hay que poner una ventosa, sí que se consensuan las decisiones con la mujer si ella tiene algo que aportar (...)” (Obstetra/Área de Paritorio - Diario de Campo).

En el marco de la humanización del parto, el respeto a la toma de decisiones de la mujer es uno de los factores más importantes. A parte de constituir una de las líneas estratégicas de la Estrategia de Atención al Parto Normal, ésta intenta darle énfasis recomendando “el Plan de Parto o de Nacimiento elaborado durante el embarazo” (M.S.C., 2007, p. 33) con la finalidad de que la mujer tenga autonomía y pueda decidir libremente. Con respecto a ello, el Artículo 2.6 la Ley 41/2002 de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica, establece que “todo profesional que interviene en la actividad asistencial está obligado no sólo a la correcta prestación de sus técnicas, sino al cumplimiento de los deberes de información (...), así como al respeto de las decisiones adoptadas libre y voluntariamente por el paciente”. El respeto a la autonomía del paciente está garantizado en el Artículo octavo a través de la figura del Consentimiento Informado: “toda actuación en el ámbito de la salud de un paciente necesita el consentimiento libre y voluntario del afectado, una vez que, recibida la información prevista en el Artículo cuarto, haya valorado las opciones propias del caso”.

El Plan de Parto es un escrito donde la mujer expresa las condiciones en las que sea atendido su parto y el nacimiento, por tanto, la madre puede rechazar los procedimientos convencionales de atención obstétrica. Así mismo, ella junto a su pareja tienen el derecho de consentir o rechazar los tratamientos que se le vayan a aplicar al recién nacido. La Federación de Asociaciones de Matronas de España lo denomina Plan de Nacimiento “se trata de un documento escrito en el que la mujer gestante se manifiesta y deja constancia de sus deseos y expectativas para el momento del parto y el nacimiento de su bebé” (F.A.M.E., 2007, p. 19).

La Asociación El Parto es Nuestro orienta a la mujer y su pareja cómo elaborar el documento y dónde deben presentarlo, las obligaciones de los/as profesionales, así como qué deben hacer las usuarias en caso que no se cumplan sus deseos. La intención de aquellos es respetar la voluntad de la mujer y la pareja en la atención del parto y cuidados del recién nacido, de este modo, al hacerles protagonistas del acontecimiento se consigue un acercamiento en las posiciones de poder entre los/as agentes de salud y la usuaria. Pese a los beneficios que estas herramientas tienen para la parturienta, los testimonios procedentes del equipo obstétrico manifiestan una demanda escasa

“Tan sólo ha habido 2-3 Planes de Parto en todo el año” (Obstetra 4/Unidad de Urgencias - Paritorio -Grupo de Discusión).

“Yo, llevo 10 años trabajando en la Arrixaca y todavía no me encontrado con ninguno” (Matrona/Área de Paritorio-Diario de Campo)

“Muy pocos Planes de Parto; si, ese es uno de los grandes problemas que tenemos aquí ahora mismo: que no se demandan Planes de Parto” (Matrona 8/Atención Especializada-Entrevista).

La mayoría de las mujeres que participaron en la investigación desconocen este instrumento debido principalmente a la falta de promoción de su uso por parte del equipo de salud en Atención Primaria, en especial las matronas. Aunque éstos/as conocen perfectamente la existencia del mismo, un número reducido ofrecen información en las clases de educación maternal y sóloamente se centran en sus derechos asistenciales sobre su parto, sin proporcionarle los recursos necesarios para el acceso al documento

“Mi matrona del Centro de Salud no me dijo que yo podía hacer un Plan de Parto, aunque si me habló de la humanización y todas estas cosas que me parecieron interesantes” (Puérpera-Diario de Campo).

“(…) ahora tenemos que reivindicar nuestros derechos, que cuando lleguemos al hospital, tenemos derecho a elegir paritorio; que tenemos derecho a estar acostada en la dilatación o de pie... vamos, que no nos pueden decir: “ahí acostadas, y aguanta”; que tenemos derecho a que nosotras elijamos, dentro de lo posible, cómo queremos parir, y todo eso” (Puérpera 15).

- Más testimonios en Anexo 18. Plan de parto. Información de los/as profesionales.

La investigación corrobora que esta herramienta genera incomodidad tanto en matronas como obstetras, ya que es interpretado como una falta de credibilidad y confianza tanto del conocimiento científico y técnico que poseen como de la atención asistencial que ofrecen. Esta reactancia se debe a que es la usuaria quien determina cuáles son los procedimientos más adecuados para la conducción del proceso en un contexto que no es idóneo para llevar a cabo sus expectativas. Para el abordaje de esta situación se elaboran estrategias dirigidas hacia el pacto y consenso con la mujer

“Mira, yo esto del Plan de Parto lo llevo fatal, que entre una persona en dilatación con una hoja firmada por ella diciéndote exactamente lo que tengo que hacer, es algo que no sé cómo afrontarlo y me sienta muy mal” (Matrona/Área de Partos - Diario de Campo).

“Yo no soy partidaria del parto a la carta, yo no me considero una vendedora de verduras que no posee un conocimiento científico. Yo tengo una experiencia, unos conocimientos y la persona tiene que confiar en mí y yo tengo que mirar también que quiere esa persona, cómo quiere vivir ese parto, qué puedo hacer para que eso se consiga” (Matrona 6/Atención Primaria- Grupo de Discusión).

“El Plan de Parto, estupendo. “Ahora dime, ¿Cómo lo hago?. Si tú me dices cómo lo hago ¡de acuerdo!. En la medida de lo posible se intentará respetar lo que pones”. Mira antes de que escriban el Plan de Parto, habrá que explicarles cómo está el hospital para que el Plan de Parto se ajuste a la realidad; no lo que han leído en Internet o de hospitales y sitios que funcionan, porque de lo contrario es un Plan de Parto surrealista (...). Algunas te dicen: “quiero caminar”, muy bien pero ¿Por dónde va a caminar?¿Por el pasillo de dilatación?. ¡Quiero telemetría!, muy bien, dime ¿Cómo te la pongo? (risas)” (Obstetra/Unidad de Día Obstétrica- Diario de Campo).

En el hospital de estudio, el Plan de Nacimiento tiene dos vías de acceso: una de ellas es la presentación del documento a la atención del Gerente del hospital en el Servicio de Registro del hospital maternal antes de dar a luz. Esta unidad lo reenvía al Jefe de servicio de paritorio, a la Dirección de Enfermería y, por último, a la Dirección médica, la cual, mediante

el departamento de Asesoría Jurídica responde a la mujer indicando que el parto será respetado en función de las condiciones asistenciales del momento. La otra vía sería presentarlo directamente a la supervisora de paritorio sin pasar previamente por Registro. Esta le informa detalladamente de las posibilidades que tendría en el momento del parto con la finalidad de ajustar sus expectativas a la realidad asistencial.

Las controversias suscitadas relacionadas con el Plan de Nacimiento se incrementan cuando las matronas perciben la contradicción en la que entra la mujer cuando al mismo tiempo solicita la epidural, ya que conlleva una cascada de intervenciones generando confusión y desorientación hacia el profesional respecto a las actividades asistenciales que debe desarrollar

“No es que me parezca mal el Plan de Parto, pero me parece... querer programar una cosa que es improgramable, y a veces creo que puede ir en su perjuicio. (...) yo no me siento atacada por un Plan de Parto, porque ya he tenido varias mujeres, y he llegado a la conclusión con ellas que iríamos negociando punto a punto en función de cómo vayan surgiendo las cosas (...) también encuentro que ellas no vienen preparadas, muchas vienen con una película en la cabeza sobre parto y tal, y entonces, a mí me ha pasado alguna vez que, cuando me he leído todo el Plan de Parto, todas las leyes; lo he leído, lo he comprendido y tal, entonces hablo con ella, consensuamos y entonces va y me dice: “Ah, pero ahora se me ha olvidado decirte que quiero la epidural.” Y digo, “vamos a ver, es que esto me cambia todo. Si tú te pones la epidural, yo no sé. Yo no sé si tendré que romper tu bolsa, yo no sé si tendré que...”, porque claro, esto es una intervención concreta que tiene una serie de... bueno, de efectos secundarios y de historias que me cambia la perspectiva, ¿no? Entonces, ellas también vienen un poco a veces con su plan de partos, pero en “los mundos de Yupi” (Matrona 9/Atención Especializada- Entrevista).

Algunos de los testimonios manifiesta que constituye un instrumento que podría interferir en la dinámica del servicio originando saturación y conflictos en el equipo asistencial, ya que no se dan las condiciones adecuadas respecto al capital humano asistencial

“A mí no se me ha presentado ninguna, pero sí que hubo no hace mucho una mujer que quería, que quería un parto natural. Sin vías, sin... nada; lo hizo muy bien, se dedicó una matrona a ella exclusivamente, pero, claro, se desligó del paritorio; entonces, eso no podemos permitirlo, porque eso es sobrecargar al resto del personal. Entonces... eh... pues no fueron muchas horas porque ya llevaba tiempo de dilatación, pero fue la mañana entera; entonces, si somos pocas matronas y encima cada matrona se dedica a una mujer, el resto de mujeres, ¿Qué pasa con ellas? (Matrona 7/Atención Especializada- Entrevista).

Pese a estas reacciones de las matronas a seguir las instrucciones de los deseos de la mujer, existe una actitud de respeto por parte de las mismas sobre aquellas preferencias personales más importantes que le proporciona bienestar a la mujer y pareja como es la compañía, posibilidad de moverse, ayuda para el dolor; de este modo, no queda comprometido el empoderamiento de la mujer sobre su proceso

“Yo le dije que pasara mi marido, y luego me dejaron que me pusiera de pie; y yo, de un lado a otro si lo necesitaba; y sí, en principio sí me preguntaron si quería que me pusiera a mi bebé nada más nacer encima. Me daban a elegir algunas cosas, lo de la episiotomía también; les dije si podían evitarlo, y la matrona lo intentó (...)” (Puerpera 2)

“Estás de cuatro centímetros, ¿Vas a querer la epidural?, ¿Te miro a ver si se te la puedo poner ya?, y hacemos lo que tú me digas, ¿Vale Elisa?” (Matrona/Área de Partorio- Diario de Campo).

Alguno de los testimonios manifiesta que se intenta respetar dependiendo de las condiciones estructurales del propio hospital

“(…) Planes que se respetan, excepcionalmente, pero existen, hasta... o que se intentan respetar dentro de lo que es la infraestructura, el servicio, lo que se puede respetar, por supuesto (...)” (Matrona 8/Atención Especializada- Entrevista).

- Más testimonias en Anexo 18. Plan de parto. Otras formas de interpretación.

De igual modo, alguno/a de los/as participantes manifestó la importancia del Plan de Nacimiento para conocer las expectativas de la mujer, ajustándose al entorno donde tiene lugar la asistencia obstétrica, con la finalidad de proporcionar una atención de calidad y atenuar los sentimientos de frustración en la mujer y su pareja

“(…) en otras áreas, pues hemos visto que las mujeres de allí son distintas de las de aquí, y sí que tienen otro concepto a la hora de abordar el momento del parto, de tomar decisiones que tú les puedes propiciar, a la hora de realizar un Plan de Parto. Yo creo que estaríamos muy sorprendidos si ayudáramos a la mujer a realizar un Plan de Parto. ¿Qué nos pediría una mujer en su Plan de Parto? ¿Qué expectativas tiene una mujer que quiere afrontar su parto?” (Matrona 8/Atención Especializada- Entrevista).

En ocasiones aquellas que lo presentan no respetan la totalidad de sus deseos, dado que en un determinado momento del proceso si no les conviene hacen uso de su derecho al acceso a la tecnología, en este caso, la analgesia epidural, tal como sostiene el informante

“Si, te los presentan, pero cuando vienen las 2-3 primeras contracciones y le dices que no lleva casi dilatación. Te dicen que no pueden más” (Obstetra 5/Unidad de Día Obstétrica - Grupo de Discusión).

En estos casos optan por la medicalización del nacimiento, obedeciendo a las siguientes razones: “un dolor intensivo, un parto demasiado largo, falta de control sobre el proceso y una escasa preparación para el abordaje, cuando aparecen sentimientos de ansiedad e imposibilidad de relajarse fueron mencionados como las razones más comunes para cambiar su plan de parto” (Carlton y otros, 2005, p. 148) (Traducción propia).

Carlton, T y otros (2005). *Making Decision in Laboring Women. Ethical Issues for Perinatal Nurses*. ‘Intensive pain, length of labor, not knowing what to expect coupled with a sense of anxiety, feelings of lack of control and poor preparation, and the inability to relax were mentioned as the most common reasons for changing their birth plan’.

Como reflexión final podríamos decir que existen reacciones diversas en lo que respecta al Plan de Nacimiento: por un lado, observamos los sentimientos de reactancia por parte de las matronas como consecuencia de la desconfianza y cuestionamiento de su conocimiento científico. Con respecto a ello, en vez de acercar posiciones entre la usuaria y el equipo asistencial, provoca una sensación de pérdida de autonomía profesional del equipo obstétrico. Y por otro, dentro del mismo colectivo existen profesionales que lo perciben de gran utilidad dado que permite conocer las necesidades individuales y las expectativas de las mujeres, garantizando una calidad asistencial así como una satisfacción de la experiencia vivida en la interacción matronas – mujer. Aunque los resultados evidencian diferencias formas de percibir el documento, la mayoría de los/as profesionales tienen una actitud proactiva a desarrollar una relación deliberativa en el proceso, respetando las decisiones de la parturienta y ajustándose en la medida que el entorno lo permita a sus necesidades individuales.

7.2.5. LA HUMANIZACIÓN DE LA ATENCIÓN PERINATAL DE LA MUJER. INTERFERENCIAS.

La Estrategia de Atención al Parto Normal ha venido a constituir un documento que intenta impulsar la humanización de las prácticas asistenciales en el parto y puerperio inmediato en el ámbito de la Atención Especializada, sin embargo en esta subcategoría,

además de mostrar cuáles son las interferencias que obstaculizan la humanización en este nivel asistencial, también exponemos los elementos deshumanizadores que se presentan en el itinerario asistencial. Pese a ser conscientes que es un aspecto que no es abordado en el documento, pensamos que es útil explorar este fenómeno en otros ámbitos de atención porque la experiencia y satisfacción del parto y puerperio no sólo es producto de la atención recibida en el hospital sino resultado del continuum asistencial a lo largo del circuito perinatal.

Inicialmente nos interesa averiguar los universos simbólicos que los/as profesionales de los distintos niveles asistenciales poseen acerca del parto natural, normal y humanizado.

Aspecto de gran importancia por varias razones: en primer lugar, por la divulgación de esos conceptos desde la Atención Primaria a la mujer para que conozca con precisión qué tipo de atención desea recibir y el ajuste a sus expectativas; en segundo lugar, destacamos la representación simbólica que el equipo obstétrico posee, ya que vehiculizará el abordaje del proceso dependiendo del tipo de parto que decida la usuaria; y por último, tal como avanzábamos en el Capítulo I, la codificación e interpretación que los/as profesionales hagan sobre estos conceptos marcará la relación clínica entre los actores sociales. Por tanto, entendemos el interés que suscita el desarrollo de la subcategoría con la finalidad de comprobar si existe claridad en los conceptos y un ajuste de la praxis en base a las representaciones que el equipo asistencial posea sobre los mismos. El Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad (2010) se pronuncia al respecto argumentando que “definir el parto normal comporta alguna dificultad, ya que el concepto de normalidad en el parto y el nacimiento no está estandarizado”. Estos criterios poco claros pueden conducir a “proporcionar a los partos normales cuidados muy similares a los que necesitan los partos complicados, transformando un acontecimiento fisiológico en un procedimiento médico quirúrgico” (p. 37).

Universos Simbólicos de los/as profesionales relacionados con la atención perinatal sobre los conceptos del Parto Normal, Natural y Humanizado

Con el propósito de reflexionar sobre las representaciones ideológicas que los/as agentes de salud poseen acerca de estos conceptos, consideramos importante presentar las definiciones sobre parto normal, natural y humanizado de los diferentes Organismos Nacionales e Internacionales:

La Organización Mundial de la Salud y el Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad definen el Parto Normal, como aquel que cursa con “Comienzo espontáneo, bajo riesgo al comienzo del parto manteniéndose como tal hasta el alumbramiento. El niño nace espontáneamente en posición cefálica entre las semanas 37 a 42 completas. Después de dar a luz, tanto la madre como el niño se encuentran en buenas condiciones” (Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, 2010, p. 37; O.M.S., 1996, p. 6).

La Federación de Asociaciones de Matronas de España contempla el Parto Normal como “el proceso fisiológico único con el que la mujer finaliza su gestación a término, en el que están implicados factores psicológico y socioculturales. Su inicio es espontáneo, se desarrolla y termina sin complicaciones, culmina con el nacimiento y no implica más intervención que el apoyo integral y respetuoso del mismo” (F.A.M.E., 2007, p. 12).

La Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia califica el Parto Normal como “el trabajo de parto de una gestante sin factores de riesgo durante la gestación, que se inicia de forma espontánea entre la 37ª-42ª semana y que tras una evolución fisiológica de la dilatación y el parto, termina con el nacimiento de un recién nacido normal que se adapta de forma adecuada a la vida extrauterina. El alumbramiento y el puerperio inmediato deben igualmente evolucionar de forma fisiológica” (S.E.G.O., 2007); así mismo, hace referencia al Parto Natural mediante la creación del concepto de “Parto no Intervenido”, definiéndolo como el “trabajo de parto que por reunir las características descritas en la definición de parto normal, es asistido sin la utilización de procedimientos terapéuticos que alteren la fisiología del mismo. En la asistencia al parto no intervenido es igualmente fundamental la labor de vigilancia del estado materno –fetal así como la asistencia psicológica a la

parturienta y a su familia, por parte del personal asistencial (matrona y auxiliar de enfermería)” (S.E.G.O., 2007).

En lo que respecta al Parto Humanizado, queda definida según la conferencia de Ceará (Brasil), expuesta en el marco conceptual, Capítulo I.

En estos supuestos teóricos nos apoyamos para conocer las representaciones culturales que el equipo asistencial relacionado con el proceso reproductivo de la mujer posee respecto a los conceptos de Parto Normal, Natural y Humanizado.

En el análisis de contenido del colectivo de las matronas se pudo observar que no poseen un concepto claro sobre las definiciones asignadas a las distintas modalidades de parto

“Lo cierto es que para mí la diferencia entre estos conceptos no llegan a ser muy claros, por ejemplo, lo que yo entiendo un parto normal es que la mujer dé a luz cuando le toca, es decir, se pone de parto y se hace sin provocárselo, sin que haya actuación para acelerarle el parto” (Matrona 7/Atención Especializada- Entrevista).

“Son conceptos que habitualmente se confunden entre los profesionales, los conceptos de parto normal, natural y humanizado, son tres conceptos distintos, hasta tal punto que cuando hablamos de uno la actitud del profesional condiciona la actitud que debe tener ante un parto u otro, a la hora de entender que es un parto humanizado o natural, (...) es totalmente distinto un parto normal de uno humanizado, un parto normal no existe desviación a la patología y sigue un proceso fisiológico, la diferencia de un parto natural está en la medida en que satisfaces las expectativas de la mujer en la medida de lo posible, podrías acercarte al concepto de parto humanizado o parto natural (...)” (Matrona 8/Atención Especializada- Entrevista).

Tras el relato de las/os informantes se evidencia que existe una confusión en el empleo de los conceptos sobre el parto normal y natural. Para alguna/o de las/os participantes tiene la misma representación conceptual basada en el no intervencionismo del proceso, ajustándose a las definiciones de los organismos anteriormente mencionados. Por otro lado, alguna de las informantes relaciona el parto natural con la dimensión humana de atención asistencial del parto, tal como señala la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. Existen diferentes maneras de representar el parto normal en tanto que no tiene por qué ser independiente del intervencionismo obstétrico, siendo compatible con la intervención de los/as profesionales

“No hay parto normal versus epidural, es que tú puedes tener un parto normal sin instrumentalizar, sin estimular, sin inducir y sin dolor, con la epidural (...) es que yo creo que puede ser normal (...)” (Matrona 5/Atención Especializada- Grupo de Discusión).

“(...) para mí el uso de la oxitocina sigue siendo un parto normal porque no la considero que eso se lo vaya a provocar o que se esté yendo contra la naturaleza (...), esto es lo que es para mí un parto normal (...)” (Matrona 7/Atención Especializada - Entrevista).

Desde la perspectiva de las matronas, las representaciones que hacen sobre el concepto incluyen el intervencionismo, alejándose de las definiciones que establecen los organismos e instituciones anteriormente mencionados. Respecto al parto humanizado, dicho colectivo poseen unanimidad en la representación ideológica del término, relacionándola con la satisfacción de la mujer en su esfera espiritual, psicológica, social, tal como lo define Ceará (2000)

“Un parto humanizado es un concepto que trasciende cualitativamente, en tanto que se consideran variables que individualizan a esa persona atendiendo las cualidades concretas de esa persona que tienes delante, es humanizar el parto, sean cuales sean las expectativas de esa persona (...)” (Matrona 8/Atención Especializada- Entrevista).

“(...). Con respecto al parto humanizado yo veo que la persona se encuentre cómoda, lo más a gusto posible (...) que el ambiente que le rodea le transmita tranquilidad, que la persona esté feliz, que no vea el parto con miedo, que se trate a la persona como una persona, que no la tratemos como un número...tú eres el parto tal, eso es lo que entiendo por un parto humanizado” (Matrona 7/Atención Especializada- Entrevista).

“Para mí, parto natural y humanizado no es lo mismo, y se puede tener (...) muchas patologías, goteros, y todo un parto humanizado, la mujer puede sentirse a gusto contigo, segura contigo y disfrutar de la llegada de su hijo (...) que en el parto se hagan ventosas, cesáreas, fórceps, no quiere decir que no sean partos humanizados” (Matrona 6/Atención Primaria- Grupo de Discusión).

Para los/as participantes, un parto humanizado no es incompatible con la instrumentalización e intervención del mismo, dado que el concepto de humanización va más allá de la consideración del acto como un proceso biológico y orgánico aislado sino que contempla la esfera humana, teniendo en cuenta todo aquello que le pueda satisfacer a la mujer para que su experiencia sea gratificante y positiva. Constituye un procedimiento que respeta la individualidad de la mujer, permitiendo un ajuste de la asistencia teniendo en cuenta su cultura, creencias, valores y expectativas.

Del mismo modo, los/as médicos/as son conscientes de la importancia de tener el conocimiento exacto sobre los conceptos, dado que sus representaciones ideológicas influirán en las percepciones, expectativas, incluso con las necesidades que los/as profesionales médicos tienen sobre el fenómeno de la humanización del proceso reproductivo.

Los/as médicos/as parten de la idea de un concepto equivocado, según ponen de manifiesto alguno de los testimonios

“Yo, decir que hay un error en la exposición de parto normal, porque se presenta a confusión (...), pero resulta que a lo mejor tendría más sentido parto natural más que normal, porque también se incluyen temas como la cesárea que no es un parto normal. Yo pienso que tanto las médicos como los pediatras entendemos el parto normal como aquel que sigue su curso y desarrollo normal y que no requiere de ninguna instrumentalización. Pero esto es más amplio, porque sería medicalización o no medicalización (...) del parto normal. Es que esto sería una confusión para la hora en la que decimos que entendemos por parto normal. (...) el parto normal es aquel que va siguiendo su ritmo normal y sus pasos habituales y que se va abocar por vía vaginal sin ningún apoyo especial, eso es lo que yo entiendo por parto normal, por lo menos cuando hablo de parto normal (...)” (Pediatra 2/Unidad de Neonatología - Grupo de Discusión).

Lo mismo ocurre con el concepto de parto humanizado en algunos entrevistados

“Yo creo que en principio es qué entendemos por parto humanizado, porque yo por un curso que he hecho y por cosas que he leído, hay varias concepciones, desde el parto domiciliario, en fin...” (Obstetra 3/Unidad de Urgencias- Paritorio - Grupo de Discusión).

Por otro lado, existen participantes que conocen y diferencian el término

“El embarazo y el parto son procesos naturales que no hay que intervenir si no hay ningún problema, entonces el parto humanizado es crear un ambiente en torno a la mujer que haga que ese momento lo viva de una forma humana o sea, no lo viva medicalizado (...) y donde sólo la intervención sea proporcional a las necesidades que se vayan produciendo (...)” (Obstetra/Unidad de Hospitalización de Gestantes -Diario de Campo).

Respecto a la humanización, los/as obstetras dejan claro que el intervencionismo podría estar presente si fuese necesario. Sin embargo, no mencionan aquellos aspectos que realmente aportan el halo de humanización al nacimiento, como el ofrecer el empoderamiento de la mujer, teniendo en consideración sus creencias, valores y sentido de la dignidad y autonomía durante el parto (Behruzzi, Harem, Fraser, Goulet, Masako, y Misago, 2010) (Traducción propia) y cubrir sus necesidades, fomentando el protagonismo del mismo

Behruzzi, R. y otros (2010). *Facilitators and barriers in the humanization of childbirth practice in Japan* 'Humanization of childbirth is a unique approach which has been implemented whose target is to make childbirth a positive and satisfying experience for both women, and their family as a whole. This strategy is used to empower women and their care providers by taking into consideration humanized values such as the women's values, beliefs, and sense of dignity and autonomy during childbirth'.

"(...) tenemos que tener en cuenta que la mujer tiene que participar, que es protagonista, que tenemos que preservar su intimidad y crear un ambiente ideal y dejar un poco, desde mi punto de vista, las intervenciones y ver que hay otras opciones" (Médico/a 8/Atención Primaria- Grupo de Discusión).

La confusión o desconocimientos de los términos, así como las asunciones y valores adquiridos como profesionales médicos influyen a la perpetuación de los esquemas cognitivos de los mismos y, por tanto, que las prácticas permanezcan estructuradas. En esta línea de pensamiento los/as obstetras cuestionan otro tipo de atención más humanizada en base a sacrificar las garantías de salud que ofrece el Modelo Médico Ortodoxo, y concretamente en el hospital donde la medicina ejerce su poder y "triunfa la tecnología, ofreciendo y garantizando seguridad al nacimiento, constatándose la medicina como progreso" (Beckett, y Hoffman, 2005, p. 151) (Traducción propia).

Beckett, K., y Hoffman, B. (2005). *Challenging Medicine: Law, Resistance, and the Cultural Politics of Childbirth* '(...) medicine as progress, in contrast to midwifery as tradición. Medicine as progress depicts the twentieth century as the triumph of technology and medicine over maternal and infant mortality'

"(...) hasta qué punto podemos renunciar a las estructuras actuales de seguridad del parto que ofrece la medicina actual en base a recuperar cierta atención humanizada renunciando a la seguridad que te ofrece el hospital" (Obstetra 3/Atención Especializada- Grupo de Discusión).

"En mi opinión, la seguridad la da el hospital. Tanto para mí como para la mujer es una caja fuerte por la seguridad que entraña, es decir que si estoy dentro no me tiene que pasar nada (...), particularmente no entiendo otro tipo de asistencia sin medios y sin nada" (Obstetra/Área de Medicina Fetal - Diario de Campo).

Sin embargo, existen médicos/as que se aproximan al concepto de la humanización pero sin ajustarse a las definiciones anteriormente expuestas

"(...) la humanización también es una cesárea. Es decir, que hay varios aspectos, por un lado está la humanización y por otro la medicalización" (Pediatra 2/Unidad de Neonatología - Grupo de Discusión).

A tenor del discurso, parece existir incompatibilidad entre humanización y medicalización, sin embargo, la humanización del proceso reproductivo es perfectamente compatible con la instrumentalización e intervencionismo del mismo independientemente de que el parto sea normal o anormal. Contrariamente, para otros/as, el binomio es incompatible

“Hay tendencias a favor de la humanización del parto fisiológico porque la tecnología pues lo deshumaniza” (Obstetra 3/Unidad de Urgencias- Paritorio - Grupo de Discusión).

Controversias sobre la humanización en la atención asistencial de la mujer en el itinerario asistencial

A lo largo de todo el circuito asistencial entre los niveles de Atención Primaria y Especializada, la mujer interacciona con los/as profesionales en una relación de sometimiento, en la medida que los protocolos y el uso de pruebas que se solicitan para control y abordaje de la atención perinatal “colocan a las mujeres en un rol receptor y pasivo donde no interviene más que las escucha y la aceptación de pautas terapéuticas” (Blázquez, 2009, p. 237).

En el área de estudio, las intervenciones del equipo asistencial en el seguimiento de la gestación en Atención Primaria y las Unidades Ginecológicas de Apoyo forman parte del Programa Integral de Atención a la Mujer, un protocolo basado en la evidencia científica, elaborado por un grupo de expertos multidisciplinares (matronas, tocólogos/as y médicos/as de familia) que establecen las pautas para el abordaje del embarazo ante cualquier elemento que amenace su evolución. Tal como adelantábamos en el marco conceptual, la naturaleza de la relación entre el equipo de salud y la mujer es clave en la humanización de la atención perinatal. En este sentido, la investigación revela que la propia organización asistencial establece una relación de poder y sumisión en la estructura relacional.

En *Atención Primaria de Salud* se manifiesta claramente en aquellas pruebas que se les tiene que pedir siguiendo la secuencia cronológica del proceso, según estipula el Programa Integral de Atención a la Mujer. Respecto a ello, ponemos por ejemplo el Test de O’Sullivan, el cual se ha de solicitar entre la 24 y 28 semanas. Si el resultado supera los 140 mg/dl se solicita otra analítica denominada Test de Sobrecarga Oral de Glucosa para

descartar Diabetes Gestacional. Estas indicaciones reflejan el intervencionismo al que es sometida la mujer por parte del equipo de salud

“Mira, yo a todas las mujeres les pido el Test de O’sullivan aunque no tengan antecedentes familiares de diabetes y aunque el resultado supere en un punto el límite máximo, aunque sea una tontería, le pido la curva porque si me salto el protocolo no quiero tener problemas, de esta manera yo me quedo más tranquila” (Matrona/Atención Primaria- Diario de Campo).

“La matrona me dice “tienes que tomarte esto durante el embarazo- el ácido fólico (...) durante los tres primeros meses.” Pues vale, pues yo me lo tomo” (Puerpera 8).

Aunque el protocolo es una guía de actuación para el profesional, también es un instrumento que ejerce un poder sobre la usuaria ya que debe acatar lo que dictamina. Pese a ello, como veremos más adelante, la usuaria acepta y desea este tipo de relación paternalista percibiéndola como una interacción positiva que garantiza seguridad en la gestación.

Respecto a la *Atención Especializada* correspondientes a las Unidades Ginecológicas de Apoyo, según revelan los/as informantes, el intervencionismo adquiere mayor protagonismo dado que es donde tiene lugar las peticiones de pruebas invasivas como la amniocentesis genética. En este caso, como ya vimos en apartados precedentes, la interacción con el médico se realiza mediante el Consentimiento Informado con ánimo de establecer relaciones paritarias entre médico/a y usuaria, aunque finalmente la estructura relacional que emerge es de carácter paternalista vehiculizada mediante el sentimiento de culpa transmitida a la mujer.

Esta herramienta es utilizada por los/as profesionales para agilizar el proceso de información, ya que explica y da detalles acerca de la técnica que se va a llevar a cabo. Por otro lado, es empleada para ser liberados de dar la información y exenorados de toda responsabilidad en la elección de la usuaria. Por consiguiente, tanto la rigidez del protocolo como el uso inadecuado del documento son factores que favorecen la falta de información en este nivel, fomentando la asimetría de poder. Según se desprende de los testimonios, la información adquirida y necesaria para la toma de decisiones con respecto a los procedimientos a realizar es escasa por parte de los/as ginecólogos/as

“La ginecóloga le da a la mujer el Consentimiento Informado para hacerse la amniocentesis y las pobres a veces no tienen conocimiento exacto de lo que firman y se encuentran en la Arrixaca haciéndose una prueba de la que no tienen demasiada información” (Matrona/Atención Primaria-Diario de Campo).

“El de la UGA me ha dado este papelito y no sé para qué sirve (...)” (Gestante/Atención Primaria- Diario de Campo).

“Yo, a todas las mujeres que se tiene que hacer la amniocentesis, les doy el Consentimiento Informado para que lo lean y lo firmen, si no quieren, le informo a lo que se exponen y ya ellas deciden y son responsables de todo lo que suceda” (Gine-tocólogo/a/Unidad Ginecológica de Apoyo 1- Diario de Campo).

Así pues, tras un discurso culpabilizador si la mujer no accede, asume la responsabilidad del cualquier riesgo amenazante, viéndose en la obligación moral de firmar y someterse a la petición.

La actitud de los/as ginecólogos/as relacionada con la falta de diálogo e intercambio sin posibilidad de confrontar los saberes entre ambos agentes provoca que la interacción clínica se muestre fría, indiferente y distante, prescindiendo de los valores y sentimientos de la mujer. Levi-Strauss (1995) hace referencia a la carga simbólica que constituye el lenguaje, señalando que “el médico dialoga con su paciente no mediante la palabra, sino mediante operaciones concretas, verdaderos ritos que atraviesan la pantalla de la conciencia sin encontrar obstáculo, para aportar directamente su mensaje al inconsciente” (p. 223), siendo fácilmente manipulable, según expresan las usuarias

“Mi asistencia al ginecólogo es que es como... no sé cómo explicarte, es que llegas y... y eso, “siéntate”, “ábrete de piernas” (...) “ya está, límpiate y vete”. Es que no hay más... no hay más explicación, es que no (...) a mí me gustaría que hubiera más información por parte del ginecólogo: “pues la niña está bien, pues pesa tal...” o, yo que sé, creo que es eso: es que es como si llegáramos a un... no sé, a un campo de... no sé, bueno, a lo mejor es demasiado exagerado, ¿no?, pero como si fuéramos a un campo de concentración, y “venga, a ti te toca ahora, te miro, tal, venga, ya te puedes ir.” No sé, es que es muy... demasiado frío” (Puerpera 7).

“(…), bastante callado, a no ser que yo preguntara, tampoco te informaba o te decía mucho sobre cómo estaba la ecografía, te decía solamente al final “bien” o “mal”, pero en el momento de hacerla tampoco te explicaba: “ah, pues mira...”, a lo mejor: “estamos viendo ahora mismo el corazón”, o: “estamos viendo...”; no, no explicaba sobre... durante el proceso; la verdad es que la relación era bastante seca, no... no había fluidez de comunicación entre lo que estaba ocurriendo y... y la paciente, vamos”(Puerpera 6).

“Cuando entré, lo primero que dijo fue “tu marido que espere fuera” apenas me miró, sin darme explicaciones, me puso eso para ver el bebe por la pantalla, le pedí que me dijera algo, no me contestó, bueno tan sólo me dijo, todo bien, y ya no insistí más porque lo vi muy prepotente (...). La verdad es que me sentí triste y comencé a llorar” (Puerpera 11).

La invisibilidad de la mujer por el equipo de salud se pone de manifiesto en los relatos de mujeres que han tenido un contacto directo con el tocólogo/a en la realización de pruebas ecográficas, el cual mantiene un diálogo virtual con el feto, excluyendo a la mujer del acto médico y siendo representada tan sólo como la receptora de la criatura. Esta situación puede llegar “al límite de que el/la profesional no levante la cabeza para comunicarse con las mujeres. Se encuentra inmerso en el control y registro de los datos de la documentación sanitaria (...) lo importante son los resultados (...), sobran las relaciones” (Montes, 2007, p. 144). Según constató la Observación llevada a cabo en las Unidades Ginecológicas de Apoyo, la percepción del investigador fue la escasa interacción entre el equipo asistencial y la usuaria, ésta se reducía a la frase “todo está bien”. Así mismo se evidenció que la relación se establecía a través de la auxiliar de enfermería, la cual informaba de todos los trámites burocráticos que debía realizar para continuar con las pruebas pertinentes.

Siguiendo con el análisis, en la Atención Especializada y relacionado con el Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca, los factores que deshumanizan la atención perinatal son multifactoriales. Todos ellos tienen en común que dificultan la implantación de la Estrategia de Atención al Parto Normal, tal como hemos sostenido hasta el momento. Según el análisis del discurso, encontramos que el exceso de volumen del trabajo favorece la despersonalización de la atención sanitaria. En este tipo de situaciones donde los ambientes están tan sobrecargados no habrá tiempo, disponibilidad ni oportunidad de establecer una verdadera relación humana

“(…) por ejemplo, si la guardia está desbordada yo misma intento no romper la bolsa hasta que no le pongan epidural, para hacerle el menos daño posible, también intento poner la epidural más tarde hasta que no veo que la mujer tenga contracciones, si la mujer no le duele nada intento que se posponga la epidural. Pero cuando el paritorio se desborda lo que intentas es agilizar trabajo para que la mujer de a luz cuanto antes, para quitar ese puesto para otra que se te ha quedado en le pasillo o la que tienes no la controlas bien” (Matrona 7/Atención Especializada- Entrevista).

“(…) hay un tema aquí de clara masificación, aunque sea en picos, no es una masificación continua, pero hay días-pico en los que la masificación es enorme, y entonces ahí no ofrecemos nada más que una asistencia mínima (…)” (Matrona 9/Atención Especializada-Entrevista).

“En este hospital tan grande y que se ve tanta gente, imposible, olvídate de la relación humana” (Obstetra/Unidad de Día Obstétrica- Diario de Campo).

Sobre este aspecto, la actividad profesional que se desarrolla progresivamente como respuesta a una situación de estrés mantenida puede incurrir de manera involuntaria e inconsciente en llevar a actuar de manera deshumanizada. A tenor de los discursos de los/as participantes, la percepción de sobrecarga asistencial y el capital humano del que dispone el propio hospital son factores que interfiere en el desarrollo de la propuesta del Ministerio, así como en la calidad de la atención asistencial prestada a la mujer

“En mi hospital esto de la Estrategia no se puede permitir llevarla tal como lo dice el documento porque tenemos un volumen impresionante y poco personal, y no podemos permitirnos el que las mujeres evolucionen un día entero sin ponerles nada porque no hay personal para estar ahí con ellas a solas, dándole toda la atención que precisa y hacerle un parto personalizado (...). Entonces si tuviera una mujer, hija, lo que tardes en parir, no epidural, no oxitocina, no vía, cuando te toque (…)” (Matrona 7/Atención Especializada-Entrevista).

“Aquí la implantación de la Estrategia es muy difícil por varios motivos: 5 dilataciones, dos mujeres por dilatación, 22 partos de media, poco personal para el volumen de partos, no salen las cuentas (…)” (Obstetra/Área de Paritorio-Diario de Campo).

“Con el nuevo, será dilatación-paritorio, podrás hacer en dilatación lo que quieras, si tú tienes una matrona que se pueda encargar de tu parto, porque necesitas el ratio matrona-parturienta (…)” (Obstetra 4/Unidad de Urgencias-Paritorio - Grupo de Discusión).

- Más testimonios en Anexo 18. Deshumanización. Falta de recursos humanos

Se evidencia la falta de recursos humanos en relación con la sobrecarga de trabajo como una de los principales problemas en la atención individualizada del proceso asistencial en el Área de Paritorio. La Federación de Asociaciones de Matronas de España se pronuncia al respecto señalando que “los centros que ofrecen la asistencia al parto normal deben contar con la presencia de una matrona que asista de forma individualizada a la mujer (...) es el concepto de una matrona para una mujer (...)” (F.A.M.E., 2007, p. 29)

Así mismo, la excesiva burocratización de los sistemas sanitarios provoca que el personal emplee parte sustancial de su tiempo en actividades administrativas, en detrimento de las asistenciales o promocionales. Aunque es un elemento que está muy presente y es algo inevitable, altera negativamente el sentido y la esencia del proceso asistencial en el plano ético, ya que dicha acción requiere el rostro a rostro, y esto, “en el seno de un mundo de vida radicalmente burocratizado, es difícil llevar a cabo” (Torralba,1999)”(Santos, 2003, p. 43).

“Existe demasiada burocracia para que puedas atender humanamente a las mujeres desarrollando una atención personalizada, abre el partograma, mete los datos en el Selene, en fin hay veces que hay poca interacción con la mujer por este motivo y no cubrimos sus necesidades en este sentido (...)” (Matrona/Área de Paritorio – Diario de Campo).

“(...) a las matronas las veo metiendo datos en el ordenador y poca relación con la mujer (...)” (Obstetra/Área de Urgencias- Diario de Campo).

Cuando la mujer ingresa en dilatación, la matrona dedica una gran parte de su trabajo a los trámites burocráticos que la Institución obliga, sacrificando la atención a la parturienta. El proceso burocrático consiste en la apertura del partograma, documento donde reflejan los datos de la evolución obstétrica del trabajo de parto: constantes vitales, dinámica uterina, exploración vaginal para comprobar situación obstétrica y acciones de los/as profesionales, tales como Ph, analgesia epidural, y la firma del profesional que ha realizado la exploración. Esta hoja permite conocer en todo momento la evolución del proceso, así como informar sobre el mismo al equipo obstétrico que se incorpora en el cambio de la guardia. Posteriormente y siguiendo con la burocracia, todos los datos recogidos son informatizados en el Selene. Durante el desarrollo de esta actividad, aunque las matronas ejercen un control sobre la parturienta, este proceso es percibido como una interferencia negativa en la atención asistencial.

Tal como se ha puesto en evidencia a lo largo de la investigación, el factor profesional se presenta como uno de los más relevantes para la implantación de un nuevo modelo asistencial compatible con la humanización, aspecto que resalta la propuesta del Ministerio. Existen razones que dificultan la implantación, tales como: el sentimiento de incertidumbre en el equipo asistencial por la implicación del riesgo que supone la modificación de las

prácticas sanitarias y el factor generacional. Respecto a este último, aunque las matronas, por lo general tienen una actitud proactiva al cambio, el modelo sobre el cual se hayan formado y socializado será relevante para la modificación de la praxis

“(…), la mayoría de las que llevan, pues yo qué sé, de 15 a 20 años para arriba, pues no... les interesa poco o nada la Estrategia; luego hay un estrato medio en el que yo me considero, que llevamos 10 años de profesión, 9 o diez años, o así, que estamos relativamente interesadas, y luego hay una parte, que ahora empieza a ser mayoritaria, del personal de aquí, que se ha formado hace poco, que está muy interesada y que quizás sean las que lo practiquen más, que están más puestas al corriente... son menos críticas con respecto a la Estrategia” (Matrona 9/Atención Especializada- Entrevista).

“(…), nosotros en nuestro hospital, se potencia el no episiotomía, el hacer todo así como más natural y... claro, las residentes que están recién acabadas, como están practicando más con lo de potenciar mucho la elasticidad del periné, pues sí, tienden luego cuando terminan a hacerlo, entonces... a mí, personalmente, me han potenciado más la episiotomía que... que la no episiotomía” (Matrona 7/Atención Especializada -Entrevista).

“Cuando aprendes hacer partos con episiotomía quieres hacerlos así, y la gente se acostumbra a eso” (Obstetra 4/Unidad Urgencias- Paritorio - Grupo de Discusión).

En el caso de las matronas que pertenecen al plan de estudios de 1957 y que se mantuvo hasta el año 1987, son profesionales que fueron formadas e instruidas para ser subordinadas al médico/a, por tanto, están atrapadas en el pensamiento médico-hegemónico basado en el intervencionismo del proceso, siendo más proclives a tener una actitud crítica con respecto al documento y cuestionando o poniendo en duda la evidencia científica de las prácticas recomendables. De este modo, el /la agente de salud tendrá una postura de reactancia directamente proporcional al tiempo de trabajo que lleve, de manera que cuanto más tiempo de ejercicio profesional, existirán más resistencias a cualquier tipo de cambio. Relacionado con ello, tenemos la amplia variabilidad de la praxis en la atención perinatal derivada de una oposición al cambio de unas prácticas asistenciales que están muy insertadas y estructuradas, y se perpetúan siendo difíciles de modificar. Las estructuras aprendidas tienden a automatizarse aunque el fondo de la cuestión es que no existe evidencia científica capaz de modificar lo que hay establecido. Esta perpetuación de los conceptos en la asistencia obstétrica son reproducidos por los que detentan el poder sobre la mujer: las matronas y los/as obstetras.

Otro de los puntos relevantes del estudio vinculado a la implantación de la Estrategia de Atención al Parto Normal es la percepción de la matrona sobre el temor de pérdida de poder que perciben los médicos/as, ya que la propuesta cuestiona los discursos del colectivo, poniendo en duda la efectividad y evidencia científica en relación a sus prácticas profesionales en la asistencia al parto. Esto implica pérdida de autoridad y re-significado de sus representaciones del proceso reproductivo, tal como menciona la informante

“Yo creo que el médico con la implantación de la Estrategia tiene miedo a perder la autoridad y el control” (Matrona 6/Atención Primaria-Grupo de Discusión).

“(…) ahora mismo ellos están muy reticentes ante estas... historias del parto normal y todas estas reivindicaciones; ellos, desde mi punto de vista, lo están viendo como... como una intromisión y como una especie de... pues eso, de amenaza, ¿no?, a su supremacía;(…)”(Matrona 9/Atención Especializada- Entrevista).

La investigación extrae resultados que indican que algunas usuarias son las impulsoras de los cambios en la medida que exigen una nueva forma de atención personalizada, se tratan de mujeres expertas e informadas sobre sus derechos en lo que respecta a la atención al parto, tal como hemos señalado en apartados precedentes. Sin embargo, para alguno de los testimonios, las parturientas suponen un importante factor influyente en la resistencia al cambio, ya que se alinean a los procedimientos técnicos dada la garantía de seguridad y erradicación del dolor

“(…) yo creo que hay unas variables que perjudican que la Estrategia del parto se desarrolle, porque siempre vamos a la infraestructura, a los profesionales, a la reticencia, a las relaciones de equipo, a la existencia o no de protocolos, o elementos que favorezcan o perjudiquen, pero yo creo que hay otros elementos, porque, cuantas veces hemos intentado desde primaria, o al trabajar aquí en el hospital, una atención personalizada en la que los primeros sorprendidos somos nosotros cuando ofrecemos un abanico de opciones a la hora de atender el parto, la demanda que pueda ofrecer, solicitar la mujer, y somos los primeros sorprendidos cuando vemos que está tan arraigada una cultura de parto (...) de no-dolor; tan arraigada una cultura de parto que se puede en algún sentido alejar de algunos de los indicadores que nos dan mayor calidad y que contempla la Estrategia del Parto Normal (...)” (Matrona 8/Atención Especializada- Entrevista).

No obstante, encontramos componentes que favorecen la implantación de la propuesta del Ministerio y que ayudan a instaurar un modelo de atención biopsicosocial compatible con la humanización de la asistencia perinatal. Cobra especial relevancia el empoderamiento de las matronas en el escenario laboral, ayudando a impulsar nuevos

modelos de atención obstétrica. Son profesionales que tienen plena autonomía para la conducción del parto de bajo riesgo cuyo curso sea normal. Esta situación les confiere competencia exclusiva en esta fase del proceso perinatal y poder en el espacio laboral, fruto de la formación académica y práctica (E.R.), adquiriendo un corpus de conocimientos que le confiere un perfil competencial regulado y legitimado por el Estado y poder en el ámbito laboral. Todo ello, unido a que es el colectivo que más conocimiento posee sobre la propuesta, hace que favorezca la implantación de las prácticas

“En general, las que manejan el cotarro en los paritorios somos las matronas, los médicos suelen pasar poco, normalmente el proceso lo llevas tú, y cuando te parece que es necesaria la presencia del médico pues les llamas” (Matrona 5/Atención Especializada- Grupo de Discusión).

“Yo creo que los médicos cogen enfados porque se les hace los malos de la película porque manifestamos nuestras opiniones con respecto a la conducción del parto” (Matrona 6/Atención Primaria- Grupo de Discusión).

“(…) ya no vemos al médico como un superior; vemos otro profesional con otras competencias, y entonces el tema subordinación lo llevamos peor, y ellos siguen un poco con ese esquema, y ellos ese esquema no lo quieren romper, y entonces estamos chocando y les está costando” (Matrona 9/Atención Especializada- Entrevista).

A pesar de los beneficios que conlleva, aparecen efectos adversos derivados de la proximidad de los colectivos dentro de la estructura, dando origen a “campos de luchas dentro del cual los agentes se enfrentan con medios y fines diferenciados según su posición en la estructura del campo de fuerzas, contribuyendo a conservar o transformar la estructura” (Bourdieu, 2007, p. 49). De este modo, se generan tensiones en las relaciones de poder en el contexto laboral, ya que cada uno expresa sus criterios en la que fundamenta su práctica asistencial, como más adelante describiremos.

Otro elemento favorecedor son los/as profesionales en formación: las/os residentes de matronas (E.R.), en cuyo proceso de aprendizaje tiene una actitud más receptiva al desarrollo de nuevas formas de entender la praxis obstétrica

“(…) las residentes están muy metidas en esta Estrategia, la conocen y la aplican, y muchas veces los partos los hacen ellas y las matronas pues un poco dejamos hacer... a no ser que sea alguna muy maniática, y ellas también impulsan mucho lo cambios(…)” (Matrona 9/Atención especializada- Entrevista).

“Si te soy sincero, las que más implantan la Estrategia y humanizan la atención son las residentes de matronas porque no están contaminadas por otras formas de trabajar, de pensar, y eso les viene muy bien, para el cambio hacia el nuevo modelo de atención (...)” (Obstetra/Área de Medicina Fetal- Diario de Campo).

Hasta ahora hemos señalado cómo la facilidad o dificultad para implantar la Estrategia de Atención al Parto Normal tiene una repercusión sobre la humanización y deshumanización del proceso reproductivo. Sin embargo, la investigación arroja otras razones que deshumanizan la asistencia obstétrica en la Atención Especializada. Entre ellas destaca la inadecuada relación de poder entre el/la médico/a y la usuaria basada en una interacción clínica paternalista que dificulta la libre elección de toma de decisiones, provocando impotencia frente a la manipulación y coacción, tal como expresa las informantes

“Ahora vas a pasar a que te vea la ginecóloga”, y dije: “Será para ver la analítica, o algo”; entonces, cuando llegué allí, ya me estaba esperando con el potro, y me dijo: “súbete, tal, que te voy a reconocer”, y le digo: “no, yo no quiero que me reconozcas”, dice: “¿Por qué?”, “porque no, porque yo no estoy de parto, y yo no necesito que me reconozca nadie”, y me dice: “es que yo tengo que saber cómo estás (...) no quería, porque sabía que en cuanto me reconociera, me iba a poner de parto, y yo quería que el parto llegara solo, no quería que nadie me provocara nada; entonces, pues se empeñó, y se empeñó (...) pero, ¿Por qué tienes que saber cómo estoy?, si yo no estoy de parto, si yo estuviera de parto, yo lo sabría, y tal”, y digo... “pues venga, tal”, total, que ya por no discutir, pues me subí al potro, con una sensación de impotencia que pa qué; me subí allí, me hizo cantidad de daño, porque dice que tenía el cuello muy atrás, si yo estaba ya... además, yo ya había tenido esa noche un poquito de contracciones, y tal; entonces, me hizo muchísimo daño, y ya, cuando salí de allí, salí con dolor de riñones, con ciática (...) me dijo: “vuelve el día 16”, y le dije: “no, el día 16, no, esta tarde estoy aquí pariendo, que me has removido un montón”, “qué tontería... Todas iguales, que no sé qué...” Total, que yo llegué a mi casa a las 15:00 y a las 15:30 me subí a la Arrixaca, porque eran cada minuto las contracciones y rapidísimas, y dolorosísimas, y yo dije: “uy, esto está aquí ya.” Y efectivamente, yo llegué a la Arrixaca y esa tarde paría (...) bajaba en el autobús, enfadada conmigo misma por haberme dejado reconocer, digo: “pero, ¿Por qué he sido tan idiota? ¿Por qué he dejado yo a esta mujer, si yo no quería? Pero, ¿Por qué he tenido que...? A lo mejor mi hijo tenía que nacer dentro de 5 días, pero, ¿Por qué he tenido que acelerar esto y tal?”; que es una tontería en el fondo, tiene que nacer, pues nace, pero que me dio muchísima rabia, en contra de lo que yo quería, se empeñara la mujer en reconocirme, y hasta que no lo consiguió, no paró; ésa es la única cosa que ese día no me gustó a mí” (Puerpera 5).

“(...) ese trato así que me dicen de abrir las piernas y yo, como estaba muy tensa... además es una zona que la tienes realmente dolorida, es... no sé... y unas maneras súper bruscas... me abrió así las piernas con muy malas maneras “Venga, pues si te quieres ir de alta ya puedes ir estirando las piernas, no sé qué...” Muy mal, yo lo recuerdo fatal.” (Puerpera 3).

Tras el relato de los testimonios, nos remitimos al pensamiento de Sadler (2003), el cual señala que “nos encontramos con un sistema de atención altamente intervencionista en el que las mujeres son pasivas pacientes que deben ayudar y cooperar con el personal médico, que es dueño del proceso” (p. 29), poniéndose de manifiesto la violencia simbólica de la que hablaba Bourdieu (2000).

De igual modo, la organización asistencial taylorizada que se lleva a cabo en la Unidad Urgencias- Paritorio dificulta la atención personalizada y el continuum asistencial a la mujer. La investigación reveló que las matronas realizan sus actividades por tareas y no por procesos, de manera que cuando una mujer llega a la Sala de Monitorización que sería el primer contacto con la matrona antes de acceder a dilatación, ésta no será la que conduzca la dilatación y finalmente haga el parto. En ocasiones, además de atender el proceso de dilatación, siguiendo un orden estricto de rotación, deben ocuparse de atender epidurales y Ph intraparto. Pese a todo ello, la mujer cuando ingresa en dilatación tiene una matrona de referencia durante todo el proceso de dilatación y parto. Esta continuidad deja de existir en el postparto inmediato

“(…) no es lo mismo la relación que tú estableces con un profesional con el que te tiras 12 ó 14 horas asistiéndote, asistiéndote, recuperándote, a un profesional que, de repente, uno te coge una vía, otro te pone la epidural, otro te hace el expulsivo y otro te hace el puerperio; al final no te quedas con la cara de nadie, vas a recepción y no sabes ni quién te ha atendido... no es lo mismo que tener una persona de referencia” (Matrona 9/Atención Especializada- Entrevista).

“(…) cada grupo lleva su rotación, ¿entiendes?, entonces, yo, me tocan monitores de urgencias, al día siguiente me toca dilatación, al otro día me toca la comprobación de madres, al otro día siguiente me toca ser apoyo de poner epidurales y... y apoyo, eso funciona por tareas, ¿eh?, va rotando la tarea; dilatación digamos que es una tarea en sí, comprobación de madres, recuperar puérperas, hacer monitores de urgencias; y apoyar, que es, básicamente, poner epidurales y ayudar a cesáreas (...)” (Matrona 10/Atención Especializada- Entrevista).

“(…), me estuvo atendiendo una matrona, y luego, a la hora del parto, me atendió otra” (Puérpera 2).

- Más testimonios en Anexo 18.Trabajo por tareas.

Esta distribución de tareas queda reflejada en las llamadas planillas, en las cuales se especifican las actividades que deben desarrollar las matronas. En una jornada de trabajo, a

cada una se le asigna un servicio diferente siguiendo un sistema de rotación: Dilatación, Monitores, Epidurales, Recuperación de Madres, Unidad de Hospitalización de Gestantes, etc. Esto supone la pérdida de continuidad de la totalidad del proceso asistencial. Aunque la mayoría está conforme con la atención por procesos, en algunos casos, ven positivo esta fragmentación de la asistencia dado que ofrece mayor facilidad para la organización del trabajo en el servicio

“(…). Las tareas te permiten organizarte, más fácil (...) si tiene que cubrir en un momento dado tu compañera tu parte, pues una tarea es más fácil de cubrir que un proceso” (Matrona 10/Atención Especializada- Entrevista).

Alguno de los testimonios manifiestan que las infraestructuras inadecuadas y la sobrecarga asistencial que soporta la unidad de estudio da lugar a una producción de trabajo en cadena, teniendo muy presente los tiempos de los actos obstétricos con la finalidad de prestar atención asistencial y evitar demoras en aquellas mujeres que están en periodo activo de parto; provocando un manejo masivo de cuerpos propio de los hospitales y un trabajo asistencial intenso

“Aquí tienes 3 dilataciones, 3 paritorios y nadie se lo cree, nadie se cree que puedas hacer 27 partos en 3 paritorios, ¿Cómo lo haces? Pues retrasando a uno, subiendo a otro, digitalizando, oxitocina, vamos, vamos, vamos” (Obstetra 4/Unidad de Urgencias-paritorio- Grupo de Discusión).

“Los ratios de ingresos tendrían que cambiar. Con 36 partos hay que rotar a las puérperas, cuando te quieres acordar no hay camas, te están llamando porque le tienes que dar el alta, porque si no las que están abajo en Recuperación de Madres no pueden subir de alta, ¿Cómo humanizamos eso?” (Obstetra 3/Unidad de Urgencias- Paritorio - Grupo de Discusión).

De modo que si hay excesiva demanda, ésta obliga a que se anteponga el productivismo, aunque ello suponga contradicciones con otros enfoques y propuestas defendidas por profesionales que están alineados con la humanización del parto y con el seguimiento de la Estrategia. En este caso, desaparece la mujer del mapa cognitivo del equipo asistencial para ser cosificada como un producto institucional.

Los resultados arrojan la demanda de las matronas en modificar este tipo de organización por tareas y transformar la asistencia en procesos de manera que garantice la presencia de una profesional durante el desarrollo del mismo, ofreciendo una asistencia

personalizada. Sin embargo los factores estructurales suponen el principal inconveniente para llevar a cabo otra forma de organización asistencial

“Una dilatación-paritorio individual, que la mujer llegase, hiciese ahí su periodo de dilatación, su parto y su postparto. Siempre con la misma profesional; eso sería perfecto” (Matrona 9/Atención Especializada-Entrevista).

“Indudablemente, si queremos humanizar la atención que le ofrecemos a las mujeres, lo primero de todo es cambiar es el trabajo por tareas porque es bastante impersonal ya que te impide llevar un continuum asistencial. Eso no es calidad asistencial para la mujer (...) no cabe duda que trabajar por procesos beneficiaría la atención tanto a la mujer como a los profesionales por la asistencia recibida, sin embargo eso es algo difícil de cambiar ya que tal como tenemos las infraestructuras, eso es difícil; sí, muy difícil” (Matrona/Área de Paritorio-Diario de Campo).

A tenor del discurso de los/as informantes, la falta de privacidad derivada de unas infraestructuras inapropiadas y la actitud del equipo obstétrico, emergen como factores influyentes en la deshumanización de la secuencia reproductiva

“(...). La mujer ingresa, se queda en dilatación aislada de los familiares por 17 pasillos, está siempre acompañada de otras mujeres, hay tres puertas que se pueden abrir por lo que la posibilidad de que alguien te vea son altísimas, que te explore la matrona, la siguiente matrona, el residente de ginecología incluso el adjunto, se necesitaría un cambio de estructura muy grande” (Obstetra 5/Unidad de Día Obstétrica - Grupo de Discusión).

“Les falta intimidad, falta limpieza... un baño para dos mujeres, y... no me gustan nada. No me gusta la puerta de urgencias, donde tú abres y (...) haces así, plaf;; en general, no me gustan mucho. Un sitio muy frío, pintado de gris, con una cortinilla que te separa de la otra señora.... Una mujer que quiera tener un parto normal, humanizado, sin epidural, con tal, lo ideal sería subir a la planta, que bajara al paritorio y el expulsivo. Eso sería lo suyo (...)” (Matrona 10/Atención Especializada- Entrevista).

“(...) la sala de dilatación sí que habría agradecido un poquito más de distancia entre señora y señora, o que no fuera una cortinilla, que fuera un biombo un poco más rígido, porque es que de pronto, que te abran la cortina, o te están mirando, y de pronto te abren la cortina... ¡yo que sé! Que viola un poco tu intimidad, ¿no? (...)” (Puerpera 4).

“(...) la mujer en la mesa de exploración, pueden entrar 5 ó 6 personas. Tú ponte en su lugar” (Obstetra 3/Atención Especializada- Grupo de Discusión).

Relacionado con las Salas de Partos, pese a ser individuales y reunir todos aquellos elementos para mantener la intimidad, ésta finalmente no se consigue, tal como expresa la informante

“Los paritorios parece un mercado, unos entran y otros salen, ¿Lo ves? (risas)” (Matrona/ Paritorio- Observación – Diario de Campo).

En la Observación se comprobó que el equipo asistencial durante el parto tiende a cerrar las puertas para aportar privacidad al evento, sin embargo, la realidad es que médicos/as, matronas y auxiliares de enfermería entran y salen del paritorio con relativa frecuencia. Así mismo, se constató que el hospital no dispone de normas o directrices institucionales que establezcan cuáles deben ser las actitudes de los/as profesionales que no están implicados en el acto obstétrico con la finalidad de garantizar y salvaguardar el evento como un acto íntimo y familiar.

Otra variable relacionada con la deshumanización es la falta de identificación del personal perteneciente a la Unidad de Urgencias- Paritorio

“No, no iban identificados ... yo, por lo que iba escuchando, o preguntaba, pero la verdad es que, así, claramente, realmente... bueno, la ginecóloga... yo sabía que era la ginecóloga, pues porque me dijeron: “pasa, que la ginecóloga te va a ver (...) luego veía pasar a algunos profesionales por allí, por ejemplo, en la sala de dilatación, pero no sabía si eran auxiliares, si eran matrones, si eran ginecólogos, si eran anestesistas” (Puérpera 9).

“(...) pues de ahí lo único que sí que veía es que a lo mejor pasaban personas y no se identificaban quién eran, simplemente digamos que manipulaban, y a lo mejor me decían: “llevas tantos centímetros”, o “te falta ya menos”, pero tampoco se identificaban. (...)” (Puérpera 6).

- Más testimonios en Anexo 18. Identificación del equipo obstétrico.

En la mayoría de las ocasiones, gran parte de los/as agentes de salud transitan por el servicio sin identificación, lo que implica que la mujer no sepa por quién es atendida. En la unidad no todos/as los/as que pertenecen a ella llevan tarjeta de identificación ni el pijama correspondiente. El colectivo que más respeta las normas son las matronas y los/as tocólogos/as, por el contrario, las auxiliares de enfermería, celadores y enfermeras son más reticentes a seguirlas. En lo que respecta al uniforme, a todo el equipo asistencial le corresponde un pijama de color granate, distintivo del Área de Partos. Sin embargo,

prácticamente la totalidad del personal no respetan la norma, realizando múltiples combinaciones de colores, siendo la más habitual un pijama blanco combinado con pantalón verde de quirófano

“(…). En un parto hay tanta gente vestida igual, y la paciente no sabe quién es el celador, el médico o la matrona (…).” (Obstetra 3/Unidad de Urgencias - Paritorio- Grupo de Discusión).

“Se debería respetar el uniforme, sin embargo nadie prestamos atención a ello, mira yo, ahora llevo un pantalón verde con una camiseta granate, cuando realmente debería llevar un pijama granate, lo que pasa que me pongo lo que pillo, aunque a veces no encuentro pijamas completos” (Matrona/Área de Paritorio-Diario de Campo).

Esta situación implica una gran confusión para la mujer, ya que desconoce la categoría profesional de quien le está atendiendo. Además se añade la falta de presentación del agente de salud durante la atención. Mientras duró el trabajo de campo en la unidad, se confirmó que los únicos/as profesionales que tenían en cuenta esta consideración eran las matronas, las cuales se identifican diciendo el nombre y la categoría profesional aunque no es una práctica sistemática, según relatan los/as informantes

“(…) llegó el matró, y ya se presentó; me dijo: “hola, mi nombre es tal, y yo soy vuestro matró. Es el que os va a asistir en el parto.” Y... y nada, nos dió luego a luego más información – “pues mira, vas con tanta dilatación” -, a lo mejor me decía: “muévete para este lado”, “muévete para el otro, para ayudarme (…).” (Puerpera 6).

“(…) de entrada las matronas no se presentan (…).” (Matrona 10/Atención Especializada-Entrevista).

Alguno de los/as participantes señala que la sobrecarga asistencial es un componente que dificulta un cambio de actitud

“(…) cuando hay 300 pacientes, 37 partos, hay que tener una gran lucidez mental las 24 horas de trabajo para mantener esa actitud de presentarse a todas las pacientes” (Obstetra 3/Unidad Urgencias-Paritorio - Grupo de Discusión).

Esta falta de identificación es un agente determinante en la despersonalización de la atención asistencial de la parturienta, situación que cobra especial relevancia en la Unidad de Hospitalización de Puerperas. Cuando ingresan, son conducidas directamente a la habitación donde acudirá indistintamente una auxiliar de enfermería o una enfermera para recibirla. Aunque ambas llevan el distintivo que las identifica por la categoría profesional, la

falta de identificación y presentación sigue siendo una constante en el componente relacional con la usuaria

“No sabía exactamente qué profesionales eran; supongo que vino... primero vino... supongo que era enfermera, porque no creo que fuera auxiliar, por la forma de hablar, no creo que fuera auxiliar, creo que era enfermera... y cuando mi marido las llamó, pues vino ella, y vino con la matrona... supongo que era matrona, pues fue la que me reconoció, y la que... vamos... supongo, no lo sé” (Puerpera 15).

De igual modo, alguno de los testimonios puso de manifiesto la despersonalización y pérdida de los rasgos personales e identidad de la mujer en las Salas de Dilatación

“(...) pues es como un anonimato, se sienten un número y una dilatación: “sois la de los 8 centímetros. (...), o “la de los gemelos” (Matrona 10/Atención Especializada- Entrevista).

Otro de los hallazgos importantes descubiertos que repercute en la humanización y calidad de los cuidados asistenciales es la importante variabilidad en la práctica clínica existente fruto de la incertidumbre de las recomendaciones del documento, la falta de protocolos en la Unidad de Urgencias – Paritorio y el factor generacional. Este fenómeno además de conducir a situaciones de conflicto e inquietud entre profesionales sanitarios y usuarios, cuestiona que los procedimientos aplicados tengan un carácter científico

“(…), yo creo que la variabilidad de la práctica clínica genera diferencia entre profesionales innecesaria, totalmente innecesaria (...). Pero sí que es verdad que existe, que existe; yo creo que el hecho de que haya más variabilidad genera más opiniones y más conflictos intra e inter profesionales. Sí, sí que existen” (Matrona 8/Atención Especializada- Entrevista).

“(…) sí, sí lo creo; hay más diferencia en las formas de trabajo de las matronas más jóvenes a las matronas mayores (...)” (Matrona 9/Atención Especializada- Entrevista).

“Yo creo que entre nosotros existe mucha variabilidad, algunos que practican una medicina más humana y otros más defensiva; es que claro no hay uno solo, aquí somos mucha gente, por tanto no puede existir uniformidad (...). Todo esto deviene del conflicto generacional, hay una generación que trata fatal a las pacientes y que ya ni les trata, no les interesa y, dentro de la gente joven, yo veo que las dos formas: medicina defensiva, miedo a la demanda y hay mucha gente también que lo hace por la mujer con cariño y humanidad” (Obstetra/Área de Paritorio- Diario de Campo).

- Más testimonios Anexo 18. Deshumanización. Variabilidad en la práctica clínica

Alguna de las informantes explica que obedece a factores institucionales, tales como la excesiva demanda asistencial y la infraestructura

“(…), tengo también muchas compañeras que no quieren que se precipite el parto por si... pues, por ejemplo, antes decían que hay que romper la bolsa, que mejor hasta el final, eh, por ejemplo, que hay que poner oxitocina; entonces, pues hay gente que sí lo hace, y hay gente pues que no (...) sobre todo, pues eso, compañeras que están ahora, que han terminado ahora,(...) ya te digo, esto depende de cómo vaya... de cómo esté la guardia; porque, si la guardia está desbordada, pues... yo mismamente, por ejemplo, intento no romper la bolsa (...) la epidural, para hacerle el menos daño posible... también intento ponerle la epidural un poco más tarde hasta que no veo yo como... si la mujer tiene contracciones, si la mujer no le duele nada, intento también que se posponga, ¿no?(...)” (Matrona 7/Atención Especializada-Entrevista).

La Unidad de Urgencias - Paritorio carece de protocolos de actuación, lo que induce a que cada profesional actúe según su propio criterio en la conducción del proceso asistencial. Esta situación es representada de manera diferente por el equipo asistencial. Algunos lo perciben como algo positivo para el desarrollo de su actividad asistencial dado que disponen de libertad para actuar como ellos/as consideren más apropiado, sin embargo, hay testimonios que hacen referencia a la importancia del protocolo como herramienta que asegura calidad asistencial al reducir la variabilidad práctica, pero enfatizando en la flexibilidad del mismo

“(...) el protocolo... ¿Qué más libertad?, si tenemos... Toda la del mundo (...) pero sí tenemos mucha libertad, ¿eh?. Pero muchísima, dentro de unos límites, porque no voy a dejar yo que esta esté con una mujer haciendo un parto normal allí súper guay..., y yo mientras tanto con 5 mujeres rompiendo bolsas y... no; pero si yo tengo una y tú otra, tú funciona como quieras que yo haré lo que tenga que hacer, siempre y cuando esté dentro de lo correcto” (Matrona 10/Atención Especializada- Entrevista).

“El protocolo asegura un mínimo de calidad y un mínimo asistencial a todas las mujeres... una uniformidad; es una cobertura legal para nosotras también, es una serie de cosas. También pienso que es una ventaja a la hora de... bueno, poder un poco actuar libremente y a mí me deja... me deja margen para trabajar como yo quiero, la verdad. A mí nadie me dice “explora cada tanto, explora cada cuanto”. Yo hago un poco lo que creo conveniente, que me parece lo ideal en cada mujer (...)” (Matrona 9/Atención Especializada- Entrevista).

Sin embargo, para otros es considerado como un elemento deshumanizador que está centrado en la cobertura legal que les proporciona a los/as profesionales más que en la calidad asistencial que se le ofrece a la parturienta

“El protocolo deshumaniza. Es un mecanismo defensivo para aplicar una actuación y que no te deje secuelas administrativas. Humanizar es ver a la gestante como una persona, si tú le aplicas un protocolo, tú lo único que estás diciendo “te hago esto para que luego tú no puedas exigirme nada”. En el caso del paritorio yo creo que no son necesarios, yo creo más en el arte. Sin embargo, con el protocolo, esto tiene que ser una cesárea por esto, por esto y por esto (...)” (Obstetra/Área de Medicina Fetal- Diario de Campo).

Alguno/a de los/as participantes señala que la Estrategia de Atención al Parto Normal ha sido la responsable de diversificar más la práctica profesional e incapacidad para llegar al consenso en los criterios de actuación entre el equipo obstétrico

“La Arrixaca no es un sitio donde haya ningún tipo de unidad de criterio en nada; no hay protocolos, y no hay unidad de criterio. Sólomente la UDO está empezando a hacer protocolos, ciertos procesos en ciertas cosas concretas, tenemos cuatro o cinco protocolos de administración de medicación, pero muy concretos; pero con respecto a la forma de trabajo, aquí cada uno hace de su capa un sayo, totalmente. Antes y después de la Estrategia, eso es independiente; claro que la Estrategia ha venido a dividir un poco más las formas de trabajar” (Matrona 9/Atención Especializada- Entrevista).

“Pienso que nos estamos complicando la vida, a mis años nadie me tiene que decir cómo debo hacer una cosa u otra porque yo siempre lo he hecho así y ha funcionado a la perfección. Ahora me sugieren otra forma de actuar, ¿Por qué debo pensar que es mejor? (...)” (Matrona/Área de Paritorio- 21 años trabajando – Diario de Campo).

En este sentido, hay que recordar que la propuesta del Ministerio no es un protocolo de actuación sino recomendaciones que están basadas en la evidencia científica, y no son de obligado cumplimiento. Circunstancia que genera mayor diversidad en las prácticas asistenciales así como puntos de encuentro y desencuentro entre los miembros del equipo obstétrico. Con respecto a esto último, el análisis de contenido desvela testimonios que señalan la necesidad de Guías Clínicas y Protocolos con la finalidad de garantizar una calidad asistencial así como instrumento útil para demarcar los espacios de poder y reducir las tensiones en el escenario laboral, de manera que la matrona sea representada como agente colaborador y no subordinado al aparato médico

“(...) a la hora de atender un parto, yo creo que tener un protocolo, un protocolo que establezca unos límites, unos márgenes coherentes, que te ayude a individualizar en cada caso, por supuesto, eso no quiere decir que siempre vayas a tener un mismo tipo de comportamiento ante una situación X, sino que por lo menos te dé un tipo y una pauta de actuación, no que dependa del tipo profesional que en cada momento se encuentra y que eso, que pueda recibir o no un tipo de asistencia, dependa del profesional o del equipo que en ese momento está. Entonces, desde mi punto de vista, protocolos sobre determinadas áreas y procedimientos son totalmente necesarios y no tienen por qué ir necesariamente en contra del plan y Estrategia del Parto Normal. No afecta para nada; desde mi punto de vista, afecta poco, o debería afectar poco” (Matrona 8/Atención Especializada- Entrevista).

“Para mí, el protocolo es necesario porque es la única forma que nos respetemos y no invadamos nuestro espacio, es decir, que si cada uno sabemos que es lo que tenemos que hacer en cada momento, las relaciones entre los colectivos serían más fluidas, eso es lo que opino” (Matrona /Unidad Hospitalización de Gestantes – Diario de Campo).

- Más testimonios en Anexo 18. Protocolos y Guías clínicas.

Pese a la necesidad de protocolos, éstos parecen presentar incompatibilidad de un parto humanizado dada la rigidez que supondrían las guías asistenciales, según arrojan alguno de los/as informantes

“(…) siguiendo las normas de la Estrategia del Parto Normal, no te permitiría salirte un poco... no sé... ¿Me explico? (...) entonces, vamos a ver... eh... sí, el rasurado... el enemado, si la señora está estreñida y tiene unas hemorroides... estoy exagerando un poco, pero vamos gigantes, pues yo no recomiendo en un parto normal que se... ponga un enema, porque después, en el puerperio, le va ayudar a tener ahí un fecaloma, por ejemplo, o le va a (ininteligible) menos ese hemorroide; y para mí, eso, ponerle un enema a esa señora, sería dentro del parto humanizado, un parto normal, sí. Entonces, si protocolizo no poner un enema, ya me he saltado el protocolo. Entonces, para mí un parto normal y humanizado es anti-protocolo total” (Matrona 10/Atención Especializada- Entrevista).

Otras de las cuestiones relevantes del análisis son los correspondientes a las tensiones en el ámbito laboral que se producen entre el colectivo de obstetras y matronas como consecuencia de la dificultad de aceptar los cambios en sus prácticas asistenciales y en la demanda en demarcar el espacio competencial. Alguno de los obstetras participantes percibe cierta inseguridad por parte de la matrona a desarrollar su trabajo en absoluta autonomía en momentos de riesgo obstétrico mínimo, entrando en contradicción con la reivindicación de su espacio competencial

“(…), sabemos cuando el parto es nuestro y cuando no, lo sabemos o lo sospechamos; entonces, si el parto es de un ginecólogo, pues... a veces no te puedes complicar la vida, porque está por encima de ti; o sea, su palabra está por encima de la tuya. Y una de dos: o te enfrentas, y sabes que no vas a ningún sitio – a veces te enfrentas – o te adaptas e intentas, con un poco de mano izquierda, que todo el mundo esté contento y que todo salga bien, y ya está. Porque para ellos, excepto 4 ó 5 personas muy contadas, el parto humanizado y el parto normal son tontadas” (Matrona 10/Atención Especializada- Entrevista).

“(…) Ellos han dispuesto qué es lo que se hacía aquí, y la matrona, yo creo que muy competentemente, porque aquí siempre ha habido un volumen de partos (...) un profesional muy competente pero muy subordinado al tema; aunque aquí, como hay tantos partos, siempre ellas han hecho los partos, o sea, lo han hecho como han querido, pero siempre un poco bajo el manto ese protector del médico, ¿no?. Eso está cambiando un poco porque la visión de la matrona ante el médico es distinta, nosotros ya no vemos... esta generación intermedia y la joven que, que te hablaba antes, ya no vemos al médico como un superior; vemos otro profesional con otras competencias, y entonces el tema subordinación lo llevamos peor, y ellos siguen un poco con ese esquema, y ellos ese esquema no lo quieren romper, y entonces estamos chocando y les está costando. La Estrategia no ha venido más que a exacerbar un poco esas diferencias que hay con los médicos (...)” (Matrona 9/Atención Especializada- Entrevista).

“A veces se producen situaciones incómodas cuando vienen las matronas y te dicen que tienen que tomar el mando y esto tiene que ser llevado por las matronas porque son las profesionales con una cualificación adecuada y están muy encima de la mujer y quieren que esto vaya p’alante (...). Sin embargo a la mínima de cambio ya te están llamando para que les soluciones el problema. En el fondo tienen miedo (...)” (Obstetra/Área de Partorio- Diario de Campo).

Uno de los componentes que incrementa las fricciones entre matronas y obstetras es la delimitación de los espacios simbólicos de poder donde queda circunscrito el campo de actuación de cada uno de ellos/as. Los límites son bastantes confusos al no existir claridad en las representaciones ideológica sobre los conceptos de parto normal, natural y humanizado en ambos estamentos. Circunstancia que puede ser interpretada como intromisión, originando conflictos interprofesionales

“(...) cuando una mujer quiere un parto, digamos, de no-intervención total, parto natural que se llama ahora, que eso no significa parto humanizado, que es diferente, son dos cosas diferentes, y tú intervienes, y hay que intervenir, tú o el médico, algunas se sienten agredidas. Entonces... ¿Dónde está el límite? ¿Cómo marcas... un poco los límites de... dónde está el parto humanizado, de cuándo un parto deja de ser la mujer la protagonista al 100 por 100 y tiene que intervenir alguien más? Eso es un... a veces queda un poco ahí... que no está claro (...)” (Matrona 10/Atención Especializada- Entrevista).

Todo ello unido a factores organizacionales entraña serias dificultades para encontrar un colectivo cohesionado que desarrolle una calidad asistencial, repercutiendo en la humanización de la asistencia obstétrica

“Pues mira, yo, en este hospital, sorprendidísimo desde que trabajo aquí hace dos años, eh... el concepto de trabajo en equipo, yo que he tenido la suerte de hacer otra especialidad, y trabajar en distintos servicios, siempre el trabajo en equipo ha existido de una manera u otra; yo no sé si por la infraestructura, el volumen que tiene este hospital, no sé qué tipo de variable entra en juego, pero sí que es verdad que el trabajo en equipo en este hospital no existe. Sencillamente, no existe trabajo en equipo” (Matrona 8/Atención Especializada- Entrevista).

“Yo creo que el equipo de sanitarios debe trabajar mucho, estar cohesionados y con las ideas claras” (Matrona 6/Atención Primaria- Grupo de Discusión).

“Cuando yo empecé la residencia existía un mayor trabajo en equipo con las matronas, pero ahora la impresión que me da es que cada uno tiene su punto de vista sobre las cosas. Somos como dos líneas paralelas que no se cruzan y donde en el centro se encuentra la mujer. Así que en este hospital lo del trabajo en equipo simplemente no existe” (Obstetra/Unidad de Día Obstétrica- Diario de Campo).

Análisis de los resultados y discusión

Tras los resultados obtenidos en lo que respecta al conocimiento de la Estrategia de Atención al Parto Normal, la investigación arroja resultados referentes a que los médicos/as tienen escasas nociones del mismo, a diferencia del colectivo de matronas que poseen un conocimiento más amplio. Esta relación implica reacciones distintas entre los diferentes estamentos. El análisis pone de relieve que los médicos/as son más reticentes al cambio dado que cuestionan la evidencia científica de unas prácticas que se alejan de lo rutinario. Nos encontramos pues ante un colectivo que manifiesta cierta incertidumbre propia de la lógica clínica frente a la apodicticidad del riesgo y la patología (Gracia, y Júdez, 2004). En este sentido, el estudio advierte que el pensamiento biomédico aún permanece regulando las prácticas profesionales como resultado de la cosmovisión que poseen sobre la atención reproductiva; aspecto que también sostiene Cachon (1997) al manifestar que el Modelo Médico Hegemónico está fuertemente instalado en las instituciones hospitalarias “construyendo ideas, valores, conocimientos, creencias, tradiciones y costumbres” (p. 36) y configurando el universo simbólico acerca de la idoneidad de la praxis asistencial, ofreciendo una resistencia de cambio a otras formas de atención. De este modo entendemos la lenta incorporación ideológica sobre una nueva forma de comprender la asistencia obstétrica.

Al hilo de lo anteriormente comentado, investigaciones advierten que “algunos profesionales sanitarios creen que no es posible dar a luz de forma segura sin la ayuda de procedimientos e instrumentos técnicos” (Iglesias y otros, 2009, p. 5). Esto refleja que los/as médicos/as, influenciados por el pensamiento médico hegemónico basado y centrado en el razonamiento técnico, no entienden sus prácticas de manera diferente.

A pesar de estas reflexiones, el estudio revela que existen diferencias en la percepción del documento entre los/as médicos/as procedentes de Atención Especializada frente a los de Atención Primaria. Con respecto a estos últimos, pese a estar formados bajo la égida del biopoder se muestran más favorables al cambio. Este aspecto está relacionado con su perfil competencial ya que

“consideran a la persona como un todo por aspectos físicos, psíquicos y sociales vinculados a un contexto familiar y social concreto, lo que le permite llevar a cabo

una atención continuada al colectivo de personas al que atiende (...) tomando sus decisiones sobre la base de las evidencias científicas actualizadas y por ello, mantiene al día sus conocimientos, habilidades y actitudes profesionales” (Sánchez Marín, 2007, p. 51).

Aspectos sobre los que pone énfasis la Estrategia de Atención al Parto Normal.

Respecto a las matronas, aunque poseen un conocimiento profundo sobre la propuesta del Ministerio, sus reacciones son heterogéneas ya que algunas/os de ellas/os tiene una actitud proactiva hacia el cambio, sin embargo, hallamos profesionales reactivos amparándose en la incertidumbre inherente a un nuevo modelo asistencial, respondiendo con cautela ante cambios en la praxis. Esto nos induce a pensar que las matronas formadas anteriormente, al igual que los médicos/as están educadas y socializadas bajo el mismo modelo.

Lo mismo ocurre con las usuarias y receptoras de las recomendaciones de la Estrategia. Dentro de este grupo hallamos reacciones heterogéneas: por un lado, las que se someten a la ciencia aceptando la asimetría de poder, convencidas de que la atención que le ofrece el profesional va en su propio beneficio. Giddens (2006) se refiere a ello en términos de “aquiescencia o acatamiento” donde existe una “aceptación consciente de ese curso de acción y la aceptación voluntaria de las relaciones de poder (...)” (p. 206). Estas están insertas tan profundamente que quienes las reciben son visualizadas como naturales y los/as que las ofrecen, las representan como una conducta muy rutinaria. Y, por otro lado, descubrimos que existen usuarias expertas que reclaman decidir cómo debe ser manejado su parto siendo sujetos activos de la acción social, dando lugar a un nuevo escenario laboral focalizado en una estructura relacional médico/a – paciente más deliberativa. Sin embargo, dada la sobreinformación que poseen, surge la desconfianza hacia el/la médico/a al ser incapaz de cumplir las expectativas conformadas sobre el estilo de interacción clínica deseada (Zamarriego, Cabero, Usandizaga, Abel, Cabrillo, Cuadrado, ... Puerta, 2009).

En relación a la *primera línea estratégica* relacionada con las prácticas asistenciales según recomendaciones de la Estrategia de Atención al Parto Normal, los resultados arrojan que existe una gran variabilidad en el desarrollo de las buenas prácticas.

La episiotomía es uno de los puntos que más controversia suscita en el estudio, dado que no existe un posicionamiento claro por parte de los/as agentes de salud, sus respuestas son diversas como consecuencia de la gran variabilidad existente entre ellos/as. Inicialmente aunque existe una actitud de cambio, el análisis revela que a pesar que “la evidencia científica no respalda el uso sistemático de la episiotomía, son aún muchos los/as profesionales que continúan practicando episiotomías de forma rutinaria. Existen barreras para el cambio, siendo una de las principales la inercia de unas prácticas previas entre los profesionales obstétricos y que condicionan su actitud en la asistencia al parto” (Vidal, 2009, p. 8). Recientes publicaciones sostienen que aunque la tasa de episiotomías ha descendido en España en los últimos años gracias a la evidencia disponible, continúa siendo alta con respecto a países europeos y Norteamérica. Entre las causas principales se encuentran “el cambio en las resistencias y barreras profesionales, médicos y matronas, ante la evidencia disponible, y la formación en la atención al parto normal” (Luque, Subirón, Sabater, Sanz de Miguel, Juste, y Cruz, 2011, p. 46). Sin embargo, estas afirmaciones se alejan de los resultados obtenidos en el estudio, ya que además de los factores anteriormente mencionados, surge la desconfianza fruto de la falta de indicadores que evalúen la eficacia de la nuevas prácticas, dando lugar a que algunos/as agentes de salud opten por elegir aquellas cuya experiencia les aportan más seguridad. De igual modo, existen profesionales que ante la ambigüedad e incertidumbre imitan lo que los demás hacen con la finalidad de actuar de “forma segura, cómoda y la aceptación de sus propios compañeros” (Fernández de Maya, y Richard, 2010, p. 116). Estamos ante un problema de incertidumbre, siendo el factor que mayor impacto tiene en las variaciones de la práctica profesional ante “una evidencia científica ambigua o incompleta sobre su valor (...). Aunque existe evidencia científica sobre el valor de los procedimientos, el profesional sanitario aún conociéndolas emplea otras pautas (...)” (Fernández de Maya, y Richard, 2010, p. 116). Por otro lado, son interesantes la aportaciones realizadas por los trabajos llevados a cabo por Bikhchandani, Hirshleifer y Welch (1998), los cuales concluyen que ante situaciones de incertidumbre se impone la cascada informacional como forma de resolver ese estado de confusión, a través de la cual la conducta de otros comienza a ser más valorada que los signos apreciados de manera individual, los siguientes en actuar lo hacen imitando a los anteriores, adoptando un

comportamiento gregario “el seguir la corriente”. Sin embargo, estos mismos autores resaltan los efectos adversos que produce la cascada, dado que los resultados obtenidos del comportamiento pueden llegar a ser ineficientes al tener la capacidad de debilitar una favorable información procedente del escenario donde tiene lugar la acción, limitando la transmisión de la información y la naturaleza de la acción. En principio, intercambiarla podría resolver el problema, sin embargo, en la transacción que se establece pueden existir problemas de credibilidad, conllevando a una información errónea (Traducción propia).

Bikhchandani y otros (1998). *Learning from the Behavior of Others: Conformity, Fads, and Informational Cascades*. ‘Informational cascades weaken a favourable informational externality. Therefore, outcomes are inefficient relative to the observable signal scenario. This inefficiency arises from the discrete or bounded nature of possible actions, which limits information transmission, causing problems of credibility (...)’

Pese a que los testimonios no son concluyentes y sus posturas no están definidas, pasamos a presentar los resultados reales del hospital de estudio. Según datos facilitados por la Dirección de Enfermería del Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca (2010), la tasa de episiotomías en partos eutócicos se encuentra en un 40,57%. Este valor apoya la conclusión a la que llegaron Rincón y otros (2009) al contrastar los consejos de la Organización Mundial de la Salud y del Ministerio de Sanidad y Consumo sobre medicalización del parto con las prácticas desarrolladas en el servicio de la maternidad del Hospital Universitario La Paz, determinando que todavía persiste el uso rutinario de la episiotomía.

De igual modo, los datos obtenidos coinciden con el estudio elaborado por Rengel-Díaz (2008), el cual pone de manifiesto la controversia existente en poner en práctica las recomendaciones que el documento establece con respecto a esta práctica. Su trabajo especifica que del total de matronas entrevistadas, “sólo un 43% opina que la episiotomía se hace de rutina mientras que el 57% opina que se hace selectiva”. Sin embargo, a pesar de los discursos del equipo obstétrico, sus estudios revelan que “el número de episiotomías es alto y supera al de desgarros, con lo que muchos de los profesionales que opinan que la hacen en determinados casos, quizás se inclinen más a hacerla que a mantener una actitud conservadora” (p. 6). Las conclusiones de la investigación en este sentido siguen la tendencia del resto del país. Según los trabajos publicados por Aceituno (2009) aseveran que

“la media de episiotomía en España (50% sin partos instrumentales) es un 70% superior a la cifra que se postula como estándar (30%) (...) a pesar de la amplia evidencia disponible acerca de los beneficios de la práctica restrictiva de la episiotomía parece que se sigue aplicando en una proporción importante de los partos y sin un criterio común (amplia variabilidad)” (p. 69).

Estos planteamientos sostienen la ambigüedad de los discursos de los/as informantes. Algo similar ocurre con los partos instrumentales, los cuales siguen una tendencia al alza como consecuencia de la excesiva demanda de la analgesia epidural (Aceituno, 2009, p. 612), siendo el vacuum el más utilizado.

Respecto al pinzamiento tardío de cordón, los/as obstetras son más reticentes dado que cuestionan la evidencia científica, pese a ello existe buena disposición e interés en respetar las recomendaciones del Ministerio de Sanidad y Consumo. Recientes estudios concluyen que “es necesario realizar estudios más amplios y concluyentes” para la realización de esta práctica asistencial (Ortega, Ruiz, Garrido, y Marchador, 2009, p. 28). A pesar de ello, los testimonios pertenecientes al colectivo de matronas coinciden en los beneficios que reporta al bebé y existe unanimidad en el respeto. Estos resultados corresponden con la investigación cuantitativa desarrollada en 69 unidades de maternidad en hospitales sirios llevada a cabo por Matar, Almerie, Alsabbagh, Jawoosh, Almerie, ... Duley (2010), quienes expusieron las discrepancias existentes sobre la evidencia científica en esta praxis por parte de los obstetras y matronas, señalando que “aunque la Cochrane Review muestra los beneficios del pinzamiento tardío, es necesaria una mayor evidencia basados en resultados para proporcionar seguridad y tranquilidad sobre esta práctica asistencial” (Traducción propia); reflexiones que también comparten los/as participantes de la investigación, hecho que explica la variabilidad del pinzamiento de cordón en el hospital de estudio y la necesidad de llegar a un consenso para reducirla.

Matar, H.E. y otros (2010). *Policies for care during the third stage of labour: a survey of maternity units in Syria* ‘Timing of cord clamping is controversial. Although WHO recommends delayed clamping, how long to delay is not specified. The Cochrane Review shows promising benefits associated with delayed, or deferred, clamping rather than early clamping, but further evidence is needed to provide evidence about long term outcome and reassurance about safety (...)’.

Pese a que se comienza a vislumbrar una actitud de cambio por parte de los/as obstetras “se convierten automáticamente bajo sospecha cuando intentan salir de la práctica estructurada o de la rutina establecida” (Fernández del Castillo, 2008, p. 345). Esta es una de las razones que señalan alguno de los/as participantes, generándoles situaciones incómodas al ser observado/a constantemente ante la innovación de la nueva praxis alejadas de aquellas que permanecen insertadas en la cultura hospitalaria. Este hecho hace que se ralentice la actitud al cambio.

Sobre el enemado y rasurado existe poca o nula variabilidad a pesar de la discutible evidencia científica que los sujetos de estudio manifiestan. Aunque la propuesta indica que no existe evidencia suficiente que justifique el rasurado (M.S.C., 2007, p. 23) algunos autores procedentes de la disciplina antropológica la representan como “humillante” para la mujer (Otegui, 2000, p. 245). En este sentido, los discursos de los/as informantes van más allá y desmontan esta visión deshumanizada y vejatoria.

Relacionado con el acompañamiento, según ponen de manifiesto algunos autores, antiguamente éste no se presentaba como necesidad dado que la mayoría de los nacimientos ocurrían en las casas, sin embargo con la Institucionalización del parto en el marco hospitalario, las mujeres permanecen sin apoyo por parte de los familiares y amigos, tan sólo por los/as profesionales de la Institución (Walker, Visger, y Rossie, 2009, p. 469) (Traducción propia).

Walker, D.S. y otros (2009). *Contemporary Childbirth Education Models*. ‘Before the late 1930s, most births occurred at home. Birth was viewed as a normal event in women’s lives, and they were primarily supported in pregnancy and birth by other women, often mothers, grandmothers, or sisters.(...). However, with the movement of childbirth into the hospital setting, women’s relationship to birth and to those who attended them changed. Women who gave birth in the hospital no longer had the unlimited support of women friends or family member. They were often alone and isolated from support persons and attended by nursing and medical personnel’.

Numerosas Organizaciones y Asociaciones: Organización Mundial de la Salud (1996,1999); Federación de Asociaciones de Matronas de España (2007); Ministerio de Sanidad y Consumo y Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad (2007, 2010); Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (2007); Asociación el Parto es Nuestro, enfatizan en los efectos beneficiosos que supone tanto para favorecer los mecanismos de progresión del

parto, atenuar el dolor y el soporte emocional tanto para la madre como el padre durante el proceso del parto. Por otro lado, Odent (2006) deconstruye esta visión asegurando que “hoy día las teorías están tan bien enraizadas que nadie se atreve a hacer notar que la participación habitual del padre en el nacimiento y el crecimiento espectacular de los niveles de cesáreas han sido dos fenómenos paralelos”. Lo intenta explicar señalando que para humanizar el proceso reproductivo, primero hay que “mamerizarlo” y, por consiguiente, “para satisfacer nuestras necesidades como mamífero implica de entrada que la mujer que da a luz no se sienta observada, necesidad que comparte todos los mamíferos” (pp. 26- 27). Entendemos pues que el simple hecho de hablarle a la parturienta le obliga a estar en clave racional. Siguiendo esta reflexión, el acompañante debería estar disponible pero en un segundo plano y comprender que el parto es un proceso lento y espontáneo en el cual no hay nada que se pueda hacer para resolver rápidamente la situación. Pese a estas teorías, la investigación ha revelado la importancia de la pareja como sujeto activo y útil en el apoyo emocional a la mujer durante toda la secuencia reproductiva.

La naturaleza del acto médico surge como factor determinante en la actitud que tenga el equipo asistencial en lo que respecta a la presencia del acompañante durante la fase de expulsivo. En este sentido, la autoridad de la ciencia biomédica es esencial en la manera en cómo la realidad es organizada y experimentada en materia de enfermedad, de modo que se crea un espacio de dominio exclusivo por parte de los/as obstetras repercutiendo en sus actitudes asistenciales, reflejándose al ejercer decisiones unilaterales por parte de los/as mismos/as y determinar cuáles son las condiciones idóneas para el acompañamiento. Blázquez (2009) señala que “el hecho que sea el mismo profesional el que decide en qué momento debe estar el acompañante subyace un significado de control y poder, de tal forma, que “la compañía y el acompañamiento está determinado por los profesionales, que dictaminan el número y las personas que participan, quedando ajeno al control de las mujeres” (p. 289) incluso el tiempo de permanencia depende de las decisiones del agente de salud. Esta barrera que ejercen los/as obstetras también es corroborada por los trabajos realizados por Castro y Clapis (2005, pp. 965-966) (Traducción propia).

Castro, J.C., y Clapis, M.J. (2005). *Humanized Birth According to Obstetric Nurses Involved in Birth Care* “as enfermagem obstétrica referem que os medicos sao la pior barreira a prática médica, uma vez que é carregada de conceitos e practicas medicalizados (...), reconhecendo como a hegemonia medica e a falta de autonomia da enfermeira”

Investigaciones señalan que esta reactancia del personal hacia el apoyo es producto de una relación vertical basada en la falta de saber científico de los acompañantes, dando lugar a una interacción impersonal y un vínculo ético- afectivo poco sustentado con el equipo asistencial (Araujo, Munhoz, y Aparecida, 2003). Argumento que también sostienen expertos al poner especial énfasis en la vigencia del modelo biomédico como agente obstaculizador, señalando que la interacción del equipo de salud con la parturienta y el acompañante se presenta como “un campo de fuerzas en el que finalmente el saber y el dominio médico determinan el papel del acompañante en el trabajo del parto” (Bourdieu, 2007; Nakano, Amorín, Sartorato, Stefanello, y Gomes, 2007, p. 135).

Nakano, A.M. y otros (2007). *O suporte durante o processo de parturição: a visao do acompanhante*. “O domínio médico se expressa em um contexto de parturição em que a noção de risco mostra-se presente. A tecnologia médica apresenta-se como resposta ao controle desse risco. Esta lógica, levada ao extremo, passa a justificar a utilização incondicional de intervenções na condução do trabalho de parto e parto. Tal condição reforça o saber-poder médico em detrimento de qualquer participação ativa da mulher e do acompanhante no processo de parturição, restringindo-se ao papel de “não atrapalhar”. Neste campo de forças em que operam as relações entre profissional de saúde, parturiente e acompanhante, de forma singular, os acompanhantes expressam a imagem que têm dos profissionais, no espaço institucionalizado da assistência ao parto. Neste espaço organizacional, o fazer fica reservado para quem é dotado de saber, o médico”

Sin embargo, pese estas afirmaciones la investigación revela que a parte de la interacción clínica paternalista influyente, también se contemplan los principios éticos y morales por parte del equipo asistencial, así como una actitud médica más proactiva hacia el acompañamiento en las fases finales del acto médico.

Así mismo, los testimonios ponen de manifiesto que aunque existe un interés por la pareja en acompañar a su mujer en el parto, en ocasiones la parturienta prefiere vivir la experiencia en soledad, en compañía de la matrona. El estudio etnográfico que realiza Castaño (2009), en una zona rural murciana, desvela que en aquella época tampoco las mujeres querían que sus maridos entrasen en el dormitorio, ya que se encuentran más seguras y tranquilas con las comadronas y alguna mujer de la familia o vecina que ayuda. De

modo, que en la actualidad es un patrón de conducta que se sigue presentando, aunque con menos frecuencia.

Respecto a las infraestructuras, los estudios desarrollados por Parra y Müller (2008), De la Cueva (2008), así como la Estrategia de Atención al Parto Normal (M.S.C, 2007), los Estándares y Recomendaciones para Maternidades Hospitalarias (Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, 2009), y la Guía Clínica de Atención al Parto Normal (Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, 2010), resaltan la necesidad de adaptar las estructuras para poder cubrir las necesidades de la mujer y para que los/as profesionales puedan desarrollar unas buenas prácticas con respecto a la atención al parto y puerperio. El análisis revela que los factores arquitectónicos son determinantes en el acompañamiento de la pareja, especialmente en dilatación. Estas conclusiones coinciden con el estudio cuantitativo realizado por los obstetras Cantero, Fiuri, Furfaro, Jankovic, Llopart y San Martín (2010) manifestando que “aún mostrando el deseo de acompañamiento, gran parte de las mujeres no lo lograron por factores estructurales y profesionales” (p. 110). Así mismo, se comprobó que también incidía en otro de los aspectos recomendados por la Estrategia de Atención al Parto Normal tales como la imposibilidad de encontrar espacios para la deambulaci3n de la gestante.

Es importante destacar que el Área de Partorio no se rige por protocolos, por tanto, la asistencia obstétrica obedece a razones personales que pueden o no ser compartidas con el resto del equipo. Relacionado con esto surge la inercia como uno de los factores influyentes, resultado de una praxis instaurada y estructurada mediante el proceso formativo y posterior socializaci3n, induciendo a una reflexi3n acrítica sobre la acci3n de la prctica profesional (Sch3n, 1998), de modo que el profesional no se plantea las necesidades de la mujer y su pareja en este sentido. Sus prcticas llegan a ser mecánicas y robotizadas, dando origen a una “domesticaci3n instituida” (Bourdieu, 1979, p. 57). Esta queda insertada en el mapa conceptual del profesional como una serie de regularidades y patrones estructurados, configurando el orden simbólico que le impone la cultura hospitalaria.

Se demuestra que existe una tendencia a la variabilidad con respecto al acompañamiento así como en el resto de las recomendaciones del documento. Reflexi3n

compartida por Rengel – Díaz (2008) afirmando que “al final cada uno hace las cosas como las cree más adecuado (...)” (p. 9). Partiendo de esta idea, pese a que en la unidad de estudio no existe unidad de criterios por parte del equipo asistencial, los resultados registrados por el Selene muestran que entre los años 2009 y 2010, el soporte familiar se sitúa entre el 84,47% y 97,98% respectivamente. Aunque los datos se contradicen con la teoría hasta ahora sostenida con respecto a esta recomendación, es preciso aclarar que el apoyo es intermitente en la mayoría de los casos. Si atendemos a que la buena práctica está basada en “permitir el apoyo durante todo el proceso de modo ininterrumpido” (M.S.C, 2007, p. 26); los valores no hacen referencia al apoyo continuado.

Del mismo modo, la Guía de Práctica Clínica sobre la Atención al Parto Normal (2010) señala que “el efecto del apoyo continuo profesional, aún siendo beneficioso, lo es más en centros que no tienen políticas de acompañamiento” (p. 50). La realidad que se presenta en el hospital de estudio, que carece de política institucional al respecto, es que esta modalidad de apoyo no se ofrece de manera generalizada repercutiendo en la humanidad del proceso, satisfacción de la experiencia vivida por la mujer, interferencia en sentimientos de competencia y confianza, interferencias en la adaptación del padre a la paternidad y un alto riesgo de depresión posparto (Hodnett, Gates, Hofmeyr, y Sakala, 2008). Estos supuestos debilitan y desmontan el discurso sostenido por Michel Odent (2006) respecto a las repercusiones negativas del apoyo social de la pareja, mencionado con anterioridad.

El estudio revela que, en ocasiones, es la propia mujer la que desea vivir en soledad el proceso arguyendo razones de privacidad o sentimientos de vergüenza. Los resultados son equivalentes a las investigaciones llevadas a cabo por Mello de Carvalho (2003) que señalan que “uno de los factores que dificultan el acompañamiento es debido al sentimiento de vergüenza que sienten ellas por la presencia de la pareja” (p. 395) (Traducción propia). Del mismo modo, la autora manifiesta que son las mismas parejas las que, en ocasiones, deciden no estar preparadas para vivir ese momento, dado que no aguantarían presenciar los partos. Este último aspecto no se evidenció en el análisis.

Mello de Carvalho, M.L. (2003). *Fathers' participation in childbirth at a public hospital: Institutional difficulties and motivations of couples*. "Algumas mulheres expressaram claramente não desejar a presença do pai (...).A suposição de que os homens não "agüentariam" a experiência esteve muito presente mesmo entre os que participaram do parto, parecendo que as mulheres projetavam nos homens o medo, o nojo e a vergonha do parto (...).Algumas mães presentes nos alojamentos manifestaram a frustração do seu desejo de apoio dos companheiros, enquanto outras zombavam dos homens, referindo-se ao fato de que eles não "agüentariam" presenciar os partos (...)"

En concordancia con este sentimiento y falta de privacidad, la investigación comprobó que los tactos vaginales están relacionados con ello. La propuesta del Ministerio ha demostrado que existen numerosos estudios científicos que cuestionan la evidencia científica en lo que respecta a la frecuencia de esta práctica, ya que es el método más utilizado de medida de progresión del parto. Sin embargo, los testimonios subrayan la incomodidad de verse observadas y manipuladas por todos/as aquellos/as que participan en la conducción del proceso. La mujer percibe la experiencia de manera insatisfactoria al ser vivida como una situación embarazosa, estresante por pérdida de la intimidad e incremento de la vulnerabilidad. Según pone de manifiesto el estudio, las matronas es el colectivo que más respeta las recomendaciones sobre esta práctica, dado que son conscientes del impacto psicológico que supone para la mujer. De igual modo son relevantes las aportaciones realizadas por Bergstrom, Roberts, Skillman y Seidel (1992) relacionadas con la frecuencia de los tactos vaginales al manifestar que además de constituir un ritual en el proceso asistencial, refuerza el mensaje cultural sobre la impotencia de la mujer respecto a su parto, desconfiando de su propio cuerpo para el abordaje del mismo y su sometimiento al poder institucional (Traducción propia).

Bergstrom, L. y otros (1992). *"You'll Feel Me Touching You, Sweetie": Vaginal Examinations during the Second Stage of Labour*. 'The examinations were performed in a ritualistic manner by all caregivers, and the way the ritual was enacted repeatedly demonstrated the power of the caregivers over the women'.

En relación a la elección de la postura, estudios ponen de manifiesto que la comodidad de los/as profesionales está por encima que las preferencias de la mujer para llevar a cabo esta práctica, así mismo recomiendan que tanto los "obstetras y matronas necesitan una enseñanza para atender partos en diferentes posiciones de la supina para que esta dificultad no sea un factor inhibitor en la selección de la posición" (Rengel-Díaz, 2008,

p. 9). Sin embargo, en la unidad de estudio atiende a otro tipo de factores como la poca demanda, el factor generacional, la falta de recursos materiales y, sobre todo, el uso de la analgesia epidural. En esta línea, son relevantes las conclusiones vertidas por Martín de Vega y otros (2007), las cuales sostienen que las posiciones más habituales que se utilizan en nuestro país durante el segundo periodo son las de Sims (decúbito lateral preferentemente izquierdo), Semi-Fowler (semisentada con un ángulo no superior a 45º), y litotomía o posición obstétrica, siendo la administración de la analgesia epidural uno de los factores principales que dificulta la adopción de las posturas dado que les impide movilizar con fuerza y eficacia los miembros inferiores.

Hemos visto como la analgesia epidural condiciona la elección de la postura, pese a ello, es la técnica más utilizada por las mujeres dado que constituye el principal método de erradicación del dolor. Aspecto relevante que sobresale en la investigación es la alta demanda por parte de las usuarias y la escasa solicitud de la parturienta a parir adoptando otras posiciones. Esto hace cuestionar el interés de las mujeres sobre la recomendación. Por otro lado, se descubre que existe una oferta limitada por parte del equipo de salud a pesar del amplio abanico de recursos alternativos de métodos de erradicación del dolor, resultado de la escasez de recursos que ofrece el hospital para ello.

Relacionado con la lactancia precoz y el contacto piel con piel, los resultados aseveran que aquel sigue las recomendaciones de la propuesta del Ministerio, sin embargo, en lo que respecta a éste, el establecimiento de unas rutinas establecidas por parte de los/as profesionales en el ritual del nacimiento imposibilita que se lleve a cabo en la maternidad de estudio. Estudios internacionales sostienen dichas afirmaciones al advertir que “algunos hábitos muy diseminados en las maternidades retrasan el inicio del contacto precoz madre-hijo. Dentro de las rutinas encontramos: secar, aspirar, examen físico seguido de baño de inmersión, verificación de datos antropométricos y administración de medicamentos” (Alves, de Souza, dos Santos, Velho, Camargo y Martins, 2010, p. 999; Sinusas, y Gagliardi, 2001, p. 985) (Traducción propia).

Alves, T., de Souza, M.E., dos Santos, Velho, E.V., Camargo, E, y Martins, N. (2010). *Contacto precoce pele a pele entre mae e filho: significado para maes e contribuicoes para a enfermagem*. “algunos habitos muito disseminados entre as maternidades, ressaltam na prorrogacao do inicio do contacto precoce mae- filho. Dentre as rotinas dos cuidados imediatos ao recém- nacido encontramos: (...) secar, aspirar e avaliar o recém- nacido, realizar o exame fisico seguido do banho de imersao, verificar os datos antropométricos e administrar medicamentos”.

El estudio ha desvelado que entre los factores de la deshumanización encontramos la falta de identificación y presentación del personal en el acto asistencial. Relacionado con ello existen trabajos que enfatizan, por un lado, la importancia de la presentación por parte del equipo dado que constituye una herramienta eficaz para conseguir una actitud más receptiva por parte del paciente, mejorando la interacción clínica entre los/as agentes (Domínguez Navarro, Cervera, Disdier, Hernández Machado, Martín, y Rodríguez, 1996) y, por otro, el impacto psicológico que supone la falta de identificación, según relata la etnografía sobre la Unidad de Urgencias de un hospital, desarrollada por Canals (2009), expresando su Vía Crucis en Urgencias “lo primero que hay que constatar es la dificultad de identificar quién es quién. Da la impresión que todo el mundo ha pillado la ropa que ha podido y casi nadie lleva tarjeta identificativa ni rótulo que identifique su categoría. Las mezclas son increíbles: desde el riguroso uniforme de quirófano a curiosas combinaciones de batas y pijamas verdes o blancos (...)” (p. 72). Situación que también se vive en el hospital de estudio, según relato de los/as participantes y observación del investigador.

Por otro lado, mencionar la deficiente información del equipo de salud acerca de los actos que se va a realizar a la mujer, impidiendo que tenga libertad en la toma de decisiones. La investigación demuestra que se expresa codificada, impidiendo que tenga capacidad para opinar, discutir y decidir conjuntamente con el equipo asistencial acerca de cómo debe ser conducido su proceso, perdiendo protagonismo y autonomía sobre el mismo, aspecto sobre el que pone especial énfasis la segunda línea estratégica del documento (M.S.C., 2007, p. 33). Expertos resaltan la importancia del lenguaje para la autorreflexión del agente en la medida que está relacionada como lo que los otros hacen y piensan. De modo que si se desea un acercamiento ético en la atención obstétrica es importante la modificación de los códigos biomédicos con la finalidad de conseguir la reflexividad y dar sentido a los sucesos.

De este modo, se fomenta el conocimiento mutuo sobre el acontecimiento, favoreciendo la toma de decisiones (Carlton y otros, 2005, p. 150) (Traducción propia).

Carlton, T., Callister, L.C., y Stoneman, E., (2005). *Making Decision in Laboring Women. Ethical Issues for Perinatal Nurses*. 'such interactions should be characterized by veracity with comprehensive and accurate communication of information and verification of the woman's understanding'

Autores como Rodríguez y Zurriaga (1997) sostienen que “mantener al paciente desinformado y cerrar filas con respecto a la información son dos de las formas mediante las cuales los médicos limitan el poder y la autonomía de los pacientes, consiguiendo mantener a la parturienta sumisa al tiempo que el poder médico se retroalimenta recuperando el control de la mujer” (p. 88). Situación que se evidencia con bastante frecuencia en médicos/as, matronas y enfermeras, en actividades tales como las exploraciones vaginales, uso de la oxitocina, asesoramiento sobre la lactancia y colocación de la vía de manera rutinaria. Resultado de unas actitudes paternalistas que derivan de profesionales formados/as y socializados/as bajo el Modelo Médico Hegemónico; poniéndose de manifiesto el aspecto generacional como factor influyente. Estas actitudes generan reactancia en las parturientas.

Los resultados vierten datos relacionados con la *segunda línea estratégica* sobre el respeto a la toma de decisiones. Esta es considerada por la mayoría de los/as profesionales de las diferentes unidades de estudio, especialmente en Atención Primaria y Área de Paritorio como consecuencia de una interacción clínica simétrica y paritaria cuyas prácticas asistenciales están orientadas con los valores, expectativas y preferencias de la parturienta. Por tanto, nos encontraríamos frente a una “toma de decisión compartida”, la cual se sitúa en una “zona intermedia entre el abordaje paternalista del médico que aconseja lo que debe hacer al paciente y la decisión informada que adopta en solitario una vez ha sido informado de manera objetiva de las ventajas e inconvenientes de las distintas alternativas disponibles” (Gené, 2005, p. 175). El análisis de la investigación coincide con el estudio realizado por Galotti y otros (2000), los cuales concluyen que “las mujeres eligen la atención de las matronas porque son profesionales que respetan su voluntad, ofreciéndole autonomía y protagonismo sobre el proceso” (p. 325) (Traducción propia), siguiendo una filosofía

alternativa alejada del modelo tradicional de atención obstétrica. Además son las profesionales que respetan el código internacional de ética elaborado por la Confederación Internacional de Matronas en 1999, cuyos principios básicos están basados en “el reconocimiento de las mujeres como personas con derechos humanos plenos, la búsqueda de justicia para todas las personas y la equidad en el acceso a la asistencia sanitaria, y basar el ejercicio de la profesión en una relación mutua de respeto, confianza y dignidad (...) siendo éstos los pilares fundamentales del ejercicio ético de la profesión” (Thompson, 2001, p. 22).

Galotti, K.M. y otros (2000). *Midwife or Doctor: a study of pregnant women making delivery decisions*. ‘the major findings of this study are the facts that women who choose or select an increased potential for autonomy and decision making style, were experienced greater attention from their attendants as well as greater time spent in interaction with midwives’.

Igualmente, esta interacción clínica deliberativa se presenta en algunos obstetras, especialmente en las Salas de Parto.

Por otro lado, en esta involucración de la matrona por respetar los principios éticos de la profesión, los datos señalan que existen mujeres que pese a ofrecerle la posibilidad de autonomía, prefieren ser sujetos pasivos en la asistencia; conclusiones compartidas por Meneu (2005) acerca de la participación de los pacientes en las decisiones sobre su asistencia sanitaria, señalando que “algunos pacientes no desean tener un papel activo en su propia asistencia” (p. 337). Es decir, existen usuarias que no demandan dicho respeto, de modo que se limitan a escuchar al equipo asistencial, ser muy complacientes y seguir las instrucciones inequívocamente.

Referente a las fluctuaciones de simetría y asimetría de poder determinadas por la información recibida y el estilo de relación establecida por los/as agentes de salud, aparece el Consentimiento Informado y el Plan de Parto como instrumentos útiles para que la mujer alcance empoderamiento y el protagonismo necesario. Pese a que aquel está basado en principios éticos, se encuentra regulado por normas legales y se lleva a la práctica en el marco de la relación médico/a paciente. Este documento no responde a las necesidades de las mujeres, especialmente en las Unidades Ginecológicas de Apoyo, ya que la información no es completa y en algunos casos existe coacción a través de los discursos culpabilizadores

desde un enfoque de riesgo. Aunque en ocasiones esta situación se podría confundir con persuasión por parte del profesional en beneficio de la mujer, este hecho no se advierte en los discursos de los/as participantes. Por tanto, en este nivel asistencial no cumple los elementos normativos que lo comprenden, tal como señalan Simón y Júdez (2004). El autor es consciente del sesgo al aseverar este punto, dado que entre la coacción y la persuasión, entendida ésta como “un elemento de ayuda asertiva en el proceso de toma de decisiones” (Simón, y Júdez, 2004, p. 44), la habilidad de comunicación por parte del agente de salud es un aspecto esencial para la interpretación del Consentimiento por la usuaria.

Como forma de abordar los dilemas éticos que se presentaban en todos los ámbitos asistenciales sobre el uso del Consentimiento Informado, la Consejería de Sanidad de la Región de Murcia elaboró un documento de apoyo para todos los/as profesionales sanitarios que llevan a cabo su labor en centros públicos como privados (Servicio Murciano de Salud, 2007). A pesar de su publicación, en ocasiones, es tratado como un mero trámite burocrático que finaliza cuando la mujer lo firma. Según ponen de manifiesto los testimonios, el equipo de salud no da suficiente tiempo para leerlo, entenderlo y pedir las explicaciones que se desee sobre el mismo, así como ampliar la información que la mujer considere conveniente. Existen trabajos publicados que señalan la aceptabilidad del Consentimiento por parte del equipo de salud, sin embargo, la percepción de los usuarios del buen uso del documento por parte de los médicos/as fue insatisfactoria en más de la mitad de los pacientes (Herrero, Reyes, Gómez, y Donat, 2001). En relación a la deficiente utilidad que se le suele atribuir, Simón y Júdez (2004) advierten que “pensar que el Consentimiento Informado es un momento aislado y puntual de la relación clínica, centrado en el formulario del mismo y preocupado por obtener la firma del paciente, es equivocarse totalmente en el plano ético y legal” (p. 43).

Respecto al Plan de Parto, pese a las perspectivas positivas que ofrece en cuanto a la humanización de la asistencia obstétrica al estar centrado en el principio de autonomía y la oferta de una asistencia personalizada y respetuosa, los resultados de la investigación arrojan: la demanda casi inexistente por parte de las mujeres, el riesgo de sobrecarga asistencial y conflictos intra e interprofesionales, y el sentimiento de incomodidad del

equipo obstétrico. Este último aspecto se presenta cuando las reivindicaciones de las mujeres son difíciles de llevar a cabo por factores institucionales, así como por motivos de índole profesional al cuestionar la seguridad y sabiduría del conocimiento científico de quienes les asisten, conllevando a una pérdida de autonomía de los mismos e interfiriendo en las relaciones de los agentes de salud – pareja y usuaria. Relacionado con ello, Escuredo (2003) se pronuncia al respecto afirmando que “el insuficiente respeto a la autonomía y a la capacidad de decisión de los pacientes producto de una inadecuada relación de poder por parte de los profesionales son aspectos que influyen en la deshumanización asistencial” (p. 165), énfasis que pone de manifiesto la Estrategia de Atención al Parto Normal en el punto 3.2. Según manifiesta Fernández Guillén (2009) “las decisiones libres e informadas de las usuarias deben ser respetadas por el equipo asistencial en base a lo establecido en el Artículo 2.6 de la Ley de Autonomía del Paciente”, comentando con anterioridad. A tenor de los testimonios este aspecto debe ser mejorado en los dos ámbitos asistenciales, ya que como sostiene la autora el Plan de Nacimiento es un soporte documental para recoger la voluntad de la usuaria configurada a través del proceso de información ofrecido por los/as agentes de salud.

son numerosos los trabajos que sostienen los resultados de la investigación. En primer lugar hay que mencionar la publicación de Molina y Muñoz (2010), las cuales señalan que “el Plan de Parto lejos de mejorar las relaciones, parece que irritan al personal obstétrico, con resultados adversos en cuanto al desenlace del parto” (p. 55). Estudios advierten que esta percepción del documento por parte del equipo asistencial repercute en la satisfacción de la mujer al interactuar con la matrona, especialmente en lo relativo a la comunicación y apoyo, generando una barrera y desconfianza entre ambos agentes. Así mismo, señalan la poca flexibilidad y rigidez del Plan de Nacimiento como elementos que fomentan el rechazo (Lothian, 2006, p. 295) (Traducción propia).

Lothian, J. (2006). *Birth Plans: The Good, the Bad, and the Future*. ‘Caregivers often see women as difficult and demanding, and their birth plans as rigid and unrealistic (...). Communication is often stifled, rather than promoted, and there is a distrust on both sides’.

En esta línea mencionamos las aportaciones realizadas por Kaufman (2007) al declarar que

“los obstetras y personal del hospital merecen respeto por su conocimiento y sus logros académicos. Sin embargo, doctores y enfermeras son seres humanos con sus propias opiniones y experiencias que no siempre podría corresponder con los deseos de los padres (...), de modo que los médicos y personal del hospital se encontrarían con dificultades para romper con la rutina de sus prácticas; por tanto, la información aportada desde fuera podría no ser aceptada ni introducida en sus prácticas” (p. 48) (Traducción propia).

Kaufman, T. (2007). *Evolution of the Birth Plan*. ‘Obstetricians and other hospital staff deserve respect for their knowledge and their academic achievements. However, doctors and nurses are human beings with their own opinions and experiences, which may not always match expectant parents' desires. Physicians and hospital staff may function on experiential evidence and find it hard to break their routines. Information outside the provider's comfort zone may not be accepted into practice’.

Desde esta perspectiva, Molina y Muñoz (2010) resaltan la dificultad que tiene los/as agentes de salud en respetar un Plan de Parto cuando sus prácticas están sometidas a protocolos. En lo que respecta a nuestro ámbito de estudio, al no existir, las razones son multifactoriales; yendo desde el factor estructural, pasando por la organización asistencial para llegar finalmente a la inercia de unas prácticas asistenciales conformadas en un modelo obstétrico tradicional; aspecto este último compatible con la visión de Kaufmann. Por consiguiente, la actitud del equipo sanitario es continuar con “los rituales que tiene por objeto colocar a cada uno en el sitio que le corresponde, adjudicándole al médico o al profesional el papel de sujeto y a la mujer el de objeto (...)” (Fernández del castillo, 2008, p. 336). De este modo, lo que subyace ante la reticencia de los/as agentes de salud al cambio y a la perpetuación de la praxis es la subordinación de la mujer a los mismos.

Este instrumento supuestamente garantiza la simetría de las relaciones entre el agente y la mujer, sin embargo, en el hospital de estudio, esto no sólo no se consigue sino constituye uno de los grandes conflictos bioéticos que tiene lugar en la asistencia obstétrica, ya que existe una pérdida de autonomía y empoderamiento por la falta de respeto de las decisiones de la mujer sobre su proceso. Aunque el equipo asistencial muestra un interés en conseguir el bienestar de la mujer respetando sus voluntades, el gran problema reside en renunciar al monopolio del poder de decisión para compartirlo con ella a quien considera una profana en aspectos relacionados con el parto. Algunos estudios van mas allá,

especialmente el desarrollado por Too's al afirmar que "es más rápido decidir por la mujer que atravesar el largo proceso del diálogo y la negociación para encontrar una manera para la acción respetando el deseo de las mujeres (Too's, 1998, p. 46)" (Lothian, 2006, p. 299) (Traducción propia).

Lothian, J. (2006). *Birth Plans: The Good, the Bad, and the Future*. 'It's often quicker to decide for the women than to go through the lengthy process of dialogue and negotiation to find a way for action which respected the women's wishes.

Ante esto existe una regresión hacia una conducta paternalista ya que "no satisface los deseos, necesidades, restringiéndole a la propia determinación (...) ejerciendo un poder y coerción, en una situación en la que sus conocimientos están sobre el usuario, lo que le capacita al profesional a mantener el control y dominio (...) provocando "insatisfacción, dudas y sentimiento de ignorancia, lo que fomenta una participación pasiva, dependiente y de aceptación (...)"(Arratia, 1988: 196)" (Arratia, 1999, p. 518). Este aspecto, tal como mencionábamos en apartados anteriores, se manifiesta en las Unidades Ginecológicas de Apoyo ante el mal uso del Consentimiento Informado.

Por otro lado, dada la coexistencia intergeneracional y las distintas formas de entender la práctica asistencial, tal como constata la amplia variabilidad práctica, encontramos un pluralismo moral ya que los/as profesionales "coexisten en el mismo espacio, con diferentes ideas del bien, ideologías diferentes, maneras de organizar las actividades y de entender el mundo" (López de la Vieja, 1999, p.197). Con respecto a este fenómeno, los datos arrojados por el estudio comparten las reflexiones aportadas por Sharp (1998) al afirmar que "los/as agentes de salud tiene sus propias creencias y valores, hecho que repercute en la calidad asistencial ofrecida, dado que los usuarios pueden estar expuesto a diferentes formas de atención asistencial" (p. 237) (Traducción propia).

Sharp, E. (1998). *Ethics in reproductive Health Care: A Midwifery Perspective*. 'Health care professionals have their own personal beliefs and values different from each other. As health care has become more specialized and specialist professions, patients may be exposed to numerous health care providers who have beliefs and values different from each other'.

Pese a este relativismo ético y moral, la humanización de la asistencia, en la mayoría de los casos, no queda comprometida ya que en el escenario laboral también existe una

interacción clínica de naturaleza deliberativa que atenúa las repercusiones negativas que entraña el pluralismo ético. A pesar de ello y de acuerdo con los datos obtenidos, la usuaria en ocasiones siente frustración al no ser capaz de cumplir sus expectativas y deseos en relación a la atención de su parto, solicitando la sumisión al aparato médico, aceptando las normas biomédicas como adecuadas e idóneas por ambas partes, transformándose en una relación paternalista, asumiendo las recomendaciones del equipo asistencial (Giddens, 2006; Sadler, 2003). En esta línea, “recientes estudios realizados en Suecia referentes a la satisfacción de las mujeres con la experiencia del parto siguiendo un Plan de Nacimiento, ésta no mejoraba” (Molina, y Muñoz, 2010, p. 55), ya que representan un ideal sobre la conducción del proceso que finalmente no se consigue, generando una importante insatisfacción de la experiencia.

Otro factor relevante que deriva de los resultados relacionado con el respeto de la toma de decisiones en el Plan de Parto es la reducida oferta del mismo durante la atención prenatal, ya que la mayoría de las participantes lo desconocen. Hallazgo que también coincide con las valoraciones efectuadas por Blázquez (2009), al manifestar que “las pocas profesionales que lo conocen no promueven su uso” (p. 283). A este respecto, Kaufman (2007) y Lothian (2006) señalan la importancia de ofrecerlo a las mujeres durante las clases de educación maternal o durante las visitas prenatales con la finalidad de facilitar un diálogo abierto entre la mujer y su pareja, y los/as profesionales que le atenderán en el parto, incluyendo el Consentimiento Informado y los derechos de las mujeres a hacer uso o no de la información. En estas clases se desarrollan el valor, la seguridad y práctica para comunicarse efectivamente con el equipo obstétrico desarrollando habilidades de negociación” (p. 300) (Traducción propia).

Lothian, J. (2006). *Birth Plans: The Good, the Bad, and the Future*. ‘Classes also need to include information about decision making, including both informed consent and women’s right to informed refusal. Women also should be given the opportunity in childbirth classes to develop communication and negotiation skills. It takes courage, confidence and practice to communicate effectively with the powerful caregiver and hospital (...)’.

Aspecto sobre el cual se pronuncia la Federación de Asociaciones de Matronas de España (2007) al recomendar su elaboración “alrededor de la 28-32 semanas” (p. 19).

Posiblemente la Guía de Práctica Clínica sobre la Atención al Parto Normal elaborada por el Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad (2010), con el soporte del Observatorio de salud de la Mujer, atenúe estas relaciones asimétricas dado que

“va destinada fundamentalmente a obstetras, matronas, pediatras, anestesistas de Obstetricia y personal sanitario responsable de la atención al parto y al recién nacido en el entorno de un centro sanitario. También va dirigida a los responsables de la planificación y gestión de los servicios de maternidad y a las mujeres embarazadas y sus familias a quienes se ofrece una versión adaptada de la guía con el fin de informar adecuadamente y favorecer una mejor comunicación con quien les atiende” (Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, 2010, p. 38), permitiendo una toma de decisiones compartida entre profesionales y mujeres.

Actualmente, aunque existe un Comité Ético Institucional en el Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca constituido por un equipo multidisciplinar, éste no aborda los problemas éticos que se presentan en la Unidad Urgencias – Paritorio referente al Plan de Nacimiento y el Consentimiento Informado de las Unidades Ginecológicas de Apoyo. Igualmente no existe una estructura que oferte apoyo al equipo obstétrico y usuarios/as ante los conflictos de esta naturaleza que se puedan presentar en la relación clínica. Por otro lado, pese a ser multidisciplinar, actualmente no hay representación desde el ámbito de la Obstetricia y Ginecología (matronas y gineco-obstetras).

Otros de los puntos relevantes que surgen del estudio relacionado con la *primera línea estratégica* de la propuesta del Ministerio, es la amplia variabilidad de las prácticas asistenciales. Los resultados obtenidos a través del análisis de los discursos y la Observación muestran que las prácticas que mayor variabilidad presentaban son: la episiotomía selectiva, la frecuencia de las exploraciones vaginales, el pinzamiento tardío, el acompañamiento, el uso de oxitocina y amniotomía de rutina, posición materna durante el expulsivo y el contacto precoz madre- hijo. Respecto a la monitorización intermitente existen posturas divididas que cuestionan la evidencia científica y no es aplicada en nuestro ámbito de estudio. Esta diversidad de la práctica obedece entre otros a la co-existencia intergeneracional, presentándose situaciones de conflicto paradigmático derivadas de la confrontación de la

ideología del modelo técnico-científico con una percepción fragmentada de la atención reproductiva que se resiste a modificar prácticas estructuradas y la entrada de un modelo centrado en la visión holística del proceso. El criterio generacional adquiere especial trascendencia dado que “el predominio del criterio de la experiencia y la tradición, la intuición, el sentido común y teorías no probadas gobiernan la toma de decisiones” (Morales, Gonzalo, Martín, Morilla, y Ruiz Barbosa, 2003, p. 45), provocando un escepticismo ante el cambio. Autores ponen de manifiesto que la existencia de un hiato generacional, que se sitúa alrededor de los 35-40 años, es el que introducen nuevas formas de entender y ejercer la profesión (Fundación de Educación Médica [F.E.M.] y Pardell, 2009, p. 20). Con respecto a ello, los resultados de la investigación no pueden aseverar tal afirmación.

Así mismo, a tenor de los testimonios de los/as informantes aparecen otros que influyen en la variabilidad como la sobrecarga de trabajo, la organización asistencial, preferencias de los usuarios, infraestructuras y los recursos humanos, aspectos que también contemplan el trabajo desarrollado por Salgado, Maceira, López y Atienza (2010) sobre la variabilidad del parto en el territorio nacional. Además, estos mismos autores enfatizan que está relacionada con “el alto grado de incertidumbre clínica que acompaña las decisiones médicas” (p. 221); aspecto que queda manifiesto a lo largo de la investigación.

La situación conduce a la divergencia de criterios que surgen de la poca credibilidad de la evidencia científica sobre los procedimientos asistenciales recomendados. Relacionado con ello, los testimonios manifiestan tensiones en el campo laboral como consecuencia de la disparidad de juicios ante las prácticas asistenciales. Iglesias y otros (2009) sostienen que las Vías Clínicas, consideradas como “variaciones operacionales de las Guías de Prácticas Clínicas y planes de atención basados en la evidencia que intentan reducir la variabilidad injustificada en la práctica clínica y mejorar la calidad del proceso asistencial” (p. 6) son instrumentos necesarios para unificación de criterios y facilitar la comunicación entre profesionales multidisciplinares. Teoría que también sostienen Hunter y Segrott (2010) al manifestar que una Vía Clínica “clarifica el criterio para dirigir los cuidados de la matrona (...) y sólo tendrá contacto con el médico si la intervención obstétrica lo requiere (...)

redefiniendo claramente el territorio entre las matronas y los/as obstetras, lo que supone un valioso instrumento para el empoderamiento de la matrona” (pp. 231-232) (Traducción propia).

Hunter, B., y Segrott, J. (2010). *Using a Clinical Pathway to Support Normal Birth: Impact on Practitioner Roles and Working Practices*. ‘Midwives described how the Clinical Pathway had given them “permission” to adopt a midwifery model of practice anticipating a normal birth (...). As a result, they experienced increased confidence, especially in the face of opposing views (...). Besides the Clinical Pathway represented a shift in professional power (...). This change had the effect of redefining and clearly delineating midwifery and obstetric territories’.

Sin embargo, los/as participantes revelan que este componente se atenuaría con la atención protocolizada de los procedimientos a aplicar. Si contemplamos la definición que hacen Carrasco y Ferrer (2001) sobre las características de un protocolo como herramienta de obligado cumplimiento “a ser aplicado por todos los profesionales y a todos los pacientes sin exclusión” (p. 202). Esta lleva implícito un componente de rigidez que mejoraría los conflictos interprofesionales, dado que definiría los espacios de poder competencial entre los mismos; pero paradójicamente iría en contra de una atención humanizada del proceso reproductivo en la medida que esta herramienta es incapaz de responder las necesidades y expectativas individuales de las mujeres en la experiencia del parto. Estudios recientes señalan que “el protocolo médico exigen que la mujer sea sometida a unos procedimientos de rutina, los cuales la mayoría de las veces no individualizan las necesidades de dichas mujeres” (Camacaro, 2009, p. 155). Constituiría un elemento más de la cultura organizacional, la cual constriñe al agente y al mismo profesional (Giddens, 2009) dada la rigidez del protocolo y la imposibilidad de adaptar los cuidados a las necesidades de la mujer en la atención asistencial. Por tanto, “la flexibilidad o la posibilidad de la desviación del mismo es la clave para que el equipo de salud sea más competente y mejore sus habilidades prácticas en la medida que fomenta la reflexión sobre y en la acción de la asistencia personalizada”, repercutiendo en la humanización de los cuidados (Burns, y Bulman, 2000, p. 6) (Traducción propia).

Burns, S., y Bulman, C. (2000). *Reflective Practice in Nursing. The Growth of the Professional practitioner* '(...) a nurse may well decide, in the patient's best interest, to deviate in some way from the protocol (...). This ability to discriminate 'on the job' is a clue to proficient and productive nursing, so eminently worth studying and encouraging through reflection on and in action'

Esta teoría es sostenida por Montes (2007) cuando arguye que protocolizar la atención sanitaria "es dar tratamientos uniformes presuponiendo que todos los seres humanos somos iguales y desde donde el principio de individualidad desaparece. Pero cumplir el protocolo es una obligación aunque los/as profesionales no vean su lógica (Fuentes, 2001)" (Montes, 2007, p. 118). Reflexión compartida por Hunter y Segrott (2010) al afirmar que la rigidez del protocolo puede tener consecuencias inesperadas, influyendo en la calidad de los cuidados que la mujer recibe de la matrona y la deliberación a la que se ve sometida esta profesional sobre lo apropiado de su práctica anterior, cuando ésta va a ser ejecutada, la cual dependerá de la clasificación del proceso "normal o de riesgo", según la Vía Clínica (p. 231) (Traducción propia).

Hunter, B., y Segrott, J. (2010). *Using a Clinical Pathway to Support Normal Birth: Impact on Practitioner Roles and Working Practices*. 'Both doctors and Midwives argued that the strictness of the pathway entry criteria had several unexpected consequences. This aspect is important because may have implications for the care that women receive, depending on how the labor have been classified "normal" or "at risk", according to the Clinical Pathway'.

Ante esta situación controvertida, encontramos algunos obstetras que asociaban la protocolización de la asistencia con la deshumanización de la asistencia haciendo referencia a la rigidez del mismo como causa principal. A pesar de ello, no podemos describir las representaciones y la posición que el colectivo médico mantiene respecto a este asunto, dada la escasez de testimonios encontrados.

Para el abordaje de la variabilidad asistencial, como elemento nocivo en la humanización de la atención obstétrica, los resultados del estudio conducido por Iglesias y otros (2009) evidenciaron que "las Vías Clínicas puede ser una herramienta de calidad, al disminuir la variabilidad clínica, mejorar la satisfacción de la mujer" (p. 11), favoreciendo una profunda transformación de la atención asistencial que conlleve a la humanización de la atención reproductiva y mejora de la calidad asistencial. Argumento que sostienen Romero, Soria, Ruiz, Rodríguez y Aguayo (2010) al concluir que estas aportan beneficios relacionados

con “la integración y la coordinación de los equipos, la mejora de los cuidados con el aumento de la participación y la implicación del paciente en estos, la mayor implicación de los profesionales y la organización en la mejora continua, que sirven por un lado, como auditoría clínica mediante el desarrollo de criterios, indicadores y estándares y, por otro como herramienta docente y de investigación” (p. 83). Sin embargo, otros autores resaltan la importancia de las Guías de Práctica Clínica como directrices adecuadas y desarrolladas para ayudar a los clínicos y usuarios en la toma de decisiones” (Morales y otros, 2003, p. 48). Argumento que también es apoyado por De los Reyes, Pérez Gómez, García Olmos, Borrel y Gracia (2001) al definir las como “conjunto de recomendaciones, actualizadas y desarrolladas sistemáticamente, sobre los procedimientos diagnósticos a utilizar ante todo paciente con un determinado cuadro clínico, o sobre la actitud terapéutica más adecuada ante un diagnóstico clínico o un problema de salud” (p. 345). Estos mismos autores plantean los inconvenientes que tienen, destacando que “el hecho de que se formulen y difundan no equivale a su asunción por los profesionales” (De Los Reyes y otros, 2004, p. 321). En la misma línea, algunos expertos ponen de manifiesto el gran inconveniente respecto a ellas dado “que ofrecen una gran variabilidad en cuanto a la calidad, incluso las propuestas pueden llegar a ser contradictorias para un mismo proceso (...) y no consideran las preferencias de los pacientes” (Romero, Soria, Ruiz, Rodríguez, y Aguayo, 2010, p. 83). De este modo, parece evidenciarse cierta ambigüedad en lo que respecta a los procedimientos más adecuados para mejorar la satisfacción de la mujer. Según criterio del investigador y analizando las definiciones sobre Protocolos, Guías de Práctica Clínica y Vías Clínicas y su aplicación en el ámbito clínico, estas últimas son las más idóneas para mejorar la humanización de la atención a la mujer mientras que las Guías de Práctica Clínica orientarían al profesional sobre su actuación en el campo del diagnóstico y tratamiento de la enfermedad.

En el ámbito de la Obstetricia se han elaborado guías para mejorar la eficiencia de los cuidados prestados a la mujer, tales como la Guía de Asistencia al Parto Normal del Hospital de Antequera (Ortigosa, y De la Torre, 2007), Guías de Práctica Clínica sobre el Control Prenatal. Embarazo Normal del Hospital Materno Infantil Ramón Sardá (Casini y otros 2002),

Guía Práctica Clínica sobre Cuidados del Recién Nacido del Hospital Universitario Reina Sofía de Córdoba (Muñoz, Baena, y Venzalá, 1999), etc. Actualmente, el Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad ha editado la Guía Práctica Clínica sobre la Atención al Parto Normal (2010) con el objetivo de “tomar decisiones compartidas entre los profesionales y la mujer” (p. 38). Son sugerencias para orientar a los/as profesionales pero no existe obligatoriedad en llevarlas a cabo, cuestionándose su idoneidad para ser implantadas. En este sentido, podría radicar la dificultad del éxito; aspecto que se verá en el futuro. Algunos autores indican que “aunque la mayoría de las Guías de Práctica Clínica desarrolladas en España han fracasado, las que mejor aceptación han tenido son las elaboradas por un equipo multidisciplinar” (Navarro y otros, 2005, p. 538) y las que son realizadas por el propio equipo de salud, ya que elaboran los protocolos adaptados al contexto local, consiguiendo una mayor aceptación (Domínguez-Rodríguez, Cháfer, García-Fernández, Bleda, Ávila, y Sauquillo, 2004).

Esta visión refuerza la postura que el investigador sostiene sobre el uso de las Vías Clínicas, ya que parten del consenso del equipo de salud de la Institución, garantizando el compromiso de una calidad asistencial óptima a la mujer, mejorando la atención obstétrica. Y quizás el aspecto más importante, “no pueden extrapolarse de un contexto a otro (...) y exigen modificaciones para adaptarse al nuevo entorno” (Romero, 2010, p. 83; Campillo, 2005).

Esta variabilidad en la atención asistencial y la controversia ante las representaciones sobre las Guías de Práctica Clínica o Protocolos que revela el estudio, nos aproxima a la dificultad que entraña el trabajo en equipo, aspecto que aparece en los resultados de la investigación y que también influye en la humanización del nacimiento. El Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad (2009) enfatiza sobre la necesidad de que “todos los profesionales: matrones/as, obstetras, especialistas en anestesiología y pediatras, deben trabajar conjuntamente para acordar protocolos a fin de mejorar los resultados para la madre y el R.N. (...)” (p. 16). Sin embargo, la investigación revela que el pluralismo moral y atomización ética se presentan como factores que dificultan la cohesión de equipo, puesto que “cada uno se erige en reyezuelo de su espacio físico, laboral y ético particular,

encerrándose en sus obligaciones estrictas (...) labrando cada uno su nicho de supervivencia y disolviendo el cemento que da cohesión al conjunto” (Herranz, 2008, p. 425), dificultando la posibilidad de llegar a consensos en el equipo de salud. Situación que obstaculiza el establecimiento de relaciones simétricas de poder entre obstetras y matronas, pese a que éstas tienden a buscar la autoridad y autonomía en su campo como forma de incrementar el poder en su espacio laboral (Guillén, 1990).

Estudios recientes afirman que uno de los elementos que influyen en la reproducción de las relaciones no paritarias entre médicos/as y enfermeros/as deviene de la cultura de las propias organizaciones sanitarias. Aunque actualmente se están abriendo a otros modelos, a día de hoy se sigue trabajando de una manera jerarquizada y centrada en el modelo biomédico, fruto de la evolución histórica de las profesiones (Miró- Bonet, y Miró-Bonet, 2010). Por tanto, es dificultoso el trabajo colaborativo si todavía persisten relaciones de poder y subordinación que se dan entre ambos colectivos, ya que anulan la comunicación entre ellos y sólo tiene cabida la ejecución de las técnicas. Todo ello como consecuencia de un discurso biomédico que cobra fuerza en estructuras fuertemente jerarquizadas, dando lugar a relaciones de dominación y control sobre las matronas (Rigol, 2003). Esta dificultad se agrava en la medida que éstas han adquirido un empoderamiento profesional que les capacita para la toma de decisiones autónomas mediante “el pensamiento crítico, la capacidad de reflexión y la búsqueda de información, competencias que les permite el desarrollo profesional” (Morán, González, Espinosa, Sandra, Sotomayor, León, y Esquivel, 2008, p. 447), dando lugar a fricciones en el campo laboral como consecuencia de la proximidad en las posiciones que ambos estamentos poseen dentro de la estructura, tal como avanzábamos en apartados precedentes.

Otra fuente de conflicto se deriva de las diferentes maneras de codificar y simbolizar los conceptos de parto natural, normal y humanizado, existiendo confusión entre ambos estamentos y generando conflictos interprofesionales. Aunque, según exponíamos en el Capítulo I, el universo simbólico que el equipo obstétrico posee sobre los fenómenos determina la estructura relacional en la medida que modula la interacción clínica, en el hospital de estudio parece tener especial importancia en las relaciones entre ambos

colectivos. Investigaciones actuales desarrolladas en el mismo área de estudio concluyen que tanto las matronas y los/as médicos/as conceptualizan indistintamente el parto natural y normal, adquiriendo la categoría de términos polisémicos ya que no existen organizaciones nacionales e internacionales que lo definan con claridad (Arnau, Martínez Roche, Bas, Nicolás, y Morales, 2010), conclusiones a las que también llegan el trabajo cualitativo de Dutra y Meller (2007) sobre los términos del parto normal, natural y humanizado. Sin embargo, el punto más conflictivo es que tanto matronas como obstetras representan el concepto de parto normal como un proceso que admite medicalización. A partir de aquí la delimitación del campo de actuación en cada uno de ellos/as queda muy difusa, constituyendo fuente de conflictos en el ámbito laboral. Respecto al parto humanizado, las matronas son las profesionales que más se aproximan a la definición del mismo, según la definición de Ceará (2000), a diferencia de los médicos/as que tienen posturas divergentes. Así, mientras que para algunos/as el intervencionismo deshumaniza el proceso, para otros la intervención es compatible con la humanización (Arnau y otros, 2010, p. 66; Barnard y, Sandelowski, 2001, p. 368) (Traducción propia).

Barnard, A., y Sandelowski, M. (2001). *Technology and humane nursing care: (ir)reconcilable or invented difference?*. 'we argued that technology is not necessarily opposed to humanized care (...)'

En este sentido, Arredondo y Siles (2009) ponen especial énfasis en que “la tecnología puede estar dotada de humanidad por su usuario, quien en definitiva, es el que determina cómo relacionarse con el instrumento y con el paciente. Por lo tanto, la tecnología puede ser en sí misma un factor humanizante”. Así mismo, el investigador comparte las reflexiones de estos autores al señalar que “la deshumanización del cuidado en ambientes tecnológicos no se debe a la tecnología en sí misma sino a lo que se entiende por atención humana, natural y digna”

Estas diferencias en las representaciones ideológicas tendrán importantes repercusiones en la praxis obstétrica, trabajo en equipo y la delimitación de los espacios competenciales en la estructura. Por consiguiente, es importante que el equipo obstétrico tengan una claridad sobre los términos, pero para ello es necesario que los organismos e

instituciones relacionadas con la salud definan con precisión aquellos conceptos que se prestan a la ambigüedad.

Así pues, se deduce que nos encontramos ante un escenario laboral donde confluyen en el mismo espacio productivo diferentes profesionales con distintos valores, distintas formas de representar el proceso reproductivo y diferentes paradigmas. Por un lado, las matronas que reclaman “un espacio propio de decisión” siguiendo el paradigma humanista o biopsicosocial basado en el holismo, respeto, creatividad y ayuda centrada en la autonomía; y por otro, el paradigma biomédico centrado en valores como el diagnóstico, tratamiento de la enfermedad, “la prevención, sumisión, corporativismo y tecnicismo” (Rubio, 2006, p. 57). Pese a este choque paradigmático no se puede olvidar que para conseguir una atención asistencial integral es de vital importancia la cooperación multidisciplinar, tal como menciona el Artículo 9.1 de la Ley de Ordenación de las Profesiones Sanitarias dedicado a las relaciones interprofesionales y trabajo en equipo.

A lo largo de la investigación se pudo comprobar que existía una organización asistencial taylorista que condiciona la forma de trabajar del equipo de salud y la calidad en la atención ofrecida a la mujer. Se evidenció en aspectos tales como el déficit en la toma de decisiones con respecto a la amniotomía de rutina y la oxitocina, la aplicación de fórceps, vacuoextracción y realización de cesáreas para que el parto esté inmerso dentro de los tiempos normales. Relacionado con este punto, Fernández del Castillo (1994) sostiene que “existe un culto a la velocidad propia de nuestra cultura, de forma que cuando una mujer ingresa de parto en el hospital, se le asigna unilateralmente un tiempo límite para la dilatación y para el expulsivo, cuando lo cierto es que el parto es un proceso natural, cuya duración puede variar considerablemente de una mujer a otra.” (p. 135). Por el contrario, la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia deconstruye el argumento anterior reforzando el pensamiento médico hegemónico posicionándose sobre la medición de los tiempos, manifestando que “la falta de progreso y detención del descenso implican un mal pronóstico, por lo que en estos casos deberemos extremar la vigilancia fetal y replantearnos la actuación obstétrica” (S.E.G.O., 2007), dado que entraríamos en la situación del riesgo. Argumento que corroboran otros autores al mencionar que “una excesiva manipulación, una

aceleración del proceso normal y la redefinición de lo normal según criterio del aparato médico, transforman los partos normales en patológicos” (Gálvez, 2002, p. 72).

Esta organización característica del hospital de estudio queda aún más expuesta en la organización asistencial por tareas establecida por los miembros del equipo asistencial de matronas debido a factores institucionales. Así mismo, las infraestructuras inadecuadas y la falta de recursos humanos son elementos determinantes en presentar dificultades para desarrollar una comunicación interpersonal cercana y real de la información ofertada, diluyendo el compromiso con el cuidado. Todo ello conduce a la despersonalización y una visión segmentada de la mujer y la dificultad de humanizar la asistencia. En este sentido destacamos las reflexiones de Rengel- Díaz (2008) sobre los inconvenientes que entrañan la puesta en marcha del nuevo modelo asistencial, dado que es necesario “adecuar los espacios y aumentar la plantilla de matronas; ya que al no acelerar el parto por mecanismos artificiales, se necesitaría más horas de carga laboral y una atención “one to one” (...). Este tipo de atención mejora la comunicación y la calidad de la experiencia que supone el parto (...)” (p. 11) y algo no menos importante, “la mujer no se sentiría un número, sino la única” (Carlton y otros, 2005, p. 149; Berg, Lundgren, Hermanson, Wahlberg, 1996, p. 14) (Traducción propia).

Carlton, T. y otros (2005). *Making Decision in Laboring Women. Ethical Issues for Perinatal Nurses. These authors argued, regarding significance of the role of the nurse in the birth experience women, that ‘women didn’t feel like a number. They felt number one, when nurses offer personalized care’.*

Berg, M. y otros (1996). *Women’s experience of the encounter with the midwife during childbirth. ‘To be seen as individual means that the birthing woman wants to be recognised by the midwife and the midwife is interested in her as an individual. The woman wants to feel that she is significant, and not just anyone of the numerous women cared for by the midwife’*

El documento elaborado por el Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad sobre la Atención Hospitalaria al Parto (2009) ya se pronunciaba al respecto indicando en su recomendación número 44 que “se tenderá a garantizar la disponibilidad de un matrn o matrona que pueda dedicar el 100% de su tiempo a cada mujer con parto establecido” (p. 17). De igual modo, “la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia recomienda que el equipo de guardia debería estar formado por al menos por un /a especialista en Obstetricia

por cada 2000 partos o fracción” (Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, 2009, p. 18). Por tanto, desde las instituciones comienza a contemplarse los recursos humanos en los servicios de dilatación y paritorio con la finalidad de garantizar una calidad asistencial y la posibilidad de ofrecer una atención que se ajuste a las necesidades de la mujer y pareja.

Igualmente, el estudio revela que la carga burocrática que tiene lugar en el Área de Paritorio supone una interferencia en la calidad asistencial que la matrona ofrece a la mujer, repercutiendo en la atención individualizada. Recientes publicaciones ponen de manifiesto las múltiples vertientes indeseables que lleva inherente la burocracia hospitalaria, entre las que destaca como primera y fundamental “el tiempo empleado en ella es detraído de la atención de los enfermos, con lo que el prejuicio afecta a todos” (Quintana, 2010, p. 400), otros autores van más allá y afirman, entre otros aspectos, que uno de los puntos importantes a considerar para practicar una medicina a escala humana es importante la reducción de la burocracia en los centros sanitarios (Turabián, 2003). Además, tiene un importante impacto sobre los/as agentes de salud, ya que “genera insatisfacción, estrés y rutina” (Fernández Araque, 2008, p. 54), componente que ponen de manifiesto alguno de los testimonios. Este elemento distorsionador reafirma que nos encontramos en una organización cuyo centro están los intereses y valores de la Institución, situando a la mujer en la periferia.

Siguiendo con el análisis de la taylorización de la secuencia reproductiva, el capital humano asistencial y sus repercusiones en la atención asistencial; a pesar de las recomendaciones sobre el ajuste de profesionales al ratio de mujeres y actividad obstétrica como un intento de conseguir una atención centrada en la mujer, todavía persiste el productivismo en la mayoría de los hospitales. Estos llegan a constituir auténticas factorías donde los cuerpos de las madres llegan a ser las máquinas y el bebé un producto de manufacturación industrial (Davis – Floyd, 2001, p. S6) (Traducción propia).

Davis – Floyd, R. (2001). *The Technocratic Humanistic and Holistic Paradigms of Childbirth*. He showed that ‘the hospital became the factory, the mother’s body became the machine, and the baby became the product of an industrial manufacturing process’

Teoría sobre la que se apoya Santos (2003) cuando expresa que los servicios de salud están basados en criterios economicistas, de manera que lo más importante es la competencia, la productividad y la eficacia; encaminados a rentabilizar al máximo los recursos sanitarios. Desde este enfoque la usuaria corre el riesgo de ser ignorada o vulnerada en su individualidad y su subjetividad, puesto que sus intereses, necesidades e incluso sus derechos (información, autonomía y confidencialidad) están supeditados al logro de determinada cifra o indicador. El personal sanitario no percibe a la mujer como una realidad personal sino como alguien que podría representar una tasa o un índice estadístico que llega a evaluar la efectividad y la calidad de trabajo. De este modo, se llega a tal reduccionismo que la atención queda deshumanizada.

A modo de conclusión se deduce que en el hospital de estudio, la Estrategia de Atención al Parto Normal ha tenido una lenta difusión como consecuencia del escaso desarrollo de la *tercera línea estratégica* y, por ende, un escaso conocimiento de la misma por parte de los obstetras y médicos/as de familia, a diferencia de los pediatras que según el análisis de los testimonios evidencian más nociones sobre la propuesta. Aunque se empezó a trabajar en la divulgación y difusión de la Estrategia desde el año 2008, la formación no ha sido suficiente y tampoco ha llegado a ser multidisciplinar en la mayoría de las acciones formativas desarrolladas. Por consiguiente, el documento, más que un instrumento que favorece el cambio de prácticas asistenciales y respeto a la toma de decisiones de la mujer, ha venido a constituir una fuente de conflicto en el equipo asistencial. Esto ha repercutido no sólo en la variabilidad de la práctica profesional fruto de la incertidumbre de las recomendaciones sino que además ha fomentado posturas diversas entre los/as agentes de salud a la hora de entender la propuesta, originando conflictos interprofesionales que interfieren en la calidad asistencial y humana que se le ofrece a la mujer.

Respecto a la *primera línea estratégica* de la Estrategia se evidencia reactancia y resistencia al cambio de prácticas asistenciales que emergen de la ideología del Modelo Médico Hegemónico fuertemente instaurado entre los/as profesionales. Aunque la mayoría de las matronas tienen una actitud proactiva al cambio, también existe incertidumbre como resultado de haber sido socializadas bajo la égida del biopoder, donde la tecnología y la

intervención alcanzan su máxima expresión. De ahí que sea razonable pensar que la inercia de unas prácticas estructuradas unidas al factor generacional tenga un significado relevante, poniéndose de manifiesto con la episiotomía selectiva, la frecuencia de las exploraciones vaginales, el pinzamiento tardío, el uso de oxitocina, la amniotomía de rutina y el contacto precoz madre- hijo. Así mismo, la ambigüedad, el desconcierto y la poca confianza en la evidencia científica llega a tal extremo que el colectivo opta por la vía del consenso informal para unificar criterios de actuación en determinadas prácticas como el pinzamiento de cordón. Por el contrario, el aumento de los partos instrumentales obedece a razones de la propia usuaria ante el deseo de analgesia epidural, limitando su movimiento y la sensación de pujo, y a los/as profesionales por no respetar los tiempos de la dilatación.

Dentro de esta variabilidad que se da en la mayoría de las recomendaciones, el no rasurado ni enemado son las más respetadas, sin embargo, aunque el acompañamiento parece darse en un alto porcentaje de las mujeres, éste no es continuo durante todo el proceso y los médicos/as se presentan como los principales agentes obstaculizadores. Respecto a las matronas, aunque de igual modo pueden dificultar el apoyo social a la parturienta, en este caso, operan principios de moralidad que rigen su conducta en esta determinada práctica, alineándose en los propios valores de la mujer con la intención de salvaguardar su intimidad. Además hay que añadir factores estructurales, la organización asistencial y el expreso deseo de la mujer, aspectos que dirigen la instauración de las prácticas recomendadas. En cuanto a la usuaria, ésta adquiere un papel relevante en algunos puntos de la Estrategia, como es el caso de la elección de las posturas en el momento del expulsivo, cuya demanda es baja y la analgesia epidural que supone el método más solicitado por las mujeres.

Aunque el estudio puso en evidencia que la existencia de Protocolos resolvería este aspecto, las posiciones de los/as profesionales no están definidas dado que la rigidez inherente sería incompatible con la humanización de la atención. Con respecto a ello, autores sugieren la existencia de Vías Clínicas elaboradas por consenso y que sean flexibles para adaptarlas al cuidado individual de la mujer.

Por otro lado, se evidencia una falta de información y difusión del documento así como de formación en las nuevas prácticas a los/as profesionales. Este hecho dificulta la posibilidad de cambio de las percepciones cognitivas estructuradas de los mismos, predominando la inercia hacia actuaciones médicas clásicas que impide tener una reflexión crítica sobre los cambios y que perpetúan el modelo de asistencia obstétrica. Sin embargo, los/as médicos/as de familia tiene una actitud proactiva hacia el cambio como consecuencia de una visión más humanizadora, ya que visualiza la atención del proceso de una forma holística teniendo en cuenta los aspectos emocionales y psicológicos de la mujer, por lo que desde su visión no se explica el uso de la tecnología ante un evento categorizado como fisiológico. Este planteamiento se debe a las representaciones que estos tienen sobre los procesos asistenciales, así como los valores y el perfil profesional que poseen.

En relación a los/as profesionales existe una conciencia generalizada que la formación es un pilar básico para la instauración de las recomendaciones del Ministerio, tal como señala la *tercera línea estratégica*. Esta debe ir dirigida a todos los que participan en la atención perinatal con la finalidad de reducir la variabilidad en la práctica clínica. En el área de estudio, toda la formación ha ido focalizada al personal relacionado con el proceso reproductivo, sin embargo, el índice de participación ha sido mayor en el colectivo de matronas; pese a ello, son insuficientes para conseguir un cambio hacia unas buenas prácticas asistenciales. De igual modo, el factor generacional se presenta como factor influyente hacia el cambio, de manera que cuanto más reciente sea su formación más proclive y menos reticencia tendrá al cambio, impulsando el acceso al nuevo paradigma asistencial.

Además de los factores profesionales, existen otros que igualmente dificultan la instauración del documento, y por consiguiente, la humanización del proceso tales como: la saturación de la Unidad Urgencias- Paritorio, la falta de políticas institucionales relativas a normas hospitalarias centradas en la satisfacción de la mujer y su pareja, establecimiento de guías que orienten a los/as agentes de salud en base a las recomendaciones en la medida que no están basadas en el consenso y no son de obligado cumplimiento, la ausencia de Vías Clínicas flexibles, así como una organización asistencial taylorizada donde la mujer es

percibida como un producto o un número, incompatible con la humanización. Igualmente, los factores estructurales se presentan como uno de los grandes escollos que interfieren de forma significativa en la privacidad y el respeto a la dignidad de la persona.

Relacionado con la *segunda línea estratégica* del documento resaltamos la fuerte repercusión que tiene la toma de decisiones en relación con la humanización del proceso reproductivo en la Atención Especializada. El vehículo que lo facilitaría es el Consentimiento Informado, el Plan de Nacimiento o la misma información aportada por los/as profesionales con el objetivo de conseguir una horizontalidad en la interacción clínica, basado en el principio moral de la beneficencia paternalista. Sin embargo, esta información en ocasiones se presenta distorsionada, dificultando seriamente el proceso de toma de decisiones en un ambiente libre y autónomo. El mal uso de estos instrumentos constituye una falta de respeto a los principios bioéticos al atentar contra la independencia y autonomía al que todo ser humano tiene derecho, repercutiendo en la promoción de la atención humanizada. El Plan de Parto constituye uno de los dilemas éticos más importantes que tienen lugar en la Unidad de Urgencias – Paritorio, ya que es interpretado como una amenaza especialmente para el equipo obstétrico al cuestionar su saber científico. Tampoco debemos olvidar que existen factores a nivel macro y meso relativos a políticas institucionales y a la propia ética de la organización asistencial respectivamente; las cuales están centradas en la Institución más que en la usuaria, incidiendo en la actitud determinada de los/as profesionales dentro del marco de la bioética. Así mismo, la investigación determina que este instrumento puede constituir un elemento de desorientación y confusión para el equipo asistencial. Por otro lado señalar que en el hospital de estudio encontramos una mayor diversidad respecto a la interacción clínica: una estructura relacional de corte paternalista y deliberativo en la Unidad de Urgencias – Paritorio como resultado de la coexistencia generacional y otra de carácter paternalista en la Unidad de Hospitalización de Puerperio al tratarse de un espacio altamente jerarquizado.

Desde esta perspectiva, se observa un pluralismo moral y atomismo ético en el mismo contexto laboral con profesionales que poseen valores, ideología y principios distintos que emergen desde la intergeneracionalidad y regidos por la formación y

socialización que hacen que los mismos tengan diferentes formas de entender la asistencia obstétrica, dando lugar a la variabilidad práctica y determinando la naturaleza de la estructura relacional, la cual influirá en la calidad humana de la relación. En ocasiones es la propia mujer la que decide tener una actitud pasiva en el proceso dejando que los/as profesionales tomen las decisiones más adecuadas por el bien de su criatura. Por otro lado, la dificultad del trabajo en equipo como resultado del pluralismo moral y la confrontación de los paradigmas psicosocial y biomédico dificultan el trabajo colaborativo interdisciplinar. Finalmente se imponen las relaciones de subordinación como resultado del peso del Modelo Médico Hegemónico.

Los/as profesionales que más fomentan la humanización y se ajustan a los valores y principios de la usuaria es el colectivo de matronas del ámbito de la Atención Primaria y Especializada, ya que son conscientes de la importancia del empoderamiento de la mujer, estableciendo en la mayoría de las ocasiones un estilo de interacción clínica deliberativa; dándole un fuerte impulso al proceso de la humanización de la asistencia obstétrica. También son las que más conocimiento poseen sobre el documento, hecho que permite reflexionar y elaborar estrategias propias pese a los inconvenientes que se presentan, con la finalidad de promover cambios para que la mujer viva una experiencia gratificante en la atención de la secuencia reproductiva.

Así pues, hay que resaltar las necesidades que manifiestan tanto los/as médicos/as como las matronas para humanizar el proceso del parto y puerperio, atendiendo a la mejora de las condiciones estructurales, disminuir la presión asistencial percibida por el equipo obstétrico, cambios en la organización asistencial, mayor conciencia de equipo, así como mayor claridad en los conceptos sobre el parto normal, natural y humanizado para delimitar los espacios competenciales de los/as profesionales que coexisten en el mismo contexto laboral.

7.3. EMOCIONES DE LA MUJER Y PAREJA EN LA ATENCIÓN PERINATAL. LA ESTRUCTURA RELACIONAL Y LA INSTITUCIÓN.

El embarazo, parto y puerperio son etapas del proceso reproductivo en el que la mujer y pareja experimentan cambios importantes que influyen directamente en sus vivencias. Diferentes investigaciones se han centrado en los aspectos fisiológicos y sociales que influyen en cómo se desarrolla la secuencia reproductiva, sin embargo, aún son escasos los estudios que profundizan en el área psicológica de estos fenómenos, por consiguiente, creemos importante adentrarnos en esta dimensión mediante el conocimiento de los sentimientos que se generan en la mujer y su pareja durante el itinerario asistencial como consecuencia de la interacción con la estructura y los/as agentes de salud que intervienen en la atención perinatal. Aunque se presentan los siguientes resultados, somos conscientes que para realizar un estudio más ajustado sobre la forma de experimentar la vivencia de la usuaria sobre su proceso, hay que tener en cuenta las características individuales de cada mujer vinculada a la personalidad, ya que estará directamente relacionada con la valoración primaria que haga de los acontecimientos que suceden en la atención asistencial y, por tanto, el modo en el que afrontará la transición a la maternidad (Marín Morales, Bullones, Carmona, Carretero, Moreno, y Peñacoba, 2008).

7.3.1. SENTIMIENTOS NEGATIVOS DE LA MUJER Y PAREJA EN LA ATENCIÓN PERINATAL.

Las emociones negativas que aparecen en la mujer a lo largo de todo el itinerario asistencial siguiendo la tipología establecida por García Cuadrado (2008) corresponden al **Miedo**, circunscrito a los sentimientos de *temor, incertidumbre, nerviosismo, desasosiego, inquietud, angustia, confusión*; la **Tristeza**, condicionada por los sentimientos de *aflicción, soledad y desamparo*; **Ira** correspondientes a las emociones de *rabia, resentimiento y enojo*, y por último los sentimientos de **Vergüenza**.

El **Miedo** va a tener un origen multifactorial, a tenor de los testimonios de nuestro/as informantes, teniendo como eje principal la relación clínica de los/as profesionales y el

impacto de la cultura institucional en la atención del proceso. Los componentes de esta emoción están estrechamente vinculados a los siguientes factores:

Las sensaciones temerosas en relación con la vivencia del proceso reproductivo tendrán un carácter multifactorial. En primer lugar, las creencias que las mujeres poseen sobre la evolución del embarazo y parto, así como, el temor que surge por la posibilidad de que sus expectativas no sean cumplidas

“(…), al principio del embarazo tenía miedo por los dolores, porque yo no pueda hacerlo… no sé, me imaginaba cosas, que todos nos contaban: “¡Ay, que duele!”, “Ay, que no sé qué”, “Ay, que si te puede pasar algo a ti”, “Ay, que tu niño, que le puede pasar algo”… Siempre estás con esas dudas, al principio del embarazo y hasta antes que vengan las charlas de maternal (…), cuando llegué al parto, no tenía nada, se me quitaron todos los miedos, lo que quería era vivirlo, disfrutarlo, y ver a mi bebé ya en mis brazos (…)” (Puerpera 11).

“Antes del nacimiento lo que tenía era miedo a lo desconocido, sí. Por que no… no sabía cómo iba a salir… cómo iba a salir todo, por si había algún problema… (…) es que muchas veces por lo que dice la gente, al dolor, cuando te dicen: “que sea una hora corta”, y tal y cual, y yo digo: “pues si tampoco tiene que ser para tanto, si cuando la gente da a luz tantas veces, pues yo qué sé.” ¿no?, y yo digo: “pues no será para tanto”(…)” (Puerpera 17).

- Más testimonios en Anexo 19. Las Creencias.

El factor cultural influye en cuanto a las expectativas y al grado de satisfacción de la experiencia vivida por la mujer. El miedo tiene varios orígenes: desde la frase bíblica de “parirás con dolor” hasta el temor razonable que se tiene a lo desconocido, pasando por las historias que cuentan personas ajenas o no al ámbito familiar. Estos componentes son los responsables de que la mujer acuda al parto con un sentimiento importante de temor. En este sentido, Torres, Valverde, Melero, Priego, Arones, y Pellicer (2002) señalan que la información es la única forma de abordar estos mitos que están instalados en el subconsciente de la mujer y que reduce los recursos para hacer frente al acontecimiento del parto.

Las experiencias previas constituyen uno de los agentes que con más fuerza emergen en la génesis de la experiencia temerosa, ya que están estrechamente relacionadas con la incertidumbre de la evolución del proceso

“(…) recuerdo que, como yo el embarazo anterior, mi hijo fue prematuro, treinta y cinco semanas, pues claro, yo tenía mi miedo, que era mi principal miedo, con éste, a que se me adelantará también, (...) y luego ya se desencadenó el parto, ya normal. Claro, yo tenía ese miedo, que pasaran las semanas, que pasaran las semanas, a ver si pasaba la barrera de las treinta y cinco semanas (...)” (Puerpera 18).

“(…), estoy bastante preocupada con este embarazo porque hace tres años me quedé embarazada y tuve un problema en la placenta que finalmente me tuvieron que ingresar y casi pierdo al niño, dicen que no todos los embarazos son iguales pero yo tengo miedo por si vuelve a pasar (...)” (Gestante/Atención Primaria- Diario de Campo).

- Más testimonios en Anexo 19. Experiencias Previas.

Como se puede apreciar en los discursos de las informantes, durante la gestación aflora el sentimiento de miedo por la valoración primaria que realizan del proceso. Esta depende, entre otros factores, de las creencias que las personas tiene sobre la situación que están atravesando (Lazarus, 1999). Los conceptos preconcebidos referentes al mundo de la maternidad se configuran a través del Modelo Médico Hegemónico y, por tanto, mediante la fuerza del factor cultural “el cual enfatiza la conceptualización de la enfermedad” (Arrizabalaga, 2000, p. 76), reforzando aquellos aspectos que tanto les preocupa a las mujeres como es el riesgo que el embarazo y parto se puedan complicar, el dolor y la angustia que pueden experimentar durante el mismo, y el riesgo que su hijo no nazca perfectamente; modelando el significado de las experiencias y la comprensión de los acontecimientos que está viviendo.

Otra variable vinculada al temor es la falta de cumplimiento de expectativas de las parturientas en el hospital, generadas a partir del conocimiento adquirido en este nivel asistencial. Rodríguez y Zurriaga (1997) relacionan la aparición de los sentimientos negativos como consecuencia de un desajuste en “las transacciones o intercambios entre las personas y el entorno donde tiene lugar el proceso asistencial, provocando un estrés psicológico debido a las posibles exigencias y demandas, poniendo en peligro su bienestar así como la vivencia de su experiencia” (p. 38). Las expectativas vienen determinadas por la información que recibe la mujer y su pareja a lo largo del itinerario asistencial, especialmente desde la Atención Primaria

“(…) uno de mis miedos era, porque yo me habían dicho en las clases de preparación al parto como que la pareja sí que te podía acompañar en dilatación; iba como muy convencida. Y unas semanas antes, no sé quién me comenta que no, que no, que alguien había dado a luz, algún conocido, y que no, que la pareja no podía estar; bueno, pues yo ahí me vine abajo porque yo me apetecía, no sé, el hecho de tener a tu pareja simplemente que te apoye, apretándote la mano, para mí era, era vital, entonces ahí me dio mucho miedo el pensar que iba a estar sola, y me preocupaba mucho eso: la soledad, el estar ahí tantas horas dilatando (…)” (Puerpera 3).

“El parto fue fenomenal y la atención de los profesionales en paritorio también, sin embargo, lo que eché de menos fue el acompañamiento de mi marido. Los dos contábamos con ello y lo comentábamos con la matrona en las clases de preparación al parto, además la matrona nos decía que todos los maridos están con sus mujeres en la dilatación. Esto fue lo que menos me gustó porque me sentí bastante sola (…)” (Puerpera/Unidad de Hospitalización de Puerperio-Diario de Campo).

Este aspecto también es considerado por alguno de los/as profesionales, manifestando la repercusión psicológica que supone tanto para la mujer como para los familiares

“(…). Hay un desajuste claro entre las propuestas de la Estrategia y entre quizás la información de primaria, a lo que luego ellas encuentran aquí. En primer lugar, por la infraestructura; porque bueno, el tema del acompañamiento es relativo... para ellas yo creo que es fundamental el tema del acompañamiento, si no lo primero, casi; y está muy limitado, aunque, bueno, lo hacemos, ¿eh?, y cada vez más, está limitado por el tema del espacio. Y, bueno, eso ellas a veces lo viven mal; ellas y los familiares también (…)” (Matrona 9/Atención Especializada - Entrevista).

“(…) es importante que la gente no se crea que esto es siempre fantástico, siempre estupendo, que aquí yo llego no tengo que ponerme nada, que voy a tener un parto normal sin episiotomía. (…)” (Obstetra 4/Unidad de Urgencias-Paritorio - Grupo de Discusión).

- Más testimonios en Anexo 19. Falta Cumplimiento Expectativas.

Alguno de los testimonios expresan situaciones temerosas en las que se ven inmersas al interaccionar con los/as agentes de salud, adoptando una actitud de cierta prudencia a la hora de obtener la información dado que temen la respuesta del equipo de profesionales que le atiende

“(…) es que a veces se crea así como una especie de barrera de profesional, y tú que estás ahí y vas como un poco así atemorizada, como que tú... de esa manera es que a mí me da miedo a veces preguntar mucho para no molestarles, porque también parece como que les molesta el que... y a lo mejor se sienten como que interfieres en su trabajo, o algo; entonces... como tú quieres que te lo hagan todo lo mejor y no molestar, no vaya a ser que... no sé cómo decirte,

no vaya a ser que te traten así mejor o peor, pues yo, por lo menos ante eso soy prudente. Me estaba entrando como esa sensación de intentar ser muy prudente” (Puerpera 3).

Resalta la reticencia a establecer una relación comunicativa por temor a la reacción del equipo asistencial, generándole un sentimiento de miedo que le conduce a tener una actitud de prudencia o de reserva. Sobre este punto, Rodríguez (1986) señala que ante la presencia de los/as profesionales, “la mayoría de los pacientes adoptan lo que llaman el papel del buen paciente: un paciente que cumple obedientemente las órdenes del personal, que pregunta poco y que se queja menos todavía, de forma que facilita por entero el trabajo hospitalario” (p. 430). Sin embargo, el mismo autor pone énfasis ante la insatisfacción que se produce en el usuario, ya que no ha sido capaz de expresar sus necesidades.

A tenor de los discursos de las informantes, *la incertidumbre* se presenta como uno de los agentes más estresantes que puede experimentar la mujer en la medida que implica un desconocimiento real de los acontecimientos que pueden ocurrir a lo largo de la atención perinatal, provocando una situación inmovilizante sobre los mecanismos anticipatorios del afrontamiento e interfiriendo en los procesos de acomodación, adaptación y evolución de los mismos. Siguiendo a Rodríguez y Zurriaga (1997) el sentimiento de estrés está determinado por factores tales como; la situación de novedad y la incertidumbre acerca del proceso, dado que no posee información suficiente para que tenga lugar el afrontamiento ni “manejar las exigencias específicas internas y/o externas que se aprecian que fuerzan demasiado o exceden los recursos de la persona” (p. 47). En este caso los testimonios expresan miedo ante el riesgo que podría conllevar el proceso, especialmente en Atención Primaria

“Hombre, te pones nerviosa, porque piensas que cualquier cosa que haces le va a perjudicar, que si comes esto le va a perjudicar, que si subes escaleras le va a perjudicar... yo, por ejemplo, que iba al gimnasio, sabía que no podía ir al gimnasio, pero a mí me gusta mucho andar, y no sabía si andar una hora y media, como andaba, era malo, era bueno... Dejé de andar, dejé de comer cosas que yo creía, “¡ah!, pues si esto es cosa muy fuerte a lo mejor le perjudica”, hasta que ya llegué a la matrona, y me dijo que no, que al contrario, que andar es muy bueno; quitando el alcohol, y el tabaco, la verdad es que son dudas que te metes en internet a resolverlas, y le preguntas a la gente, pero, en realidad, siempre te queda la duda porque como no te lo ha dicho un profesional...” (Puerpera 15).

“(...) miedo a que el niño venga con algún problema, ¿vale?. Entonces como muchas de esas cosas las sabes en el momento en que nace, bien porque tengas un problema en el momento

del parto, o bien porque tu niño venga mal, alguna carencia, o alguna historia, que sólo lo ves cuándo nace, también tenía un poco de incertidumbre, en este caso, a cómo se iba a presentar el parto (...)" (Puerpera 18).

Sin embargo, en Atención Especializada, este agente estresor obedece a factores relacionados con el déficit informativo por parte del personal sanitario a lo largo de todo el itinerario asistencial, según relatan los/as participantes

"Pues qué quiere que le explique, estoy viendo a su bebé, no le puedo decir más" (Gineco-obstetra/Unidad Ginecológica de Apoyo 2- Diario de Campo).

"Las revisiones, en las ecografías ginecológicas, explicaciones, las justas, no se han exployado ninguno: "está bien", "aquí tienes el informe", "es niña", y poca cosa más, que tampoco han entrado en más detalles. Porque cuando iba al privado, te explica más, se entretiene más contigo, lo que se ve: "fíjate, porque esto es así, esto es asao, el fémur es menos largo..." Se entretiene más; también es normal, tiene más tiempo, pero bueno (...)" (Puerpera 9).

"Pues ese es el peor momento: estás esperando cuando hay mucha gente, y tardan a lo mejor hasta una hora, y estás ahí, y no sabes, y dices: "pues a lo mejor me voy a mi casa y no lo tengo, o a lo mejor sí, o estará, o..." No sé. Ahí sí que ese rato no es agradable. (...). ¿Estaré de parto, o no estaré de parto, será una falsa alarma, o...qué será? ¿Estará todo bien o...?". Ese ratillo sí que es un poco amargo, y luego ya, una vez que te exploran y te dicen: "estás de parto", y te llevan a dilatación, con muchas ganas de que entre tu pareja a estar contigo" (Puerpera 4).

"Pues... la única información que recibía, era... los centímetros, a lo mejor, que llevaba dilatados. Es lo que me informaban: "Ah, pues llevas tantos centímetros." Pero no... es la única información que recibía" (Puerpera 6).

- Más testimonios en Anexo 19. Falta de apoyo informativo.

Esta emoción cobra especial énfasis en la Unidad de Hospitalización de Puerperio. Además de la falta de información hay que añadirle el insuficiente soporte tangible por parte del equipo asistencial. Situación que se pone de manifiesto en la escasa educación sanitaria relacionada con el asesoramiento de la lactancia y cuidado del recién nacido, generando incertidumbre y desorientación en la mujer

"Lo que es la lactancia y todo eso, yo incluso... aunque en el curso de educación maternal había un día que nos explicaron cómo cuidar al niño, yo allí habría echado - sobre todo con el primero - de menos que me dijeran pues cómo curarle el cordón, como tuve que entrar yo a preguntarlo, y esta vez, y lo mismo, entré, pues: "¿Qué le echo?", "échale alcohol de setenta", "vale, pero ¿Cómo le ato esto, cómo..." Que lo ves y no sabes cómo manejarlo, unas nociones básicas sí; que lo eché de menos, desde luego; o, cuando tiene gases, ¿Qué haces cuando tiene gases?; ¿Lo pongo de una postura, u otra? ¿Le puedo dar manzanilla o no le doy? Ese tipo de cosas, qué hacer en cosas que casi todos los niños tienen, ¿no? Pues sí que

eché de menos la atención en ese sentido. Ahí, la atención sí que fue muy deficiente” (Puérpera 4).

“(…) cuando te suben a la habitación, por lo menos debería de alguien allí decirte, si le vas a dar pecho como se lo he dado, de que alguien te encamine un poco porque yo estaba un poco desesperada: le daba y no tenía nada (…)” (Puérpera 17).

- Más testimonios en Anexo 19. Incertidumbre. Falta apoyo informativo.

Pese a los recursos que dispone la mujer en asesoramiento, según mencionamos en el análisis contextual, existen dificultades de tipo organizativo que se expresan en la insatisfacción de las usuarias cuando sus necesidades relacionadas con la información sobre la lactancia no son cubiertas, tal como ha quedado reflejado en los testimonios. Aunque los/as agentes sanitarios ofrecen en ocasiones educación sanitaria, ésta es una actividad encomendada a la enfermera de lactancia. El problema organizacional se presenta, por un lado, en que esta profesional ofrece atención a todas las puérperas que están ubicadas en las plantas segunda y tercera del pabellón maternal y, por otro, la atención asistencial sólo se ofrece en horario de mañana, de modo que toda parturienta que da a luz por la tarde o noche puede encontrarse desasistida

“Si la enfermera no asume la información y asesoramiento, las mujeres están descubiertas por la tarde y noche porque no hay consulta de lactancia” (Enfermera de lactancia- Diario de Campo).

Esta tesitura da origen a emociones negativas y experiencias insatisfactorias en la puérpera y su pareja. Respecto a ello, hay que resaltar la actitud de los/as profesionales sanitarios: enfermeras y auxiliares, los cuales no tienen una participación constante y activa en el asesoramiento e información sanitaria pese a la demanda de las mujeres. La razón principal se centra en la falta de involucración del personal como consecuencia de la existencia de recursos humanos destinados a tal fin, según refiere el siguiente testimonio

“Las enfermeras de la planta asesoran poco desde que existen enfermeras de lactancia, y sin embargo, son las verdaderas responsables de la lactancia y el asesoramiento de las madres (….) si se implicasen más en vigilar y dar consejos sobre la lactancia, muchos de los problemas se detectarían antes de que surgiese, y favorecería una lactancia óptima (….)” (Enfermera de lactancia - Diario de Campo).

Relacionado con la falta de apoyo informativo y emocional por parte del equipo asistencial emerge el sentimiento de *angustia*. Surge de la necesidad de obtener toda la

información posible por parte de los/as profesionales para conseguir la adaptación psicológica y disminuir la sensación de pasividad y dependencia materna

“Me sentí angustiada porque pensé si está el pobre crío que... lloraba y no sabíamos lo que le pasaba, si tenía gases, si... hambre; digo: “tiene que ser hambre, porque es que no ha comido nada.” Y no se le daba nada, entonces me dió un biberón. Dice: “toma, un poco de biberón por si no consigues que se enganche.” Al final, no le di el biberón, y pasamos la noche como pudimos” (Puerpera 13).

“(...) me dió por llorar... no sé, como una sensación de decir: “¿Es que nadie me va a preguntar cómo estoy?” Es que yo necesito saber si está bien o está mal, qué tengo yo ahí abajo, ¿Está todo bien? Es que esto pasó anoche, yo anoche di a luz. Pero... no sé... ¿Voy bien? ¿Es lo correcto? (...)” (Puerpera 3).

La emoción se intensifica ante la despersonalización que sufre la puerpera como consecuencia de su hospitalización en la unidad. Cuando es ingresada se le asigna un número de habitación, a partir de ese momento, será identificada por el mismo o por la forma en la que ha finalizado el parto

“Lo de la planta es tremendo, creo que está muy deshumanizado, fíjate, nada más ingresar las señoras se les da la habitación, el camisón y todo lo que necesita, apuntamos el nombre, número de habitación, abrimos la historia y ya está, así que desde ese momento para nosotros es reconocida por la señora de la habitación número tal o cual, aunque lo intentamos llamar por el nombre, finalmente yo no lo hago porque resulta más cómodo para mí” (Enfermera 1/Unidad de Hospitalización de Puerperio- Diario de Campo).

“No me gustó nada que la enfermera o quien fuese me llamara por la cesárea de la habitación tal y no por mi nombre, me sentí un objeto más que una persona” (Puerpera/Atención Primaria- Diario de Campo)

“La planta de puerperas funciona muy mal, son números... las mujeres son números: esto es una cesárea y esto es un parto normal, ésta ha sangrado y ésta no ha sangrado, y ésta toma teta y ésta no toma teta. Punto.” (Matrona 10/Atención Especializada- Entrevista).

Rodríguez (1986) hace referencia a la devaluación de la persona en la medida que “se convierte en un caso y pierde prácticamente todos los atributos de la identificación psicosocial así como la eliminación de su identidad y reducción de la auto-imagen del individuo” (pp. 427- 428). En ocasiones, según se recoge de los discursos de las puerperas, la incertidumbre se presenta a pesar de la información recibida por los/as agentes de salud resultado de la falta de unidad de criterios entre los mismos

“(…), yo le dije: “si es que no he sido yo la que ha pedido biberón, si ha sido la pediatra, porque me dice que es muy pequeño, que es inmaduro, y tal.” “No, no, no, no, no, no; tú te lo

tienes que enganchar al pecho, y si el niño no come, no pasa nada.” Y yo decía: “madre mía, si la pediatra me dice esto, luego viene esta señora, y me dice lo otro, y tal...”, digo, “pues ya no sé lo que hacer, ya no sé lo que hacer” (...). Y entonces dice: “mira, aquí, como cada uno es de su condición, y cree una cosa, entonces, pues, cada uno te dice lo que piensa” (Puerpera14).

“(…) Cada uno te decía una cosa, y tú ahí, como las tontas, como diciendo y ahora a quién le hago caso yo, Dios mío. Y el crío llorando (...)” (Puerpera 13).

“Me sentí angustiado porque cada enfermera te daba una información diferente; una que hasta que no te suba la leche que te lo pongas en el pecho, la otra que le diera agua hasta que viniera la leche, en fin estábamos muy liaos y no sabíamos qué hacer; así que optamos por darle agua y ponerlo al pecho, imagino que algo bueno estaríamos haciendo, ¿no?” (Pareja Puerpera/ Atención Primaria- Diario de Campo).

- Más testimonios en Anexo 19. Incertidumbre. Falta Unidad de Criterios.

La falta de unidad de criterios va relacionada con diferentes formas de entender la práctica asistencial, dando como resultado discursos heterogéneos entre el personal sanitario, influyendo en la calidad de la atención asistencial y generando sentimientos de desconfianza en la puerpera. Para el abordaje de esta situación, el Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca desarrolla anualmente dos ediciones sobre cursos relacionados con la lactancia y el neonato, destinados a todos los/as profesionales relacionados con la atención perinatal, con la finalidad de aunar criterios tanto en las prácticas asistenciales como en la educación sanitaria. A pesar de ello, esta emoción cobra especial relevancia en la unidad.

Otro de los puntos relevantes a considerar es la falta de información al alta hospitalaria. Tanto ella como su pareja encuentran dificultades para el abordaje de los cuidados de la puerpera y los del recién nacido en domicilio, así como la desorientación que perciben sobre la continuidad de los cuidados en la Atención Primaria

“(…) me dieron la carpeta verde, y ahí iba todo, y lo único que me dijeron es... me vieron domingo, pues: “mañana, lunes tienes que ir al Centro de Salud para hacerle la prueba del talón”; pero yo no sabía ni qué papel era ni nada, (...) creo que te deberían de explicar un poco, porque yo, cuando llegué allí, me dijo: “¿Traes la cartilla?, ¿Traes no sé qué?”, y digo: “pero, ¿Todo eso qué es?” (Puerpera 15).

“(…), yo el papel del alta, me vi dos medicaciones, pero a mí nadie me dijo nada (...)” (Puerpera 13).

“Yo te puedo decir que salí del hospital y no tenía ni idea que era lo que tenía que hacer después, lo que pasa que fui a mi matrona para que me orientara” (Puerpera/Atención Primaria- Diario de Campo).

- Más testimonios en Anexo 19. Falta de información al alta hospitalaria.

En el momento del alta hospitalaria de la puérpera, se le da un documento denominado “Informe de continuidad al alta de la madre y el recién nacido”. Este es el “vehículo de información fidedigna y cualificada, sobre los problemas y cuidados prestados al usuario durante su estancia en el hospital, además de servir de información entre la Enfermería de Primaria y Especializada, sirve de constancia escrita para el usuario de los cuidados y educación sanitaria prestada” (Merino y otros, 2008, p. 78). El informe refleja el tipo de parto, el estado de las mamas, si presenta alguna sintomatología relevante, tipo de lactancia al alta hospitalaria, estado de la episiotomía, observaciones generales del recién nacido sobre el sexo, peso, talla, perímetro cefálico, cura del cordón umbilical, screening metabólico y otoemisiones. Así mismo a la puérpera y pareja se le entrega otro documento adjunto acerca de los cuidados a realizar y recomendaciones que debe seguir la madre en relación a su cuidado y del recién nacido en domicilio, así como los signos de alerta que se pueden presentar para acudir al centro hospitalario. Se le comunica la importancia de ponerse en contacto con la matrona y el pediatra del Centro de Salud, de este modo se garantiza el continuum asistencial y el vínculo con la Atención Primaria en las fases finales de la atención perinatal.

Una de las funciones del informe al alta es la disminución de la ansiedad y todos aquellos temores que se pueden derivados del desconocimiento y la falta de preparación para afrontar el regreso a domicilio. Para ello es muy importante “la educación sanitaria durante la estancia hospitalaria y, posteriormente en atención primaria para continuidad de los cuidados” (Grande, y Hernández, 1996, p. 120). Cuando tiene lugar el alta, la matrona de Atención Primaria recibe una carta que proviene del hospital con los mismos documentos que son entregados a la mujer para facilitarle los datos y orientarla sobre los cuidados proporcionados a la puérpera, asegurando la continuidad asistencial.

El Programa Integral de Atención a la Mujer supone otro de los elementos que repercute en la vivencia de la experiencia de la gestación en Atención Primaria de Salud. La rigidez del protocolo sobre el seguimiento del embarazo genera emociones relacionadas con la *inquietud y el desasosiego*

“Lo que veo muchas veces, a lo mejor, es poco flexible a la hora de las analíticas; o sea, tal semana, sin más remedio, y luego llegas allí, pides la cita abajo en el Centro de Salud, y te dicen: “no hay cita para extracción hasta para dentro de 15 días”, o así. Por ejemplo, yo tuve un problema cuando me tocó la curva de la glucemia: me pillaba justo... bueno, mi marido está fuera, y nos teníamos que ir el mes fuera; entonces, la fecha que teóricamente te correspondía hacerme el test, como todavía me pillaba aquí... pero, cuando fui a pedir la cita al hospital de día, iba muy saturado, y hasta dentro de casi veinte días o quince días, no te podían dar, me pillaba ya que me iba, y al final me lo tuve que hacer yo por mi cuenta, para no distorsionar lo que es mi ritmo normal de vida; eso es... la saturación que hay” (Puérpera 9).

“Algunas veces lo paso un poco mal porque te tienes que hacer la prueba en un momento determinado, por ejemplo, lo que me pasó con la tercera ecografía que según la matrona, me la tenía que hacer obligatoriamente en las semanas 34 más o menos, oye, y se me complicó la cosa por cuestiones familiares y no me la pude hacer en ese momento, así que fui con miedo de nuevo a la matrona a coger cita para el ginecólogo porque no sabía si le podía pasar algo al niño por mi culpa” (Puérpera/Atención Primaria – Diario de Campo).

Aunque el protocolo del subprograma del embarazo constituye una herramienta eficaz sobre la cual se apoyan los/as profesionales en la atención del proceso, contrariamente, hace que sea vivido por la gestante con ansiedad debido a la elaboración de la guía asistencial desde una perspectiva biomédica, dado que la conducción y control de la gestación están sujetos a una secuencia cronológica para la detección del riesgo materno y fetal. La rigidez en los tiempos y la inflexibilidad del protocolo son factores que fomentan la aparición de emociones negativas relacionadas con la inquietud y el desasosiego ante el temor de factores de riesgo que puedan estar presentes y perjudiquen al feto.

Algunas de las pruebas contempladas en dicho programa, como la petición del Triple Screening, generan sentimientos de miedo con los componentes de incertidumbre y nerviosismo. Esta prueba se realiza mediante un análisis de sangre en la semana 13 y es solicitada por el/la gine-tocólogo/a de la Unidad Ginecológica de Apoyo. Los resultados llegan a la unidad a los 15 días y se distribuyen aquellos que hayan sido diagnosticados de bajo riesgo a todas las consultas de las matronas asignadas a dichas unidades para ser entregadas a las mujeres. Esta espera es vivida con angustia, ansiedad y nerviosismo

“Estoy nerviosa desde que me hicieron la prueba, me pongo a pensar todo el tiempo y deseando que llegue el momento del resultado (...), además tengo un familiar que está en esta situación (se emociona) y vamos la verdad es que lo estoy viviendo con auténtico miedo” (Gestante/Atención Primaria – Diario de Campo).

“Me hice la analítica que me mandó el ginecólogo para lo del Down y todavía no sé nada de ella, estoy preocupada porque se retrasa bastante y no sé si mi niño no se está formando bien o algo (...)” (Gestante/Atención Primaria- Diario de Campo).

- Más testimonios en Anexo 19. Incertidumbre, Desasosiego y Nerviosismo. Programa Integral de Atención a la Mujer.

El protocolo establece que la mujer debe realizarse la amniocentesis si presenta triple screening patológico (también llamado cribado bioquímico). La Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia señala que los valores alterados estarían en cifras superiores a 1/270. En estos casos, la mujer es derivada desde las Unidades Ginecológicas de Apoyo o UGAs al Área de Medicina Fetal del Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca para la realización de la amniocentesis en los tiempos estipulados, según establece la comunidad científica. La Sociedad Española Ginecología y Obstetricia menciona dos tipos de amniocentesis: la precoz o del primer trimestre que se realiza entre las semanas 11 y 14 más seis días; y la del segundo trimestre que se hace a partir de la semana 15 (S.E.G.O., 2010). El discurso médico informa cuál es el momento más idóneo para realizar el cribado, el cual está sujeto a unas fechas estrictas que deben ser respetadas, de lo contrario no se podrá conocer con certeza el riesgo real que tiene el feto de sufrir alguna malformación genética. Esta situación provoca en la mujer y en la pareja miedo y ansiedad ante la incertidumbre a la que se enfrentan. Los discursos desde el enfoque de riesgo que proceden del equipo obstétrico determinan la naturaleza de las emociones, así como la experiencia vivida durante el proceso perinatal, según relato de alguna de las informantes

“Yo tenía miedo, porque yo cuando empecé con contracciones en el mes de julio, tenía miedo por si el bebé rompía la bolsa. Como me dijo la tocóloga: “es que si te rompe la bolsa y saca un pie, vamos a tener más complicaciones”. Entonces, el miedo era ese, que el bebé rompiese la bolsa y que yo llegase al hospital con la bolsa rota y se me complicase un poquito (...)” (Puerpera 14).

Siguiendo con los factores que intervienen en la aparición de los sentimientos negativos, los resultados ponen de manifiesto que el *nerviosismo* surge como una emoción que tiene un origen multidimensional, destacando: el impacto de la hospitalización en el acceso a la Institución por la puerta de urgencias, las sensaciones dolorosas experimentadas por la mujer en el proceso del parto, los factores arquitectónicos, la falta de identificación del personal en el Área de Partos y la propia organización institucional.

El acceso al Área de Urgencias determina uno de los momentos más estresantes en la atención asistencial, dado que la mujer se adentra en la cultura institucional cargada de incertidumbre acerca de las transacciones que se van a producir en ese escenario y donde es consciente que está a merced tanto a la voluntad del equipo de salud como de las normas de la Institución y la organización sanitaria

“He venido a las seis de la mañana, me he encontrado la puerta de urgencias con muchísima gente, tuve que esperar un buen rato, pero finalmente me metieron a las salas de reconocimiento, me exploraron, me hicieron monitor y me dijeron que esperase aquí fuera que ya me dirían algo. Esto fue a las ocho de la mañana, y ahora son las diez y media y todavía no sé nada. Estoy nerviosa porque no sé lo que pasa, ¿Se habrán olvidado de mí? (...)” (Parturienta/ Puerta de Urgencias – Diario de Campo).

“(...) yo llegué con contracciones, pero, vamos que no llegué de inmediato, y... pues nada, “una tarjeta”, pues nada, pasas por ahí y los familiares que se queden aquí en esta sala, que pase” y cuando paso me van a hacer, no sé, como una revisión, entonces, la primera persona con la que me encontré, que creo que era una matrona, pero yo diría que no era, me dijo: “Quítate la ropa, ponte ahí en el potro, que te van a revisar”. No sé, de una manera muy fría. (...) yo iba como un flan, iba súper nerviosa, mi familia la había dejado fuera, yo paso para adentro, digo: “esto está mal”, bueno, lo de ponte la bata fue después, pero: “quítate la ropa, sal aquí, ponte, levanta las piernas (...)” (Puérpera 3).

La organización institucional unida a la interacción clínica que se produce entre la mujer y pareja con los/as agentes sanitarios produce desconcierto y desorientación en la parturienta, generando respuestas emocionales que marcará la vivencia del proceso en la Institución hospitalaria. La gestión asistencial en el Área de Urgencias cobra especial relevancia cuando la usuaria es recibida en la Sala de Triage por una enfermera. Esta abre historia clínica, toma constantes vitales y valora a la mujer si ha de ser vista o no de urgencia por los obstetras en las Salas de Reconocimiento. Si no es urgente, la mujer vuelve a la sala de espera principal hasta que le toque su turno. Situación que es vivida por la embarazada con bastante nerviosismo dada la escasa información recibida por la enfermera acerca de su estado obstétrico, así como el tiempo de demora de la atención por el obstetra, incrementando los niveles de ansiedad

“Llegué a la sala de urgencias, luego me vio una enfermera en una habitación pequeña, me hizo unas preguntas, me tomó la tensión arterial y me dijo que esperase en la sala de espera, así sin más. Llegó y le digo a mi marido que tenemos que esperar pero no sabíamos cuanto tiempo. Tampoco sabía de cuanto estaba, si me iba a quedar o no, estaba de los nervios, finalmente tardaron una hora y cuarto en verme, así que estuvimos allí durante todo ese tiempo sin información ni nada a la espera de ser atendida (...)” (Puérpera/Atención Primaria-Diario de Campo).

“Cuando llego a urgencias con unas contracciones terribles, una enfermera me toma la tensión y me pone el aparato ese en el oído para ver la temperatura, y me dijo que esperara fuera, que me atendería el médico más tarde. Tardó en que me viera una hora y media más o menos. Me sentí como que no valía nada, no te informan, no te dicen qué pasa ni el tiempo tengo que esperar, mal” (Puérpera/Atención Primaria- Diario de Campo).

El dolor de las contracciones se presenta como un factor influyente en la génesis de emociones negativas, condicionando la actitud de la mujer frente al parto. Aunque algunas parturientas aceptan el dolor como un componente del proceso, otras lo viven de manera traumática afectando tanto en sus expectativas como en la interacción con el personal sanitario

“(…) me daban contracciones ya dolorosas. Yo tenía contracciones cada diez minutos, pero no eran dolorosas, pero ya empezaron a darme dolorosas, y me fui a la Arrixaca, pero como no había dilatado, me ingresaron, y entonces, pues empezaron a darme muy fuertes. Y es lo que te digo, de que me puse también nerviosa, me daba como hormigueo en las manos de la propia ansiedad que tenía, me pusieron un valium, no me hacía nada. Luego me pusieron, creo que era morfina, era una dosis de éstas que te ponen, y ahí más o menos lo llevé bien. Pero muy doloroso, no dilataba nada, y era muy doloroso, y entonces yo al día siguiente, a las doce, me bajaron a urgencias otra vez, y ya me pusieron la epidural, y ya maravilloso porque yo ahí me relajé (...). Yo creo que no lo hubiera disfrutado si no hubiera tenido la epidural puesta, o sea, eso que dicen del parto natural, sin epidural, ni nada, pufff, no sé yo qué decirte, porque es que no disfrutas, y yo creo que pasa de ser algo bonito a algo horroroso” (Puérpera 13).

“(…), yo estuve dilatando así bastante tiempo, empecé a dilatar muy rápido, y cuando ya estaba de cinco, casi seis centímetros, pues el anestesista estaba en una operación, y yo quería ponerme la epidural. Entonces me vinieron a decir como que si seguía dilatando tan rápido (...) como diciendo que a lo mejor no daba tiempo a que viniese el anestesista (...) entonces ahí me puse un poco nerviosa de pensar que a lo mejor no me iba a poder poner la epidural” (Puérpera 3).

“Las mujeres se ponen muy nerviosas y están atemorizadas cuando ven que tienen contracciones y el anestesista tarda en ponerle la epidural, y ya no te digo nada cuando ha pasado el tiempo y no se la pueden poner” (Matrona/Área de Partorio- Diario de Campo).

Tal como señalamos en el apartado de recursos humanos del Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca, Capítulo III del marco conceptual, en la Unidad de Urgencias- Partorio existe un anestesista por guardia. Esto implica que sólomente hay un/a médico/a para la administración de la analgesia epidural, por tanto, pese a que lleven el Consentimiento Informado firmado, su colocación puede demorarse e incluso no estar asegurada ya que dependerá del volumen asistencial del momento. En ocasiones, cuando se decide la

instauración, la mujer se encuentra en unas condiciones obstétricas tan avanzadas que el equipo obstétrico decide no llevar a cabo la analgesia.

A lo largo de la investigación hemos manifestado la importancia de los factores arquitectónicos en el proceso de humanización del parto por ser influyentes para la implantación de la Estrategia de Atención al Parto Normal. Estos suponen una gran interferencia en la experiencia vivida por la usuaria, provocando un fuerte impacto en sus emociones

“(…) me tocaron dos que gritaban muchísimo, (…) y una de ellas corría la cortina y decía, “pero, ¿A tí no te dueleeee?”, (risas), y yo decía: “sí, pero me das más miedo tú, que esto”, porque estábamos muy pegadas, y cada uno lo toma...no sé, que cada uno lleva el dolor como lo lleva, y hay gente que se pone muy nerviosa, y pierde un poco... y estamos eso... una y otra, dos en cada sala, con una cortinilla.(…)” (Puerpera 4).

“(…) compartir habitación, tú a lo mejor te pones nerviosa por cómo lo está pasando la persona de al lado, se notaba que no estaba, así un poco; y resulta que era porque tenía programada una cesárea para la mañana siguiente, y entonces, claro, pasó toda la noche, pasó dos horas así, la pobre fatal, y yo estaba traumatizada, me puse muy nerviosa de oírla” (Puerpera 3).

- Más testimonios en Anexo 19. Falta de privacidad por factores arquitectónicos.

La infraestructura constituye un gran obstáculo para mantener la privacidad de las usuarias en esta fase del parto y uno de los principales agentes estresores tanto para la mujer y pareja en el proceso reproductivo. La Observación comprobó que las dilataciones no son salas muy amplias, sin ventanas y con luz artificial. Cada una de ellas dispone de dos camas separadas por una cortina que pretende mantener la intimidad durante el proceso. Sin embargo a pesar de no conseguirlo, se añade el hecho que la distribución espacial provoca emociones de nerviosismo en la mujer al ser partícipe de la experiencia vivida por la compañera con la que comparte la sala. Por consiguiente, los elementos arquitectónicos generarán otros componentes relacionados con el miedo, tales como la inquietud por la falta de intimidad, desasosiego e intranquilidad por la ausencia de luz natural y angustia por las dimensiones del espacio

“(…), las habitaciones – las de dilatación -, se comunican unas con otras; estaban, en la otra habitación, una chica con su familiar, y estaban a mí mirándome, y estaba la puerta abierta y el familiar me estaba viendo, y no... no me... no estaba a gusto (…)” (Puerpera 8).

“(…), la sala de dilatación, creo que podría ser algo como un poco más... aaah... un espacio que te dé un poco más de tranquilidad. Nosotras nos tiramos muchísimas horas allí. Noté mucho la falta de sensación de luz de día. O sea, de... llegó un momento en que había pedido la noción de las horas que llevaba ahí dentro; no sabía si era de noche, si era de día... como era una sala tan cerrada, tan pequeña, y, encima de todo, como habían habilitado los boxes entre cortinas, ni tan siquiera era una habitación, ni nada, pues era como un espacio, un poco... muy frío. Muy como un quirófano, como si estuvieras en un... en una operación. Eso no me gustó” (Puerpera 3).

“A parte de mis miedos, lo que te he comentado antes de la claustrofobia, pues lo respetaron en todo momento y lo entendieron, cosa que era el miedo que yo tenía de... que hay gente que no entiende tus... problemas del coco, y en todo momento lo respetaron; de hecho, la primera que coincidía con la matrona, la matrona primera que coincidí por la mañana, me lo respetó en el sentido de que me metió en una sala de dilatación, y le dije que estaba muy agobiada, y me dijo: “no te preocupes, que yo te cambio, porque te entiendo, porque yo soy claustrofóbica también”, y me mandó a una habitación más grande, y sola; y aparte me abrió las puertas de los pasillos para que no me sintiera yo encerrada” (Puerpera 7).

El sentimiento de *confusión* aparece relacionado con la falta de identificación del personal que recibe a la gestante en la puerta de urgencias como el que transita por el Área de Partos. Circunstancias que generan nerviosismo en la mujer, dado que desconoce la persona por la que está siendo atendida. Para entender el significado a nivel emocional de los testimonios es importante conocer la definición del concepto de confusión. Según la Real Academia de la Lengua Española (1992), lo describe como “acción o efecto de confundir, perturbar y desordenar” (p. 381). El hecho de perturbar genera un “trastorno del orden, la quietud y el sosiego de algo o alguien” (R.A.E., 1992, p. 1123). Esta emoción es más evidente en la Puerta de Urgencias y en las Salas de Dilatación

“Llegas al mostrador donde supongo que están los celadores, no sé quiénes son los que te reciben (...)” (Puerpera 3).

“No, en ese momento solamente sabía quién era la matrona, porque era la que me reconocía, y la que... y luego venía otra, que supongo que sería auxiliar, o enfermera... igual que en el momento de parir estaba la matrona y otra chica, y tampoco sé si era auxiliar o era enfermera; sé que era la que ayudaba, pero tampoco sé” (Puerpera 15).

- Más testimonios en Anexo 19. Confusión.

Este aspecto es igualmente manifestado por los/as profesionales de la Unidad de Urgencias –Paritorio, siendo conscientes de los sentimientos que les genera a la parturienta

“Yo pienso que la mujer debe andar bastante confundida porque somos muchos profesionales y la mujer no tiene que tener claro si el profesional que tiene delante es la matrona o el ginecólogo que le va a reconocer, o bien la auxiliar que viene a cambiar la almohada, por ejemplo; o el celador que la va a llevar al paritorio. Yo realmente ante esta situación sentiría pánico (...)” (Obstetra/Unidad Urgencias- Paritorio- Diario de Campo).

“(...) en un parto hay un montón de gente alrededor del parto (...). Por tanto, yo me imagino a la mujer en la cama asustada viva, rodeada de gente, unos más mayores (...)” (Obstetra 3/Unidad Urgencias- Paritorio - Grupo de Discusión).

La propia organización asistencial se presenta como componente influyente en el desencadenamiento de las emociones negativas durante todo el proceso reproductivo. Los testimonios arrojados por las participantes señalan que estos sentimientos no están vinculados a la interacción con el equipo obstétrico sino que atiende a elementos relacionados con la propia Institución, poniéndose de manifiesto tanto en Atención Primaria como Especializada

“De la matrona me gusta todo; lo que no me gusta es la organización que hay, que ya vienes cuando estás embarazada mucho tiempo, y todo eso. Me gustaría que fuera desde el primer día, porque tienes muchas dudas que, a lo mejor, ya vienes a las seis semanas o a las ocho, y las dudas del principio no te las resuelven (...). Las primeras semanas las vives tú sola y no sabes... tienes muchas dudas, que no sabes cómo resolver (...) me gustaría que la primera cita fuera antes” (Puérpera 15).

“Mira, yo hago lo que puedo, pero claro lo que no puedo ver son 30 señoras en un día, éste es un Centro de Salud que tiene muchas mujeres y deberían desdoblarlo cuanto antes, y ya se lo he dicho a mi supervisora, y me temo que ahora con la crisis será más difícil, así que no tengo más remedio que citarme a las señoras que pueda, intentando no llevar mucha demora (...)” (Matrona/Atención Primaria- Diario de Campo).

“(…), lo que sí es verdad es que de nueve a doce sí que echaban a todo el mundo. Me parece muy bien, pero luego lo que no pueden hacer es que, de repente, una visita entre seis personas, porque tú estás ahí, y no tienes por qué estar aguantando a las seis personas, que a lo mejor entren de una en una, de dos en dos, por respeto, a la otra persona que está al lado. Yo por lo menos lo intentaba, intentaba que las visitas que tenía fueran una persona, fueran dos, que depende también de la educación, de que esté al lado tuyo, porque puede ser cualquiera. Pero yo creo que eso es también papel de los que están allí, del jefe de planta, del supervisor, que controle un poco el tema de las visitas (...). Cuando yo llegué allí, del paritorio, habían como siete metidas en la habitación, dos niños, por ahí dando vueltas. Yo recién parida, eso no...y eran ya casi las once de la noche, o sea, que es que no” (Puérpera 13).

La **Tristeza** emerge como consecuencia de la falta de información fruto de una deficiente relación clínica, la cual será la causante del componente de aflicción. Según la R.A.E. (1992), afligir es “causar tristeza o angustia moral, preocupar e inquietar y sentir sufrimiento físico o pesadumbre moral” (p. 38).

“Un poco defraudada, porque a lo mejor tampoco me daba la información que yo quería; a lo mejor la veía un poco escasa” (Puerpera 6).

“A mí me dio la sensación de que era muy... eh... muy rutinario, muy... él llega, te hace la ecografía... por supuesto, yo no quiero que él ponga ilusión en que mi hijo es mi hijo, por supuesto que él tiene sus historias, pero llega y: “tumbate”, “sí”, te hace una ecografía vaginal, con todo lo que te supone,...; llega, te la hace: “bien, bien, bien, bien (...) entonces, ellos están viéndolos todos los días un montón de veces, qué mide, qué late, que no sé qué... y a ti te gustaría, pues, que te dijeran más cosas, ¿no?(...)” “mira, le está latiendo el corazón, está quieto, no sé qué...”; que te lo muestren, que te vuelvan un poco el monitor para que tú lo veas, que te enseñen: “esto es la placenta...” Yo qué sé... que para ti es tu hijo, es tu primer hijo, y para ellos es verdad que es una rutina. No sé, que a lo mejor estaría bien que, no sé, que se pudiera un poco más aumentar la ilusión que tú tienes con el funcionamiento de ellos” (Puerpera 16).

Estas emociones se exacerban como resultado de la relación fría y distante que presenta el profesional, percibiendo una falta de accesibilidad al mismo. Desde los discursos de las puerperas, los/as tocólogos/as correspondientes a las Unidades Ginecológicas de Apoyo se presentan como agentes de salud inaccesibles e incapaces de entrar en la esfera emocional de la mujer. Actitud que provoca un distanciamiento e inhibición de ésta a realizar preguntas para aclarar dudas. En este sentido Davis- Floyd (2001) hace referencia a esta situación señalando que “los médicos cuya ideología es muy tecnocrática no valoran la conversación y el diálogo con la paciente, prefiriendo las visitas cortas” (p. S6) (Traducción propia)

Davis- Floyd (2001) pointed out that ‘the Technocratic Physicians do not value lengthy conversations with patients, preferring to keep their visits short’.

“Las visitas con el tocólogo han sido como más impersonales” (Puerpera 16).

“La ginecóloga pues, nada, las visitas que tuve, que creo que fue la eco de las doce semanas y tal, pues una cosa muy... ahí sí que me sentí más como un número, rellenar la cartilla y vete... tu visita de diez minutos de rigor y ya está (...)” (Puerpera 3).

“(...). La primera visita también... pero, como te he comentado antes, es que es tan seco, que... que te deja un poco... que parece que nosotras, cuando estamos embarazadas, somos más sensibles, o estamos más sensibles, (...); lo único, que es muy... seco. Es una persona así,

un poco aséptica, no sé. Es lo único que puedo decir de él, porque otra cosa no tengo” (Puérpera 7).

- Más testimonios en Anexo 19. La Tristeza. Relación fría y distante.

Las informantes que han sido asistidas en este nivel asistencial, ponen de manifiesto una emergencia de emociones negativas fruto de la gran dificultad por parte de los médicos/as para adaptarse a los códigos culturales de las mujeres, interfiriendo en el entendimiento de su proceso

“(…) la consulta con el ginecólogo, lo que son el trato, las ecografías, el que te expliquen mejor y tener más información, que parece que te tratan como si fueras tonto (...) como diciendo a este pobrecico, que no lo va a entender: “está todo muy bien, y vete tranquila”, y ya está... y yo necesito detalles; a lo mejor otra persona no, o a lo mejor sí, pero a un nivel o a otro todo el mundo necesita información, entonces, eso sí...que me traten como si fuera... “es que tú no eres médico y no te vas a enterar de nada, todo bien, vete a tu casa tranquila” (Puérpera 4).

“(…) la doctora que nos tocó... fue que teníamos varias preguntas para hacer, y nos despacharon muy rápido. Y ella pues quería, digamos, que la hicieran un poco más partícipe de las sensaciones que tenía y de las preguntas que quería hacer. (...). Me acuerdo de una ecografía que no nos dijeron prácticamente nada, y nos dijo la doctora que, bueno, que eso le había llevado a ella muchos años saber todo eso, que en un día no se podía aprender todo”(Pareja Puérpera 3).

El análisis de contenido arroja razones por las cuales se dan este tipo de situaciones, destacando la percepción de sobrecarga en la consulta y deficiencias en la coordinación entre niveles asistenciales

“Ve señora, ésta es la zona del cuerpo y de la cabeza, ya se puede vestir”. Yo entiendo que las mujeres quieren más información pero fíjate como está la sala de espera, no puedo estar mucho tiempo por cada señora (...)” (Gineco- obstetra/Unidad Ginecológica de Apoyo 1- Diario de Campo).

“(…), si he preguntado algo, como hay prisa siempre porque hay mucha gente, pues me he quedado un poco con dudas, en el sentido, en el plano lo que es médico (...) que supongo que tampoco es culpa del ginecólogo, que si está la consulta llena no puede estar una hora con cada persona (...)” (Puérpera 4).

“(…), no entiendo cómo el médico de familia manda la mujer aquí si ya tiene instaurado el tratamiento desde la especializada, mira, yo creo que no hay buena comunicación entre los niveles de primaria y especializada, al final la pagamos los profesionales de las Ugas y también la mujer porque me sobrecarga la consulta (...)” (Gineco- obstetra/Unidad Ginecológica de Apoyo 2- Diario de campo).

Como ya se mencionó en el análisis contextual dedicado a la organización e itinerario asistencial de la mujer en el proceso reproductivo, cuando las gestantes acuden a las UGAs para la realización de la primera y tercera ecografía son atendidas por un/a gineco-obstetra. Estas unidades tienen asignados unos determinados Centros de Salud, dando cobertura a las mujeres pertenecientes a dichos centros en materia sexual y reproductiva. Por tanto, además de ofrecer asistencia obstétrica, también son los encargados/as del abordaje de la patología ginecológica, atendiendo a los criterios del Programa Integral de Atención a la Mujer. Esta circunstancia conlleva un volumen considerable de mujeres en la agenda diaria del profesional, hecho que podría ser influyente en la despersonalización de la atención en la medida que se ven imposibilitados de aportar la información exhaustiva a la mujer sobre el estado del feto y curso de la gestación.

Relacionado con la tristeza emocional hallamos el sentimiento de *soledad* que experimenta la usuaria derivado de la falta de atención del equipo asistencial. En el hospital de estudio existe una organización de trabajo centrada en la Institución y no en la mujer, resultado de una organización de trabajo taylorizada. Variable que impide a la matrona ofrecer a la mujer una continuidad en la atención asistencial. Los testimonios señalan que tanto las matronas como las parturientas lo perciben como una atención despersonalizada

“(…) lo que es la dilatación, como un poco de abandono, pero… porque ves tantas señoras, y sólo una matrona por ahí mirando, y dices: “se le habrá olvidado que estoy yo (…), me hubiera gustado preguntarles muchas cosas, cuando, a lo mejor, te duele por aquí, o por allí… te dan náuseas, y quieres preguntarle: “¿Esto es normal?”, o ves que baja, o que pita algo, o ves los niveles en el monitor… “¿Esto es normal?”… Ese tipo de cosas sí que me habría gustado preguntarles” (Puerpera 4).

“Yo no me puedo dedicar a una mujer sólomente (…)” (Matrona 7/Atención Especializada-Entrevista).

“El único problema allí es que hay momentos puntuales que se sienten un poco solas (…). Si, yo tengo a seis mujeres… posiblemente las tenga súper controladas, porque veo el monitor, veo la tensión, veo que están ahí, las exploro, están bien… pero no se sienten acompañadas (…)” (Matrona 10/Atención Especializada- Entrevista).

En los relatos se evidencia que existe una conciencia por parte del colectivo acerca de los sentimientos que genera este tipo de asistencia impersonal. La organización científica del trabajo, la percepción de sobrecarga asistencial por parte del colectivo y la burocracia en el

Área de Partos, tal como comentábamos en el apartado de la Estrategia, son los responsables de la actitud de los/as profesionales sanitarios. Así mismo, se percibe que las matronas son conscientes que la continuidad de la atención mejoraría el grado de satisfacción de la mujer, reduciría su ansiedad, describiendo el parto como una experiencia positiva (Rengel- Díaz, 2008).

Esta emoción reaparece en el Área de Urgencias debido a las normas hospitalarias, las cuales obligan a iniciar el itinerario asistencial sin la compañía de la pareja

“(…) llegar al hospital y que uno vaya con sus miedos ya propios, y aparte los miedos de que no sabes lo que te puede pasar, para que encima de todo te traten también un poco... no sé... un poco entre comillas como un animal, ¿Sabes?. Es lo que cambiaría: el trato ese primero de llegar ahí y de la incertidumbre de que tú estás dentro, tu acompañante está fuera, no sabe tampoco nada de ti, ni nadie da información de si te vas a quedar ingresada, o que te quedas allí, o... no sé. Te meten allí sola, y vamos todas con el camisón puesto, y allí estamos como... como borreguicos, (...)” (Puerpera 7).

“Yo me acuerdo una chica que vino después de dar a luz y le pregunté y me dijo que fue horroroso, que fue un trauma, que entró le dieron una bolsa para que metiera la ropa y se la diese a su marido y estuvo sola, así que el próximo no se iba a la seguridad social, vamos que la traumatizó (...)” (Médica 8/Atención Primaria-Grupo de Discusión).

Cuando la mujer va a ser atendida en la Sala de Triage, previamente sufre un proceso de despersonalización al tener que esperar sola en la segunda sala de espera. Allí se tiene que desprender de su atuendo y colocarse la bata hasta que sea avisada por la enfermera de triaje para realización y valoración de las pruebas pertinentes. En este contexto, las embarazadas padecen una impotencia generalizada ante la hospitalización, dado que constituye una fuerza muy potente en tanto que va a suponer una pérdida de identidad simbolizada por la retirada de sus pertenencias y ha de vestir las que el hospital ha diseñado para ellos (Coser, 1986), eliminando todos los aspectos de la identidad e individualidad de la parturienta.

La *soledad* y el *desamparo* se presentan igualmente en la Unidad de Hospitalización de Puerperio como resultado de una relación clínica caracterizada por el déficit de apoyo informativo, tangible y social por parte de las enfermeras y auxiliares. Según la R.A.E. (1992). Desamparar es abandonar, dejar sin amparo ni favor a la persona o cosa que lo pide o lo necesita (p. 489).

“(…), ya te digo, yo porque, o sea, estás en el hospital bien por lo que te puedan ayudar los familiares, pero ahí las enfermeras no están contigo. Yo no me imagino... una chica que da a luz y no tiene familiares que la apoyen, o una pareja, o una madre, yo creo que allí debe estar muy mal. No hay enfermeras que vengan a ayudarte a levantarte; el primer día no te puedes ni levantar, te sientes muy débil” (Puerpera 3).

“La atención no fue buena. No fue buena. Incluso también con el tema del bebé: “ponme el bebé aquí...”, pero bueno, ¿Y qué... y qué le vas a hacer al bebé? “Pónmelo aquí en la cesta.” Le dan la vuelta, se lo llevan, y ya está, ¡hala!” (Puerpera 16).

- Más testimonios en Anexo 19. Falta de apoyo social y tangible por los enfermeras y auxiliares en puerperio.

El puerperio es un periodo en el que la mujer necesita apoyo y adaptación a la nueva situación ya que aparecen inseguridades y “falta de confianza en su capacidad de realizar los cuidados que necesita el recién nacido” (Avellaned, Lupión, y Fernández Amores, 2000, p. 18). Ante estas emociones, los recursos de afrontamiento son ofertados por el soporte familiar, que orientados por la sabiduría y la experiencia, aportan los consejos necesarios para ofrecerle seguridad en la atención al recién nacido. A este respecto y a tenor de alguno de los testimonios, Comelles (2000) señala que “las enfermeras intuyen el valor terapéutico de la sociabilidad porque saben que las familias les quitan trabajo y hace compañía a los pacientes” (p. 323).

Las reacciones psicológicas desencadenadas por una actitud de falta de diálogo y comunicación de los/as profesionales cobran mayor relevancia entre los/as pediatras y tocólogos/as. Respecto a los primeros, siguiendo las normas del servicio y la inercia del funcionamiento de la planta, revisan al recién nacido en el box de nidos; lugar utilizado por el/la médico/a para la valoración del bebé, y las enfermeras y auxiliares de enfermería para los cuidados correspondientes del mismo. Además, los padres tienen la posibilidad de interactuar con ellos/as para el aprendizaje del cambio de pañal, cuidados del cordón, aseo del neonato y todo lo que deben saber en relación al cuidado de la criatura. Sin embargo, los testimonios manifiestan que la interacción del pediatra con los familiares es deficitaria

“La madre demanda mucha información y si la exploración lo hiciera en contacto con la madre, estaría constantemente preguntándole ¿Y esto por qué, por qué?. Y claro sería muy pesada la visita para ellos, de esta manera van más rápidos, luego entran a la habitación y le dan la información” (Enfermera 2 – 45-48 años/Unidad de Hospitalización de Puerperio-Diario de Campo).

“(…), los pediatras, lo mismo, ven al niño allí, en la esclusa esa... donde lo bañan; tú no le ves la cara al pediatra en los tres días, no te dicen, aunque sea: “oye, está todo muy bien, tienes un bebe muy sano, estate tranquila, que eso rojico que tiene en la cara es de las sábanas, pero se le va a pasar”; o: “el ombligo está muy bien”; nada, no te dicen nada, ni si está bien (...)” (Puerpera 5).

“El pediatra, ni siquiera te habla; y claro, como tú estás en la habitación sola, y el pediatra está en la salita con el niño (...) ¿Quién habla con el pediatra? ¿En qué momento? Parece que tienes que ir un poco a por él, ¿no?, a la caza del pediatra (...)” (Puerpera 16).

En relación a los/as tocólogos/as pertenecientes a la misma unidad, las puerperas destacan la falta de información sobre la evolución de su proceso. La usuaria es percibida como un sujeto invisible, fruto del déficit en la comunicación interpersonal y empatía por parte de los/as médicos/as

“(…), sí, llegaba, me miraba, hacía así, miraba, y con las mismas se iba: “vale, muy bien”, apuntaba él sus cosas y se iba. Pero vamos, que pasó (...)” (Puerpera 8).

“(…) llega el ginecólogo y te ve la herida, y te dice: “muy bien, venga, hala, ya está. Hasta luego.” Y no te dice: “esto está bien, no te preocupes” (Puerpera 16)

- Más testimonios en Anexo 19. Falta de comunicación con los médicos/as.

La falta de acompañamiento aparece como un agente influyente en la aparición de la tristeza emocional fruto de la soledad experimentada por la mujer durante su vivencia en el hospital. El escaso apoyo emocional por la pareja es relevante en su acceso por la Puerta de Urgencias

“(…), el sentimiento que sentí al dejar a Alejandro, puede ser porque yo también me apoyo mucho en mi pareja, mi madre y eso, fue como de soledad; yo cuando crucé la, la puerta para ponerme la bata (...) no sé, tú dejas a tu pareja y a tu madre, que te tratan con un cariño... “Ay, vas a dar a luz”, pues no sé, estás como en un momento súper emotivo, y pasas la puerta del ingreso y es como: “Ay, qué, qué sola estoy aquí”. Eso fue un poco lo... la soledad (...)” (Puerpera 3).

Tal como apuntábamos en la categoría de análisis dedicada la Estrategia de Atención al Parto Normal, el acompañamiento es uno de los problemas que no queda completamente resuelto en el hospital de estudio, atendiendo a factores profesionales (matronas y tocólogos/as), estructurales, organizativos y de la mujer. Sin embargo, a pesar de que en ocasiones ésta no lo desea, el déficit en el soporte emocional tiene una fuerte repercusión psicológica, generando sentimientos de soledad

“Que dejen estar a tu familiar contigo todo el tiempo que haga falta. Hombre, el que haga falta, quiero decir; si el médico tiene que entrar, tiene que reconocerte, que se salga, eso está claro. Pero, eso de pasar los dolores tú sola... es que, de verdad, es que a mí eso me... de pasar los dolores tú sola (...)” (Puerpera 8).

“(...). Durante toda la dilatación, que fueron cuatro horas, no le dejaron entrar, y mi suegra estaba intentando a ver si podía pasar, pero no dejaron pasar a nadie” (Puerpera 1).

“De 9 a 12 todos los familiares y todo el mundo fuera, que van a pasar los médicos.” Y es que, a lo mejor no me puedo levantar, es que tengo los puntos... Me dieron muchos puntos, perdí mucha sangre, estaba muy débil, y, de repente, si mi familiar se va, ¿Qué hago yo con la niña si la tengo en brazos? (...). No puedo ni ir al baño, es que no me puedo ni levantar para ir al baño, y allí nadie (...)” (Puerpera 3).

“(...), ¿Y el tema de que los padres se tuvieran que salir, y los familiares? Eso es que te quedas ahí sola, con lo que puedas sufrir (...)” (Puerpera 16).

- Más testimonios en Anexo 19. Tristeza. Soledad. Falta de acompañamiento.

Relacionado con la tristeza hallamos el *resentimiento* experimentado como consecuencia del trato despersonalizado y poco cercano por parte de los/as agentes de salud. Según la R.A.E. (1992), resentimiento es “Acción y efecto de resentirse” y Resentirse es tener sentimiento, pesar o enojo por una cosa” (p. 1262).

“(...) una está, pues físicamente dolorida, ¿no? Lógicamente, después de tanto dolor y tanto... y, bueno, pues ellas, lógicamente, tienen que tocar y apretar para ver si está todo en su sitio y tal; y, claro, fue el reflejo de poner las manos, y eso a la doctora no le gustó, pero sí que tuvo una actitud, así un poco, digamos, severa: “No me toques, tal...”, (...) que yo no la tocara a ella; pero, vamos, no era mi intención de impedirle que hiciera su trabajo, ¿no?; pero, vamos... Se ve que estaba estresada ella, y, bueno, eso sí que no me gustó (...)” (Puerpera 10).

“(...), tú estabas allí por las mañanas, y una enfermera dice: “Quitaros todas las bragas, todas con las bragas tal...” Yo, claro, es que no sabía ni a qué se refería, no sabía ni quién iba a venir; digo: “¿Pero, qué es esto?” “Quitaros las bragas, y... y poneros... y todas metidas dentro de la cama.” Y yo le pregunté a la de al lado: “¿Qué es?” “No, es que va a venir el ginecólogo. Ah, vale.” (...)” (Puerpera 3).

- Más testimonios en Anexo 19. Resentimiento.

El déficit de actitud empática y falta de comunicación interpersonal por parte de los médicos/as atiende al criterio generacional, dado que la gran mayoría de ellos/as llevan trabajando en la Institución más de treinta años

“Los médicos están todos a punto de jubilarse, yo creo que los que pasan consulta en la planta tienen cerca de los 70 y lo único que hacen es pasar la planta y lo hacen rápido” (Enfermera 3 –27 años –Sustituta/Unidad de Hospitalización de Puerperio- Diario de Campo).

“En las puérperas están los médicos que se van a jubilar y no tienen ganas de dar explicaciones a nadie, así que pasan la planta y se van (...)” (Enfermera 4- 32 años /Unidad de Hospitalización de Puerperio- Diario de Campo).

“(…). El problema de las Plantas de Puerperio es que los médicos quieren jubilarse y ya está” (Enfermera 5- 52 años/Unidad de Hospitalización de Puerperio- Diario de Campo).

A tenor de los testimonios, los médicos/as de la Unidad de Hospitalización de Puerperio sigue la ideología del Modelo Médico Hegemónico constituyendo la guía principal de sus prácticas profesionales basadas en valores alejados del humanismo. Por otra parte, dicha unidad constituye el espacio donde se pone de manifiesto una jerarquía perfectamente estructurada que coloca al médico/a en la escala superior de la estructura y el resto de profesionales en posiciones subordinadas. Este orden viene determinado por la división del trabajo como sistema estratificado que se pone de manifiesto en el status inferior con respecto al aparato médico, permaneciendo bajo las órdenes del mismo (Freidson, 1978)

“Le tienes que decir a la mujer que se quite las bragas, las compresas para evitar que el médico no se cabree con las mujeres y con nosotras” (Enfermera 5- 48 años/Unidad de Hospitalización de Puerperio- Diario de Campo).

“Nosotras pasamos la consulta con los médicos a las 9 de la mañana, vamos con las historias clínicas de cada señora y vamos pasando de habitación en habitación, anotando los tratamientos que ellos van indicando y prepararles todo lo que necesitan para la exploración, como toda la vida se ha hecho, en esto no se ha cambiado nada (...)” (Enfermera 6- 50-55 años/Unidad de Hospitalización de Puerperio- Diario de Campo).

“(…), yo me siento como una secretaria, tengo que ir con el carrito, quitándole los guantes, tengo que ir detrás del médico constantemente”. (Enfermera 4 -32 años- sustituta/Unidad de Hospitalización de Puerperio- Diario de Campo).

Hay quien expresa sentimientos de **Ira y Rabia** derivada de la relación clínica que percibe por parte del equipo asistencial, en especial los/as tocólogos/as. La mujer lo advierte como un trato humillante y violento

“(…), ese trato de “Venga, si te quieres ir de alta ya puedes ir estirando las piernas, no sé qué...” Muy mal, yo lo recuerdo fatal (...) sentirte, pues, yo que sé, como un perro. Te sientes como... no sé... yo es que, de verdad, no sé qué adjetivo ponerle a esa situación. Yo me sentí

fatal, fatal (...) además mucha rabia (...), además, porque justo después de irse, la impotencia,... y luego, cuando yo lo he pensado fríamente, es decir: “¡es que he sido tonta! Es que, ¿Por qué no le he dicho algo en su momento?” ¿Por qué nos creemos que los médicos son algo?, porque al final es un profesional, igual que yo soy profesional en mi trabajo, y yo no tengo esas maneras con la gente. Me dio mucha rabia de no decirle: “Oiga, usted no me ha dicho ni buenos días, ¿Por qué no tiene un poco de... yo qué sé, de trato, de deferencia con la gente?” Me dio rabia luego de no... de no haberme puesto yo en mi sitio, “pero usted ¿Qué se piensa, que somos aquí animales? (...)” (Puérpera 3).

“Sí, por ejemplo, la primera ecografía, que siempre va uno un poco nervioso, me acuerdo que me tenía que relajar para hacerla, y me gritaba: “¡relájate, relájate!”, y yo, claro, al gritarme, me ponía más nerviosa (...). “¿Cómo me voy a relajar si me estás gritando?”, pero bueno!!!” (Puérpera 4)

Así mismo, el *enojo* aparece como componente de la tristeza en los discursos de las parturientas y puérperas. Surge de la incomodidad de infraestructuras inadecuadas. Según la R.A.E (1992), incomodidad se define como falta de comodidad//2. Molestia//3. Disgusto, enojo (p. 814). El relato de las informantes corrobora que este sentimiento emerge tanto en el Área de Urgencias como en las Plantas de Puérperas. En el caso de la Puerta de Urgencias da lugar a una falta de privacidad que somete a la mujer a las miradas de los demás usuarios/as que esperan la atención asistencial

“(...) rompí aguas y, cuando llegué allí, me reconocieron, y, nada, me mandaron otra vez a la sala de espera de fuera, y allí estuve pues, eso... de lo que te he comentado, que me sentía incómoda en el sentido de que estaba, pues, toda mojada y tirando agua continuamente...el trato ese de no tener la delicadeza de decir: “pues quédate aquí”, y estar con más gente de fuera que tú no conoces absolutamente de nada, y acompañantes que van... porque cuando somos todas embarazadas, pues parece que hay como una conexión entre todas, pero cuando hay acompañantes, pues... no sé, la situación es incómoda (...)” (Puérpera 7).

“(...) el espacio, pequeñísimo: si tú pones el sillón, te estás casi rozando con la cabeza del señor de al lado a través de la cortina, porque no hay sitio material para tener los dos sillones; las camas son del año del catapún; en vez de ser como en el General, que tú coges el mando y levantas la cama, allí tienes que salir al control a por la manivela, porque hay una manivela para toda la planta; o sea, ir al control a por la manivela, subirte la cama; ¿Qué quieres luego bajártela?, sal al control otra vez a por la manivela, con el niño en brazos a lo mejor, para volver a subirte la cama (...). Tercermundista de verdad, ¿eh? terciermundista (...)” (Puérpera 5).

“(...) te sientes un poco incómodo si hay alguien al lado que está descansando o puede descansar, y tú no lo dejas porque tu hijo no para de llorar. Eso es lo único que cambiaría, que las habitaciones, en vez de ser dobles, que fueran simples” (Pareja Puérpera 17).

El sentimiento de **Vergüenza** aparece tanto en la Unidad de Urgencias – Paritorio como en la Unidad de Hospitalización de Puerperio. Se presenta ante la pérdida de intimidad causada tanto por factores estructurales como la actitud del equipo de salud. Supone uno de los factores que más preocupa a las mujeres, constituyendo un elemento estresor que distorsiona la vivencia de la experiencia

“(…) no es todo lo privado que a tí te gustaría, porque una persona al lado, con el marido y todo... que hay una cortina, pero que te está oyendo todo lo que dices y tal, a mí en ese momento me daba igual, pero ya te digo, a mí se me estaba rompiendo la bolsa, y pasaba por allí alguien; la chica enseguida me tapaba con las sábanas, o sea, la privacidad ... y yo le decía: “que me da igual, que de verdad que no me importa ... ahora mismo, en este momento, que me da lo mismo quién me vea y quién no”. Pierdes el pudor un montón en ese momento, pero ella sí velaba mucho por la cortina, la tal, ¿sabes?. Si me iba hacer algo, le decía al otro marido que se saliera, o sea que en eso sí, pero hombre, hay sitios mejores para dar a luz (…)” (Puerpera 5).

“(…) no hay mucha intimidad tampoco, ni con la pareja ni contigo misma, porque ahí están las puertas abiertas, la gente que pasa te ve, y si tú... si a ti te están haciendo una exploración, te están viendo igual. O sea que... y a la vez, tú ves a otra gente, o sea, porque las camas encima están encontradas con respecto a las de la habitación de enfrente, y las estás viendo también (…)” (Puerpera 16).

- Más testimonios en Anexo 19. Incomodidad por infraestructuras inadecuadas.

La Observación constató que todas las puertas de acceso a las dilataciones siempre permanecen abiertas, lo que da lugar a que el personal que pasa tanto por el pasillo de urgencias como el de paritorio tenga la posibilidad de ver a la parturienta en cualquier estado, incluso cuando le hacen exploraciones vaginales. Supuestamente, los/as profesionales que deambulan por el Área de Paritorio pertenecen a ella, sin embargo, no siempre es así, tal como lo expresa el siguiente testimonio

“Esto no se debería permitir que pase gente por el pasillo que no conoces de nada y que sabes a ciencia cierta que no tiene que ver con paritorio, hasta incluso pasa gente vestida de calle” (Matrona/Área de Paritorio- Diario de Campo).

La actitud del equipo obstétrico influye en atenuar el sentimiento de vergüenza, mejorando la experiencia vivida por la mujer. En este sentido, las matronas son las profesionales más conscientes de estas deficiencias infraestructurales y su repercusión, de modo que intentan poner remedio a estas carencias tapando en todo momento a la mujer, cerrando las puertas de dilatación o cubriendo con la sábana. Aún así, tal como están

distribuidas las dilataciones, el tránsito de personal dentro y fuera de las salas de dilatación es muy intenso: matronas, tocólogos/as, residentes de matronas, de gine-tocología, de medicina de familia, auxiliares de enfermería y celadores.

La emoción es más evidente en las Salas de Partos. Habitualmente cuando la mujer ha finalizado la fase de dilatación pasa a paritorio, lugar donde tendrá lugar el expulsivo y alumbramiento. En este ritual participa el celador que pasa a la mujer en cama a la dilatación y le ayuda a subirse a la cama de partos; las auxiliares de enfermería que preparan todo el instrumental necesario para la intervención; la matrona y residente de matrona que se encargarán de la conducción del proceso siempre que no esté desviado de la normalidad. Además de los ya mencionados, en ocasiones se cuenta con la presencia del tocólogo/a que acude simplemente para inspeccionar cómo evoluciona el parto, acompañado de residentes de Ginecología y médicos/as de familia. Este desfile de profesionales entraña que las parturientas se vean expuesta a las miradas de múltiples observadores, haciendo que el momento deje de ser un acto íntimo para ella y su pareja

“(…), estás súper expuesta ahí... no sé. Con... eso, que todo el mundo te puede ver, jolín, que... que hay pasillos en todos lados, que... no sé, que todo el mundo puede entrar, que nadie pide permiso para entrar, ¿no?; yo qué sé... ahí el celador no pide permiso para subirme los pies arriba del potro... yo qué sé, todo ese tipo de cosas... no sé. Sí, es verdad que yo no puedo subir las piernas, pero a lo mejor alguien con un poquito más de intimidad (...)” (Puerpera 16).

“Un poco incómodo la verdad, cuando estuve en paritorio. No te puedo asegurar la gente que había y salía del paritorio, pero por lo menos habían diez personas. Me parece bochornoso que no tengan consideración en este sentido (...)” (Puerpera/Atención Primaria- Diario de Campo).

Este sentimiento es igualmente experimentado por las puerperas en la Unidad de Hospitalización de Puerperio

“No sé... es que no hay intimidad entre una persona y otra. Lo único que veo ahí que... También es una situación que todas la vivimos, pero como están también con acompañantes, tampoco tienes intimidad para hablar tus cosas con tu pareja, o con tu madre, o con quien esté contigo, vamos; es lo único que le veo” (Puerpera 7).

“Hombre, es incómodo, porque, claro, todo el cuerpo está muy dolido todavía, y el pecho también, porque los primeros intentos de mamar son torpes, y por otro lado, la habitación compartida. A mí me tocó una compañera, digamos regular, y claro, pues como a cada uno le apetece estar en su cama, pues... un poco de intimidad...y eso de la cortina solamente, cuando a la otra chica le visitaba toda la familia pues...(Puerpera 1).

La infraestructura en la unidad es considerada uno de los principales escollos que dificulta la satisfacción de la última fase del proceso reproductivo. La distribución de las habitaciones no permite una estancia cómoda e íntima para el padre y el recién nacido. El espacio de la habitación es reducido y está ocupado por dos camas, las cuales están separadas por una cortina para mantener la intimidad de cada una de las mujeres, aunque esto difícilmente se consigue. Cada cama tiene asignada un sillón para que pueda descansar el familiar mientras permanece acompañando a la mujer, sin embargo, resulta bastante incómodo e inapropiado para su permanencia durante largo tiempo. Todo ello unido al mobiliario propio de la habitación, hace que sea un espacio incómodo y reducido para la estancia de la pareja. Así pues, a parte de los estresores resultantes de la relación interpersonal médico/a- enfermera- paciente y la propia organización o funcionamiento institucional, habría que añadir el correspondiente a la infraestructura hospitalaria. Los/as informantes ponen de manifiesto a través de sus discursos un espacio arquitectónico inadecuado que produce hacinamiento y escasez de recursos materiales para satisfacer las necesidades de la puerpera durante la hospitalización. Pese a estos inconvenientes, profesionales pertenecientes a esta unidad perciben ventajas en la habitación compartida, pues implica intercambiar experiencias sobre el parto, la lactancia y cuidados del recién nacido con la compañera de al lado

“Aunque compartir la habitación, en ocasiones, puede ser un inconveniente, al final a las mujeres les viene bien porque se cuentan cómo le ha ido el parto y se entretienen dándose consejos ellas mismas sobre la lactancia y la criatura (...)” (Enfermera 1/Unidad de Hospitalización de Puerperio-Diario de Campo).

“Las mujeres por lo general se quejan de las habitaciones, pero yo no lo veo tan mal porque se lo cuentan todo y comparten experiencias sobre la maternidad, yo creo que eso es muy positivo para ellas, sobre todo en las primerizas. Hombre, si las habitaciones fuesen individuales sería mejor (...)” (Enfermera 2/Unidad de Hospitalización de Puerperio-Diario de Campo).

En lo que respecta a la pareja, las emociones que experimentan se circunscriben al **Miedo y la Tristeza**.

A tenor de los testimonios recogidos, el **Miedo** va a estar centrado en la *incertidumbre y el nerviosismo* que sufre a lo largo de todo el itinerario asistencial.

El sentimiento de *incertidumbre* se manifiesta con frecuencia en la Atención Primaria, sobre todo, en los momentos próximos al nacimiento de la criatura

“(…). Los tres primeros meses fueron... se pasaron rapidísimo y son los que, a lo mejor, ella pudo tener un poco más de molestias, pues, yo qué sé, algo extraño que tienes dentro, y eso. Y los siguientes tres meses rapidísimos, y los últimos fueron los que ya a lo mejor la incertidumbre esa de que a ver si viene ya, cómo va a estar, cómo va a venir y tal (...)” (Pareja Puérpera 6).

“Nervioso desde el principio (...). Que saliese alguna complicación, o algo. Es lo único que... que me preocupaba un poco” (Pareja Puérpera 8).

Igualmente se presenta de forma contundente en el acceso a la Institución hospitalaria, constituyendo la Puerta de Urgencias uno de los espacios donde mayor estrés, ansiedad y nerviosismo perciben las parejas. Se origina como consecuencia de la carencia de información obtenida, la cual dará lugar a dificultades adaptativas para el afrontamiento dada las interferencias existentes en la valoración primaria y secundaria del momento vivido por el familiar

“Ese tiempo es lo peor, porque ese tiempo estás, desde que yo la dejo, que entramos por urgencias maternal, estoy en la sala de espera, pues, desde las dos de la mañana, así que entramos, hasta las siete, que fue cuando empezó haber movimiento de dilatación. Del parto, tal, eso es lo peor que yo también vi; al padre, digamos, es que no te informan de nada, ni de cómo va, ni de cómo no va, la verdad es que es lo peor (...) pero estaba nervioso, hombre... cómo iba todo; es que, como estás sin noticias, no sabes si la cosa va bien, si va regular, si la cosa va... no lo sabes... a mí me parece bien que se centren en la madre, es lógico, pero yo qué sé (...)” (Pareja Puérpera 2)

“Pues, aparte de muchos nervios, la incertidumbre de “ahora, ¿Qué hago?”, “¿Por dónde entras?”, “¿Dónde dejo a mi mujer?”, eh... pues, eso, sobre todo muchos nervios, (...) los nervios de esperar; el tiempo ése que estás allí, que no te dicen nada, a lo mejor sí que estás una hora o así que estás allí con la incertidumbre esa de “¿Qué está haciendo?”, “¿Qué pasa? Y de ver tanta gente allí en tu misma situación, estás, pues eso: muy nervioso (...)” (Pareja Puérpera 6).

Así mismo, el nerviosismo aparece en las parejas debido a la desubicación y la desorientación que experimenta en el Área de Partos

“(…), no está muy definido el espacio donde tiene que estar el acompañante, en este caso yo, no está muy definido, con lo cual tú te sientes allí un poco torpe (...)” (Pareja Puérpera 1).

“Uf, llegas allí y colocan a tu mujer en paritorio y tú te preguntas “¿Ahora qué hago?, y empiezas a recordar lo que aprendí en la preparación al parto, pero al final no lo pude hacer, porque estaba pendiente de lo que me pudiesen decir los profesionales, si molestaba o algo, no sé, un poco raro, la verdad” (Pareja Puérpera/ Planta Puerperio- Diario de Campo).

Cuando el padre está acompañando en el paritorio no queda muy claro el lugar donde tiene que estar ubicado ni tampoco lo que tiene que hacer, así que a veces se convierte en mero observador del acontecimiento, ofreciendo apoyo emocional a su mujer sólo con la presencia. Su participación más o menos activa queda a merced de los/as profesionales que asisten el parto, los cuales dan instrucciones sobre cómo ofrecer soporte a su pareja.

Alguno de los participantes manifiesta el nerviosismo como consecuencia de la falta de intimidad durante el proceso de dilatación y parto

“Durante el preciso momento del parto me encontraba un poco nervioso, entraba y salía gente; y eso no me gustó nada. Incluso no quise decir nada por no estropear el momento, pero había gente al fondo mirando, gente que yo no sabía quién era, que supongo que si están allí serán... no sé, la primera vez no me gustó nada (...) fue muy notable la falta de intimidad en el momento del parto (...)” (Pareja Puérpera/Planta Puerperio- Diario de Campo).

De igual modo, el déficit en el soporte informativo y tangible por parte de los/as agentes de salud en la interacción clínica les generan incertidumbre y desorientación, sentimientos que son vividos intensamente en la Unidad de Hospitalización de Puerperio

“(...) un poco desprotegido, porque yo entiendo que, cuando llevas treinta años sacando críos, todo está bien, todo es normal, pero, para ti nada es normal; es decir, la primera noche te sueltan que teníamos que cambiar a la criatura. Parece una tontería, pero ahora estábamos los dos allí, cogiendo allí al crío: “que se me cae, cógelo tú por aquí, por allá...” No sé, allí fue un poco... quizás echas de menos que te asesoren un poco más, que te marquen, te asesoren, que te digan “tienes que hacer esto así...” (Pareja Puérpera 12).

“El ombligo, ¿Se lo curan ellas?. Me dijo Loli que sí, que se lo curaban ellas; bañarlo, me dijo Loli que lo bañaban ellas por la mañana, pero no había una persona que te dijera: “tú solamente tienes que cambiarle el pañal y darle el biberón, si toma biberón; nosotras hacemos lo demás”; no hay nadie que... por lo menos, nadie me dijo nada de eso.” (Pareja Puérpera 14).

- Más testimonios en Anexo 19. Incertidumbre y desorientación: falta de apoyo informativo y tangible por parte de los profesionales.

La escasez de información tiene importantes implicaciones psicológicas en la pareja ante la deficiente integración por parte de los/as profesionales en los cuidados del recién nacido. Esta Circunstancia conlleva falta de recursos adecuados para adentrarse en el universo de la paternidad y dificultad para compartir los roles sobre el cuidado de la criatura. Aspecto que también señala algún miembro del equipo obstétrico, resaltando que los

médicos/as de este servicio no consideran la paternidad como parte activa del proceso, siendo invisibilizados en el ámbito hospitalario

“Que el pediatra no explora a los niños delante del padre en la planta de puerperas, me choca muchísimo porque los niños siempre van acompañados de sus padres, parece que por el hecho de que está ingresado en el hospital pierdes la autoridad como padre, porque en el Centro de Salud los niños son atendidos delante de los padres, pero parece que en el medio hospitalario, el estatus del padre no cuenta” (Matrona 6/Atención Primaria- Grupo de Discusión).

Al igual que ocurre con las mujeres en las Plantas de Puerperas, alguna de las parejas pone de manifiesto su nerviosismo ante las normas institucionales, expresando su malestar ante el exceso de número de visitas que permite la Institución

“(…), hay un desfile de visitas inaguantable; todo el mundo no tiene la misma educación - de hecho cada vez menos educación, y te puedes encontrar, como a nosotros nos ocurrió, unas 22 personas metidas en una habitación con 2 bebés recién nacidos. Eso me parece inadmisibles, y ya no te digo, porque yo, el acompañante, tenga que dormir en una silla, que fíjate que no te estoy hablando de mi comodidad, Ahora, comprendo que en la habitación caben dos, yo no creo que haya que tener el doble de habitaciones, pero yo creo que eso está francamente mal (...) si tienes dieciocho mil familiares, entre todos te ponen nervioso” (Pareja Puerpera 9).

Referente al sentimiento de **Tristeza**, alguno de los informantes percibe sentimientos de *soledad* al no sentirse integrado por parte de los/as agentes de salud en el proceso de dilatación

“(…), al padre la verdad es que no le explican mucho; al padre lo aíslan un poco. No, eso, que al padre no... vamos, con él no hablaban mucho, la madre un poco, y le decían: “pues vas bien dilatada...”, pero lo que es al padre, lo apartan un poquillo (...). La verdad es que pienso que bastante estoy allí con ella para hacerle compañía que es lo que imagino que ella necesitaba (...). Entonces, yo qué sé, tampoco... que no se dirijan a mí tampoco lo veo como una cosa mala, vamos; porque yo estoy, digamos, soy un pegote postizo (...)” (Pareja Puerpera 6).

Existen escasos estudios referentes a la incorporación de la figura masculina en el proceso del parto, sin embargo, el análisis de contenido pone de manifiesto que el padre es un agente olvidado por los/as profesionales durante la dilatación. Sus actitudes se justifican representando los miedos, las ansiedades y las dudas como emociones que pertenecen más al universo femenino (Rengel-Díaz, 2006). Estas representaciones ideológicas de género impide que puedan identificar las necesidades de la pareja y ofrecerle la información que demanda para satisfacerlas

“(…). La matrona sí fue fría, pero sí era cariñosa por ejemplo, con mi mujer; con nosotros, fría, normal, ni cercana ni distante, ninguna de las dos cosas” (Pareja Puérpera 3).

“La relación con los profesionales fue escasa, íbamos muchos, y al ir muchos el miedo que teníamos es que nos quedáramos todos fuera del parto, entonces nuestra postura fue un poco nosotros, un poco familiares objeto, y tal, las cuatro o cinco preguntas o los comentarios que pudimos hacer, pero fue muy escasa” (Pareja Puérpera 18).

De igual modo, esta emoción está vinculada con la lentitud en la atención derivada de la organización de los servicios en el Área de Urgencias

“Me parece también triste que a las embarazadas no las atiendan en cuanto lleguen, eso me parece un poco triste, porque hay muchas que están dilatando, bueno... están con contracciones en la sala de espera, donde están los otros familiares (...)” (Pareja puérpera 1).

La infraestructura hospitalaria sigue estando presente como un elemento distorsionador de la experiencia del padre, generando sentimiento de tristeza o enojo ante la incomodidad de compartir la experiencia con otras mujeres

“El espacio físico... bueno, ya el hecho de compartir habitación con otras personas, pues, ya... eso te incomoda también un poco; sobre todo eso, personas que a lo mejor no le pueden poner la epidural, y entonces están ahí... eso debe de ser bastante doloroso; y la verdad es que allí pues pasaron dos chicas más que no le pudieron poner epidural, y entonces la verdad es que lo pasaban bastante mal; y eso pues te incomoda un poco, porque te siente ahí... no sé, te sientes tan pequeño, ellas gritando tanto, y tú que no puedes hacer nada... yo qué sé.(...). Entonces, eso, el hecho así de compartir, pues te incomoda un poco” (Pareja Puérpera 6).

7.3.2. SENTIMIENTOS POSITIVOS DE LA MUJER Y PAREJA EN LA ATENCIÓN PERINATAL.

Según los testimonios de las mujeres, los sentimientos positivos encontrados son la **Alegría y el Amor**, basados en la *tranquilidad, confianza, amabilidad* ofrecida por los/as profesionales, dando lugar a una satisfacción y euforia de la mujer en la vivencia de su proceso. Estos se presentan tanto en la Atención Primaria como Especializada.

La sensación de *tranquilidad* surge como resultado de la información aportada por la matrona en Atención Primaria y la percepción de una atención personalizada. Estas emociones fluyen de la ayuda facilitada a la mujer en cubrir sus necesidades relacionadas con las dudas que se le pueden plantear en la atención perinatal. Así mismo, los testimonios

señalan que la existencia de apoyo social por parte del equipo asistencial en la Puerta de Urgencias, emocional durante el proceso de dilatación e informativo en las Plantas de Puérperas constituirán un refuerzo en este sentimiento

“Me preguntaron si iba en condiciones de poder caminar por mi propio pie, les dije que no me encontraba muy bien como para caminar, y nada, al momento me dieron la silla y yo ya me... me llevaron hasta urgencias para reconocimiento de... para ver si era parto o los centímetros que llevaba dilatados” (Puérpera 6).

“La matrona estuvo ahí, todo el rato, conmigo, empecé a dilatar, y fue todo maravilloso, de verdad, hasta el parto riéndonos, y todo muy bien (...) constantemente conmigo, cambiándome de postura. Como tenía la epidural, tampoco tenía, o sea, que es que no puedo tener queja ninguna.(...) yo estoy encantadísima con la Arrixaca. (...) ella llegaba me lo explicaba todo, me cambiaba de postura: “estás bien así, estás bien asao”. O no sé, que muy bien. A lo mejor tuve suerte, y hay otras que... yo realmente con mi matrona, muy bien, incluso nos gastábamos bromas y tal. Le decía que me cogiera de la mano, y me cogía de la mano. Cuando a mi marido lo sacaban, y se quedaba conmigo ella, y todo, o sea, que no puedo tener queja” (Puérpera 13).

“(…), estaban pendientes de la niña, más que todo, que era lo que más me interesaba; y luego, venían y te miraban para ver qué tal estabas. Te cambiaban las sábanas, te daban un analgésico por si te dolía algo, te traían zumos... o sea, sí, estaban pendiente de esa parte; sí, cambiaban al bebé, lo observaban, nos tomaban la temperatura, y todo eso, sí” (Puérpera 11).

Alguno de los testimonios vincula esta emoción con la sensación placentera derivada de la ausencia del dolor y la actitud empática de los/as profesionales

“La dilatación en sí, ya cuando me pusieron la epidural y ya recabamos más o menos la información, preguntando y tal... ya estaba puesta la oxitocina, y pues ya más o menos teníamos toda la información, entonces ahí ya nos relajamos, incluso nos dormimos un poquito (...). Ellos también fueron prudentes, ¿no?, nos apagaron la luz... o sea que, dentro de lo que cabe, ellos hicieron porque nos sintiéramos cómodos” (Puérpera 16).

Es relevante la percepción positiva de la mujer sobre el soporte social aportado por los/as agentes de salud y la cercanía hacia la mujer haciéndola sujeto activo en el trabajo de parto. Las participantes destacan la aportación de humanidad del equipo asistencial dando lugar a la vivencia de una experiencia satisfactoria

“¿De la asistencia? Pues, la... el... el calor humano, diría yo, de la gente, de los profesionales que me han tocado, ¿sabes?, porque es muy importante, es lo que hablábamos, que es que no es lo mismo llegar a un sitio, que no te hablen ni te expliquen nada, nada más que: “aquí estás, y cuando te toque te ha tocado”, y “vale, muy bien, una niña”; pero, a mí, coincidí con personas desde luego, para mí, excepcionales, en todos los sentidos” (Puérpera 7).

“(…), vino la matrona, me revisó, luego la enfermera... me atendieron muy bien: “ponte de este lado, ponte cómoda...”. Todo, todo, todo; me acomodaron muy bien y, nada, estuve como unos tres empujones, tres veces, y luego me hicieron la episiotomía, y nada más; salió rapidísimo (…).” (Puerpera 11).

- Más testimonios en Anexo 19. Tranquilidad.

En el análisis del discurso de las puerperas, uno de los sentimientos que se manifiesta con fuerza es la *Confianza* hacia la matrona, resultado de una estructura relacional basada en el diálogo que da lugar a una excelente comunicación entre profesional y lego. Actitud que supone uno de los principales aspectos y características para resolver las inquietudes y atenuar los sentimientos negativos que pueda presentar la mujer. Esta emoción emerge con fuerza en Atención Primaria

“(…). Las matronas han sido mi descubrimiento porque yo no sabía nada del embarazo, que te lo llevaba una matrona, y con ellas ha sido como... no sé, me han apoyado muchísimo; además, es una cosa como muy de estar por casa, no la veía como a un profesional (...) ha sido como un familiar que le cuentas las cosas... no sé, con ellas me han ayudado un montón” (Puerpera 3).

“He vuelto a la matrona de mi Centro de Salud, para que me vean los puntos, y también para que me de instrucciones sobre la lactancia. De hecho, domingo me dieron el alta y lunes vine aquí para que la matrona me dijera cómo poner el bebé, y todo eso” (Puerpera 13).

“(…), la matrona que me atendió en el parto fue muy simpática, y, entonces, ella me decía: “sí, ya sé que esto es muy doloroso, más sin epidural”, dice, “pero bueno, te ha venido así, tú confía en mí, dame la mano, apriétame a mí...” Estuvo ahí conmigo todo el tiempo hablándome, y ya... por lo menos, me escuchaba y me decía que era doloroso” (Puerpera 15).

- Más testimonios en Anexo 19. Confianza.

Esta orientación hacia el valor de confianza también es reconocida por los médicos/as pertenecientes a las unidades de estudio

“(…). La mayoría de los embarazos normales están informados fenomenalmente pero le encanta ir a su matrona (...)” (Obstetra 4/Atención Especializada- Grupo de Discusión).

La amabilidad constituye otro de los componentes que aporta matices de humanidad a la relación, pues facilita el acceso a la esfera emocional. Esta actitud unida a la cordialidad, como característica de la interacción clínica, crea la situación idónea para que los/as profesionales escuchen, compartan sus problemas, sus esperanzas, su historia; en definitiva, se adentre en el lado más humano de la experiencia de la mujer

“La matrona. Muchísima más; más cercana (...) en la consulta de la matrona me sentía fenomenal. Muy bien atendida, y si tienes algún problema te lo solucionaba, y muy bien” (Puerpera 17).

“(...) La matrona, muy bien, porque había un trato muy humano; (...) la conocía del otro embarazo, y un trato como si fuera mi madre realmente; así, lo que era la consulta, con mucha libertad para hablar de todo, incluso de las cuestiones de relaciones sexuales, que siempre a uno le da más vergüenza (...)” (Puerpera 4).

“(...) en el paritorio, la matrona, que me ayudó allí dentro, muy amable, me ayudó mucho también al parto. Es una experiencia pues única” (Puerpera 1).

- Más testimonios en Anexo 19. Amabilidad.

Aunque se ha puesto de manifiesto que la interacción clínica es uno de los puntos fuertes en el origen de sentimientos tanto negativos como positivos, según señalan los testimonios, la educación maternal constituye una herramienta muy útil para la adquisición de conocimientos e información relacionados con todas las dimensiones de la vivencia del parto y puerperio, en particular, y sobre el universo de la maternidad y paternidad, en general. Además se les explica aspectos relacionados con el nuevo modelo biopsicosocial de asistencia. Sin embargo, las matronas son conscientes que la información debe ser contextualizada y ajustada a las posibilidades que ofrece el hospital, explicando que la atención recibida está condicionada a recursos estructurales que no dependen del equipo asistencial sino a factores ajenos a él

“(...), en la educación maternal nos decían que se intenta hacer como unos partos más naturales, no tan instrumentalizados... y normalización un poco, pues claro estaba un poco también condicionada al hospital, a la Arrixaca, que ahora mismo no se hacía todavía mucho porque tampoco los medios lo permitían (...)” (Puerpera 3).

“La educación maternal es fundamental (...). Yo lo primero que hago el primer día de clase es explicarles que es un entrenamiento físico y psíquico, ni es gimnasia ni sólo respiración, sino que hacemos teoría, explicación del proceso, un poco de respiración para ir con lo natural por delante, no sea que no puedan ponerte la epidural o que decidas tú libremente no ponértela” (Matrona 6/Atención Primaria- Grupo de Discusión).

Esta información es de gran utilidad para que las mujeres puedan realizar una valoración primaria y secundaria de la situación, de manera que puedan disponer de recursos para el abordaje de las situaciones de estrés que aparezcan en el proceso del parto, relativizando la experiencia vivida.

Otro de los sentimientos que cobra relevancia es la satisfacción ofrecida por la atención de los/as médicos/as de familia. Su grado de implicación en la atención perinatal e interacción con la gestante y puérpera es mínimo, tal como queda reflejado en el análisis contextual y según protocolo del Programa Integral de Atención a la Mujer (figura 48).

“Sí; primero fue el médico de cabecera, que la verdad es que me atendió muy bien (...)” (Puérpera 11).

“(…), y el médico de cabecera para las analíticas, y ya está. Pero, bueno, él también me vio, y muy bien” (Puérpera 14).

“Es que a penas lo he visto; le vi al principio del embarazo, cuando le dije que creía que estaba embarazada, que si me podía hacer la analítica y eso, y nada, me la hizo y (...) Correcto, y ya está.(...)” (Puérpera 16).

- Más testimonios en Anexo 19. Atención médico/a de familia.

Una de las manifestaciones relevantes vinculadas con las emociones positivas es la *tranquilidad* experimentada en la Unidad de Hospitalización de Puerperio cuando tiene lugar situaciones anecdóticas en relación con el déficit en el número de visitas, expresando una vivencia gratificante

“(…) no tuve visitas, porque como ha coincidido que en todas las casas había alguien malo, y con la gripe ésta y tal... nadie subió, excepto, bueno, mi madre y mi hermana, en algún momento dado, y el padre de la criatura, pero pude estar los tres días piel con piel con mi hijo, con el niño encima sin que nadie me lo quitara, sin que nadie lo zarandeara; eso, para mí, fue súper positivo (...)” (Puérpera 5).

Así mismo, aparecen cuando la mujer recibe información y asesoramiento por parte de la enfermera de lactancia, percibiendo un alto grado de satisfacción en la atención

“(…) llamamos a la enfermera de lactancia. Nosotros, cuando subimos a las nueve o así subimos a la planta; desde las siete, a las nueve subimos a la planta. Y en ese momento, la llamamos, porque nadie nos decía cómo hacerlo y el bebé tampoco se enganchaba con facilidad. Entonces, la llamamos, ella vino enseguida, y entonces nos tranquilizó; nos dijo: “no te preocupes, ve intentándolo durante todo el día, pero tranquila porque los bebés 48 horas pueden estar sin comer.” La verdad que muy bien; nos dio consejos (...) “quítate la ropa”, “el contacto piel con piel” (Puérpera 16).

“(…) la enfermera de la lactancia le explicó, y que la chica se relajó mucho (...)” (Puérpera 18).

A parte del papel fundamental que la matrona desempeña en la experiencia positiva de la mujer en la atención perinatal, hay que resaltar el papel de la pareja como apoyo social durante el itinerario asistencial de la gestante en la Atención Primaria, generando emociones de alegría, con sus componentes de *seguridad y tranquilidad* en la mujer

“Mi marido me acompañó todo el embarazo, todo, todo, desde el primer momento, sí. Es que lo habíamos planeado, entonces, fue algo que lo queríamos los dos, y, desde el primer momento, sí, muy bien; me ayudó mucho, y, en ese momento, ya te sientes tan triste, (...)” (Puerpera 11).

“Mucho mejor que si no hubiese venido; las dos primeras citas que tuve no pudo venir porque estaba trabajando, y, hombre, tampoco me sentía mal, pero que me gustaba que estuviese conmigo (...)” (Puerpera 8).

- Más testimonios en Anexo 19. Apoyo social de la pareja.

De aquí se desprende que por un lado, el soporte emocional de la pareja y, por otro, la matrona como profesional que le ofrece confianza, seguridad y tranquilidad constituyen el binomio adecuado para que la experiencia del embarazo sea satisfactoria.

En lo que respecta a los sentimientos hallados en las parejas como sujetos que intervienen en la vivencia del proceso reproductivo, tenemos las emociones centradas en la satisfacción, al tener la percepción de constituir un soporte emocional importante durante todo el itinerario asistencial

“(…), me aportaron... yo creo que más madurez, ¿no?, respecto de la situación nueva que uno va a vivir, ¿eh?. Más comprensión hacia... la situación... hacia la nueva situación, y hacia la pareja, y... bueno, un mayor acompañamiento de la persona, el tratar de compaginar un poco, entendiendo... porque, claro, cuando haces las visitas a los médicos, pues, las doctoras, en posteriores visitas le dijeron: “Mira, ahora te va a pasar más o menos esto, ahora lo otro...” Entonces, pues, efectivamente, más o menos lo que ellas le iban indicando, ella, pues, lo iba pasando, ¿no? Y... bueno, tú ya como más o menos lo oyes en esas visitas, pues tú ya tratas de ayudar y a ser un poco más maduro y a apoyar en todo lo posible” (Pareja Puerpera 3).

“He estado más implicado, por el mero hecho de asistir, el mero hecho de preocuparme más, de decir: “tú eres la que lo llevas, lo sé; yo quiero ayudar de alguna otra forma.” Las tareas del hogar, también de una forma distinta, asumiéndolas yo, sobre todo, por el riesgo que tenía desde el verano de aborto, de estar en semirreposo... distinto, no sé cómo transmitirlo, pero distinto” (Pareja Puerpera 14).

En el análisis de los discursos de los padres acerca de lo que piensan, creen y temen, desde su posición de hombres encontramos emociones ambiguas: por un lado, el **Miedo** ante la inseguridad e *incertidumbre* surgida de las preocupaciones por la posible aparición de factores de riesgo y complicaciones que pudiesen interferir la correcta evolución del embarazo, así como la adaptación de un nuevo rol que se les presenta desconociendo su abordaje, y por otro, la **Alegría** resultado de la *euforia* ante la llegada de la criatura

“Mucha ilusión, sí. Soy una persona optimista. No... procuro no pensar si va a salir mal, si va a salir con tal, si... prefiero siempre pensar en positivo que no en negativo, porque si no estás ahí en una depresión (...) y miedo porque dices, si algo sale mal, si algo viene mal... pero en muy pocas ocasiones; muy poco” (Pareja Puérpera 17).

“Hombre, el embarazo, con mucha ilusión, con cierta... digamos, no miedo, pero un poco de responsabilidad, ahora que ya se duplica todo, incluso se puede triplicar porque el otro es muy pequeño, pero muy bien; con alegría, pero un poco preocupado por María, por la madre” (Pareja Puérpera 9).

“El embarazo no ha habido ningún problema, y yo me he sentido bien, ... me lo he tomado también como un poco preparatorio a lo que sería luego tener un hijo, que no, porque, claro, como es el primero, nunca sabes muy bien cómo te vas a enfrentar a la situación de... pero vamos, bien, la verdad es que bien” (Pareja Puérpera 2).

- Más testimonios en Anexo 19. Sentimientos ambiguos en la pareja.

En lo que respecta a los sentimientos generados en la Atención Especializada, el padre manifiesta emociones de tranquilidad por la atención recibida por parte de los/as profesionales y sentimientos de euforia por el evento del nacimiento del neonato

“(...). La parte del parto, la recuerdo con gran cariño y no podría destacar nada negativo, todo podría ser positivo en la atención a la matrona, también fue espectacular, había también un ATS alrededor, que se portó muy bien (....)” (Pareja Puérpera 1).

“El parto, espectacular; yo me creía que iba a ser otra cosa, mucho más... Tanto que me hablaban de... y, no sé, no sé cómo explicarte... la sensación de ver salir a tu hija de... es muy fuerte, la verdad es que, cuando la ves por primera vez, es muy bonito (...)” (Pareja Puérpera 2).

“Muy bien; bueno, me eché a llorar por la emoción (...) la primera vez de ver a tu hijo ya fuera es, vamos, se saltan las lágrimas” (Pareja Puérpera 17).

“Muy interesante. Era buscado, así que muy contento, ha sido una buena experiencia, recomendable, indescriptible, muy intensa” (Pareja Puérpera 1).

7.3.3. ACTITUDES Y ORIENTACIÓN EN VALORES DE LOS/AS PROFESIONALES.

Según mencionábamos en el Marco Conceptual, Capítulo I, los valores y las actitudes de los/as profesionales determinarán la naturaleza de la relación que se establezca entre la mujer – pareja y equipo asistencial, por tanto, constituirá uno de los principales factores del desencadenamiento de las emociones o sentimientos positivos y negativos, así como la humanidad percibida por la mujer y la pareja de la experiencia vivida por ambos. De este modo, pasamos a aportar los resultados del análisis sobre las actitudes y la orientación hacia los valores del equipo asistencial, así como la relación clínica que tiene lugar en las unidades de estudio.

Respecto a las Unidades Ginecológicas de Apoyo, los discursos de las puérperas y sus parejas ponen de manifiesto una deficitaria comunicación empática y autenticidad, así como una falta de tolerancia y asertividad que proporcionen seguridad a través de relaciones libres de preocupaciones y ansiedades. Esta dificultad de los/as agentes de salud en adentrarse en los sentimientos y pensamientos de la mujer en un clima de mutua confianza reflejan una orientación hacia un déficit en el valor de la Confianza de los/as profesionales que reciben la atención, fomentando la visita al sistema privado para una segunda opinión

“La del ginecólogo un poco...que si no preguntabas ni nada de eso, no te decía nada. Entrabas, tal... bueno, como un poco, terminar rápido (...). Pues que si quería saber algo, tenía que preguntar o... yo qué sé, hacer muchas preguntas. Lo lógico es que te digan: “pues esto es para tal...”. Allí fui dos veces, pero las dos veces igual: si no preguntas (...) no sé; lo mismo si voy a un médico de pago me van a tratar mejor que en la Seguridad Social (...)” (Puerpera 17).

“Por ejemplo, yo no tenía ni idea, en cada ecografía - porque sólo lo he visto en las tres...en dos ecografías -, la de la semana veinte, nos la han hecho en el hospital, pero la de la doce y la de la treinta y algo, la hemos hecho aquí, y yo salía de allí, y yo no sé si en ésta me tienen que decir... en todo bien, pero... vale, todo bien ¿Qué quiere decir?, ¿Me habéis mirado, yo que sé, los órganos del niño, o...? No sé...y eso, al final, qué haces, pues para quitarme esas dudas, me he ido a uno privado y le he preguntado todo lo que he querido, que aquí, como que no; (...) me da rabia, porque yo lo estoy pagando con mis impuestos, y ahora tengo que gastarme el dinero en otro (...)” (Puerpera 4).

- Más testimonios en Anexo 20. Déficit en la orientación al valor de la Confianza.

Igualmente encontramos testimonios que expresaban discursos relacionados con escasa orientación al valor de la confianza por parte del equipo de salud especialmente en

las Salas de Dilatación, manifestando insatisfacción ante el aporte de insuficientes recursos para la resolución de sus problemas y atender la demanda que solicita la usuaria. Se manifiesta una falta de comprensión de la situación que la mujer está viviendo, sin ser lo suficientemente acogidas en el contexto de una relación dialogante

“(…) nadie me preguntó si quería estar acompañada o no; simplemente, cuando entré, me dijeron: “¿Tienes acompañante?” “Sí, ha venido mi marido”, y me dijeron: “pues dígame que pase a la otra sala, y ya, pues, le iremos informando, y le llamaremos cuando... ya según como vaya todo”. Y estuve esas primeras horas, sí que estuve sola; bueno, sola no, porque éramos muchas” (Puerpera 9).

“(…) a mí lo que me hubiera gustado en ese momento es que la matrona que me atendió me hubiera dicho: “ésta son las posibilidades que tienes; estás así, y nuestra experiencia es que, de esta manera, pasa esto, esto, y lo otro, y tú... elige.” O sea, pero esa condición no se dio. Yo les preguntaba cosas y ellas contestaban muy poquito (...) de hecho, el matron que había, tampoco preguntó... o no avisó de que iba a romper la bolsa, ni cosas así (...). Y tampoco me dijeron que me iban a poner oxitocina; es que no me dijeron, en realidad... no me dijeron nada. Yo preguntaba: “oye, ¿Este suero que me pones, qué es?”, o: “¿Y esto? (...)” (Puerpera 16).

Por otro lado, encontramos que el equipo asistencial tiene una actitud empática ante la incertidumbre y el miedo que la mujer experimenta en su ingreso en dilatación, aportándole tranquilidad y seguridad. Se aprecia una conducta de escucha activa y atención a los sentimientos de las mujeres, los cuales son expresados en un clima de mutua confianza y honestidad a los/as agentes de salud pertenecientes a la Atención Primaria y Especializada. Estas actitudes orientan hacia el valor de la confianza de los/as mismos/as

“(…) Yo siempre que he venido aquí me he sentido cómoda porque me han dado la confianza... ellas me han dado la confianza y me han dado toda la información que yo he necesitado; y en ningún momento me he sentido incómoda. Y además me han hecho todas las pruebas que necesitaba, y me he sentido muy cómoda en todo lo que he pasado. Me advertían, por la edad que tenía, por todo... por todo, y como yo llevo dos cesáreas ya, y ésta es la tercera, pues, información pero por todos sitios; yo, por parte de ellas, mucha información” (Puerpera 14).

“(…), me comentaron que ya iba a poder pasar mi marido para estar acompañándome y que no estuviese allí sola (...). Estuvo mi marido allí a mi lado y la verdad es que eso, pues, tranquiliza; el saber que no estás allí sola, que, si pasa algo, no sé... te tranquiliza” (Puerpera 6).

“(…) Y hay algunos casos en los que tienes que llamar al médico, éste le explica todo y cuando se va te preguntan: “¿Y tú qué dices?”, y yo les digo: “yo no, es el médico” y te vuelven a decir: “¿Pero tú qué dices?” y es cuando te das cuenta que confían en ti” (Matrona 1/Atención Especializada- Grupo de Discusión).

- Más testimonios en anexo 20. Orientación al valor de la Confianza.

Respecto a la orientación al valor del Diálogo de los/as profesionales, existen testimonios que manifiestan una carencia en el proceso de la interacción, especialmente en la Atención Especializada. Este déficit no resulta satisfactorio dado que existen interferencias en el encuentro con el otro a través de la palabra, sin prestar atención a los sentimientos de la mujer y su pareja. La interacción centrada en la falta de autenticidad, especificidad y comunicación empática son elementos generadores del miedo y estrés, dado que no disponen de la información real sobre el proceso realizando una valoración secundaria que repercute negativamente en la vivencia de su proceso. Según los testimonios, esta orientación al déficit del valor del diálogo se presenta con mayor intensidad en las Unidades Ginecológicas de Apoyo, Unidad de Hospitalización de Puerperio y Salas de Dilatación

“Pues que quiere que le explique, estoy viendo a su bebe, no le puedo decir más” (Gineco-obstetra/Unidad Ginecológica de Apoyo 2- Diario de Campo).

“(…) no estaría de más por lo menos hacerte partícipe o explicarte determinadas circunstancias que... que tú tienes, ¿no? O sentimientos que tú tienes, o incomodidades o alguna molestia... Y esa primera visita es la que peor recuerdo. Además, recuerdo que (...), salió llorando” (Pareja Puérpera 3).

“(…) pasó dos mañanas, ya a la tercera me reconoció y me dijo: “ya te puedes ir a casa”. Ya está, no me dijo nada más” (Puérpera 8).

“(…) . Nadie te informa de cómo va tu monitor ni tus contracciones, si van bien, si van mal, si te queda mucho, si te queda poco. No. Normalmente la verdad es que no hay mucha información, ahora que lo dices, porque a mí me pasaron luego a los ginecólogos y en tu carpeta apuntan, tal, pero allí nadie te dice... a no ser que tú preguntes: “¿De cuántas...?” Hombre, a lo mejor te dicen: “Pues estás ya de no sé cuántos centímetros”, pero que a veces sí, casi pasan de largo y no te dicen mucho. Creo que no, no... no te informan” (Puérpera 3).

- Más testimonios en Anexo 20. Déficit en la orientación al valor del Diálogo.

Las/os profesionales son conscientes de estas deficiencias y de sus repercusiones en la calidad asistencial y humanidad en la atención al no ser personalizada

“(…) la sensación de ellas es que hay una persona que va, viene, las ve, tal... a veces no es la misma persona porque te coordinas con otra compañera... para mí las mujeres en la Arrixaca se sienten, en algunos momentos, se sienten solas” (Matrona 10/Atención Especializada-Entrevista).

“Francamente, lo paso fatal el no poder dedicar tiempo a la mujeres cuando están dilatando, me refiero a una atención más personalizada donde podamos hablar, yo creo que eso es importante para que se sienta cómodas (...)” (Matrona/Área de Paritorio- Diario de Campo).

Sin embargo, algunas informantes reflejan una disposición a tener una comunicación empática, de autenticidad, aceptación, tolerancia, asertividad que expresan orientación hacia el valor del diálogo, manifestándose con mayor fuerza en Atención Primaria y dentro de la Atención Especializada en las Salas de Dilatación

“(...). Pues me hizo la revisión, iba todo bien, y también me informó, sobre bueno, pues cuando tenía que hacerme una citología, si necesitaba hacérmela, que podría venirme o no venirme la regla en función de que le diera más o menos pecho a mi hijo, que lo mismo me venía al mes siguiente o meses posteriores, y también el tema de la anticoncepción, que también me informó ella. También un método que hay nuevo, que puedes tomar mientras que le estás dando pecho, y eso y poco más, cositas que pienso que están bien” (Puerpera 18).

“(...), el anestesta fenomenal, te informa muy bien de lo que es la epidural, qué te va a doler, cómo tienes que ponértela, que tienes que estar muy quieta... el chico la verdad es que me dio un montón de información, y, en ese aspecto, me dio mucha tranquilidad y mucha seguridad. A mí el hecho de que me expliquen las cosas me da tranquilidad (...)” (Puerpera 3).

- Más testimonios en Anexo 20. Orientación al valor del Diálogo.

Referente a la orientación al valor de la Responsabilidad se constata falta de actitudes que se alejan de los componentes de este valor, relacionadas con la tolerancia y asertividad y cumplir con lo debido en la medida que los cuidados, basados en cubrir las necesidades de la mujer, no son satisfechos. Esta situación adquiere especial énfasis en la Unidad de Hospitalización de Puerperio

“(...) la verdad es que no te dan información; y luego, yo sabía que durante un mes debía de tomar hierro... tampoco te lo dicen; eso, me mandaron la carta a las tres semanas, dándome el alta definitiva, y recomendándome que tomara hierro durante un mes; entonces, creo que si ya hace tres semanas que había dado a luz, que todo eso te lo tenían que haber dicho allí mismo en el momento que te ibas, que tenías que tomar hierro, que tenías que hacer las pruebas del talón, ...por eso te digo que muy poca información en planta” (Puerpera 15).

“(...) yo le decía: “por favor, dadme lo que sea, porque se va a deshidratar”. Pasaban de mí, “no, con los calostros”. “Pero si no tengo calostros” (...). Si tú eres primeriza, tú no sabes ni cómo te tiene que salir la leche, ni nada, de nada, y allí nadie venía a decirme nada, y yo porque estaba allí mi madre” (Puerpera 13).

- Más testimonios en Anexo 20. Déficit en la Orientación al valor de la Responsabilidad.

La orientación al valor del Respeto está vinculado con el trato cortés, respetuoso, amigable y consideración de atención en el trato hacia el otro. Según se desprende del análisis del discurso se refleja una carencia en estos componentes, concretamente en la Unidad de Hospitalización de Puerperio, interfiriendo en la valoración positiva de la experiencia del postparto de la mujer y su pareja

“(…) Ellos sí que lo miraban al bebé. Por la mañana, lo lavaban, lo cambiaban y le hacían su chequeo, o sea que tú sabías que al niño lo estaban mirando, pero a tí no te decían nada (…)” (Puerpera 4).

“Me siento invisible, ni me miran a la cara, no me dicen nada del cuidado del niño, es un poco frustrante y decepcionante” (Pareja- Puerpera/Planta Puerperio- Diario de Campo).

- Más testimonios en Anexo 20. Déficit en la Orientación al valor del Respeto.

Del mismo modo, los/as informantes señalan el calor humano del equipo asistencial en el Área de Paritorio derivado del trato respetuoso, amigable y generoso, orientando sus actitudes a valores de respeto, responsabilidad y altruismo en la medida que prestan cuidados centrados en las necesidades individuales y están involucrados en el bienestar de la mujer y su pareja

“(…) no paraban de estar, de ir, de llegar, de preguntar, de ver... sí, si no la matrona, la ginecóloga, si no uno, otro... siempre hay gente, siempre (…) sí preguntaba alguna cosa, si la ginecóloga o la matrona de esta manera, o de esta otra... sí, sí, siempre aportaban” (Pareja Puerpera 13).

“(…), la matrona allí, que me tenía la mano cogida (…) le dije que: “por favor, no te vayas, que no puedo más”, y se quedó allí conmigo, teniendo que atender a la otra chica que había al lado, pobrecilla” (Puerpera 12).

“(…) entonces me dijo: “dame la mano, dame la otra”. Toqué la cabeza, y ya estaba fuera, y me dijo: “¡Venga, tira, tira tú!”, y lo saqué yo; me lo puse al pecho, todavía con el cordón sin pinzar, “aquí está tu hijo”; ella muy... muy emotivo todo, porque ella se implicó muchísimo, y entonces me dijo: “¿Quieres pinzarle el cordón?” “Venga”, yo se lo pincé, le ofreció al padre cortarlo, pero él no quiso, ya lo cortó ella; (…) mira qué niño más guapo y más gordito” Pesó 3,810 ó 3,820, y muy bien, preciosa la experiencia (…)” (Puerpera 5).

“(…), está más en las personas que en el sistema, en el trato humano más que en el sistema; es lo que es la calidad humana de esa persona, y eran encantadoras, o sea, que hemos tenido mucha suerte (…). El trato en el parto fue exquisito, tanto por parte de la enfermera como de todo el personal que había allí, (…). Muy bien atendidos, muy profesional, y muy humanos; estaban atentos todos. Pues, fíjate... te lo explicaban todo, no sé, me encanto; el parto me encantó” (Pareja Puerpera 12).

- Más testimonios en Anexo 20. Orientación en valores de Respeto, Responsabilidad y Altruismo.

Análisis de los resultados y discusión

En el análisis de contenido de las puérperas encontramos sentimientos negativos circunscritos en el **Miedo** basado en *el temor, la incertidumbre, el nerviosismo, el desasosiego, la inquietud y la angustia*. La **Tristeza** resultado de deficiencias en el apoyo tangible y social debido a la falta de atención de los/as profesionales y de acompañamiento durante el proceso; y por último la **Vergüenza** fruto de unas infraestructuras inadecuadas que constituyen una amenaza a la privacidad del evento.

Respecto al *temor* experimentado por la mujer, las creencias, las experiencias previas y el desajuste en las expectativas causadas por el desajuste de la información aportada, y la realidad asistencial son determinantes para que esta emoción quede instalada en la mujer. Estudios efectuados por Ranta y otros (1995) resaltan el papel esencial que juegan las expectativas que elabora la parturienta sobre el nacimiento, siendo las principales las que se refieren al apoyo proporcionado por la pareja y familiares, la calidad en la relación profesional sanitario- médico/a – mujer y pareja, la participación activa en la toma de decisiones y el manejo del dolor. Las conclusiones de sus trabajos aseveraban la importancia del cumplimiento de los deseos generados durante el embarazo y su relación con la percepción del parto como un acontecimiento satisfactorio (Marín Morales y otros, 2008). En la misma línea, son relevantes las reflexiones aportadas por otros autores que señalan que nos encontramos en la sociedad de la información y, por tanto, con una usuaria que presenta grandes expectativas por la cantidad de información que recibe a través de un gran número de artículos de divulgación, siendo éste el motivo principal del origen de la emoción, dado que genera falsas impresiones sobre la realidad observada (Jovell, 2006; Vallbona, 2000).

El sentimiento emerge como consecuencia de la importante despersonalización que la mujer sufre al ingreso en el Área de Urgencias y en la Unidad de Hospitalización de Puerperio. Ambos son espacios donde el poder de la Institución se despliega sobre la mujer, obligándola a acatar las normas de la cultura hospitalaria. Giddens se refiere a ello

afirmando que “las instituciones totales tienen un carácter omniabarcador e imponen una disciplina totalizadora a quienes están recluidas en ella (...) viéndose despojada de sus emblemas de identidad propia al tiempo que sufre una severa restricción los componentes ordinarios de una autonomía de la acción” (Giddens, 2006, p. 185). El temor va acompañado de la *incertidumbre*, la cual se manifiesta ante la carencia informativa y tangible por parte de lo/s profesionales. Respecto a ello, Comelles (2000) señala que “el secreto de la práctica médica incrementa la incertidumbre, la ansiedad y la desesperación para situar a lego en una dependencia ciega del curador, imposibilitando a éste una buena gestión del proceso (...)” (p. 327). En esta línea señalamos los estudios realizados por Guerra y Ruiz de Cárdenas (2008) que advirtieron la necesidad que tienen los padres de tener una comunicación oportuna y asertiva con el equipo de salud y las enfermeras, pues establecen una comunicación empática que les permiten sentir el apoyo emocional y espiritual de los/as agentes de salud; aspectos importantes para la percepción satisfactoria de la vivencia. Según los resultados de la investigación, este déficit es consecuencia de la fuerte asimetría en la relación médico/a y usuaria en las Unidades Ginecológicas de Apoyo, Salas de Dilatación, Unidad de Hospitalización de Puerperio y Área de Urgencias. Con respecto a esta última, hay investigaciones que revelan la importancia del triaje obstétrico conducido por una matrona, ya que posee el perfil competencial para la valoración del riesgo obstétrico y hacer una clasificación más ajustada de las urgencias obstétricas. Se trataría de un tipo de consulta “rápida, ágil, dirigida y cordial”, contribuyendo a incrementar información precisa de la situación en la que se encuentra la parturienta, dando lugar a la disminución de los niveles de ansiedad que la mujer presenta. De este modo, se consigue “optimizar la gestión asistencial de los pacientes, mejorando la calidad asistencial del servicio de urgencias, disminuyendo los tiempos de espera y la satisfacción de los/as usuarios (...) reduciendo la angustia y la presión” (Obregón, Rebollo, Costa, Puig, Calle, y Garrido, 2011, pp. 51-53). Autores ponen especial énfasis en la importancia de la matrona en el triaje de urgencias por el soporte informativo y asesoramiento a la parturienta para que pueda ser sujeto activo en la toma de decisiones de las intervenciones obstétricas que tengan lugar en la unidad, según un estudio realizado en el Hospital Comarcal Verge dels Liris de Alcoi (Cuenca, Santamaría, y Doménech, 2011).

Por tanto, nos alineamos en el pensamiento de Narotzky (1995) y Gálvez (2002), al expresar que es una práctica habitual en la profesión médica que las percepciones de las gestantes no tengan valor, no es escuchada ni informada suficientemente. En esta línea y respecto al papel importante del ajuste de los códigos culturales para la atención satisfactoria de la mujer y su pareja, son importantes las conclusiones vertidas por Mishler al afirmar que frente a la “poderosa voz de la medicina que utiliza una terminología médica se halla la débil voz de los pacientes con un discurso no técnico (...).Y cuando tales voces se encuentran, es la voz de la medicina la que fija los límites de la relación y resulta vencedora (Mishler, 1984)” (Martínez Urionabarrenetxea, 2001, p. 291), conclusiones a las que llega igualmente Sadler (2003) arguyendo que “el conocimiento médico es altamente especializado y el lenguaje utilizado es muy técnico (...). Las mujeres no entienden lo que escuchan acerca de sus estado y no se le explica de forma sencilla para facilitar su comprensión” (p. 8).

En este contexto de la interacción comunicativa, la investigación evidenció que la demanda informativa era una de las causas de la búsqueda de una segunda opinión en el sistema privado asistencial. Sobre este aspecto, Zoppi y Epstein (2001) realizaron un análisis de relaciones entre los comportamientos centrados en el paciente, cuyos resultados sostenían que “cuando el paciente percibía que tenía puntos en común con su médico, existía una mayor satisfacción, menor preocupación sobre la enfermedad y menos peticiones de una segunda opinión” (p. 25). Sin embargo otros autores manifiestan la desconfianza originada cuando “lo que la paciente espera no se ve cumplido” (Zamarriego y otros, 2009, p. 655). En nuestro estudio, se pone de manifiesto en las Unidades Ginecológicas de Apoyo por la deficiente información de los/as profesionales, induciendo a la mujer a solicitar valoraciones sobre su estado en el ámbito de la asistencia privada.

Otro componente que tiene especial relevancia en la aparición del miedo es la organización sanitaria, la cual tiene especial impacto en la Atención Primaria a través del Programa Integral de Atención a la Mujer. La protocolización de la asistencia supone un obstáculo para la vivencia del proceso dado que marca la cronología exacta de las pruebas analíticas que la mujer debe realizarse durante la gestación. La investigación revela que la

gestante encuentra dificultades para la vivencia gratificante del embarazo; aspecto que se comparte con lo señalado por Narotzky (1995), la cual refiere que finalmente “la mujer acaba viviendo su embarazo a través de sus médicos” (p. 55). Sin embargo, estudios recientes asocian la calidad asistencial con la protocolización, considerándola útil para “fomentar la comunicación y el consenso de los profesionales en la atención asistencial” (Henao, Vázquez, y Vargas, 2009, p. 285). A pesar de ello y a tenor de los resultados y la discusión desarrollada, nuestra investigación cuestiona tal asociación.

El origen del miedo es multifactorial, dado que atiende a causas tales como la falta de criterios entre el equipo de salud que ofrece la información en planta sobre cualquier duda existente en la puérpera y la falta de información al alta. Merino, Sebastián, Gómez y Del Castillo (2008) desarrollaron trabajos al respecto señalando que “los profesionales consideran el informe al alta de gran utilidad, tanto para asegurar la continuidad de los cuidados como para facilitar información a los pacientes (...) destacando el hecho que los profesionales del área materno-infantil son los que mejor valoran su utilidad” (pp. 81-82). Al hilo de los resultados vertidos por estos estudios, el análisis revela que precisamente es en el área maternal del hospital de estudio donde más desapercibida pasa la utilidad del informe, ya que existen importantes deficiencia en la información aportada por el equipo asistencial.

Según se desprende del discurso de los testimonios, el trato frío y distante que caracteriza la atención asistencial en las Unidades Ginecológicas de Apoyo, la escasez de información, falta de comunicación interpersonal aportada por los/as agentes de salud desde la Unidad de Urgencias- Paritorio y Unidad de Hospitalización de Puerperio son elementos que influyen no sólo en la instauración del miedo en el ámbito asistencial de la Especializada sino en la aparición de emociones asociadas a la **ira y tristeza**. Rodríguez y Zurriaga (2007) advierten que la comunicación en el ámbito hospitalario se caracteriza por su unidireccionalidad, de manera que existe una ausencia de feedback con la paciente; de este modo, si no se establece el intercambio con el mismo, la probabilidad de ambigüedad e insatisfacción es muy alta (p. 148). En la misma línea, Armellini y Hecker (2003) revelan que “las emociones negativas se atenuarían si los/as profesionales dieran información acerca del

curso del proceso para enfrentarse al momento del parto con tranquilidad” (p. 313) (Traducción propia).

Armellini, C.J., y Hecker, A.M. (2003). *Acolhimento: a percepção das mulheres na trajetória da parturição*. “Verifica-se que as mulheres apresentam informações insuficientes sobre o processo de parturição pois as orientações recebidas a vivência de parturição não são suficientes para que possam enfrentar esse novo momento com tranquilidade. A maioria das mulheres deseja ter informações sobre que está acontecendo consigo e com seu bebê e sobre o modo de participar, buscando adaptar-se ao modelo hospitalar esperado”.

Otros autores arguyen que en la interacción comunicativa, el médico/a debe centrarse en la palabra incluyendo los aspectos socioculturales, facilitando el acceso en la esfera emocional de la mujer. Para ello, es necesario un tipo de interacción afectiva entre la mujer y el equipo de salud centrado en la cortesía, la claridad y el detalle pormenorizado de los acontecimientos que están teniendo lugar en cada momento de su proceso (Menéndez, 2005, p. 309; Sánchez Perruca, Fernández, Benito, Castaños, García, López,... Zapater, 2002). Sin embargo, investigaciones como la llevada a cabo en el Hospital de la Paz concluyen que ningún cuidado informativo fue calificado como muy satisfactorio, y además las mujeres demandaban mayor información a la matrona, llegando a la conclusión que aumentar la calidad y cantidad de información a la mujer y su pareja disminuiría la ansiedad de la mujer y favorecería la colaboración con el equipo asistencial (Ortega, Sánchez Martínez, García Ruiz, y Sánchez Perruca, 2001; Domínguez y otros, 1996).

En nuestro ámbito de estudio, la tristeza emocional se manifiesta en la *soledad* y se materializa a través de la falta de soporte emocional de la pareja y el equipo asistencial, especialmente en el Área de Urgencias, Salas de Dilatación y Plantas de Puerperas. Según los resultados, la mujer experimenta este sentimiento cuando inicia su itinerario en la Institución ante la imposibilidad de ser acompañada por su pareja. La situación es vivida por la mujer con gran estrés dado que desconoce tanto el espacio como a los/as agentes de salud. En este sentido, Domínguez y otros (1996) hacen especial énfasis en la importancia de la presencia del acompañante en el Área de Urgencias, dado que el grado de ansiedad es tan importante que repercute en la comprensión de la información que ofrece el equipo asistencial incrementando el estado de incertidumbre. Por tanto, esta investigación destaca la importancia del apoyo social para la obtención de una excelente valoración por la mujer

en dicho Área. Existen trabajos que explican que los componentes que más influyen en el desencadenamiento de emociones positivas en este punto del circuito asistencial son fundamentalmente “la rapidez en la atención, la amabilidad del personal, la información que reciben (...), la posibilidad del paciente a estar acompañado en el box (...). Por el contrario, la falta de información y los tiempos de espera son los más insatisfactorios” (Mira, Rodríguez, Pérez, Blaya, García, y Aranaz, 2001, p. 395).

Igualmente, los resultados muestran una falta de apoyo continuado en el Área de Paritorio, especialmente en las Salas de Dilatación y Paritorio. Esta variable tiene un fuerte impacto en los sentimientos experimentados por la mujer (Hodnett y otros, 2008), cuestionándose la capacidad que tiene el equipo de salud para prestar el apoyo social e informativo que la mujer necesita. Komura, Paz, Rodrigues de Almeida y Cunha (2006) enfatizan en las valoraciones negativas que hacen las parturientas ante la actitud de los/as profesionales en la asistencia al parto, siendo las más importantes “la imposibilidad de la presencia de un acompañante, falta de atención de control y cuidado en la evolución del parto, falta de atención a las necesidades manifestadas, ausencia de explicaciones con relación a los procedimientos desarrollados, déficit de relación interpersonal y comunicación inadecuada (...)” (p. 64). En este sentido, la investigación revela que la organización científica del trabajo y la burocracia a la que se ve sometido el equipo obstétrico influye en el desencadenamiento de esta tesitura. Relacionado con ello, es especialmente relevante la falta de comunicación de los médicos/as y enfermeras en la Unidad de Hospitalización de Puerperio y, en algunos casos, en las Salas de Dilatación, a tenor de los testimonios. Estas actitudes obedecen a la formación y socialización de los médicos/as siguiendo la ideología del biopoder. Son profesionales que han recibido una formación académica y laboral “exaltando el positivismo, lo objetivo y el cientificismo, alejándose cada vez más de su objeto, el ser humano como fin” (Gálvez, 2002, p. 42). Desde esta perspectiva, el modelo biomédico fomenta una actitud profesional orientada hacia el “distanciamiento, la frialdad, las relaciones formales (...)” (Good, 2003, p. 63), alejándose de la visión holística e íntegra de la mujer.

Esta representación ideológica emana de los valores adquiridos durante el periodo de formación de residencia, momento donde tiene lugar la integración de los valores y la cultura de la profesión médica, entre otros (Hughes, 1955). Circunstancia responsable de la interpretación de la realidad, la cual es entendida mediante “el lenguaje de la teoría de sistemas”, situando la biología en el centro y las relaciones sociales en la periferia” (Good, 2003, p. 148). Siguiendo a Comelles (2000) “esta formación no se plantea resolver la relación entre lo racional y lo emocional, puesto que considera que lo emocional es puramente irracional, arcaico o fruto de la ignorancia y la superstición, de ahí que la praxis esté orientada hacia lo racional, asegurando su supremacía sobre los sentimientos” (p. 321); situación que conlleva a una indiferencia afectiva por parte de los/as médicos/as como estrategia para mantener el distanciamiento entre profesional y lego, originando sentimientos de ira y tristeza en la mujer.

En relación a las enfermeras de la Unidad de Hospitalización de Puerperio, se advierten actitudes similares a la de los/as médicos/as. Según Cachón (2007) gran parte de los/as profesionales enfermeros/as están orientadas hacia unas prácticas científico- técnicas con poca o nula formación humanista, por lo que las competencias adquiridas están básicamente en el campo de la técnica, existiendo escasa competencia relacional. Pese a que la Enfermería tiene asignadas unas competencias que le otorga una autonomía profesional, se manifiesta como una parte subordinada de la división técnica del trabajo (Domínguez - Alcón, 1979; Freidson, 1978). Esta sumisión hacia el colectivo médico y el bloqueo por parte del poder burocrático institucional impiden que ejerzan una actitud sociocrítica en su praxis (Schön, 1998), fomentando una perpetuación de las prácticas asistenciales que conlleva al desarrollo de una labor mecánica, acciones rutinarias y cuidados robotizados sin tener en cuenta las diferencias individuales (Daza, Torres, y Prieto de Romano, 2005), dando origen al habitus y la doxa en el espacio laboral; elementos que explican la perpetuación y reproducción de las prácticas obstétricas (Gledhill, 2000). Este pensamiento tecnocrático “conlleva una privación del reconocimiento de la individualidad, despersonalización, subjetividad y dignidad como seres humanos, aspectos incompatibles con la función cuidadora de las enfermeras” (Barnard y, Sandelowski, 2001, p. 367) (Traducción propia).

Barnard, A., y Sandelowski, M. (2001). *Technology and humane nursing care: (ir)reconcilable or invented difference?*. 'A commonplace in nursing (although not exclusive to it) is to portray medical technology as a 'culprit in contemporary health care' (Timmermans, 1988a, p. 435). We nurses (and others) have variously charged medical technology with the dehumanization, depersonalization, and objectification of patients and nursing care: that is, with depriving patients of their individuality, subjectivity, and dignity as human beings (...), separating nurses from their mission to care'

En el ámbito de estudio, las enfermeras de las Plantas de Puerperas adoptan un rol paternalista ejerciendo un alto grado de poder sobre las decisiones tomadas por las madres. Aspectos que también resaltan los estudios recientes de Martín, Ferrer, Barceló, Seguí, Crespo y Peñarroya (2009) desarrollados en una unidad de puérperas. Así mismo, hay que señalar los trabajos realizados por Beltrán (2011) al manifestar que "ciertas formas de prácticas de enfermera que no responden a la expectativas se presentan porque en la reflexión y en el análisis que los enfermeros realizan sobre la práctica no han identificado las situaciones que requieren ser resueltas a favor de los pacientes para que el cuidado sea de calidad y dirigido a los pacientes como seres humanos" (p. 40). Este factor será influyente en la deshumanización, despersonalización y cosificación de las mujeres, en la medida que éstas carecen de atención personalizada, desencadenando los sentimientos de tristeza y miedo. Sin embargo, es importante añadir que las nuevas enfermeras que se incorporan al hospital han recibido un enfoque diferente centrado en los valores y la individualidad del paciente, motivando la satisfacción del mismo.

Lo mismo ocurre en la Unidad de Urgencias – Paritorio donde existen profesionales que se han formado bajo la égida del biopoder, por tanto, la actitud y la orientación de sus valores siguen la estela del Modelo Médico Hegemónico, caracterizado por la despersonalización de la atención. Esta reflexión se ajusta con las investigaciones llevadas a cabo por Martín y otros (2009), las cuales concluyen que el modelo está aún muy presente en la Unidad de Hospitalización de Puerperio; aspecto que orienta sobre la naturaleza de las relaciones establecidas entre médico/a- enfermeras- paciente. Según se extrae del discurso de los/as informantes, obedece a un tipo de relación paternalista caracterizado por la omisión de información durante todo el ritual del acto médico y de atención sanitaria, conduciendo tanto a la mujer como a su pareja a un estado de incertidumbre e ignorancia sobre su proceso y reduciendo cualquier posibilidad de toma de decisiones por parte de ellos

(Granero, 2010), así como aporte de recursos efectivos de afrontamiento para vivir una experiencia gratificante en el ámbito hospitalario. Por consiguiente, esta relación clínica genera sentimientos de ira, miedo y tristeza dado que en la compleja estructura relacional médico/a- paciente, aquel se deja llevar por sus propias expectativas sin escuchar lo suficiente al paciente, de modo que se ignoran a las personas con todos sus valores psicológicos y espirituales (Rodríguez, 2004) dando lugar a la deshumanización en esta fase de la secuencia reproductiva.

Ante la escasez de soporte informativo, tangible y social del equipo asistencial en la Unidad de Hospitalización de Puerperio, el cuidado familiar constituye un recurso importante para atenuar los sentimientos negativos. Algunas investigaciones ponen de relieve la importancia de este soporte, ya que facilita la adaptación al nuevo estado y la labor formativa que ejerce sobre la puérpera al orientarle sobre los cuidados básicos del recién nacido y la lactancia (Linares, Gálvez, y Linares, 2002). Por otro lado, ante la falta de apoyo profesional, la mayoría de los testimonios señalan como de gran ayuda para hacer frente a las emociones negativas resultado del desequilibrio transaccional, la información aportada en otros niveles asistenciales, concretamente el procedente de la Atención Primaria, mediante los cursos de educación maternal a la mujer y pareja, así como la ofrecida por el apoyo social existente en las visitas. Puesto que varias de las sesiones de la educación maternal se dedican a los cuidados del bebé y la lactancia, observamos que esta actividad aporta estrategias para enfrentarse al miedo y la tristeza, constituyendo una herramienta útil en el puerperio. Existen estudios internacionales que ponen de manifiesto que los padres que las reciben tienen mayor tolerancia al estrés respecto a los cuidados del recién nacido (Wolfson, Lacks, y Futterman, 1992, p. 47) (Traducción propia).

Wolfson, A., Lacks, P., y Futterman, A. (1992). *Effects of parents training on infant sleeping patterns, parents stress and perceived parental competence* 'Markman and Kadushin (1987) demonstrated that intervention (eg Lamaze Classes) during the transition to parenthood can prevent much of stress entailed with assuming this new role (...) because the months following childbirth are considered a very stressful time of life (...)'

Investigaciones que se complementan con las realizadas por autores españoles que han trabajado en la misma línea, señalando la reducción de la ansiedad que experimenta la puérpera al recibir el apoyo postnatal de los/as profesionales, corrigiendo errores sobre la

técnica de la lactancia y asesoramiento sobre el cuidado del recién nacido (Artieta, y Paz, 2006; Escuriet, y Martínez, 2004; Guillén, Sánchez Ramos, Toscano, y Garrido, 1999).

Así pues, la educación maternal recibida en el periodo prenatal, el soporte tangible en planta recordando la información que fue ofrecida por las matronas de Atención Primaria sobre la lactancia y asesoramiento del recién nacido (Ponce, 2005; Sink, 2001) se convierten en herramientas útiles para que la mujer se encuentren más satisfechas en el puerperio, dado que les proporciona mayor seguridad y confianza; recursos importantes ante situaciones nuevas para los padres, así como la prevención del abandono de la lactancia materna. Escuriet y Martinez (2004) mostraron en estudios realizados en un hospital que durante esta fase del proceso reproductivo “las mujeres cuentan con el soporte especializado de la matrona. Esto es de esencial importancia cuando se habla de la prevalencia de la lactancia materna” (p. 33). De este modo, llegamos a la conclusión que la actitud del equipo de salud es fundamental no sólo para la satisfacción de la experiencia de la puérpera sino para una adecuada relación emocional con el hijo, “logrando una mayor independencia a la unidad familiar al llegar al domicilio y conseguir un alto grado de satisfacción de la mujer y su pareja respecto al parto hospitalario público” (Ponce, 2005, p. 18). En este sentido, Attrill (2002) señala que

“la matrona tiene un importante papel educacional para el proceso de asunción del nuevo rol maternal en la mujer, detectando las necesidades de adaptación física y psicológica de la mujer y su pareja en el puerperio hospitalario con la finalidad de reducir el estrés y la ansiedad que puede acarrear el puerperio, así como enseñarle las destrezas y habilidades que le ayuden a incrementar sentimientos de seguridad en el nuevo rol como madre, consiguiendo una armonía en la relación familiar vehiculizada a través del incremento de la autoestima y valía como nueva madre”(p. 24) (Traducción propia).

Attrill, B. (2002). *The assumption of the maternal role: a developmental process*. ‘Meeting the physical and psychological needs of the mother is of prime importance during the first few days of puerperium. To be able adequately meet these needs the midwife must be aware of and understand that the mothers need to verbalise the experience of labour and delivery to either midwives (...). That educational activities will not be internalised by the mother at this time and that she will need considerable assistance in organising her own care and that of her infant before she can progress to the next stage of assumption of her maternal role. (...). To facilitate this aspect, the midwife has to have an understanding of factors that hasten this process such as: Recognition of success and praise increases the mother’s feelings of security.(...). An appropriate explanation will be necessary, stressing is only a temporary

situation, and quite normal at this time in the puerperium. (...). Recognition and acknowledgment by the midwife of these skills assist in restoring a positive sense of self-esteem and self-worth in the new mother. Making these adjustments are crucial to the functioning of the family as a unit’.

Otro de los elementos que sobresalen en importancia y que determinan la aparición de emociones negativas vinculadas con el sentimiento de **vergüenza** en la mujer, es la infraestructura. Constituye el obstáculo principal para la vivencia satisfactoria de la experiencia en las Salas de Dilatación, Paritorio y Recuperación de Madres, ya que es considerado uno de los principales agentes estresores que desencadena los sentimientos de miedo, tristeza y vergüenza.

Los estudios desarrollados por Rodríguez y Zurriaga (1997) relacionan los elementos arquitectónicos de la Unidad de Urgencias- Paritorio con las emociones que experimentan la mujer y su repercusión en la vivencia del proceso, poniendo de manifiesto que los “entornos agradables reducen la ansiedad de la mujer y la pareja” (p. 97). De la Cueva (2008) refiere que los componentes estructurales son importantes para ofrecer una calidad asistencial y favorecer el cumplimiento de las expectativas de los usuarios. Tal como se ha puesto de manifiesto en la descripción de la infraestructura de la Unidad Urgencias- Paritorio, a través de los testimonios de los/as informantes y la Observación del investigador, existe una deficiente configuración de los espacios. La disposición fue diseñada como consecuencia de la Institucionalización del parto para atender más a las necesidades de los/as profesionales que a las parturientas y sus familias. Este hecho desencadena una reactancia por parte de los/as usuarios/as que es atenuada por la actitud del equipo de salud. En base a ello, otros autores expresan la necesidad de reestructurar los espacios de las maternidades; Parra y Müller (2008) y De la Cueva (2008) relacionan los requerimientos que deben poseer las habitaciones de dilatación y paritorio con el fin de que la mujer y su pareja experimenten la tranquilidad, intimidad, privacidad y seguridad, aspectos que les llevarían a tener emociones positivas. Entre las modificaciones más relevantes y que están relacionadas con las deficiencias que exponen los/as participantes son las siguientes:

“a) Insonorización, un buen aislamiento acústico entre habitación – habitación y pasillo, para permitir que la mujer se sienta cómoda para emitir ruidos durante su parto. Este aspecto le proporciona tranquilidad e intimidad.

- b) Espacio para acompañante, silla cómoda.- Seguridad y comodidad.
- c) Iluminación artificial indirecta y graduable según los deseos de la mujer. Intimidad.
- d) Material quirúrgico fuera de la vista de la mujer y su pareja.- Seguridad y tranquilidad.
- e) Buena iluminación natural. Unas buenas vistas desde la ventana pueden ayudar a relajar a la mujer en dilatación.
- f) Colores cálidos. Lugar acogedor.
- g) Temperatura ambiente en función de las necesidades de la mujer. Comodidad.
- h) Cerrar la puerta durante el periodo de dilatación y expulsivo e incluso tapar las ventanas u ojos de buey que den a espacios por los que puedan asomarse observadores externos. Intimidad” (p. 4)
- i) Dilatación – parto y posparto en un único espacio. Este aspecto reduce las interferencias y manipulaciones al mínimo, lo cual baja el nivel de estrés y aumenta la intimidad y tranquilidad” (p. 3)

Respecto a los sentimientos positivos de la mujer, los más relevantes son la **Alegría y el Amor** con sus componentes de *tranquilidad, confianza, amabilidad y seguridad*. Estas emociones se dan en todos los niveles asistenciales, manifestándose con mayor intensidad en Atención Primaria, fruto de haber experimentado una atención rica en matices humanos. El estilo de relación clínica que establece la matrona con la gestante sigue una tendencia “paternalista biopsicosocial” (Ruiz Moral y otros, 2003, p. 91), ya que desde que la gestante accede al Centro de Salud el embarazo tiene que seguir unos protocolos establecidos basados en la evidencia científica, siendo acatados sin otras alternativas. En este caso, la matrona toma las decisiones más convenientes para la mujer, observando el contexto psicosocial y fomentando la cooperación de la gestante con los consejos que se le ofrece. Aunque este tipo de interacción se aleja de la humanización de la atención porque las preferencias de la mujer son poco relevantes (Martínez Urionabarrenetxea, 2001), en este contexto la mujer percibe la estructura relacional como positiva al percibir seguridad sobre su proceso. Reflexiones similares desarrolla Blázquez (2009) al definir este tipo de interacción como “beneficencia paternalista, pues la profesional procura el mayor bien posible para la mujer (...) ya que es el experto en saber lo que beneficia tanto a la criatura como a la mujer (...). Subyace la idea de que las decisiones de las mujeres consisten en la participación en el itinerario establecido, y en la aceptación y cumplimiento de los consejos sanitarios y del quehacer de los profesionales” (p. 284).

Este tipo de estructura relacional, según hemos observado en los/as participantes, está basada en la mutua confianza, en el diálogo desde una perspectiva simétrica, al menos desde un punto de vista moral, considerando los factores comunicacionales y emocionales como parte muy relevante de la relación. Estaríamos hablando, por tanto, de una relación clínica con claros componentes humanizadores basada en una transacción bilateral, pero donde subyace un paternalismo aceptado al someterse a las normas institucionales como garantía de seguridad del proceso asistencial. La interacción está centrada en la mujer y su pareja ya que la matrona trata de averiguar los temores, las necesidades, expectativas y deseos para ofrecerles las opciones que pueden ser compatibles con sus propios esquemas y el protocolo permita. Así mismo, es importante añadir que el paternalismo psicosocial está integrado por claros componentes de carácter “sistémico” favorecido por el perfil competencial profesional, integrándose “en las dimensiones psicológicas y sociofamiliares” de la mujer, captando una visión holística de la misma (Ruiz Moral y otros, 2003, p. 89).

Como hemos observado en los testimonios, la información es un aspecto fundamental en la interacción. La relación entre la matrona, la mujer y pareja tendría enfoque de “carácter consumista informativo” en la medida que se convierte en un “un técnico experto cuya obligación es dar información relevante con la finalidad de proporcionar autonomía al paciente, de manera que pueda elegir y tener un control sobre su cuidado por encima de las decisiones biomédicas” (Ezekiel y otros, 2002, p. 2221; Martínez Urionabarrenetxea, 1999, p. 293) (Traducción propia).

Ezekiel, J., Emanuel, M.D., Linda, L., y Emanuel, M.D. (2002). *Four Models of the Physician-Patient Relationship*. ‘In the informative model the physician is a purveyor of technical expertise, providing the patient with the means to exercise control. As technical experts, physicians have important obligations to provide truthful information (...). The conception of patient autonomy is patient control over medical decision making’.

Así pues, podemos aseverar que esta profesional en el ámbito de la Atención Primaria sigue un estilo de relación de enfoque paternalista psicosocial con claros componentes sistémicos y de información, desarrollándola tanto a nivel individual como grupal mediante la educación maternal. Sobre este aspecto, estudios concluyen que la información aportada por el personal sanitario y el apoyo del mismo reduce de manera considerable los niveles de ansiedad, dado que le proporciona los recursos necesarios para

que la mujer tenga el control sobre la gestación y tomar decisiones, influyendo en la valoración de la experiencia (Lally, J.E., Murgath, M.J., Macphail, S., y Thomson, R., 2008; Kannan, Jamison, y Datta, 2001) (Traducción propia).

Lally y otros (2008). *More in hope than expectation: a systematic review of women's expectations and experience of pain relief in labour*. 'If midwives were able to reduce the anxiety that women felt throughout pregnancy and equip them to form realistic expectations, they may be able to assist women in having a more positive experience. However, the importance of antenatal education remains high, with its potential to empower women with realistic expectations and to enable them to make informed decisions'

De igual modo, según pone de manifiesto Walker, Visger y Rossie (2009) "la educación sanitaria relacionada con el parto es útil para controlar, equilibrar y aclarar la abundancia de información disponible que tiende a crear confusión en las gestantes" (p. 475), la cual puede ser positiva o negativa dependiendo de la interpretación que se haga de la información. El diálogo y la confianza que proporciona a la mujer durante su itinerario por el nivel primario de salud van a ser los principales ejes de la relación, constituyendo el punto de inflexión donde la matrona de Atención Primaria se convierte en "MI" matrona.

Walker, D.S., Visger, J.M., y Rossie, D. (2009). *Contemporary Childbirth Education Models*. 'Childbirth educator can and must provide education to balance this knowledge and clarify the confusing and inaccurate that is so readily available'.

Referente a la Atención Especializada, los sentimientos que sobresalen con mayor claridad son los de Alegría y Felicidad de la mujer, determinado por la erradicación del dolor y el apoyo informativo, tangible, emocional y social por parte de las matronas y la pareja. A lo largo de la investigación se ha puesto de manifiesto que existen factores muy valorados para la reducción del miedo en el momento de la dilatación e incrementar la satisfacción del proceso reproductivo, tales como: recibir información demandada, el sentirse apoyadas, participar en la toma de decisiones, ayudar a la mujer a incrementar su control personal durante el parto y la existencia de una buena interacción entre la matrona y la parturienta basada en la confianza (Komura, Paz, y Baldini, 2006; Goodman, Mackey, y Tavakoli, 2004; Lundgren, I., y Dahlberg, K., 1998, p. 109; Ranta, Spalding, Kangas, Jokela, Hollmen, Jouppila, y Jouppila, 1995, p. 66) (Traducción propia).

Goodman, P. y otros (2004). *Factors related to childbirth satisfaction*. 'personal control during childbirth was an important factor related to women's satisfaction with the childbirth

experience. Helping women to increase their personal control during labour and birth may increase the women's childbirth satisfaction'.

Lundgren, I., y Dahlberg, K., (1998). *Women's experience of pain during childbirth*. 'The emotional support is important for women coping with stress during childbirth. Trust is a key-element of patient empowerment and self-help (Gibson, 1991). Trust is also described as a central element of a successful nurse-patient relationship (Thorne & Robinson, 1988)'.

Ranta, P. y otros (1995). *Maternal expectations and experiences of labour pain--options of 1091 Finnish parturients*. '(...) the type of surroundings and attitude and behaviour of the staff are factors of great importance to parturients, so the high satisfaction in this present study is also related to good cooperation between midwives and parturients'

Sin embargo, la analgesia epidural constituye un factor importante y ampliamente demandado por las informantes como forma de transformar los sentimientos negativos en positivos. Estudios revelan que "la introducción de la analgesia epidural ha contribuido de manera muy significativa a cambiar la percepción negativa del parto y se ha colocado a la cabeza de los métodos más eficaces y que satisfacen a las mujeres a la hora de paliar el dolor del parto" (Torres y otros, 2002, p. 138). De este modo, los/as profesionales ofrecen estrategias de afrontamiento a la mujer ante esta situación de estrés siendo determinante para la reconversión de este sentimiento en tranquilidad al cumplir las expectativas y necesidades en este momento de la secuencia reproductiva. Así mismo, habría que hacer mención a las actitudes del equipo asistencial basadas en la autenticidad, empatía, especificidad, compromiso, ayuda, sensibilidad y humanidad.

La mayoría de los testimonios hacen alusión a la matrona como la profesional que les ha aportado una experiencia humana, por consiguiente, son las que adquieren mayor protagonismo y otorgan humanidad al proceso reproductivo. Siguiendo a Pelcastre (2005) "la parturienta con la partera connota sentimientos muy importantes en la subjetividad que entrañan los momentos vividos durante el parto, uno de ellos está basada en la relación afectiva que la partera establece con las mujeres embarazadas, lo que genera confianza en ellas ya que la perciben cercana y familiar, esto hace que se reduzca la ansiedad (...)" (p. 376).

Por otro lado, Santos y otros (1999) refieren que el objetivo principal para alcanzar ese nivel de humanidad de la mujer que está hospitalizada para la asistencia del proceso

reproductivo es que el equipo asistencial atienda sus necesidades en contacto con los familiares. En el caso de la matrona, según el análisis de estudio, ejerce de agente atenuante de las emociones negativas que puede experimentar la parturienta durante la dilatación y parto al permitir el apoyo social e informativo de acuerdo al grado de empatía que experimenta con ella y su pareja; actitud que le permite suplir las necesidades psicosociales. Ziegel y Cranley (1985) resaltan que esta profesional debe “poseer habilidades no sólo centrados en el cuidado técnico, sino además poseer una visión humanística; dado que la situación que está viviendo la mujer en esta fase del parto, conlleva ansiedades, temores, expectativas, dudas e incertidumbre (...)” (Nunes, Vieira de Oliveira, Meneses, y Sampaio, 2007, p. 33) (Traducción propia).

Nunes, F. y otros (2007). *Sentimientos vivenciados por Mulheres durante trabalho de parto e parto*. Ziegel e Cranley (1985) “ressaltam que a(o) enfermeira(o) que assiste a mulher durante o trabalho de parto deve possuir habilidades no que tange aos cuidados técnicos, bem como uma visão humanística, pois, neste momento, a mulher experimenta as mais tocantes emoções, incluindo expectativa, dúvida, incerteza ou temor”.

Esta visión es reforzada por investigadores que concluyen que los sentimientos negativos de las mujeres durante las fases del parto en gran medida se atenúan con el apoyo continuado de la matrona, mejorando la calidad asistencial durante el trabajo de parto (Carlton y otros, 2005; Waldenström y otros, 1996; Komura y otros, 1996). De modo que las condiciones morales de la matrona basadas en la simpatía y alegría tranquila con la parturienta y los familiares (Linares, Álvarez, y Moral, 2008) son esenciales para ofrecer una asistencia impregnada de humanidad y una experiencia satisfactoria del proceso reproductivo. Respecto a este punto, Berg, Lundgren, Hermansson y Wahlberg (1996) condujeron un estudio fenomenológico en Suecia y llegaron a la conclusión que “la estructura esencial de la enfermera obstétrica y la mujer durante el parto y el nacimiento, dentro del contexto de la interacción clínica, era la presencia, dado que ésta garantizaba una relación de confianza, apoyo y comunicación” (p. 15) (Traducción propia).

Berg, M. y otros (1996). *Women's experience of the encounter with the midwife during childbirth*. ‘The presence is required for a positive interaction to take place between woman and midwife. Presence permeates the three basic themes of the encounter: to be seen as individual, to have a trusting relationship and to be supported and guided on one's terms. (...). A trusting relationship can be obtained by good communication and proficient behaviour (...)’.

Estudios revisados exponen que pese a desarrollarse el parto en un ambiente despersonalizado y centrado en lo puramente biológico y técnico, la matrona no olvida el aspecto psicológico, siendo muy satisfactoria la atención ofrecida a la mujer al garantizarle tranquilidad y seguridad (Ortega y otros, 2001; Ríos, Grifol, Segarra, y Góngora, 1998). Por tanto, estaríamos considerando que esta profesional establece una relación clínica de tipo deliberativo con un componente de “amistad médica” (Lain Entralgo, 2003, p. 175), permitiendo una toma de decisiones conjunta en la medida que comparten valores orientados hacia el respeto, la confianza, la responsabilidad y el diálogo.

Según pone de manifiesto Moral y otros (2003), la evidencia científica demuestra que determinados estilos de relación clínica influyen en la satisfacción de los usuarios en la Institución sanitaria. Por consiguiente, son muchos los factores que definen el tipo de interacción que se establece entre el equipo de salud, las mujeres y sus parejas, de modo que sólo podemos dar orientaciones hacia un modelo u otro atendiendo al tipo de interacción que se establece en el Área de Paritorio. En ningún caso podemos clasificarlo dentro de los modelos tipificados en la literatura socio- sanitaria. Intentar definirlo o exponerlo de manera categórica sesgaría la investigación. Por otra parte, los resultados encontrados en el ámbito de estudio nos indica que un estilo de relación paternalista no es incompatible con una asistencia humanizada, dado que “no todos los pacientes quieren la misma relación con el médico/a (...) y tampoco quieren participar en la toma de decisiones” (Moral y otros, 2003, p. 95).

Con respecto a los sentimientos de la pareja, van a estar circunscritos en la ambigüedad emergiendo los positivos o negativos, dependiendo del nivel asistencial.

Sobre la vivencia del embarazo por la pareja, nuestras investigaciones coinciden con los resultados de los estudios realizados por Alemany y Velasco (2005) al señalar que la pareja se siente “un observador externo, acompañando a su pareja durante las distintas situaciones físicas y emocionales que se producen durante la gestación, pudiendo hacer poco para mejorarlas” (p. 24). En la misma línea, recientes trabajos publicados por Calderón y Ruiz de Cárdenas (2010) revelan que las parejas a menudo son excluidas por los/as

profesionales, generándoles sensaciones de frustración al no satisfacer sus necesidades de poder y ser protagonistas en la gestación.

En cuanto al papel del padre en el momento del parto, existe una desubicación y desorientación en relación a las funciones que tiene que desempeñar durante el proceso del parto; conclusiones a las que también llega Blázquez (2009) al señalar “que aunque a los hombres se les permite el acceso a la atención sanitaria y se reclama su participación como parejas de las mujeres y “padres” de las criaturas, en la práctica no está bien definido lo que se espera de ellos, ni por parte de los profesionales” (p. 348). Resultados que se alinean con los llevados a cabo por Mello de Carvahlo (2003) que refuerza la idea de que “el trabajo del parto es un momento de exclusión de los padres, colocándose como espectadores, pero no como integrantes del proceso. Su presencia no es valorada como un evento de la paternidad” (p. S393) (Traducción propia).

Mello de carvahlo, M.L. (2003). *Fathers' participation in childbirth at a public hospital: Institutional difficulties and motivations of couples* “a idéia de que trabalho de parto é um momento de exclusão dos pais, colocando-os como espectadores do parto, e não como integrantes de todo o processo. Sua presença não era valorizada nem como apoio às mulheres, nem como evento da paternidade”.

Pese a este intento de exclusión, los resultados determinan que las parejas poseen una actitud empática hacia la situación que está viviendo su pareja, compartiendo los roles y la responsabilidad de la paternidad. Los datos obtenidos apoyan la tesis que formula Horvath (1999) en lo que se refiere a la participación e implicación de la pareja durante el embarazo, manifestando que “se constata una cierta participación de la pareja durante el embarazo de la mujer (....) y asumir roles de marido y mujer de una manera elástica, con tareas y responsabilidades que se adaptan a las transformaciones culturales del momento (...)” (p. 98). Así mismo, el estudio sostiene las conclusiones arrojadas por Linares y otros (1999) señalando que “los padres en este momento se sienten útiles fundamentalmente por la tranquilidad que proporcionan a la mujer” (p. 10).

Esto pone de manifiesto la reordenación de los universos simbólicos masculinos no sólo en la esfera emocional sino en el reparto de roles durante el proceso perinatal. Los/as profesionales son conscientes de las inquietudes y miedos que las parejas pueden tener

durante esta etapa y sus actividades van encaminadas a aportarle recursos de afrontamiento que les libere de las preocupaciones y ansiedades, y poder compartir con su mujer una experiencia satisfactoria. De este modo, la investigación no sostiene la tesis defendida por Rengel (2006) el cual argumenta que los padres están poco preparados para la ambivalencia, la ansiedad y el aumento de tensión frecuentes durante la gestación, lo que impide compartir la ansiedad y las preocupaciones de la misma.

El sentimiento de miedo con el componente de nerviosismo emerge de manera evidente en el Área de Urgencias derivado de la falta de información por parte de los/as agentes de salud. Este aspecto hace que la pareja viva el acceso a la Institución de manera estresante. Los trabajos realizados por Bursch, Veis y Shaw (1993) revelan que las variables influyentes en la experiencia satisfactoria de los usuarios en dicho espacio son: los tiempos de espera, la organización del servicio de urgencias y la información que las enfermeras dan a los pacientes acerca de lo que está ocurriendo” (p. 590) (Traducción propia).

Bursch, B., Veis, J., y Shaw, R. (1993). *Emergency department satisfaction. What matter the most*. ‘the most important variables associated with overall satisfaction with Emergency Department services were satisfaction with the amount of time it took before the patient was cared for in the ED(...); how organized the ED staff was; how caring the physicians were and satisfaction with the amount of information the nurses gave them about what was happening to them’

Algunos autores enfatizan que uno de los puntos débiles de los servicios de urgencias es “la falta de información con respecto a la información del tiempo de espera” (Rebull, Castella, De Pablo, Vázquez, Portoles, y Cánovas, 2003, p. 290), aspecto que también señalamos en la investigación en la medida que la pareja desconoce esta variable, siendo la desencadenante del nerviosismo, tal como evidencian los testimonios. En este sentido, Larrea y Plana (2004) hacen una reflexión sobre la forma de vivir la espera, afirmando que unos de los principales motivos es “la indeterminación temporal, dado que el tiempo que transcurre desde la demandada de asistencia por el usuario/a hasta que esta sea atendida es siempre percibida de manera más lenta a la real” (p. 68).

Igualmente, esta emoción se presenta en la Unidad de Hospitalización de Puerperio por los mismos motivos, así como el conflicto que les supone integrarse en la experiencia de la paternidad. Esto refleja la dificultad que presenta la pareja para encontrar las estrategias

de implicación en la paternidad participante por parte del equipo de salud. Estudios realizados por Mello de Carvalho (2003) especifican que esta actitud de los/as profesionales se debe a las representaciones ideológicas que éstos tienen sobre la paternidad. Desde esta perspectiva, los que poseen esta visión probablemente no estimulan al padre en el vínculo con su criatura, interfiriendo en la paternidad participante tanto en los servicios obstétricos como pediátricos (p. 394) (Traducción propia), postura que también mantiene Rengel (2006), mencionado en apartados precedentes. Por el contrario, las emociones que aparecen en la pareja tanto en Atención Primaria como en la Unidad de Urgencias -Paritorio quedan circunscritas a la ambigüedad.

Mello de Carvahlo, M.L. (2003). *Fathers' participation in childbirth at a public hospital: Institutional difficulties and motivations of copules*. "A desqualificação do vínculo afetivo pai-bebê reserva às mães, a capacidade e responsabilidade exclusivas no cuidado com as crianças. Profissionais com esta visão, provavelmente não estimulam os pais a se vincularem com as crianças nem dão atenção às demandas da paternidade. Temos como pano de fundo a exclusão dos pais nos serviços obstétricos e pediátricos"

Los sentimientos positivos tienen su origen en el acontecimiento del nacimiento y la seguridad ofrecida por los/as profesionales durante la fase del parto, algunos autores hacen referencia a la intensidad del sentimiento de los padres, denominándolo "explosión de sentimiento que marcará las vidas de los mismos" (Cosvosky, y Martins, 2009, p. 326; Sadler, 2003).

Por otro lado, la investigación revela que las necesidades de la pareja en esta fase del parto no quedan cubiertas, emergiendo el miedo con componentes de nerviosismo y desorientación debido a la escasez de información y la percepción de no sentirse lo suficientemente involucrados en el apoyo emocional. Los datos extraídos del estudio corresponden con los trabajos realizados por Maroto, Castaño, García Caliente, Hidalgo y Mateo (2009) resaltando que aunque los servicios de atención a su mujer durante el proceso del parto fueron los adecuados, los/as profesionales no son hábiles para explorar las expectativas de las parejas en ser considerados como coprotagonistas del proceso del nacimiento de su bebé, generándole emociones relacionadas con la frustración, sobre todo, si han conseguido empoderamiento sobre el tema mediante la información. En este caso, "las normas, prácticas e intervenciones están marcadas por modelos asistenciales difíciles de

compatibilizar con sus expectativas” (p. 271). Recientes estudios se pronuncian en este sentido señalando que “cuando el profesional ofrece una información clara y objetiva acerca del proceso al padre, se genera en él sentimientos de confianza e involucración en el mismo” (Covosky, y Martins, 2009, p. 327). Sin embargo, según los resultados del análisis, la información del acompañante en el parto es un aspecto que debe ser mejorado, dado que la falta de comunicación en un momento tan importante puede dejar una impresión negativa del nacimiento. A pesar de ello, las parejas que formaron parte en la investigación obtuvieron una percepción muy positiva de la experiencia del nacimiento, posiblemente el sentimiento de euforia aparece como elemento atenuante de los sentimientos negativos experimentados.

A modo de conclusión y tras el exhaustivo análisis de esta categoría relacionando las emociones y todos aquellos elementos que las condicionan en sentido positivo o negativo, determinamos que tendrán una orientación u otra dependiendo del nivel donde tenga lugar la atención asistencial.

En cuanto a los sentimientos vividos por la mujer en el ámbito de la Atención Primaria son de carácter positivos, basados en el amor y la alegría, así como en la confianza, la amabilidad, la tranquilidad, la amabilidad y la seguridad, fruto del soporte emocional de la pareja y de la relación clínica que se establece con la matrona. Un estilo de interacción paternalista con componentes informativos y sistémicos, y basado en actitudes que orientan al diálogo, el respeto, la confianza y la responsabilidad. Todo ello, configura una estructura relacional envuelta en un halo de humanidad, aspecto que hace que la matrona sea percibida por la mujer como una profesional de referencia en la atención asistencial. Estas emociones surgen fruto de una interacción “one to one” centrada en la información, las cuales son reforzadas por el papel activo de la pareja en esta fase de la secuencia reproductiva. Así mismo, se ha contemplado que tanto la pareja y la matrona constituyen un binomio favorable para la satisfacción de la experiencia de la mujer durante la gestación. En tanto que de la pareja recibe el apoyo emocional y de la matrona la educación sanitaria a través de las visitas en consulta y la educación maternal. Este es el principal instrumento para reconvertir los sentimientos en positivos y hacer que la mujer disponga de habilidades

para el abordaje de las emociones negativas (Lazarus, 1999). De este modo, consigue obtener una experiencia satisfactoria sobre su proceso al desmitificar aquellas categorías vinculadas con el universo de la maternidad que les impide tener una vivencia placentera exenta de miedos, ansiedades, incertidumbres y representaciones que se derivan del factor cultural, ayudando a transformar una etapa de crisis en otra de crecimiento personal tanto para la madre como para la pareja.

Sin embargo, a pesar de lo útil que resulta la educación maternal para la gestante, esta herramienta puede constituir un “arma de doble filo”, en la medida que se ofrece a la mujer y pareja una información acerca de las posibilidades asistenciales que pueden no ajustarse a la realidad hospitalaria, creando falsas expectativas, frustración, insatisfacción e incapacidad para el abordaje del proceso. Tal como menciona Lumley (2008), “las mujeres podrían tener unos deseos e ideales acerca de lo que le gustaría que ocurriera, pero ellas necesitan ser educadas o informadas para asegurarse de lo que realmente podría ocurrir y ofrecerles las estrategias necesarias para el abordaje” (Traducción propia).

Lumley, J. (2008). *Birth then and Now*. ‘Women may have ideal hopes of what they would like to happen, but they need to be educated or informed to ensure that they are prepared for what might actually happen and give them the tools to deal with this’

En la actualidad, esta actividad es el principal instrumento que dispone la matrona de Atención Primaria para la alfabetización sanitaria en materia sexual y reproductiva de la mujer y pareja, fomentando un incremento de las expectativas y exigencias al Sistema Sanitario. A partir de aquí, se establece una transacción entre el conocimiento obtenido por la gestante y la oferta adecuada al mismo por los/as profesionales, de modo que si es distorsionado provocaría el origen de sentimientos negativos.

Las emociones que sobresalen en la Atención Especializada van a ser ambiguas. Encontramos los sentimientos negativos ceñidos al miedo, la tristeza, ira y la vergüenza como consecuencia de factores individuales, organizativos, estructurales y los propios de la interacción clínica y, por otro, los sentimientos positivos basados en la alegría y el amor, derivados de la tranquilidad, confianza, amabilidad por los/as agentes de salud. Estos sentimientos obedecen al tipo de relación clínica que se establezca tanto con la mujer como

su pareja. En el contexto de la Atención Especializada, la estructura relacional entre el agente y lego será diversa y atiende a aspectos generacionales, los cuales evidencia el tipo de formación adquirida, así como los valores que rigen la conducta asistencial.

En lo que respecta al Área de Partos, en especial, las Salas de Dilatación, igualmente hallamos emociones ambiguas. Sentimientos negativos relacionados con la escasez de apoyo social, tangible e informativo por parte del equipo obstétrico, así como el emocional de la pareja. Aunque es producto de los factores anteriormente mencionados, la relación clínica tiene un peso específico en este sentido, de manera que podemos encontrar actitudes que nos orientan hacia una deficiencia de valores del diálogo, respeto, confianza y responsabilidad o, por el contrario, sentimientos positivos que emergen ante actitudes tales como la comunicación empática, asertividad, objetividad, amabilidad y humanidad, dentro de un estilo de interacción clínica de carácter informativo y deliberativo. En este caso, los/as profesionales han adquirido valores alejados del Modelo Médico Hegemónico. Este aspecto se presenta de manera predominante en la atención de la mujer en las Salas de Partos, repercutiendo satisfactoriamente en la experiencia vivida por ella y su pareja. Todo ello implica que existen diferentes formas de entender la atención a la mujer en un mismo contexto laboral, en este sentido, el aspecto generacional es un factor influyente en las conclusiones de la investigación.

No obstante, el espacio laboral donde emergen con mayor contundencia los valores adquiridos por el pensamiento médico hegemónico es en la Unidad de Hospitalización de Puerperio, resultado de un estilo de relación paternalista que no es compartida ni aceptada por la usuaria y que es propia de una estructura fuertemente jerarquizada. Los/as profesionales sanitarios/as (enfermeras y auxiliares de enfermería) se presentan como agentes subordinadas/os al colectivo médico y como tal, predominan actitudes basadas en la falta de comunicación empática, la asertividad, autenticidad, sensibilidad; cortesía, hospitalidad y humanidad. Por esta razón, dicha unidad constituye el servicio que más insatisfacción provoca tanto en la mujer como en su pareja. Por otro lado, hay que resaltar que pese a esta jerarquización y al estilo de relación paternalista, los resultados del análisis pusieron de manifiesto la presencia de emociones positivas como consecuencia de una

atención satisfactoria y tranquilizante por parte del equipo asistencial. Situación que se presenta en este espacio porque circunstancial y puntualmente coexisten agentes de salud cuyas prácticas asistenciales están orientadas hacia un modelo más humanista.

CAPÍTULO VIII. CONCLUSIONES

8.1. CONCLUSIONES.

En esta tesis se ha realizado un estudio exploratorio sobre la humanización de la Atención Perinatal en el Área Sanitaria I de la Región de Murcia durante el periodo comprendido entre los años 2007, 2008, 2009 y 2010. En este apartado recogemos la contrastación de los resultados obtenidos con los objetivos alcanzados. Como ya mencionamos con anterioridad, no planteamos hipótesis de inicio, por tanto, nos centramos en la verificación de los objetivos generales y específicos, exponiendo las conclusiones alcanzadas en la investigación. Y posteriormente una serie de propuestas de mejora sugeridas por el investigador con la finalidad de ofrecer ideas relevantes fruto del estudio que puedan ser aplicadas en un futuro en el ámbito sanitario e incidan positivamente en la atención perinatal de la mujer.

La investigación ha constatado que la humanización del proceso perinatal es un fenómeno pluridimensional donde se han descubierto las causas y factores culturales que lo producen y lo sustentan. Tal como adelantábamos en el marco conceptual, tomando como referencia la relación clínica, la bioética y los valores de los/as agentes de salud, consideramos que humanizar en el contexto sanitario es devolver y proteger la dignidad de la persona mediante el respeto de los principios éticos basados en la autonomía, no maleficencia, beneficencia y justicia, siendo coherente con sus propios valores que son percibidos como peculiares e inalienables; y promoviendo la salud en un ambiente que favorezca una experiencia armoniosa en los ámbitos físico, emotivo, social y espiritual. Cuando la separación de este ideal y la realidad que vive la mujer y pareja, en el contexto reproductivo, superan los límites tolerables, hablaríamos de deshumanización. Un concepto que implica una distancia e indiferencia con el otro y la incapacidad de acoger a la persona en la totalidad de su ser, propia de la dicotomía entre equipo sanitario y paciente. Este

fenómeno deviene también de una sociedad cada vez más desconfiada y experta que demanda un tipo de relación determinada donde sean contemplados sus valores y decisiones en la atención perinatal. Al mismo tiempo, en el marco de la humanización y deshumanización se consideran importantes las estructuras simbólicas que modulan el proceso asistencial al contemplar el significado simbólico que las mujeres dan a la interacción con los/as profesionales y viceversa. En este sentido, surge la Teoría Fundamentada como base que nos ha ayudado a descubrir la interpretación simbólica de todos los actores sociales implicados en el proceso asistencial, permitiéndonos analizar su conducta y comprender mejor la experiencia subjetiva de los mismos haciendo que ésta sea percibida de una determinada manera. Siguiendo esta orientación filosófica, se ha posibilitado estudiar e indagar sobre una realidad específica que se da en nuestra unidad de estudio, aportando recursos analíticos para entender e identificar el comportamiento de la conducta humana que se deriva tanto de las relaciones intra e interprofesionales y de la interacción clínica, su significado simbólico y cómo es interpretado por la mujer y su pareja determinando la experiencia vivida por ellos. Así mismo, nos ha acercado al universo simbólico de los/as profesionales respecto a la atención reproductiva mediante el análisis del discurso y cómo éste es determinante en las representaciones ideológicas que tendrá el imaginario social sobre la misma. Esta relación ha posibilitado la extracción de las siguientes conclusiones relacionadas con los objetivos propuestos:

En el **primer objetivo** planteado nos propusimos analizar los factores que operan en la Institucionalización del proceso reproductivo desde la perspectiva del equipo asistencial, de las usuarias y de las instituciones, tomando como referencia los discursos de los sujetos de estudio.

El principal factor determinante en la Institucionalización de la atención perinatal es el discurso de los/as profesionales orientado desde el enfoque del riesgo. Este representa el fenómeno del embarazo, parto y puerperio desde una perspectiva biologicista, dificultando una lectura normalizadora debido a la formación tecnocrática, racional y científica que reciben durante su periodo de formación PreGrado y PostGrado. Su práctica asistencial está centrada en realizar un control exhaustivo de la mujer a lo largo de todo el itinerario

asistencial. Además concluimos que tanto matronas como obstetras, principales agentes de salud en la atención obstétrica, utilizan estos discursos de riesgo para favorecer el acceso de la mujer a la tecnología y control del proceso. Sin embargo, hay que matizar que este uso deriva de la misma organización asistencial existente para el manejo y control de la asistencia reproductiva.

La organización viene representada por el Programa Integral de Atención a la Mujer, regido por un modelo biomédico que hasta hace poco no contemplaba aspectos socioculturales. Establece protocolos y circuitos de derivación para ofrecer una atención perinatal sistematizada en los niveles de Atención Primaria y Especializada basada en el control de la gestación y la detección de aquellos factores de riesgo que pueden amenazar su curso. Los/as agentes de salud se ven en la obligación de cumplir lo establecido de manera rigurosa, por tanto, más que una forma de imponer a la mujer a la sumisión forzosa a la tecnología, se trata de acatar las normas protocolarias con la finalidad de detectar alguna patología que repercuta en el curso del embarazo, parto y puerperio. La organización asistencial impuesta constituiría uno de los principales factores que intervienen en la Institucionalización.

Desde el punto de vista que el discurso del dolor procedente de los/as médicos/as tiene una finalidad de control y dominación sobre el proceso. Esta tesis deduce que la emoción vivida por la mujer con importantes connotaciones negativas en el embarazo es producto de la fuerza del factor cultural y del temor surgido ante la incertidumbre de poder enfrentarse al proceso. La postura del discurso de dolor como dominación queda debilitada ante la existencia de usuarias que intentan vivir la dilatación y parto, controlando la experiencia dolorosa. La mayoría optan por el uso de la tecnología como forma de erradicación segura, hecho que explica la gran demanda de analgesia epidural y la representación del hospital como espacio que garantiza el bienestar y la satisfacción de la vivencia del parto. Al mismo tiempo se pone en evidencia la falta de confianza de la mujer sobre sus capacidades para el abordaje de su parto, aspecto que anula su interés en demandar un parto menos intervenido y a solicitar la epidural ante el deseo de no sentir

dolor, aun siendo conscientes que su instauración podría desencadenar una cascada de intervenciones por el riesgo inherente a la introducción de fármacos.

La percepción del riesgo e incertidumbre sobre la gestación crea además la necesidad de exponerse a una mayor vigilancia. El temor a la integridad del mismo y la necesidad de conseguir una exhaustiva información en cada etapa del embarazo induce a una mayor demanda de pruebas, siendo la ecografía la más solicitada. En ocasiones, ésta no obedece a razones de seguridad sino a comprobaciones personales que salen del ámbito clínico. En estos casos, asistimos a una subordinación voluntaria, aceptada y asumida, presentándose como sujetos pasivos que ofrecen su cuerpo a la medicina y ejercen su derecho a ello.

Por todo lo expuesto anteriormente, concluimos que la Institucionalización de la atención perinatal es representada por la mujer como una garantía de seguridad, dado que existe una excesiva fascinación por los avances tecnológicos. La Institución sanitaria no sólo les proporciona seguridad sino eficacia y rapidez en la finalización de la secuencia reproductiva. En estos casos, el hospital cubre esta necesidad al ser el espacio donde la tecnología e intervencionismo alcanza su máxima expresión. Esto influye en que el Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca tenga una excelente aceptación en la población de estudio.

En el marco de la Institucionalización y “la sumisión” que lleva implícita, el proceso de dilatación y parto son los momentos de la secuencia reproductiva donde las mujeres con mayor frecuencia exigen ser protagonistas y tomar sus propias decisiones, demandando una relación deliberativa con los/as profesionales sin prescindir de la seguridad que ofrece el hospital. Estamos hablando de una focalización de la mujer a la naturaleza de las relaciones sin cuestionar la confianza depositada en la biomedicina. Este aspecto revela que en la unidad de estudio las usuarias no demandan otro tipo de atención alternativa o desinstitucionalizada.

Desde el inicio de la investigación hemos considerado la necesidad de conocer cuáles eran las representaciones ideológicas que tanto las matronas como los/as médicos/as poseen sobre los conceptos del parto normal, natural y humanizado, ya que explicarían el sentido de sus prácticas asistenciales en el ámbito clínico y extraería un conocimiento más

profundo acerca del seguimiento de las recomendaciones del documento y humanización de la praxis. Por otro lado, desde el punto de vista competencial, entenderíamos la demarcación de los espacios simbólicos de competencia que corresponden a cada uno de los/as profesionales que intervienen en la conducción de la secuencia reproductiva, según se pronuncian organizaciones nacionales e internacionales con respecto a las funciones de cada uno de ellos/as, de acuerdo a las Directrices Europeas y Legislación Española.

Las conclusiones a las que llega el estudio sobre las representaciones culturales que el equipo de salud posee sobre las definiciones anteriormente mencionadas son confusas y existen notables diferencias. Respecto al concepto de parto normal y natural, tanto médicos/as como matronas lo ubican en la misma categoría, por tanto, es considerado como término polisémico. La investigación asevera que no existen organizaciones nacionales ni internacionales que definan con precisión las diferencias existentes entre estas concepciones, esto conlleva dificultades para el posicionamiento de los colectivos quedando reflejado tanto en sus prácticas asistenciales como en la incapacidad de satisfacer las necesidades de la mujer en este sentido.

Así mismo, la tesis constata que la mayor controversia entre los/as agentes de salud aparece en el posicionamiento ante el parto humanizado. En cuanto al colectivo de matronas existe una visión meridianamente clara, entendiendo que la medicalización e intervencionismo del parto pueden ser absolutamente compatibles con la humanización, siempre y cuando se contemple a la mujer desde una perspectiva holística durante su proceso asistencial, prestando atención al respeto en su toma de decisiones con la finalidad de proporcionarle autonomía, empoderamiento y protagonismo en su proceso, así como el acompañamiento y la información necesaria sobre la evolución de su estado. Se evidencia una aproximación a la definición de Humanización, según Ceará (2000), la cual es explicada por los valores que la matrona ha adquirido durante su proceso de formación y socialización laboral, tales como el altruismo, la igualdad, la dignidad; aspectos de suma importancia para entender las necesidades y expectativas de la mujer, impregnado de humanidad su praxis obstétrica.

Respecto a los/as médicos/as las percepciones son diferentes, aunque para una minoría la humanización es compatible con el intervencionismo, para la mayoría no lo es. La investigación determina que presentan dificultades para entender y poner en práctica la humanización en el ámbito asistencial. El principal motivo deviene de la formación recibida bajo un poderoso modelo biomédico, el cual los forma y socializa en una ideología científico-técnica centrada en la patología, el diagnóstico, alivio de los síntomas, el intervencionismo y resolución de los problemas mediante el uso de la tecnología. Situación que les conduce a tener una visualización fragmentada de la mujer, influyendo en la interacción clínica que se establece. A pesar de ello, el análisis sostiene que en la unidad de estudio existen cada vez más médicos/as que prestan mayor atención a la importancia de la relación con la mujer, desarrollando destrezas que les permiten adentrarse en las dimensiones espirituales de la misma aportando humanidad a sus prácticas asistenciales. Los planes de estudios están reordenándose hacia un modelo psicosocial con la finalidad que la formación sanitaria no entre en contradicción entre lo racional y emocional. Por consiguiente, la tecnología y la humanización pueden quedar perfectamente integradas en el proceso asistencial siempre que se respete la dignidad de la persona.

Relacionado con este punto, los resultados obedecen a la coexistencia intergeneracional, de modo que nos encontramos con obstetras que se han formado bajo el modelo tradicional frente a otros que, pese a estar socializados en éste, entienden el proceso de una manera integral. Aunque los planes de estudios de la especialidad de Obstetricia y Ginecología han cambiando recientemente, contemplando aspectos relacionados con la importancia de la estructura relacional médico/a- mujer, el proceso de comunicación, el razonamiento clínico, la gestión de la atención y la bioética como elementos fundamentales para la humanización; el estudio no ha alcanzado a explicar por qué agentes de salud socializados bajo un mismo modelo actúan de diferente manera.

Una vez contemplado los factores relativos a la formación adquirida, la coexistencia generacional y los factores institucionales derivados de la organización asistencial, y su repercusión sobre la manera de entender un modelo asistencial basado en el pensamiento médico hegemónico, nos adentramos a exponer las conclusiones extraídas sobre el impacto

de la Estrategia de Atención al Parto Normal contemplado en el **segundo objetivo** de la investigación. Hemos estudiado las reacciones de los/as agentes de salud relacionados/as con la atención perinatal, las prácticas asistenciales para el abordaje de la secuencia reproductiva, así como las respuestas de las instituciones y usuarias ante un nuevo escenario asistencial basado en una política de humanización del parto, centrado en el respeto de los derechos de los/as pacientes y nuevos modelos de relación entre el equipo asistencial, mujer y pareja.

En la investigación se pone de manifiesto que no existe un conocimiento de la Estrategia por parte del equipo asistencial hasta el año 2009, siendo más acusado en el colectivo médico. Los resultados vierten que los/as neonatólogos/as son los que más información poseen de la propuesta a diferencia de los obstetras y los/as médicos de familia. Respecto a estos últimos, la dificultad en la difusión y el desinterés derivado del papel poco relevante en la conducción del proceso reproductivo, ya que es la matrona la que interviene en la totalidad de la atención perinatal, emergen como razones principales. Sin embargo, las matronas poseen mayor información acerca del mismo. Esta relación implica distintas reacciones entre ambos estamentos frente al nuevo paradigma de asistencia obstétrica que planteaba el Ministerio de Sanidad y Consumo, y actual Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. El análisis reveló que este hecho se debía a interferencias en la difusión de la Estrategia de Atención al Parto Normal desde la Gerencia del hospital a las unidades hospitalarias donde tiene lugar la secuencia reproductiva (Unidad Urgencias-Paritorio, Unidad Hospitalización de Gestantes y Unidad de Hospitalización de Puerperio) y desde las Gerencias de Atención Primaria al resto de Centros de Salud que formaron parte en el estudio. Tanto médicos/as y matronas de Atención Primaria como Especializada no obtuvieron el documento procedente de estas instituciones, no obedeciendo a una falta de interés por parte de las mismas sino a un lento proceso de divulgación. Por otro lado, pese a la necesidad encontrada en los/as profesionales en relación a la formación a la asistencia al parto normal encontramos una ralentización en llevar a cabo *la tercera línea estratégica* de la propuesta del Ministerio, ya que los cursos relacionados con la humanización del parto impartidos por el Servicio Murciano de Salud y las Unidades de Formación Continuada del

hospital presentan escasez en la oferta, deficiente asistencia interdisciplinar y falta de actividades formativas teniendo en cuenta la perspectiva de género.

Igualmente se concluye que pese a que la Estrategia realiza una revisión y análisis de las prácticas obstétricas basadas en la evidencia científica, las matronas son las que más interés despiertan en la adquisición del documento dado que son concientes de la repercusión en su praxis. Esto implica búsquedas alternativas del mismo, la elegida fue Internet; sin embargo, hay que matizar que este colectivo tiene acceso a vías de difusión más rápidas, siendo las más importantes la Asociación Murciana de Matronas de Murcia en relación con la Federación de Asociaciones de Matronas de España y la Unidad Docente de Matronas perteneciente a la Facultad de Enfermería de la Universidad de Murcia y el Servicio Murciano de Salud. Esta última ejerce un papel esencial, ya que a través de los/as enfermeros/as residentes de matrona que realizan sus actividades asistenciales con las matronas tutoras del hospital y Centros de Salud, la propuesta es introducida en el ámbito laboral.

Respecto a las reacciones de los/as profesionales de los distintos niveles asistenciales ante el conocimiento del documento y que nos orienta sobre el desarrollo de la *primera línea estratégica* de la propuesta del Ministerio, el estudio revela que la mayoría de los/as médicos/as expresan reticencias hacia el cambio de una praxis estructurada y conformada desde la visión biomédica, argumentando como principal razón la incertidumbre y cuestionamiento de la evidencia científica referente a este nuevo modelo asistencial, lo que supone que estas creencias, valores e ideas adquiridas desde el pensamiento médico hegemónico ralentiza el cambio por parte de los/as obstetras. Sin embargo, los/as médicos/as de familia tienen una actitud proactiva, pese a estar formados bajo la égida del biopoder. Circunstancia que es explicada por el perfil competencial de los mismos, los cuales representan al individuo de una forma holística contemplando dimensiones físicas, psíquicas y sociales vinculadas al contexto familiar y social del mismo, aspectos sobre los que pone énfasis la Estrategia de Atención al Parto Normal.

Por el contrario, las matronas, pese a tener un mayor conocimiento del documento, presentan reacciones heterogéneas, de modo que encontramos un colectivo dividido en el

seguimiento de las recomendaciones. De un lado, tenemos profesionales que las siguen de manera pormenorizada siempre que las condiciones lo permitan, y de otro, las que se resisten al cambio debido al halo de incertidumbre inherente a un nuevo paradigma emergente. En este sentido cuestionan la idoneidad de la recomendación, especialmente aquellas prácticas que pueden entrañar un riesgo como es el caso de la monitorización intermitente y la vía periférica profiláctica de rutina. Ante ello, las participantes demandan indicadores que ofrezcan confianza en la instauración de una nueva praxis. Así pues, se concluye que estas profesionales también presentan cierta dificultad para salir de la práctica estructurada en el tiempo. Ante la confrontación de paradigmas asistenciales surge la desconfianza acerca de la seguridad y garantía de la implantación de otro modelo de asistencia obstétrica. Por tanto, se evidencia que las matronas de generaciones anteriores, al igual que los/as obstetras están socializadas y educadas bajo el mismo modelo, representando el proceso reproductivo desde un enfoque de riesgo.

La situación de incertidumbre e intergeneracionalidad hace que emerja otra de las conclusiones de la investigación relativa a la amplia variabilidad práctica existente en el contexto laboral. Las que más controversias suscitan son las relativas a la episiotomía selectiva, la frecuencia en la exploraciones vaginales, el pinzamiento tardío, no colocación de vía periférica profiláctica de rutina, la amniotomía sistemática, el contacto precoz madre-hijo y asesoramiento sobre la lactancia; por el contrario, el enemado y el rasurado son las más respetadas por ambos colectivos. Todas ellas van a estar condicionadas por el factor generacional, el volumen asistencial del momento, poca claridad percibida sobre la evidencia disponible y la percepción del riesgo en salirse de una práctica conformada por la inercia, tal es el caso de la monitorización intermitente y la vía periférica. Sin embargo, respecto a la elección de posturas, a pesar de la poca demanda existente por parte de la parturienta, los factores determinantes para el respeto de la recomendación están relacionados con la falta de recursos materiales en los paritorios, la falta de formación por parte de las matronas para realizar otro tipo de partos distintos a la clásica posición de litotomía y el uso de la analgesia epidural. De igual modo existen otras, que por razones estructurales y profesionales no son consideradas, éstas corresponden a la deambulación de

la mujer en periodo activo de parto y la monitorización intermitente; esta última está sujeta a los discursos del riesgo procedentes de ambos colectivos y las posiciones divididas en el equipo de obstetras respecto a la evidencia científica. En cuanto a los partos instrumentales, aunque se ajusta a la propuesta, la tendencia es al alza siendo la analgesia epidural, el volumen asistencial y la falta de cumplimiento de los tiempos del parto los motivos principales.

Esta variabilidad no solamente se deriva del conflicto paradigmático entre el Modelo Médico Hegemónico y Biopsicosocial, existen otros componentes que habría que añadir a los ya mencionados, tales como la inercia de los/as profesionales a la aplicación de unas prácticas de manera automática y rutinaria, y la falta de normas institucionales centradas en las necesidades de la mujer. Todo ello incide de forma contundente en lo que respecta al acompañamiento, siendo en la mayoría de las ocasiones discontinuo a lo largo de la secuencia reproductiva. Existe un interés tanto por obstetras como matronas en ajustarse a lo que dictamina el documento, sin embargo, éstas son las que más favorecen el apoyo emocional, aunque en ocasiones es interrumpido por razones de tipo moral y alineación con los valores de la propia mujer. A diferencia de los/as tocólogos/as que son los/as agentes obstaculizadores, ya que atiende a la naturaleza del acto médico. A pesar de la importante barrera que supone el estamento médico, en ocasiones esta práctica tiene lugar cuando la fase de expulsivo ha finalizado.

En cuanto a los métodos de erradicación del dolor, la analgesia epidural es la ofrecida por el equipo asistencial y elegida por una mayoría de las mujeres, las cuales entienden que es la única forma de cambiar las percepciones preconcebidas del parto asegurándose una experiencia gratificante del mismo; aspecto que justifica la Institucionalización del parto, tal como exponíamos en el objetivo número uno. Por otro lado, los/as agentes de salud no ofertan otros métodos alternativos para aquellas mujeres que no desean este tipo de analgesia, las razones principales es la no disponibilidad de recursos materiales, la falta de formación acerca de los múltiples recursos existentes sobre el abordaje de esta práctica y las dificultades del soporte social continuado. Pese a ello, la mayoría de las parturientas se apoyaron en los recursos aportados por las sesiones de educación maternal ofrecidas por las

matronas de Atención Primaria de Salud como alternativa muy valiosa para reducir la experiencia dolorosa y la ansiedad, influyendo positivamente en el grado de satisfacción del nacimiento.

Siguiendo con el análisis del documento y relacionado con el **objetivo tercero** expuesto en el estudio, contemplamos la *segunda línea estratégica* referente a la participación de la mujer en la toma de decisiones con el propósito de aumentar el protagonismo en la experiencia del nacimiento. Las conclusiones de la tesis revelan que van a estar íntimamente relacionadas con el tipo de interacción clínica y la ética clínica que se establece entre el equipo de salud y la mujer. Aunque esta línea es planteada para el parto y puerperio, su significado nos ha permitido explorar toda la atención perinatal. Así pues, en el ámbito de estudio hemos encontrado importantes diferencias dependiendo de los niveles asistenciales de procedencia: por un lado, en la Atención Primaria la matrona presenta un estilo de relación paternalista psicosocial con componentes sistémicos centrados en un importante aporte informativo a la mujer, dando origen a una estructura relacional paritaria. Y, por otro, en la Atención Especializada donde existe personal sanitario cuyo soporte en este nivel es deficitario, estableciéndose una relación de carácter paternalista que mantiene a la mujer sumisa, limitando su poder y autonomía. Aunque este tipo de interacción clínica se presenta en ocasiones en el colectivo de matronas, son los obstetras los que más los dispensan. Esta verticalidad se contempla con bastante nitidez en prácticas tales como las exploraciones vaginales, uso de la oxitocina y colocación sistemática de la vía. Todos estos procesos son llevados a cabo formando parte de un ritual sin contemplar la información que necesita la mujer para elegir libremente los procedimientos a los que la ciencia le somete. Además de los factores profesionales, el estudio contempla que igualmente condicionan la estructura relacional: la percepción de sobrecarga asistencial por parte del equipo obstétrico, organización institucional, infraestructuras inadecuadas y preferencias de la usuaria a desear un estilo de relación determinado.

La Estrategia de Atención al Parto Normal es un instrumento útil para disminuir las fluctuaciones de simetría y asimetría de poder en la estructura relacional, respetando la toma de decisiones sobre su proceso, garantizando el empoderamiento desde la perspectiva

de género mediante el Plan de Parto. Sin embargo, por un lado, es una herramienta poco aceptada por los/as profesionales dado que, además de cuestionar su saber científico, es percibido como una interferencia dinámica del servicio de dilatación en tanto que podría conllevar sobrecarga asistencial y conflictos entre colectivos; y por otro, la demanda de la mujer es escasa. Se trata de un instrumento que obstaculiza la interacción necesaria entre los/as profesionales y la mujer. Berg, Lundgren, Hermansson, y Wahlberg (1996) hacen especial énfasis en la relación clínica señalando que para que ésta sea óptima “las matronas deben tener control en la toma de decisiones y su autoridad (...). Y la mujer tiene que estar segura en las habilidades de la matrona, y por consiguiente, confiar en su autoridad” (p. 15).

Berg, M. y otros (1996). *Women's experience of the encounter with the midwife during childbirth*. 'Many factors influence the relationship between birthing women and midwife (...). Mc Crea (1993) found that for special relationships to develop between women and midwives important conditions were necessary. These were that midwives needed to be control of decision making, their authority (...) and women had to be confident in the midwives' abilities and therefore trust their authority'

Hay que matizar que uno de los factores que contribuye a la aversión, a parte de la desconfianza de la mujer percibida por el equipo de salud, es el desajuste de los planteamientos del documento con la realidad del contexto hospitalario en el que las mujeres van a dar a luz. Así mismo, la información que la gestante recibe desde la Atención Primaria tampoco refleja con objetividad la realidad del escenario asistencial. Pese a estos inconvenientes y ante los dilemas éticos que se puedan presentar, una gran mayoría de las matronas de la Unidad de Urgencias – Paritorio lo resuelven mediante una interacción clínica centrada en la bioética personalista, ya que adoptan una actitud de respeto hacia el principio de autonomía mediante la vía del consenso entre el agente de salud y la mujer, favoreciendo la libertad en las decisiones en la medida que las condiciones estructurales y organizativas lo permitan. De este modo, se fomenta el bienestar, la individualidad y la libertad de la mujer dentro del marco de la humanización. Pese a todo ello, aunque el estilo de relación consumista e informativa está presente en los distintos niveles, la falta del derecho a la información en aspectos determinados como es el plan de parto en Atención Primaria y los relacionados con el derecho a la autonomía de la mujer durante el proceso del

parto en la Atención Especializada se manifiesta con frecuencia, como más adelante comentaremos.

Referente a las percepciones que las mujeres poseen de la Estrategia de Atención al Parto Normal, son heterogéneas. Existen usuarias expertas y críticas que han recibido una información exhaustiva acerca de sus derechos asistenciales reivindicando ser sujetos activos y protagonistas del propio parto. En este sentido, la investigación concluye que demandan un estilo de relación clínica paritaria, centrándose en el respeto a la toma de decisiones sobre el acompañamiento continuado de su pareja o la persona deseada durante todo el proceso, la elección del método de erradicación del dolor, la episiotomía y la oxitocina. Esta adquisición del conocimiento obedece a que vivimos en la sociedad de la información en la que las mujeres desean ser enseñadas y guiadas para alcanzar su salud. A pesar de la cultura sanitaria obtenida a lo largo de todo el itinerario asistencial sobre los nuevos modelos asistenciales, el análisis reveló que prácticamente la totalidad de las púérperas que participaron en el estudio desconocían el Plan de Nacimiento, la principal razón es la falta de información derivada de la Atención Primaria de Salud.

Así mismo, encontramos usuarias que aún mostrando conocimiento o desconocimiento ante sus derechos tienen una actitud de indiferencia en sus preferencias asistenciales. Esto implica no demandar ni cuestionar ninguna de las prácticas ofrecidas por el equipo de salud, obviando la participación en la toma de decisiones. Sin embargo, este grupo tiene algo en común y es el deseo de someterse a la analgesia epidural y la necesidad de soporte emocional para afrontar el momento de estrés que le puede suponer la experiencia del nacimiento.

La postura bioética personalista es reflejo de una relación clínica deliberativa cuyo eje central es la mujer, por tanto, la actitud del equipo de salud va encaminada a satisfacer sus necesidades, respetando sus decisiones, manifestándose en prácticas tales como el respeto del acompañamiento por la persona deseada, la consideración a no realizar la episiotomía si la usuaria lo demanda, el enemado, rasurado y el rechazo a la epidural por parte de la parturienta e incluso, en raras ocasiones, en la elección sobre el deseo finalizar el parto distócico, si el obstetra lo cree conveniente. No obstante, el estudio advierte que en el

mismo espacio laboral coexiste otro tipo de interacción clínica de corte paternalista que se pone de manifiesto ante el déficit de apoyo informativo, tangible y social a la mujer por parte del equipo asistencial, ejerciendo un poder sobre la usuaria y generando insatisfacción, dudas, participación pasiva y una dependencia de las decisiones de los/as profesionales. El estudio constata que esta actitud se manifiesta en aquellos/as agentes de salud que se han socializado y educado en el modelo tradicional, ofertando una atención que no se ajusta con valores éticos compatibles con la humanización. Sin embargo, respecto a este último punto, el investigador desea matizar que estas valoraciones son extraídas del análisis del discurso del colectivo de matronas y de las puérperas, de modo que no podemos concluir de forma categórica que la generalidad de los/as obstetras de la Unidad Urgencias-Paritorio presenten este estilo de interacción.

Recientemente los programas formativos del Grado de Medicina y de las especialidades de Medicina Familiar y Comunitaria, Pediatría y Obstétrico- Ginecológica están formando a los residentes en habilidades de comunicación, competencia relacional e incorporan la bioética como forma de incluir los valores para el manejo de las decisiones sanitarias con la finalidad de aportar un halo de humanidad en la relación clínica. Esto implica que hayan profesionales de últimas generaciones que coexisten con otros más veteranos cuya formación en bioética es escasa, circunstancia que explica la importancia del factor generacional en la naturaleza de la praxis asistencial y los diferentes tipos de relación clínica que se establece entre el equipo asistencial, la mujer y pareja. Así pues, destacamos el pluralismo moral y la atomización ética que emerge en el mismo ámbito clínico como consecuencia de la coexistencia intergeneracional y multidisciplinar, poniendo de manifiesto las diferentes universos simbólicos, valores y maneras de representar la atención de las fases del parto. Este aspecto incide en factores tales como la cohesión de grupo, trabajo colaborativo y la amplia variabilidad tanto en la práctica como en la relación clínica. Circunstancia que implica diferentes maneras de percibir, sentir y vivir la experiencia de la secuencia reproductiva por parte de la parturienta, repercutiendo en los sentimientos experimentados en la vivencia del parto y la humanización de la atención asistencial.

Así mismo, el estudio desvela otros factores que dificultan la humanización de la atención perinatal, entre los que destaca un tipo de organización articulada y centrada en los propios valores de la Institución situando en la periferia a la propia mujer, de manera que se produce un abandono del pensamiento en el paciente como eje y centro de la organización de los servicios. Situación que se pone de manifiesto en la organización taylorizada de la práctica asistencial, originando una visión segmentada del proceso y escisión de las actividades desarrolladas por las matronas durante la atención en la Unidad de Urgencias – Paritorio. Además provoca una asistencia discontinua de la secuencia reproductiva dividida en una cadena de actos técnicos llevada a cabo por distintos/as profesionales que tienen asignados/as funciones diferentes dentro del mismo, con el fin de conseguir la máxima productividad en el menor tiempo posible, dejando de lado la autonomía del paciente y sus derechos como usuario del hospital. Es el denominado “trabajo por tareas”, en el que la mujer es visualizada como un producto que es clasificado previamente como de alto o bajo riesgo y que debe recorrer un itinerario establecido. Durante todo el circuito, es atendida por múltiples profesionales con sus propios principios, valores y actitudes, originándoles confusión y desorientación, así como una despersonalización en el proceso asistencial. Respecto a este punto, tanto matronas como obstetras manifiestan la necesidad de cambio en las infraestructuras, ajuste del ratio matrona –mujer en la Unidad de Urgencias- Paritorio y aumento del capital humano para reducir la presión asistencial. Relación que mejoraría el trabajo en equipo garantizando una mayor calidad asistencial durante el parto. De este modo, conseguiríamos acercarnos a los estándares y recomendaciones de una maternidad hospitalaria (Ministerio Sanidad, Política Social e Igualdad, 2009). Conclusiones que sostienen Carlton, Callister, Cristiaens, y Walker (2009) al señalar que el desajuste existente en el ratio enfermera – paciente y la falta de ética profesional, entre otros, constituirían importantes barreras en apoyo del profesional en el parto. Sin embargo, los factores favorables serían el trabajo en equipo, tener mayor tiempo para el paciente y una filosofía común entre los miembros del equipo y la mujer sobre el proceso del parto (p. 51) (Traducción propia).

Carlton, T., Callister, L.C., Cristiaens, G., y Walker, D. (2009). *Labor and delivery nurses' perceptions of caring for childbearing women in nurse-managed birthing units. 'Facilitators to labor support identified including having enough time for the patient, common philosophy of birth and teamwork (Gale, Fothergill- Bourbonnais, & Chamberlain, 2001; James, Simpson, & Knox, 2003; Sleutel, Schultz, & Wyble, 2007; Davies & Hodnett, 2002). (...). Barriers to labor support have been identified, including inadequate nurse-patient ratios, medicalization of birth, facility culture and resources, maternal factors, lack of evidence- based practice, and professional/ethical decline (Sleutel et al, 2007) (...)'*

Pese a la dificultad que entraña la influencia de estas variables para ofrecer a la mujer una atención más humanizada y tras exponer en el marco teórico la influencia positiva que tendría sobre la uniformidad de la práctica clínica mediante el uso de guías asistenciales, el estudio pone en evidencia la inexistencia de protocolos en dicha unidad. Respecto a ello, la investigación constata el escepticismo que algunos/as de los/as profesionales tienen en este tipo de instrumentos para ofrecer una calidad asistencial. El grado de desconfianza llega a tal extremo que lo consideran como algo positivo, amparándose en la libertad al imponer su criterio en la conducción del proceso y una mayor definición en competencias entre los diferentes profesionales, constituyendo una herramienta útil para atenuar las tensiones en el campo laboral. Por el contrario, para otros resulta incompatible con la humanización de la asistencia ya que conllevan rigidez en la forma de proceder y debe ser respetada por el equipo de salud. A este respecto, Moran enfatiza sobre la importancia del razonamiento clínico en las prácticas del equipo de salud para “conseguir una práctica autónoma que permita a los/as profesionales tomar acciones o decisiones acertadas, lo que significa realizar la mejor acción basada en juicios en un contexto específico” (Moran y otros, 2008, p. 448) y tener una actitud más próxima a la humanización de los cuidados. De igual modo, como señala Schön, la burocracia organizativa supone un gran obstáculo que inhibe la reflexión desde la acción en tanto que la práctica de los/as profesionales está sometida o controlada por estrictos protocolos inflexibles, que no dejan lugar al razonamiento clínico sino que fomenta la reflexión acrítica. Esta situación podría tener un efecto deshumanizador en el proceso de atención al paciente dada la imposibilidad de reconocer las necesidades individuales. De igual modo, el mismo autor señala que el desarrollo de esta habilidad implica efectos positivos relacionados con la consecución de objetivos y provocar la motivación del personal. Para conseguirlos es importante que existan líneas de autoridad

más flexibles, siendo fundamental un trabajo más colaborativo y no de subordinación (Schön, 1998).

La investigación determina que dichos conflictos se derivan del empoderamiento adquirido por la matrona en el ámbito laboral, fruto de la completa formación adquirida durante su periodo de residencia que le permite obtener un perfil competencial alejado del modelo tradicional de subordinación que contemplaba el plan de estudios del 1957. Esto conlleva el desarrollo de unos marcos de referencia específicos de la profesión, así como la legitimación de sus prácticas en el ámbito laboral y el aumento de las competencias, llegando a ser poseedora de una posición de poder dentro de la estructura institucional.

El reconocimiento de las competencias de las matronas supone un acercamiento a posturas más simétricas respecto al colectivo médico dentro de la estructura sanitaria, dado que implica mayor autonomía, reflexión sobre la actividad asistencial y toma de decisiones. Sin embargo, en el ámbito de estudio, las relaciones de poder entre ambos colectivos no llegan a ser paritarias, dado que el estamento médico se impone con fuerza en la toma de decisiones en un espacio que actualmente sigue estando muy jerarquizado. De modo que aún se aprecia la legitimación del discurso médico hegemónico, construyendo unas relaciones de dominación y control sobre las matronas en el contexto laboral. Pese a que la Estrategia de Atención al Parto Normal debilita el discurso biomédico, éste todavía influye directamente en las prácticas asistenciales de las matronas, obstaculizando la puesta en marcha del documento. Las fluctuaciones de poder dificultan seriamente el trabajo en equipo y genera conflictos interprofesionales como resultado de la necesidad de demarcar y definir el ámbito asistencial de cada uno/a de ellos/as. Aspecto que repercute seriamente en la ética de la relación entre los/as profesionales, y por consiguiente, en la imagen que proyectan a la mujer sobre el respeto, la confianza y la responsabilidad.

Los discursos de los/as participantes pertenecientes a los distintos ámbitos asistenciales, concluyen que los factores que determinan la humanización del proceso perinatal están sujetos a la horizontalidad de la relación entre el equipo asistencial y la mujer, las actitudes de aquellos en la estructura relacional, el cumplimiento de expectativas relacionadas con la atención que recibe en el itinerario asistencial, el aporte de información

por parte del equipo asistencial para que pueda adquirir un conocimiento exhaustivo del proceso y dar cobertura a las necesidades que experimenten en cada etapa de la atención perinatal. Todo ello tendrá como resultado la emergencia de emociones positivas como reflejo de la satisfacción de la experiencia vivida y de la asistencia humanizada recibida durante el proceso asistencial.

Esta conclusión permite adentrarnos en el **objetivo cuarto**, en el cual se proponía analizar los discursos de los/as profesionales a lo largo del itinerario asistencial, explorando la orientación de los valores del equipo de salud y las actitudes que se derivan de los mismos; así como los sentimientos que generan tanto en la mujer como en la pareja a lo largo del circuito asistencial, analizando la estructura relacional establecida en la atención perinatal. Respecto a ello, diremos que la satisfacción de la experiencia y los sentimientos que emergen van a ser diferentes dependiendo del nivel asistencial:

La *Atención Primaria de Salud* es la vía de acceso a la Institucionalización de la atención perinatal, siendo la matrona el profesional de referencia para la mujer. La investigación sostiene que los sentimientos que emergen tanto en la gestante como en su pareja están circunscritos a la tranquilidad, confianza, amabilidad y seguridad; fruto de una peculiar relación clínica basada en la información, atención personalizada. Y una orientación del agente de salud hacia valores del diálogo, respeto, responsabilidad y confianza; los cuales conducen hacia una actitud de asertividad, hospitalidad, cortesía, escucha activa, empatía y humanidad con la mujer. Estas características hacen que la matrona de Atención Primaria desarrolle una estructura relacional con componentes humanizadores basada en una transacción bilateral, llegando a alcanzar un grado de relación de amistad clínica.

Pese a que los protocolos del Programa Integral de Atención a la Mujer conducen a una interacción de corte paternalista, ésta queda atenuada por el apoyo informativo y social, permitiendo el acceso a las dimensiones psicológicas y socio-familiares de la mujer y su pareja. Esta interacción les proporciona los recursos necesarios para el afrontamiento de los sentimientos negativos, disminuyendo los niveles de ansiedad que se puedan presentar durante la gestación. Así mismo, el estudio constata que el papel de la pareja como soporte emocional en el circuito asistencial es determinante para fomentar las emociones positivas

en la mujer en esta fase del proceso perinatal. Pese a ello, las parejas se perciben meros observadores externos de lo que está aconteciendo, sintiendo frustración al no ser protagonistas del proceso que están viviendo. En este sentido, la tesis plantea la reordenación de los universos simbólicos masculinos, ya que las parejas muestran un interés por tener una paternidad participante y demandan un reparto de roles dentro del ámbito doméstico durante la gestación.

Determinamos que la educación maternal supone el principal instrumento que posee la matrona para acercar tanto a la mujer como a la pareja al universo de la maternidad y paternidad, aportando importantes beneficios para ambos. En ocasiones, la información que se ofrece puede provocar efectos adversos tales como frustración e insatisfacción debido a la escasa adecuación entre las expectativas y la atención asistencial recibida, dando origen a emociones negativas. Desde esta perspectiva surge la necesidad de las matronas de Atención Especializada de ofrecer a la gestante una información más precisa y menos distorsionada sobre la práctica obstétrica que se está llevando a cabo en el hospital de referencia así como los condicionantes de la misma, de manera que no existan desajustes entre el ideal de asistencia obstétrica y la realidad percibida tanto por la mujer como la pareja.

De igual modo, emergen sensaciones temerosas vinculadas al miedo de la mujer durante la gestación. Estas no son de componente relacional sino que están sujetas a la valoración primaria que se originan a partir de las creencias y el factor cultural, las cuales relacionan la experiencia del nacimiento con el sufrimiento o cualquier riesgo que pueda amenazar al feto. Las vivencias previas desagradables generan temor en el cumplimiento de las expectativas y la incertidumbre sobre los acontecimientos reales que pueden ocurrir a lo largo del proceso perinatal, interfiriendo en los procesos de acomodación y adaptación de la mujer. En este ámbito asistencial, la organización también supone una fuente de sentimientos negativos relacionados con la inquietud y el desasosiego, dado que la gestante debe respetar de forma rigurosa los tiempos establecidos por la comunidad científica para la realización de las pruebas analíticas e invasivas, según establece el subprograma de atención al embarazo.

Referente a la *Atención Especializada*, los/as profesionales de las Unidades Ginecológicas de Apoyo, según testimonios de las puérperas, se presentan como profesionales inaccesibles con dificultades para establecer una comunicación empática y desatención afectiva en la interacción dada la verticalidad de la relación. En este nivel tiene lugar la solicitud de las pruebas invasivas, el vehículo de comunicación es el Consentimiento Informado. Sin embargo, no cumple las funciones inicialmente asignadas de equilibrar las relaciones entre los/as agentes de salud y la mujer, así como favorecer el empoderamiento de la misma. Las dificultades encontradas son: por un lado, la falta de una información comprensible y adaptada a los códigos culturales de la mujer, y la escasez de tiempo dedicado a la explicación del documento, provocando la infantilización de la mujer y el empoderamiento del médico (Beltrán, 2011). Y, por otro, los/as agentes sanitarios utilizan este instrumento para ser eximidos de cualquier responsabilidad ante las decisiones de la mujer, al tiempo que les libera de dar información verbal. Esta situación da origen a importantes dilemas éticos ya que atenta contra el principio de autonomía y la libre voluntad de elegir, poniendo de manifiesto la falta de principios bioéticos que deshumanizan la asistencia y generan sentimientos en la mujer relacionados con la tristeza, aflicción, ira y rabia. En palabras de Beltrán (2011), la información incompleta e incomprensible acarrea para el paciente un elevado nivel de estrés, ansiedad y confusión. La palabra tiene el poder de tranquilizar, calmar y, sobre todo, de estar presente cuando los pacientes más lo necesitan.

La relación paternalista caracterizada por la falta de información, soporte tangible, el trato distante y despersonalizado tanto a la mujer como a su pareja se manifiesta de manera evidente en la Unidad de Hospitalización de Puerperio, provocando en la puérpera sentimientos de soledad, desamparo, resentimiento e incertidumbre. Esta última agravada por la falta de unidad de criterios en el equipo de salud relacionados con educación sanitaria recibida.

Podemos decir que en esta unidad la estructura relacional está basada en actitudes relacionadas con la falta de empatía, asertividad y comunicación interpersonal, obedeciendo a una orientación en valores deficientes en el diálogo, respeto y confianza hacia la mujer y

pareja. Este aspecto es común en la mayoría del personal, cobrando especial relevancia entre los/as pediatras y obstetras. La investigación determina que la razón principal se circunscribe principalmente a la fuerte jerarquización de la unidad, la subordinación de las enfermeras al aparato médico y el factor generacional que promueve unas prácticas basadas en una importante orientación científica y técnica. El análisis revela que la educación maternal que recibe la mujer desde la Atención Primaria de Salud es el principal recurso para el abordaje del estrés emocional.

En lo que respecta a la Unidad Urgencias- Paritorio, los principales sentimientos negativos vividos por la mujer y su pareja es el miedo con sus componentes de temor, incertidumbre, nerviosismo, desasosiego, inquietud y la angustia; y por otro lado, la tristeza circunscrita a la soledad y el desamparo.

El sentimiento de miedo adquiere relevancia en el Área de Urgencias, tanto para la mujer como por la pareja debida a la gran incertidumbre que se deriva de la escasa información recibida al ingreso por parte del equipo de salud en las Salas de Triage y Reconocimiento, y la imposibilidad de acompañamiento en el inicio del itinerario asistencial hospitalario; provocando sentimientos de tristeza y soledad. En este espacio es donde se evidencia el poder de la estructura al estar sometida a las normas de la cultura hospitalaria. Hecho que induce a la despersonalización al verse despojada de los emblemas de la identidad y pérdida de autonomía. También se comprueba la tranquilidad que experimenta cuando los/as agentes de salud cubren sus necesidades relacionadas con la información, aportándole recursos para el abordaje de las emociones negativas en este momento puntual del circuito asistencial, considerado como un factor estresante de gran magnitud.

Respecto al Área de Partos, en las Salas de Dilatación la interacción clínica va a ser determinante en la experiencia vivida tanto para las mujeres y pareja. La estructura relacional que tiene lugar en este entorno va ser heterogénea: primeramente mencionar la coexistencia intergeneracional que lleva inherente un pluralismo moral y, segundo, los factores institucionales de carácter organizativo y la percepción de sobrecarga asistencial por parte del equipo de salud. Aspectos que implican sensaciones, percepciones y sentimientos diferentes que marcará la experiencia del nacimiento. Los sentimientos

negativos que emergen son relativos al temor y la incertidumbre como consecuencia de un apoyo informativo deficitario por parte de las matronas y los/as obstetras. De igual modo, el estudio desvela que las parturientas experimentan sentimientos de confusión en la unidad debido a la falta de identificación de los/as profesionales con los que interactúan, incrementando su estado de ansiedad durante el proceso asistencial. La tristeza aparece como resultado de la soledad experimentada por la falta de una atención personalizada generada por factores relacionados con la burocracia institucional, la organización asistencial centrada en la institución y la sobrecarga asistencial percibida por el equipo obstétrico. Además esta emoción emerge del déficit en el respeto a la toma de decisiones de la mujer y un apoyo social familiar discontinuo, en ocasiones, inexistente; generando sentimientos de frustración y nerviosismo, especialmente en el Servicio de Recuperación de Madres.

Los factores atenuadores de estas emociones son: la existencia de una interacción clínica simétrica donde existe consenso y respeto en la forma de vivir su parto, la analgesia epidural para la erradicación del dolor como uno de los elementos que más miedo genera en la vivencia del proceso de dilatación y parto y, por último, la garantía de un apoyo emocional continuado. Cuando estos elementos confluyen aparecen sentimientos de alegría con sus componentes de felicidad y tranquilidad, compartidos igualmente por la pareja. Por tanto, en las Salas de Dilatación encontramos la coexistencia de un tipo de interacción deliberativa e informativa con otro de corte más paternalista.

En relación a las Salas de Partorio, especificar que en este espacio emergen sentimientos positivos para la mujer y pareja, los cuales quedan circunscritos a la satisfacción y la euforia del momento del nacimiento de la criatura. La matrona ejerce una interacción clínica deliberativa en cuyo centro de la relación está satisfacer las necesidades de la usuaria haciéndole protagonista de su propio parto, respetando sus decisiones y garantizando su autonomía; adoptando un comportamiento bioético personalista cuyo eje central es la parturienta. Ocasionalmente, en situaciones delicadas que se puedan presentar durante el parto, la matrona tiende a ejercer un paternalismo de beneficencia con la finalidad de respetar al máximo lo que la mujer desea sin poner en riesgo la salud del feto y la madre. De este modo, se concluye que en el hospital de estudio, las Salas de Partorio es

donde la parturienta percibe la experiencia del nacimiento más humana, en la medida que se destaca una orientación de los valores de las matronas en torno al diálogo, respeto, responsabilidad y confianza, que las conducen a tener actitudes de comunicación empática, asertividad, tolerancia, humanidad, compromiso, compasión, ayuda y sensibilidad. Contrariamente, las parejas durante el parto experimentaron sentimientos de nerviosismo y desorientación fruto de la escasa involucración y asesoramiento de los/as profesionales en el proceso del parto. Pese a esta circunstancia el sentimiento del padre con respecto al nacimiento es de euforia.

Hasta ahora hemos resaltado la importancia de la interacción clínica y cómo los tipos de relación entre el equipo asistencial, la mujer y su pareja tienen una fuerte influencia sobre la calidad asistencial y la humanización de los cuidados en el proceso perinatal. Sin embargo, la investigación afirma que factores pertenecientes a la propia Institución, relativos a las infraestructuras son determinantes para ofrecer un tipo de asistencia más o menos humanizada, generando sentimientos que repercuten en la vivencia de la atención recibida.

Así pues, aseveramos que el factor estructural, considerado en el **objetivo quinto**, supone uno de los elementos más importantes en la humanización y calidad de la atención. De este modo, extraemos conclusiones relativas al análisis de las infraestructuras, su incidencia en la organización asistencial y el impacto sobre las emociones y sentimientos de la mujer y pareja.

Las emociones generadas en las púerperas derivadas de las condiciones estructurales son la incomodidad y vergüenza. Son sentimientos comunes en la mujer y su pareja en la Unidad de Hospitalización de Puerperio y Área de Urgencias. En el primer espacio como consecuencia de la distribución arquitectónica de la unidad, donde cada habitación está ocupada por dos camas separadas por una cortina y tan sólo existe un baño para los familiares y las usuarias. El siguiente espacio constituye otro de los puntos controvertidos dada la falta de privacidad a la que se ven expuestas a su llegada a la Institución por la inexistencia de zonas orientadas para la estancia de mujeres con patologías que requieran salvaguardar su intimidad en momentos que lo requieran, tales como los sangrados y las

roturas de bolsa; de forma que se convierte en sujetos observados por el resto de usuarios/as con los que comparten la sala.

En cuanto al sentimiento de vergüenza, adquiere mayor intensidad en las Salas de Dilatación. Tal como señalábamos en el análisis contextual, las cinco que existen en el Área de Paritorio son compartidas y están interconectadas con los pasillos transitados de urgencias y paritorio, exceptuando la Sala de Dilatación número cinco. Las puertas de cada una de ellas están constantemente abiertas para que las matronas puedan ejercer un control sobre la evolución de la fase de dilatación de las parturientas. Estas características estructurales impiden guardar el derecho a la intimidad y privacidad de la mujer, y también dificulta el seguimiento del apoyo familiar continuado; una de las necesidades principales durante el proceso de dilatación, parto y puerperio inmediato. De igual modo, la emoción emerge derivada de una falta de actitud empática, sensibilidad, asertividad y respeto por parte del equipo de salud; hecho que se manifiesta en la fase de expulsivo, cuando la mujer está expuesta en ocasiones a las miradas de muchos profesionales. Todo ello hace que la experiencia del nacimiento, en ocasiones, sea percibida por la mujer como estresante y carente de humanidad.

La infraestructura hospitalaria explica que la organización asistencial tenga que estar articulada en base a los elementos arquitectónicos de la Institución, imposibilitando el abordaje del volumen asistencial en urgencias y una atención personalizada, fomentando la organización científica del trabajo. Estos elementos entrañan serias dificultades para llevar a cabo las recomendaciones que establece la Estrategia de Atención al Parto Normal.

Finalmente, añadir que la Teoría Fundamentada ha supuesto un instrumento útil para la exploración del fenómeno de la humanización de la atención perinatal, ya que éste es resultado de la cultura productora de significados, los cuales son originados en un marco de relaciones sociales determinadas en el que los grupos y las instituciones sociales luchan por imponer sus sistemas de creencias, valores y significados dentro del orden social. Por ello en este modelo centrado en la persona no olvidamos que los individuos, ya sea de manera individual como colectiva, siempre luchan por legitimar e imponer sus ideas y valores en las organizaciones e instituciones de las que forman parte. Nos ha ayudado a desvelar el

significado simbólico de la conducta humana en su relación con el otro y la cultura en la que el sujeto está inmerso, permitiéndonos explorar el fenómeno de la humanización. Esta Teoría y su sustento en el interaccionismo simbólico concluye que se trata de un proceso multidimensional que debe ser abordado desde distintos niveles: a) el nivel macro correspondiente a las políticas institucionales implantadas desde el Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad y Servicio Murciano de Salud; b) los niveles meso relativos a aspectos organizacionales que determinarán la satisfacción de las necesidades de la mujer y su pareja; c) y finalmente, la dimensión micro relativa a los/as profesionales y la usuaria, ya que el universo simbólico de los fenómenos reproductivos estructurados a partir de la cultura en general y la cultura hospitalaria en particular moldearán y filtrarán la manera en que los actores ven, sienten, piensan acerca de los mismos. Igualmente influirán en la interacción social, posibilitando un despliegue conductual en la que en ocasiones no siempre es coherente con sus ideas y deseos (Turner, 1967). Las organizaciones no sólo generan y funcionan a través de una cultura sino que también desde ellas se genera una cultura que conforma los estilos de vida de las personas, configurando sus modos de ser, pensar y actuar a través de símbolos contruidos de la experiencia adquirida y la información que recibe del entorno. Este orden simbólico no sólo influye sino que también es un factor decisivo en la realización de su trabajo profesional. Relacionado con esto último, hay que tener en cuenta los valores y las actitudes del equipo asistencial formados en los estudios de PreGrado y PostGrado, los cuales determinarán su conducta hacia una tendencia más o menos humanizada, a partir del orden simbólico conformado durante el proceso de socialización. Así como el significado simbólico que surge de la interacción con los/as agentes de salud a partir de las demandas y expectativas que la mujer y su pareja tengan respecto a la atención perinatal, dado que ello será determinante para la emergencia de emociones positivas o negativas que emergen de la estructura relacional, determinando la percepción humanizada de la atención obstétrica.

Así pues, encontramos una confrontación de paradigmas, el Biomédico y el Psicosocial. Este último comienza a irrumpir con fuerza en el panorama asistencial determinando una nueva forma de representar el proceso reproductivo y su abordaje. A

pesar de ello, el Modelo Médico Hegemónico aún mantiene la solidez de sus discursos, aunque algo debilitados; algunos/as autores hablan incluso de crisis de la biomedicina (Menéndez, 1985; Foucault, 1976). La realidad es que actualmente ambos modelos coexisten y no son excluyentes, sino complementarios. Lo más importante es dar a la mujer y su pareja la opción sobre el tipo de asistencia deseada garantizando en todo momento sus derechos asistenciales y el empoderamiento de su proceso desde un enfoque humanizador teniendo en cuenta la perspectiva de género, respetando los principios bioéticos de autonomía, no maleficencia, beneficencia y justicia. Estas serían las estrategias más importantes para que tanto las matronas, enfermeras y obstetras desarrollen un ambiente idóneo en la atención perinatal, poniendo especial énfasis en la dignidad de la mujer en el proceso asistencial. Por último, resaltar que deberíamos incluir en el paradigma de la evidencia científica los sentimientos que sobresalen en la interacción clínica para evaluar el nivel de humanización que se desarrolla en el escenario laboral dentro del ámbito de la salud, donde el Modelo Médico Hegemónico todavía se impone con fuerza.

8.2. PROPUESTAS DE MEJORA.

Una nueva visión de la Institucionalización sobre el control del embarazo

En el primer objetivo señalábamos los factores que operan en la Institucionalización del parto y se comprobó que los discursos de enfoque de control y riesgo de los/as profesionales tenía una fuerte influencia en el sometimiento de la mujer a la ciencia. Dado que la formación de la matrona le permite tener autonomía en el control del embarazo y en los programas de salud materno –infantil, se debería fomentar el liderazgo en el desarrollo de sus actividades dentro del Programa Integral de Atención a la Mujer para que sea un importante referente. De este modo, los discursos de las matronas relativizarían el enfoque de control y riesgo, haciendo uso de sus valores humanistas adquiridos durante la formación. Esta relación impulsaría una vivencia de la gestación más satisfactoria al disminuir los sentimientos de miedo, incertidumbre y angustia que se presentan en esta fase del proceso reproductivo. La posibilidad de relativizar ofrecería una visión más normalizada acerca del proceso del embarazo, representándolo como un fenómeno normal que no

necesita ser tan medicalizado e intervenido. Desde este enfoque pensamos que se reduciría de manera considerable la demanda innecesarias de pruebas ecográficas a la que la población de estudio se somete.

Otra de las sugerencias consistiría en flexibilizar el protocolo del subprograma del embarazo. Estas guías de actuación deberían: por un lado, tener en cuenta los aspectos bio-psicosociales de la mujer y, por otro, respetar en todo momento las decisiones de la misma ante las pruebas invasivas que la rigidez del protocolo las somete. De esta forma, tanto las matronas de Atención Primaria y gineco-obstetras de las Unidades Ginecológicas de Apoyo no estarían forzados a pedir las y se atenuarían los discursos culpabilizadores cuando expresa sus deseos en relación a estos aspectos.

Aplicabilidad y eficacia de la Estrategia de Atención al Parto Normal

En el segundo objetivo, centrábamos el estudio en la Estrategia de Atención al Parto Normal, presentando un importante análisis sobre su aplicación en el ámbito de estudio y su repercusión en la humanización de la asistencia obstétrica.

A tenor de las deficiencias encontradas, las propuestas de mejora serían las siguientes:

- Disipar la ambigüedad existente entre los/as profesionales sobre los conceptos de parto natural, normal y humanizado. Estas representaciones inciden en la naturaleza de la praxis obstétrica, interfiriendo en las necesidades de la mujer sobre el tipo de parto deseado. Para resolver este aspecto es necesario que organizaciones nacionales e internacionales clarifiquen los términos, atribuyéndole unas características definitorias y exclusivas a cada uno de ellos. Esto sería de gran utilidad para que el equipo asistencial estuviera posicionado en el abordaje de los distintos procesos y cubrir las necesidades de la mujer en relación al tipo de parto que demanda.
- Mejorar las vías de difusión del documento de la Estrategia de Atención al Parto Normal y la Guía Práctica Clínica de Atención al Parto Normal a través de las

Gerencias de las Áreas de Salud con la finalidad de que todo el equipo de salud tenga acceso al mismo. En lo que respecta a la Atención Primaria, la difusión podría ser complementada con la realización de sesiones clínicas al equipo asistencial impartidas por la matrona de cada Centro de Salud. Este aspecto cobra especial énfasis en la Institución hospitalaria, por consiguiente, todos los documentos relacionados con las recomendaciones sobre las buenas prácticas asistenciales deberían estar disponibles en todas las unidades que conforman el pabellón materno-infantil del Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca.

- Fomentar la divulgación de ambos documentos realizando mayor número de cursos de formación dirigidos a los/as agentes de salud de Atención Primaria y Especializada, promoviendo la participación multidisciplinar; matronas, enfermeras/os, obstetras, pediatras, médicos/as de familia y auxiliares de enfermería. Esta sugerencia surge de las necesidades que expresan los/as profesionales a lo largo de la investigación. La propuesta de mejora ayudaría a reducir tanto la variabilidad en la práctica como los conflictos interprofesionales que surgen derivados de las diferentes maneras de representar la atención del proceso asistencial, mejorando la calidad de la atención perinatal. Siguiendo la línea de formación, ofertar cursos que aporten recursos a profesionales más veteranas para el abordaje de ciertas prácticas en las que se evidencia un cierto desconocimiento, tales como la asistencia a partos en diferentes posturas.
- Relacionado con el punto anterior, el Ministerio de Sanidad y Consumo (2007) con la Estrategia de Atención al Parto Normal y, posteriormente, el Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad (2010) con el desarrollo de la Guía de Práctica Clínica de Atención al Parto Normal, se propone entre otros objetivos reducir la variabilidad práctica entre los/as profesionales. Sin embargo, hasta el momento, según estudios consultados y las conclusiones vertidas por la investigación, no son lo suficientemente efectivas en contextos determinados dado que depende de factores profesionales e institucionales para que tengan éxito; sólo orientan al equipo asistencial sobre las mejores opciones de práctica asistencial. Respecto a ello,

Carrasco y Ferrer (2010) advierten que “estas herramientas no implican obligatoriedad de cumplir sus recomendaciones sino que presentan la base científica para que el profesional tome las mejores decisiones clínicas en diferentes contextos y situaciones clínicas” (p. 201). De este modo, proponemos las Vías Clínicas elaboradas por el método de consenso formal entre el equipo multidisciplinar apoyado por las revisiones críticas de la evidencia científica y posterior seguimiento y evaluación del impacto de la vía, atendiendo a criterios de eficacia, satisfacción, seguridad, eficiencia y flexibilidad como sugerencias para reducir la variabilidad existente y aportar rigor y solidez a las decisiones.

- Promover reuniones multidisciplinarias donde se expongan las dificultades encontradas en poner en práctica la Estrategia. De este modo, se abordaría las diferencias en la praxis llevada en el ámbito clínico y aquellos obstáculos que interfieren en la aplicación de las recomendaciones, al tiempo que se favorecería el respeto entre los/as profesionales dado que nadie sería criticado ni observado en su área profesional. Así mismo, contribuiría a clarificar y entender el rol de cada miembro del equipo, fomentando el trabajo colaborativo y una comunicación más horizontal entre los/as agentes de salud.
- Dotar de recursos materiales para favorecer métodos alternativos de erradicación del dolor de la mujer, así mismo es importante desarrollar acciones formativas al equipo asistencial para el manejo correcto de los mismos.
- A nivel institucional es preciso cambios en la organización asistencial pasando de una organización centrada en la Institución, a ser la mujer el eje central de la atención. Para ello, planteamos las siguientes modificaciones:
 - a) Fomentar una organización de trabajo por procesos en lugar de tareas, asegurando una atención “one to one” y una mayor calidez de la atención ofrecida, donde las matronas puedan identificar las necesidades de la mujer durante todo el proceso asistencial. Para que este tipo de atención pueda llevarse

a cabo, es fundamental ajustar un ratio de mujeres por matrona o bien incrementar el capital humano de la Unidad Urgencias- Paritorio.

- b) Actualmente se está llevando a cabo la construcción de un nuevo hospital maternal que acondicionará sus infraestructuras para favorecer la humanización de la asistencia al parto y puerperio. Las propuestas de mejora van orientadas a la situación actual que está viviendo el hospital de estudio. Tal como se ha puesto de manifiesto a lo largo de la investigación, pese a que los elementos arquitectónicos dificultan el acompañamiento, existen otros componentes que también influyen. Relacionado con ello, debería existir una revisión en la política institucional que favorezca el respeto al apoyo social familiar continuado durante todo el proceso de dilatación, parto y puerperio inmediato. Para conseguirlo es importante que la Institución establezca normas que determinen la actitud de los/as profesionales que garanticen y preserven la intimidad de las mujeres durante la atención asistencial. Este punto es importante ya que es uno de los principales componentes que desencadena la aparición de emociones negativas en la vivencia del nacimiento.

Propuestas para la resolución de los dilemas éticos

Uno de los principales conflictos éticos que se plantean en nuestro ámbito de estudio es el respeto a la toma de decisiones. Estos se ponen de manifiesto ante el Plan de Parto y el Consentimiento Informado en la Atención Especializada. Las sugerencias irían encaminadas a:

- Plantear una nueva forma de Plan de Nacimiento que fuese percibido menos invasivo por el equipo asistencial de la Atención Especializada. Para conseguirlo, extraemos la idea formulada al respecto por Kaufman (2007), la cual contempla el Plan de Parto como dos documentos separados: “discusión de Plan de Parto y Plan de Parto Hospitalario” (p. 47). El primero sería entregado por la matrona a la mujer y su pareja, en las consultas de Atención Primaria o en las clases de educación maternal al comienzo del tercer trimestre de gestación con la finalidad de que tenga suficiente

tiempo para la reflexión y discutan sobre sus preferencias en la conducción del parto. Para ello, se informaría detalladamente sobre las opciones disponibles en función de las prácticas que se llevan a cabo en el hospital. En el ingreso hospitalario sería entregado a las matronas y obstetras del hospital conjuntamente con la cartilla maternal. El equipo asistencial daría una hoja para que las gestantes anotaran las opciones elegidas compatibles con la realidad asistencial del momento, iniciándose una fase del consenso entre la mujer y los/as profesionales. De esta forma se conseguiría una mayor aceptación por parte de éstos/as satisfaciendo las necesidades de la mujer y reduciendo la frustración que en ocasiones obtienen al desear opciones de conducción alejadas de la asistencia hospitalaria. En este sentido, la matrona de Atención Primaria tiene una importante labor en el ajuste de expectativas y en la elaboración del primer documento del Plan de Parto.

- La elaboración de un Plan de Nacimiento por un equipo multidisciplinar constituido por profesionales de Atención Primaria y Especializada: matronas, obstetras, pediatras, médicos/as de familia que elaboren aquellos ítems que sean compatibles con la realidad asistencial que vive el Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca. Así pues, se conseguiría criterios unificados desde los ámbitos asistenciales, permitiendo un mayor ajuste en los deseos asistenciales de la mujer.
- En lo que respecta al Consentimiento Informado, se propondrían acciones formativas encaminadas a fomentar habilidades relacionadas con la comunicación y la capacidad de deliberar, gestión de errores asistenciales, asuntos relacionados con la bioética sanitaria: toma de decisiones, confidencialidad, intimidad, privacidad, y respeto de autonomía dirigida a profesionales de las Unidades Ginecológicas de Apoyo y de la Institución hospitalaria. De este modo, se plantearía una formación ética reglada para que todo el equipo asistencial relacionado con el proceso reproductivo de todos los niveles asistenciales posean estrategias de afrontamiento ante los conflictos éticos que se presenten en su actividad profesional.

-
- Los problemas éticos no sólo se dan en la relación entre el equipo de salud y la mujer, de igual modo, pueden existir a nivel interprofesional e interdepartamental. Ante estas situaciones se sugiere la creación de una Unidad de Consulta Ética que sea ágil y eficaz ante los problemas que se planteen.
 - La multidisciplinaridad del Comité Ético Institucional es uno de los puntos más importantes para el abordaje de los problemas desde distintas perspectivas. Sin embargo, en el Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca no existe representación desde el ámbito de la Ginecología y Obstetricia. Por ello, es importante que tanto matronas y ginecólogos/as formen parte del mismo.
 - Aunque el hospital de estudio posee su propio Código Ético donde se establece claramente la Misión, Visión, los Valores y Principios, Objetivos y Bases Éticas de la Institución, estos parámetros deberían ser actualizados y hacerlos extensibles al Área I con la finalidad que pueda ser compartido por los/as profesionales y usuarios/as. Siguiendo a Herranz (2008) para que las instituciones funcionen como organismos éticos e implanten esta cultura es fundamental “contraer compromisos éticos y públicamente profesarlos como guía de actuación (p. 426). Este sería la carta de identidad del hospital y debería ser difundido a usuarios/as con la finalidad de poner en conocimiento las promesas que el hospital ha adquirido respecto a ellos/as. Con la elaboración de estas guías éticas y la información a los/as usuarios/as, estos sabrían a lo que tendrían derecho, según lo que el código predique. De lo contrario, acudirían a las unidades de consulta ética hospitalaria para la resolución de los problemas que se planteen. Por otro lado, a nivel profesional se evitarían fricciones y ayudaría a tener una visión positiva en el abordaje de los conflictos interpersonales. Esta perspectiva mejoraría la armonía en el ámbito asistencial ofreciendo unas relaciones asistenciales más humanas a la mujer y pareja. Respecto a esta propuesta, según el Comité de Ética Asistencial del Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca, esta tarea se asumirá en los próximos años, al estar integrada en el Plan Estratégico del Hospital.

Estrategias para el abordaje de los sentimientos negativos

Tal como se ha puesto de manifiesto a lo largo de la investigación, los sentimientos negativos emergen en los diferentes ámbitos asistenciales. Por consiguiente, la propuesta de mejora iría enfocada de la siguiente manera:

Atención Primaria de Salud

- Uno de los aspectos que podrían ayudar a atenuar la incertidumbre y la angustia es el conocimiento tanto de la mujer como la pareja del espacio físico donde tendrá lugar el nacimiento. Aunque actualmente algunas matronas pertenecientes a los Centros de Salud del ámbito de estudio realiza un itinerario por el hospital con las gestantes para que conozcan los distintos servicios y circuitos que recorrerán cuando acceden al medio hospitalario, esta actividad no está incluida en el programa de educación maternal. Por tanto, debería estar regulada mediante políticas institucionales que normalice e integre esta función en el mismo.
- Desarrollar un programa marco de educación maternal para que todas las matronas de Atención Primaria de Salud de la Región de Murcia sigan los mismos objetivos y desarrollen las mismas actividades, de manera que no existan diferencias en los recursos aportados a la sociedad para la vivencia de la maternidad y paternidad. De igual modo, mediante reuniones periódicas se deberían realizar encuentros entre profesionales de los diferentes niveles asistenciales con la finalidad de exponer los resultados acerca de la información que percibe la mujer y su eficacia en la vivencia del parto y puerperio.
- A lo largo de la investigación se ha evidenciado la escasa participación de la pareja en las sesiones de educación maternal. Este aspecto origina falta de recursos para el abordaje en el momento de la dilatación y parto, dando lugar a dificultades en el apoyo emocional de la mujer. Para impulsar la participación de las parejas en las clases sería conveniente impartirlas en horario de tardes, ya que su intervención es reducida por motivos laborales.

Atención Especializada

En lo que respecta al *Área de Urgencias* del hospital:

- Ofrecer tanto a la mujer como a su pareja una guía sobre el itinerario que tendrá lugar en el interior de la Institución, así como los/as profesionales que le atenderán. En ella se debería detallar en un lenguaje muy claro los límites iniciales y finales de los subprocesos y sus derivaciones a los distintos servicios. De igual forma reflejar, el horario de visitas, así como el funcionamiento de la Unidad de Urgencias – Paritorio, Unidad de Hospitalización de Puerperio y Unidad de Hospitalización de Gestantes.
- Garantizar a la mujer el acompañamiento continuado de la pareja o familiar por todo el itinerario asistencial desde que acceden a la Institución hasta el alta hospitalaria. De este modo, se erradicaría el nerviosismo, la soledad y el miedo que experimentan.
- Una matrona en la Sala de Triage. Esta propuesta mejoraría la información que recibiría la parturienta cuando acude para valoración del proceso. La matrona evaluaría el riesgo obstétrico y su derivación más o menos inmediata a la atención del obstetra. Siguiendo las recomendaciones de Obregón y otros (2011), se clasificaría a la usuaria en niveles de urgencias siguiendo el modelo Andorrano de triaje, el cual “es asumido por la Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias (S.E.M.E.S.) como el método estándar de triaje para todo el territorio español” (p. 50). Este contempla cinco niveles de riesgo vital y tiempo de atención, yendo desde el nivel I correspondiente al Riesgo Vital Inmediato donde la atención es urgente hasta llegar al nivel V, sin Riesgo Vital, no urgente y se estima la atención en una hora (Obregón y otros, 2011). De esta forma la mujer y pareja estarían orientados sobre el tiempo estimado de espera, contribuyendo a disminuir los niveles de ansiedad que esta variable provoca
- Para mejorar los retrasos que se producen en la atención asistencial debido a la gran afluencia de mujeres que acuden a la puerta de urgencias presentando patologías ginecológicas y obstétricas, las modificaciones estarían orientadas a:

1. La habilitación de dos salas de urgencias específicas para cada especialidad con sus respectivos boxes de reconocimiento:

a) Una sala de atención ginecológica.

b) Una sala de atención obstétrica. En ella se debería crear un acceso rápido, cómodo y confortable para mejorar y agilizar la atención a todas aquellas gestantes que acudan con dinámica de parto, favoreciendo una asistencia rápida y a demanda. Aspecto fundamental para evitar los colapsos habituales en la Puerta de Urgencias.

Los boxes deberían ser amplios y adaptados para que se pueda permitir en todo momento la compañía del familiar que la mujer desee. De igual modo, para evitar saturaciones, en caso de aumento puntual de presión asistencial se debería disponer de manera automática e inmediata de nuevos espacios para una rápida atención.

c) Reajuste e incremento de los recursos humanos para el abordaje de la sobrecarga asistencial del Área de Urgencias del hospital maternal.

Respecto a lo anteriormente dicho, las modificaciones que el nuevo hospital desarrollará sobre la distribución de espacios en la Unidad de Urgencias –Paritorio será la construcción de tres consultas de exploración, una de observación, una de fisiopatología, dos boxes aislados, una sala de recuperación y dos quirófanos, según fuentes extraídas del Servicio Murciano de Salud.

Relacionado con el *Área de Paritorio*:

- Elaborar mecanismos que reduzcan la burocracia que deben desarrollar las matronas en las Salas de Dilatación con la finalidad de mejorar la gestión de la atención ofrecida a la parturienta y su pareja.

- Boxes individuales donde se lleve a cabo todo el proceso de dilatación, parto y puerperio inmediato. Espacios amplios que permitan el acompañamiento de familiares para que la mujer viva la experiencia del parto lo más familiar e íntima posible. Esto repercutiría positivamente en sus emociones ya que ofrecería mayor comodidad y privacidad para ellas y sus acompañantes. El Ministerio de Sanidad y Política Social e Igualdad (2009) se refiere a la “Unidad de Trabajo de Parto, Parto y Recuperación- *UTPR*” (p. 16). Sin embargo, ajustando la propuesta a la realidad del hospital de estudio, esta iría dirigida a acondicionar la Sala de Recuperación de Madres para permitir el acompañamiento familiar en el puerperio inmediato. Una de las necesidades de la mujer en esta fase es el apoyo familiar para compartir las emociones del nacimiento. Actualmente, el hospital está trabajando en esta línea, ya que hay proyectado la construcción de 14 salas de dilatación- partos en el Área de Paritorio del nuevo hospital maternal.
- Acondicionar todas las Salas de Paritorio para que las mujeres puedan adoptar la postura elegida en la fase de expulsivo.
- El desarrollo de normas institucionales que regulen el acceso al Área de Paritorio, con el propósito de garantizar la privacidad y confidencialidad de las mujeres y sus parejas.

Relacionado con la *Unidad de Hospitalización de Puerperio*:

- Cursos de formación sobre habilidades comunicativas para que el personal elabore estrategias para detectar las necesidades de la puérpera y su pareja.
- Fomentar la participación del padre por parte de los/as profesionales en los cuidados de la criatura.
- Creación de directrices institucionales que regulen las visitas en planta y que garantice la continuidad del acompañamiento durante todo el periodo de hospitalización para asegurar tranquilidad en la puérpera y reducción del número de

visitas, ofreciendo intimidad durante la estancia. Estas indicaciones mejoraría la percepción de la experiencia en el puerperio.

- Dado que la formación de la matrona le permite estar capacitada para prestar atención al binomio madre-hijo durante el puerperio, sería necesario contar con la presencia de matronas en las plantas de puérperas. Esta profesional cubriría las necesidades surgidas a la mujer en todo lo relacionado con el asesoramiento de la lactancia y cuidados del recién nacido, reduciendo considerablemente la falta de unidad de criterios existente entre los/as profesionales que dan información a la madre. Por otro lado, dada su efectividad para comunicarse con el equipo de salud, constituiría el nexo idóneo para establecer una relación comunicativa entre los/as pediatras, los/as tocólogos/as y la mujer, constituyendo un punto de equilibrio de poder en la estructura relacional. Igualmente, basándonos en su competencia profesional, sería la profesional idónea para llevar a cabo la labor de asesoramiento en consultas externas de lactancia para el abordaje y consejos de todos aquellos problemas relacionados con la misma y cuidados del recién nacido, una vez que la puérpera está en domicilio.
- En esta tesis se ha identificado las necesidades y los sentimientos que emergen como consecuencia de las deficiencias en la información en las puérperas y sus parejas durante el periodo de hospitalización. Por consiguiente, se considera necesario introducir la educación posparto tanto grupal como individualizada a las mujeres en planta. La elaboración de un programa de educación sanitaria aplicado al puerperio precoz, con el objetivo de conseguir reforzar, tanto a la mujer como a su pareja, los conocimientos tratados en la educación maternal previa al parto. De este modo, podrían obtener mayor independencia en la unidad familiar a su llegada al domicilio.

Abordaje sobre los valores y actitudes de los profesionales compatibles con la humanización de sus prácticas asistenciales

Revisión de los *planes de estudio PreGrado y PostGrado*:

- Fomentar en los programas de formación PreGrado de las Facultades de Medicina y PostGrado asignaturas que potencien habilidades humanísticas, desarrollo de habilidades afectivas, de relación y comunicación, junto a la reflexión, la creatividad, la innovación. Aspectos que permiten unos cuidados que se alejan de los instaurados en el Modelo Médico Hegemónico, favoreciendo una visión holística de la mujer y una atención humanizada. Se conseguiría un importante equilibrio entre el rigor científico y el humanismo ayudando al médico/a a ofrecer una atención individualizada. De igual modo, la formación en bioética resulta de gran importancia, ya que otorga a los/as profesionales de la Medicina una herramienta muy valiosa para enfrentarse a las múltiples decisiones que surgen en el quehacer diario de la práctica clínica y las ciencias biomédicas.
- Desde las Facultades de Enfermería, las Unidades Docentes de Enfermería Obstétrico- Ginecológica (Matrona) deben promover el desarrollo de habilidades de comunicación, valores, destrezas de razonamiento clínico y de toma de decisiones. Con estos elementos, las matronas desarrollarán mecanismos mediante los cuales le permitirá desarrollar su criterio, experiencia, conocimientos y habilidades para diagnosticar los problemas y tratar de manera más humanizada la asistencia al nacimiento.
- Las instituciones educativas constituyen actores principales para la creación de profesionales competentes, reflexivos, críticos y que lleven a cabo prácticas profesionales humanizadas en el ámbito laboral. Para ello, es importante incorporar estrategias educativas en los planes de estudio con la finalidad de que adquieran habilidades para reconocer y utilizar en beneficio de todos lo que cada disciplina pueda aportar. Así se fomentaría un mayor trabajo colaborativo en el ámbito asistencial multidisciplinar.

8.3. FUTURAS LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN

- Tas realizar una aproximación a los valores de las matronas y obstetras y su incidencia en la práctica asistencial, sería necesario investigar los mecanismos que operan en el proceso de socialización laboral de la matrona para el análisis del proceso de adquisición de los valores que determinarán su praxis. De igual modo, profundizar de qué forma éstos podrían tener un papel importante en la configuración de su identidad profesional y su impacto en el proceso de profesionalización. Por consiguiente, la idea principal estaría centrada en cómo la profesionalización de la matrona repercute en la praxis obstétrica que desempeña en el ámbito clínico.
- Dado que contemplamos la estructura relacional médico/a – mujer en el proceso de la humanización en la atención perinatal, la investigación ha vislumbrado cómo profesionales que han estado socializado bajo un modelo tecnocrático alejado de valores humanistas, actúan e interactúan dirigidos por valores compatibles con la humanización; relacionados con el respeto, la confianza, la responsabilidad, el diálogo. Esta podría constituir una de las líneas de investigación para futuros estudios en el ámbito de la Ginecología y Obstetricia, planteando cómo se construyen estos valores que van a guiar la actitud de los/as profesionales en el contexto laboral, en un momento de confrontación de paradigmas tecnocrático versus humanista. Explorar cómo se mantienen cuando los sujetos se socializan en modelos regidos por otras ideologías y su repercusión en la práctica asistencial.
- Actualmente, la hegemonía de la cultura médica occidental se asienta en unas relaciones asimétricas de poder entre el equipo obstétrico y la mujer. Dado que aquel está socializado en un modelo que regula su práctica asistencial desde una perspectiva androcéntrica, sería importante explorar los discursos de las matronas, como profesión feminizada y socializada en una ideología androcéntrica, desde una perspectiva de género, analizando cómo construyen las prácticas asistenciales en

base a este modelo y su repercusión en la humanización de la atención obstétrica recibida por la mujer.

- A lo largo de esta investigación se ha puesto de manifiesto el papel poco relevante del padre como sujeto activo en la maternidad hospitalaria. El autor considera de suma importancia realizar investigaciones en esta línea para descubrir los fenómenos a nivel macro y meso (factores relacionados con la propia instituciones, tales como la ausencia de políticas que obvian el papel protagonista del padre en la maternidad). Así mismo, se exploraría el nivel micro, intentando descubrir los universos simbólicos que el equipo asistencial posee sobre la paternidad y la influencia de estas representaciones sobre ella. Con ello, se intentarían hallar respuestas en el fomento de una paternidad participante.

REFERENCIAS

El referenciado ha seguido las recomendaciones de la American Psychological Association (2010). Manual de publicaciones de la American Psychological Association. Mexico: Manual Moderno.

Referencias citadas

Abad, L., Parrilla, J.J., Gimeno, F., y López Bernal, A. (1980). Male pseudohermaphroditism with 17 alpha-hydroxylase deficiency. A case report. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 87(12), 1162-1165.

Aceituno- Velasco, L. (2009). Tasa de Episiotomías en España. *Revista Progresos de Obstetricia y Ginecología*, 52(1). Recuperado de <http://www.elsevier.es/es/revistas/progresos-obstetricia-ginecologia-151/tasa-episiotomias-esp%C3%B1a-13132181-cartas-al-director-2009>

Aceituno- Velasco, L. (2009). Tasa de Partos Instrumentales. *Revista Progresos de Obstetricia y Ginecología*, 52(10), 609-615.

Aleman M.J., y Velasco. J. (2005). Manifestaciones emocionales de los padres en el nacimiento de su hijo. *Revista Matronas Profesión*, 6(4), 23-27.

Alonso, L.E. (1994). Sujeto y discurso: El lugar de la entrevista abierta en las prácticas de la sociología cualitativa. En J.M. Delgado, y J. Gutiérrez (Coords.), *Métodos y técnicas cualitativa de investigación en ciencias sociales* (pp. 225-240). Madrid: Síntesis.

Álvarez Munárriz, L. (1996). *Perspectivas sobre la naturaleza humana*. Murcia: DM.

Álvarez Ricart, M.C. (1988). Las otras profesiones y ocupaciones sanitarias. En *la mujer como profesional de la medicina en la España del siglo XIX* (pp. 171-209). Barcelona: Anthropos.

Álvarez, J.F. (2003). Responsabilidad, confianza y modelos humanos. *Isegoria*, 29, 51-68. Recuperado de la base de datos Dialnet.

Alves, T., de Souza, M.E., dos Santos, Velho, E.V., Camargo, E, y Martins, N. (2010). Contacto precoce pele a pele entre mae e filho: significado para maes e contribuições para a enfermagem. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 63(6), 998-1004. Recuperado de la base de datos LILACS.

Amérigo, M.ªJ. (2005). La formación médica en bioética. *Revista GH continuada*, 4(1), 47-51. Recuperada de <http://www.elsevier.es/es/revistas/gastroenterologia-hepatologia-continuada>

Amezcu, M. (2003). El participante invisible. *Revista Index de Enfermería (Gran)*, XII(40-41), 66-67. Recuperado de la base de datos Cuiden Plus.

Anarte M.T., Esteve R., López A.E., Ramírez C., y Camacho L. (2006). The role of cognition in the modulation of pain: assessment of beliefs in patients with chronic pain. *Revista Española de Neuropsicología*. 3(4), 46-62.

Anguera, M.T. (1991). *Metodología observacional en la investigación psicológica*. (Vol.1). Barcelona: PPU.

Anguera, M.T. (1995). Metodología Cualitativa. En M.T. Anguera, J. Arnau, M. Ato, R. Martínez, J. Pascual, y G. Vallejo (Eds.), *Métodos de Investigación en Psicología* (pp. 513-576). Madrid: Síntesis.

Anim-Somuah, M., Smyth, R., y Howell, C. Analgesia epidural versus no epidural o ninguna analgesia para el trabajo de parto (Revisión Cochrane traducida). En: *La Biblioteca Cochrane Plus*, número 4, 2006. Oxford, Update Software Ltd. Recuperado de <http://www.update-software.com>

Aranaz, J.M., Aibar, C., Galán, A., Limón, R., Requena, J., Alvarez, E.E., y Gea, M.T. (2006). La asistencia sanitaria como factor de riesgo: los efectos adversos ligados a la práctica clínica. *Revista Gaceta Sanitaria*, 20(Supl.), 41-47. Recuperado de la base de datos IME.

Araujo, C.M., Munhoz, G., y Aparecida, M. (2003). O nacimiento: un evento perteneciente á equipe de saúde. *Revista Texto & Contexto Enfermagem*, 12(4), 569-575. Recuperado de la base de datos LILACS.

Arbués, R., y Díaz Bello, I. (2008). Controversias del uso de la analgesia epidural en el trabajo de parto. *Revista Nure Investigación*, 5(37). Recuperado de la base de datos Cuiden Plus.

Ariño, A. (1997). Ideologías, Discursos, Dominación. *Revista Española de Investigaciones Sociológicas*, 79, 197-219. Recuperado de la base de datos Dialnet.

Armellini, C.J., y Hecker, A.M. (2003). Acolhimento: a percepção das mulheres na trajetória da parturição. *Revista Gaucha Enfermagem*, 24(3), 305-315. Recuperado de la base de datos SciELO. Traducción propia.

Arnau, J., Martínez Roche, E., Bas, E., Nicolás, M.D., y Morales, R. (2010, Mayo). *Influence of discourses of Doctors and Midwives related to assistance about natural and humanized Childbirth*. Trabajo presentado en 6th Nordic Interdisciplinary Conference on Qualitative Methods in the Service of Health. Uppsala, Sweden.

Arratia, A. (1999). Bioética y Toma de decisiones en Enfermería. *Revista Cuadernos de Bioética*, 10(39), 512-521. Recuperado de la Base de Datos de Dialnet.

Arredondo, C.P., y Siles, J. (2009). Tecnología y Humanización de los Cuidados: una mirada desde la teoría de las relaciones interpersonales. *Index Enfermería*, 18(1), 32-36. Recuperado de la base de datos Cuiden Plus.

Arrizabalaga, J. (2000). Cultura e Historia de la Enfermedad. En E. Perdiguerro, y J. Comelles (Eds.), *Medicina y Cultura. Estudios entre la Antropología y la medicina* (pp. 71-81). Barcelona: Edicions Bellaterra.

Arteta, F. (1992). *La enseñanza de la Clínica Médica. Trabajo de Ascenso*. Barquisimeto: Universidad Centroccidental "Lisandro Alvarado" (UCLA).

Artieta, M.I., y Paz, C. (2006). Utilidad de la Educación Maternal. Una revisión. *Revista Rol de Enfermería*, 29(12), 24-32.

Asistencia Prenatal al Embarazo Normal (2002). *Revista Progresos Obstetricia y Ginecología*, 45(12), 575-583. Recuperado de <http://www.elsevier.es>

Attrill, B. (2002). The assumption of the maternal role: a developmental process. *The Australian Journal of Midwifery*, 15(1), 21-25. Recuperado de la base de datos PubMed/MedLine. Traducción propia.

Avellaned, M., Lupión, S.D., y Fernández Amores, R. (2000). Asistencia a la puérpera en su estancia hospitalaria. *Revista Matronas Profesión*, 1(1), 14-20.

Ayerdi, K. (2002). Guías Clínicas de Actuación de Atención Primaria: crónica. El espejo sanitario,8. Recuperado de <http://www.cfnavarra.es/salud/publicaciones/espejo/N0820023.HTM>.

Báez y Pérez de Tudela, J. (2007). *Investigación Cualitativa*. Madrid: ESIC Editorial.

Balaguero, L. (2002). Aspectos antropológicos del útero y sus funciones. *Revista toko-Ginecología Práctica*, 61, 174-183. Recuperado de la base de datos Dialnet.

Barca, I., Parejo, R., Gutiérrez, P., Fernández Alarcón, F., Alexandre, G., y López de Castro, F. (2004). La información al paciente y su participación en la toma de decisiones clínicas. *Revista Atención Sanitaria*, 33(7), 361-367.

Barcelona. Federación de Asociaciones de Matronas de España. (2007). Iniciativa Parto Normal. Documento de consenso. Barcelona: Autor.

Barnard, A., y Sandelowski, M. (2001). Technology and human care: (ir) reconcilable or invented difference?. *Journal of Advanced Nursing*, 34 (3), 367-375. Recuperado de la base de datos de Pubmed/Medline. Traducción propia.

Barona, J.L. (2004). *Salud, tecnología y saber médico*. Madrid: Ed. Universitaria Ramón Areces.

Beauchamp, T.L., y Childress, J.F (1999). *Principios de Ética Biomédica*. Barcelona: Masson.

Beck, U. (2000). Retorno a la teoría de la sociedad del riesgo. *Boletín de la Asociación de Geógrafos de España*. (30), 9-20. Recuperado de la base de datos Dialnet.

Beck, U. (2006). *La Sociedad del Riesgo*. España: Paidós.

Beckett, K., y Hoffman, B. (2005). Challenging Medicine: Law, Resistance, and the Cultural Politics of Childbirth. *Law & Society Review*, 39(1), 125- 170. Traducción propia.

Behruzzi, R., Hatem, M., Fraser, W., Goulet, L., Masako, L., y Misago, C. (2010). Facilitators and barriers in the humanization of childbirth practice in Japan. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 10, 25. Recuperado de la base de datos Embase. Traducción propia.

Bejarano, I. (2004). Lo Culto y lo Popular. Medicina Letrada/Medicina tradicional. Hacia una práctica unificada de los conocimientos médicos. *Revista de la Facultad de Humanidades y Ciencias Sociales*, 24, 13-22. Recuperado de la base de datos Scielo.

Beltrán, O. (2011). Dilemas éticos en el cuidado enfermero. *Revista Index Enfermería (Gran)*, 20(1-2), 36-40.

Berg, M., Lundgren, I., Hermansson, E., y Wahlberg, V. (1996). Women's experience of the encounter with the midwife during childbirth. *Midwifery*, 12(1), 12-15. Recuperado de la base de datos PubMed/MedLine. Traducción propia.

Berger, P., y Luckman, T. (1979). *La construcción de la realidad*. Buenos Aires: Amorrortu Editores.

Bergstrom, L., Roberts, J., Skillman, L., y Seidel, J. (1992). "You'll Feel Me Touching You, Sweetie": Vaginal Examinations during the Second Stage of Labour. *Birth* 19, 10-18. Abstract recuperado de la base de datos PubMed/MedLine. Traducción propia.

Biedma, L., García de Diego, J.M., y Serrano, R. (2010). Análisis de la no elección de la analgesia epidural durante el trabajo de parto en las mujeres andaluzas: "la buena sufridora". *Revista de la Sociedad Española del Dolor* 17(1), 3-15. Recuperado de <http://revista.sedolor.es/articulo.php?ID=657>

Bikhchandani, S., Hirshleifer, D., y Welch, I. (1998). Learning from the Behavior of Others: Conformity, Fads, and Informational Cascades. *Journal of Economic Perspectives*. 12(3), 151-170. Recuperado de <http://www.bibliotecacochrane.com/BCPGetDocument.asp?SessionID=1678596&DocumentID=GCS24-8>. Traducción propia.

Blázquez, M. (2005). Aproximación a la Antropología de la Reproducción. *Revista AIBR*, 42. Recuperado de la base de datos Dialnet.

Blázquez, M. (2009). *Ideologías y Prácticas de Género en la Atención Sanitaria del Embarazo, Parto y Puerperio: El caso del Área 12 de la Comunidad de Madrid*. (Tesis Doctoral). Universidad Rovira i Virgili. Tarragona. Recuperado de la base de datos Tesis Doctorales en Red.

Blumer, H. (1969). *Symbolic Interactionism*. Englewoods Cliffs. Prentice –Hall: New Yersey.

Bock, G. (1992a). Pobreza femenina, derechos de las madres y estados del bienestar (1890-1950). (Vol. 5). En G. Duby, y M. Perrot (Dirs.), *Historia de las mujeres* (pp. 399- 435). Madrid: Taurus.

Bohm, D. (2001). *Sobre el Diálogo*. Barcelona: Kairos.

Boletín Oficial del Estado 311, de 25 de noviembre de 1944. Ley de Sanidad Nacional de 25 de noviembre de 1944, pp. 8904-8908.

Boletín Oficial del Estado 339, de 5 diciembre de 1945. Orden de 26 de noviembre de 1945. Funciones de las Matronas, p. 1617.

Boletín Oficial de Estado 363, de 29 de diciembre. Decreto de 4 de diciembre de 1953 por el que se unifican los estudios de las profesiones de Auxiliares Sanitarios, pp. 7723-7724.

Boletín Oficial del Estado 99, de 9 abril de 1954. Orden de 29 de marzo de 1954. Estatutos Colegio Oficial de Ayudantes Técnicos Sanitarios: practicantes, matronas y enfermeras, pp. 2259- 2261.

Boletín Oficial del Estado 202, de 21 de julio. Ley de 20 de julio de 1955 sobre “Enseñanza, título y ejercicio de las Especialidades Médicas, pp. 4440-4442.

Boletín Oficial del Estado 204, de 23 de julio de 1955. Orden de 1 de julio de 1955. Se regula el tránsito de los antiguos planes de estudios de las Enseñanzas de Matronas, pp. 4520-4521.

Boletín Oficial del Estado 43, de 12 de febrero de 1957. Decreto de 18 enero de 1957. Se establece la especialización de Asistencia Obstétrica (Matrona) para los Ayudantes Técnicos Sanitarios Femeninos, p. 832.

Boletín Oficial del Estado 59, de 9 de marzo de 1963, Decreto 446/1963, de 28 de febrero, se habilita a las enfermeras para cursar las enseñanzas de especialización en Asistencia Obstétrica (Matrona), p. 3974.

Boletín Oficial del Estado 112, de 11 de mayo de 1967. Orden del 22 de abril 1967. Estatuto Jurídico de las Matronas de la Seguridad Social, pp. 6258-6265.

Boletín Oficial del Estado 185, de 4 de agosto. Orden de 28 de Julio de 1971 del Ministerio de Trabajo, por la que se regula la jerarquización de las instituciones sanitarias de la Seguridad Social, pp. 12719-12721.

Boletín Oficial del Estado 102, de 28 de abril de 1973. Orden de 26 de abril de 1973 por la que se aprueba el Estatuto del Personal Auxiliar Sanitario Titulado y Auxiliar de Clínica de la Seguridad Social, pp. 8519-8525.

Boletín Oficial del Estado 4, de 4 de enero de 1974. Resolución de la Dirección General de Universidades e Investigación por la que se aprueba el plan de estudios del primer ciclo de la Facultad de Medicina de la Universidad de Murcia, pp. 211-212.

Boletín Oficial del Estado 40, de 15 de febrero de 1974. Ley 2/1974, de 13 de febrero sobre Colegios Profesionales, pp.3046-3049.

Boletín Oficial del Estado 173, de 20 de julio de 1974. Real Decreto 2065/1974, de 30 de mayo, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley General de la Seguridad Social, pp. 15081-15097.

Boletín Oficial del Estado 59, del 10 de marzo de 1977, en la que se aprueba el plan de estudios del segundo ciclo de la Facultad de Medicina de la Universidad de Murcia, pp. 5620-5621.

Boletín Oficial del Estado 206, de 29 de agosto de 1978. Real Decreto 2015/78, de 15 de julio, por el que se regula la obtención del título de especialidades médicas, pp. 20172-20174.

Boletín Oficial del Estado 229, de 25 septiembre 1978. Real Decreto 2275/1978, de 1 de septiembre, sobre establecimiento de servicios de orientación familiar, pp. 22333-22334.

Boletín Oficial del Estado 311, de 29 de diciembre de 1978. Constitución Española, pp. 29317-29424.

Boletín Oficial del Estado 29, de 2 de febrero de 1979. Real Decreto 3303/78, de 29 de diciembre, de regulación de la Medicina de Familia y Comunitaria como especialidad de la profesión médica, pp. 2735-2736.

Boletín Oficial del Estado 258, de 27 de octubre de 1980. Real Decreto 2287/1980, de 26 de septiembre, por el que se modifica el de 18 de enero de 1957, que estableció la especialización de Asistencia Obstétrica para los Ayudantes Técnicos Sanitarios, p. 23928.

Boletín Oficial del Estado 26, de 31 de enero de 1984. Real Decreto 127/1984, de 11 de enero por el que se regula la formación médica especializada y la obtención del título de médico especialista, pp. 2524-2528.

Boletín Oficial del Estado 27, de 1 febrero 1984. Real Decreto 137/84, de 11 enero 1984. (Ministerio de Sanidad y Consumo) SANIDAD. Estructuras Básicas de Salud., pp. 2627-2629.

Boletín Oficial del Estado 102, de 29 de abril de 1986. Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, pp. 15207-15224.

Boletín Oficial de la Región de Murcia 126, de 3 de junio de 1987. Decreto nº 27/1987, de 7 de mayo, por el que se delimitan las Áreas de Salud de la Región de Murcia, pp. 2319-2321.

Boletín Oficial del Estado 91, de 16 de abril de 1987. Real Decreto 521/1987, de 15 de abril en el que se aprueba el Reglamento sobre Estructura, Organización y Funcionamiento de los Hospitales gestionados por el Instituto Nacional de la Salud, pp. 11379-11383.

Boletín Oficial del Estado 183, del 1 de agosto de 1987. Real Decreto 992/1987 de 3 julio de 1987, se regula la obtención del título de enfermero especialista, pp. 23642-23644.

Boletín Oficial del Estado 13, de 15 de enero de 1990. Real Decreto 1691/1989, de 29 de diciembre, por el que se regulan el reconocimiento de diplomas, certificados y otros títulos de Médico y de Médico Especialista de los Estados miembros de la Comunidad Económica Europea, el ejercicio del derecho de establecimiento y la libre prestación de servicios, pp. 1267-1268.

Boletín Oficial del Estado 50, de 27 de febrero de 1990. Ministerio de Sanidad y Consumo. Resolución de 19 de febrero de 1990, de la subsecretaria, por la que se ordena la publicación del acuerdo de Consejo de Ministros, por el que se aplica el Real Decreto- ley 3/1987, a determinadas categorías de personal que presta servicios en el INSALUD, pp. 5747-5748.

Boletín Oficial de la Región de Murcia 96, de 27 de abril de 1990. Ley 2/1990, de 5 de abril, de creación del Servicio de Salud de la Región de Murcia, pp. 2291-2298.

Boletín Oficial del Estado 132, de 2 de junio 1992. Orden 1 junio 1992, por la que se aprueba, con carácter provisional, el Programa de Formación de la Especialidad de Matronas, p. 18569.

Boletín Oficial del Estado 254, de 23 de octubre 1993. Orden 22 de octubre de 1993 por la que se convoca prueba selectiva para iniciar el Programa de Formación de la Especialidad en Enfermería Obstétrico-Ginecológica (MATRONA) en el año 1994, pp. 29959-29971.

Boletín Oficial del Estado 77, de 31 de marzo de 1993. Real Decreto 347/1993, sobre organización de los Servicios Territoriales del Instituto Nacional de la Salud, pp. 9480-9482.

Boletín Oficial de la Región de Murcia 176, de 4 de agosto de 1994. Ley 4/1994, de 26 de julio, de creación del Servicio Murciano de Salud, pp. 7115-7125.

Boletín Oficial de la Región de Murcia 178, de 4 de agosto de 1994 y Boletín Oficial del Estado 243, de 11 de octubre de 1994. Ley 4/1994, de 26 de julio 1994, se establece La Ordenación del Mapa Sanitario de la Región de Murcia, pp.7119-7121 y pp. 31660-31662.

Boletín Oficial del Estado 267, del 7 de noviembre de 2001. Resolución de 17 de octubre de 2001, de la Universidad de Murcia, por la que se hace público el plan de estudios de Licenciado en Medicina, pp. 40488-40497.

Boletín Oficial del Estado 312, de 29 diciembre de 2001. Real Decreto 1474/2001, de 27 de diciembre, sobre traspaso a la comunidad Autónoma de la Región de Murcia de las funciones y servicios del Instituto Nacional de la Salud, pp. 50269-50273.

Boletín Oficial del Estado 274, de 15 de noviembre de 2002. Ley 41/2002 de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica, pp. 40126-40132.

Boletín Oficial del Estado 128, de 29 de mayo de 2003. Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud, pp. 20567-20588.

Boletín Oficial del Estado 280, de 22 de noviembre de 2003. Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de Ordenación de las Profesiones Sanitarias, pp. 41442-41458.

Boletín Oficial del Estado 301, de 17 de diciembre. Ley 55/2003, de 16 de diciembre, del Estatuto Marco del Personal Estatutario de los Servicios de Salud, pp. 44742-44763.

Boletín Oficial del Estado 21, de 25 de enero de 2005. Real Decreto 56/2005, por el que se regulan los estudios oficiales de PostGrado, p. 2846.

Boletín Oficial del Estado 105, de 3 de mayo de 2005. Orden SCO/1198/2005, de 3 de marzo, por la que se aprueba y publica el programa formativo de la especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria, pp. 15182-15225.

Boletín Oficial del Estado 108, de 6 de mayo de 2005. Real Decreto 450/2005, de 22 de abril, sobre especialidades de Enfermería, pp. 15480-15486.

Boletín Oficial del Estado 240, de 7 de octubre de 2006. Real Decreto 1146/2006, de 6 de octubre, por el que se regula la relación laboral especial de residencia para la formación de especialistas en ciencias de la salud, pp. 34864-34870.

Boletín Oficial del Estado 246, 14 de octubre de 2006. Orden SCO/3148/2006, de 20 de septiembre, por la que se aprueba y publica el programa formativo de la especialidad de Pediatría y sus Áreas Específicas, pp. 35657-35661.

Boletín Oficial del Estado 114, del 12 de mayo de 2007. Resolución de 18 de abril de 2007, de la Universidad de Murcia, por la que se modifica el plan de estudios de Licenciado en Medicina, pp. 20686-20692.

Boletín Oficial del Estado 260, de 30 de octubre de 2007. Real Decreto 1393/2007, de 29 de octubre por el que se establece la ordenación de las enseñanzas universitarias oficiales, pp. 44037-44048.

Boletín Oficial del Estado 40, de 15 de febrero de 2008. Orden ECI/332/2008, de 13 de febrero, por la que se establecen los requisitos para la verificación de los títulos universitarios oficiales que habiliten para el ejercicio de la profesión de Médico, pp. 8351-8355.

Boletín Oficial del Estado 45, de 21 de febrero de 2008. Real Decreto 183/2008, de 8 de febrero, por el que se determinan y clasifican las especialidades en Ciencias de la Salud y se desarrollan determinados aspectos del sistema de formación sanitaria especializada, pp. 10020-10035.

Boletín Oficial de la Región de Murcia 260, de 8 de noviembre de 2008, se establece el Convenio de colaboración entre el Ministerio de Sanidad y Consumo y la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia a través de la Consejería de Sanidad y Consumo para desarrollar las recomendaciones establecidas en la Estrategia de Atención al Parto Normal en el Sistema Nacional de Salud, pp. 34240-34242.

Boletín Oficial del Estado 280, de 20 de noviembre de 2008. Real Decreto 1837/2008, de 8 de noviembre por el que se incorporan al ordenamiento jurídico español la Directiva 2005/36/CE, del Parlamento Europeo y del Consejo, de 7 de septiembre de 2005, y la Directiva 2006/100/CE, del Consejo de 20 de noviembre de 2006, relativas al reconocimiento de cualificaciones profesionales, así como determinados aspectos del ejercicio de la profesión de abogado, pp. 46185-46320.

Boletín Oficial de la Región de Murcia 103, de 7 de mayo de 2009. Orden de 24 de abril de 2009 de la Consejería de Sanidad y Consumo, por la que se establece el Mapa Sanitario de la Región de Murcia, pp. 20473-20489.

Boletín Oficial del Estado 129, 28 de mayo de 2009. Orden SAS/1349/2009, de 6 de mayo, por la que se aprueba y publica el programa formativo de la especialidad de Enfermería Obstétrico-Ginecológica (Matrona), pp. 44697- 44729.

Boletín Oficial del Estado 129, 28 de mayo de 2009. Orden SAS/1349/2009, de 6 de mayo, por la que se aprueba y publica el programa formativo de la especialidad de Obstetricia y Ginecología, pp. 44730-44766.

Boletín Oficial del Estado 35, 10 de febrero de 2011. Real Decreto 99/2011, de 28 de enero, por el que se regulan las enseñanzas oficiales de doctorado, pp. 13909- 13922.

Bonino, L. (2003). Las nuevas paternidades. *Cuadernos de trabajo social*, 16, 171-182. Recuperado de la base de datos de Dialnet.

Borisenko, J. (2007). Fatherhood as a Personality Developpment Factor in Men. *The Spanish Journal of Psychology*, 10(2), 82-90. Recuperado de Dialnet. Traducción propia.

Bourdieu, P. (1979). *La Distinction*. Paris: Ed. De Minuit.

Bourdieu, P. (1989). La ilusión biográfica. *Historia y Fuente Oral*, 2, 27-33. Recuperado de <http://es.scribd.com/doc/62808818/Bourdieu-Pierre-1989-La-ilusion-biografica-en-Historia-y-fuente-oral-no-2>

Bourdieu, P. (2000). *La Dominación Masculina*. Barcelona: Anagrama.

Bourdieu, P. (2007). *Razones Prácticas sobre la teoría de la acción* (Trad.Thomas Kauf). Barcelona: Anagrama.

Brasil. Ministerio de Salud de Brasil. Portaria GM/ nº. 569, del 1/6/2000. Programa de Humanización en el prenatal y nacimiento. Brasil: Autor. Recuperado de <http://decs.bvs.br/cgi-bin/wxis1660.exe/decsserver/>.

Brío, M.A., y Riera, J. (2005). Valoración de la Bioética en los estudios de medicina. *Revista de Calidad Asistencial*, 20(5), 285-289.

Bruit, L. (2006). Las Hijas de Pandora. Mujeres y Rituales en las Ciudades. En G. Duby, y M. Perrot, (Coords.), *Historias de las Mujeres* (pp. 394-487). Madrid: Santillana, S.A.

Brusco, A. (1998). *Humanización de la asistencia al enfermo*. Santander: Sal Tarre.

Burns, N., y Grove S.K. (2011). *Investigación en Enfermería* (3a ed.). Barcelona: EDIDE, S.L.

Burns, S., y Bulman, C. (2000). *Reflective Practice in Nursing. The Growth of the Professional practitioner* (2a ed.). London: Blackwell Science.

Bursch, B., Veis, J., y Shaw, R. (1993). Emergency department satisfaction. What matter the most. *Journal Annals of Emergency Medicine*. 22, 566-591. Recuperado de la base de datos PubMed/MedLine. Traducción propia.

Buzzaqui, A., y Uris, J. (1997). El grupo de discusión. Una herramienta para la investigación en atención primaria. *Revista Formación Continuada en Atención Primaria*, 4(7), 421-433.

Cabré, A., Domingo, A., y Penacho, T. (2002). Demografía y Crecimiento de la Población Española durante el Siglo XX. Recuperado de <http://www.ced.uab.es/publicacions/PapersPDF/Text205.pdf>

Cabrera, T. (2001). Acompañamiento en el parto. *Revista Matronas Profesión*, 2(Supl.), 9-11.

Cachón, E. (2007). El Hospital y el paciente. Declaraciones de principios, realidad y paradojas. *Revista Index Enfermería (Gran)*, XVI(56), 35-39. Recuperado de la base de datos Cuiden Plus.

Calderón, N.M., y Ruiz de Cárdenas, C.H. (2010). La gestación: periodo fundamental para el nacimiento y el vínculo materno. *Revista Avances en Enfermería*, XXVIII(2), 88-97. Recuperado de la base de datos Cuiden Plus.

Camacaro, M. (2009). Patologizando lo natural, naturalizando lo patológico. Improntas de la praxis obstétrica. *Revista Venezolana de Estudios de la Mujer*, 14(32), 147-162. Recuperado de la base de datos Scielo.

Campillo-Artero, C. (2005). Algunas vertientes prácticas de las Guías de Práctica Clínica. *Revista Gaceta Sanitaria*, 19(5), 398-400. Recuperado de la base de datos IME.

Canals, J. (2009). Vía Crucis en Urgencias. En J.M. Comelles, M.A^a Martorell, y M. Bernal (Eds.), *Enfermería y Antropología* (pp. 67-83). Barcelona: Institut Català d'Antropologia.

Cano Vindel, A. (1995). Orientaciones en el estudio de la emoción. En E. García (Coord.), *Manual de motivación y emoción* (pp. 129-161). Madrid: Centro de Estudios Ramón Areces.

Cantero, A., Fiuri, L., Furfaro, K., Jankovic, M.P., Llompарт, V., y San Martín, E. (2010). Acompañamiento en Sala de Partos: Regla o Excepción. *Revista Hospital Materno Infantil Ramón Sardá*, 29(3), 108-112.

Capogna, G., Alahuhtat, S., Celleno, D., Moreira, J., Morgan, B., Moore, C., ...Vertommen, J.D. (1996). Maternal expectations and experiences of labour pain and analgesia: a multicentre study of nulliparous women. *International Journal of Obstetric Anaesthesia*. 5(4), 229-235. Recuperado de la base de datos PubMed /MedLine. Traducción propia.

Carlton, T., Callister, L.C., Cristiaens, G., y Walker, D. (2009). Labor and delivery nurses' perceptions of caring for childbearing women in nurse-managed birthing units. *MCN: The American Journal of Maternal/Child Nursing*, 34(1), 50-56. Recuperado de la base de datos PubMed/MedLine. Traducción propia.

Carlton, T., Callister, L.C., y Stoneman, E., (2005). Making Decision in Laboring Women. Ethical Issues for Perinatal Nurses. *Journal of Perinatal & Neonatal Nursing*, 19(2), 145-154. Recuperado de la base de datos Embase. Traducción propia.

Carrasco, G., y Ferrer, J. (2001). Las Vías Clínicas basadas en la evidencia como estrategia para la mejora de la calidad: metodología, ventajas y limitaciones. *Revista de Calidad Asistencial*, 16, 199-207.

Carrillo, C. (2011). *Un Estudio sobre la Satisfacción de la vida laboral en Profesionales Sanitarios del Hospital General Universitario José María Morales Meseguer. Región de Murcia*. (Tesis Doctoral). Universidad de Murcia. Murcia.

Carrillo, M., Leyva, J.M., y Medina, J.L. (2011). El análisis de los datos cualitativos: un proceso complejo. *Revista Index Enfermería (Gran)*, 20(1-2), 96-100.

Casini, S., Gustavo, A., Sainz, L. Hertz, M., y Andina, E. (2002). Guía de Control Prenatal. Embarazo Normal. *Revista Hospital Materno Infantil Ramón Sardá*, 21(2). Recuperado de <http://www.ossyr.org.ar/pdf/gpc/7.pdf>

Castaño, M^a.A. (2009). *El Parto como Construcción Cultural de las Mujeres Abaraneras, 1945-1950*. (Tesis Doctoral). Universidad de Murcia. Murcia.

Castel, R. (1986). De la peligrosidad al Riesgo. En V. Álvarez (Ed.), *Materiales de Sociología Crítica* (pp. 219-243). Madrid: La Piqueta.

Castilla, J.L. (1999). Enfermedad mental y personalidad. El poder en el terreno de la alienación. *Análisis del poder en Michael Foucault* (pp. 67-87). Tenerife: Universidad La Laguna.

Castro, J.C., y Clapis, M.J. (2005). Humanized Birth According to Obstetric Nurses Involved in Birth Care. *Revista Latino- Americana Enfermagem*. 13(6), 960-967. Recuperado de la base de datos LILACS.

Chaliflour, J. (1994). *La relación de Ayuda en Cuidados de Enfermería. Una Perspectiva Holística y Humanística*. Barcelona: SG Editores.

Comelles, J.M. (2000). Tecnología, cultura y sociabilidad. Los límites culturales del hospital contemporáneo. En E. Perdiguero, y J. Comelles (Eds.), *Medicina y Cultura. Estudios entre la Antropología y la Medicina* (pp. 305-351). Barcelona: Edicions Bellaterra.

Coser, R. (1986). *Life in the ward. East Landing*. Michigan: Michigan State University Press.

Covosky, A.M., y Martins, M. (2009). A vivencia do pai em relação ao trabalho de parto e parto. *Cogitare Enfermagem* 14(2), 324-331. Recuperado de la base de datos Cuiden Plus.

Cuenca, C., Santamaría, J.I., y Doménech, M. (2011). La matrona ante el cribado y la atención de la urgencia obstétrica. *Revista Matronas Profesión*, 12(1), 18-23.

Cuñat Giménez, R.J. (2007). *Aplicación de la Teoría Fundamentada (Grounded Theory) al estudio del proceso de creación de empresas*. Comunicación presentada en XX Congreso anual de AEDEM. Palma de Mallorca. Recuperado de la Base de Datos Dialnet.

Davis–Floyd, R. (2001). The Technocratic Humanistic and Holistic Paradigms of Childbirth. *International Journal Gynaecology Obstetrical*, 75(1), 5-23. Recuperado de la base de datos Embase. Traducción propia.

Daza de Caballero, R., Torres, A.M., y Prieto de Romano, G.I. (2005). Análisis del cuidado de enfermería. Interacción, participación y afecto. *Revista Index de enfermería*, XIV (48-49), 18-22. Recuperado de [http:// www.index-f/index-enfermeria/48-49revista/48-49_articulo_18-22.php](http://www.index-f/index-enfermeria/48-49revista/48-49_articulo_18-22.php)>

De Febres, R. (2007). El valor de la Confianza. *Revista Educación en Valores*, 2(8), 97-101.

De Georgio, M. (2006). El Modelo Católico. En G. Duby, y M. Perrot (Coords.), *Historias de las Mujeres* (pp. 206-240). Madrid: Santillana, S.A.

De La Cuesta, C. (2000). Significado del embarazo en la adolescencia: la dimensión sentimental. *Revista Enfermería Científica*, 10(5), 200-206.

De La Cuesta, C. (2003). Contexto del embarazo en la adolescencia. *Revista Rol de Enfermería*, 24(9), 24-30.

De La Cuesta, C. (2005). La artesanía del cuidado: cuidar en la casa a un familiar con demencia avanzada. *Revista Enfermería clínica*, 15(6), 335-342.

De La Cuesta, C. (2006a). La Teoría Fundamentada como herramienta de análisis. *Revista Cultura de los Cuidados*, 20, 136-140.

De La Cuesta, C. (2006b). Estrategias Cualitativas más usadas en el campo de la salud. *Revista Nure Investigación*, 25. Recuperado de http://www.nureinvestigacion.org/home_nure.cfm

De La Cuesta, C. (2007). El cuidado del otro: desafíos y posibilidades. *Revista Investigación y Educación en Enfermería*, XXV(1), 102-106. Recuperado de la base de datos Cuiden Plus.

De la Cueva, P., Parra, M., y Müller, A. (2008). Arquitectura Integral de las Maternidades. Material de Apoyo a la Estrategia del parto normal en el Sistema Nacional de Salud. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo. Recuperado de: <http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/arquitecturaMaternidad.es.pdf>.

De los Reyes, M., Pérez Gómez, J.M., García Olmos, P., Borrel, F., y Gracia, D. (2001). Relaciones entre profesionales sanitarios. *Revista Medicina Clínica (Barc)*, 117, 339-350.

De los Reyes, M., Pérez Gómez, J.M., García Olmos, P., Borrel, F., y Gracia, D. (2004). Relaciones entre profesionales sanitarios. En P. Simón, y J. Juder (Eds.), *Ética en la práctica clínica* (pp. 299-330). Madrid: Triacastela.

De Miguel, J. (1979). *El mito de la inmaculada concepción*. Barcelona: Anagrama.

De Miguel, J.M. (1998). *Estructura y Cambio Social en España*. Madrid: Alianza Editorial.

Denzin, N.K., y Lincoln, Y.S. (1994). Entering the field of Qualitative Research. En N.K.Denzin, y Y.S. Lincoln (Eds.), *Handbook of Qualitative Research* (pp. 1-17). Thousand Oaks, CA.

Díaz Agea, J.L. (2008). El sufrimiento medicalizado. *Revista Cultura de los Cuidados*, 23, 50-56.

Díaz Ángel, S. (s.f). Taylorismo: Saberes Expertos y tecnología en Colombia. Aclaraciones Conceptuales y Esbozo de la Historia del Taylorismo en Colombia 1950-1980's. Recuperado de <http://www.humanas.unal.edu.co/eristica/Taylorismo.pdf>

Díaz Artiga, M. (2007). La enfermedad adaptada a la cultura. Recuperado de http://www.naya.org.ar/congreso2004/ponencias/mayari_diaz.htm.

Diepgen, P. (1925). *Historia de la Medicina. Edad Moderna y Edad Contemporánea*. Buenos Aires: Editorial Labor, S.A.

Domínguez –Alcón, C. (1979). Para una Sociología de la Profesión Enfermería en España. *Revista Española de Investigaciones Sociológicas*, 8, 103-129.

Domínguez Aurrecoechea, B., Fernández –Cuesta, M.A., García Puga, J.M., García Rebollar, C., Gutiérrez Sigler, M^a D., Hijano, F.,...Villaizán, C. (2010). *Manuales Prácticos. Programa de Formación. Área de Capacitación Específica en Pediatría de Atención Primaria*. Madrid: Exlibris Ediciones. Recuperado de http://www.aepap.org/docencia/programa_formacion_AEPap.pdf

Domínguez Aurrecoechea, B., García Rebollar, C., y Villaizán, C. (2010). ¿Qué se necesita para ser tutor? Herramientas y recursos docentes. En AEPap (Ed.), *Curso de Actualización Pediatría 2010* (pp. 309-322). Madrid: Exlibris Ediciones.

Domínguez Navarro, D., Cervera, E., Disdier, M.T., Hernández Machado, M., Martín, M.C., y Rodríguez, J. (1996). ¿Cómo se informa a los pacientes en un servicio de urgencias hospitalario?. *Revista Atención Primaria*, 17, 280-283.

Domínguez Rodríguez, J.P., Cháfer, M., García Fernández, C., Bleda, J., Ávila, L., y Sauquillo, C. (2004). Uso de las Guías de Práctica Clínica por los médicos de un hospital general. *Revista de Calidad Asistencial*, 19(4), 232-237.

Donaji, D. (s.f.). *Sobre el Diálogo, el Amor y otras utopías*. Recuperado de <http://www.caordia.org/bifurca/dialogoyutopias.pdf>

Durán, M^a A. (1987). *De puertas adentro*. Madrid: Instituto de la Mujer.

Dutra, I.L., y Meyer, D.E. (2007). Parto Natural, Normal E Humanizado: termos polissêmicos. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 28(2), 215-222. Recuperado de la base de datos LILACS.

Elexperu, I. (2005). *Mapa y definiciones de los valores de Hall-Tonna*. Monterrey: Universidad de Deusto. Recuperado de http://www.itesm.mx/va/dide/encuentro/doc_carpeta/taller/definiciones.pdf.

Elliot, P. (1975). *Sociología de las profesiones*. Madrid: Tecnos.

Escámez, J., y Gil, R. (2001). *La educación en la responsabilidad*. Barcelona: Paidós.

Escámez, J., y Ortega, P. (2006). Los Sentimientos en la Educación Moral. *Revista Teoría Educación*, 18, 109-134. Recuperado de la base de datos Dialnet.

Escuredo, B. (2003). Humanismo y tecnología en los cuidados de Enfermería desde la perspectiva docente. *Revista Enfermería clínica*, 13(3), 164-170.

Escuriet, R., y Martínez Figueroa, L. (2004). Problemas de salud y motivos de preocupación percibidos por las puérperas antes del alta hospitalaria. *Revista matronas Profesión*, 5(15), 30-35.

Esteban, M.L. (2000). La maternidad como cultura. Algunas cuestiones sobre lactancia materna y cuidado infantil. En E. Perdiguero, y J. Comelles (Eds.), *Medicina y Cultura. Estudios entre la Antropología y la Medicina* (pp. 207-226). Barcelona: Edicions Bellaterra.

Ezekiel, J., Emanuel, M.D., Linda, L., y Emanuel, M.D. (2002). Four Models of the Physician-Patient Relationship. *Journal of the American Medical Association*, 267(16), 2221-2226. Traducción propia.

Fericgla, J.P. (1995). La etnografía y el comportamiento no verbal. En A. Aguirre (Ed.), *Etnografía. Metodología Cualitativa en la investigación sociocultural* (pp. 151-159). Barcelona: Boixareu Universitaria.

Fernández Abascal, E.G. (1997). *Psicología General. Motivación y Emoción*. Madrid: Centros de Estudios Ramón Areces.

Fernández Araque, A.Mª (2008). Competencias de las profesiones sanitarias. *Nursing*, 26(7), 56-64.

Fernández de Maya, J., y Richard, M. (2010). Variabilidad de la práctica clínica. Situación actual y retos para Enfermería. *Revista Enfermería Clínica*, 20(2), 114-118.

Fernández del Castillo, I. (1994). *La revolución del nacimiento*. Barcelona: Granica.

Fernández Guillén, F. (2009). *Algunos Aspectos Jurídicos de la Atención al Parto*. Recuperado de <http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/AspectosJuridicos.pdf>

Fernández Mérida, M.C. (2006). Breve historia de las matronas españolas (1400-1950). *Temperamentum*, 2(3). Recuperado de <http://index-f.com/temperamentum/tn6136.php>.

Fernández Rufete, J. (2000). El afecto perdido. En E. Perdiguero, y J. Comelles (Eds.), *Medicina y Cultura. Estudios entre la Antropología y la Medicina* (pp. 277-303). Barcelona: Edicions Bellaterra.

Fernández Sacasa, J. (2000). Los Componentes de la Práctica Clínica. *Revista Ateneo*, 1(1), 5-9. Recuperado de http://bvs.sld.cu/revistas/ate/vol1_1_00/ate01100.pdf

Florencia, L., y Quadrelli, S. (2010). La ética como filosofía primera: una fundamentación del cuidado médico desde la ética de la responsabilidad. *Revista Cuadernos de Bioética*, XXI, 13-20. Recuperado de la base de datos de Dialnet.

Fortes, J.L. (2007). ¿Están seguros nuestros pacientes?. *Revista Clínica Medicina de Familia*, 2(2), 72-75.

Foucault. M. (1976). Crisis de la Medicina o la Antimedicina. *Revista Educación Médica y Salud*, 10(2), 152-170.

Foucault. M. (1976). *Historia de la Sexualidad. La voluntad del saber* (Vol. 1). México: Siglo XXI.

Foucault. M. (1979). *El Nacimiento de la Clínica*. México: Siglo XXI editores S.A.

Foucault. M. (1990). *La vida de los hombres infames*. Madrid: la Piqueta.

Foucault. M. (1999). *Estrategias de poder: Obras esenciales* (Vol. 2.) (Trad. F.A. Varela). Barcelona: Paidós.

Foucault. M. (2000). *Vigilar y Castigar. Nacimiento de la Prisión*. (30a ed.). México: Siglo XXI.

Freidson, E. (1978). *La Profesión Médica*. Barcelona: Península.

Fundación de Educación Médica, y Pardell, H. (2009). *El Médico del Futuro*. Recuperado de <http://www.educmed.net/sec/serMedico2009.pdf>

Gala, F.J., Díaz, M., y Lupiani, M. (1993). Los Métodos de Educación Maternal. *Revista Rol Enfermería*, 173, 41-44.

Galotti, K.M., Beverly, P., Rebecca, L., Reimer, B.A., Amy, E., y Luckner, B.A. (2000). Midwife or Doctor: a study of pregnant women making delivery decisions. *Journal of Midwifery & Women's Health*, 45(4), 320-329. Recuperado de PubMed/MedLine. Traducción propia.

Gálvez, A. (2002). *La medicina bajo sospecha: siete ejercicios especulativos*. Granada: Fundación Index.

García Cuadrado, J.A. (2008). *Antropología Filosófica. Una introducción a la Filosofía del Hombre*. Navarra: Universidad de Navarra.

García Martínez, A.C., García Martínez M.J., y Valle, J.L. (1996). La imagen de la matrona en la Baja Edad Media. *Hiades, Revista de Historia de la enfermería*, 34(3), 61-82. Recuperado de la base de datos Cuiden Plus.

García Martínez, M.J., y García Martínez, A.C. (1999). Fechas Claves para la Historia de las Matronas en España. *Hiades*, 5(6), 246. Recuperado de la base de datos Cuiden Plus.

García Martínez, M.J., y García Martínez, A.C. (2005). Las funciones de la matrona en el mundo antiguo y medieval. Una mirada desde la Historia. *Revista .Matronas profesión*, 6(1), 11-18.

García Milán, A. (2009). La información al Paciente como pieza clave de la Calidad Asistencial. *Revista Clínica de Medicina de Familia*, 2(6), 275-279.

Geertz, C. (1992). La interpretación de las culturas. Barcelona: Gedisa.

Gené, J. (2005). Decidiendo juntos ganaremos efectividad. *Revista Atención Primaria*, 35(4), 175-177.

Giddens, A. (1990). *The Consequences of Modernity*. Londres: polity press. Basil Backwell.

Giddens, A. (2006). *La constitución de la sociedad. Bases para la teoría de la estructuración*. Buenos Aires: Amorrortu.

Giddens, A., Turner, J., y Otros. (2009). *La Teoría Social hoy*. Madrid: Alianza Editorial, S.A.

Ginebra. Organización Mundial de la Salud. (1978). Atención Primaria. Declaración de Alma – Ata. Ginebra: Autor. Recuperado de http://www.sms.carm.es/somos/portal/view.mc/primaria.se/_rp64_idSeccion /primaria

Ginebra. Organización Mundial de la Salud. (1985). Declaración de Fortaleza. Tecnología apropiada para el parto. Ginebra: Autor.

Ginebra. Organización Mundial de la Salud. (1996). Cuidados en el Parto Normal: Una Guía Práctica. Informe presentado por el grupo técnico de trabajo de la Organización Mundial de la Salud. Departamento de investigación y salud reproductiva. Ginebra: Autor.

Ginebra. Organización Mundial de la Salud. (1999). Cuidados en el Parto Normal: Una Guía Práctica. Informe presentado por el grupo técnico de trabajo de la Organización Mundial de

la Salud. Departamento de investigación y salud reproductiva. Ginebra: Autor. Recuperado de [http:// www.who/frh/msm](http://www.who/frh/msm)

Girón, M., Bevia, B., Medina, E., y Simón, M. (2002). Calidad de la relación médico paciente y resultados de los encuentros clínicos en Atención Primaria de Alicante: Un estudio con Grupos Focales. *Revista Española de Salud Pública*, 76(5), 531-543.

Glaser, B.G., y Strauss, A.L. (1967). *The discovery of grounded theory*. Hawthorne, NY: Aldine.

Gledhill, J. (2000). *El poder y sus disfraces*. Barcelona: Ediciones Bellaterra.

Goicoechea, M^a.A. (2010). *Análisis de los valores de una organización de educación no formal pioneros*. (Tesis Doctoral). Universidad de la Rioja. La Rioja. Recuperado de la base de datos de Tesis en Red.

Gómez Fayrén, J., y Monllor, M^a.C. (2004). Incidencia de la Inmigración Extranjera en la Evolución de la Población en Murcia. *Papeles de Geografía*, 39, 119-139.

Gómez García, C.I. (1999). *Promoción de la Lactancia Materna: una propuesta de intervención educativa*. (Tesis Doctoral). Universidad de Murcia. Murcia.

Gómez Ruiz, M^a.D. (1997). Matronas: ¿Cómo ha evolucionado la profesión?. *Revista ROL de Enfermería*, 221, 71-74.

Gómez Sancho, M. (1998). Dolor y Sufrimiento. El problema del sentido. *Revista Sociedad Española del Dolor*, 5, 144-158.

González de Chávez, A. (1994). La censura de la subjetividad paterna. En *simposium Internacional: La figura del padre en las familias de las sociedades desarrolladas* (pp. 435-441). Las Palmas.

González de Osuna, A., y Muñoz Adanez, A. (2003). La motivación intrínseca como variable clave para la humanización de las organizaciones. *Revista Encuentros en Psicología Social*, 1(4), 70-73. Recuperada de la base de datos ISOC.

Good, B. (2003). *Medicina, racionalidad y experiencia. Una perspectiva antropológica*. Barcelona: Bellaterra.

Goodenough, W. (2003). In pursuit of cultura. *Annual Reviews Anthropology*, 32, 1-12. Recuperado de <http://www.annualreviews.org/toc/anthro/32/1>

Goodman, P., Mackey, M.C., y Tavakoli, A.S. (2004). Factors related to childbirth satisfaction. *Journal of Advanced Nursing*, 46, 212-219. Abstract recuperado de la base de datos Embase. Traducción propia.

Gordon, R.L. (1964). *Interviewing: Strategy Techniques and Tactis*. Illinois: The Dorsey Press Homework.

Gracia, D. (2004). La deliberación moral: el método de la ética clínica. En D. Gracia, y J. Júdez (Eds.), *Ética en la práctica clínica* (pp.21-32). Madrid: Triacastela.

Granada. Universidad de Granada. Facultad de Medicina. (2005). Libro Blanco Titulación de Medicina. Granada: Autor.

Grande, M.L., y Hernández Padilla, M. (1996). Cómo entienden las enfermeras el alta de enfermería. *Revista de Enfermería Clínica*, 6(3), 119-121.

Granero, J.M. (2010, Mayo). *Toma de decisiones compartidas: el papel de la enfermera*. Comunicación presentada en la Reunión Internacional de Investigación en Salud Comunitaria en el Hospital San Juan de la Cruz. Ubeda. Recuperado de <http://www.index-f.com/para/n9/i013.php>

Green, J.M. (1993). Expectations and experiences of pain in labor: findings from a large prospective study. *Birth*, 20, 65-72. Recuperado de PubMed/MedLine.

Greenwood, E. (1957). *The Attributes of professions*. Social work, 2, Citado por Hall, R.H.(1994) "Sociology of work". California: Pine Forge Press.

Guerra, J.C., y Ruiz de Cárdenas, C.H. (2008). Interpretación del cuidado de Enfermería neonatal desde las experiencias y vivencias de los padres. *Revista Avances enfermería*, XXVI(1), 80-90. Recuperado de la base de datos Cuiden Plus.

Guillén, F.M. (1990). Profesiones y burocracia: desprofesionalización, proletarización y poder profesional en las organizaciones complejas. *Revista Española de Investigaciones Sociológicas*, 51, 33-51. Recuperado de la base de datos Dialnet.

Guillén, M., Sánchez Ramos, J.L., Toscano, T., y Garrido, M.I. (1999). Educación maternal en atención primaria. Eficacia, utilidad y satisfacción de las embarazadas *Revista Atención Primaria* 24(2), 66-74.

Guix ,J., Llorenc, F., Carbonell, J.M., Simón, R., Surroca, R.M., y Nualart, LL. (1999). Cumplimiento y percepción del consentimiento informado en un sector sanitario de Cataluña. *Revista Española de Salud Pública*, 73(6), 669-675.

Gurdián –Fernández, A. (2007). *El Paradigma Cualitativo en la Investigación Socio-Educativa*. San José, Costa Rica: Agencia Española de Cooperación Internacional. Recuperado de http://ceccsica.org/programasaccion/educa/publicaciones_pdf/El_Paradigma_Cualitativo.pdf

Hansberg, O. (2001). Las emociones y la explicación de la acción. *Isegoria*, 25, 5-18. Recuperado de la base de datos Dialnet.

Hays, S. (1998). *Las contradicciones culturales de la maternidad*. Barcelona: Paidós.

Henao, D., Vázquez, L., y Vargas, I. (2009). Factores que influyen en la coordinación entre niveles asistenciales según la opinión de directivos y profesionales sanitarios. *Revista Gaceta Sanitaria*, 23(4), 280-286. Recuperado de la base de datos IME.

Hernández Martín, F., Gallego, R., González Ruiz, J.M., y Alcaraz, J. (1997). La Enfermería en la Historia, un análisis desde la perspectiva profesional. *Revista Cultura de los Cuidados*, 1(2), 21-34.

Hernández Martínez, A., Melero, M.R., Sanabria, G., Casasús, M.J., y García Alcaraz, F. (2003). La analgesia epidural en el parto: elección de las gestantes y algunas repercusiones de su aplicación. *Revista Matronas Profesión*, 4(11), 30-36.

Hernández Posada, A.S. (2001). Algunas consideraciones acerca de los valores humanos y el profesional de Enfermería. *Revista Aquichan* 1(1), 18-22. Recuperado de <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/741/74110107.pdf>

Herranz, G. (2008). El Hospital como organismo ético. *Revista Cuadernos de Bioética*, 16(57), 423-432. Recuperado de la base de datos Dialnet.

Herrera, F. (1997). Un manual para formación de las comadronas españolas (1929). *Revista Cultura de los cuidados*, 1(1), 37-41. Recuperado de la base de datos Cuiden Plus.

Herrero A., Reyes, A., Gómez, S., y Donat, E. (2001). Valoración del Consentimiento Informado por médicos y pacientes. *Revista Calidad Asistencial*, 16, 706-713.

Hodnett, E.D., Gates, S., Hofmeyr, G.J., Sakala, C. Apoyo continuo para las mujeres durante el parto (Revisión Cochrane traducida). En: *La Biblioteca Cochrane Plus*, 2008 Número 4. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de *The Cochrane Library*, 2008 Issue 3. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).

Horvath, C. (1999). La importancia del padre. En M^a.A. González Chávez (Comp.), *Subjetividad y ciclos vitales de las mujeres* (pp. 87-110). Madrid: Siglo XXI.

Hoyos, M.I. (1987). Educación Maternal. *Introducción al trabajo de la Matrona en Atención Primaria* (pp. 157-167). Madrid: Instituto Nacional de la Salud.

Hughes, E.C. (1958). *Men and Their Work*. New York: Free Press

Hunter, B., y Segrott, J. (2010). Using a Clinical Pathway to Support Normal Birth: Impact on Practitioner Roles and Working Practices. *Birth*, 37, 227-236. Recuperado de la base de datos PubMed/MedLine. Traducción propia.

Iglesias, S., Conde, M., y González, S. (2009). Parto y nacimiento humanizado: evaluación de una vía clínica basada en la evidencia. *Revista Matrona Profesión*, 10(2), 5-11.

Illich, I. (1975). *Némesis Médica. La Expropiación de la Salud*. Barcelona: Barral Editores S.A.

Iraburu, M. (2008). Una reflexión sobre la relación clínica actual. *Revista Ética de los Cuidados*, 1(1). Recuperado de la base de datos Cuiden Plus.

Irwin, S., y Jordan, B. (1987). Knowledge, practice and power: court-ordered caesarean sections. *Medical Anthropology Quarterly*, 1(3), 319-334. Recuperado de PubMed/MedLine.

Jiménez Godoy, A.B. (2004). La paternidad en entredicho. *Revista Gaceta Antropológica*, 20. Recuperado de la base de datos ISOC.

Joas, H. (2009). Interaccionismo Simbólico. En A. Giddens, A.J. Turner, y Otros. *La Teoría Social hoy* (pp. 112-154). Madrid: Alianza Editorial.

Jordan, B. (1993). *Birth in four cultures. A Crosscultural Investigation of Childbirth in Yucatan, Holland, Sweden and the United States*. Montreal: Eden Press Women's Publications.

Jorge, A. (2006). La "Teoría Fundamentada en los datos" (Grounded Theory) de Glaser y Strauss. En I. Vasilachis (Coord.), *Estrategias de Investigación Cualitativa* (pp.153-174). Barcelona: Gedisa Editorial.

Jovell, A.J. (2006). El paciente del siglo XXI. *Revista Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, 29(Supl.3), 85-90. Recuperado de la base de datos IME.

Juan, M. (1991). Crear el nacimiento: la medicalización de los conflictos en la reproducción. *Revista Española de Investigaciones Sociológicas*, 53, 29-51.

Kannan, S., Jamison, R.N., y Datta, S. (2001). Maternal satisfaction and pain control in women electing natural childbirth. *Regional Anesthesia and Pain Medicine*, 26(5), 468-472. Recuperado de base de datos Embase. Traducción propia.

Kaufman, T. (2007). Evolution of the Birth Plan. *The Journal of Perinatal Education*, 16(3), 47-52. Recuperado de la base de datos PubMed/MedLine. Traducción propia.

Kendall, J. (1999). Axial coding and the grounded theory controversy. *Western journal of Nursing Research*, 21(6), 743-757. Recuperado de la base de datos PubMed/MedLine. Traducción propia.

Komura, L.A., Paz, C.C., Baldini, P., Rodrigues de Almeida, T., y Cunha, R. (2006). Atención del parto: experiencias de usuarias de instituciones con o sin participación de la enfermera obstétrica dentro del equipo profesional. *Revista Avances en Enfermería*, XXIV(1), 58-67. Recuperado de la base de datos Cuiden Plus.

Krueger, R. (1991). *El grupo de discusión. Guía práctica para la investigación aplicada*. Madrid: Pirámide.

La Verdad. Orígenes del Virgen de la Arrixaca. (2007, Septiembre 27). *La verdad digital S.L.U.* Recuperado de <http://servicios.laverdad.es/servicios/cuadernossalud/pg271007/suscr/nec2.htm>

Lain Entralgo, P. (2003). *El Médico y el Enfermo*. Madrid: Triacastela.

Lally, J.E., Murgath, M.J., Macphail, S., y Thomson, R. (2008). More in hope than expectation: a systematic review of women's expectations and experience of pain relief in labour. *BMC Medicine*, 6. 7. Recuperado de la base de datos Embase. Traducción propia.

Larrea, C., y Plana, M. (1994). Las salas de espera, reflejo de las contradicciones de la organización sanitaria. *JANO*, 1074, 67-74.

Lazarus R.S., y Folkman S. (1984). Doping and adaptation. En W.D. Gentry (Ed.), *The Handbook of Behavioral Medecine* (pp. 282-325). New York: Guilford Press.

Lazarus, R.S. (1999). *Stress and emotion: A new syntesis* (Trad. Ed. Desclée de Brouwer, 2000). New York: Springer Publishing Company.

Le Bretón, D. (1994). Lo imaginario del cuerpo en la tecnociencia. *Revista Española de Investigaciones Sociológicas*, 68, 197-210.

Le Bretón, D. (1998). *Las pasiones Ordinarias. Antropología de las emociones*. Buenos Aires: Nueva Visión.

Le Bretón, D. (1999). *Antropología del Dolor*. Barcelona: Seix Barral.

Leboyer, F. (1977). *Por un nacimiento sin violencia*. México: Daimon.

Lévi- Strauss, C. (1995). *Antropología estructural*. Barcelona: Paidós.

Linares, M., Álvarez, C., y Moral, I. (2008). El discurso médico sobre las Matronas a mediados del siglo XX. *Index Enfermería* 17(4), 251-255. Recuperado de la base de datos Cuiden Plus.

Linares, M., Gálvez, A., y Linares, M. (2002). La relación de ayuda a la mujer durante el embarazo, parto y puerperio del primer hijo. *Index Enfermería (Gran)*, XI(38), 9-14. Recuperado de http://www.index-f.com/index-enfermeria/38revista/38_articulo_9-14.php

Linares, M., Serrano, J., García Cazalanilla, M^a.C., Bruno, A., Ortega, M^a.C., Ríos, A.B., y García Lorite, M^a.P. (1999). El padre en la experiencia del parto. Valoración del acompañamiento a su pareja. *Revista Enfermería Universitaria Albacete*, 10, 5-11. Recuperado de la base de datos Cuiden Plus.

López de la Vieja, M.T. (1999). Pluralismo moral y lugares de la argumentación. *Isegoria*, 20, 197-206. Recuperado de la Base de Datos de Dialnet.

López Lorca, H. (2004). Padres y alumnos ante el valor de la responsabilidad. *Revista de la Facultad de Educación*, 22, 187-206. Recuperado de la base de datos Dialnet.

López Martínez, A.M., Martín Ortiz, M.A., Rodríguez Ferrer, R.M., Rosa, R., y Sánchez Perruca, M^a.I. (2002). Actitudes del personal sanitario del área de partos ante la mujer inmigrante. *Revista Matronas Profesión*, 3(10), 32-39.

López Orellana, P. (2004). Historia de la Matrona en el contexto de las sociedades. Recuperado de <http://www.fineprint.com>

López, J. (1998). Entrevista. En R. Reyes (Dir.), *terminología científico-social. Aproximación crítica* (pp. 329-336). Barcelona: Anthropos.

Lothian, J. (2006). Birth Plans: The Good, the Bad, and the Future. *Journal of Obstetric Gynecology & Neonatal Nurse*, 35(2), 295-303. Recuperado de la base de datos PubMed/MedLine. Traducción propia.

Lozano, M. (2001). *La construcción del imaginario de la maternidad en occidente*. (Tesis Doctoral). Universidad Autónoma de Barcelona. Valencia. Recuperado de la Base de Datos de Tesis Doctorales en Red.

Lumley, J. (2008). Birth then and now. *BMC Medicine*, 6, 8. Recuperado de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2279144/?tool=pubmed>. Traducción propia.

Lundgren, I., y Dahlberg, K. (1998). Women's experience of pain during childbirth. *Midwifery*, 14, 105-110. Recuperado de PubMed/MedLine. Traducción propia.

Luque, R., Subirón, A.B., Sabater, B., Sanz de Miguel, E., Juste, A., y Cruz, E. (2011). Episiotomía selectiva frente a episiotomía rutinaria. Valoración a los 3 años (2007-2008). *Revista Matronas Profesión*, 12(2), 41-48.

Madrid. Instituto Nacional de Estadística. Indicadores Demográficos Básicos. Tasa Mortalidad Perinatal. Datos 2008. Madrid. Recuperado de www.ine.es

Madrid. Instituto Nacional de Estadística. Indicadores Demográficos Básicos. Edad Media de Maternidad y Nacimiento del primer hijo. Datos 2009. Madrid. Recuperado de www.ine.es

Madrid. Instituto Nacional de Estadística. Indicadores Demográficos Básicos. Tasa de Natalidad. Datos 2008. Madrid. Recuperado de www.ine.es

Madrid. Instituto Nacional de Estadística. Indicadores Demográficos Básicos. Índice Coyuntural de Fecundidad. Datos 2009. Madrid: Autor. Recuperado de www.ine.es

Madrid. Instituto Nacional de Estadística. Indicadores Demográficos Básicos. Movimiento natural de la población. Datos 2010. Madrid: Autor. Recuperado de www.ine.es

Madrid. Instituto Nacional de la Salud. (1991). Circular 5/91 de 25 de febrero sobre Ordenación de actividades de Matrona de Área en Atención Primaria. Madrid: Autor.

Madrid. Instituto Nacional de la Salud. (1991). Guía de Centros Públicos de Planificación Familiar. Madrid: Autor.

Madrid. Ministerio de Sanidad y Consumo. (2007). Estrategia de Atención al Parto Normal. Madrid: Autor.

Madrid. Ministerio de Sanidad y Política Social e Igualdad. (2009). Atención Hospitalaria al parto. Estándares y Recomendaciones para Maternidades Hospitalarias. Madrid: Autor.

Madrid. Ministerio de Sanidad y Política Social e Igualdad. (2010). Guía de Práctica Clínica sobre la Atención al Parto Normal. Madrid: Autor.

Madrid. Sindicato de Enfermería. (2004). Nueva Legislación del Sistema Sanitario: análisis y comentarios. Madrid: Autor.

Madrid. Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. (2007). Guía práctica y signos de alarma en la asistencia al parto. Madrid: Autor. Recuperado de www.prosego.com

Madrid. Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. (2007). Recomendaciones sobre la asistencia al parto. Madrid: Autor. Recuperado de http://www.sego.es/Content/pdf/20080117_recomendacion_al_parto.pdf

Madrid. Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. (2010). Control prenatal del embarazo normal. Protocolo actualizado en julio 2010. Madrid: Autor. Recuperado de www.prosego.com

Madrid. Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. (2010). Diagnóstico prenatal de los defectos congénitos. Cribado de las anomalías cromosómicas. Madrid: Autor Recuperado de [www. Prosego.com](http://www.prosego.com)

Manifiesto para la recuperación de la maternidad (2006). Propuesta de reflexión Recuperado de <http://amaryi.files.wordpress.com/2007/03/manifiesto.pdf>

Marín Morales, D., Bullones, M^aA., Carmona, F.J., Carretero, M^a I., Moreno, M^a.A, y Peñacoba, C. (2008). Influencia de los factores psicológicos en el embarazo, parto y puerperio. Un estudio longitudinal. Proyecto de investigación. *Nure investigación*, 5(37). Recuperado de la base de datos Cuiden Plus.

Maroto, G., Castaño, E., García Caliente, M.M., Hidalgo, N., y Mateo, I. (2009). Paternidad y servicios de salud. Estudio cualitativo de las experiencias y expectativas de los hombres hacia la atención sanitaria del embarazo, parto y posparto de sus parejas. *Revista Española de Salud Pública*, 83(2), 267-278.

Márquez S., y Meneu, R. (2003). La medicalización de la vida y sus protagonistas. *Revista Gestión Clínica y Sanitaria*, 5(2), 47-52.

Martín de la Vega, R.A., Feijóo, B., Magdalena, G., Rodríguez Ferrer, R.M., y Ruiz Rey, A. (2006). Efecto de la postura Sims modificada sobre la rotación y descenso de la presentación en nulíparas con analgesia epidural. *Nure Investigación*, 4(31). Recuperado de la base de datos Cuiden Plus.

Martín, A., Ferrer, V.A., Barceló, M.^aA., Seguí, P., Crespo, L., y Peñarroya, M. (2009). Relaciones de poder entre las puérperas y su entorno durante la estancia hospitalaria: Relatos de alumnos/as de Enfermería. *Revista Paraninfo Digital*, III(7). Recuperado de <http://www.index-f.com/para/n7/091>

Martínez – Sahuquillo, M^aE., y Echevarria, E. (2001). Métodos de consenso. Uso adecuado de la evidencia en la toma de decisiones. Método RAND/UCLA. *Revista Rehabilitación (Madr)*, 35(6), 388-392. Recuperado de la base de datos IME.

Martínez Roche, E. (2005). *Formación y Profesionalización de los Enfermeros Internos Residentes pertenecientes a las Unidades Docentes de Matronas de nuestros días*. (Tesis Doctoral). Universidad de Murcia. Murcia.

Martínez Roche, E. (2008). *Unidad Docente de Enfermería Obstétrico-Ginecológica (Matrona): Memoria Académica*. Murcia: Universidad de Murcia.

Martínez Roche, E. (2009). *Unidad Docente de Enfermería Obstétrico-Ginecológica (Matrona): Memoria Académica*. Murcia: Universidad de Murcia.

Martínez Roche, E. (2010). *Unidad Docente de Enfermería Obstétrico-Ginecológica (Matrona): Memoria Académica*. Murcia: Universidad de Murcia.

Martínez Roche, E. (2011). *Unidad Docente de Enfermería Obstétrico-Ginecológica (Matrona): Memoria Académica*. Murcia: Universidad de Murcia.

Martínez Urionabarrenetxea, K. (2001). Hacia un nuevo modelo de relación clínica. *Semergen*, 27, 291-296. Recuperado de <http://www.elsevier.es/es/revistas/semergen-medicina-familia-40>.

Martínez-Cañavate, T. (2007). *Modelo Multinivel Explicativo de la Utilización de las Consultas de Atención Primaria en Andalucía*. (Tesis Doctoral). Universidad de Granada. Granada. Recuperado de <http://digibug.ugr.es/bitstream/10481/1660/1/16905234.pdf>

Masias, Y. (2006). *Relación entre actitudes hacia la sexualidad y nivel de conocimiento sobre factores de riesgo de discapacidad prenatal en adolescentes del cono sur de Lima*. (Tesis de Grado). Universidad Peruana Cayetano Heredia. Lima. Recuperado de <http://www.prenatal.tv/lecturas/peru/PPETesisIsabel.pdf>

Matar, H.E., Almerie, M.Q., Alsabbagh, M., Jawoosh, M., Almerie, Y., Abdulsalam, A., y Duley, L. (2010). Policies for care during the third stage of labour: a survey of maternity units in Syria. *BMC. Pregnancy and Childbirth*, 10, 32. Recuperado de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2903494/?tool=pubmed>. Traducción propia.

Medina, R.M., y Menéndez, A. (2004). Tecnologías médicas en el mundo contemporáneo: una visión histórica desde las periferias. *Dynamis*, 24, 15-26. Recuperado de la base de datos Cuiden Plus.

Mello de Carvalho, M.L. (2003). Fathers' participation in childbirth at a public hospital: Institutional difficulties and motivations of couples. *Cadernos de Saúde Pública*, 19, 389-398. Recuperado de la base de datos Cuiden plus. Traducción propia.

Menéndez, E., y Di Pardo, R. (1996). *De algunos alcoholismos y algunos saberes. Atención primaria y procesos de alcoholización*. Ciesas. México: Cuadernos de la Casa Chata

Menéndez, E.L. (1982). La crisis del modelo médico y las alternativas autogestionarias en salud. *Cuadernos Médicos Sociales*, 21, 1-13.

Menéndez, E.L. (1984). El Modelo Médico Hegemónico: Transacciones y Alternativas hacia una Fundamentación Teórica del Modelo de Autoatención en Salud. *Arxiu D'etnografia de Catalunya*, 3, 85-119. Recuperado de la base de datos Dialnet.

Menéndez, E.L. (1985). Crisis del Modelo Médico Hegemónico. *Cuadernos Médicos Sociales*, 33, 21-35.

Menéndez, E.L. (2000). Factores Culturales. De las definiciones a los usos específicos. En E. Perdiguero, y J. Comelles (Eds.), *Medicina y Cultura. Estudios entre la Antropología y la Medicina* (pp. 277-303). Barcelona: Edicions Bellaterra.

Menéndez, E.L. (2005). Intencionalidad, experiencia y función: la articulación de los saberes médicos. *Revista de Antropología Social*, 14, 33-69. Recuperado de la base de datos Dialnet.

Meneu, R. (2005). Participación de los pacientes en las decisiones sobre su asistencia sanitaria. *Revista de Calidad Asistencial*, 20(6), 337- 342.

Merino, M., Sebastián, T., Gómez, M.C., y Del Castillo, L. (2008). Utilidad y dificultades para la realización del informe de enfermería al alta hospitalaria según las enfermeras del Hospital de Fuenlabrada. *Revista Enfermería Clínica*, 18(2), 77-83.

Mira, J.J., Rodríguez, J., Carbonell, M.A., Pérez, V., Blaya, I.,...Aranaz, J. (2001). Causas de satisfacción e insatisfacción en Urgencias. *Revista de Calidad Asistencial*, 16, 390-396.

Miro Bonet, R., y Miro Bonet, M. (2010, primer semestre). Relaciones interprofesionales en los equipos de salud. Cuestiones pendientes de resolver. *Revista Tesela*, 7. Recuperado de <http://www.index-f.com/tesela/ts7/ts7266.php>

Molina, I., y Muñoz, E. (2010). El plan de parto a debate. ¿Qué sabemos de él?. *Revista Matronas Profesión*, 11(2), 53-57.

Monteagudo, L. (2000). La cirugía en el Imperio Romano. *Anuario Brigantino*, 23(5), 97. Recuperado de la base de datos Dialnet.

Montes, M^a.J. (1999). Medicalización reproductiva o la alineación del cuerpo. *Revista Enfermería Clínica*, 9(5), 206-212.

Montes, M^a.J. (2007). *Las culturas del nacimiento: Representaciones y prácticas de las mujeres gestantes, comadronas y médicos*. (Tesis Doctoral). Universidad Rovira y Virgili. Tarragona. Recuperado de la base de datos de Tesis Doctorales en Red.

Mora, M.A., y Urruela, V. (1991). Salud y Sociedad: Influencia de las Corrientes de Pensamiento en los Modelos Sanitarios. *Revista Española de Investigaciones Sociológicas*, 53, 19-27.

Morales, J.M., Gonzalo, E., Martín, F.J., Morilla, J.C., Terol, J., y Ruiz Barbosa, M.C. (2003). Guías de Práctica Clínica: ¿mejoran la efectividad de los cuidados?. *Revista Enfermería Clínica*, 13(1), 41-47.

Morán, L., González, S., Espinosa, A., Sandra, M., Sotomayor, S., León, Z., y Esquivel, I. (2008). El Razonamiento Clínico. Una Aproximación Conceptual como Base para la Enseñanza de la Enfermería. *Desarrollo Científico Enfermería*. 16(10), 446-451. Recuperado de la base de datos Cuiden Plus.

Moreno Domene, P., Estévez, J., y Moreno Ruiz, J.A. (2010). Indicadores de Gestión Hospitalaria. *Revista SEDISA S.XXI*, 16. Recuperado de C:\Documents and Settings\USUARIO\Escritorio\Indicadores de Gestión Hospitalaria - Publicación Médica de Directivos de la Salud.mht

Moreno, M., y Mira, A. (2005). Maternidades y madres: un enfoque historiográfico. En S. Caporale (Coord.), *Discursos teóricos en torno a la(s) maternidad(es)* (pp. 19-61). Madrid: Entinema.

Morgan, B.M., Bulpitt, C.J., Clifton, P., y Lewis, P.J. (1982). Analgesia and satisfaction in Childbirth (the Queen Charlotte's 1000 mother survey), *Lancet*, 2(8302), 808-810. Recuperado de la base de datos PubMed/MedLine.

Moya, C.J. (2001). Sentimientos y teoría de la acción. *Isegoría*, 25, 19-40. Recuperado de la base de datos Dialnet.

Muñoz, C. (1987). Informe de la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud. Alma-Ata, U.R.S.S., 6-12 de Septiembre de 1978. *Introducción al trabajo de la matrona en Atención Primaria* (pp.17-22). Madrid: INSALUD.

Muñoz, J.J., Baena, G., y Venzalá, M^a.J. (1999). Guía de Cuidados del Recién Nacido. Hospital Universitario Reina Sofía. Recuperado de http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/hrs2/fileadmin/user_upload/area_enfermeria/enfermeria/publicaciones_enfermeria/recien_nacido.pdf

Murcia. Centro Regional de Estadística de Murcia. Datos Básicos de la Región de Murcia (2009). Murcia: Autor. Recuperado de http://www.carm.es/econet/sicrem/PU_datosBasicos/Indice3.html

Murcia. Consejería de Sanidad y Consumo. Subdirección General de Calidad Asistencial. (2005). Informes Internos sobre Indicadores de calidad percibida y satisfacción. Atención Hospitalaria II. Murcia: Autor. Recuperado de <http://www.murciasalud.es>

Murcia. Consejería de Sanidad. Conjunto Mínimo de Base de Datos en Atención Especializada (2007). Murcia: Autor. Recuperado de <http://www.murciasalud.es>

Murcia. Consejería de Sanidad. Estrategias para el Desarrollo Sostenible de la Sanidad 2005-2010. Murcia: Autor. Recuperado de <http://www.murciasalud.es>

Murcia. Consejería de Sanidad. Servicio Murciano Salud (2007). Guía del Consentimiento Informado. Murcia: Autor. Recuperado de <http://www.murciasalud.es>.

Murcia. Consejo Económico y Social de la Región de Murcia. (2009). El Sistema Sanitario Público en la Región de Murcia. Murcia: Autor. Recuperado de http://www.cesmurcia.es/memoria/a_2009/Capitulo_05_memoria_2009.pdf

Murcia. Universidad de Murcia. Escuela Universitaria de Enfermería. XII Memoria Académica 2007-2008. Murcia: Autor.

Murcia. Universidad de Murcia. Facultad de Medicina. (2009). Proyecto de Título de Grado en Medicina. Murcia: Autor.

Murcia. Universidad de Murcia. Unidad Docente de Medicina Preventiva y Salud Pública. (1991). Nueva encuesta de posthospitalización de Instituto Nacional de la Salud. Murcia: Autor.

Nakano, A.M., Amorín, L., Sartorato, C., Stefanello, J., y Gomes, A. (2007). O suporte durante o processo de parturição: a visao do acompanhante. *Acta Paulista Enfermagem*, 20(2), 131-137. Recuperado de la base de datos de LILACS. Traducción propia.

Narotzky, S. (1995). *Mujer, Mujeres, Género. Una aproximación crítica al estudio de las mujeres en las ciencias sociales*. Madrid: CSIC.

Nash, M. (2006). Maternidad, maternología y reforma eugénica en España, 1900-1939. En G. Duby, y M. Perrot (Dirs.). *Historia de las Mujeres* (pp. 687-780). Madrid: Taurus.

Navarro, M.A., Ruiz, F., Reyes, A., Gutiérrez, I., Hermosilla, T., Alonso, C., ...Asúa, J. (2005). ¿Las guías que nos guían son fiables?. Evaluación de las Guías de Práctica Clínica españolas. *Revista Clínica Española*, 205(11), 533-540.

Netherland. International Confederation of Midwives. (2011). International Code of Ethics For Midwives. Netherland: Author. Recuperado de <http://www.internationalmidwives.org/Portals/5/2011/International%20Code%20of%20Ethics%20for%20Midwives%20jt%202011rev.pdf>

Nicolaides, K.H., y Falcon, O. (2004). La ecografía de las 11-13+6 semanas. Londres: Fetal Medicine Foundation. Recuperado de [http// www. Fetalmedicine.com](http://www.Fetalmedicine.com)

Nieto, J.A. (1983). Algunos aspectos Culturales de las Enfermedades y de la Medicina. *Revista Española de Investigaciones Sociológicas*, 22, 137-145.

Nivón, E., y Rosas, A.M. (1991). Para interpretar a Clifford Geertz. Símbolos y metáforas en el análisis de la cultura. *Alteridades*, 1(1), 40-49. Recuperado de <http://148.206.53.230/revistasuam/alteridades/include/getdoc.php?rev=alteridades&id=303&article=205&mode=pdf>

Noerager, P. (2003). Erosionar la Teoría Fundamentada. En J.M. Morse (Ed.), *Asuntos críticos en los métodos de investigación cualitativa* (pp. 269-281). Alicante: Universidad de Alicante.

Normando, E. (2007). De la ocupación a la profesión. Algunas consideraciones sobre la profesión médica en el Antiguo Régimen Hispanocolonial (El caso de Jujuy- Argentina). *Revista de Historia & Humanidades Médicas*, 3(1), 1-18. Recuperado de www.fmv-uba.org.ar/histomedicina.

Nunes, F., Vieira de Oliveira, L., Meneses, M.O., y Sampaio, I. (2007). Sentimientos vivenciados por Mulheres durante trabalho de parto e parto. *Revista Baiana de Enfermagem*, 21(1), 31-40. Recuperado de la base de datos Cuiden Plus. Traducción propia.

Obregón, N., Rebollo, G., Costa, M.P., Puig, S., Calle, S., y Garrido, M. (2011). El triaje obstétrico: nuevo reto para las matronas. Experiencia del hospital Parc Taulí en la implementación de un sistema de triaje obstétrico. *Revista Matronas Profesión*, 12(2), 49-53.

Odent, M. (2006). *La cesárea*. Barcelona: La liebre de Marzo

Ortega, E.M., Ruiz, A., Garrido, A.E., y Marchador, B. (2009). Evidencia Científica en relación con el momento idóneo para pinzar el cordón umbilical. *Revista Matronas Profesión*, 10(2), 25-28.

Ortega, P., y Mínguez, R. (2001). Familia y transmisión de valores. En *Familia, juventud y nuestros mayores: la actitud proactiva* (pp. 125-139). Galicia: Fundación Caixagalicia.

Ortega, R., Sánchez Martínez, G., García Ruiz, A., y Sánchez Perruca, M^a.I. (2001). ¿Están satisfechas las mujeres con la atención proporcionada por la matrona durante el parto? *Revista ROL Enfermería*, 24(4), 50-59.

Ortí, A. (1986). La apertura y el enfoque cualitativo o estructural: la entrevista abierta, semidirectiva y la discusión en grupo. En M. García Fernando, J. Ibáñez, y F. Alvira (Comps.), *El análisis de la realidad social* (pp.153-185). Madrid: Alianza Universidad.

Ortigosa, R., y De la Torre, M.T. (2007). *Guía de Práctica Clínica de Asistencia al Parto Normal*. Área Sanitaria Norte de Málaga: Hospital de Antequera. Recuperado de <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0321.pdf>

Ortiz Palacios, L.A. (1999). Acción, Significado y Estructura en la Teoría de A.Giddens. *Revista Convergencia*, 6(20), 57-84. Recuperado de <http://redalyc.uaemex.mx/pdf/105/10502002.pdf>

Ortiz, T. (1993). El discurso médico sobre las mujeres en la España del primer tercio del siglo veinte (Vol. 1). En M.T. López (Coord.), *Las mujeres en Andalucía. Actas del 2º encuentro interdisciplinar de estudios de la mujer en Andalucía* (pp. 107-138). Málaga: Diputación Provincial de Málaga.

Ortiz, T. (1996). Protomedicato y Matronas. Una Relación al servicio de la cirugía. *Dynamis. Acta Hispanica ad Medicinae scientiarumque historiam illustradam*, 16, 109-120. Recuperado de la base de datos Cuiden Plus.

Ortner, S.B. (1974). Is female to male as nature to culture?. En M.Z. Rosaldo, y L. Lampere (Eds.), *Woman, Culture and Society* (pp. 67-88). Stanford University Press.

Otegui, R. (2000). Factores Socioculturales del dolor y sufrimiento. En E. Perdiguero, y J. Comelles, J. (Eds.), *Medicina y Cultura. Estudios entre la Antropología y la Medicina* (pp. 227-248). Barcelona: Edicions Bellaterra.

Palacio, F. (2005). Los derechos de los pacientes: algunas reflexiones desde la atención primaria. *Revista Calidad Asistencial*, 20(6), 311-317.

Palomar, C. (2005). Maternidad: Historia y Cultura. *Teoría*, 22, 36-67. Recuperado de <http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=88402204>

Parsons, T. (1978). *Essays in Sociological Theory*. New York: Free Press.

Paterna, C., Martínez, C., y Rodes, J. (2005). Creencia de los hombres sobre lo que significa ser padre. *Interamerican Journal of Psychology*, 32(2), 275-284. Recuperado de la base de datos Dialnet.

Pelcastre, B. (2005). Embarazo, parto y puerperio: creencias y prácticas de parteras en San Luís Potosí. *Revista Escuela de Enfermería USP*, 39(4), 375-382. Recuperado de la base de datos Cuiden Plus.

Pendelton, D. (1984). *The consultation : an approach to learning and teaching*. Oxford: Oxford University Press.

Peplau, H.E. (1992). *Relaciones Interpersonales en Enfermería*. Barcelona: Ediciones Científicas y Técnicas, S.A.

Perdiguero, E. (2009). Sobre el pluralismo asistencial. En J.M. Comelles, M.A Martorell, y M. Bernal (Eds.), *Enfermería y Antropología. Padeceres, Cuidadores y Cuidados* (pp. 113-137). Barcelona: Icaria.

Pérez Melero, A. (1997). El Consentimiento Informado. En L.M. Pastor, y F.J. León (Coords.), *Manual de Ética y Legislación en Enfermería* (pp.104-105). Madrid: Mosby

Pérez Nieto, M.A., y Redondo, M.M^a. (2006). Procesos de Valoración y Emoción: características, desarrollo, clasificación y estado actual. *Revista Electrónica de Motivación y Emoción*, IX(22). Recuperado de <http://reme.uji.es/articulos/numero22/revisio/num22revisio.pdf>

Pizarro, N. (1979). *Metodología sociológica y teoría lingüística*. Madrid: Alberto Corazón.

Plata, R.M^a. (2007). Prólogo. En R.M^a Plata (Ed.), *Cartilla nueva, útil y necesaria para instruirse las Matronas, que vulgarmente se llaman Comadres en el oficio de Partear* (pp. 2-7). Madrid: Asociación Española de Matronas.

Ponce, M.A. (2005). Conocimientos de las puérperas sobre autocuidados y cuidados del recién nacido en el momento del alta hospitalaria. *Revista Matronas Profesión*, 6(3), 14-19.

Puy, A. (1995). Aceptabilidad Social de los Riesgos. *Estudios de Psicología*, 53, 97-111. Recuperado de la base de datos Dialnet.

Quero, A. (2004). Formación, humanismo y humanización. *Revista Metas Enfermería*, 7(3), 55-58.

Quintana, J.L. (2010). La burocracia en Atención Primaria: una tontería electrónica no deja de ser una tontería. *Revista Formación Médica Continuada*, 17(6), 400-404.

Ramió, A. (2005). *Valores y Actitudes Profesionales. Estudio de la práctica profesional enfermera en Catalunya*. (Tesis Doctoral). Universidad de Barcelona. Barcelona. Recuperado de la base de datos Dialnet.

Ranta, P., Spalding, M., Kangas, T., Jokela, R., Hollmen, A., Jouppila, P., y Jouppila, R. (1995). Maternal expectations and experiences of labour pain--options of 1091 Finnish parturients. *Acta Anaesthesiologica Scandinavica*. 39(1), 60-66. Recuperado de la base de datos Embase.

Real Academia Española (1992). Diccionario de la lengua española (21a ed.). Madrid: Espasa Calpe, S.A.

Rebull, J., Castella, M., De Pablo, A., Vázquez, R., Portoles, M., y Cánovas, R. (2003). Satisfacción de los usuarios de un servicio de urgencias: comparación de resultados. *Revista Calidad Asistencial*, 18(5), 286-290.

Rengel- Díaz, C. (2008). Recomendaciones al parto normal de la OMS. ¿Qué opinan las matronas de un servicio?. *Revista Enfermería Docente*, 88, 3-11.

Rengel-Díaz, C. (2006). El padre ¿Participante o espectador del embarazo y parto? Relato biográfico de un padre primerizo. *Arch Memoria* 3(4). Recuperado de <http://www.index-f.com/memoria/3/a40605.php>.

Restrepo, L.C. (1996) Violencia Médica. En L.C Restrepo, y M. Espinel (Eds.), *Semiología de las prácticas de salud* (pp. 217-229). Bogotá: Universidad Nacional.

Rigol, A. (2003). Saberes de mujeres. La legitimación del conocimiento femenino. *Revista Cultura de los cuidados Digital*, 14. Recuperado de http://www.index-f.com/cultura/14/14_articulo_21-26.php.

Rincón E., Rosa, M.T., Amengual, A., y Matos, O. (2009). La Desmedicalización del Parto. *Revista del CNEM*, 1, 1- 6. Recuperado de la base de datos Dialnet.

Ríos, D., Grifol, R., Segarra, J., y Góngora, J. (1998). Grado de satisfacción de la madre en ante el parto hospitalario público. *Revista Enfermería Integral*, 44, XX-XXV. Recuperado de la base de datos Cuiden Plus.

Robertson, A. (2004). El Dolor en el Parto. *Revista Ob-Stare*, 12, 32-39.

Rocher, G. (1973). *Introducción a la Sociología General*. Barcelona :Herder.

Rodríguez, A. (1993). *Psicología social* (4a ed.). México D. F.: Trillas

Rodríguez, A. (2004). Modelos de relación médico-paciente. Reflejo de la deshumanización de la salud. *Revista de Estudios Médico Humanísticos*, 12(2). Recuperado de <http://escuela.med.puc.cl/publ/ArsMedica/ArsMedica12/Modelos.html>

Rodríguez, C., y Cachafeiro, A. (1995). *La represión del deseo materno y la génesis del estado de sumisión inconsciente*. Madrid: Madre Tierra.

Rodríguez, J. (1986). El Impacto Psicológico de la hospitalización. *Revista análisis y modificación de la conducta*, 12(33), 421-439.

Rodríguez, J., y Zurriaga, R. (1997). *El Marco Hospitalario: Estructura y Funciones. Estrés, Enfermedad y Hospitalización. Series Monográficas nº 17*. Granada: Escuela Andalucía de Salud Pública.

Romero, M., Soria, V., Ruiz, P., Rodríguez, E., y Aguayo, J.L. (2010). Guías y Vías Clínicas, ¿Existe realmente diferencia? *Revista de Cirugía Española*, 88(2), 81-84.

Romero-Salinas, G., y Otros. (2006). El Dolor y su significado a través de la historia. *Revista Digital de la Unidad para la Atención de las Organizaciones Sociales*. Recuperado de http://www.organizacionessociales.segob.gob.mx/UAOS-Rev4/el_dolor.html

Royes, A. (2001). Temas de Bioética. *Revista de Calidad Asistencial*, 16, 144-147.

Rubio, L. (2006). Humanización del cuidado: de la jerarquía a la colaboración. *Revista Metas en Enfermería*, 9(4), 57-60.

Ruiz Moral, R., Rodríguez, J.J., y Epstein, R. (2003). ¿Qué estilo de consulta debería emplear con mis pacientes?: reflexiones prácticas sobre la relación médico-paciente. *Revista Atención Primaria*, 32(10), 594-602.

Sadler, M. (2003). *Así me nacieron a mi hija. Aportes Antropológicos para el análisis de la atención biomédica del parto hospitalario* (Tesis para optar al título de Antropología Social).

Recuperado de https://www.u-cursos.cl/medicina/2009/1/OB01010600005/1/material_docente/bajar?id_material=223941

Sáez, J., y García Molina, J. (2006). *Pedagogía Social. Pensar la Educación social como profesión*. Madrid: Alianza Editorial.

Salgado, A., Maceira, M., López, M., y Atienza, G. (2010). Variabilidad del parto en España. Análisis del conjunto mínimo básico de datos al alta hospitalaria. *Revista Progresos de Obstetricia y Ginecología*, 53(6), 215-222. Recuperado de la base de datos Dialnet.

Sánchez Marín, F.J. (2007). *Análisis de valores en los agentes de formación de los residentes de medicina familiar y comunitaria. Un estudio biográfico –narrativo*. (Tesis Doctoral). Universidad de Murcia. Murcia.

Sánchez Perruca, M^a.I., Fernández, M., Benito, N., Castaños, M.J., García, L., López, P.,...Zapater, C. (2002). Dolor, temor y ansiedad durante el parto, como diagnósticos de enfermería. *Revista Metas Enfermería*, IV(41), 31-38.

Sánchez, A., Martínez Carrasco, M.T., Hernández Pérez, M.C. (2004). El contacto precoz madre-hijo en el posparto: satisfacción materna y vínculo afectivo. *Revista Matronas Profesión*, 5(15), 12-18.

Sánchez, D. (2008). El Discurso Médico, Piedra Angular de la Construcción de las Relaciones de Genero en la Época Contemporánea. *Asclepio. Revista de Historia de la Medicina y de la Ciencia*, LX(1), 63-82. Recuperado de la base de datos Dialnet.

Sanmartín, R. (2000). Etnografía de los valores. *Revista Teoría de la Educación*, 12, 129-141. Recuperado de la base de datos de Dialnet.

Sanmartín, R. (2003). *Observar, escuchar, comparar y escribir. La práctica de la Investigación Cualitativa*. Barcelona: Ariel Antropología.

Santos, A.M. (2003). Humanización de la Atención Sanitaria: retos y perspectivas. *Cuadernos de Bioética*, XIV(50), 39-60. Recuperado de la base de datos Dialnet.

Santos, C.R., Toledo, N.N., y Silva, S.C. (1999). Humanização em Unidade de Terapia Intensiva: paciente-equipe de enfermagem-familia. *Revista Nursing*, 2(17), 26-29. Recuperado de la base de datos LILACS.

Sau.V. (1981). *Diccionario ideológico feminista* (Vol.1). Barcelona: Icaria.

Sau.V. (2004). *El vacío de la maternidad*. Barcelona. Icaria Editorial, S.A.

Schiff, M., y La Ferla, J.J. (1985). Childbirth at home or in the hospital: a prospective study of decision- making. *Journal of Psychosomatic Obstetrics Gynaecology*, 4, 41-50. Recuperado de PubMed/MedLine.

Schmid, V. (2010). *El Dolor del Parto. Una Nueva Interpretación de la Fisiología y la Función del Dolor*. Tenerife: Ob Stare.

Schön, D.A. (1998). *El Profesional Reflexivo. Cómo piensan los profesionales cuando actúan*. Barcelona: Paidós.

Seefoó, J.L. (2004). Reseña de “La aceptabilidad del riesgo según las ciencias sociales “de Mary Douglas”. *Red de Revistas Científicas de América Latina y el Caribe*, XXV(097), 299-306. Recuperado de <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=13709711>

Serrano, I. (2002). La formación de las Matronas a lo largo de la historia. Pamplona: Asociación Navarra de Matronas. Recuperado de <http://www.matronasdenavarra.com/pdfs/formacion.pdf>.

Sharp, E. (1998). Ethics in reproductive Health Care: A Midwifery Perspective. *Journal of Nurse- Midwifery*, 43(3), 235- 245. Recuperado de la base de datos PubMed/ MedLine. Traducción propia.

Sierra, R. (1985). *Técnicas de investigación social. Teoría y Ejercicios*. Madrid: Paraninfo.

Siles, J. (1999). *Historia de la Enfermería*. Alicante: Aguaclara.

Simón, P. (2002). La ética de las organizaciones sanitarias: el segundo estadio de desarrollo de la Bioética. *Revista de Calidad Asistencial*, 17(4), 247-259.

Simón, P., Barrio, I.M.^a, Sánchez Álvarez, C.M., Tamayo, M.I., Molina, A.S., y Jiménez, J.M. (2007). Satisfacción de los pacientes con el proceso de información, consentimiento y toma de decisiones durante la hospitalización. *Revista Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, 30(2), 191-198. Recuperado de la base de datos Dialnet.

Simón, P., y Júdez, J. (2004). Consentimiento Informado. En D. Gracia, y J. Júdez (Eds.), *Ética en la práctica clínica* (pp.33-54). Madrid: Triacastela.

Simpson, H. (1992). El Modelo de Peplau en la Práctica. *Modelo de Peplau: Aplicación Práctica* (pp. 35-43). Barcelona: Ediciones Científicas y Técnicas, S.A.

Sink, K.K. (2001). *Perceptions, informational needs and feelings of competency of new parents*. Michigan: University of Michigan.

Sinusas, K., y Gagliardi, M.A. (2001). Initial Management of Breastfeeding. *American Family Physician*, 64(6), 981-988. Recuperado de PubMed/MedLine.

Sissa, G. (2006). Filosofías del género: Platón, Aristóteles y la diferencia sexual. En G. Duby, y M. Perrot (Coords.), *Historias de las Mujeres* (pp. 89-131). Madrid: Santillana, S.A.

Slade P., MacPherson S.A., y Maresh, M. (1993). Expectations, experiences and satisfaction with labor. *British Journal of Clinical Psychology*, 32, 469-483. Recuperado de la base de datos Embase.

Soares, S.B., Luzia, J., Lorenzini, A., Giacomelli, G., Conceição, A., y Lima, V.R. (2010). La Teoría Fundamentada en los Datos. Un Camino a la Investigación de Enfermería. *Revista Index de Enfermería*, 19(1), 55-59.

Solé, L.C. (1997). Acerca de la Modernización, la Modernidad y el Riesgo. *Revista Española de investigaciones sociológicas* 80, 111-131. Recuperado de la base de datos de Dialnet.

Spiggle, S. (1994). Analysis and interpretation of Qualitative Data in Consumer Research. *Journal of Consumer Research*, 21(3), 491-503. Recuperado de PubMed/MedLine. Traducción propia.

Tamariz, J.H., Obregón, M., Jara, J.C., Díaz Herrera, J., Jefferson, L., y Guerraallison H. (2004). Colonización vaginal y anorectal por streptococcus agalactiae en gestantes de los Hospitales Nacionales Cayetano Heredia y Arzobispo Loayza. *Revista Medica Herediana*, 15(3), 144-150. Recuperada de la base de datos SciELO.

Tardaguila, M.P., Méndez Pérez, C.L., Torres, J.C., Méndez García, T., Benito, B., y López de Castro, F. (2008). La información al paciente y su participación en la Toma de Decisiones en las Urgencias de Atención Primaria. *Revista Clínica Medicina Familia*, 2(4), 145-148.

Taylor, S.J., y Bodgan, R. (1986). *Introducción a los métodos cualitativos de investigación. La búsqueda de significados*. Buenos Aires: Editorial Paidós.

Taylor, S.J., y Bodgan, R. (1994). *Introducción a los métodos cualitativos de investigación*. Barcelona: Paidós

Téllez, A. (2007). *La Investigación Antropológica*. Alicante: Editorial Club Universitario.

Téllez, A., y Heras, P. (2005). Representaciones de género y maternidad: una aproximación desde la antropología sociocultural. En S. Caporale (Coord.), *Discursos teóricos en torno a la(s) maternidad(es)* (pp. 63-100). Madrid: Entinema.

Thompson, J.E. (2001). Aspectos éticos de los cuidados de la partería. *Revista Matronas Profesión*, 2(Extra), 21-24.

Torres, J.M., Valverde, J.A., Melero, A., Priego, E., Arones, M.A., y Pellicer, B. (2002). Maternal Behaviour en labour according to clinical and sociological childbirth variables.

Revista Progresos Obstetricia y Ginecología, 45(4), 137-144. Recuperado de la base de datos Dialnet.

Tubert, S. (2001). *Mujeres sin sombra. Maternidad y Tecnología*. Madrid: Siglo XXI.

Tubert, S. (2010). Los ideales culturales de la feminidad y su efecto sobre el cuerpo de las mujeres. *Quaderns de Psicologia*, 12(2), 161-174. Recuperado de la base de datos Dialnet.

Turabián, J.L. (2003). Una medicina a escala humana. *JANO*, 65(1489), 800.

Turner, V. (1967). *The Forest of Symbols*. Ithaca: Cornell University Press.

Uribe, J.M. (2009). El peligro del Riesgo. Hacia una Antropología de los Riesgos. En J.M. Comelles, M.A. Martorell, y M. Bernal (Eds.), *Enfermería y Antropología. Padeceres, Cuidadores y Cuidados* (pp. 141-172). Barcelona: Icaria.

Vallbona, C. (2000). La tecnología médica: su impacto en la relación médico-paciente. *Revista Rol de Enfermería*, 23(2), 149-150.

Valle, J.I. (2002). El saber y la práctica de las matronas: desde los primeros manuales hasta 1957. *Matronas Profesión*, 3(9), 28-35.

Vasilachis, I. (2006). La investigación cualitativa. En I. Vasilachis de Galiano (Coord.), *Estrategias de investigación cualitativa* (pp. 23-60). Barcelona: Gedisa, S.A.

Velandia, M. (2008). *Investigación Cualitativa. Observación y Grupos Focales*. Bogotá: Proyecto Fondo Mundial en Colombia. Recuperado de <http://manuelvelandiaautobiografiayarticulos.blogspot.com/2008/03/investigacion-cualitativa-observacion-y.html>

Velasco, H.M^a., y Díaz de Rada, A. (1997). *La lógica de la investigación etnográfica. Un modelo de trabajo para etnógrafos de la escuela*. Madrid: Ed. Trotta.

Vidal, M. (2009). Evolución de las episiotomías realizadas en el hospital “Ciudad de Coria” entre 1997 y 2005. Repercusiones anatómicas y clínicas. *Revista Matronas Profesión*, 10(1), 5-9.

Vila- Blasco, B., Bilbao, C., y Porras, A. (1997). Teoría Enfermera. Aproximación al contexto actual de enfermería. *Revista Cultura de los cuidados*, 1, 63-69.

Vila Merino, E.S. (2005). Educar en valores, educar por los derechos humanos: la reflexión y el diálogo como estrategias para la prevención y resolución de conflictos. *Revista Iberoamericana de Educación*, 37(5). Recuperado de la base de datos Dialnet.

Vilchez, V. (2010). Construcción del concepto de Promoción de la Salud en la Práctica Transdisciplinaria. *Revista Enfermería Actual en Costa Rica*, 19. Recuperado de la base de datos Dialnet.

Vivar C.G., Arantzamendi, M., López- Dicastillo, O., y Gordo L. (2010). La Teoría Fundamentada como metodología de Investigación Cualitativa en Enfermería. *Revista Index Enfermería*, 19(4), 283-288.

Waldeström, U., Borg, I.M., Olleson, B., Skold, M., y Wall, S. (1996). The childbirth experience: a study of 295 new mothers. *Birth*, 23, 144-153. Abstract recuperado de la base de datos de PubMed/MedLine. Traducción propia.

Waldeström, U., y Nilsson, C.A. (1994). Experience of childbirth in birth center care. A randomized controlled study. *Acta Obstetrica Gynecologica Scandinavia*, 73(7), 547-554. Recuperado de Pub Med/Medline.

Walker, D.S., Visger, J.M., y Rossie, D. (2009). Contemporary Childbirth Education Models. *Journal of Midwifery & Women's Health*, 54(6), 469-476. Recuperado de la base de datos de Embase. Traducción propia.

White, L.A. (1982). *La ciencia de la cultura. Un estudio sobre el hombre y la civilización*. Buenos Aires: Paidós Ibérica, S.A.

Wolfson, A., Lacks, P., y Futterman, A. (1992). Effects of parents training on infant sleeping patterns, parents stress and perceived parental competence. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 60(1), 41-48. Recuperado de la base de datos Pubmed/Medline. Traducción propia.

Zabala, J., Alconero, A.R., Casassus, M., Gutiérrez, E., y Saiz, G. (2007). Evaluación de aspectos bioéticos en los profesionales de la salud. *Revista Enfermería Clínica*, 17(2), 56-62.

Zamarriego, J., Cabero, L., Usandizaga, R., Abel, F., Cabrillo, E., Cuadrado, C.,... Puerta, L. (2009). Un nuevo escenario asistencial. *Revista Progresos Obstetricia y Ginecología*, 52(11), 653-667. Recuperado de la base de datos IME.

Zoppi, K., y Epstein R.M. (2001). ¿Es la comunicación una habilidad?. Las habilidades comunicativas para mantener una buena relación. *Revista Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, 24 (Supl.2), 23-31.

ANEXOS (CD-ROM)

Anexo 1. Proyecto investigación “Estudio Exploratorio del Fenómeno de la Humanización en el Parto y Puerperio en la Región de Murcia”.



MINISTERIO
DE CIENCIA
E INNOVACIÓN



SUBDIRECCIÓN GENERAL DE EVALUACIÓN
Y FOMENTO DE LA INVESTIGACIÓN
RECURSOS HUMANOS

**JOAQUÍN ARENAS BARBERO, SUBDIRECTOR GENERAL DE
EVALUACIÓN Y FOMENTO DE LA INVESTIGACIÓN**

CERTIFICA

Que de los antecedentes que obran en poder de esta Subdirección resulta, que:

D. JOSE ARNAU SANCHEZ

figura en nuestra Base de Datos como Investigador Colaborador en el Proyecto de Investigación siguiente:

Nº de Expte. : 07/1286

Título del Proyecto: “ESTUDIO EXPLORATORIO SOBRE EL FENOMENO DE HUMANIZACION EN EL PARTO/PUERPERIO”.

Duración: 3 años.

Investigadora Principal: MARTINEZ ROCHE, MARIA EMILIA .

Y para que así conste, a petición del interesado, se expide el presente certificado en Madrid a 23 de noviembre de 2011.



Anexo 2. Plan de Estudios de Licenciado en Medicina -2001.

ASIGNATURAS TRONCALES	DURACIÓN	CRÉDITOS TEÓRICOS	CRÉDITOS PRÁCTICOS	CRÉDITOS TOTALES
CURSO 1º				
Bioquímica y Biología Molecular	Anual	10,5	10,5	21
Anatomía I	Anual	6	6	12
Biología Celular, Histología y Embriología Celular Humana	Anual	4,5	4,5	9
Historia de la Medicina y Documentación Médica	1º Cuatr.	4,5	3	7,5
Bioestadística	1º Cuatr.	4	2	6
Física Médica	2º Cuatr.	4	2	6
Evolución y Adaptación del Organismo Humano al Medio Ambiente	2º Cuatr.	2,5	2	4,5
Optativa de primer ciclo				4,5
TOTAL PRIMERO		36	30	70,5
ASIGNATURAS TRONCALES	DURACIÓN	CRÉDITOS TEÓRICOS	CRÉDITOS PRÁCTICOS	CRÉDITOS TOTALES
CURSO 2º				
Fisiología Humana	Anual	11,5	11	22,5
Anatomía II	1º Cuatr.	6	6	12
Anatomía III	2º Cuatr.	6	6	12
Organografía Microscópica Humana	Anual	4,5	4,5	9
Inmunología	Anual	5	5,5	10
Genética Humana	1º Cuatr.	3	3	6
Epidemiología General y Demografía Sanitaria	2º Cuatr.	2,5	2	4,5
Optativa de primer ciclo				4,5
TOTAL SEGUNDO		38,5	38	81

ASIGNATURAS TRONCALES	DURACIÓN	CRÉDITOS TEÓRICOS	CRÉDITOS PRÁCTICOS	CRÉDITOS TOTALES
CURSO 3º				
Patología General y Propedeútica Clínica	Anual	10,5	10,5	21
Microbiología	Anual	6	6	12
Fundamentos de Cirugía	Anual	6	6	12
Radiología y Medicina Física generales	1º Cuatr.	3,5	2	5,5
Bases Psicológicas de los Estados de Salud y Enfermedad	Anual	5	4	9
Farmacología General	2º Cuatr.	3	3	6
Anatomía Patológica General	1º Cuatr.	3	3	6
TOTAL TERCERO		37	34,5	71,5

ASIGNATURAS TRONCALES	DURACIÓN	CRÉDITOS TEÓRICOS	CRÉDITOS PRÁCTICOS	CRÉDITOS TOTALES
CURSO 4º				
Patología Médico-Quirúrgica I	Anual	14,5	21,5	36
Medicina Preventiva y Salud Pública y Comunitaria	Anual	4,8	7,2	12
Obstetricia	Anual	4,2	6,3	10,5
Oftalmología	1º Cuatr.	3	4,5	7,5
Pediatría I	Anual	3,5	5,5	9
TOTAL CUARTO		30	45	75

ASIGNATURAS TRONCALES	DURACIÓN	CRÉDITOS TEÓRICOS	CRÉDITOS PRÁCTICOS	CRÉDITOS TOTALES
CURSO 5º				
Patología Médico-Quirúrgica II	Anual	14,5	21,5	36
Pediatría II	Anual	5,5	8	13,5
Anatomía Patológica Especial	Anual	3,5	5,5	9
Ginecología	Anual	3,5	5,5	9
Otorrinolaringología	1º Cuatr.	3	4,5	7,5
Optativa de Segundo Ciclo				4,5
TOTAL QUINTO		30	45	79,5

ASIGNATURAS TRONCALES	DURACIÓN	CRÉDITOS TEÓRICOS	CRÉDITOS PRÁCTICOS	CRÉDITOS TOTALES
CURSO 6º				
Patología Médico-Quirúrgica III	Anual	14,5	21,5	36
Psiquiatría	Anual	4	6,5	10,5
Medicina Legal y Toxicología. Deontología y Legislación Médica	Anual	4,2	6,3	10,5
Farmacología Terapéutica	Anual	3,5	5,5	9
Dermatología	1º Cuatr.	3	4,5	7,5
Radiología y Medicina Física especial y Rehabilitación	2º Cuatr.	0	5	5
TOTAL SEXTO		29,2	49,3	78,5

Anexo 3. Plan de estudios Licenciatura de Medicina (B.O.E nº 114, de 12 de mayo de 2007).

ASIGNATURAS TRONCALES	DURACIÓN	CRÉDITOS TEÓRICOS	CRÉDITOS PRÁCTICOS	CRÉDITOS TOTALES
CURSO 1º				
Bioquímica y Biología Molecular	Anual	10,5	10,5	21
Anatomía I	Anual	6	6	12
Biología Celular, Histología y Embriología Celular Humana	Anual	4,5	4,5	9
Historia de la Medicina y Documentación Médica	1º Cuatr.	4,5	3	7,5
Bioestadística	1º Cuatr.	4	2	6
Física Médica	2º Cuatr.	4	2	6
Evolución y Adaptación del Organismo Humano al Medio Ambiente	2º Cuatr.	2,5	2	4,5
Optativa de primer ciclo				4,5
TOTAL PRIMERO		36	30	70,5

ASIGNATURAS TRONCALES	DURACIÓN	CRÉDITOS TEÓRICOS	CRÉDITOS PRÁCTICOS	CRÉDITOS TOTALES
CURSO 2º				
Fisiología Humana	Anual	11,5	11	22,5
Anatomía II	1º Cuatr.	6	6	12
Anatomía III	2º Cuatr.	6	6	12
Organografía Microscópica Humana	Anual	4,5	4,5	9
Inmunología	Anual	5	5,5	10
Genética Humana	1º Cuatr.	3	3	6
Epidemiología General y Demografía Sanitaria	2º Cuatr.	2,5	2	4,5
Optativa de primer ciclo				4,5
TOTAL SEGUNDO		38,5	38	81

ASIGNATURAS TRONCALES	DURACIÓN	CRÉDITOS TEÓRICOS	CRÉDITOS PRÁCTICOS	CRÉDITOS TOTALES
CURSO 3º				
Patología General y Propedeútica Clínica	Anual	10.5	10.5	21
Microbiología	Anual	6	6	12
Fundamentos de Cirugía	Anual	6	6	12
Radiología y Medicina Físicas Generales	1º Cuatr.	3.5	2	5.5
Bases Psicológicas de los Estados de Salud y Enfermedad	Anual	5	4	9
Farmacología General	2º Cuatr.	3	3	6
Anatomía Patológica General	1º Cuatr.	3	3	6
TOTAL TERCERO		37	34.5	71.5

ASIGNATURAS TRONCALES	DURACIÓN	CRÉDITOS TEÓRICOS	CRÉDITOS PRÁCTICOS	CRÉDITOS TOTALES
CURSO 4º				
Medicina Preventiva y Salud Pública y Comunitaria	Anual	4,8	7,2	12
Obstetricia	Anual	4,2	6,3	10,5
Pediatría I	Anual	3,5	5,5	9
Oftalmología	1º Cuatr.	3	4,5	7,5
Cardiología	1º Cuatr.	3,5	5	8,5
Neumología	1º Cuatr.	2	3	5
Aparato Digestivo	2º Cuatr.	2	2,5	4,5
Cirugía del Aparato Digestivo	2º Cuatr.	5	8	13
Cirugía Torácica	2º Cuatr.	2	3	5
TOTAL CUARTO		30	45	75

ASIGNATURAS TRONCALES	DURACIÓN	CRÉDITOS TEÓRICOS	CRÉDITOS PRÁCTICOS	CRÉDITOS TOTALES
CURSO 5º				
Pediatría II	Anual	5,5	8	13,5
Anatomía Patológica Especial	Anual	3,5	5,5	9
Ginecología	Anual	3,5	5,5	9
Otorrinolaringología	1º Cuatr.	3	4,5	7,5
Traumatología	1º Cuatr.	5	7,5	12,5
Reumatología	1º Cuatr.	2	3	5
Neurología y Neurocirugía	2º Cuatr.	4	6	10
Nefrología y Urología	2º Cuatr.	3,5	5	8,5
Optativa de Segundo Ciclo	2º Cuatr.			4,5
TOTAL QUINTO		30	45	79,5

ASIGNATURAS TRONCALES	DURACIÓN	CRÉDITOS TEÓRICOS	CRÉDITOS PRÁCTICOS	CRÉDITOS TOTALES
CURSO 6º				
Psiquiatría	Anual	4	6,5	10,5
Medicina Legal y Toxicología. Deontología y Legislación Médica	Anual	4,2	6,3	10,5
Farmacología Terapéutica	Anual	3,5	5,5	9
Dermatología	1º Cuatr.	3	4,5	7,5
Sistema Endocrino. Metabolismo y Nutrición. Geriatria.	1º Cuatr.	4	5.5	9
Cirugía Endocrina y Cirugía Geriátrica	1º Cuatr.	3	6	9
Patología Infecciosa y Toxicología Clínica	2º Cuatr.	3.5	5	8.5
Oncología Clínica y Sistema Hematopoyético	2º Cuatr.	4	5	9
Radiología y Medicina Física especial y Rehabilitación	2º Cuatr.	0	5	5
TOTAL SEXTO		29,2	49,3	78,5

Anexo 4. Relación de especialidades en Ciencias de la Salud por el sistema de residencia. Real Decreto 183/2008. Anexo I

Alergología	Medicina Física y Rehabilitación
Anatomía Patológica	Medicina Intensiva
Anestesiología y Reanimación	Medicina Interna
Angiología y Cirugía Vascular	Medicina Nuclear
Aparato Digestivo	Medicina Preventiva y Salud Pública
Cardiología	Nefrología
Cirugía Cardiovascular	Neumología
Cirugía General y del Aparato Digestivo	Neurocirugía
Cirugía Oral y Maxilofacial	Neurofisiología Clínica
Cirugía Ortopédica y Traumatología	Neurología
Cirugía Pediátrica	Obstetricia y Ginecología
Cirugía Plástica, Estética y Reparadora	Oftalmología
Cirugía Torácica	Oncología Médica
Dermatología Médico-Quirúrgica y Venereología	Oncología Radioterápica
Endocrinología y Nutrición	Otorrinolaringología
Farmacología Clínica	Pediatría y sus Áreas Específicas
Geriatría	Psiquiatría
Hematología y Hemoterapia	Radiodiagnóstico
Medicina del Trabajo	Reumatología
Medicina Familiar y Comunitaria	Urología

Anexo 5. Habilidades del Residente de Pediatría. Orden SCO/3148/2006 (B.O.E. nº 146, de 14 de octubre).

Nivel 1: Lo que debe aprender un residente para su realización de manera independiente, comprende:

a) Reconocer el necesario cumplimiento de los principios de la ética pediátrica en todas sus actuaciones, actuando como defensor del niño (individualmente y como colectivo profesional) para lo que debe adquirir un conocimiento profundo de lo que es la infancia y la adolescencia, hablando por aquellos que no pueden expresarse por si mismos.

b) Valoración del niño y adolescente normal. Interpretación de la guía anticipada aplicable al niño y adolescente normal. Tablas y curvas de crecimiento y desarrollo.

c) Técnica de realización de la historia clínica con anamnesis, exploración clínica, planificación de exploraciones complementarias, planteamientos de los problemas, realización de la evolución clínica y epicrisis. Habilidades de información al niño y adolescente y a la familia.

d) Anamnesis y exploración del niño y del adolescente con patología.

e) Interpretación básica de: electroencefalograma, electrocardiograma y ecocardiograma.

f) Interpretación de análisis clínicos.

g) Realización de técnicas comunes diagnósticas: punción lumbar, punción suprapúbica, sondaje uretral, paracentesis, toracentesis, punción arterial y venosa, cateterización umbilical y venosa central, otoscopia y similares.

h) Reanimación cardiorrespiratoria.

i) Pruebas de cribaje (Denver, Levante, etc.).

j) Adquirir capacidad para elaborar programas de educación sanitaria del niño y del adolescente y el medio social.

k) Poseer experiencia para elaborar y exponer trabajos científicos de la especialidad.

l) Conseguir correctas actitudes en la relación con los niños, los adolescentes y sus familiares, así como adquirir capacidad de comunicación no verbal con el lactante y el preescolar.

Nivel 2: Habilidades: de las que el residente debe tener buen conocimiento, aunque no las pueda llevar a cabo de forma completa, comprende:

a) Interpretación del diagnóstico mediante la imagen (radiografías simples, tránsito gastrointestinal, urografías, cistografías, ecografías, tomografía axial computarizada, resonancia nuclear magnética y similar.

b) Interpretación de técnicas diagnósticas, isotópicas y funcionales.

c) Técnica de oxigenoterapia. Realización de ventilación asistida. Realización de alimentación enteral y parenteral.

d) Test y pruebas psicométricas.

Nivel 3: Patologías que el residente ha visto y de las que tiene solo un conocimiento teórico, comprende:

a) Biopsias intestinales, renales y hepáticas (opcional 2).

Anexo 6. Decreto Regional 27/87 - Anexo I

AREA DE SALUD I- MURCIA	HOSPITAL ARRIXACA Y HOSPITAL” “ANTIGUA ARRIXACA”(actual Hospital Morales Meseguer)
AREA II- CARTAGENA	HOSPITAL VIRGEN DEL ROSELL
AREA III- LORCA	HOSPITAL SANTA ROSA DE LIMA
AREA IV- NOROESTE	HOSPITAL DE LA SEGURIDAD SOCIAL DE CARAVACA
AREA V- ALTIPLANO	HOSPITAL VIRGEN DEL CASTILLO DE YECLA
AREA VI- VEGA DEL SEGURA –COMARCA ORIENTAL	HOSPITAL GENERAL DE MURCIA

Anexo 7. Zonas Básicas de Salud de la Región de Murcia.

La distribución de las Áreas de Salud y las Zonas Básicas de Salud pertenecientes a las mismas, quedan configuradas del siguiente modo, según Anexo II del BORM nº 103:

- **Área I.** Murcia Oeste. Hospital Universitario Virgen la de Arrixaca.
 - o Zona Básica de Salud Nº 1. Alcantarilla / Casco.
 - o Zona Básica de Salud Nº 2 Alcantarilla / Sangonera.
 - o Zona Básica de Salud Nº 3 Alhama de Murcia.
 - o Zona Básica de Salud Nº 5 Mula.
 - o Zona Básica de Salud Nº 8 .Murcia / Espinardo.
 - o Zona Básica de Salud Nº 10. Murcia / San Andrés.
 - o Zona Básica de Salud Nº 19. Murcia / La Ñora.
 - o Zona Básica de Salud Nº 20. Murcia/Nonduermas.
 - o Zona Básica de Salud Nº 21. Murcia / La Alberca.
 - o Zona Básica de Salud Nº 22. Murcia / Algezares.
 - o .Zona Básica de Salud Nº 23. Murcia / El Palmar.
 - o Zona Básica de Salud Nº 24. Murcia / Campo de Cartagena.
 - o Zona Básica de Salud Nº 74. Murcia / Sangonera la Verde.
 - o Zona Básica de Salud Nº 80. Murcia / Aljucer.

- **Área II.** Cartagena. Hospital Nuestra Señora del Rosell.
 - o Zona Básica de Salud Nº 26 .Cartagena / Oeste.
 - o Zona Básica de Salud Nº 27. Cartagena / Molinos Marfagones.
 - o Zona Básica de Salud Nº 28. Cartagena / San Antón.

- o Zona Básica de Salud Nº 29. Cartagena / Los Barreros
- o Zona Básica de Salud Nº 30. Cartagena / Los Dolores
- o Zona Básica de Salud Nº 31. Cartagena / Isaac Peral
- o Zona Básica de Salud Nº 32. Cartagena / Pozo Estrecho
- o Zona Básica de Salud Nº 33. Cartagena / Este.
- o Zona Básica de Salud Nº 34. Cartagena / Casco Antiguo
- o Zona Básica de Salud Nº 35. Cartagena / Santa Lucía
- o .Zona Básica de Salud Nº 36. Cartagena / Mar Menor
- o .Zona Básica de Salud Nº 37. Fuente Álamo.
- o Zona Básica de Salud Nº 38. Mazarrón.
- o Zona Básica de Salud Nº 42. La Unión.
- o Zona Básica de Salud Nº 43. La Manga.
- o Zona Básica de Salud Nº 82. Puerto de Mazarrón.
- o Zona Básica de Salud Nº 87. Cartagena / Santa Ana.

▪ **Área III.** Lorca. Hospital Rafael Méndez.

- o Zona Básica de Salud Nº 44.Águilas /Sur.
- o Zona Básica de Salud Nº 45. Lorca / Centro.
- o Zona Básica de Salud Nº 46. Lorca / San Diego.
- o Zona Básica de Salud Nº 47. Lorca / San José.
- o Zona Básica de Salud Nº 48. Lorca / La Paca.
- o Zona Básica de Salud Nº 49. Puerto Lumbreras.
- o Zona Básica de Salud Nº 50. Totana / Norte.
- o Zona Básica de Salud Nº 68.Águilas/ Norte.
- o Zona Básica de Salud Nº 84. Lorca / Sutullena.
- o Zona Básica de Salud Nº 85. Totana / Sur.
- o Zona Básica de Salud Nº 88.Lorca / San Cristóbal.

▪ **Área IV.** Noroeste. Hospital Comarcal del Noroeste.

- o Zona Básica de Salud Nº 51.Bullas.
- o Zona Básica de Salud Nº 52. Calasparra.
- o Zona Básica de Salud Nº 53. Caravaca.
- o Zona Básica de Salud Nº 54. Caravaca / Barranda.

- o Zona Básica de Salud Nº 55. Cehegín.
- o Zona Básica de Salud Nº 56. Moratalla.

▪ **Área V.** Altiplano. Hospital Virgen del Castillo.

- o Zona Básica de Salud Nº 57. Jumilla.
- o Zona Básica de Salud Nº 58. Yecla / Este.
- o Zona Básica de Salud Nº 76. Yecla / Oeste.

▪ **Área VI.** Vega Media del Segura. Hospital Universitario José María Morales Meseguer.(Atención reproductiva en Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca)

- o Zona Básica de Salud Nº 59. Abanilla.
- o Zona Básica de Salud Nº 61. Alguazas.
- o Zona Básica de Salud Nº 62. Archena.
- o Zona Básica de Salud Nº 71. Ceutí.
- o Zona Básica de Salud Nº 64. Fortuna.
- o Zona Básica de Salud Nº 72. Lorquí.
- o Zona Básica de Salud Nº 89. Molina / Este.
- o Zona Básica de Salud Nº 65. Molina / Norte.
- o Zona Básica de Salud Nº 66. Molina / Sur.
- o Zona Básica de Salud Nº 9. Murcia / Cabezo de Torres.
- o Zona Básica de Salud Nº 11. Murcia / Centro.
- o Zona Básica de Salud Nº 79. Murcia / El Ranero.
- o Zona Básica de Salud Nº 7. Murcia / Santa Maria de Gracia.
- o Zona Básica de Salud Nº 77. Murcia / Santiago y Zairaiche.
- o Zona Básica de Salud Nº 6. Murcia / Vista Alegre.
- o Zona Básica de Salud Nº 78. Murcia / Zarandona.
- o Zona Básica de Salud Nº 67. Torres de Cotillas.

▪ **Área VII.** Murcia Este. Hospital Universitario Reina Sofia.(Atención Reproductiva en Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca).

- o Zona Básica de Salud Nº 4.Beniel.
- o Zona Básica de Salud Nº 14.Murcia / Alquerías.
- o Zona Básica de Salud Nº 17.Murcia / Barrio del Carmen.
- o Zona Básica de Salud Nº 13.Murcia / Beniaján.
- o Zona Básica de Salud Nº 81.Murcia / Floridablanca.
- o Zona Básica de Salud Nº 18.Murcia / Infante Juan Manuel.
- o Zona Básica de Salud Nº 86.Murcia / Llano de Brujas.
- o Zona Básica de Salud Nº 16.Murcia / Monteagudo.
- o Zona Básica de Salud Nº 15.Murcia / Puente Tocinos.
- o Zona Básica de Salud Nº 75.Murcia / Santiago el Mayor.
- o Zona Básica de Salud Nº 12.Murcia / Vistabella.
- o Zona Básica de Salud Nº 25.Santomera.

▪ **Área VIII.** Mar Menor. Hospital Los Arcos.

- o Zona Básica de Salud Nº 73. Los Alcázares.
- o Zona Básica de Salud Nº 39. San Javier.
- o Zona Básica de Salud Nº 40. San Pedro del Pinatar.
- o Zona Básica de Salud Nº 41. Torre Pacheco / Este.
- o Zona Básica de Salud Nº 83.Torre Pacheco / Oeste.

Área IX. Vega Alta del Segura. Hospital Vega del Río Segura (Atención Reproductiva en Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca)

- o Zona Básica de Salud Nº 60.Abarán.
- o Zona Básica de Salud Nº 70.Blanca.
- o Zona Básica de Salud Nº 63.Cieza / Este.
- o Zona Básica de Salud Nº 69.Cieza / Oeste.

Anexo 8. Zonas Básicas de Salud adscritas al Hospital Universitario

Virgen de la Arrixaca.

ZONAS DE SALUD DEL ÁREA I EN 2009 ADSCRITAS AL HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN DE LA ARRIXACA	ZONAS DE SALUD DEL ÁREA I EN 2010 ADSCRITAS AL HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN DE LA ARRIXACA
C.S. ALCANTARILLA-CASCO C.S. ALQUERIAS C.S. ALGEZARES C.S. ALHAMA de MURCIA C.S. BARRIO DEL CARMEN C.S. BENIAJAN C.S. BENIEL C.S. CABEZO DE TORRES C.S. CAMPO DE CARTAGENA C.S. EL PALMAR C.S. ESPINARDO C.S. LA ALBERCA C.S. LA ÑORA C.S. MONTEAGUDO C.S. MURCIA-CENTRO C.S. MURCIA-INFANTE C.S. MURCIA-SAN ANDRES C.S. MULA C.S. NONDUERMAS C.S. PUENTE TOCINOS CONS. LLANO DE BRUJAS C.S. SANTA MARIA GRACIA C.S. SANTOMERA C.S. VISTA ALEGRE C.S. VISTABELLA C.S. ALCANTARILLA-SANGONERA C.S. SANGONERA LA VERDE C.S. ZARANDONA C.S. EL RANERO	C.S. ALCANTARILLA-CASCO C.S. ALGEZARES C.S. ALHAMA de MURCIA C.S. CAMPO DE CARTAGENA C.S. EL PALMAR C.S. ESPINARDO C.S. LA ALBERCA C.S. LA ÑORA C.S. MURCIA-SAN ANDRES C.S. MULA C.S. NONDUERMAS C.S. ALCANTARILLA-SANGONERA C.S. SANGONERA LA VERDE

Fuente: Servicio Murciano de Salud, 2009.

Anexo 9. Programa de Atención a la Mujer. Marco General. INSALUD (1991)

ACTIVIDADES
1) Desde los Equipos de Atención Primaria, con el apoyo de la matrona, se asegurará: a) A la mujer embarazada: - Captación precoz de su embarazo y valoración del riesgo, con especial atención a grupos vulnerables (adolescentes, toxicómanas, primigestas añosas, etc.). - Inclusión en protocolos de control y seguimiento. - Derivación al nivel especializado de situaciones de riesgo. - Educación sanitaria y preparación al parto y maternidad en horarios accesibles a la mujer. - Atención domiciliaria al puerperio. - Atención al Recién Nacido por inclusión en el subprograma correspondiente Desde los Equipos de Atención Primaria, con el apoyo de la matrona, se asegurará: a) A la mujer embarazada: - Captación precoz de su embarazo y valoración del riesgo, con especial atención a grupos vulnerables (adolescentes, toxicómanas, primigestas añosas, etc.). - Inclusión en protocolos de control y seguimiento. - Derivación al nivel especializado de situaciones de riesgo. - Educación sanitaria y preparación al parto y maternidad en horarios accesibles a la mujer. - Atención domiciliaria al puerperio. - Atención al Recién Nacido por inclusión en el subprograma correspondiente

b) A la mujer en general:

- Identificación precoz, tratamiento o derivación de los problemas de salud específicos de este colectivo.
- Prevención y diagnóstico precoz del cáncer genital.
- Atención a los problemas de salud derivados de la menopausia.
- Educación sanitaria en estos aspectos.

c) A la población en general:

- Información y formación sobre métodos de planificación familiar.
- Instauración, control y seguimiento protocolizados de métodos anticonceptivos hormonales y otros de manejo desde la Atención Primaria.
- Derivación para métodos anticonceptivos de instauración en nivel especializado.
- Prevención, educación, tratamiento y/o derivación de las Enfermedades de Transmisión Sexual (con protocolos al respecto igualmente aplicables en el Programa del Adulto).
- Identificación, atención y derivación de población de riesgo para consejo genético.

Estas actividades las realizarán médicos, enfermería y matronas de Atención Primaria. Respecto al protocolo de control y seguimiento de embarazos, las actividades que asumirán estos profesionales son, obviamente, las que el propio protocolo les asigne.

2) Los Servicios Especializados de Tocoginecología, respecto a los EAP- matronas, realizarán:

- Las actividades de control y seguimiento protocolizadas que correspondan a estos profesionales, tanto en el ámbito de los Centros de Salud como en los propios servicios

especializados.

- Las interconsultas que procedan.
- La elaboración conjunta de criterios técnicos para la psicopropilaxis obstétrica.
- La información puntual de altas posparto a los Equipos de Atención Primaria.
- Formación continuada a los profesionales de Atención Primaria.

Anexo 10. Subprogramas del Programa Integral de Atención a la Mujer de la Región de Murcia

1. Subprograma de Atención de cribado del cáncer de Cérvix.

Siguiendo el protocolo aceptado por las sociedades científicas de acuerdo al Programa de Actividades de Promoción y Prevención para la Salud e incluido en el Programa Integral de Atención a la Mujer, el cual establece la actitud diagnóstica de aquellas mujeres que presentan o no factores de riesgo, así como los criterios de exclusión del subprograma.

Según el protocolo, la matrona realiza citología anual a todas aquellas mujeres que presenten factores de riesgo: Presencia de infección por papiloma virus, V.I.H. positivo, promiscuidad, antecedentes de patología de cérvix o por indicación de los médicos/as de los diferentes niveles asistenciales.

Si no presenta factores de riesgo, la actitud diagnóstica sería realizar dos citologías iniciales consecutivas con un intervalo de un año entre ellas y posteriormente una citología entre 3 y 5 años.

Según establece el protocolo, la matrona recibe los resultados de las muestras debiendo anotar en el libro de registro la fecha de recepción, reclamar los resultados que se demoren y hacerlos llegar al médico de familia. Este derivará las citologías patológicas para abordaje en la Unidad Ginecológica de Apoyo.

2. Subprograma de Atención al Climaterio.

Funciones y protocolos de la matrona y médicos de familia:

a) *Captación*

Esta se realizará tanto por el médico de familia, matrona y/o servicios sociales. Según el Programa Integral de Atención a la Mujer, se realiza una historia clínica detallada sobre la sintomatología sugerente: sofocos, sudoraciones, palpitaciones, insomnio asociados a alteraciones del ciclo menstrual, sintomatología vaginal, sequedad y dispareunia.

b) Educación sanitaria.

Esta es la principal actividad de la matrona de atención primaria con respecto al subprograma, dado que mediante sesiones grupales ofrece información sanitaria acerca de:

- Sintomatología y signos más relevantes en el climaterio
- Aspectos emocionales en esta etapa del ciclo vital
- Sexualidad en el climaterio
- Hábitos higiénicos y dietéticos
- Ejercicio físico

Actualmente en el Área I, no existe un programa marco del climaterio que especifique los objetivos generales, específicos, así como las actividades desarrolladas por cada uno de los profesionales del Equipo de Atención Primaria. Por consiguiente, la matrona tan solo aborda esta etapa de la vida de la mujer a través de la educación sanitaria.

El resto de actividades correspondientes identificación de factores de riesgo e intervención farmacológica es llevado a cabo parte de los médicos/as de atención primaria y ginecólogos/as de la atención secundaria.

3. Subprograma de Anticoncepción.

Funciones y protocolos de la matrona y el médico de familia

a) Captación.

Identificación de grupos de riesgo: adolescentes, inmigrantes, desestructuración socio-familiar, deficientes mentales, prostitutas, antecedentes de Interrupciones Voluntarias del Embarazo, puérperas y postcoital reiterativa.

El médico de familia asume la contracepción hormonal y el seguimiento de la misma en coordinación con la atención secundaria, según protocolos del Programa Integral de Atención a la Mujer.

b) *Seguimiento.*

Realizada por el médico de familia mediante el control bianual de analítica y citologías de cribado actualizada y realizada por la matrona.

c) *Educación Sanitaria.*

Al igual que ocurría en el anteriores subprogramas, la matrona ejerce un papel esencial. Esta actividad es orientada a la población adolescente y desarrollada en Institutos de Educación Secundaria o en los Centros de Salud mediante sesiones grupales. Con ello, pretende ofrecer una información útil en este campo con la finalidad de reducir el número de Interrupciones Voluntarias de Embarazo y Embarazos no deseados en la población adolescente.

4. Subprograma de cribado del cáncer de mama.

Funciones y protocolos de la matrona y el médico de familia:

a) *Captación.*

La captación es realizada por cualquier personal del Equipo de Atención Primaria debe proponer la inclusión de las pacientes en el programa, según establece el protocolo. Este incluye a todas las mujeres comprendidas entre los 45- 70 años.

El cribado consiste en solicitud por el médico de familia de mamografía bianual (anual si procede). En caso de mamografía patológica, la mujer es derivada a la Atención Especializada para diagnóstico y tratamiento.

b) *Educación Sanitaria.*

La matrona realizará actividades encaminadas para la detección precoz de patología de mama mediante la técnica de autoexploración, así como indicaciones a seguir en el caso de presentar hallazgos sospechosos de patología.

5. Subprograma de cribado del cáncer de endometrio.

Funciones y protocolos de la matrona y el médico de familia :

a) *Captación.*

Según protocolo del Programa Integral de Atención a la Mujer, se captarán a mujeres obesas que presenten un sangrado irregular; sangrado en la menopausia sin Terapia Hormonal Sustitutiva, sangrado no previsto en mujeres con dicha Terapia. Esta captación puede ser realizada por cualquier miembro del equipo asistencial.

b) *Derivación.*

La función de la matrona es la de preguntar acerca de cualquier sangrado en mujeres con menopausia y, en caso afirmativo, derivarla al médico de familia para su posterior atención en Especializada.

Anexo 11. Programa Integral de Atención a la Mujer: Áreas, UGAS,
Localización, Equipos de Atención Primaria y Hospital de Referencia.

PROGRAMA INTEGRAL ATENCIÓN A LA MUJER

ÁREA	UGA	LOCALIZACIÓN	EAP	HOSPITAL DE REFERENCIA
I	ALCANTARILLA	C.S. Alcantarilla S. la Seca	Alcantarilla -Sangonera La Seca Alcantarilla Casco Mula	HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN DE LA ARRIXACA
	EL CARMEN	C.S. Barrio del Carmen	Barrio del Carmen La Alberca Algezares	
	SAN ANDRÉS	C.S. San Andrés	San Andrés Alhama El Palmar Nonduermas	
	LA FLOTA	C.S. La Flota	Abanilla Monteagudo Cabezo de Torres Espinardo Archena	
	PUENTE TOCINOS	C.S. Puente-Tocinos	Puente Tocinos Alquerías Beniel Santomera	
	INFANTE	C.S. Murcia-Infante	Barrio Infante Beniaján Vistabella	
	RANERO	C.S. El Ranero	Ranero Vistaalegre Fortuna Torres de Cotillas Sangonera la verde	
	SANTA M^a DE GRACIA	C.S. Sta. M ^a de Gracia	Santa Maria de Gracia Murcia-Centro La Ñora	

			Campos de Cartagena	
VI	CIEZA	C.S. Cieza	Cieza Abarán Blanca	HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN DE LA ARRIXACA
	MOLINA	C.S. Molina - Antonio° García	Alguazas Molina de Segura Ceutí-Lorquí	

Fuente: Servicio Murciano de Salud, 2010

Anexo 12. Guía Observación Participante desarrollada en el Área de Maternidad

(Dilatación/Paritorio)

Nombre del entrevistador:

Lugar:

Fecha:

Tiempo total de observación:

1.Recibimiento de la mujer por el profesional				
2.Uso del ordenador / otros registros de forma que no altera la comunicación				
3.Muestra cortesía y amabilidad durante la entrevista				
4.Lenguaje no verbal del profesional adecuado				
5.Muestra empatía en los momentos oportunos				

Observaciones y comentarios:

6. Reactividad del profesional				
7.Facilita el discurso de la mujer				
8. Establece y mantiene a lo largo de la entrevista un contacto visual-facial adecuado				

Observaciones y comentarios

9. Empleo de preguntas abiertas (cantidad y forma)				
--	--	--	--	--

Observaciones y comentarios (preguntas):

RESPECTO DECISIONES Y EXPLORACION SENTIMIENTOS				
10. Explora las preferencias de la mujer acerca del proceso de parto				
11.Explora las emociones y los sentimientos que el proceso ha provoca en la mujer				
12. Explora como afecta a la mujer el embarazo-parto en su vida diaria, entorno sociofamiliar o laboral				
13.Explora el estado de ánimo de la mujer				
14.Explora factores de riesgo o realiza actividades preventivas				

Observaciones y comentarios (integrar información psico-social):

15. Resume explícitamente la información que ha obtenido de la mujer				
--	--	--	--	--

Observaciones y comentarios (resumen): (identificar los problemas)

16. Explica la evolución que puede seguir el proceso				
17. Ofrece una información adaptada a los problemas y las necesidades que tiene la mujer				
18. Ofrece la información de forma adecuada (claramente: con ejemplos si es necesario, explicando las actuaciones, no usando jerga)				

Observaciones y comentarios (información personalizada y clara):

19. Da la oportunidad a la mujer de participar en el proceso, animándola				
20. Permite que la mujer realice preguntas o pida aclaraciones				
21. Si se produce alguna discrepancia o desacuerdo entre el profesional y la mujer y/o el acompañante, el primero busca el acuerdo (entrando en escena y considerando las opiniones de ellos)				
22. Comprueba que la mujer y/o el acompañante han comprendido la información suministrada				
23. Busca compromisos explícitos por parte de la mujer y/o el acompañante respecto al plan que va a seguir.				

Observaciones y comentarios (participación de la mujer y/o el acompañante en la toma de decisiones y negociación):

MODIFICADO Y ADAPTADO DE: Guía CICCA para la evaluación de la relación clínica desarrollada en una consulta. Roger Ruiz. U. Docente de M.F. y C. Córdoba.

Anexo 13. Carta a Gerente de Atención Especializada.

Arrixaca

Dr.<< **Apellido**<<
Gerente de Atención Especializada
Área de Salud I Región de Murcia
Hospital Universitario Virgen de la

<< **Dirección**>>

Murcia, 20 de diciembre de 2007

Dr << **Apellido**<<

Actualmente estamos comenzando con el desarrollo del Proyecto sobre Humanización de la Atención perinatal que se realiza en el Área I de Salud de la Región de Murcia. Dentro de los objetivos está previsto la realización de una Investigación Cualitativa para conocer los factores que favorecen y dificultan el proceso asistencial dentro del marco de la humanización en aquellas mujeres que han sido atendidas en vuestro hospital.

Para el desarrollo óptimo de esta Investigación presentamos esta carta con la intención que el equipo de Investigación tenga acceso, bajo su consentimiento, a determinados datos relacionados con el objeto de estudio y fenómeno que pretendemos analizar. En este hospital se pretende desarrollar Grupos de Discusión a Obstetras, Matronas. Así mismo, realizaremos Observación en aquellas unidades que constituyen el itinerario asistencial: por un lado desde las Unidades Ginecológicas de Apoyo, y por otro, desde que la parturienta accede a la Institución hospitalaria hasta que es dada de alta una vez ha dado a luz. Igualmente, ponemos en su conocimiento que en momentos puntuales de la Investigación sería necesario obtener conocimiento sobre datos estadísticos relacionados con la asistencia obstétrica comprendida entre los años 2007-2008-2009-2010.

Esta solicitud se realiza con el conocimiento de la Comisión de Investigación de la Región de Murcia, y con el estricto compromiso de respetar la confidencialidad de las pacientes y profesionales, y solo haciendo uso de la información para conseguir los fines del estudio.

Para facilitar el acceso al campo, ruego nos indique con la persona de vuestro hospital con la que hemos de ponernos en contacto.

Agradeciendo vuestra colaboración.

Un saludo.

José Arnau Sánchez
Miembro del Equipo de Investigación

Anexo 14. Carta a Gerencia de Atención Primaria

Dra<< **Apellido**<<
Gerente de Atención Primaria Área de Salud I
Región de Murcia

<< **Dirección**>>

Murcia, 20 de diciembre de 2007

Dr << **Apellido**<<

Actualmente estamos iniciando el desarrollo del Proyecto sobre Humanización de la Atención perinatal en el Área I de Salud de la Región de Murcia. Dentro de los objetivos está previsto la realización de una Investigación Cualitativa para conocer los factores que favorecen y dificultan el proceso asistencial dentro del marco de la humanización en aquellas mujeres que han sido atendidas en los Centros de Atención Primaria seleccionados para el estudio.

Para el desarrollo óptimo del estudio presentamos esta carta con la intención que el equipo de Investigación tenga acceso, bajo su consentimiento, a determinados datos relacionados con el objeto de estudio y fenómeno que pretendemos analizar. En la Atención Primaria de Salud se pretende desarrollar Grupos de Discusión a Médicos/as de Familia y Matronas. Así mismo, realizaremos Observación en aquellos Centros de Salud elegidos para la Investigación. Igualmente, ponemos en su conocimiento que en momentos puntuales de la Investigación rescataremos datos estadísticos relacionados con la asistencia obstétrica comprendida entre los años 2007-2008-2009-2010.

Esta solicitud se realiza con el conocimiento de la Comisión de Investigación de la Región de Murcia, y con el estricto compromiso de respetar la confidencialidad de las pacientes y profesionales, y solo haciendo uso de la información para conseguir los fines del estudio.

Para facilitar el acceso al campo y recogida de datos, ruego nos indique con la persona de la Gerencia con la que hemos de ponernos en contacto.

Agradeciendo vuestra colaboración.

Un saludo.

José Arnau Sánchez
Miembro del Equipo de Investigación

Anexo 15. Carta a participantes en la Investigación (profesionales).

«Nombre» «Apellidos»
«Campo_de_dirección_1»

MURCIA

Murcia, 1 de Octubre de 2009

Estimada Sra. «Nombre»:

Me dirijo a usted como colaborador de un **Equipo de Investigación Sanitaria**, formado por diferentes profesionales que trabajamos en la Consejería de Sanidad de la Región de Murcia y en el Servicio Murciano de Salud. Estamos realizando **un estudio** cuyo objetivo es contribuir a la mejora de la calidad de la atención sanitaria que se presta a las mujeres atendidas durante el embarazo, parto y puerperio.

Para la realización de este estudio necesitamos la participación de matronas, enfermeras, obstetras y médicos de familia que desarrollen su actividad asistencial en los Centros de Salud y Unidades Ginecológicas de Apoyo seleccionados pertenecientes al Área I de Salud de la Región de Murcia, incluyendo el Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca como referente del Área. Le invitamos a participar en una reunión que consistirá en la realización de un grupo de Discusión donde puedan expresar sus experiencias, opiniones y puntos de vista sobre el fenómeno de la humanización del parto. Esta convocatoria tendrá una duración aproximada de **cuarenta y cinco minutos**.

Esta reunión se celebrará <<fecha>>, en el lugar que usted elija. La información y las opiniones que los participantes expresen en la reunión son absolutamente confidenciales.

Debido a que nos hemos puesto en contacto con un reducido número de personas el éxito de la reunión dependerá en gran medida de **su participación**. Su opinión es muy importante para nosotros y contar con su presencia nos sería de gran utilidad. Por ello, para confirmar su asistencia y resolver cualquier duda al respecto, le llamaremos por teléfono en los próximos días.

Reciba un cordial saludo.

José Arnau Sánchez
Miembro del Equipo de Investigación

P.D: Si desea alguna información adicional tendremos mucho gusto en atenderle en el teléfono << número>>

Anexo 16. Cartas a participantes (puérperas y parejas)

«Nombre» «Apellidos»
«Campo_de_dirección_1»

MURCIA

Murcia, 1 de Octubre de 2009

Estimada Sra. «Nombre»:

Me dirijo a usted como colaborador de un **Equipo de Investigación Sanitaria**, formado por diferentes profesionales que trabajamos en la Consejería de Sanidad de la Región de Murcia y en el Servicio Murciano de Salud. Estamos realizando **un estudio** cuyo objetivo es contribuir a la mejora de la calidad de la atención sanitaria que se presta a las mujeres atendidas durante el embarazo, parto y puerperio.

Para la realización de este estudio necesitamos la participación de mujeres y parejas que han recibido atención sanitaria en los últimos meses en el Centro de Salud <<nombre>>, hayan dado a luz en el Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca y se encuentren entre el 8º y 30 día después del parto. Le invitamos a participar en una reunión que consistirá en la realización de una entrevista donde puedan expresar sus experiencias, opiniones y puntos de vista sobre sus necesidades y expectativas y satisfacción en relación a la atención sanitaria que han recibido durante el embarazo, parto y puerperio. Esta convocatoria tendrá una duración aproximada de **setenta y cinco minutos**.

Esta reunión se celebrará <<fecha>>, en el lugar que usted elija. La información y las opiniones que los participantes expresen en la reunión son absolutamente confidenciales.

Debido a que nos hemos puesto en contacto con un reducido número de personas el éxito de la reunión dependerá en gran medida de **su participación**. Su opinión es muy importante para nosotros y contar con su presencia nos sería de gran utilidad. Por ello, para confirmar su asistencia y resolver cualquier duda al respecto, le llamaremos por teléfono en los próximos días.

Reciba un cordial saludo.

José Arnau Sánchez
Miembro del Equipo de Investigación

P.D: Si desea alguna información adicional tendremos mucho gusto en atenderle en el teléfono << número>>

Anexo 17. Testimonios. Categoría: **Institucionalización del Parto.**

Dolor- Analgesia Epidural.

“Lo único es el tiempo de espera hasta la epidural, eso fue... Por lo visto, eso es una cosa que para mí no funcionó bien (...) estuve esperando cuatro o cinco horas hasta que me la pusieron, y, bueno... fue horrible, no sé cómo lo harían antiguamente (...)”
“(...) tres horas para ponerme la epidural, y los pasé muy mal, muy mal”

Dolor- Sometimiento a la tecnología.

“Yo pensaba que no me iba a doler, al principio no pensaba ponerme la epidural; cuando vi cómo dolía dije que sí me la ponía, pero no me dio tiempo. Pensaba que iba a ser menos doloroso”

Dolor- Utilidad de la emoción.

“Yo creo que aunque la gran mayoría de las mujeres piden la epidural, hay otras cuantas que prefieren sentir su parto, es decir, asumía que le tenía que doler, pero ellas lo interpretaban como que de esta manera sentían, percibían a su bebé y formaba parte del proceso (...)” (Matrona 4/Atención Primaria- Grupo de Discusión).

“Las que no quieren epidural y no se la ponen, suelen ser mujeres que lo tienen muy claro, que han hecho un trabajo de preparación maternal, que tienen autocontrol, pues que les duele, sufren, pero lo viven de otra manera; se mueven... eh... buscan apoyo en la pareja... tienen otra manera de asumir ese dolor y lo viven como algo productivo, como algo, pues eso, que es necesario y que es útil para el nacimiento de un hijo y lo viven de otra manera; pero encuentro que tienen una preparación previa y que su mentalidad es distinta desde el principio. No es que no les duela, sino que lo toleran porque están concienciadas en que eso es lo que quieren” (Matrona 9/Atención Especializada- Entrevista).

“(...) No, ni quería que me la pongan. Lo que yo creo que me ha ayudado mucho, es que yo he ido a natación estando embarazada; he tomado muchas clases de natación embarazada, he hecho ejercicios de la matrona, todos, todos los ejercicios cada día; y caminaba mucho, bebía mucha agua, o sea, me metí mucho en el papel “mi embarazo es mío, lo voy a disfrutar nueve meses, y en el parto también, y luego también”. O sea,

lo estoy viviendo; o sea, lo he vivido desde que supe que estaba embarazada hasta que lo he tenido, y ahora que lo tengo en mis brazos, la verdad es que yo sé que me ha ayudado eso, porque lo he hecho con mucha ilusión” (Puerpera-11).

Riesgo. Necesidad de control del proceso.

“(…) ecografías, a lo mejor, alguna más (...) porque desde la segunda ecografía, que te dicen que todo está bien, que no hay malformaciones ni nada, hay una alguna que te deja ahí, con muchas dudas, pensando” (Puerpera 6).

“Al ginecólogo privado he ido cinco veces (...) para tranquilidad mía (...). Al hacerme una ecografía, pues han estado tres cuartos de hora conmigo, explicándome: “mira, ves, el corazón, ¿ves esta arteria que está bien?, ves, esto es el riñón, esto son las manitas, esto es no sé qué”, han estado mucho tiempo conmigo, me han preguntado todo, cómo lo llevaba, con mucha más tranquilidad, entonces yo salía de la consulta tranquila (...)” (Puerpera 4).

“Sí, sí, considero necesarias todas las analíticas y pruebas que me han realizado como necesarias porque uno tiene sus dudas, y, además, con 38 años, ya pasaba a ser digamos de riesgo, ¿no?. Entonces, sí, cuantas más, pues más tranquila se queda una; sí, la verdad es que sí (...) por mi edad temía que no saliera la niña normal, o con algún síndrome de algo o... Claro, eso sí que me asustaba mucho, y la verdad es que sí, cuantos más análisis pues mejor, y aún así, hasta que no nace, uno no está del todo convencido” (Puerpera 10).

“Vine a la consulta porque estaba embarazada, pero además iba al privado porque de esta manera me podía hacer una ecografía todos los meses y para mí era importante conocer en todo momento como estaba mi niño” (Puerpera- Atención Primaria- Diario de Campo).

Seguridad del hospital- Elección.

“(…), tenía claro que en La Arrixaca. Sí, porque, si ocurre cualquier complicación, allí están todos los servicios para trasladar al niño si hace falta, o si a mí me pasa

algo; que allí hay más recursos, que, por ejemplo, en los hospitales privados” (Puerpera 2).

“Porque yo siempre he pensado que hay que dar a luz en La Arrixaca; porque, si hay algún problema, tanto para ti como para el niño, donde más preparada está la gente, donde más medios hay, y porque no considero que esté mal el tema de La Arrixaca para dar a luz (...)” (Puerpera 5).

Seguridad del hospital- Factor cultural.

“(...) un poco más lo del vox populi de la calle, porque vamos yo no había tenido antes ninguna experiencia en La Arrixaca (...)” (Puerpera 3).

Seguridad del hospital. Mayor control.

“(...) por tranquilidad para que mi hijo estuviera en un sitio donde tuvieran todos los medios (...)” (Puerpera 4).

“(...) da gusto ver tanto aparato aquí, por eso le dije a mi marido que el mejor sitio para parir la arrixaca, es que menuda seguridad” (Gestante- Unidad Medicina Materno Fetal-Diario de Campo).

Anexo 18. Testimonios. Categoría. Estrategia Atención al Parto Normal.

Deshumanización. Falta de recursos humanos.

“(…) cuando la mujer ve que no hay personal, o… se siente sola; entonces, yo creo que esto hay que… hay veo la deshumanización del parto; cuando tú no puedes… eh… estar con la mujer o controlarla… lo que quisieras” (Matrona 7/Atención Especializada-Entrevista).

Trabajo por tareas.

“(…) como consecuencia de de la distribución de nuestro trabajo (…) pues en el monitor la atiende una matrona, luego pasa a la dilatación y la atiende la matrona de esa dilatación, pare contigo o no, y en la recuperación otra matrona diferente, por tanto, la mujer puede ver en ese mismo proceso a cinco profesionales diferentes. Luego pasa a planta, el médico que le hace el ingreso, la enfermera que la recibe, el medico que la ve en planta y el medico que le da el alta (…)” (Matrona 5/Atención Especializada- Grupo de discusión).

Deshumanización. Variabilidad en la práctica clínica.

“(…) por ejemplo, que hay que poner oxitocina; entonces, pues hay gente que sí lo hace, y hay gente pues que no” (Matrona 7/Atención Especializada- Entrevista).

Deshumanización. Falta y necesidad de trabajo en equipo.

“Yo pienso que tenemos que estar unidos porque nosotras les podemos ayudar en nuestro campo, y ellos... y a ellos les necesitamos en las cosas que nosotros no podemos hacer; o sea, yo no quiero ni quisiera llevarme mal con nadie, en ese aspecto, porque en cualquier momento les necesitas. Ante cualquier complicación les necesitas, entonces, lo que tú tienes que tener es un compañero, no un rival; y yo no veo tampoco al ginecólogo como un rival para mí (...)” (Matrona 7/Atención Especializada-Entrevista).

Deshumanización. Falta de Privacidad.

“Sí, bueno, es que yo ya... allí entraba, todo el mundo que entraba te reconocía y tal, tampoco es que te no te da vergüenza ni nada de eso. Pues yo, digo: “pues será lo más normal del mundo”, tampoco me sentí en ningún momento ni avergonzada ni nada de eso; es lo que toca en ese momento, y punto” (Puerpera 13).

“Esto no se debería permitir que pase gente por el pasillo que no conoces de nada y que sabes a ciencia cierta que no tiene que ver con paritorio, hasta incluso pasa gente vestida de calle y piensas que debe ser personal del hospital, pero seguro que no pertenece al servicio, aun así no debería estar permitido el acceso” (Matrona/Paritorio-Diario de campo).

“(...) Ahora si tu pones a una señorita con una pelota, y tienes al lado la pelota y al marido de al lado viéndola saltar, hombre, eso ya deshumaniza completamente” (Obstetra 4/Atención Especializada - Grupo de Discusión).

Identificación del equipo obstétrico.

“(...) crees que es ginecólogo, o sea, no está identificado... no sabes quién está contigo, si es celador, ginecólogo, auxiliar, eso no... eso es, eso es horrible (...)” (Matrona 10/Atención Especializada- Entrevista).

Protocolos y Guías Clínicas.

“(...) yo creo en el desarrollo de vías clínicas y protocolos, para que esa variabilidad se reduzca y se lleve al campo de la máxima calidad (...)” (Matrona 8/Atención Especializada-Entrevista).

“Hombre, yo lo que sí que veo que está muy bien es que cuando hay protocolos, cuando un servicio funciona con protocolos, las cosas funcionan mucho mejor (...). Porque ya todo el mundo sigue una misma... una misma forma de trabajo y... y que pienso que se actúa mejor, porque donde yo me he formado estaba todo protocolizado y hay menos... hay... se controlaba mucho mejor todo; porque si no, cada uno sigue su criterio y pienso que... que es un desastre” (Matrona 7/Atención Especializada- Entrevista).

Tensión en la esfera laboral.

“(...). La Arrixaca tiene muchas desventajas, pero hay una gran ventaja, y es que las matronas tenemos mucho campo de acción para trabajar más o menos dentro de los límites, y el límite es el ginecólogo... el ginecólogo y un poco tus compañeras” (Matrona 10/Atención Especializada- Entrevista).

“(...) te doy esta orden médica y tú tienes que cumplir esta orden médica.” Ahí hay otro vacío, o sea, la estrategia dice que nosotros, como profesionales, somos autónomos para llevar un proceso sin intervención de, pero luego, en la práctica, no es así. Siempre llega un médico y te dice: “es una orden médica”, y no sabemos qué recursos tenemos, si podemos negarnos, si no nos podemos negar” (Matrona 9/Atención Especializada- Entrevista).

“(....) llega un médico y me dice: “pásatela ya”, “¿por qué no esperamos un poquito?”, “porque lo digo yo que la pases ya”; entonces ahí encontramos un choque. No sé hasta qué punto yo me... yo, por supuesto, no me voy a negar (....)” (Matrona 9/Atención Especializada- Entrevista).

Difusión del Documento. La Formación.

“(...) en teoría, la humanización del parto implica una serie de cursos de formación, y aquí particularmente no los veo especialmente interesantes” (Matrona 10/Atención Especializada- Entrevista).

<i>“Mucha formación de algo así como parto natural, no hay. Y, ¿ves?, ahí sí que aceptaría yo que hicieran” (Matrona 7/Atención Especializada).</i> <i>“(…) creo que... que se puede desarrollar más óptimamente la formación que se da, y creo que es necesario desarrollarla más. Yo creo que sí, totalmente” (Matrona 8/Atención Especializada- Entrevista).</i>
Información de la Mujer. Educación Maternal.
<i>“(…) es que ahora tenemos que reivindicar nuestros derechos, que cuando llegemos a La Arrixaca, tenemos derecho a elegir paritorio; que tenemos derecho a estar acostada en la dilatación o de pie... vamos, que no nos pueden decir: “ahí acostadas, y aguanta”; que tenemos derecho a que nosotraselijamos, dentro de lo posible, cómo queremos parir, y todo eso” (Puerpera 15).</i>
Reacciones de las puérperas. Sujetos Pasivos.
<i>“Pues, hombre... a mí, al principio, la verdad es que... al ser primeriza llegas, y tampoco sabes muy bien dónde vas ni... ni exactamente lo que quieres; piensas: “pues si el personal médico y sanitario me atiende, imagino que después de tantos partos asistidos...”, pues piensas que, a lo mejor, pues es lo correcto. Y entonces, al ser el primero, pues tampoco sabes exactamente que... si está bien o si está mal” (Puerpera 6).</i>
Reacciones de las puérperas. Sujetos Activos.
<i>“(…) yo le dije que pasara mi marido, y luego me dejaron que me pusiera de pie; y yo, de un lado a otro si lo necesitaba; y sí, en principio sí me preguntaron si quería que me pusiera a mi bebé nada más nacer encima. Me daban a elegir algunas cosas, lo de la episiotomía también; les dije si podían evitarlo, y la matrona lo intentó evitar (...)” (Puerpera 2).</i>
Pinzamiento tardío del cordón.
<i>“Sí, actualmente sí. Igual (...) Eso son cosas de la estrategia del parto normal que se</i>

respetan” (Matrona 10/Atención Especializada- Entrevista).

Acompañamiento. Naturaleza del acto médico.

“(…)Pues éste bien, lo que pasa es que le bajó la frecuencia cardiaca, justo antes de dilatar, y, como ya estaba bastante dilatada, no me hicieron cesárea, pero claro, se me tuvo que subir la matrona encima y empujarme, o yo empujaba bien, o estaba muy alto, pero bien... lo que pasa es que mi marido entró ya con el niño nacido, porque como no sabían si iban a tener que hacer cesárea o no, no lo dejaron entrar hasta que no estuvo la cosa ya más clara” (Puérpera 4).

Acompañamiento. Obstáculos. Infraestructura.

“(…) habían muchos partos, muchas chicas y no podían dejar entrar a nadie. Porque como pasó el médico a reconocer cada tiempo, y que había mucho movimiento ahí, y no quería que entrara nadie. Yo estaba acompañada porque mi suegra trabaja allí, y en otro departamento del hospital en reanimación, y a ella sí que le dejaron entrar. Tuve esa suerte de tener a alguien conmigo pero mi marido, no” (Puérpera 1).

“(…) en la recuperación, no, no está preparada para el acompañamiento y yo creo que es un error porque la madre debe estar acompañada de su marido en esos momentos” (Obstetra 4. /Atención Especializada- Grupo de Discusión).

“Como tampoco se está preparado para que te quedes totalmente separada, con un poco de intimidad” (Puérpera 9).

Acompañamiento. Elección de la mujer.

“(…) es que pienso que eso era una cosa muy íntima, y que cuánto más sola, mejor.

<i>Luego, en el momento del parto, sí, pero el tiempo de estar allí, con el dolor” (Puerpera 15).</i>
Acompañamiento. Sobrecarga asistencial.
<i>“El acompañamiento no pudo ser porque como había muchísima gente – había gente también en el pasillo, había mucha gente en la sala de dilatación -, yo creo que, a lo mejor... yo creo que, a lo mejor, un poco por respeto a las otras mujeres (...), eso es lo que yo pienso, que quizás es ese el motivo (...)” (Puerpera 9).</i>
Periodo de Dilatación. Tactos vaginales.
<i>“allí entraba, todo el mundo que entraba te reconocía (...)” (Puerpera 17).</i>
Posturas en paritorio.
<i>“Te podría decir que el 95 por ciento de los casos que sí, porque son las mujeres que se ponen la epidural y además es que no solicitan el hecho ni te plantean la posibilidad de qué posición o postura puede ser más beneficiosa a la hora, no sólo de la dilatación, sino del parto; ni te lo plantean. Partiendo de este supuesto, cuando hay otras mujeres que te lo plantean, desde mi punto de vista y mi experiencia, se respeta siempre dependiendo del profesional que hay” (Matrona 8/Atención Especializada-Entrevista).</i>
Manejo del dolor durante el parto. Pelotas de Bobath.
<i>“(...) sí teníamos, pero yo no sé qué es lo que ha pasado con ellas, pero la gente está pidiendo; yo, en las últimas guardias han venido mujeres con su pelota, y pensaba que era nuestra, pero no, son de ellas; y luego también tenemos las sillas de parto (...)” (Matrona 7/Atención Especializada- Entrevista).</i>

Manejo del dolor durante el parto. Epidural
<i>“(…) la mujer la pide, o sea que hay muy pocas, muy pocas, que no la quieran; la gran mayoría la pide (…)” (Matrona 7/Atención Especializada- Entrevista).</i>
Contacto precoz madre-hijo.
<i>“El bebé... el bebé estuvo... el bebé estuvo conmigo los primeros momentos (...) Y luego, ya se lo llevó la auxiliar para pesarlo para ponerle el cordón y todo eso” (Puérpera 16).</i>
Estructura relacional. Sobrecarga asistencial.
<i>“(…) cuando se nos desborda el trabajo, no controlamos las mujeres porque no hay espacio, no somos suficientes, y porque tampoco... y porque viene mucha gente de fuera a parir a nuestro hospital, que no nos pertenece y entonces nos satura; y entonces, cuando estamos saturadas de mujeres que no controlamos todo como querríamos, entonces, ahí yo no lo veo tan humanizado, pero más que nada por la mujer, no porque se le trate mal, sino porque no la podemos tratar como quisiéramos” (Matrona 9/Atención Especializada- Entrevista).</i> <i>“Yo vine con muy buenas intenciones, por que venía de un sitio muy pequeño, yo intentaba informar a las pacientes pero es imposible, con 120 urgencias, pues nada si queremos informar pues yo veré 10 y los 110 restantes que lo vean mis compañeros” (Obstetra 5/Grupo de Discusión).</i>
Falta de información. Asimetría de poder.
<i>“El parto muy bien, lo único que mi queja es que me pusieron la oxitocina, y yo como estaba allí, con las contracciones, yo no me he enterado muy bien de qué eso iba para mí, porque podía haber dicho que no lo quiero, o por qué me lo ponen, simplemente he oído que ha dicho la matrona o el médico, “ponle oxitocina a esa mujer”, y yo no sabía si era yo o la chica de al lado, porque yo creo que podía haber llegado a parir</i>

sin la oxitocina. Simplemente lo hicieron para hacer el parto más rápido, y yo creo que no hacía falta, porque yo podría parir sin eso, y claro, con oxitocina las contracciones son muchos más fuertes, y todo el parto se desarrolla mucho más rápido, y por una parte bien porque fue muy rápido, y por otra parte que me ha dolido mucho” (Puerpera 1).

Toma de decisiones.

“Yo creo que a la mujer tenemos que hacerla libre, vamos es libre, hay que liberarla de las cosas preconcebidas y presentarse ante ese momento de la maternidad como espectadora y vividora de ese proceso (...) libre para elegir la epidural si la ha podido necesitar, libre si no lo ha querido usar y lo ha aguantado perfectamente” (Matrona 6/Atención Primaria- Grupo de Discusión).

“(...) yo no tuve ningún problema en la Arrixaca y pude yo, o sea, elegir todo, pude elegir hasta ponerme la anestesia o no, es decir, que en ese aspecto..” (Puerpera 13).

“(...) el momento del parto; me preguntaron si quería que me pusiesen la oxitocina o no (...)” (Puerpera 4).

Plan de parto. Información de los profesionales.

“La matrona hacía mucho hincapié en que nosotras éramos las responsables, ¿no?, de nuestro parto, entonces que existiéramos lo que tuviéramos que exigir (...)” (Puerpera 16).

Plan de parto. Reacción de los/as profesionales.

“(...) yo creo que en nuestro hospital... hacer un parto como la mujer quiera, yo pienso que no, que yo eso lo veo en plan privado. Entonces, si tú quieres un parto así, pues te tendrás que buscar un... o buscarte una matrona y que sólo se dedique a ti, o un ginecólogo. Que sólo se dedique a tu parto” (Matrona 7/Atención Especializada-Entrevista).

“Yo no necesito un plan de parto, para nada (...) me siento agredida totalmente (...) porque desconfían de mi trabajo. O sea, mi trabajo como matrona es que el parto sea un parto humanizado y un parto normal, las dos cosas (...)” (Matrona 10/Atención

Especializada- Entrevista).
Plan de parto. Otras formas de interpretación.
<i>“Yo tengo que mirar también qué quiere esa persona, cómo quiere vivir ese parto, qué puedo hacer para que eso se consiga (...)”</i> (Matrona 6/Atención Primaria- Grupo de Discusión).
Sentimiento de la mujer en Puerperio Inmediato.
<i>“Felicidad. Felicidad y quieren expresar agradecimiento”.</i> (Matrona 7/Atención Especializada- Entrevista).
Relaciones de poder: obstetras y matronas.
<i>“(...). El profesional ha tomado mucho poder, tú sin mí no vas a ninguna parte. (...), éste no es mi proceso, son los que saben, ¿no? (...)”</i> (Matrona 5/Atención Especializada).

Anexo 19. Testimonios. Categoría. Emociones positivas y negativas.

MIEDO- temor.
Las Creencias.
<i>“La verdad es que me daba miedo; bueno, cada persona cuenta una historia distinta, pero en general todo el mundo dice que es malísimo, que te duele mucho, que eso es para morirte (...)” (Puérpera 15).</i> <i>“(...) el miedo lo tienes a que no dilate, que tengas una cesárea, que yo qué sé, que tu niño tenga sufrimiento fetal. Eso es lo que dicen también, “pues a mi me hicieron no sé qué del ph” eso las madres que cuentan sus partos horribles que tu dices: “¿Por qué los contarán?” (Puérpera 13).</i>
Experiencias Previas.
<i>“(...) me daba miedo; bueno, cada persona cuenta una historia distinta, pero en general todo el mundo dice que es malísimo, que te duele mucho, que eso es para morirte; aunque ya habíamos hecho una visita al paritorio y todo eso, que, aunque sepas dónde vas, no sabes lo que te va a pasar.(...)” (Puérpera 15).</i> <i>“(...) siempre te da miedo, en el proceso del parto, que lleve el cordón mal, que se asfixie; el otro hijo mío nació con dos vueltas, y nació ya azul, o sea... que le vaya a pasar algo al niño en el proceso del parto en sí. Eso sí que te da miedo” (Puérpera 4).</i>
Falta Cumplimiento Expectativas.

“Pues yo las expectativas, pensaba que mi parto iba a ser de forma natural, ¿no?. Y yo quería... como la matrona, había hablado tanto, ¿no?, de cómo podía ser un parto natural, y cómo era vivirlo, y cómo... y que ella lo había hecho así y que cuántas mujeres lo habían hecho así, ¿no?, las mujeres que estábamos allí, y, no sé... que ella lo vivía con tanta alegría, pues, como que yo también me esperaba que el mío pudiera ser así, ¿no?, y que la ilusión que te hace es a tener un parto natural. Y luego, también, que nosotros somos bastante... intentando bastante por la parte natural, ¿no?, de la sanidad y todo eso. Entonces, intentamos eso, pero luego no salió, la verdad” (Puerpera 16).

“(...) pero es posible que cuando hay mucha gente no dejen pasar a tu marido y tengas que estar sola ahí, entonces eso sí me asustaba, porque lo tenía planificado, que lo íbamos a hacer juntos, y que él va también a estar en el parto(...)” (Puerpera 1).

Incertidumbre: falta apoyo informativo.

“Cuando estás embarazada, lo que más miedo te da es el parto, pero te da miedo el parto, ya no por el dolor, sino porque tu niño se pueda morir (...)” (Puérpera 13).

“(...) fui a las clases de preparación al parto, que era lo que yo he sabido tirar p’alante, gracias a esas clases, o lo que yo he podido leer en revistas, pero allí en el hospital... nada. O sea, te dicen: “Bueno, nada, pues ponte a la niña...” Yo, a lo mejor, le preguntaba: “¿Cuánto tiempo tengo que tener...? ¿Cuánto tiempo tengo que tenerla en cada pecho?” “Pues, tú, nada. ¿Tú tienes aquí algo mejor que hacer?”- me respondieron. Digo: “no”. “Pues, ale.” Sí, porque son dudas que te surgen: “¿Y cuánto tiempo en cada pecho? ¿Y...?” Sí, sé que tengo que... no sé, que estás ahí un poco como novata; está tu madre, está tu suegra, está tu tía, y entre todas te dicen un poco todo, pero allí las enfermeras... lo justo y necesario” (Puérpera 3).

“(...), de repente, tú estás ahí tan tranquila, se encienden las luces, y ves que viene una ginecóloga de guardia, y entre ellas se ponen ahí a hablar con el monitor: “pues mira lo que está pasando, no sé qué”... ese tipo de cosas, pues, yo qué sé, pues... si me voy a poner nerviosa igual, ¿no?, pero dímelos, ¿no? Éntrame tranquila, o ve diciéndomelo: “mira, está pasando esto, está pasando lo otro”; yo qué sé. Que, al final, me lo dijeron, ¿no?, pero, claro, a base de que yo, venga a preguntarlo todo. Me sentía nerviosísima. En el momento que pasó eso, muy nerviosa” (Puérpera 16).

“(...) entran muy poco; yo, por ejemplo, tenía problemas, porque cuando te terminaba de comer, se quedaba llorando, y tenía que llamarlas porque lloraba; vamos, que no entran a la habitación mucho, la verdad. Creo que deberíamos de aprovechar el tiempo que estemos allí para que nos enseñen un poco a cuidar al bebé” (Pareja Puérpera 15).

“(...). Allí en planta no recibí información sobre lactancia ninguna; la información que llevaba, luego a luego fue la que tenía aquí, de las clases de preparación al parto” (Puérpera 6).

“Lo que yo no veo bien; están fomentando mucho la lactancia, pero que menos que alguien venga y te diga: “se engancha así, se hace de esta forma...”; porque yo estaba preocupada que los dos primeros días no tomaba nada(...) estaba ya desesperada, digo: “ayúdame a que se me enganche”, eso a una enfermera, y me dice: “vamos, ahora que te va a venir la leche me dices que se te enganche”; digo: “vamos a ver.” Y encima de

Miedo. Falta de apoyo informativo.

“Un poco defraudada, porque a lo mejor tampoco me daba la información que yo quería; a lo mejor la veía un poco escasa” (Puérpera 6).

“La del ginecólogo un poco...que si no preguntabas ni nada de eso, no... no te decía nada. Entrabas, tal... bueno, como un poco, terminar rápido (...). Pues que si quería saber algo, tenía que preguntar o... yo qué sé, hacer muchas preguntas. Lo lógico es que te... que te digan: “pues esto es para tal...”, tener un poco (...) allí fui dos veces, pero las dos veces igual: si no preguntas (...) no sé; lo mismo si voy a un médico de pago me van a tratar mejor que en la Seguridad Social (...)” (Puérpera 17).

“A mí me dio la sensación de que era muy... eh... muy rutinario, muy... él llega, te hace la ecografía... por supuesto, yo no quiero que él ponga ilusión en que mi hijo es mi hijo, por supuesto que él tiene sus historias, pero llega y: “tumbate”, “sí”, te hace una ecografía vaginal, con todo lo que te supone, encima de todo (ininteligible); llega, te la hace: “bien, bien, bien, bien (...) entonces, ellos están viéndolos todos los días un montón de veces, qué mide, qué late, qué no sé qué... y a ti te gustaría, pues, que te dijeran más cosas, ¿no?(...) “mira, le está latiendo el corazón, está quieto, no sé qué...”; que te lo muestren, que te vuelvan un poco el monitor para que tú lo veas, que te enseñen: “esto es la placenta...” Yo qué sé... que para ti es tu hijo, es tu primer hijo, y para ellos es verdad que es una rutina. No sé, que a lo mejor estaría bien que, no sé, que se pudiera un poco más aumentar la ilusión que tú tienes con el funcionamiento de ellos” (Puérpera 16).

“(...). Ni siquiera pude mirarle la cara al niño por el ecógrafo, iba muy rápido porque llevaba una hora de retraso” (Puérpera/Atención Primaria- Diario de Campo).

Incertidumbre: falta unidad de criterios.

“(...) a veces información confusa, porque yo tenía dudas, porque ella se quedó sin mamar más de cinco o seis horas casi, y yo tenía dudas de si la despierto o la dejo dormir, porque unos dicen que son tres horas, que no hay pasar, y una enfermera me

<i>dijo que no te preocupes, que cuando toman el calostro se quedan adormilados, y otra, por otro lado, me dijo “despiértala”. Entonces yo estaba confusa, no sabía... pero al fin la he despertado” (Puerpera 1).</i>
Incertidumbre: falta de información al alta hospitalaria.
<i>“(...) cuando cogí el alta, veo que me había recetado dos cosas, que a mí ni me las había comentado, como conmigo no habló prácticamente... recojo el papel y delante veo que tengo dos medicamentos ahí recetados, tal... o sea, que mi sorpresa es: “Pero, ¿por qué me ha mandado esto? Esto... ¿me pasa algo, o por qué es?” Y uno era hierro, y el otro un antiinflamatorio, que me enteré en la farmacia de lo que era (...)” (Puerpera 3).</i>
Incertidumbre: desasosiego y nerviosismo. Programa Integral de la Mujer.
<i>“Sí; bueno, temía porque no me hice la amniocentesis, porque cuando fui, iba a hacérmela, estaba de más semanas de lo que me habían dicho en un principio, y ya no me dio tiempo; entonces, lo que temía era que la niña pudiera estar... que tuviera algún problema, vamos” (Puerpera 7).</i> <i>“Qué raro que no han mandado el resultado, madre mía si pasa algo. Se está retrasando mucho, no he dormido nada en toda la noche pensando en la dichosa prueba, tengo miedo que le pase algo al niño. ¿Por qué tarda tanto? es que no está bien? (...)” (Gestante/Atención Primaria- Diario de Campo).</i>
Nerviosismo, inquietud, desasosiego y la angustia: falta de privacidad por factores arquitectónicos
<i>“(...). Tenía una cortina, y al lado había una primeriza, que la debí pasmar a la pobre, porque era una primeriza con un parto inducido, y me estaba oyéndome a mí, llorando, apretando... Yo me preocupaba por la de al lado, y decía: “hija, tú no te asustes, que esto es muy fácil”, y la pobre estaba llorando (...)” (Puerpera 5).</i>

“(…). Se pasa mal, y yo veía a las chicas que estaban solas ahí, y decía: “qué lástima (…).” (Puerpera 8).

Nerviosismo, inquietud, incertidumbre. Confusión.

“(…) había una auxiliar, que sí que sabía que era auxiliar, y la matrona; pero... la verdad es que si hubiera habido una enfermera vestida igual que ella, tampoco lo hubiera sabido. No, no... ellas no... ellas no me lo dijeron. Y, eso, que yo les pregunté (…).” (Puerpera 16).

“(…) el ginecólogo no me dijo: “yo soy el ginecólogo”, ¿sabes? O la chica: “yo soy la residente” (…).” (Puerpera 2).

Nerviosismo, inquietud, incertidumbre: organización asistencial.

“(…) igual que se encargan por la mañana de echar al padre, y que no pueda haber nadie allí, cuando ven que hay veinte en la habitación, también deberían de decir: “oye, esta mujer necesita descansar, y el niño también, como mucho dos personas, y un ratito”, pero eso ellas no lo hacen; tanto interés por la mañana en que te quedes sola, y luego pasan de que hayan cien en la habitación (…).” (Puerpera 5).

La Tristeza. Aflicción: relación fría y distante.

“Bueno, nosotros es que hemos ido a las tres que hacía el servicio público, y luego hemos hecho algunas en el privado. Las del servicio público, la verdad es que el trato bastante regular tirando a malo, en cuanto al ginecólogo; pero yo también lo entiendo... muy frío: llega allí, enchufa el sistema, no te explica nada, te dice que todo está bien, dentro de lo que él puede ver... por ejemplo, una frase, que eso sí que se me quedó a mí grabado; cuando terminó, le preguntas: “Bueno, ¿y qué...? ¿Cómo lo has visto?” “Con lo que yo puedo ver aquí, está todo bien”; no sé, el tío no se enrollaba mucho, aquí, en el centro, donde lo hicieron; pero luego, el privado, en cambio, era todo lo contrario, era... Te miraban bien, se paraban más contigo, te enseñaban un

poco más a la cría, pero vamos” (Puerpera 2).

“(…) a mí me gusta que me den más explicaciones. Que si vas a hacerte una ecografía, pues te digan: “mira, esto es así porque lo normal es que esto sea así”, o, “esto...”; que te expliquen el por qué, no solamente: “está todo bien”, que es lo que hace este ginecólogo (...) en el privado sí te van explicando las cosas” (Puerpera 15).

“las revisiones, en las ecografías ginecológicas, explicaciones, las justas, no se han exployado ninguno: “está bien”, “aquí tienes el informe”, “es niña”, y poca cosa más, que tampoco han entrado en más detalles. Porque, cuando iba al privado, te explica más, se entretiene más contigo, lo que se ve: “fíjate, porque esto es así, esto es asao, el fémur es menos largo...” Se entretiene más; también es normal, tiene más tiempo, pero bueno (...)” (Puerpera 9).

“(…) pues un poco frío, porque hay espera y colas; entonces, pues, el trato es un poco frío, claro, porque “vamos, deprisa, rápido, que si no, no da tiempo de ir mucha gente Y... no sé: quizás uno de los aparatos en la tercera ecografía, la primera y la tercera ecografía... eh... esos aparatos quizás fueran un poco más antiguos (Pareja Puerpera 3).

La Tristeza. Soledad y Desamparo: falta de apoyo social y tangible por los enfermeras y auxiliares en la Unidad de Hospitalización de Puerperio.

“No me informaron en ningún momento de que, pasadas esas cuatro o cinco horas, yo podía levantarme perfectamente, o que podía empezar a caminar, o incluso que me podía duchar por la mañana temprano, antes de que pasara el ginecólogo a revisar; eso, por ejemplo, no me lo dijeron. Ni tampoco me dieron a lo mejor el... el neceser éste que dan para poder ducharte con tu gel... no me lo dieron, tuve que ir yo a la mañana siguiente, viendo que no pasaba nadie a curarme, tuve que ir yo a control; que si es que no iba a pasar nadie a curarme, o si es que me podía duchar ya, y claro, me contestaron así, un poco extrañadas: “¿Cómo preguntas eso? ¡Pues claro que te tenías que haber duchado a las ocho y media!” Y yo: “pues nadie me lo ha dicho, ni tampoco me habéis dado ningún neceser con mi jabón ni mi champú ni mi esponja ni nada”, digo, “pues no lo sabía.” Y ahí la verdad es que sí que lo vi regular, el recibimiento en planta; por lo menos a mi llegada” (Puerpera 6).

La Tristeza. Soledad y Desamparo: falta de comunicación con los médicos/as
<i>“(...). Nos preguntaban si había hecho caca el niño, era lo único que te preguntaban del niño, “¿ha hecho caca hoy?”, “sí”, y ya está, pero no (...)” (Puerpera 4).</i> <i>“Yo me vine de La Arrixaca sin saber si mi hija... eh... tenía... solamente una enfermera que fue a hacerle la prueba de... de la audición, sin preguntarle nada, se acercó a mí y me dijo: “todo está bien; la niña oye perfectamente y no tiene ningún problema auditivo.” Sin preguntarle nada; por eso te digo que, por parte del pediatra, un poco... no sé... falta de información” (Puerpera 7).</i> <i>“(...). El ginecólogo, solamente revisaba a las que iban a dar de alta, ya al resto, pues.... Ahí, podías estar tú con tus puntos, que a no ser que te pillara lunes, martes o miércoles, o te quejaras de que algo iba mal, nadie te miraba cómo te iban los puntos” (Puerpera 9).</i>
La Tristeza. Soledad: falta de acompañamiento.
<i>“(...) a veces lo sacaban, pues lo típico, cuando entra otra señora, por el tema de la intimidad, y estaba deseando que entrara otra vez. Estaba todo el rato con el móvil, en dilatación, sabes qué está ahí (...)” (Puerpera 13)</i> <i>“(...) que dejen estar a tu familiar contigo todo el tiempo que haga falta. Hombre, el que haga falta, quiero decir; si el médico tiene que entrar, tiene que reconocerte, que se salga, eso está claro. Pero, eso de pasar los dolores tú sola (...)” (Puerpera 8).</i>
La Tristeza. Resentimiento.
<i>“(...) el último día, sin decir también ni buenos días, se puso el guante y me reconoció, ni me dijo lo que me iba a hacer, y cuando yo le dije: “¿me voy?”, no me contestó(...) “el hombre llega, entra, y... ya te digo, ni “buenos días”, ni te mira a la cara, ni nada; te presiona el útero, a ver si sangras o no sangras, y tampoco te dice: “pues esto está</i>

bien”, o “está mal”, o “te vas a ir mañana”, o “no te vas a ir”... no, pasa directamente a la siguiente, a ti no te dice absolutamente nada, tú tienes que decirle: “me voy mañana”, “me voy hoy” (...).”(Puérpera 5).

La Tristeza. Enojo: incomodidad por infraestructuras inadecuadas.

“(...) muy cómoda, no, porque tampoco... la higiene... sí, van, van, pero que tampoco... es... entran muy a fondo, vamos, un poco incómodo sí... en cuanto a los sillones y todo eso para el acompañante, fatal; porque yo estaba durmiendo y estaba incómoda, pues cuanto menos mi marido en el sillón aquél que había... peor todavía” (Puérpera 17).

“No sé, un poco como... Era muy cerrada, faltaba creo que aire, no lo sé; yo creo que... yo las veo muy pequeñas, falta espacio, porque, para comer, la mesa para comer, no se podía ni dar la vuelta, me tenía que levantar y coger la fuente de comida, ponérmela... eso no me gustó, lo que no me gustó fue eso; luego, el sillón, que estaba muy pegado a la cama. Cuando yo quería levantarme, teníamos que correr el sillón, y también daba casi al otro lado con la otra cama, chocaba con el biombo... no sé, lo de la habitación estaba como muy estrecha, la verdad” (Puérpera 11).

“El espacio, pues a lo mejor un poco más grande, porque claro, tú estas ahí, y estás con tu pareja, que está sentado en un sillón, y tienes al lado la cortina, y el sillón del otro, que... Demasiado pequeña para dos personas, a lo mejor un poquito más grande sí que... quedaría más, y a lo mejor la sensación esa de ahogo estaría mejor. Luego no se podían abrir tampoco las ventanas, era como un ahogo total, la calefacción demasiado fuerte, y no sé.”(Puérpera 13).

“Hacia mucho calor; las cisternas del aseo son súper ruidosas; cada vez que tiras de la cadena se despiertan los dos críos de la habitación (...) las sillas, las sillas de fuera son... son de este tipo; o sea, ¿cómo a una madre con una episiotomía la sientan en estas sillas?” (Puérpera 16).

Vergüenza. Factores estructurales y actitud de los/as profesionales.

“Algo que me horrorizaba era el hecho de que estuvieras en dilatación y te hicieran todo tipo de exploraciones viéndote todo. Sin embargo, en mi caso, cuando la matrona lo hacía, me solía tapar con la sabana para que nadie lo viera. Eso fue algo que me gustó porque de lo contrario me hubiera muerto de vergüenza. Todos allí en aquella sala pequeña y viéndote, que horror! con lo pudorosa que soy”(Puérpera/Atención Primaria- Diario de Campo).

“(…) la sala de dilatación sí que habría agradecido un poquito más de distancia entre señora y señora, o que no fuera una cortinilla, que fuera un biombo un poco más rígido, por que es que de pronto, que te abran la cortina, o te están mirando, y de pronto te abren la cortina... ¡yo que sé! Que viola un poco tu intimidad, ¿no?(…)”(Puérpera 4).

“(…) Luego vi que eran habitaciones, digamos como habitaciones dobles, separaditas una de otra con una cortinita y tal, hombre, quizás hubiera preferido un poquito más de intimidad (…)” (Puérpera 18).

“(…) el parto es un momento tan... que... debería ser más íntimo (…)” (Puérpera 3).

“(…) no hay pestillo en el cuarto de baño, con lo cual, tú te estás duchando y el marido de la señora de al lado puede abrir la puerta, y tú estas ahí (...). Te insisten mucho que hagas de vientre antes de irte a tu casa, ¿pero es que en esas condiciones se puede hacer de vientre, en un cuarto de baño sin pestillo?” (Puérpera-5).

Miedo en las parejas. Incertidumbre y desorientación: falta de apoyo informativo y tangible por parte de los profesionales.

“Alguna vez; porque dices, si algo sale mal, si algo viene mal... pero en muy pocas ocasiones; muy poco” (Pareja Puérpera 13).

“Nosotros llegamos al hospital y, y... hicieron pasar a Inmaculada al... a una monitorización, digamos, sobre las dos, dos y media, no lo recuerdo; creo que era, a las dos más o menos, su madre, Inmaculada y yo. La metieron y nosotros esperamos fuera,

nadie nos informó en ese momento de nada, ¿no? Cuando salió Inmaculada, pues nos dijo: “He dilatado tanto, y, me han dicho, que me que quede.” Pues, hasta ahí. Entonces nos dieron una habitación, y... a la habitación a pasar la noche. Pero, en cuanto a información, no hubo información por parte de ninguno en ese momento, sólo lo que nos dijo Inmaculada cuando salió, que ya salió, incluso con la bata” (Pareja Puérpera 3).

“Bueno, no te informan mucho, están pendientes de cuando va a salir el niño y tú estás ahí que no sabes que está pasando (...)” (Pareja Puérpera/Planta de Puerperio- Diario de Campo).

“(...). Estaba nervioso, hombre... cómo iba todo; es que, como estás sin noticias, no sabes si la cosa va bien, si va regular, si la cosa va... no lo sabes... a mí me parece bien que se centren en la madre, es lógico, pero yo qué sé... que tengan un poco de... Yo entiendo que no va a pasar allí toda la familia, pero alguna persona, al menos, de acompañante, eso podía relajar a la madre, y, por supuesto, al padre” (Pareja Puérpera 2).

“(...) nos acercamos a la puerta de urgencias de maternidad, dijeron que esperaríamos un poquito... nos esperamos a penas 10 minutos, entró ella a que la revisaran; en seguida salió diciendo que quedaba ingresada, y que le habían dicho que yo esperara en la sala de espera general. Ella cogió sus cosas, yo me llevé el resto de las pertenencias, me instalé en la sala de espera, vi un cartel que ponía: “se informará a los familiares dentro de 4 horas”; cuando haga 4 horas de que esté la paciente dentro, con paciencia, porque aquello me parece una barbaridad, que, por sistema, porque el tiempo es muy largo... entiendo que, por sistema, se diga: “pues... cada 2 horas”, ¿no?, para que no hayan familiares por allí deambulando y molestando; ahora, por sistema 4 horas, lo veo muchísimo tiempo” (Pareja Puérpera 9).

SENTIMIENTOS POSITIVOS: ALEGRÍA Y AMOR.
--

Tranquilidad.

“Bueno, pues me ha dado información, en primer lugar, de cómo iba, me reconoció la matrona, para saber un poquito cómo iba, porque tú, más o menos puedes tener una idea de si vas más o menos, si no tienes síntomas de nada. Que eso siempre te preocupa, pues la zona por donde ha salido tu hijo que vaya todo bien, y todo correcto (...)” (Puérpera 18).

“(...) sí, porque una sale así del hospital, un poco tal, que ya no sé, hombre... debe de ir bien. No se debe de infectar, pero sale uno un poco así, puff, ahí, ahí lo llevas, ¿no? Y la verdad es que sí es reconfortante, sí; te mira, te dice si va todo bien... ya está” (Puérpera 10).

“(...). La matrona... fenomenal. Y luego, tuve problemas... bueno, que cada contracción que me daba lo sentía el bebé, y entonces le bajaban las pulsaciones y todo eso; entonces, no paraban de venir los ginecólogos para verlo, y muy bien atendida y todo. De hecho, le hicieron una prueba del Ph por si... por el sufrimiento que estaba teniendo el bebé, por si me tenían que hacer la cesárea, y la verdad es que muy bien atendidos con el ginecólogo y con la matrona” (Puérpera 17).

“(...) en la sala de dilatación estuve, yo creo que sobre media hora o una hora, aproximadamente, hasta que ya me preguntaron si iba a querer epidural; yo dije que sí, llevaba todos los documentos firmados y preparados, entonces ya, cuando llegó el momento de ponérmela, pues ya me acompañaron a la sala de... con el anestesista, para ponerme la epidural, y ellos me explicaron pues que era un poco peligroso, que no me tenía que mover porque la... la vía, pues... que si tenía alguna contracción que le avisara para llevar cuidado, me fueron explicando la sensación que iba a tener, a lo mejor de frío, y que... más o menos explicándome pues todo lo que... lo que conllevaba la epidural. Y ya nada, después de ponerme la epidural, la cosa pues fue bastante más tranquila; ya esos dolores de las contracciones se suavizaron bastante, y ya luego a luego te permite incluso vivir esos momentos más relajada, más tranquila” (Puérpera 6).

“Bien; llegué con contracciones, y me atendieron muy rápido esa noche (...). Me recibió la enfermera, que me tomó la tensión, la temperatura, y me preguntó que por qué había ido para allá, y yo le dije que las contracciones eran ya muy seguidas y muy fuertes; y, luego, ya me vio la ginecóloga. Me vio la ginecóloga, me hizo una exploración, me dijo que ya empezaba a estar dilatada, y ya luego la matrona” (Puérpera 2).

Confianza.

“(…) en julio empecé a notar me contracciones, y noté que me empujaba y que se me salía; además, iba andando y con la mano puesta, porque me creía que se me salía, es que se me salía; entonces vine aquí, se lo dije a la matrona, que me dijo: “eso es normal” –dice -, “pero bueno, si sigues notándotelo, tú coges, y te acuestas, te tumbas y si cuando tú te levantes sigues notándotelo, tú te vas a urgencias pero rápidamente.” Y yo hice lo que ella me dijo, y me fue bien. Y me dijo que tuviera un reposo relativo, que no era reposo-reposo, que tuviese un reposo relativo y que me sentiría mejor; y la verdad es que es así (…)” (Puerpera 14).

“(…). En mi caso, la matrona ha sido para mí la figura más importante, porque es la que más me ha llevado; y, además, la atención que ha tenido, que ha sido una atención completa, en mi caso (…)” (Puerpera 4).

“El personal de referencia, el matrn, en lo que es el tema del embarazo. Es que, como he tenido lo de la infeccin paralelamente, pues consultaba a mi mdico de cabecera, (...). Pero, realmente, para todas las pruebas, ecografas y dems, siempre era el matrn. Adem, de hecho, recuerdo que mi mdico de cabecera, cuando se vio que era muy resistente la infeccin, llam al matrn, a ver qu hacamos, a quin nos podan derivar... en fin, que l ha sido un poco la persona de referencia” (Puerpera 9).

Amabilidad.

“Con la matrona, excepcional. Como si fuera mi madre, más o menos. (..) no tengo ningún problema con ella” (Puérpera 7).

“(...) la matrona, cuando vine aquí a hacerme la cartilla, que fue muy amable(...) yo soy mucho de preguntar, y ella respondía muy atentamente, y todas las dudas que yo tenía, o sea, que yo me encontraba bien, me sentía bien atendida, y bien de ánimo. Bien, no habido algo, que me haya quedado yo dentro, y no haya dicho, que me haya surgido alguna duda. No, yo he salido bien de todas las revisiones, y contenta y bien, que iba todo bien” (Puérpera 18).

Satisfacción. Atención médico/a de familia

“El médico de familia solamente pues si te hacía los análisis, te veía los resultados, luego tuve una infección y me mandaba el antibiótico de la infección... todo eso; o sea, el proceso general que tienes que seguir” (Puérpera 15).

“(...) con el médico de cabecera fue más que nada para hacerme una analítica y comprobar que realmente estaba embarazada” (Puérpera 6).

“Al médico de cabecera, al principio, para saber qué pasos tenía que seguir, qué pasos tenía que dar con la noticia, “creo que estoy embarazada”, al principio sí, pero luego ya no, no; además, no soy una persona que me ponga enferma, ni nada, o sea que lo veo poco” (Puérpera 10).

Seguridad y confianza. Apoyo social de la pareja.

“Pues lo veo muy bien, porque es una cosa de dos, que es un proyecto en común, y lo veo muy bien que esté él. Y, bueno, y ahora que sigue estando, por supuesto, ayudándome a todo (...)” (Puerpera 17).

“(...) es que me gustaba que viniese conmigo, y yo creo que a él también le gustaba, y te da un apoyo muy grande. Desde irse a sacar, cuando me he ido a sacar sangre y ha venido conmigo, cosas así tan tontas... a lo mejor también porque nos lo hemos podido permitir, por horarios y eso... eso yo creo que es vital...es que vivirlo sola, si te digo la verdad, no me lo imagino” (Puerpera 3).

“Me gustaba ir acompañada. Sobre todo para las ecografías y todo eso, que para mí era importante, por si me decían algo... prefería ir acompañada” (Puerpera 15).

“Sí, pero porque él es más tranquilo que yo, me daba paz; hombre yo creo que fue una (ininteligible), por eso no te sientes muy sola... no sé” (Puerpera 13).

Sentimientos ambiguos en la pareja.

“(...). Lo llevé bastante tranquilo, lo he vivido con bastante ilusión, porque ella me transmitía a mi mucha ilusión, hemos tenido momentos de todo, las hormonas se nos alteran a todos, pero va un poco dentro del embarazo” (Pareja Puerpera 18).

Anexo 20. Testimonios. Categoría. **Orientación en Valores.**

Déficit en la Orientación al valor de la Confianza.
<i>“(…). La gente entraba y salía, pues, tratando el asunto de una forma muy ligera, y además entraba y salía gente que yo no sabía quién era ni... además, ¿por qué tienen que entrar y salir, en un momento en el que a lo mejor puede estar la puerta cerrada? No sé” (Pareja Puérpera 9).</i> <i>“(…) salí decepcionada, porque yo decía: “jolin, es que es el único momento que tengo para ver esto y... es que no me han dejado disfrutarlo (...)” me hice luego ecografías posteriores, la 3D y tal, por mi cuenta por lo privado pero porque yo me quedé como diciendo “es que aquí no me he enterado de nada, me ha faltado algo... ¿está bien?”</i> <i>“Sí, sí, está todo bien” “Pero, necesito que me digas... yo qué sé” (Puérpera 3).</i>
Orientación al valor de la Confianza.
<i>“(…) te abría mucho, que si uno se corta es por vergüenza propia, y no porque no me hubiera puesto fácil el contarle cualquier problema; en ese sentido sí que se lo agradezco, porque siempre la parte que a uno le da como más pudor tratar cuando tiene una duda (...)” (Puérpera 4).</i> <i>“Confianza; y... y que me vea, que tenga confianza en mí, y que todo va a salir muy bien. Y yo pienso que la gran mayoría de la gente sale muy, muy, muy contenta a... con nosotras (...) En general. Pero creo que, que, vamos, que la gente está muy contenta con el... con el paritorio” (Matrona 7/Atención Especializada- Entrevista).</i>

Déficit en la Orientación al valor del Diálogo
<i>“(…). No veía yo relación como profesional-paciente. La verdad es que se me veía un poco como un objeto más; un objeto más al que el profesional mira, y ya está; sin más información ni más nada” (Puerpera 6).</i>
Orientación hacia el valor del Diálogo.
<i>“(…) ha sido lo principal, lo primordial, la matrona (...).Porque ha sido la que ha estado encima de todo (...) yo he tenido algún problema, y yo he venido a ella y me lo ha solucionado; y no he tenido que ir al ginecólogo ni a nada para poder solucionar el problema; ha sido ella. En plan de alimentación, en plan de encontrarme mal y darme la solución para encontrarme mejor, en todo eso” (Puerpera 4).</i>
Déficit en la Orientación al valor de la Responsabilidad.
<i>“(…) el personal de la planta ni te dice: “oye, mira esta, este número, si necesitas, llámala”, nada, nada. Yo, porque lo sabía de antes, pero no me informó en ningún momento; luego, tampoco te dicen... Yo, bueno, ya te digo, soy enfermera, y, aparte, tengo otro hijo, pero a nadie le informan de cómo se cura el cordón, de que eso hay que curarlo todos los días... en una hojita que te dan al final, cuando te vas, pero que yo me la pude leer al décimo día, porque llegas a casa, y, con la presión que tienes, no tienes tiempo a pararte a leer nada, nadie te dice, cuando vas por la mañana a bañarlo: “vente, que vas a ver cómo se cura el cordón”. Nadie. Yo te hablo ahora, como primeriza que fui, que a mí nadie me dijo... nadie (...)” (Puerpera 5).</i>

Déficit en la Orientación al valor del Respeto.

“(…) me imagino que si hay algo mal sí te lo dirán. Yo a los pediatras no les vi ni la cara, pero ni siquiera el día que le dieron el alta, que me dijeron: “te puedes llevar el bebé a tu casa, que está muy bien”, nada en absoluto, nada. Entonces, pues... información... el trato, ya te digo, fatal” (Puerpera 5)

Orientación a valores de Respeto, Responsabilidad y Altruismo.

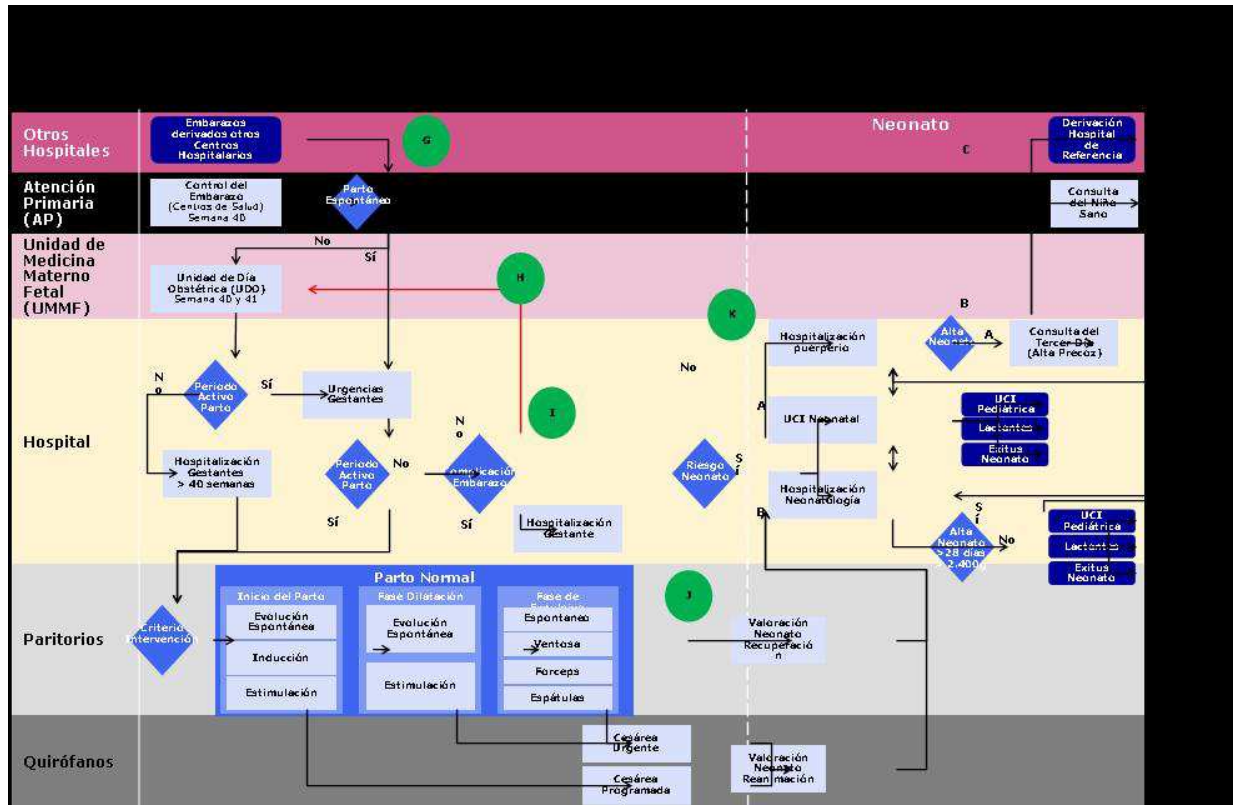
“(…) no paraban de estar, de ir, de llegar, de preguntar, de ver... sí, si no la matrona, la ginecóloga, si no uno, otro... siempre hay gente, siempre(…)sí preguntaba alguna cosa, si la ginecóloga o la matrona (.....). De esta manera, o de esta otra... sí, sí, siempre aportaban” (Pareja Puerpera 13).

“Pues estaba la matrona y dos personas más, una auxiliar e imagino que una enfermera, no sé, y muy bien, me ayudaron en todo momento, en cómo tenía que empujar, que iba a tener un parto muy bueno, animándome... y la verdad, es que, una vez que nació el niño le pusieron un gorro con su nombre y muy bien todo (...)” (Puerpera 17).

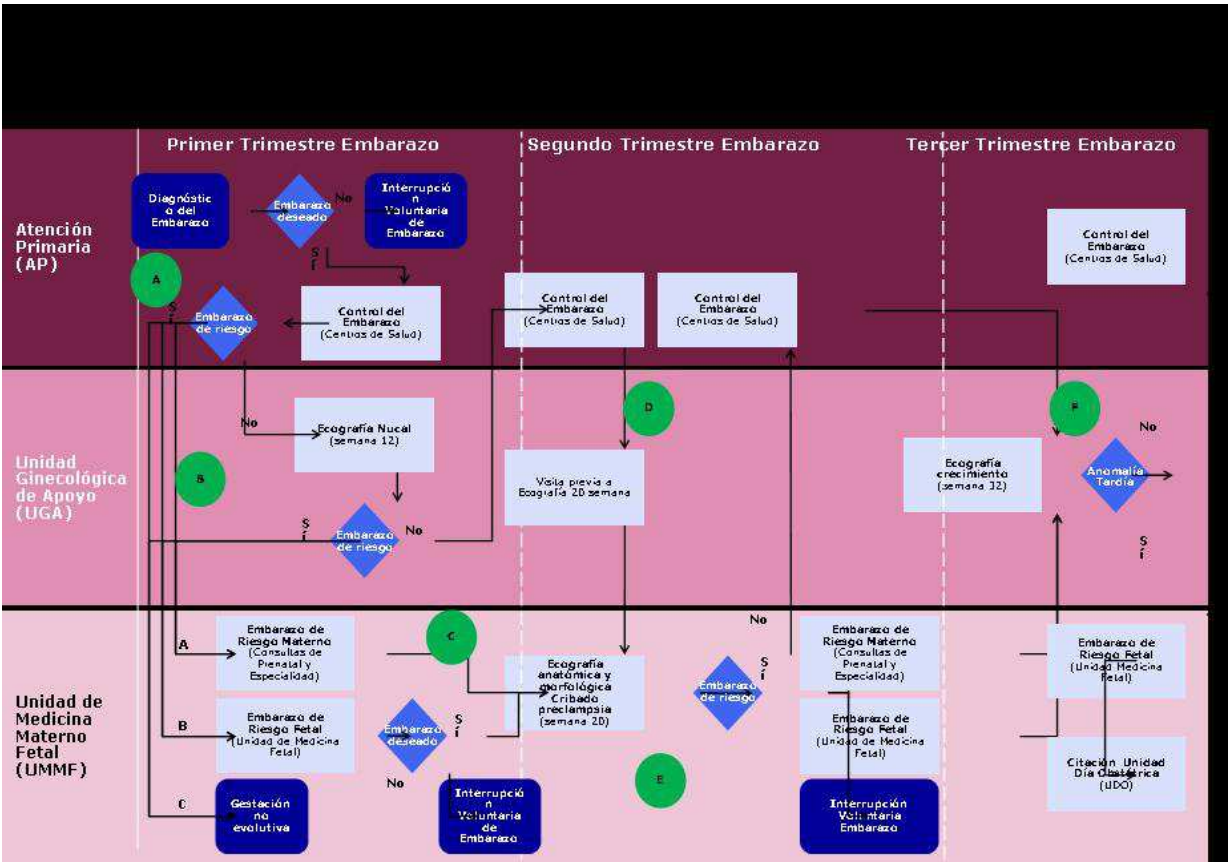
“(…) la matrona que finalmente la atendió... primero la atendió, pero luego le tocó el descanso, y luego hubo otra persona que finalmente la atendió en el parto, una persona muy agradable, y que transmite mucha seguridad, mucha confianza(…)” (Pareja Puerpera 9).

Anexo 21. Mapa Proceso Perinatal Atención Primaria y Especializada (Unidades Ginecológicas de Apoyo y Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca).

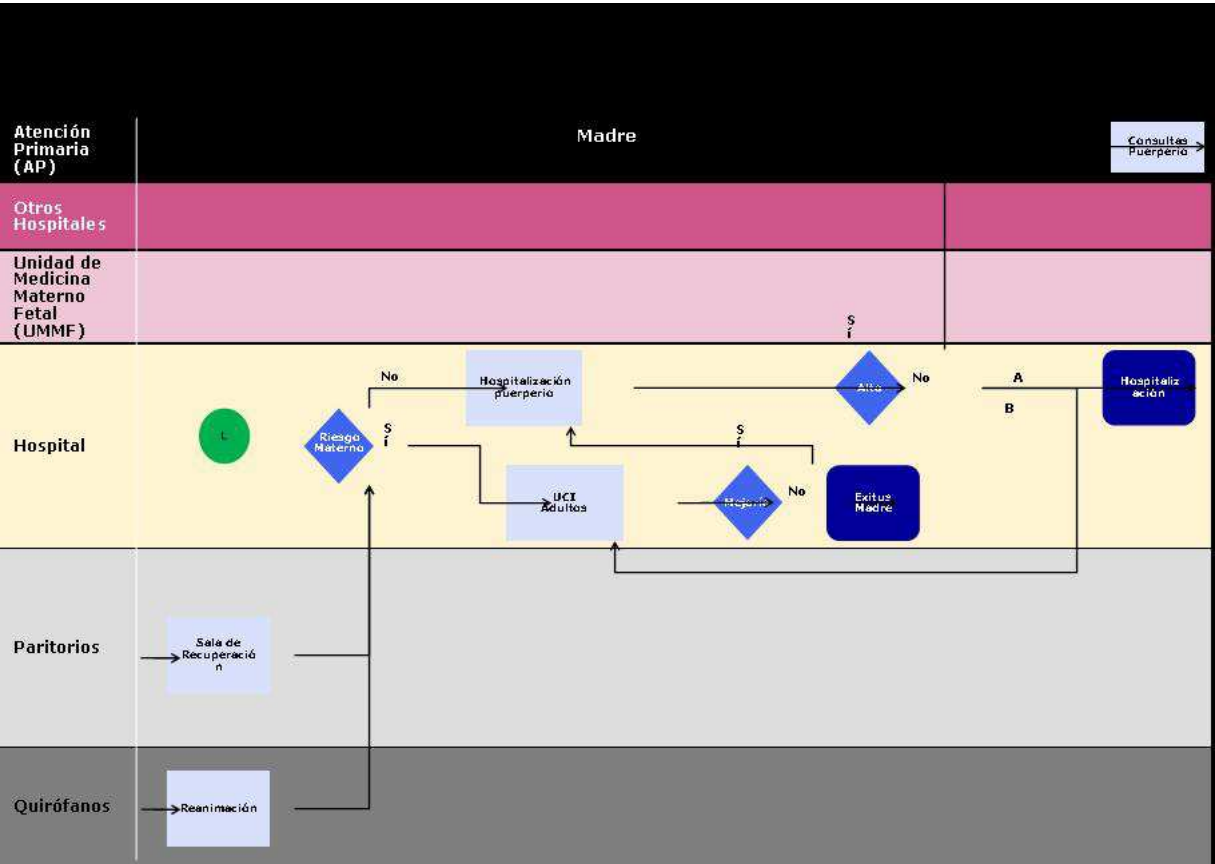
Seguimiento del Embarazo.



Seguimiento del Preparto, Parto y Puerperio.



Seguimiento del Preparto, Parto y Puerperio (madre).



Fuente: Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca. 2011

2> Pero la mujer no puede decidir, ¿Cuántas veces ha venido una mujer a maternidad queriendo una cesárea y ha parido?

5> Si pero una mujer no puede indicar una cirugía.

2> ¿Por qué no? Si es mi cuerpo y es mi hijo, si yo quiero hacerme una cesárea, ¿Por qué no puedo?

5> Pues yo no lo veo así, por que la cirugía tiene unas complicaciones que no las tiene el parto.

2> La cesárea es una cirugía, pero es menor.

4> Pero le quedan secuelas para siempre. Porque para el siguiente parto puede ser que no tenga un parto vaginal, sino otra cesárea.

5> Que elijan quien le acompañe, mejoraría, que decidan no ponerse la epidural y al llegar con 8 centímetros si quieren vale, que quieran una habitación individual o que solo les trate una matrona, eso estaría bien, pero lo de la cesárea no.

3> En este momento hay mujeres que tienen antecedentes de otra criatura que por circunstancias tuvo muchos problemas al nacer, y vienen preparadas para una cesárea, por que no quieren un parto vaginal por si acaso.

5 y 6> Eso se puede entender.

• HABEIS COMENTADO QUE EN LA TOMA DE DECISIONES LAS MATRONAS PONEN UNAS LIMITACIONES Y LOS MÉDICOS OTRAS.

5> Tu decisión, si se la explicas, termina decidiendo ella. Por ejemplo, la mujer dice si puede ir al baño, tu dices si o no, en caso de decir que no puedes decirle que es porque le han puesto la epidural y no te fías por si le fallan las piernas, en ese caso accede a usar la cuña. Las mujeres no pueden decidir más si no tienen más información.

Si tienen información, aunque la decisión la tome el profesional, no sienten que es una obligación.

• EN LA HUMANIZACIÓN DEL PARTO, ¿QUÉ LE CORRESPONDERÍA AL GINECÓLOGO Y QUÉ A LA MATRONA?

5> La distribución que tenemos ahora es que el embarazo patológico y el parto complicado lo resuelve el, tampoco pasaría nada si hace un embarazo eutócico. Para mí lo humano sería que ellos también pudieran poner el bebé encima de la madre y no dárselo corriendo al pediatra.

• ¿ENTONCES QUÉ CONSIDERAIS BUENAS PRÁCTICAS EN RELACIÓN AL PARTO?

6> Conservar todo lo que sea natural al máximo. Tener la ciencia ahí preparada por si hace falta, pero ir dejando que evolucione lo más natural que pueda.

1> yo creo que el concepto que tienen las mujeres no es el mismo que tenemos nosotras. Las mujeres cuentan sus partos de manera dramática: “Madre mía, se subió una mujer encima mío y me decía que empujase” yo creo que no hablamos el mismo lenguaje, y no creo que por eso no hagamos las cosas humanamente.

5> Por eso, si tuviera más información comprenderían, Porque yo me he subido a veces encima de las mujeres por que no podían empujar solas y luego me lo agradecen, me dicen que la mitad de la niña es mía.

3> Pero es que eso es desde siempre, hace unos años, mi padre estaba ingresado y al lado tenía a un chico que había tenido un accidente, a veces venía su hermana, yo saludaba y ella me miraba mal, hasta que una vez el pregunté y me dijo que si me acordaba de unas navidades de una chica con 15 años que parió, yo le dije que sí, y me dijo que ella y que yo la obligué a que diera de mamar al bebé y ella no quería y que ha estado dos años con depresión por mi culpa.

• ¿Y QUÉ PENSAIS DE LA ESTRATEGIA DE ATENCIÓN AL PARTO NORMAL DEL MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO? ¿OS PARECE NECESARIA O SE TRATA DE UNA MODA?

5> Yo es que creo que no tiene tanta demanda, y sería fantástico, porque yo creo que hacemos cosas de más. Porque yo vengo de un hospital grande donde a las mujeres se las dividía en partos de alto riesgos o partos de bajo riesgo. Y en estos últimos se ponían monitores de 20 minutos cada 2 horas, sino querían epidural no se le ponía, no era protocolo llevar vía y aquí si y eso ya te obliga a quedarte, eso de llevar vía y monitor permanente, porque tratamos a todos los niños como si fueran premonten. No distinguimos a los de bajo riesgo de los de alto y eso podría mejorar el parto normal, siempre con la oferta de la epidural.

• Y ¿CUÁL ES LA ACTITUD DE LOS PROFESIONALES RESPECTO A LA ESTRATEGIA?

6> Somos partidarios del parto normal y de no dejar ningún cabo suelto.

• Y RESPECTO AL TEMA ANTES HABLADO SOBRE EL PARTO DE LAS MUJERES MALTRATADAS, ¿QUÉ HACEIS, COMO ACTUAIS?

5> Yo el único caso que he tenido era de una menor y la madre venía con la hoja de alejamiento y activamos un poquito el protocolo de mantener el alejamiento.

7> Y también hay quien quiere estar en todo momento dentro con una codicia que llama la atención, por que quiere saber que es lo que dice la mujer. Luego intentamos quedar con ella sola, para un análisis y hablar. Yo me quejo de la falta de tiempo para tratar estos casos.

Moderadora. Muy bien, vuestros discursos han sido muy interesantes y válidos para la investigación. Yo creo que vamos a dar por finalizada la sesión, muchas gracias por vuestra participación y deciros que cuando se publiquen los resultados se os hará llegar.

En este grupo han intervenido:

- 1> MATRONA UNIDAD URGENCIAS - PARITORIO
- 2> MATRONA UNIDAD URGENCIAS - PARITORIO
- 3> ENFERMERIA UNIDAD HOSPITALIZACION PUERPERIO.
- 4> MATRONA EQUIPO ATENCION PRIMARIA
- 5> MATRONA UNIDAD URGENCIAS - PARITORIO
- 6> MATRONA EQUIPO ATENCION PRIMARIA

GRUPO DE DISCUSION: MÉDICOS/AS: 17/3/2009.

Moderadora: Bienvenidos a todos y muchas gracias por acudir a la convocatoria. Como ya os explicamos en la carta informativa, estamos desarrollando una investigación relacionada con la humanización en la atención perinatal. Con este Grupo de Discusión pretendemos conocer lo que pensáis sobre el fenómeno de la humanización en el ámbito sanitario. Como podéis observar la sesión va a ser grabada mediante el ordenador portátil, esto es importante para que nosotros podamos analizar el contenido del discurso. Por supuesto, la confidencialidad está garantizada. Aunque ya lo mencionamos en la carta, la duración estimada de la sesión será de aproximadamente 45 minutos. Y ya, si no tenéis ninguna pregunta que hacer, iniciamos la sesión.

• AHORA MISMO HAY VARIAS FORMAS DE ATENCIÓN AL PARTO, HAY PARTOS MÁS MEDICALIZADOS Y PARTOS MENOS MEDICALIZADOS, ¿QUÉ OS PARECE ESTA DISYUNTIVA?

4> Ya sabes que yo formo parte del grupo del parto normal y estamos a favor. Yo estoy encantada de que se pueda tratar a las mujeres como un parto normal y cuando haya algún problema cambiar, tener la libertad de modificarlo, pero estamos muy a favor. Lo que nos falta son medios, matronas, sitio, pero vamos a favor estamos. Y yo creo que en general todo el mundo. Yo intento transmitirles a mis compañeros el amor por el parto natural y ellos están un poco reticentes, sobretodo va a crear falsas expectativas en la población, es decir, que la gente no se crea que esto es siempre fantástico, siempre estupendo, que aquí yo llego no tengo que ponerme nada, que voy a tener un parto normal sin episiotomía. Bien que se que se intente enseñar a la población que el porcentaje de mujeres que va a llegar con un parto natural es bajito. Ahora el interés de los ginecólogos es el parto natural, es espectacular, yo me fui al último congreso en Canarias y hubo un día entero sólo del parto natural. Nos presentaron para ponernos un ejemplo un estudio que estaba hecho con gente motivada para llevar a cabo un monitorización intermitente y las mujeres eran las que cumplían las expectativas de un parto normal, sin factores de riesgo materno, el porcentaje de mujeres que llegaron hasta el final con la monitorización intermitente fue de un 3%, ésto quiere decir que los niños tienen bradicardias, y que cuando pasamos cada 15 minutos a escucharlas terminamos por pasar la monitorización continua. Con esto indicar que cada vez

intentaremos que haya más respeto por la mujer que va a dar a luz, que se sienta más cómoda pero que en realidad esto que se vende, esto del plan de partos se cumple muy pocas veces por desgracia.

3> Yo creo que el principio es que entendemos por parto humanizado, porque yo por un curso que he hecho y por cosas que he leído, hay varias concepciones, desde el parto domiciliario, en fin, entonces quisiera saber que es lo que pretende y partiendo de esa base podríamos decir si estamos de acuerdo en esto o no y yo creo incluso que hay diferentes posiciones más radicales y menos radicales y una vez que sepamos cuál es la posición podremos un poco puntualizar hasta que punto podemos renunciar a las estructuras actuales de seguridad del parto que ofrece la medicina actual en base a recuperar en base a recuperar cierta atención renunciando a la seguridad que te ofrece el hospital. Entonces yo quisiera saber cual es la posición vuestra en cuanto al tema del parto natural o humanizado.

2> Yo decir que hay un error en la exposición de parto normal, porque se presenta a confusión, Porque está lo que el Ministerio ha sacado, pero que sería más parto natural que normal, porque también se incluyen temas como la cesárea que no es un parto normal. Yo pienso que tanto las médicos como los pediatras entendemos el parto normal como aquel que sigue su curso y desarrollo normal y que no requiere de ninguna instrumentalización. Pero esto es más amplio, porque sería medicalización o no medicalización. Es que esto sería una confusión para la hora en la que decimos que entendemos por parto normal. Para nosotros los pediatras el parto normal es aquel que va siguiendo su curso normal, sus pasos habituales y que se va a buscar por vía vaginal sin ningún apoyo especial, eso es lo que yo entiendo por parto normal. Puedo puede haber mucha o poca medicalización o lo más importante la humanización de ese parto, pero la humanización también es una cesárea. O sea que hay varios aspectos, por un lado está todo esto, por otro la humanización y por otro la medicalización.

8> Yo pienso que se ha planteado corresponde a que los servicios sanitarios avanza de una forma, que la tecnología avanza de otra, la instrumentalización otra y que tiene que llegar el momento de parar, cortar y pensar que esto surge porque nos estamos olvidando de que el parto es un proceso fisiológico normal y yo creo que a veces se puede evitar tantas intervenciones, tanta tecnología, vamos que yo pienso que

la disyuntiva ha empezado aquí, entonces éste es el planteamiento del Ministerio, ha pasado de un parto en casa donde la mujer era muy protagonista al parto en el hospital donde todo es importante menos la mujer, después suben todas las tecnologías y la verdad es que hasta ahora no se plantea tener en cuenta que primero vamos a ver como va el parto, que si es normal se deja evolucionar normal, cuando haya que hacer algo, por supuesto se debe hacer, pero yo creo que toda la disyuntiva ha surgido aquí a este nivel, tenemos que tener en cuenta que la mujer tiene que participar, que es protagonista, que tenemos que preservar su intimidad y crear un ambiente ideal y dejar un poco, desde mi punto de vista, las intervenciones y ver que hay otras opciones.

2> Pero hay un dato crítico, esto aparece cuando hemos conseguido bajar la mortalidad de la mujer y del niño. Cuando hemos mejorado eso, es cuando estamos dando pasos. Tampoco podemos decir que hemos metido la tecnología, porque ha sido una evolución normal, que ahora nos podemos permitir, pero hace unos años, no.

8> Eso es, yo pienso que el parto natural te da seguridad y hace que te relajes, por que hoy día, ¿Quién se muere en un parto? Muy poca gente, entonces criticar el parto natural tampoco es una cosa en la que debamos pasarnos, por que te da una seguridad que tú piensas que en el parto ya no se muere nadie, es una relajación. Que podíamos mejorarlo, por supuesto.

3> Hay tendencias a favor de la humanización del parto fisiológico porque la tecnología pues lo deshumaniza. Pero existen otras tendencias para la mujer de hoy. Yo he oído a compañeros afirmar que el 100% de los partos serían cesáreas prácticamente. Por ejemplo el tema del suelo pélvico, se achaca bastante al parto, mis tres hijos han nacido por cesárea. Es más en la reproducción asistida también hay mujeres que renuncian al embarazo, incluso echan mano de la maternidad subrogada por no alterar su cuerpo y la extracción de ovocitos a edad de 20 años para retrasar la maternidad a los 40 años. También existen esas tendencias en la mujer moderna, no solo el parto natural. Hacen todo lo posible para que nada dañe al niño ni a su vida laboral. Ya se está planteando el útero artificial.

4> De todas maneras lo más importante es que la población esté bien informada, estarán mal informadas si creen que el suelo pélvico se altera en el parto cuando es por

el paso del embarazo. Tan malo es que la población crea que lo mejor es una cesárea cuando tiene más riesgo que un parto vaginal, como que la episio se carga el suelo pélvico, pues tampoco, tendremos que informar.

• ¿QUÉ PENSAIS SOBRE COMO ESTÁ LA ASISTENCIA ACTUALMENTE DEL PARTO Y PUERPERIO? ¿QUÉ PROPONDRIAIS PARA MEJORAR?

5> En hospitales tan grandes como éste, está muy deshumanizado el parto, pues yo vengo de un hospital pequeño, donde la mujer ingresa, se queda en dilatación aislada de los familiares por 17 pasillos, está siempre acompañada de otras mujeres, hay tres puertas que se pueden abrir por lo que la posibilidad de que alguien te vea son altísimas, que te explore la matrona, la siguiente matrona, el residente de Ginecología incluso el adjunto, se necesitaría un cambio de estructura muy grande.

4> Lo que se pretende es cambiar todo esto, ¿Qué ventajas ofrece a la población? La seguridad. La gente viene a la Arrixaca por los aparatos. Pero si yo quisiera un parto normal no me vendría aquí, para un parto en el que pudiera disfrutar. A veces lo conseguimos, si tenemos un día de poca gente, pero en realidad no está en los objetivos del hospital, ahora, el equipo de trabajo pretende que si.

8> Yo también pienso que ahora mismo lo que apunto es a la seguridad que hay aquí. El parto aquí es muy seguro, que se puede mejor yo pienso que si se puede mejorar, informando a los profesionales que están atendiendo al parto, a que le den confianza a la parturienta a la vez que creen un clima de más intimidad y ha mejorado, en el sentido, de que por lo menos dejan al acompañante y eso es así por que yo he estado y lo han dejado. Y eso hace 22-23 años era impensable.

5> Si, yo estuve aquí hace 25 años y ahora he vuelto, ha habido una mejoría pero cuando hay 27 partos

4> En el tema de medicalizar, en un hospital donde tienes 2 partos, no rompes, la mujer pasea, se le pregunta y aquí tienes 3 dilataciones, 3 paritorios y nadie se lo cree,

nadie se cree que puedas hacer 27 partos en 3 paritorios, ¿Cómo lo haces? Pues retrasando a uno, subiendo a otro, oxitocina...

5> Si no baja el número de partos es imposible.

4> Es imposible que con esta infraestructura, tu puedas llevar a cabo un parto natural, porque estás jugando la seguridad, a lo mejor no de ese parto. El parto normal finaliza en un feto normal, todo parto que tu tengas previsto que no pueda terminar en un feto normal tiene que cambiar. Por tanto a lo mejor no pones la seguridad de se parto en riesgo pero los de las otras tres que están esperando a que termines si. Aquí estamos intentando cositas.

3> Pero se podía intentar dejar 2 ó 3 habitaciones.

4> Con el nuevo será dilatación-paritorio, por lo que podrás hacer en dilatación lo que quieras, si tú tienes una matrona que se pueda encargar de tu parto, porque necesitas el ratio matrona-parturienta.

3> En la encuesta que hacía el Insalud, la Arrixaca siempre fallaba en el tema de atención, por un lado se podría mejorar bastante esa atención, cambiando las infraestructuras, atención al paciente, la intimidad, la información, a veces es sólo un cambio de mentalidad. Hay médicos que primero se presentan y dicen lo que van a hacer, pero cuando hay 300 pacientes, 37 partos, hay que tener una gran lucidez mental las 24 horas de trabajo para mantener esa actitud de presentarse a todas las pacientes. Puesto que en un parto hay tanta gente vestida igual, y la paciente no sabe quién es el celador, el médico o la matrona y por eso suele tener miedo. Un cambio de actitud nuestra humanizaría mucho el parto sin llegar a ser el parto normal que se pretende. Y también tendría que cambiar la estructura y la mentalidad, empezando por la administración. Con 36 partos hay que rotar a las puérperas, dar de alta, buscar camas para todas... ¿Cómo humanizamos eso?

4> De todas maneras la puérpera está contenta, tiene a su hijo. Por ejemplo eso de dar el alta a las 3 horas no se como lo aceptan las murcianas, por que ella está bien junto a su hijo y su familia. Están contentísimas, la Enfermería funciona fenomenal.

3> Normalmente en las encuestas de calidad, las puérperas dicen que con el aspecto científico-técnico están encantadas, se fían de nosotros como profesionales, pero en el tema humanitario, de intimidad, de información es más horroroso. Porque por ejemplo estando en consulta la mujer en la mesa de exploración pueden entrar diversas personas.

6> Tu piensa, la puerta de urgencias, el proceso del parto comienza allí, son 120 mujeres al día a las que tienes que ver y por más que lo intentes no salen las cuentas.

3> Cambiando nuestra mentalidad, sin cambiar muchas estructuras. Simplemente no pases a un reconocimiento sino puedes por que hay otros enfermos.

5> Yo vine con muy buenas intenciones, porque venía de un sitio muy pequeño, yo intentaba informar a las pacientes pero es imposible, con 120 urgencias, yo veré 10 y el resto que lo vean mis compañeros.

4> En la Unidad de Medicina Fetal, lo intentamos todos los días. Todos los días nos reunimos y decimos que vamos a presentarnos, decir que vamos a hacer, bien, cuando ya llevamos 15 y aún quedan 10, al final no lo hacemos. El problema es la presión asistencial. Cada uno tiene esa idea en la cabeza e intentamos mejorar.

3> También es la mentalidad por que estoy seguro que las mujeres en otros ambientes actúa de forma diferente. Porque si estás en la consulta...

4> Es que yo en mi consulta cito a 9, pero aquí esta mañana he operado a 30 y estoy aquí hablando con vosotros, no es lo mismo. La presión es muchísimo más.

¿VOSOTROS PENSÁIS QUE A LA MUJER SE LE RESPETA LA TOMA DE DECISIONES EN TODO EL PROCESO REPRODUCTIVO: GESTACION, PARTO Y PUERPERIO?

5> A la mujer no se le hace lo que ella no quiere. Yo no llevo embarazos.

7> En mi Centro de Salud y desde que se restableció la gestación, no hay un responsable. Nosotros mandamos la primera analítica, luego pasa a la matrona que le manda otra, la segunda ecografía es en otro centro.

8> Para que una persona tome una decisión debe estar informada y el problema es que las pacientes no están informadas. Yo estoy en Vistabella y la población es de nivel cultural más bien bajo y no le interesa mucho la información. Tú se lo dices y le da igual, por que la gente no se va a la educación maternal. Entonces aquí ¿Quién va a decidir?. Porque para que una persona opine, discuta, decida, tiene que estar informada. Lo único que quieren es la epidural y que no para con dolor. Pero nadie le ha dicho las consecuencias de la epidural.

4> Yo respecto a eso, yo que formo parte de la Unidad de Medicina Fetal, puedo decir que fue un cambio de mentalidad en el que se decidió que cada persona hiciera lo que mejor sabía hacer, por tanto que la matrona se encargará del cuidado de la señora y que las ecografías se hicieran por profesionales con cualificación alta. Primero está la de las 20 semanas, en la cual se puede ver si hay alguna malformación, y si hay se le informa y se le da tiempo para que piense y a los días se le repite la ecografía y ya se decide con el profesional. Todos los actos médicos están informados y la mujer decide que es lo que quiere hacer. La mayoría de los embarazos normales están informados fenomenalmente pero le encanta ir a su matrona y decirle que no sabe nada.

5> Falta la figura importante que antes estaba, como era la del tocólogo.

8> Hay que cambiar la mentalidad de todo el mundo.

• APARTE DE ESTO, QUE ES EL PROBLEMA DE INFORMACION, ¿OS PARECE QUE LA TOMA DE DECISIONES SE MANTIENE EN EL PARTO Y PUERPERIO? ¿SE RESPETA EL ACOMPAÑAMIENTO, LA LACTANCIA...?

3> pues se respeta poco, se respeta en función de las posibilidades que tenemos. En cuanto al tema de información, el parto es un proceso muy especial, porque cuando una mujer llega en un entorno, ya de parto humanizado ahora mismo, cuando llega una mujer a una puerta de urgencias y hay 10, 15, mujeres esperando y tú tienes que informarle, ¿De qué la informas? Es que ese es el problema que tiene todo el mundo, tú le das un consentimiento informado en el que le explicas desde el parto normal, sin episio hasta en el que hay que hacer una histerectomía y todo puede ocurrir en cuestión de 20-30 minutos. Puede venir bien, relajada o con contracciones, ¿Cómo le explicas en ese momento?. Y luego está en paritorio y tienes que aplicarle un forcéps o una ventosa, ¿Cómo se lo explicas, y Cómo lo entiende? Y si el forcéps no funciona y tienes que hacer una cesárea ¿Cómo se lo explicas? La información en el parto no la tiene solucionado nadie. ¿Cuándo informamos de todos los problemas del parto?

• Y RESPECTO AL ACOMPAÑAMIENTO Y LA LACTANCIA, ¿SE RESPETA LA DECISION QUE TOMA LA MUJER?

5> El acompañamiento, mientras no haya problemas de sitio, se permite, siempre y cuando sea un parto normal.

4> Se está acompañando siempre que se pueda y no sea instrumentado.

2> ¿En la habitación está siempre el padre con la madre?

4 y 5> Todo el tiempo que se puede. Hombre cuando están rasurando a la otra chica o están haciendo otra cosa no. Pero si, si está.

4> Y la lactancia, las matronas están trabajando un montón con ello.

2> Precisamente hace poco estuvimos viendo que los padres no están en ese proceso ahora, en la recuperación de madres

4> En una sala donde están los mismo de quirófano.

2> Si tenemos que cambiar, cambiaremos. Yo espero que en 10 años nos habremos ido al hospital nuevo, donde dejan mucho espacio para la recuperación. Es una prioridad si estamos hablando de lactancia materna. Nace el niño, se lo pone la madre mal puesto, porque no es un canguro adecuado, no es lo que está pidiendo el Ministerio de piel con piel. Es el proceso más bonito pero es necesaria la vigilancia por si se duerme la madre, ahí entra la figura del padre. Es un cambio que tenemos que hacer, que el padre esté en el puerperio. ¿A que véis importante que el padre esté con la madre?

3> Y ¿Cuáles son las medidas de seguridad?

2> Vigilancia periódica de ese niño y su madre, las posturas, el mismo piel con piel...

3> ¿Pero hay experiencias?

2> Claro. De todas maneras se está comunicando todo esto con esta moda. Primero se informa, segundo lo hacemos y tercero que el personal esté vigilante de eso, según el protocolo, porque se ha empezado a hacer sin tener en cuenta todo eso.

5> Es que está la madre mal puesta y el niño también y yo me agobio, porque yo he sido madre y se que después del parto te duermes.

2> Hemos dados pasos pero mal dados, en cambio vemos la necesidad. Estamos haciéndolo sin ninguna preparación. Un éxito en la lactancia materna lleva una preparación por parte del profesional, se han hecho cursos de lactancia maternal, pero ese momento crítico no está suficientemente trabajado.

• Y AL HILO DE LA HUMANIZACIÓN DEL PARTO, ¿QUÉ PENSÁIS DE LA ESTRATEGIA DEL PARTO NORMAL QUE LANZO EL MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO EN 2007? ¿QUÉ OS PARECE ESA ESTRATEGIA, LA CONOCÉIS?

8> Hombre yo la he leído por encima y el punto más importante para mi es el de promover la episiotomía selectiva. Por que tú asocias parto y episiotomía.

4> Ya no, aunque hay a quien le gusta la episiotomía por que terminas antes. Si que es otra época, cuando yo empecé la residencia a todo el mundo se le hacia, pero ya cambió hace tiempo. Cuando aprendes hacer partos con episiotomía quieres hacerlos así, pero la gente se acostumbra a eso.

6> Yo a nivel de residente que aprendemos de vosotros si que es verdad que aprendíamos las dos cosas. Sí que cuando empezábamos eran partos instrumentados y duros, sí que como profilaxis se hacía una episiotomía, sería mentir si no lo dijera, pero la realidad es que conforme fue pasando la residencia, incluso te gusta más hacer el parto sin episiotomía. Quizás se vive en a calle eso de la episiotomía pero cada vez se ha evitado más.

3> Es que hasta que salió el estudio ese, han ido cambiando las mentalidades poco a poco.

5> Partos sin puntos hay menos, pero sin episiotomía hay montones.

3> Ya estamos convencidos de que no es realmente necesario.

4> Lo que se pretende es hacer solo un 20% de episiotomías que es una barbaridad, que eso es imposible, estaremos en un 80% de episiotomías.

5> Pero hay diferencias entre puntos y episiotomías. Casi todas salen con puntos sin hacer episiotomía, pero se desgarran y ya llevan puntos. Todo lo que es central no es una episiotomía porque ya no se hacen episiotomías centrales. Todo lo que veáis puntos centrales es que se ha intentado sin episiotomía y se ha desgarrado.

2> A mi la Estrategia me parece muy bien, lo que he visto me parece muy bien documentados, posibles y que producen avances sobretodo en relación con el recién nacido y el parto.

4> ¿Y qué pensáis de la ligadura tardía del cordón? Yo te voy a dar mi impresión como ginecóloga. Mi visión es que todo el mundo dice que hasta que no deje de latir, pero ya nadie lo hace, por que cuando el niño está bien sigue latiendo el cordón, sigue latiendo el cordón y son 30 minutos y está latiendo el cordón y tu no has podido sacar la placenta y el pediatra ya está de tí hasta... Yo lo que hago es dejar 45 segundos para los prematuros y corto y el niño está estupendísimamente y precioso.

2> Justo lo que estábamos debatiendo el otro día. ¿Qué hacemos con un prematuro? El libro dice que hasta que deje de latir en el parto normal, un prematuro no es un parto normal.

4> Prematuro son 45 segundos.

2> Si pero donde lo pones. ¿A qué nivel lo pones?

4> Claro si lo pones encima de la madre está un poco más alto. Nosotros lo ponemos en la mesa que está más bajito para que la sangre le llegue al mismo nivel y dejarlo 45 segundos. Ahora, eso otro que dice de que hasta que deje de latir, eso ya no lo hace nadie.

1> En el caso del término los beneficios que aporta respecto al prematuro no se miden. El término se ha demostrado como una técnica segura que no aporta mayores beneficios y de aquí a nada estamos sacando sangre para guardarla y a partir de entonces el corte debe ser precoz. Pero no va a llegar muy lejos el corte hasta que deje de latir, por que primero por la seguridad, ya que no da más beneficios y segundo por que si los padres quieren guardar la sangre se debe hacer inmediato, en el término sano.

2> Y hay estudios que están amenizando eso, pero a mi me surgen muchas dudas todavía. No sabe no contesta.

4> Hombre hay muchos trabajos que si disminuye el autismo, que si aumenta el volumen sanguíneo en los prematuros...

2> Si pero al nivel más bajo. A lo mejor depende más del tiempo que tarda en cortarse.

• ¿CONOCÉIS ALGÚN ASPECTO MÁS DE LA ESTRATEGIA, A PARTE DE LA EPISIOTOMIA Y DEL CORDÓN?

4> Enemar o no enemar, rasurar o no rasurar...

3> El no poner oxitocina.

• ¿QUÉ OS PARECE ESTAS RECOMENDACIONES EN LINEAS GENERALES? ¿HAY RETICENCIAS ENTRE LOS PROFESIONALES?

4> Por ejemplo, el enemar, ¿Qué porcentaje de la población se plantea que es una humillación para ella ponerse un enema? Vale que antes llegaba la mujer, se rasuraba, se le metía el enema y tenía que hacer delante de la gente, pero ahora se le dice que puede ponerse el enema la noche antes, incluso en su casa porque tiene el intestino lleno de heces, porque si lo hace en el parto va a pasar mucha vergüenza, por lo que se le pregunta si quiere o no, pero no se le obliga.

5> Y el rasurado, cuando ahora la gente se depila entera, no creo que tenga ningún problema, ¿que humillación ha en rasurar? Puede ser que la mujer quiera o no quiera.

8> Si en si tampoco lo prohíben, es sólo una recomendación.

5> No hay ninguna evidencia científica que te diga que va a ser mejor o peor.

8> Te lo recomiendan y que decida ella si quiere o no. Quizás esa no tiene mucha importancia. Tal vez la que si, es que esté acompañada durante todo el periodo. Esa es muy importante, por ejemplo, yo me acuerdo una chica que vino después de dar a luz y le pregunté y me dijo que fue horroroso, que fue un trauma, que entró le dieron una bolsa para que metiera la ropa y se la diese a su marido y en 7 horas estuvo sola y que el próximo no se iba a la seguridad social, vamos que la traumatizó, y a mi también,

tanto que mi primer hijo lo tuve en la privada. Para mi es muy importante que hagan tanto hincapié en el acontecimiento durante todo el proceso del parto.

3> En la parte hotelera del hospital público la que falla, y la información también. Hay que hacer muchos esfuerzos personales cada uno y la Institución. Si tú le preguntas a las enfermas, todas te van a dar alguna queja.

• EN LA ESTRATEGIA AL PARTO NORMAL SE HABLA DE LAS BUENAS PRACTICAS. ¿QUÉ ENTENDEIS VOSOTROS POR BUENAS PRÁCTICAS EN EL PARTO Y PUERPERIO?

4> En teoría se refiere a que una mujer que llega con contracciones, que no se le ponga oxitocina, que se le ponga un suero, que se le deje de manera natural. Cada día se intenta.

2> ¿Por qué con un suero?

4> Porque el anestésista quiere que esté.

2> ¿Pero es necesario en el parto natural el suero?

4> Lo necesario es que se hidrate, me da igual por la boca bebiendo agua o con suero. Para nosotras que lleve un suero no, pero para el anestésista sí. Pero la vía puesta sí que la queremos, porque si tiene una hemorragia y hay que salir corriendo, la vía la queremos obligatoriamente sí o sí.

2> ¿No hay personal suficiente en enfermería?

1> Es una recomendación el intentar no coger vía.

4> Pero sí que te dejan tenerla heparanizarla, por eso le da libertad a la mujer.

6> En la medida de lo posible se recomienda no coger vía.

1> Pero es que nos puede el lenguaje y no quiero ponerme filosófico, pero hablamos de un proceso fisiológico y yo estos procesos los hago sin vía.

4> Pero estamos hablando de humanizar el parto.

1> Humanizar el parto, pero deberíamos humanizar toda la medicina, si decimos de humanizar humanizamos, el problema es que deshumanizamos por que consideramos los procesos fisiológicos como potencialmente complicables. Y es ahí donde debemos decir si somos valientes o no. Por ejemplo, está el padre en el paritorio con la videocámara y requieren de mi presencia, entonces se le informa que no puede estar, igual pasa con las cesáreas, aunque hay quien deja que esté el padre, aunque ya es un proceso que se desvía de la normalidad. Antes era un adelanto que el niño que estaba bien estuviera con el padre, ahora incluso los que tienen problemas están con los padres con asistencia respiratoria.

3> Yo cuando era residente, no se aceptaba que estuviera el marido y fue la matrona, que ya era mayor, la que nos convenció de que entrara el padre, porque incluso eso disminuía los conflictos. El acompañamiento antes era algo escéptico y ahora no tanto, por que si ven en el parto como sufre el obstetra y la matrona van a ver menos denuncias.

5> Vamos a ver, aquí todo el mundo viene pidiendo la epidural, nadie quiere un parto natural.

4> Tan sólo ha habido 2-3 Planes de Parto en todo el año.

5> Si, te los presentan, pero cuando vienen las 2-3 primeras contracciones y le dices que no lleva casi dilatación. Te dicen que no pueden más. Si aquí vienen con el test de gestación a por la epidural.

4> Además no olvidemos que la madre tiene miedo y quiere que todo salga bien y que no le pase nada a ella ni al niño y creo que una vía no va deshumanizar, ni le va a producir ningún trauma de por vida.

2> No estamos discutiendo eso, sino si la vía es necesaria o no.

4> Para la mayoría de los profesionales que nos dedicamos a esto si es necesaria.

3> Yo creo que estamos en la época de la humanización de todo y me parece muy bien, pero también estamos en la época de la evidencia científica, de trabajar con pruebas, no de opiniones. Y al igual que se ha visto que la episiotomía no es necesaria, cuando se vea que la vía tampoco lo es, se dejará de utilizar.

• ANTE ESTA REALIDAD DEL FENOMENO DE LA HUMANIZACIÓN, ¿CUÁL SERÍA EL PAPEL DEL GINECÓLOGO Y CÚAL EL DE LA MATRONA?

3> Cada uno tiene su papel y si me apuras la matrona puede estar más cerca de la mujer.

5> Tanto que si de verdad estuviera humanizado nosotros no tendríamos que aparecer, por que si requieren mi presencia ya no es natural.

3> El acompañamiento de la mujer es más de la matrona. Son dos papeles diferentes pero necesarios.

Moderadora. Muy bien, yo creo que vamos a dar por finalizada la sesión, muchas gracias por vuestra participación y deciros que cuando se publiquen los resultados se os hará llegar.

En este Grupo de Discusión han intervenido:

1> NEONATÓLOGO UNIDAD DE NEONATOLOGÍA

2> NEONATÓLOGO UNIDAD DE NEONATOLOGÍA

3> OBSTETRA DE LA UNIDAD DE URGENCIAS - PARITORIO

4> OBSTETRA DE LA UNIDAD DE URGENCIAS - PARITORIO

5> OBSTETRA DE LA UNIDAD DE DIA OBSTÉTRICA

6> OBSTETRA DE LA UNIDAD DE DIA OBSTÉTRICA

- 7> MÉDICO DE FAMILIA DE EQUIPO DE ATENCIÓN PRIMARIA
- 8> MÉDICO DE FAMILIA DE EQUIPO DE ATENCIÓN PRIMARIA