

## Artículo original

# Humanización de la atención obstétrica: qué opinan las matronas

*Humanization of obstetric attention: what midwives think***Rosa Llobera Cifre**

Matrona. Atención primaria. Centro de Salud de Pollença (Mallorca). Servei de Salut de les Illes Balears

**RESUMEN**

**Objetivos:** Conocer la opinión de las matronas de Baleares en cuanto al derecho de autonomía, el respeto a la intimidad, el trato y la adecuación de la práctica obstétrica durante el embarazo, el parto y el puerperio, en función de las recomendaciones de las estrategias y guías de práctica clínica del Ministerio de Sanidad.

**Métodos:** Se llevó a cabo un estudio de tipo descriptivo y transversal en una muestra de matronas del sistema público de Baleares, en el que se obtuvo información acerca de las variables de la matrona (años tras la titulación, lugar de trabajo) y variables de opinión (intimidad, trato, autonomía, adecuación de la práctica), a partir de un cuestionario elaborado *ad hoc* tras una revisión bibliográfica y técnica del grupo nominal.

**Resultados:** De 173 matronas, respondieron 139 (80,3%), 99 de hospital y 40 de atención primaria. En el 43,8% hubo un acuerdo importante en que el embarazo, el parto y el puerperio normales son atendidos como fisiológicos. El 50% expresaba un acuerdo importante en que la elevada carga asistencial dificulta que la atención sea personalizada, respetuosa y de calidad. Sólo el 5,8% expresó un desacuerdo importante en que el plan de parto favorece que la mujer elija cómo desea ser atendida. Las participantes afirmaron que la intimidad se garantiza, aunque el 41,6% consideraba que el número de profesionales presentes en el parto era sólo el imprescindible. El 60,9% mostró un acuerdo importante en que se crea un clima de confianza y respeto. El 28,8% refería un importante grado de acuerdo en que se practican técnicas innecesarias y/o inadecuadas por miedo.

**Conclusiones:** Las matronas opinan que la atención obstétrica en Baleares es, en general, respetuosa y se ofrece un trato humanizado, pero de sus respuestas también se deduce que existe un margen de mejora que cabe tener en cuenta.

©2018 Ediciones Mayo, S.A. Todos los derechos reservados.

**Palabras clave:** Parto humanizado, embarazo, periodo posparto, obstetricia, matronas, cuestionario.

**ABSTRACT**

**Objectives:** To know the opinion of midwives of the Balearic Islands (Spain) about respect for autonomy, privacy, assistance and adequacy of obstetric practice during pregnancy, childbirth and postpartum as compared to the Strategy at normal birth document and clinical practice guidelines of the Ministry of Health.

**Methods:** Descriptive cross-sectional study. Population: midwives of Balearic Islands public health service. Midwife variables (years since graduation, work place). Opinion variables (privacy, assistance, autonomy, practice adequacy). Questionnaire elaborated *ad hoc* after bibliographic review and nominal group technique.

**Results:** 139/173 midwives answered (response rate= 80.3%), 99 from hospital and 43 from PHC. A 43.8% referred important agreement on normal pregnancy, childbirth and puerperium being treated like physiological processes. A 50% referred important agreement on the burden of care making difficult a personalized, respectful and high quality assistance. Only 5.8% expressed high disagreement with a childbirth plan facilitates that women choose how they would like to be assisted. They affirmed that privacy is guaranteed, even though 41.6% considered that the number of professionals present during delivery were those needed. A 60.9% referred important agreement with a close and respectful relationship is created. A 28.8% referred important agreement with unnecessary and/or inadequate interventions being performed.

**Conclusions:** Midwives believe that obstetric assistance in the Balearic Islands is in broad terms respectful and that humanized care is provided, but from their responses also suggest there is room for improvement.

©2018 Ediciones Mayo, S.A. All rights reserved.

**Keywords:** Humanizing delivery, pregnancy, postpartum, obstetrics, midwives, questionnaire.

Fecha de recepción: 5/07/17. Fecha de aceptación: 19/11/17.

Correspondencia: R. Llobera Cifre.

Centro de Salud de Pollença. Bisbe Desbach, s/n. 07460 Pollença (Mallorca).

Correo electrónico: rosa.lloberacifre@gmail.com

Llobera Cifre R. Humanización de la atención obstétrica. Matronas Prof. 2018; 19(1): 12-20

## INTRODUCCIÓN

El embarazo, el parto y el puerperio deben ser atendidos respetando los derechos de la mujer como tal. Es un derecho reconocido por la Organización Mundial de la Salud (OMS) que la atención recibida sea de óptima calidad, adecuando la práctica clínica a las recomendaciones basadas en la evidencia, así como que se respeten la autonomía y la intimidad, en un ambiente adecuado y ofreciendo un trato respetuoso<sup>1</sup>. Además, la Organización de las Naciones Unidas, en 2016, abogó por reconocer, nombrar y visibilizar la violencia en los procesos obstétricos<sup>2</sup>.

En España, el embarazo, el parto y el puerperio son atendidos en los centros de atención primaria (AP) y en los hospitales públicos del Sistema Nacional de Salud (SNS). El sector privado atiende una parte minoritaria de estos procesos. La atención hospitalaria que se ofrece en el SNS se puede analizar a partir del Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMBD), aunque ciertos aspectos de la atención ofrecida sólo se pueden abordar recogiendo la opinión y la declaración de la práctica asistencial del personal que atiende a las mujeres en los procesos obstétricos.

En 2007, el Ministerio de Sanidad publicó la «Estrategia de atención al parto normal en el SNS», estableciendo recomendaciones específicas sobre la atención al parto con el objetivo de mejorar la calidad asistencial<sup>3</sup>. En 2009 editó los estándares y recomendaciones para maternidades hospitalarias<sup>4</sup>, y en 2010 la «Guía de práctica clínica sobre la atención al parto normal»<sup>5</sup>, así como las recomendaciones basadas en pruebas y buenas prácticas de los cuidados desde el nacimiento<sup>6</sup>. En 2014 se publicó la «Guía de práctica clínica de atención en el embarazo y puerperio» con el objetivo de favorecer una atención de calidad a las mujeres durante el embarazo y después del parto<sup>7</sup>.

Asimismo, los protocolos de actuación de los hospitales públicos tienen la obligación de estar actualizados y basarse en las recomendaciones generales de las estrategias de salud y las guías de práctica clínica recientes, favoreciendo una atención obstétrica de calidad, respetuosa y humanizada.

Por otro lado, la UNICEF impulsó la «Iniciativa para la humanización de la asistencia al nacimiento y la lactancia (IHAN)», a la que se adhirieron dos hospitales públicos en Baleares en 2013 y actualmente están en fase 1D.

El Ministerio de Sanidad explota los datos del CMBD para el cálculo de partos vaginales y tasa de cesáreas en España<sup>8</sup>, pero sin ofrecer regularmente otros datos sobre técnicas concretas de la atención obstétrica, que podrían ser indicativos del respeto a los derechos de

la mujer. En 2016 se publicó un estudio sobre la adecuación a las recomendaciones de la «Estrategia de atención al parto normal» del Ministerio de Sanidad de los hospitales públicos de las Islas Baleares, en el que además se incluían los partos instrumentados, la episiotomía y la epidural. El análisis de adecuación de los protocolos de dichos centros permitía acercarse a cómo se realizaba la atención ofrecida<sup>9</sup>.

Para ampliar la visión de la atención obstétrica ofrecida más allá de los datos registrados, se requieren estudios específicos que recojan la opinión de los profesionales en cuanto a la atención realizada.

Es un derecho de toda mujer recibir una atención obstétrica humanizada y de calidad, por lo que es preciso conocer la opinión de las profesionales sobre los aspectos que pueden ser mejorados. Por ello, el objetivo planteado en este estudio era conocer la opinión de las matronas de Baleares sobre la atención obstétrica en cuanto al respeto al derecho de autonomía y la intimidad de las mujeres, así como el trato y la adecuación de la práctica clínica durante el embarazo, el parto y el puerperio en función de las recomendaciones de las estrategias y guías de práctica clínica del Ministerio de Sanidad anteriormente citadas.

## MATERIAL Y MÉTODO

### Emplazamiento

El estudio se llevó a cabo entre las matronas del Servicio de Salud de las Islas Baleares, recogiendo su opinión mediante un cuestionario en el primer semestre de 2017. Dicho Servicio tiene 1.034.000 personas adscritas (según datos de 2017), de las que 275.175 son mujeres en edad fértil. Cuenta con 4 hospitales en Mallorca, 1 en Menorca, 1 en Ibiza y 1 en Formentera. Por otro lado, la AP está formada por 58 equipos. En general, cada centro de salud cuenta con una matrona, aunque en ocasiones una matrona cubre más de un centro. El seguimiento del embarazo y el puerperio lo realizan la matrona de AP y el servicio de obstetricia de cada hospital. La cartera de servicio de obstetricia del SNS no incluye la atención al parto en el domicilio, por lo que las mujeres son atendidas en los paritorios y maternidades de los hospitales.

### Diseño

Estudio descriptivo y transversal, en el que se recoge la opinión de las matronas.

### Sujetos de estudio

Todas las matronas cuyo ámbito de trabajo es el sistema sanitario público de las Islas Baleares. En el momento de

estudio, la plantilla de los hospitales era de 125 matronas, y había 48 matronas trabajando en AP.

### **Criterios de inclusión**

Trabajar con contrato de matrona en centros de AP o en cualquiera de los 6 hospitales públicos de las Islas Baleares estudiados en el momento de la administración del cuestionario.

### **Criterios de exclusión**

Matronas que en el momento de responder al cuestionario sólo trabajaban en la sanidad privada, y matronas que desempeñaban una labor no asistencial como tal, así como los/las residentes de matrona. No se ha trabajado con una muestra, sino que se han incluido todas ellas.

### **Variables**

Se recogieron las características laborales de la matrona: años desde la titulación, lugar de trabajo (AP y/u hospital), trabajar sólo en el servicio público, o en atención privada y pública a la vez.

Las variables de opinión corresponden a las dimensiones de intimidad (exploración/atención, documentación, confidencialidad) trato/ambiente (clima, respeto, empatía, proximidad), autonomía (participación, plan de parto, decisiones informadas), adecuación de la práctica (protocolos, técnicas inadecuadas, pruebas complementarias innecesarias, alternativas de alivio del dolor, posición de parto).

### **Recogida de información**

Se elaboró un cuestionario de 35 ítems, referidos a la opinión sobre la atención obstétrica que se ofrece en general, planteados en forma de frase afirmativa, cuyas respuestas son en forma de grado de acuerdo. Se trata de respuestas tipo Likert, con seis opciones que van desde totalmente en desacuerdo a totalmente de acuerdo. Para simplificar la presentación de resultados se han agrupado las seis opciones de respuesta en tres: 1) desacuerdo importante (totalmente en desacuerdo y muy en desacuerdo); 2) acuerdo medio (algo en desacuerdo y parcialmente de acuerdo), y 3) acuerdo importante (muy de acuerdo y totalmente de acuerdo).

Para la elaboración del cuestionario, en primer lugar se realizó una búsqueda bibliográfica exhaustiva y, tras la revisión, no se halló ningún cuestionario que pudiera emplearse para responder a los objetivos planteados, por lo que se procedió a su elaboración *ad hoc*. En segundo lugar, se procedió a identificar en la bibliografía los conceptos y enunciados relacionados con la violencia obstétrica y la atención respetuosa, para lo cual se

propusieron cinco dimensiones: intimidad, trato y ambiente, autonomía y participación, adecuación de la práctica y protocolos. Posteriormente, se utilizó la técnica de grupo nominal, en la que el equipo de trabajo, primero de manera individual, se ocupó de la generación de ideas, después de manera grupal la discusión y, por último, el voto individual para favorecer la priorización de éstas. Para esta técnica se constituyó un grupo de seis personas, seleccionando cinco matronas que reunían experiencia académica y asistencial en el hospital y AP, así como una técnica de investigación que coordinó y dirigió el grupo nominal. Para cada dimensión se llevó a cabo un proceso de reflexión individual, seguido del enunciado de un ítem por cada asistente, realizando ciclos hasta agotar las ideas. Posteriormente se procedió a la depuración y priorización de ideas. Con todo ello, se generaron unas 10 propuestas para cada dimensión, y el equipo investigador seleccionó las más definitorias según la priorización.

Se hizo una prueba piloto pasando los cuestionarios a un grupo de matronas expertas y residentes para valorar la comprensión de los enunciados y respuestas.

En el encabezado del cuestionario constan los objetivos y se indica la voluntariedad, por lo que el consentimiento está implícito. Se garantiza el anonimato, ya que no se identifica el centro de trabajo ni el profesional. El proyecto fue aprobado por la comisión de investigación de la gerencia de AP, del Servicio de Salud de las Islas Baleares.

### **Análisis estadístico**

Se llevó a cabo un análisis descriptivo de los datos recogidos, ofreciendo las frecuencias absolutas y relativas. Se contrastaron los resultados entre matronas de AP y hospital mediante la prueba de la  $\chi^2$ . Por último, se estudió la consistencia interna de las dimensiones mediante el cálculo del coeficiente alfa de Cronbach, reduciendo los que aportaban menos consistencia. El análisis estadístico se llevó a cabo con el programa SPSS para Windows v.22.

## **RESULTADOS**

Respondieron al cuestionario 139 matronas de un total de 173, lo que supone una tasa de respuesta del 80,3%. Se recogieron 99 cuestionarios de los hospitales (porcentaje de respuesta del 79,2%), y en AP respondieron 40 de las 48 matronas (porcentaje de respuesta del 83,3%).

En la tabla 1 se describen las características laborales de las matronas, conjuntamente y separadas entre hospital y AP.

El 43,8% (60/137) de las profesionales expresaron un grado de acuerdo importante en que el proceso de embarazo, parto y puerperio normales es atendido como un proceso fisiológico; el 51,8% (71/137) refirió un acuerdo medio, y sólo el 4,4% (6/137) manifestó un importante

desacuerdo. Además, hubo diferencias significativas ( $p=0,020$ ) entre las matronas de hospital y AP (estas últimas expresaban un menor acuerdo); en cambio, no hubo diferencias según el tiempo trabajado ( $p=0,894$ ).

El 50% (69/138) expresaba un acuerdo importante en que la carga asistencial dificulta que la atención obstétrica sea personalizada, respetuosa y de calidad óptima; el 38,4% (53/138) refería un acuerdo medio, y sólo el 11,6% (16/138) un desacuerdo importante, sin diferencias significativas por tiempo trabajado. En cambio, hubo diferencias según el nivel asistencial ( $p=0,04$ ): el 71,8% de las matronas de AP, frente al 41,4% de las hospitalarias, expresaron un acuerdo importante en destacar la influencia de la sobrecarga asistencial.

Sólo el 4,3% (6/138) refería un acuerdo importante en que la comunicación entre profesionales de AP y de hospital es óptima; el 50% (69/138) refería un acuerdo medio y el 45,7% (63/138) expresó un desacuerdo importante, sin diferencias significativas ni por tiempo trabajado ( $p=0,389$ ) ni por nivel asistencial ( $p=0,266$ ).

En la tabla 2 se recogen los ítems referidos a la intimidad. La consistencia interna de esta dimensión presentó un coeficiente alfa de Cronbach de 0,781.

**Tabla 1. Características laborales de las matronas participantes**

	Frecuencia absoluta (n)	Frecuencia relativa (%)
<b>Años de experiencia como matrona</b>		
• <5	41	29,5
• 5-10	49	35,3
• >10	49	35,3
<b>Lugar de trabajo</b>		
• Hospital	99	71,2
• Atención primaria	33	23,7
• Atención primaria y hospital	7	5
<b>Atención sanitaria</b>		
• Sólo pública	119	
• Pública y privada	20	14,4

**Tabla 2. Opinión de las matronas sobre el respeto a la intimidad de la mujer**

	Global			Hospital			Atención primaria			p
	Desacuerdo importante	Acuerdo medio	Acuerdo importante	Desacuerdo importante	Acuerdo medio	Acuerdo importante	Desacuerdo importante	Acuerdo medio	Acuerdo importante	
La documentación escrita de la mujer se deja a la vista	35 25,4%	73 52,9%	30 21,7%	26 26,3%	53 53,5%	20 20,2%	9 23,1%	20 51,3%	10 25,6%	0,771
Se cubre siempre la zona genital de la mujer durante la exploración ginecológica	31 22,5%	42 30,4%	65 47,1%	20 20,2%	28 28,3%	51 51,5%	11 28,2%	14 35,9%	14 35,9%	0,249
Se cierra la puerta cada vez que se entra o sale del espacio en el que se encuentra la mujer, y se llama a la puerta antes de entrar	19 13,9%	35 25,5%	83 60,6%	9 9,2%	23 23,5%	66 67,3%	10 25,6%	12 30,8%	17 43,6%	0,013
Se facilita información a familiares/acompañantes sin haber pedido autorización a la mujer	76 58%	39 29,8%	16 12,2%	62 66%	21 22,3%	11 11,7%	14 37,8%	18 48,6%	5 13,5%	0,007
El espacio (consulta/paritorio/habitaciones) en el que se atiende a la mujer favorece la intimidad visual y verbal	11 8%	67 48,6%	60 43,5%	9 9,1%	42 42,4%	48 48,5%	2 5,1%	25 64,1%	12 30,8%	0,071
El número de profesionales presentes en el parto es el imprescindible	26 19%	54 39,4%	57 41,6%	15 15,2%	39 39,4%	45 45,5%	11 28,9%	15 39,5%	12 31,6%	0,134

**Tabla 3. Opinión de las matronas sobre el trato profesional ofrecido**

	Global			Hospital			Atención primaria			p
	Desacuerdo importante	Acuerdo medio	Acuerdo importante	Desacuerdo importante	Acuerdo medio	Acuerdo importante	Desacuerdo importante	Acuerdo medio	Acuerdo importante	
En el trato profesional se tienen en cuenta los sentimientos y situación personal de cada mujer	9 6,5%	53 38,4%	76 55,1%	2 2%	32 32,3%	65 65,7%	7 17,9%	21 53,8%	11 28,2%	0,000
Los profesionales que atienden a la mujer se presentan indicando su nombre y profesión	17 12,3%	40 29,0%	81 58,7%	2 2%	26 26,3%	71 71,7%	15 38,5%	14 35,9%	10 25,6%	0,000
Se crea un clima de confianza y respeto	3 2,2%	51 37%	84 60,9%	1 1%	26 26,3%	72 72,7%	2 5,1%	25 64,1%	12 30,8%	0,000
Los profesionales que atienden a la mujer sustituyen su nombre por apelativos, como «niña», «hija», «guapa», «cariño», etc.	57 41,3%	60 43,5%	21 15,2%	41 41,4%	43 43,4%	15 15,2%	16 41%	17 43,6%	6 15,4%	0,999
Se establece una relación de proximidad que permite el contacto con los profesionales, y se utiliza un tono amable y un volumen de voz adecuado	1 0,7%	38 27,7%	98 71,5%	1 1%	19 19,2%	79 79,8%	0 0%	19 50%	19 50%	0,001
El espacio y las infraestructuras en los que se atiende a la mujer son adecuados	11 8,0%	71 51,4%	56 40,6%	6 6,1%	44 44,4%	49 49,5%	5 12,8%	27 69,2%	7 17,9%	0,003
Se intenta que el ambiente en el que se atiende a la mujer sea cálido, íntimo, confortable y libre de ruido ambiental	3 2,2%	60 43,2%	76 54,7%	0 0%	33 33,3%	66 66,7%	3 7,5%	27 67,5%	10 25%	0,000

En la tabla 3 se presentan los datos referidos al trato profesional. Se puede apreciar la gran diferencia de opinión entre las matronas de hospital y AP. Los ítems referidos al trato presentan un coeficiente alfa de Cronbach de 0,808.

En la tabla 4 aparecen los datos referidos a la autonomía, la participación y el consentimiento de la mujer. También pueden apreciarse las diferencias de opinión entre las matronas de hospital y AP. Esta dimensión presentó una aceptable consistencia interna, con un coeficiente alfa de Cronbach de 0,739.

En la figura 1 se presenta la adecuación de la práctica, separada por hospital y AP. Las diferencias fueron estadísticamente significativas para todos los ítems, excepto para la cuestión referida a si durante el seguimiento del embarazo se realizan más pruebas médicas de las nece-

sarias. La consistencia interna para los ítems de adecuación de la práctica es alta, con un coeficiente alfa de Cronbach de 0,891 para 9 elementos.

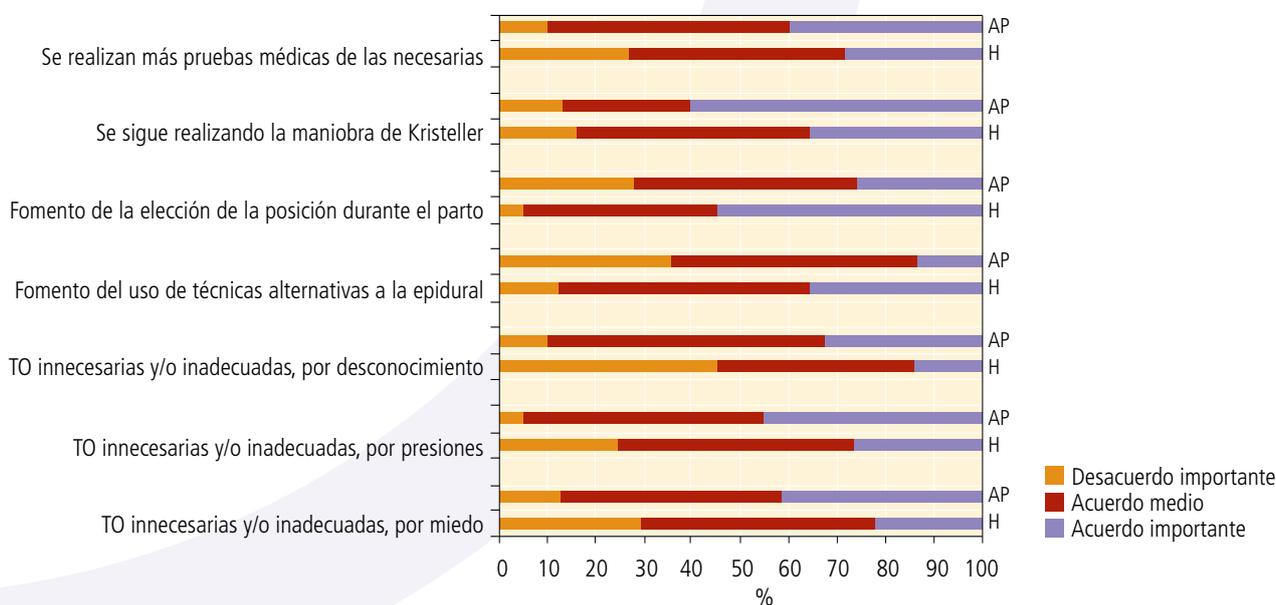
En la tabla 5 se recogen los datos de protocolos de actuación.

## DISCUSIÓN

No se tiene constancia de ningún estudio previo en el que se recoja la opinión de las matronas mediante cuestionario sobre los aspectos que determinan si la atención al embarazo, el parto y el puerperio es respetuosa con la mujer, más allá de los indicadores objetivos recogidos en la «Estrategia de atención al parto normal» del Ministerio de Sanidad<sup>3</sup>. De todas formas, cabe destacar que se han realizado estudios sobre la

**Tabla 4. Opinión de las matronas sobre el respeto a la autonomía de la mujer**

	Global			Hospital			Atención primaria			p
	Desacuerdo importante	Acuerdo medio	Acuerdo importante	Desacuerdo importante	Acuerdo medio	Acuerdo importante	Desacuerdo importante	Acuerdo medio	Acuerdo importante	
Se favorece que la mujer exprese cómo desea ser atendida	7 5%	44 31,7%	88 63,3%	3 3%	19 19,2%	77 77,8%	4 10%	25 62,5%	11 27,5%	0,000
El plan de parto y nacimiento escrito favorece que se respeten las voluntades de la mujer	8 5,8%	49 35,3%	82 59%	3 3%	32 32,3%	64 64,6%	5 12,5%	17 42,5%	18 45%	0,028
Se respetan las decisiones informadas de la mujer, aunque a los profesionales no les parezcan las más adecuadas	19 13,8%	67 48,5%	52 37,7%	10 10,2%	43 43,9%	45 45,9%	9 22,5%	24 60%	7 17,5%	0,005
Los profesionales se esfuerzan en dar toda la información necesaria de manera comprensible para la mujer	5 3,6%	50 36,2%	83 60,1%	1 1%	29 29,6%	68 69,4%	4 10%	21 52,5%	15 37,5%	0,000

**Figura 1.** Opinión de las matronas sobre la adecuación de la práctica clínica. AP: atención primaria; H: hospital; TO: técnicas obstétricas

opinión de las matronas respecto a algunos aspectos concretos del parto, como el acompañamiento<sup>10</sup> y otras recomendaciones de la OMS para la atención al parto normal<sup>11</sup>.

Puede considerarse que el hecho de garantizar el anonimato y no identificar los centros asistenciales ha contribuido a la veracidad de las declaraciones. Todo ello con un porcentaje de respuestas elevado, sin rechazo a

la declaración, por lo que puede considerarse representativa de las matronas del sistema público de Baleares. Los datos se presentan separadamente por matronas de hospital y AP, lo que permite constatar las diferencias de opinión; en general, son más críticas las de AP.

Es importante el contexto en el que se han recogido las opiniones: el análisis del CMBD de Baleares de los años previos (2012-2014) indicaba que, del total de

**Tabla 5. Opinión de las matronas sobre la adecuación de los protocolos de actuación**

	Hospital		Atención primaria			p	
	Desacuerdo importante	Acuerdo medio	Acuerdo importante	Desacuerdo importante	Acuerdo medio		Acuerdo importante
Los protocolos con los que trabajas están actualizados	6 6,1%	48 48,5%	45 45,5%	21 52,5%	13 32,5%	6 15%	0,000
Los protocolos con los que trabajas evitan las prácticas rutinarias, obsoletas y/o innecesarias	4 4%	38 38,4%	57 57,6%	13 32,5%	18 45%	9 22,5%	0,000
Los protocolos con los que trabajas favorecen la atención individualizada según las características de cada mujer y proceso de embarazo, parto y puerperio	15 15,2%	47 47,5%	37 37,4%	17 42,5%	14 35%	9 22,5%	0,002

21.509 partos, el 68,5% eran eutócicos, el 9,9% instrumentados y el 21,6% por cesárea. La administración de analgesia epidural en los partos eutócicos representó el 59,1%, y se practicaron episiotomías en el 18,5% de los partos eutócicos<sup>9</sup>. La falta de datos a escala estatal dificulta la comparación de dichos resultados con los de otras comunidades autónomas. Sólo hay datos referidos a la tasa de cesáreas, y la de Baleares ocupa una posición intermedia. Sin datos comparativos de cómo se atiende el proceso obstétrico en España, no se pueden extrapolar las respuestas a las matronas del SNS.

El uso de la técnica de grupo nominal, con un grupo de matronas expertas de hospital y AP, permitió la generación y priorización de los ítems incluidos en cada dimensión, eliminando los menos relevantes. El análisis muestra una aceptable consistencia interna en cada dimensión resultante, especialmente tras eliminar los ítems que más perjudicaban. Resultó un cuestionario que respondía a los objetivos planteados, que fue mejorado tras el pilotaje, cuya administración es sencilla, ya que responderlo lleva menos de 10 minutos. El cuestionario no hace referencia a aspectos concretos de la atención en Baleares, por lo que podría emplearse en otros lugares, ganando en validez externa.

En cuanto a los resultados, cabe destacar que menos de la mitad de las profesionales refería un grado de acuerdo importante en que el embarazo, el parto y el puerperio normales son atendidos como un proceso fisiológico. Con estos resultados puede apreciarse que hay cierta crítica a la medicalización de un proceso fisiológico, en la misma línea de considerar que la atención obstétrica en centros hospitalarios supone la medicalización de un proceso no patológico. La gestante pasa a ser paciente y a ser atendida como tal, sin padecer ningún problema de salud, por lo que pasa a depender de una intervención médica para afrontar su proceso reproductivo<sup>12</sup>.

Se ha demostrado que la atención individualizada

*one-to-one* proporciona una reducción de la tasa de intervenciones médicas y aumenta la calidad humana de la asistencia<sup>13</sup>. La mitad de las opiniones recogidas consideraban que la elevada carga asistencial dificulta ofrecer una atención personalizada, respetuosa y de calidad, por lo que tal vez la limitación de los recursos humanos de los centros estudiados no hace factible una atención más individualizada.

Más de la mitad de las matronas consideraba que se favorece la intimidad simplemente cerrando la puerta al entrar y salir y llamando antes de entrar. Casi la totalidad opinaba que el espacio físico en el que se atiende a las mujeres favorece la intimidad visual y verbal, de lo que se puede deducir que los espacios son o se han adaptado en pro de la intimidad, y que los profesionales participan en gran medida para que así sea. El espacio físico y el ambiente creado afectan directamente a la atención obstétrica recibida durante el embarazo y el puerperio, pero además afectan a la evolución del parto y la vivencia de éste por parte de la mujer<sup>14</sup>.

En cuanto a cubrir la zona genital de la mujer durante la exploración ginecológica, las opiniones indican que no siempre se cumple a pesar de ser recomendable para favorecer la intimidad. Por otro lado, muchas matronas refieren que el número de profesionales presentes en el parto es mayor que el imprescindible, hecho que merma la intimidad de la mujer. Por último, más de un tercio refiere que se facilita información sin autorización de la mujer a familiares/acompañantes distintos al elegido por ésta para estar presente en las consultas o en el parto, vulnerando así en ocasiones el derecho a la intimidad<sup>15</sup>.

También es destacable que las matronas expresen que, en ocasiones, en la comunicación con la mujer se sustituye su nombre propio por otros apelativos, como «niña», «hija», «guapa», «cariño», etc., que se incluyeron en el cuestionario por tener una elevada carga de género, al

indicar roles o actitudes tradicionalmente considerados propios de la mujer. El hecho de no referirse a la mujer por su nombre supone una despersonalización<sup>16</sup> y una falta de respeto. Y es que el uso de sobrenombres y diminutivos es uno de los aspectos recogidos como trato deshumanizante referido por las mujeres<sup>17</sup>.

En cuanto al trato, sorprenden las diferentes opiniones entre matronas de hospital y AP. Dos tercios de las hospitalarias y sólo un tercio de AP declaran un grado de acuerdo importante en que el trato ofrecido es individualizado, de proximidad y respetuoso con los sentimientos y opiniones de la mujer, y que se ofrece en un clima cálido y confortable. Que la valoración sea más crítica por parte de las matronas de AP puede deberse a la relación continuada con la mujer, lo que favorece que ésta exprese con más confianza cómo ha sido atendida.

Mayoritariamente, las matronas opinan que se respeta el derecho de autonomía de la mujer, aunque algunas indicaron que en ocasiones no se favorece que la mujer exprese cómo desea ser atendida, y que a veces los/las profesionales no se esfuerzan por dar toda la información necesaria de manera comprensible. Ello iría en contra de los principios de la Ley de Autonomía del Paciente, en la que se indica que «los pacientes tienen derecho a conocer, con motivo de cualquier actuación en el ámbito de su salud, toda la información disponible sobre la misma», que «se comunicará al paciente de forma comprensible y adecuada a sus necesidades», y «los profesionales que le atiendan durante el proceso asistencial serán responsables de informarle»<sup>15</sup>.

En general, se puede deducir que hay voluntad de respeto a la autonomía de la mujer, sobre todo si no contraviene la opinión del profesional, lo que denota cierto grado de paternalismo, creyendo que ésta es la correcta, sin tener en cuenta que la mujer debe decidir sobre su cuerpo y proceso reproductivo, tomando decisiones informadas, a pesar de que discrepen con las del profesional de la salud.

Más de la mitad de las matronas expresa un grado de acuerdo importante con que el plan de parto y nacimiento escrito favorece que se respeten las opiniones de las mujeres, por lo que sería interesante saber si se está generalizando la promoción de la elaboración del plan de parto promovido por el Ministerio de Sanidad<sup>18</sup>.

Los hospitales públicos de Baleares cuentan con protocolos de actuación, y la mayoría de matronas reconocen que están actualizados y favorecen la atención individualizada, así como que evitan las prácticas rutinarias, obsoletas y/o innecesarias<sup>8</sup>. Por el contrario, las matronas de AP indican que en su medio no se cuenta con un protocolo unificado y adecuado.

En cuanto a la adecuación de la práctica clínica, parcialmente se reconoce que en ocasiones pueden llevarse a cabo técnicas innecesarias y/o inadecuadas, no tanto por desconocimiento como por posibles presiones de otros profesionales o por miedo al desarrollo de los procesos obstétricos. La práctica profesional puede ser medicalizada en exceso, en muchas ocasiones como estrategia defensiva<sup>19</sup>.

La técnica de Kristeller es referida por la mujer como muy dolorosa, y no existe evidencia suficiente de las ventajas de llevarla a cabo<sup>20</sup>. El hecho de que no exista registro en la historia clínica de las técnicas realizadas dificulta estudiar la frecuencia en la que dicha técnica se practica. Pero sólo menos de una quinta parte de las matronas encuestadas consideraron que no se lleva a cabo la técnica de Kristeller, por lo que podemos deducir que no es inusual, aunque es un aspecto que debería investigarse.

Tanto el discurso profesional como el institucional actualmente propugnan que se favorezca el uso de técnicas de alivio del dolor, las alternativas a la anestesia epidural y la libre elección de la mujer de la posición de parto. Pero por los datos referidos de Baleares, sabemos que en determinados hospitales públicos más de dos tercios de los partos eutócicos se realizan con epidural, y en cambio en otros son menos de la mitad<sup>8</sup>. En este sentido las matronas de hospital defendían, en buena medida, que las alternativas a la epidural sí se fomentan; en cambio gran parte de las de AP que atienden a la mujer en el puerperio no tienen una opinión tan positiva al respeto.

Por último, la mayoría de matronas consideraba que se realizan más pruebas médicas (analíticas, ecografías, etc.) de las necesarias, de lo que se deduce de nuevo una sobreintervención de los procesos obstétricos.

## CONCLUSIÓN

Las matronas de Baleares opinan que la atención obstétrica en esta comunidad autónoma es, en general, respetuosa y que se ofrece un trato humanizado, pero de sus respuestas también se deduce que existe un margen de mejora que cabría tener en cuenta.

También referían que el embarazo, el parto y el puerperio normales no siempre son entendidos ni atendidos como procesos fisiológicos, por lo que existe cierta sobreintervención.

En cuanto a la autonomía, expresaron que se favorece que la mujer elija cómo desea ser atendida, reconociendo la utilidad del plan de parto, aunque indicando que la actitud de los/las profesionales a veces cambia cuando la voluntad de la mujer difiere de la su opinión.

Asimismo, referían que la intimidad se favorece en gran medida, adaptando los espacios y medidas físicas para ello, aunque no siempre se limitan los profesionales presentes en el parto, y en ocasiones se da información sin consentimiento de la mujer a otros familiares/acompañantes distintos al elegido por ésta para estar presente en las consultas o en el parto.

El trato ofrecido fue considerado mayoritariamente como individualizado, de proximidad y respetuoso, aunque las matronas expresaron que los insuficientes recursos humanos no favorecen que así sea.

Indicaron que en ocasiones se realizan actuaciones o técnicas innecesarias o inadecuadas, a pesar de que mayoritariamente consideran los protocolos hospitalarios adecuados y actualizados.

Cabe destacar la diferencia de respuestas entre las matronas de hospital y de AP, hecho que puede determinar que el ámbito de trabajo permite valorar de diferente manera cómo son atendidas las mujeres. En general, son más críticas las matronas de AP que las de hospital.

Por tanto, para mejorar los aspectos relevantes sobre la intimidad, el trato, la autonomía y la adecuación de la práctica, es imprescindible tener en cuenta la opinión de las matronas. También sería determinante valorar qué refieren las mujeres en cuanto a la atención recibida, si se han sentido respetadas o violentadas en sus procesos reproductivos.

## AGRADECIMIENTOS

A todas las matronas que participaron en el estudio respondiendo el cuestionario. A Joana Ripoll, técnica en investigación, y a las matronas Carmen Alfaro, Carmen Herrero, Margarita Capo y Bàrbara Bonnin, que trabajaron en la elaboración del cuestionario. A Isabel Sanpedro, Fátima Céspedes, Beatriz Saboya, Pilar Romero, Pilar Boto y Antonia Villalonga, que facilitaron la distribución y recogida de cuestionarios. Y a Miquel Llobera, por la revisión lingüística y de formato.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Organización Mundial de la Salud (OMS). Declaración de prevención y erradicación de la falta de respeto y el maltrato durante la atención del parto en centros de salud. Ginebra: OMS, 2014.

2. Gherardi N. Otras formas de violencia contra las mujeres que reconocer, nombrar y visibilizar. CEPAL. Serie Asuntos de Género. Naciones Unidas. 2016; 17-26 (141).
3. Ministerio de Sanidad y Consumo. Estrategia de atención al parto normal en el Sistema Nacional de Salud. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 2007.
4. Ministerio de Sanidad y Política Social. Maternidad hospitalaria. Estándares y recomendaciones. Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social, 2009.
5. Ministerio de Sanidad y Política Social. Guía de práctica clínica sobre la atención al parto normal. Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social, 2010.
6. Ministerio de Sanidad y Política Social. Recomendaciones basadas en pruebas y buenas prácticas de los cuidados desde el nacimiento. Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social, 2010.
7. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Guía de práctica clínica de atención en el embarazo y puerperio. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2014.
8. Secretaría General de Sanidad y Consumo. Dirección General de Salud Pública, Calidad e Innovación. Evolución de la tasa de cesáreas en los hospitales generales del Sistema Nacional de Salud. Informes Breves CMBD N.1 Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2013.
9. Llobera R, Alfaro C, Herrero C. L'atenció al part normal als hospitals públics de les Illes Balears. Adequació a les recomanacions de l'Estratègia d'atenció al part normal en el Sistema Nacional de Salut. Medicina Balear. 2016; 31(2): 37-44.
10. Ibáñez Díaz MB. Opinión de las gestantes, sus acompañantes y los profesionales de salud que les atienden sobre el acompañamiento en el parto. Matronas Prof. 2004; 5(16): 25-31.
11. Rengel-Díaz C. Recomendaciones al parto normal de la OMS. ¿Qué opinan las matronas de un servicio? Enfermería Docente. 2008; 88: 3-11.
12. Camarco Cuevas MC. Patologizando lo natural, naturalizando lo patológico... Improntas de la praxis obstétrica. Revista Venezolana de Estudios de la Mujer. 2009; 14(32): 147-62.
13. Page L, McCourt C, Beake S, Vail A, Hewison J. Clinical interventions and outcomes of One-to-One midwifery practice. J Public Health Oxford. 1999; 21(3): 243-8.
14. Müller AE, Parra Casado M. Arquitectura de la maternidad: recuperar y crear nuestros espacios. Dilemata. 2015; 7(18): 147-55.
15. 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. BOE de 15 de noviembre de 2002.
16. Blázquez MI. 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]. Tarragona: Universitat Rovira i Virgili, 2009; 182.
17. Terán P, Castellanos C, González M, Ramos D. Violencia obstétrica: percepción de las usuarias. Rev Obstet Ginecol Venez. 2013; 73(3): 171-80.
18. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Plan de parto y nacimiento. Estrategia de atención al parto normal. Madrid: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, 2011.
19. Olza Fernández I. Estrés postraumático secundario en profesionales de la atención al parto. Aproximación al concepto de violencia obstétrica. C Med Psicosom. 2014; 111(79): 79-83.
20. Resnel Díaz C. La maniobra de Kristeller: revisión de las evidencias científicas. Matronas Prof. 2011; 12(3): 82-9.