

LA IMPLEMENTACIÓN DE LOS CENTROS DE NACIMIENTO EN ESPAÑA: UN IMPERATIVO ÉTICO

TRABAJO FIN DE MÁSTER

Irene González Pérez

Tutora: Dra. Janet Delgado Rodríguez

“No olvidéis nunca que bastará con una crisis política, económica o religiosa para que los derechos de las mujeres se cuestionen. Estos derechos nunca son adquiridos. Deberéis permanecer alerta durante toda vuestra vida”.

Simone de Beauvoir

RESUMEN

Los centros de nacimiento son unidades lideradas por matronas donde se ofrece atención al embarazo y parto a mujeres sanas, con embarazos sin complicaciones. Están considerados por la evidencia científica los lugares para dar a luz más seguros y costo-efectivos para las mujeres cuyas gestaciones son fisiológicas. Ofrecer la última evidencia disponible para mejorar la cartera de servicios de la sanidad pública se considera una parte potencialmente ineludible tanto de una buena gestión pública como de la ética profesional. Sin embargo, las mujeres en 2022 se enfrentan aun a limitaciones para el pleno avance de la salud reproductiva y, por ende, la implementación de las últimas recomendaciones de la evidencia científica. **Objetivo:** Analizar las cuestiones ético-legales de acuerdo a la evidencia científica para la implementación de los centros de nacimiento en España como un imperativo ético. **Metodología:** Ensayo crítico expositivo-argumentativo. **Resultados:** El origen de los dilemas éticos en la asistencia a la maternidad es multifactorial. Hay elementos que corresponden al acceso a la salud y a los recursos humanos o de perspectiva de género y autonomía de las mujeres. Al igual que aspectos ético-legales que, como en el caso de las matronas y los centros de nacimiento, impiden ejercer de forma legítima otras formas de atención. En España las mujeres no tienen opción de elegir donde dar a luz pues la única oferta es la unidad obstétrica hospitalaria. **Conclusiones:** Un enfoque de ética del cuidado nos permitiría cambiar la perspectiva y valorar las relaciones y el cuidado en primer lugar, resaltar la naturaleza poco ética del nacimiento institucional reglamentado y el daño causado por estas instituciones y su requisito de empujar a las mujeres a través del sistema.

Palabras clave: matrona, parto humanizado, bioética, legislación, derechos de la mujer.

ÍNDICE

1. Introducción	1
2. Objetivos	3
3. Metodología	4
4. Evolución histórica de la asistencia a la maternidad	5
4.1. La asistencia sanitaria a las mujeres. Perspectiva de género	7
5. Centros de nacimiento	11
5.1. Dificultades en la implementación de los centros de nacimiento	16
5.2. Limitaciones de los centros de nacimiento	22
6. Aspectos éticos	23
7. Abordaje desde la ética del cuidado	31
7.1. La asistencia sanitaria en los centros de nacimiento versus la asistencia hospitalaria convencional desde la perspectiva de la ética del cuidado	36
8. Conclusiones	39
9. Bibliografía	42
10. Anexos	49
I. Abreviaturas	49
II. Índice de tablas	50
III. Índice de figuras	51

1. INTRODUCCIÓN

La asistencia a la maternidad atraviesa un profundo cambio de modelo. Nos encontramos ante un tema de gran vulnerabilidad que, además, en nuestro país, es relativamente actual. El interés y la repercusión social que conlleva, el papel que las propias mujeres están reclamando en la toma de decisiones que afectan a su cuidado, así como la evidencia actualizada de los cuidados durante el parto para una experiencia de parto positiva y la disminución de las intervenciones intraparto (OMS, 2018) han puesto de manifiesto una insólita demanda social.

El análisis del *Lancet* sobre la atención las matronas describe la necesidad de un cambio a nivel de sistema hacia un nuevo modelo, con estas profesionales desempeñando un papel fundamental (Renfrew et al, 2014). La Organización Mundial de la Salud (OMS), por su parte, en 2018 actualizó su guía “Recomendaciones de la OMS para los cuidados durante el parto, para una experiencia de parto positiva” donde incluyó nuevas recomendaciones para los cuidados durante el parto. Estas hacen referencia a las últimas evidencias disponibles para proporcionar servicios de maternidad más humanizados, como la atención respetuosa a la maternidad, la comunicación efectiva, el acompañamiento durante el trabajo de parto y la continuidad de cuidado.

Dichas recomendaciones, se corresponden con el modelo de cuidados holístico o biopsicosocial proporcionado en las unidades lideradas por matronas (también denominadas centros de nacimiento), donde no solo se considera la dimensión física del nacimiento en los cuidados clínicos efectivos, sino también la dimensión emocional, social y psicológica del mismo.

Pese a lo planteado anteriormente, las mujeres, aun en 2022, se enfrentan a limitaciones para el pleno avance de la salud reproductiva y, por ende, la implementación de las últimas recomendaciones de la evidencia científica.

En maternidad, no solo las barreras del sistema (económicas, organizativas o de recursos humanos), que podrían ser comunes a cualquier servicio o unidad hospitalario, limitan el establecimiento de las recomendaciones. Sino que también las relaciones de poder, la subordinación histórica de la mujer frente al hombre y las perspectiva de género dificultan la equidad, y con ello la existencia de oportunidades de implantación de la evidencia científica (esto es, la apertura de centros de nacimientos públicos que estén incluidos en la cartera de servicios del sistema nacional de salud).

Estas desigualdades para con las mujeres, se contraponen a lo consensuado en la Declaración de Helsinki (1964), la Constitución española (CE 1978), la Convención sobre eliminación de todas las formas de discriminación contra la Mujer (CEDAW, 1979) o los Derechos Humanos (1999), que en su artículo 1 cita: “Todos los seres humanos nacen libres e iguales en dignidad y derechos y, dotados como están de razón y conciencia, deben comportarse fraternalmente los unos con los otros”.

Es cierto que en la práctica diaria asistencial de nuestro Sistema el principio de no maleficencia *Primum non nocere* (Primero, no hacer daño, o la obligación esencial del profesional sanitario de no provocar daño) destaca frente al resto de los principios de la bioética. Si bien, es hora de contemplar el principio de justicia y autonomía que podría ofrecer la implementación de los centros de nacimiento y convertir las “estadísticas” en imperativo ético.

El compromiso gestores-profesionales con la evidencia científica y los usuarios es un imperativo ético, pero también es moralmente complejo. Requerirá el respeto, transparencia para la gestión así como el peso que las diferentes partes interesadas otorguen a esos valores. Múltiples esfuerzos de sinergia podrían garantizar una forma óptima de manejar esos conflictos.

2. OBJETIVOS

2.1. Objetivo:

- Analizar las cuestiones ético-legales de acuerdo a la evidencia científica para la implementación de los centros de nacimiento en España como un imperativo ético.

2.2. Objetivos secundarios:

- Explorar la asistencia sanitaria a las mujeres desde una perspectiva de género.
- Determinar las dificultades de la implementación de los centros de nacimiento.
- Identificar las limitaciones de los centros de nacimiento.
- Examinar la asistencia sanitaria en los centros de nacimiento versus la asistencia hospitalaria convencional desde la perspectiva de la ética del cuidado.

3. METODOLOGÍA

Se trata de un ensayo crítico expositivo-argumentativo del modelo de asistencia sanitaria que analiza las cuestiones ético-legales de la evidencia científica para la implementación de los centros de nacimiento en España como un imperativo ético.

Para responder a los objetivos planteados en este trabajo, se llevó a cabo una búsqueda bibliográfica en 2022 mediante el examen de diversos documentos de ciencias médicas y sociológicas. Las bases de datos consultadas fueron CINAHL, Cochrane, Cultural Anthropology, Ebsco-host, Medline y Ovid platforms y se seleccionaron como descriptores los siguientes términos MeSH (Medical Subject Headings): *birth center, free standing, midwife, ethics, biomedical, feminist ethics, health care ethics, legal aspects, birth cultures, humanized childbirth y moral duties*.

Respecto de la estrategia de las búsquedas, se seleccionaron únicamente aquellos artículos en inglés o español en los cuales los descriptores aparecían en el título o el abstract y no se estableció restricción en razón de fecha, con el objetivo de recabar la mayor información posible.

En cuanto al análisis de contenido, se seleccionaron aquellos artículos de revistas de producción científica relacionados con la temática de estudio, consultándose también otros documentos de interés como estrategias de atención, guías de práctica clínica o literatura gris (tesis doctorales).

Del análisis documental deviene tres categorías que sustentan la bibliografía sobre el tema: las características de los centros de nacimiento, la asistencia a la maternidad desde una perspectiva de género y los aspectos éticos que atañen a la implementación de los centros de nacimiento.

4. EVOLUCIÓN HISTÓRICA DE LA ASISTENCIA A LA MATERNIDAD

Con el traslado de los nacimientos a los hospitales en la primera mitad del siglo XX, la asistencia a la maternidad se transforma.

Surge una interconexión entre *medicalización*, *institucionalización* e *industrialización* propias del modelo asistencial a los partos que suscitó dicho traslado de los hogares a los hospitales. En otras palabras, se institucionalizó el parto.

Por otro lado, el proceso fisiológico que es el parto, se devaluó con la tecnificación y las excesivas intervenciones. Esto se denominó *medicalización* (término que acuña el uso habitual de intervenciones médicas, principalmente dirigidas a iniciar, acelerar, regular o monitorizar el parto). Al mismo tiempo, impulsó un movimiento de cambio social, en el que el concepto del parto que tenía la sociedad era el de un proceso peligroso que acarrea riesgos *per sé* (Boyle, Thomas y Brooks, 2016) y supuso un cambio de paradigma en la asistencia pues el objetivo principal fue únicamente reducir la morbilidad materna e infantil, ignorando la satisfacción materna (Boyle et al., 2016) y realizando intervenciones no avaladas científicamente (la episiotomía, el rasurado, los enemas, la estimulación del parto, etc.) (Tew, 1990; Campbell y Macfarlane, 1994; Rocca-Ihenacho, 2017; Suárez, 2017).

Igualmente, el poder del discurso médico en la atención a la maternidad (ONU, 2019) confirió un estado de “cosificación” al cuerpo de la mujer, percibiéndose como una “máquina” y el recién nacido su “producto” (Rocca-Ihenacho, 2017), respondiendo así a otro movimiento social: la industrialización.

Tras estos movimientos, la mujer perdió la autonomía, se vulneraron sus derechos humanos básicos y se comenzó a percibir un atisbo de violencia obstétrica (Lokugamage y Pathberiya, 2017), término no reconocido en nuestro país (pero sí en otros de habla hispana como Venezuela) y definido por la ONU como “violencia contra la mujer durante la atención al parto” (ONU, 2019). La institucionalización del parto impactó también en la relación de las mujeres con los profesionales (médicos y matronas). Se impuso el modelo autoritario donde

el sanitario toma las decisiones y las gestantes adoptan un rol pasivo en el que la autonomía es casi inexistente (Hernández y Echeverría, 2016). Las mujeres fueron influenciadas subliminalmente por el poder del autoritarismo médico y respondían aceptando la opinión médica sin preguntar (Boyle et al., 2016). La asistencia a la maternidad reflejó desde entonces la situación de jerarquías de género y los valores patriarcales existentes en la sociedad (Foucault, 1975), que se comentarán detenidamente en el próximo apartado de este trabajo.

Ante esta situación, en la década de los 70, los movimientos feministas, las matronas y la Organización Mundial de la Salud (OMS, 1985) marcaron la transformación en la atención al parto en todo el mundo (De Molina, 2015; Rocca-Ihenacho, 2017), demandando una asistencia humanizada y actualizada, donde se respetase la libertad de la mujer, sus decisiones y valores. La matrona, desde entonces, cesó en su respaldo a la institución y comenzó a apoyar a la mujer (Rocca-Ihenacho, 2017; Suárez, 2017). La OMS, por su parte, inició una campaña conocida como “La Declaración de Fortaleza” (OMS, 1985) para promover el uso adecuado de la tecnología durante el nacimiento.

En España, surgieron asociaciones como la “Federación de Asociaciones de Matronas de España” (FAME) y “El Parto es Nuestro” (creada en 2003) para reivindicar el parto respetado. Estas asociaciones demandan que se considere a la gestante el centro de su parto, es decir, que la mujer sea la protagonista de su parto. El profesional que la asista debe planificar un plan de cuidados que reconozca la autonomía de la gestante, siempre promoviendo la última evidencia científica y evitando así la instrumentalización y el intervencionismo no sustentado por las guías disponibles.

Por su parte, el Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad redactó el Plan de Parto y Nacimiento (MSPSI, 2007), un documento que apoya la toma de decisiones de la gestante para así asegurar mejores resultados y experiencias más positivas del parto (OMS, 1996; De Molina y Muñoz, 2010).

4.1. La asistencia sanitaria a las mujeres.

Perspectiva de género

Mientras que la cartera de servicios ofertada por los Sistemas Sanitarios deberían ser un modelo a seguir en cuanto a equidad, igualdad e inclusión, existe evidencia suficiente que demuestra no solo la falta de investigación en el género femenino y la exclusión de las mujeres en los ensayos clínicos, sino también las disparidades mal abordadas sobre ellas o la carencia de servicios brindados a las mujeres en los servicios de salud con respecto a los ofrecidos a los varones.

En 1979, España entró a formar parte del Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer (CEDAW, 1979). Con este tratado se comprometían a adoptar las medidas necesarias para eliminar “la discriminación contra la mujer en la esfera de la atención médica a fin de asegurar, en condiciones de igualdad entre hombres y mujeres, el acceso a servicios de atención médica, inclusive los que se refieren a la planificación de la familia”.

Además, desde los años ochenta existe una abundante bibliografía sobre las inequidades de género en salud en España. Ejemplo de ello son las iniciativas como las del Grupo de Género y Salud Pública en el seno de la Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria o la Red Temática de Investigación de Salud y Género, que ilustran el creciente interés por las desigualdades de género en la agenda de salud pública.

La exclusión de las mujeres embarazadas de los ensayos clínicos es la tónica en investigación. Esto reduce la validez externa de los resultados de los estudios, impide la mejora de los resultados y perjudica a las mujeres a las que se les negarán agentes terapéuticos en el futuro debido a los datos mínimos de seguridad en el embarazo. No obstante, la participación de las mujeres embarazadas en los ensayos clínicos implica una complejidad adicional, incluidos los desafíos administrativos y logísticos que rodean la supervisión del estudio, los procedimientos complementarios para monitorizar la seguridad y consideraciones científicas adicionales, como la necesidad de tamaños de muestra más grandes para evaluar la modificación del efecto.

Autores como García-Sánchez (2004) destacan en sus estudios la mayor vulnerabilidad de las mujeres frente a enfermedades como el VIH con respecto a los hombres. Así como que ciertos factores sociales de las mujeres (dependencia económica respecto a su pareja, las dificultades de acceso a la prevención, la prueba diagnóstica, la violencia de género, etc.) impactan en una mayor incidencia de la enfermedad. La ciencia, con el objetivo de servir a la salud pública, debe examinar la influencia del sexo y la perspectiva de género en los resultados de salud, pues no solo las diferencias biológicas sino también las características de género socialmente construidas, determinan en gran medida el estado de salud.

Si bien, históricamente, el rol principal de las mujeres ha sido el de cuidadoras, madres y esposas. Mientras que el del hombre, el trabajo remunerado. Estas diferencias determinan una clara división de género de la sociedad, que produce de igual manera las diferencias y desigualdades en la salud.

Concretamente, en maternidad, la forma en que una cultura gestiona el parto está ligada a la ideología predominante en dicha cultura sobre la reproducción, la medicina y el papel de la mujer. La maternidad aparece, principalmente, entre relaciones de dominación y subordinación (Bodio Sánchez, 2019). Pese a la excesiva medicalización del parto presente en las sociedades desarrolladas, el nacimiento siempre es un fenómeno cultural, y no solo un proceso mecánico o cuestión de tamaño de pelvis y/o presentación del feto. La influencia cultural de cada sociedad representará el nacimiento de diferentes maneras. En otras palabras, la forma en que ocurre el parto está relacionada con la posición de la mujer en esa sociedad y el nivel de misoginia (Kitzinger, 1987). Así como el nivel de violencia contra la mujer en la sociedad está directamente relacionado con la violencia obstétrica. Y la negación de la existencia de la violencia obstétrica es parte de la violencia.

Otra notoria diferencia de la vulnerabilidad de las mujeres en sanidad es la toma de decisiones en maternidad (entendida como derecho a la autonomía) o el concepto de consentimiento informado. La falta de autonomía de la gestante se evidencia en el sistema sanitario actual al ignorar Derechos Humanos básicos de las mujeres o no considerar los tratados firmados por España a nivel europeo

entre otros. Pese a existir legislación, convenios y marco bioético suficiente que avale el derecho de estas a decidir, en el siglo XXI aun sigue siendo un reto.

A nivel internacional, el Tribunal Europeo de Derechos Humanos ha intercedido en la situación actual de la autonomía de la gestante en España, con el fin de mejorar la asistencia en maternidad y humanizar los cuidados. Según el informe de la ONU (2019), desde la presencia de estudiantes en el paritorio, hasta las intervenciones o tratamientos realizados a las mujeres sin su consentimiento deben ser analizadas para garantizar la privacidad de las gestantes.

Y en nuestro país, prueba de la falta de inclusión de las mujeres en la toma de decisiones de su parto es el recurso redactado por el Tribunal Constitucional en enero de 2022 sobre la prevalencia del derecho de la madre frente al *nasciturus* en los parto a domicilio o la admisión a trámite por este mismo Tribunal Constitucional del recurso de amparo por vulneración del derecho de igualdad y a la no discriminación de las mujeres en el embarazo y el parto. E, incluso, las sentencias dictadas por la realización de intervenciones intraparto sin consentimiento, como episiotomías, (Dictamen CA núm.2 de Palma de Mallorca, sentencia Nº 191/16 y sentencia Nº 196), lo que supone una vulneración de la *Lex Artis*.

De igual importancia es el anteproyecto de Ley Orgánica por la que se modifica la Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo de 2022, de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo que está actualmente en trámite y que en su artículo 27 recoge lo siguiente:

Requerir de forma preceptiva el consentimiento libre, previo e informado de las mujeres en todos los tratamientos invasivos durante la atención del parto, excepto en situaciones en las cuales la vida de la madre o del bebé esté en riesgo, respetando la autonomía de la mujer y su capacidad para tomar decisiones informadas sobre su salud reproductiva. (27 LO 2/2010)

Asociaciones como “El Parto es Nuestro” se han manifestado contra dicho solicitando su anulación pues supone “carta blanca para la violencia obstétrica” en tanto que anula el requisito de consentimiento libre e informado de las mujeres.

Asimismo, y debido a la repercusión social que suscita, cabe mencionar que en este anteproyecto de ley se debatía el reconocimiento del término “Violencia Obstétrica” en España. Finalmente ha quedado excluido, denominándose el capítulo inicialmente destinado a ello “protección y garantía de los derechos sexuales y reproductivos en el ámbito ginecológico y obstétrico”, cuyo objetivo es el de fomentar las buenas prácticas en todas las etapas del embarazo, especialmente, en el parto y en el postparto.

Con este anteproyecto de Ley se ratifican las desigualdades en maternidad de nuestro sistema y la necesidad de abogar por los derechos de las gestantes con perspectiva de género. Desde el Observatorio de Salud de la Mujer, se está trabajando en la revisión de la Estrategia de Atención al parto normal en el Sistema Nacional de Salud para asegurar las recomendaciones de la evidencia científica en la práctica diaria de la obstetricia (González-Darias y Escuriet, 2022).

Es preciso comprometerse a crear una cultura profesional y conducta ética a través, entre otras cosas, de la educación sobre la investigación actual sobre la perspectiva de género y el uso de metodologías científicas para impulsar los resultados deseados.

Se necesita llamar a la acción a los líderes para que reconozcan que la equidad de género en la implantación de la evidencia científica es un imperativo ético y tomen medidas para lograr el cambio.

5. CENTROS DE NACIMIENTO

Un centro de nacimiento es un espacio donde se ofrece atención al embarazo y parto a mujeres sanas, con embarazos sin complicaciones, en los que la matrona es la principal proveedora de cuidados y responsable de los mismos. Los centros de nacimiento pueden estar situados en un edificio independiente (centros de nacimiento extrahospitalarios) o junto a una unidad obstétrica (centros de nacimiento hospitalarios). (Rocca-Ihenacho et al., 2018).

La evidencia concluye que, para las mujeres cuyas gestaciones son fisiológicas, bien sean multíparas o las nulíparas, los centros de nacimiento son unidades seguras para dar a luz, tanto para la madre como para su recién nacido (NICE, 2014).

Los centros de nacimiento se denominan también unidades lideradas por matronas y en la figura 1 se recogen los tipos que existen:

Centros de nacimiento hospitalarios: durante el trabajo de parto y el nacimiento, el diagnóstico y tratamiento médico, al igual que los servicios de obstetricia, neonatología y anestesia, estarían disponibles en otra ala del mismo edificio o en un edificio aparte del mismo complejo.

Esto puede incluir acceso a intervenciones que puede realizar una matrona como, por ejemplo la monitorización fetal con registro cardiotocográfico (RCTG). Para acceder a estos servicios, la mujer tendrá que ser trasladada a la unidad obstétrica siendo esto realizado normalmente en camilla, cama o silla de ruedas.

Centros de nacimiento extrahospitalarios: los servicios de diagnóstico y tratamiento médico, así como las intervenciones no estarían disponibles en el mismo edificio ni en el mismo complejo sanitario. El acceso está disponible como parte de un servicio integrado, pero el traslado involucrará normalmente un trayecto en ambulancia o coche particular.

Figura 1: Tipos de centros de nacimiento (Rocca-Ihenacho et al., 2018).

Es importante aclarar la diferencia entre centros de nacimiento intrahospitalario y sala de partos naturales. El centro de nacimiento tiene una filosofía propia y nivel organizativo y liderazgo llevado a cabo por las matronas, mientras que las salas de parto forman parte de la unidad obstétrica y se rigen por su normativa.

Las mujeres que dan a luz en los centros de nacimiento, tienen menos intervenciones intraparto y menor morbilidad maternal. Igualmente, los resultados neonatales no varían con respecto a aquellos neonatos que recibieron todo el cuidado intraparto en una unidad obstétrica (Martin-Arribas et al., 2022). Además, la satisfacción materna, la experiencia de parto, el número de pinzamientos tardíos del cordón y el contacto piel con piel son mayores en estas unidades (Overgaard, Fenger-Grøn & Sandall, 2012; Macfarlane, Rocca-Ihenacho, & Turner., 2014; Sandall et al., 2016; NICE, 2017). Y el coste-beneficio de las casas de partos es más elevado, puesto que la infraestructura de unidades gestionadas por matronas y los recursos humanos suponen un presupuesto menor comparado con los servicios de un paritorio, y los beneficios son mayores a largo plazo.

El entorno físico de las unidades lideradas por matronas desempeña también un papel clave para las experiencias de las usuarias (McCourt et al., 2016), además de promover la salud y el bienestar de las mujeres, sus familias y el del personal que trabaja en dichas instalaciones (Jenkinson et al., 2013; Hammond et al., 2017) al proporcionar un ambiente salutogénico (McCourt et al., 2016) que coincide con el actual enfoque de la OMS. Asimismo, estas unidades responden a las propuestas de humanización de los servicios sanitarios al invertir en profesionalismo organizacional (política de liderazgo), potenciar la seguridad de las usuarias y mejorar la atención centrada en las mujeres, la satisfacción materna y los resultados perinatales (Brennan y Monson, 2014; Sandall et al., 2016; Rocca-Ihenacho et al., 2018).

MODELO BIO-PSICO-SOCIAL	MODELO BIOMÉDICO-INDUSTRIAL
Visión integral, psico-social, espiritual	Cosificación cuerpo de la mujer
Respetuoso, empodera	Controla, dirige
Centrado en el entorno / ambiente	Ambiente no importante
Basado en las relaciones / subjetivo	Experto / objetivo
Anticipa normalidad	Anticipa patología
Centrado en la comunidad	Centrado en la institución
Tecnología al servicio del profesional	Tecnología en el centro de la asistencia
Respeto a la diversidad	Homogenización
Confianza en la fisiología	Riesgos
Conexión	Separación
Formación continuada, visión holística	Centrado en lo físico, formación solo clínica

Tabla 1: Resumen modelos asistenciales: modelo biopsicosocial versus modelo biomédico-industrial (Walsh y Newburn, 2002; Van Teijlingen, 2005; Bryers y Van Teijlingen, 2010; Pollard, 2011; Soltani y Sandall, 2012; Garland, 2017).

Si bien, pese a las implicaciones para la asistencia al parto que conlleva el lugar donde dar a luz, en países de ingresos altos, la norma tanto para gestaciones fisiológicas como para aquellas que no lo son es acudir al hospital (Shaw et al., 2016). La descentralización de los partos de los centros hospitalarios sigue siendo la excepción en países de ingresos altos. Únicamente, en Reino Unido, Nueva Zelanda o Bélgica coexisten modelos de asistencia que cuentan con diferentes unidades donde dar a luz dentro de la cartera de servicios de la asistencia pública sanitaria: centros de nacimiento, parto en casa, etc.

Mientras, en España, las opciones de lugares donde dar a luz ofertadas por el sistema nacional de salud se limitan a las unidades obstétricas de los hospitales. En nuestro país existen actualmente dos centros de nacimiento concertados incluidos dentro de la cartera de servicios de la Generalitat de Cataluña. Estas son el Centro de Nacimiento Fundació Hospital Sant Joan de Déu de Martorell y el Centro de nacimientos Casa Laietània.



Figura 2: Habitación de un centro de nacimiento extrahospitalario. *The Barkantine Birth Centre* (Londres, Reino Unido).



Figura 3: Habitación de un centro de nacimiento intrahospitalario. *Fundació Hospital Sant Joan de Déu de Martorell* (Cataluña, España).

Facilitar el acceso de las mujeres a la atención por matronas es uno de los aspectos esenciales para la implementación de las recomendaciones basadas en la evidencia científica (ICM, 2014; Renfrew et al., 2014; OMS, 2016).

Las directrices de las “Orientaciones estratégicas globales para el fortalecimiento de la enfermería y la profesión matrona 2016-2020” (OMS, 2016), destacaban que las matronas podían proporcionar el 87% de los cuidados esenciales a las madres y los recién nacidos siempre que hubiesen recibido la formación adecuada acorde a estándares internacionales. Además, ponían de manifiesto que la matrona es el profesional sanitario más costo-efectivo para las mujeres embarazadas (Hollowell et al., 2011; NICE, 2014).

En España, se reconoce la profesión de matrona como una especialidad enfermera denominada “enfermería obstétrico-ginecológica”, con un programa formativo y perfil competencial definido y ajustado a las normas establecidas a nivel europeo e internacional. El ámbito de actuación de estas profesionales abarca la atención integral de la mujer en las diferentes etapas de su vida (sexual, climaterio, etc.), además de la gestación y la asistencia al parto y al neonato hasta los 28 días de vida (ICM, 2014; Orden SAS/1349/2009); por ello, las matronas desempeñan sus funciones en Atención Primaria (centro de salud, centro de planificación familiar, etc.) y Atención Especializada (hospitales).

La matrona debe acompañar y proporcionar cuidados biopsicosociales a las mujeres, además de formarlas, junto a su familia y la comunidad, para tomar decisiones informadas (ICM, 2014). El parto en el agua (otra de las aptitudes reconocidas de las matronas) y las unidades lideradas por matronas promueven, *per sé*, el parto fisiológico y el modelo de cuidados biopsicosocial: no son intervencionistas, no requieren analgesia farmacológica y el apoyo y acompañamiento de la matrona es crucial (Garland, 2017; NICE, 2017; NMC, 2012; Rocca-Ihenacho et al., 2018). La formación de matronas provista con el conocimiento y las habilidades necesarias para cuidar a las gestantes es un imperativo ético. Al igual que el derecho a que se les proporcionen entornos seguros como los centros de nacimiento para ejercer su profesión (Scarf et al., 2018).

5.1. Dificultades en la implementación de los centros de nacimiento

La evidencia avala los innumerables beneficios de incluir a la gestante en la toma de decisiones, la importancia del cuidado personalizado y el respeto a las opciones de las mujeres (OMS, 2018; ONU, 2019). Dentro de estas opciones, cabe destacar la elección del lugar donde dar a luz.

Birthplace Study, un estudio de cohortes nacional llevado a cabo en Reino Unido (Hollowell et al., 2011), analizó los riesgos y beneficios que conlleva el lugar donde dar a luz para mujeres cuyas gestaciones son fisiológicas. Y concluyó que, en las unidades gestionadas por matronas, donde se asiste embarazos fisiológicos y en las que la matrona es la principal proveedora de cuidados y responsable de los mismos, el número de partos eutócicos es mayor, las intervenciones son menos y los resultados perinatales no difieren de los obtenidos en las unidades de obstetricia. Aumentar los lugares de asistencia a las mujeres liderados por matronas asegura, además, un cuidado basado en la evidencia (Renfrew et al., 2014; OMS, 2016).

La implementación de las unidades lideradas por matronas en España podría considerarse un ejemplo de cambio en modelos de organización de los servicios de salud, basados en una mejor evidencia clínica y que requieren de un enfoque sistémico y de múltiples partes interesadas para la implementación (Walsh et al., 2020).

No obstante, una serie de estudios han puesto de relieve los desafíos para la implementación de políticas de salud y evidencia de esta naturaleza (Hasson, 2010; May et al., 2017; Greenhalgh & Papoutsis, 2019), esto es, las dificultades para la apertura de los centros de nacimiento.

Entre las diferentes partes interesadas que impulsan la industria de la asistencia sanitaria, históricamente, las enfermeras y matronas no han estado en una posición de poder para efectuar el cambio (Alliman, Jolles & Summers, 2015). Esto es, la falta de liderazgo dentro de la profesión, constituye una de las dificultades de la implementación de las unidades lideradas por matronas.

Por otro lado, la perspectiva de género, al igual que las socialmente construidas y mencionadas en el apartado anterior de este trabajo, suponen una limitación intrínseca para la implementación de la evidencia científica, y por ende, de los centros de nacimiento. El hecho de ser la maternidad o los profesionales que la acompañan (las matronas) un sector formado principalmente por mujeres, con las desigualdades que esto conlleva en ciencia, se considera un factor limitante en sí mismo.

El contexto social, igualmente, restringe la implantación del sistema de asistencia biopsicosocial, puesto que las gestantes demandan aun un modelo asistencial medicalizado al percibir la práctica intervencionista como la más segura (Goberna et al., 2008; Boyle et al., 2016). Además, la sociedad ha asumido que el profesional que propone las recomendaciones en maternidad posee la verdad absoluta (Fernández Guillén, 2006; Boyle et al., 2016). Sin considerar que, como toda decisión humana, está sujeta al error, subjetividad e ideología entendida como una concepción del mundo personal. No obstante, también es cierto que durante mucho tiempo han existido puntos ciegos entre los investigadores que creen que ciertos resultados, como los físicos, se persiguen más frente a los resultados que los pacientes pueden ver como igual o más importantes, como los psicosociales. Esto refuta también la hipótesis del modelo de asistencia biologicista que impera en nuestro sistema nacional de salud. Sin un plan de formación interdisciplinar para los profesionales sanitarios (Schroeder et al., 2011), que además descentralice la asistencia a la maternidad de los hospitales a los centros de nacimiento y otorgue a las matronas más autonomía, la satisfacción materna y el número de intervenciones será difícil que varíen en nuestro sistema. Se recomienda adoptar las medidas necesarias para respetar las recomendaciones de la “Estrategia de Atención al Parto Normal” (MSYC, 2007) y la OMS (2018) con el objetivo de humanizar los cuidados, mejorar la experiencia de parto de las mujeres, evitar la variabilidad en la práctica clínica e implementar las recomendaciones de la evidencia científica.

A su vez, la percepción de los profesionales y gestores sobre la nueva evidencia y la percepción ambivalente de estos acerca de la seguridad de las unidades lideradas por matronas alberga reticencias en la implantación de las mismas (Roome et al, 2016; del Rosario Ruiz y Limonero, 2014). Además, la

investigación ha demostrado que la creencia personal puede moderar la evidencia y es una variable clave a abordar en la práctica (O'Brien et al., 2001; Ivers et al., 2012).

La institucionalización del parto *per sé*, supone también una barrera en la implementación de la evidencia científica y, con ello, en la asistencia centrada en las necesidades de la mujer y la apertura de los centros de nacimientos. Mientras se promueve un modelo de cuidado holístico o integral que contemple a las usuarias como únicas, se divulgan guías y protocolos con un diseño preestablecido y apartados comunes y repetitivos que estandarizan las opciones y restan poder de decisión a las gestantes. A través de su uso se clasifica e institucionaliza a las usuarias con pautas predefinidas por los profesionales sanitarios (Feeley et al., 2019), convirtiendo en ocasiones la evidencia científica en un lastre para muchas gestantes (Lokugamage y Pathberiya, 2017). Por tanto, el reto que se plantea actualmente a los profesionales es adquirir la capacidad de equilibrar la toma de decisiones del individuo y las guías de práctica clínica.

Asimismo, se esbozan también filosofías productivistas en las instituciones, que atisban la influencia de planteamientos tayloristas (Blázquez Rodríguez, 2009), y entendidas como los presupuestos y desafíos a los que se enfrentan los gestores, que pueden ser también barreras importantes para la implementación de centros de nacimientos en países desarrollados. Sin embargo, el presupuesto para abrir un centro de nacimiento y ofrecer los últimos servicios recomendados por la evidencia científica a las mujeres es mínimo en comparación con otros costes como los derivados del estrés postraumático ocasionados por una experiencia de parto negativa, que, según la evidencia, deriva con mayor frecuencia de la asistencia en una unidad obstétrica. Sin embargo, en maternidad, se aboga principalmente por invertir los recursos económicos y humanos en tratar las complicaciones y no en prevenir su aparición.

Por otro lado, este déficit ya mencionado de unidades lideradas por matronas en los diferentes sistemas sanitarios ha contribuido a que no todos los profesionales hayan tenido la oportunidad de asistir un parto fisiológico o de trabajar en un modelo de asistencia biopsicosocial. Incluso, también, a una falta de seguridad de las matronas a la hora de asistir a las mujeres fuera de los paritorios (Walsh,

2004; Coates et al., 2018). Pocos sistemas sanitarios cuentan con una formación continuada dirigida a los profesionales en activo que incluya el nuevo modelo biopsicosocial y que favorezca así la transición de modelos asistenciales (Walsh, 2004; De Molina, 2015). Esto ha resultado en un reclamo a la escasa participación de la gestante en la toma de decisiones y en un alto nivel de tecnificación existente en las unidades obstétricas. González-Darias y Escuriet (2022) abogan por un cambio en la programa educativo de las matronas para poder hacer frente a la implantación de los centros de nacimientos que incluya asistencia biopsicosocial y perspectiva de género para evitar sesgos de género que limiten los cuidados.

También, las condiciones laborales actuales de la matrona y, en concreto, sus funciones, limitan la asistencia basada en la evidencia. Estas profesionales no trabajan de forma autónoma e independiente (Hidalgo-Lopezosa, 2014; ONU, 2019). Pese a estar publicado en el Real Decreto-Ley 1837/2008 y en la Guía Práctica Clínica sobre la Atención al Parto Normal (MSYPS, 2010) que son las matronas las profesionales cualificadas para atender los partos fisiológicos, el sistema actual únicamente ofrece la asistencia conjunta de obstetra y matrona, limitando, entre otras cosas, juicios clínicos independientes, el alta o la prescripción por parte de las matronas, competencias de estas profesionales reconocidas en otros países, al igual que la independencia de estas profesionales del colectivo enfermero. Es decir, grado universitario de matrona reconocido como estudios oficiales, sin considerarse una especialidad enfermera. Dicha autonomía universitaria ha contribuido no solo a una mayor especialización de las matronas, sino también ha favorecido la investigación en maternidad.

La heterogeneidad descrita en los modelos asistenciales de los profesionales que trabajan en paritorio (o variabilidad en la práctica clínica) contribuye a dificultar la implantación de los centros de nacimiento, dado que esto influye directamente en el grado de cumplimiento de las preferencias de las mujeres, en el conjunto de opciones ofrecidas a las gestantes y, consecuentemente, en la continuidad de practicas arraigadas muchas veces no sustentadas por la evidencia científica. La asistencia a la maternidad actual podría beneficiarse de

una evaluación de los cuidados ofrecidos que utilice una perspectiva *Primum non nocere* (primero, no hacer daño).

Walsh et al. (2020), por su parte, determinaron las barreras sociales y del sistema de salud con las que se toparon en Reino Unido al implementar las unidades lideradas por matronas, entre las que destacan la percepción del riesgo y la seguridad dentro de la sociedad y los profesionales sanitarios, así como el sistema de financiación de la asistencia sanitaria (y la falta de presupuesto en maternidad). Otras de las limitaciones descritas por estos autores fue la consideración de los centros de nacimientos como “servicios no esenciales”. Esto junto a la falta de personal, el conflicto entre el modelo de asistencia bio-psico-social y el médico-industrial o la formación y colaboración interdisciplinar limitada supusieron otras reticencias en el funcionamiento de los centros de nacimiento. Igualmente, la falta de confianza y experiencia en entornos dirigidos y liderados por matronas junto con la necesidad de comprensión de los principios de autonomía y *partnership* con la mujer en la toma de decisiones, así como la escasez de evidencia sobre lugares donde dar a luz o sesgos a la hora de presentarlos, fueron consideradas barreras a nivel individuo para la implementación de los centros de nacimiento.

En nuestro país, el centro de nacimientos de Martorell (Cataluña) ha descrito también los retos a los que se han enfrentado desde su apertura el 2018 (Martin Arribas et al., 2022). A nivel estratégico, destacan los indicadores de salud materno-infantil de nuestro país, pues evalúan únicamente la patología. Se trata, principalmente, de considerar una modificación de los fundamentos del sistema de indicadores de salud. Estos son el reflejo de un sistema donde no se incluye la dimensión psicológica, sino el enfoque biologicista (Leahy-Warren et al., 2017). Se plantea impulsar unos cuidados humanizados o biopsicosociales que otorguen la importancia que corresponde dimensión psicológica y, por ende, a la experiencia de parto. Ejemplo de ello es la implementación de un equipo profesional que atienda la esta dimensión psicológica de las mujeres, contribuyendo a la mejora de la experiencia de parto. Esto se lograría con la creación de las especialidades de las matronas, existente ya en otros países europeos (*Public Health Midwife*: asiste a mujeres en situación de vulnerabilidad, migrantes, víctimas de violencia de género, etc.; *Bereavement Midwife*: para el

acompañamiento al duelo ante una pérdida perinatal; *Safeguarding Midwife*: matrona de protección del menor, etc.).

Prosiguiendo con las barreras asistenciales descritas por el centro de nacimientos de Martorell, cabe mencionar la resistencia al cambio de algunos profesionales del sector, los protocolos desactualizados (o inexistentes), la diferencia en el modelo de cuidados (matrona como líder) y la carencia del cuidado uno-a-uno o *one-to-one*.

Si bien es cierto que, el centro de nacimientos de Martorell señala también los facilitadores con los que se han encontrado en su andadura. Desde el apoyo tanto del Departament de Salut con el lanzamiento en 2020 del Protocolo de acompañamiento al nacimiento, a la visión conjunta y el trabajo en equipo de la supervisora matronas y el jefe obstetricia. Asimismo, otra ventaja fue la experiencia de las matronas (bien formadas en países donde los centros de nacimientos son la práctica habitual o que han acompañado partos en casa), la formación que ofertó el propio hospital y la creación de protocolos considerando otros ya publicados en otros países.

Para concluir, los pocos centros de nacimientos existentes y la falta de financiación de estos por parte del Servicio Nacional de Salud de nuestro país limitan el acceso de las mujeres a las unidades lideradas por matronas.

5.2. Limitaciones de los centros de nacimiento

Una de las limitaciones de los centros de nacimiento es el hecho de aceptar únicamente mujeres cuyas gestaciones son fisiológicas. El bajo número de estas presentes en nuestra sociedad (la edad materna, el sobrepeso, los hábitos, el estilo de vida, etc., son factores que han impactado en la prevalencia de complicaciones durante el embarazo) podría comprometer el coste-efectividad de los centros debido a los pocos partos que atendería dado que las gestaciones fisiológicas son la excepción.

No ofrecer ciertos servicios médicos durante el parto, como la analgesia epidural, supone otra limitación de los centros de nacimiento, puesto que actualmente el concepto de parto que prima en la sociedad es uno medicalizado y la demanda de la epidural es del 80% en nuestro país. Sin embargo, la amplia disponibilidad de alternativas (farmacológicas y no farmacológicas) de las unidades lideradas por matronas, así como el garantizar el acompañamiento continuado, el parto en el agua y el cuidado *one to one* son medidas efectivas para sobrellevar las contracciones avaladas por la evidencia científica.

Por último, y a colación con el concepto de parto medicalizado adoptado por la sociedad y mencionado anteriormente, el alta precoz de los centros de nacimiento (desde seis horas posparto) supone también para algunas mujeres una limitación para dar a luz en estos centros, pues se sienten más seguras en entornos hospitalarios que en su casa.

6. ASPECTOS ÉTICOS

Toda persona tiene derecho a la protección de la salud. Y la sanidad está incluida en el Convenio para la protección de los derechos humanos y de las libertades fundamentales (1999). En concreto, el artículo 3 de la declaración de los Derechos humanos reza: “Todo individuo tiene derecho a la vida, a la libertad y a la seguridad de su persona”.

En consecuencia, ofrecer la última evidencia disponible para mejorar la cartera de servicios de la sanidad pública se considera una parte potencialmente ineludible tanto de una buena gestión pública como de la ética profesional. Las personas que hacen uso de los servicios de salud tienen el derecho de obtener prestaciones oportunas, profesionales, idóneas y responsables. Ofrecer la última evidencia disponible es, por tanto, un imperativo ético.

En 1946, la Organización Mundial de la Salud (OMS, 1946) definió la salud como “un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”. Esto es, la meta de la prevención es evitar la aparición de riesgos para la salud del individuo, de la familia y la comunidad, lo que implica la necesidad de actuar para que un problema no se desencadene o, para disminuir sus efectos. Y la evidencia sostiene que las matronas y los centros de nacimiento contribuyen a ello (Sandall et al., 2016).

El objetivo principal de un sistema sanitario efectivo debe ser satisfacer las necesidades de salud de las personas y mejorar los resultados de salud. Además, el compromiso paciente y público con la evidencia es esencial para promover la administración efectiva de los recursos públicos. Las decisiones de asignación de dichos recursos se realizan dentro de los planes de salud y las organizaciones de atención médica. Y los usuarios deben participar con otras partes interesadas en diálogos sobre cómo asignar los recursos humanos, organizativos y financieros y sobre los valores que deben guiar el establecimiento de prioridades. Es decir, los beneficios de la asistencia sanitaria no podrán distribuirse de manera justa, ni los beneficios de la participación en la investigación podrán compartirse de manera justa, a menos que los pacientes y

el público participen en la producción de nuevos conocimientos y en la toma de decisiones sobre su valor, uso y distribución.

Pero además, en Derecho Sanitario, la *Lex Artis* ampara el criterio valorativo de la práctica realizada por un profesional: si ha sido la correcta (o no) o si se ajusta (o no) a lo que debe hacerse. Y el principio de no maleficencia *Primum non nocere* (Primero, no hacer daño) o la obligación esencial del profesional sanitario en su práctica de no provocar daño, fundamenta también la bioética.

Por otro lado, el principio ético de justicia reconoce la obligación del empleador de proteger a sus empleados y ofrecer la mayor seguridad y beneficios para su práctica diaria. En el tema que nos compete, esto es garantizar un entorno de trabajo saludable para las matronas procurando para ello un centro de nacimiento, puesto que la evidencia avala que la satisfacción de estas profesionales es mayor al trabajar en estos entornos frente a ejercer su profesión en las unidades obstétricas de los hospitales (Scarf et al., 2018).

La obligatoriedad del imperativo ético sigue siendo un interrogante no solo en la ética de la investigación sino también en nuestro Sistema sanitario actual. La falta de opciones ofrecidas por el Servicio Nacional de Salud a las mujeres en la asistencia a la maternidad debería generar un debate desde el análisis de los principios éticos fundamentales. Por un lado, el de autonomía, puesto que no existen opciones para que las mujeres ejerzan este derecho y, por otro, el principio de justicia, característica intrínseca de la gestión de recursos materiales. En esos casos, se estaría vulnerando tanto la dignidad de la mujer como su derecho a recibir una asistencia sanitaria adecuada (Fernández Guillén, 2006).

Aunque los aspectos éticos que deben atenderse en la implementación de los centros de nacimiento no se limitan al imperativo ético. Desde los principios éticos promulgados en el Informe de Belmont (1978), hasta la eficiencia, la universalidad, la solidaridad, la integralidad, la unidad o la participación rigen el servicio público de seguridad social de nuestro país. Atendiendo a esto, es crucial tener en cuenta valores, derechos y principios éticos para atender las

políticas y la organización del sistema de salud, la discusión y la utilización de los recursos disponibles.

Estamos ante la vuelta al mito del buen salvaje de Rousseau, ante una vuelta a los orígenes naturales del hombre (Rousseau, 2016), el modelo de Florence Nightingale (Nightingale, 1990) o el naturismo obstétrico de las nociones hipocráticas representadas por asistencia biopsicosocial. Los cuidados personalizados de los centros de nacimiento estimulan la reflexión y el debate sobre la mejora de la prestación de servicios para las mujeres y las familias a través de una evaluación continua de la atención. Plantear que las mujeres y las familias no está sujeta a juicios o intervenciones morales es dar por hecho la naturalidad y neutralidad de la familia, lo que podría implicar problemas éticos y políticos, sin obviar la concepción de que el cuidado es transcultural y, como tal, debe adaptarse según las preferencias culturales si quiere ser congruente (Leininger y McFarland, 2022).

Siendo más específicos en el tema que se aborda en este trabajo, cabe analizar los valores que entran en juego desde diferentes perspectivas. En primer lugar, la toma de decisiones en maternidad no se entiende sin los conceptos de autonomía (Lally, 2011; NMC, 2012; Osamor y Grady, 2016) y cuidado personalizado (MSYPS, 2009; NICE, 2017; OMS, 2018). Vinculado a este concepto está el de consentimiento informado, que a su vez es la base del principio bioético de autonomía. Dentro de este marco, se incluye la aceptación o no de un tratamiento por parte de la gestante tras recibir información, puesto que las intervenciones realizadas sin consentimiento de la mujer constituyen una forma de coacción de sus derechos durante la atención al parto (ONU, 2019).

La titular del derecho a decidir sobre su parto es la gestante, amparada por la Ley básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica (Ley 41/2002, de 14 de noviembre), La Constitución Española (CE, 1978) y Los Derechos Humanos (Boletín Oficial del Estado, núm. 108; UNESCO, 2005) entre otros. Sin embargo, las mujeres refieren que las decisiones las siguen tomando los sanitarios, sin consultarles y, generalmente, siguiendo los protocolos establecidos (Boyle et al., 2016; ONU, 2019). Si las gestantes consiguen decidir y cómo lo consiguen es,

además, difícil de concretar, a la vez que poco realista (Stockhill, 2007; Jenkinson, et al., 2016).

Además, la definición de “opción” también sigue generando controversia en maternidad (Stapleton et al., 2002; Lewin et al., 2005; Boyle et al., 2016), ofreciéndose principalmente la elección que el sanitario considere oportuna (Anderson, 2004; Lally, 2011; Lokugamage y Pathberiya, 2017) y/o coaccionando a la gestante al utilizar un lenguaje poco profesional al explicarle sus opciones (Hindley y Thomson, 2005; Boyle et al., 2016).

Esta coacción del derecho a la toma de decisiones total por parte de la gestante limita a en nuestro sistema sanitario. No es más que el resultado de un modelo asistencial no actualizado. La falta de acogida a la autonomía de la gestante se evidencia en el sistema sanitario actual al ignorar Derechos Humanos básicos de las mujeres o no considerar los tratados firmados por España a nivel europeo entre otros. La atención personalizada que ofrecen los centros de nacimiento, donde existe calidad en el trato y un enfoque biopsicosocial, demuestran dignidad y respeto a los derechos a las usuarias (aptitudes inherentes en la asistencia sanitaria). Además de promover la igualdad entre las mujeres y sus cuidadores, así como la toma de decisiones informadas (McCourt et al., 2012, 2014; Overgaard et al., 2012; Macfarlane, 2014).

Pero sin duda, uno de los aspectos éticos que más dilema origina es la exclusión o pérdida de derecho a la autonomía de las mujeres cuyo embarazo no es fisiológico al aplicar los criterios de inclusión de las gestantes en las unidades lideradas por matronas (únicamente se contempla el acceso a estas a mujeres cuyas gestaciones son de bajo riesgo). Esto resta opciones a aquellas mujeres que desarrollan complicaciones durante el embarazo o aquellas cuyos antecedentes constituyen un riesgo *per sé* para la gestación, en otras palabras, coarta el derecho a elegir donde dar a luz ligando su destino a los procesos marcados por su fisiología (Hernández Garre y Echevarría, 2016). Ante esta vulnerabilidad de derechos, en Reino Unido, se ha creado una especialidad de matronas para lidiar con estos dilemas: la *Consultant Midwife*. Estas matronas especializadas tienen un grado de autonomía profesional, así como la responsabilidad de tomar decisiones para las cuales se carece de precedentes.

Sus funciones se centran en apoyar las decisiones informadas de las gestantes y realizar un Plan de Parto conjunto que contemple dichas preferencias (Roccalhenacho et al., 2018), con el objetivo de responder a las discrepancias que refieren los protocolos y los sanitarios cuando las decisiones de las gestantes no coinciden con sus recomendaciones.

Prosiguiendo con los aspectos éticos y considerando el Sistema Sanitario español paternalista y biologicista que anticipa patología y basa su modelo de cuidados en una excesiva tecnificación (propio de filosofías materialistas, como el atomismo de Demócrito y Leucipo (Llano, 1987) y una sociedad que reclama intervenciones, no es de extrañar que una de las primeras cuestiones a plantear cuando se nombran los centros de nacimiento sea la seguridad en caso de emergencias (como puede ser un sangrado posparto o un sufrimiento fetal). El desconocimiento sobre el funcionamiento y los recursos de los centros de nacimiento podrían ser la causa subyacente de esta cuestión (Mingol, 2003). Los centros de nacimiento extrahospitalarios deben estar situados a una distancia máxima del centro hospitalario de referencia. Además, las matronas que trabajan en dichos centros tiene formación continuada y actualizada no solo en emergencias obstétricas sino también extrahospitalarias y traslado de pacientes. Y los criterios de inclusión de las gestantes para acceder a los cuidados de los centros de nacimientos garantizan la seguridad del binomio madre-hijo al estar basados en la evidencia científica y en gestaciones fisiológicas sin complicaciones; por lo que los resultados perinatales de estos son mejores que los de las gestaciones de riesgo y el número de emergencias obtétricas menor. Asimismo, la filosofía de los centros de nacimiento de no intervenir avala mejores resultados perinatales y experiencias de parto. Aunque estas afirmaciones recuerdan a la cosmovisión naturista y la noción de infabilidad, en la que las madres pueden creerse “rehenes de su supuesta perfección anatómica”.

Sin embargo, aunque la enfermería hace uso de enfermería basada en la evidencia (EBE) como método para fundamentar sus planes de cuidado, estano está exenta de límites, que hacen referencia a hechos tan innegables como el condicionamiento de la EBE a los intereses económicos, la falta de representatividad de las muestras estudiadas, el enorme coste que representa realizar ensayos clínicos y la supremacía de estos como diseño de elección para

responder a preguntas clínicas, obviando los otros métodos de investigación (Lifshitz, 2014) . Del mismo modo, las enfermeras defienden que la EBE deja a un lado el cuidado personalizado y que existe un déficit de recursos y habilidades investigativas que ralentiza la implementación de la evidencia científica en la práctica diaria (Landeros Olvera y Amezcua, 2005).

Conviene subrayar de entre los aspectos éticos cómo la seguridad sigue siendo motivo de discrepancia entre los profesionales sanitarios y de importantes diferencias en las políticas internacionales. Baste como muestra el uso del lenguaje o el enfoque a los aspectos éticos desde la perspectiva medicalizada, representada a partir de la noción de riesgo y/o fragilidad (Hernández Garre y Echevarría, 2016). Por un lado, se asume que los recién nacidos sufrirán riesgos por nacer en las unidades lideradas por matronas, y se abordan las discusiones con afirmaciones como “evitar riesgos potenciales”. La razón principal detrás de esto puede ser la desconfianza que suscita lo desconocido, el tener que trabajar con las alternativas en lugar de con las prácticas habituales y salir de la zona de confort profesional, o también puede tratarse del resultado de una formación no adaptada a los sistemas sanitarios biopsicosociales donde prime la autonomía de la gestante (OMS, 2014; ONU, 2019); de ahí la importancia de la capacitación continuada a los profesionales sanitarios tanto en los conocimientos como en las técnicas requeridas para promover los partos fisiológicos (Rocca-Ihenacho, 2017; Walker et al., 2018).

Aunque también es cierto que el continuo debate sobre la consideración del *nasciturus* dificulta la asistencia a las mujeres en nuestro país, lo que merece una reflexión. En bioética hay un debate continuo sobre cuándo se considera el feto ser humano, y la adquisición de derechos como persona civil que eso supone. Se trata, pues, de un patrón cultural del nacimiento fundamentado en la mitificación del binomio materno-fetal y la concepción del intervencionismo biomédico como expresión patriarcal de apropiación de la reproducción (Odent, 1990; Kitzinger, 2000). Debates sobre si los resultados perinatales son consecuencias directas de las decisiones de las madres que ejercen su derecho a la autonomía o sobre la búsqueda de la responsabilidad final de dichos resultados (¿es de la madre o de los profesionales?) comprometen el principio

de autonomía de las gestantes al basarse estas premisas en la cosificación biológica.

Por otro lado, la devaluación a la dimensión psico-emocional de la gestante o la clara exaltación de perspectivas materialistas en la asistencia sanitaria (Saraceni, 2007) es otro aspecto ético que merece reflexión. El estudio de las emociones ha sido parte de teorías éticas desde los griegos, destacando en su propuesta la escuela estoica (Castillo, Ríos, y Gamboa, 2017). La experiencia de parto tiene implicaciones en la salud emocional de las mujeres a corto y a largo plazo, así como definir la relación con su hijo (Goodman et al., 2004) e incluso con su pareja (Wijma et al., 1997; Ayers y Pickering, 2001; Nicholls y Ayres, 2007; Olza et al., 2018). El parto puede ser un evento positivo y gratificante pero también negativo y traumático (Ayers y Pickering, 2001; Cox, 2013; Olza, 2013); y así se reconoció en 1994, con la publicación del Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales o DSM-IV (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*), donde se incluyeron las implicaciones traumáticas del parto en la salud de las mujeres, como el trastorno por estrés postraumático. Las gestantes, durante el parto hospitalario, se siguen encontrando con profesionales que no reconocen sus necesidades emocionales, ni incluyen la dimensión psicológica en su plan de cuidados. Las mujeres definen esa carencia de cuidado como falta de respeto, maltrato o, en algunos casos, como una forma de abuso, reconocida por instituciones oficiales como un problema importante de salud pública y derechos humanos (OMS, 2014; Leahy-Warren et al., 2017; Olza et al., 2018; ONU, 2019). El problema radica en no considerar la satisfacción un resultado perinatal indicador de salud y separar la dimensión psicológica / emocional, intrínseca al embarazo, el parto y la maternidad.

Del análisis ético planteado, surge la necesidad de trazar “Guías de Actuación Profesionales” (Fernández Méndez et al., 2018) que incluyan el proceso de toma de decisiones, sustenten la dignidad de las mujeres y erradiquen la atención basada en biopolítica, el posthumanismo, el productivismo y el ecofeminismo, así como vías clínicas que no condenan a las gestantes a ideologías biologicistas. Extender el uso del Plan de Parto como instrumento de soporte a la dimensión psicológica para apoyar la empatía, la humanización de los

servicios y la escucha activa en la toma de decisiones que promueva la autonomía de las mujeres podría ser una praxis humanizada.

Se trata de reflejar claramente que los derechos “universales y humanos” de las mujeres no son indiscutibles. Las madres deben poder elegir el lugar donde quieren dar a luz basándose en una decisión informada, libre y sin limitaciones económicas.

7. ABORDAJE DESDE LA ÉTICA DEL CUIDADO

El cuidado y la filosofía han estado presentes en todos los tiempos y son inherentes a la condición humana y a su existencia. Fruto de la sinergia entre ambos han surgido puntos de convergencia, planteamientos e ideas que prometen ser fructíferas.

En concreto, podría considerarse la ética del cuidado la base de la práctica enfermera, puesto que trata de responder no solo a la naturaleza de la relación con la persona enferma, sino a cuáles son las responsabilidades dentro de esta relación. Como señalaron Bishop, Scudder y Scudder Jr. (1990): “La Enfermería es una práctica moral basada en la exigencia moral de promover el bienestar del paciente por medio de cuidar de él mediante una relación personal”.

Tradicionalmente se ha relacionado con las enfermeras la atención a la dimensión psicológica y emocional del cuidado, mientras que en los médicos se ha relegado el enfoque biologicista en el que prima la enfermedad y no el enfermo. El acompañamiento terapéutico se considera la piedra angular de los cuidados de las enfermeras, reconocido, incluso, como una de las funciones fundamentales de estas profesionales.

Acompañar, según la Real Academia de la Lengua Española, es “estar o ir en compañía de otra u otras personas” si bien, existe otra acepción que describe a la perfección las competencias de las enfermeras para con el acompañamiento terapéutico: “participar en los sentimientos de alguien”.

Pese a ser criticada porque la ética del cuidado reforzaba los estereotipos sexuales, Carol Gilligan (1977), en sus estudios, definió que el desarrollo moral de las mujeres tendía a provenir de la compasión en lugar de basarse en la justicia, así que propuso que la ética debería centrarse en las relaciones en lugar de enfatizar la autonomía y las reglas. Como se ha mencionado, la ética del cuidado ha estado principalmente relacionada con las mujeres y se ha desarrollado en la esfera privada. Sin embargo, se ha reconocido la importancia de la interrelación entre ésta y la ética de los derechos (o masculina) en tanto que deben ser modelos complementarios.

Cuidar conlleva implícito la responsabilidad del respeto a la dignidad de las personas. Se trata de una relación intersubjetiva entre el ser cuidado y el cuidador; y puede ser catalogada como privilegiada dado que el cuidador tiene la oportunidad de aportar al usuario a través de un proceso de relación, de reciprocidad, de confianza y compromiso afectivo por otro ser humano. De ahí la importancia de valorar a ambos e identificar los derechos de los dos. Consecuentemente, se insinúa que la tarea del cuidar está influenciada por la filosofía, ya que implica el análisis del propósito de la vida humana, de la naturaleza del ser y de la realidad, de los valores presentes en el cuidado y el discernimiento intelectual para el bienestar de la persona.

La calidad del cuidado se valora con la capacidad del ser cuidado de lograr la autonomía. Esto se logra con un análisis del ser donde reconozca su propio cuidado, apoyando la manifestación de sentimientos positivos y negativos y fomentando un entorno de curación a todos los niveles. Es decir, para un cuidado óptimo, este debe estar fundamentado en el holismo, donde tanto necesidades físicas como espirituales son reconocidas en un contexto socio histórico y cultural que es propio y le da sentido y significado al ser cuidado; modelo biopsicosocial de los centros de nacimiento.

Así, se pueden determinar como características del acompañamiento terapéutico desde la perspectiva de la ética del cuidado las siguientes:

- I. **Respeto a la autonomía:** fomentar la participación del usuario / paciente en la toma de decisiones, recordando siempre la obligación de tratar a todos por igual. Informar de manera que este entienda la información (clara, concreta, concisa) y asegurarnos, como profesionales, que la teoría ofrecida está actualizada y basada en la última evidencia científica. Asimismo, respetar las decisiones informadas de los usuarios (aun cuando son contrarias a nuestras creencias o recomendaciones) es parte fundamental del acompañamiento terapéutico. Asegurarnos que existe un equilibrio entre la ética de la justicia y la ética de los cuidados para lograr una perspectiva justa.

- II. Promoción del bienestar:** ofrecer todo el beneficio posible al usuario / paciente al que van dirigidos los cuidados. Poner los intereses de las personas que a las que se asiste primero. Hacer de su cuidado y seguridad la principal preocupación y asegurarse de que su dignidad sea preservada y sus necesidades son reconocidas, evaluadas y respondidas. Además de cerciorarse de que los que reciben atención sean tratados con respeto, que sus derechos sean respetados y que cualquier actitud discriminatoria hacia quienes reciben dicha atención se denuncian. En resumen, tratar de evitar un daño innecesario. Que nuestra intervención no suponga un daño añadido a la situación del usuario / paciente.

- III. Involucrar y empoderar** al paciente es crucial para desarrollar un modelo cohesivo y efectivo de prestación de atención. Fomentar la relación entre pacientes, sus familias, médicos, enfermeras y otros sanitarios tienen un impacto positivo en la seguridad, la calidad de la atención, la satisfacción, los resultados y la realización laboral.

- IV. Personalización de los cuidados o individualización de los mismos:** el profesional debe planificar los cuidados con el usuario, considerando al este en todas sus dimensiones: física, intelectual, social, emocional, espiritual y religiosa. Además, se debe promover el respeto y brindar control a los pacientes y a sus acompañantes durante proceso. Cada individuo es una persona independiente, por tanto, así también serán sus necesidades, opciones y preferencias: únicas y personales.

- V. Empatía:** se trata de una habilidad cognitiva más que emocional que enriquece la relación con los pacientes, facilita la colaboración de estos en su tratamiento y mejora la atención sanitaria. Ha sido descrita como un componente fundamental para la humanización de los cuidados. Se debe ofrecer un espacio de diálogo donde lo subjetivo se pueda expresar a través de la palabra, acompañando con una escucha empática. Esta comprensión de la situación o del estado del

acompañado y su familia es necesario y crucial en el acompañamiento terapéutico.

Debemos, además, incorporar más Enfermería Basada en el Cuidado frente a la Enfermería Basada en la Evidencia para sumar esa “mirada bioética”. Es importante focalizarnos en el cuidado del paciente, humanizándolo, con el paso del “paciente pasivo” a un “paciente activo”, y considerar las decisiones informadas del usuario para elaborar conjuntamente los planes de cuidados.

Igualmente, el cuidado ético, aunque inherente en todos los humanos, es una función intrínseca de la praxis de los sanitarios, que contempla como requisito fundamental el pensamiento reflexivo, la práctica moral y el diálogo deliberativo claro, abierto y fructífero que favorezca la sinergia entre cuidados y bioética. Los valores morales están inmersos en el proceso de cuidar y crecer. Cuando se cuida a otro, se crece. No obstante, es importante tener en consideración cuándo el cuidado es objeto de estudio (propio de las Ciencias Enfermeras) y cuándo se otorga al ser humano para mantener la vida del ser, como determinó la filósofa Nel Noddings (1984), que diferenció en sus teorías entre el cuidado natural o “querer cuidar” y el “cuidado ético” o “necesitar cuidar”.

La ética del cuidado incluye varios escenarios diferentes. Desde la ética empresarial a la ética ambiental o la ética del cuidado de los animales. Un ejemplo claro del uso de la ética del cuidado en los tiempos modernos es la bioética.

Cuidar, *per sé*, es un acto moral. La ética del cuidado es, por tanto, el futuro de la propia bioética. Y para la enfermería se manifiesta de la mano en la empatía y la reflexión. Existen teorías que defienden que el cuidado va íntimamente relacionado con la vocación. Sin embargo, también se trata de una aptitud vinculada al currículum de la profesión y que se cultiva con teoría y constancia para responder a los dilemas éticos. Cabe preguntarse que virtudes, en la más pura concepción aristotélica, se requieren en la práctica enfermera. Podemos apuntar algunas, como: honestidad, prudencia, fidelidad, confianza, independencia de juicio, etc., en definitiva, un comportamiento acorde a la deontología.

Ahora bien, la prioridad del sistema sanitario actual es la tecnificación, el reconocimiento legal e institucional de los derechos de los usuarios o la implementación de las políticas de calidad, hechos que dificultan notoriamente la humanización, los cuidados éticos o un plan de cuidados holista, y que se refleja en las quejas y reclamaciones de los usuarios. Dotando a la enfermería de una utilidad humana (no solo técnica) e implicando a todo el equipo interdisciplinar se alcanzaría la excelencia en el cuidado y mejores resultados en la satisfacción personal de los usuarios. De este modo, cada miembro del equipo multidisciplinar consideraría cada uno de estos aspectos al diseñar planes de cuidados y/o tratamientos y así aportaría su perspectiva ética única ante cualquier dilema ético que acontezca.

Para concluir, emplear la ética del cuidado como pilar fundamental podría determinar el modelo bioético propio de la profesión, puesto que aportaría valores para el buen desempeño de las funciones de la misma.

7.1. La asistencia sanitaria en los centros de nacimiento versus la asistencia hospitalaria convencional desde la perspectiva de la ética del cuidado

Para realizar esta comparación, nos basaremos en el concepto de cuidado de Tronto (1993), destacando sus aportaciones junto a Fisher (Fisher y Tronto, 1990) por la similitud entre la definición de cuidados dada por estos autores la del modelo de cuidados de los centros de nacimientos (modelo biopsicosocial), que es un modelo que incluye “nuestros cuerpos, nuestros seres y nuestro entorno”, es decir, que considera todas las dimensiones del cuidado.

Tronto distinguió cuatro dimensiones del cuidado: cuidar de, proporcionar cuidados, dimensión del cuidado recibido y motivación.

Según Tronto, su primera dimensión se corresponde con la empatía, con lo que la función de los profesionales es tratar de entender las razón detrás de esa decisión. Y, considerando el derecho de autonomía de las usuarias de los centros de nacimiento (entre otros derechos), respetarán la aceptación o no aceptación del tratamiento ofertado. Tal y como se recogió en la tabla 1 de modelos asistenciales (modelo biopsicosocial versus modelo biomédico-industrial), la asistencia hospitalaria convencional tiende a controlar y dirigir, lo que dificulta la autonomía de las gestantes. El cuidado no debe incluirse en las relaciones de dominación. La defensa férrea a la decisión del profesional presume un mal ejercicio de la beneficencia (esto es, a la autonomía de la usuaria), así como forja un conflicto con los principios de no maleficencia y justicia. De ahí la importancia de una relación mutua-beneficiosa y de igual a igual entre profesionales y usuarios, dejando a un lado la hegemonía médica y la jerarquía entre profesionales.

Ante la negativa de aceptar una recomendación o tratamiento, Tronto (y por ende, el modelo de asistencia de las unidades lideradas por matronas) responden con el cuidado personalizado, promocionando el bienestar para ofrecer todo el beneficio posible a la usuaria (promoción del bienestar o del principio ético de beneficencia: comprende el deber de hacer el bien y prevenir y minimizar los riesgos). Esto se consigue ofreciendo alternativas a las opciones

propuestas, dado que se trata de una mujer mayor de edad, con plenas facultades, que ha tomado una decisión informada, alejándose así de los estándares y protocolos de las instituciones (el hospital en este caso), lo que permitiría relativizar y flexibilizar las normas instauradas en la asistencia convencional hospitalaria.

Incluir al usuario en la toma de decisiones no es solo una característica de la ética del cuidado, sino un derecho de los usuarios y responsabilidad de los todos profesionales sanitarios. La tensión entre derechos y cuidados refleja la realidad dialéctica de la vida moral. En maternidad, tanto incluir a la gestante en la toma de decisiones como sentirse en control durante el parto tienen un impacto positivo en la satisfacción materna y en los resultados perinatales (OMS, 2018). No obstante, el proceso de toma de decisiones puede verse influenciado por el contexto social de la gestante (Alemany y Velasco, 2005; Osamor y Grady, 2016), el ambiente hospitalario o las urgencias durante el parto (Cooke, 2005). Por ello, la matrona, como profesional de referencia, debe asegurar que la gestante participa en este proceso de toma de decisiones y facilitar la información de manera que se adecue a las necesidades de esta (MSYPS, 2010; NMC, 2012; Boyle et al., 2016). Sin embargo, no está claro qué información debe darse, ni en qué formato o nivel de detalle beneficiaría más a las mujeres (Watkins y Weeks, 2009). Según la Estrategia Nacional de atención al parto normal del Ministerio de Sanidad y Consumo (MSYC, 2007), la información proporcionada a las gestantes debe ser: “completa considerando las razones, los beneficios, los riesgos y los resultados, oportuna a las necesidades de las mujeres, comprensible en relación al lenguaje y al momento en que se da la información y disponible en el formato adecuado”.

Para proporcionar los cuidados pertinentes consensuados con la gestante, se debe asignar un equipo de profesionales especializados, valorando la continuidad de cuidador dados los efectos que esto tiene en la asistencia obstétrica. Es decir, la misma matrona y el mismo obstetra (en la medida de lo posible dada la organización de las profesiones) realizarían el seguimiento comprometiéndose a la promoción del bienestar físico y emocional y siempre ofreciendo una excelencia técnica y unas recomendaciones basadas en la última evidencia científica que amparen su profesionalidad y conocimientos

actualizados como determinó Tronto en su tercera dimensión. Con la organización actual de los hospitales (turnos, guardias, etc.) lograr una asistencia continuada es un reto, mientras que en los centros de nacimientos es la base de la planificación de los cuidados y está contemplado en la dotación de recursos humanos. Para hablar de éxito y humanización en la calidad asistencial en maternidad debemos referirnos al sistema (ratios de personal, instalaciones, etc.) y al liderazgo, y considerar sus elementos fundamentales (McCourt et al., 2014; Alderwick et al., 2018), como coordinadoras de turno, supervisoras, jefes de departamento, etc., puestos de trabajo fundamentales en un organigrama de éxito que no contempla nuestro sistema sanitario actual para el equipo profesional de matronas. No obstante, todas las unidades obstétricas deberían contar ya con protocolos de asistencia basados en el parto fisiológico y en la atención centrada en la mujer que promoviesen la transformación de modelo asistencial.

La cuarta y última dimensión de Tronto, se centra en el *feedback*, o en la evaluación de los cuidados prestados. La formación continuada y las auditorías son opciones a considerar para la transición al modelo biopsicosocial de los centros de nacimiento, recomendado por la Estrategia de Atención al Parto Normal y las guías internacionales (NICE, 2017; OMS, 2018). Esto nos llevaría a mejorar no solo los resultados perinatales y las experiencias de parto, sino también la salud pública (Rocca-Ihenacho et al., 2018).

A razón de la asistencia biopsicosocial, autores como Jean Donnison(9), Emily Martin(26), Brigitte Jordan(3), y Marsden Wagner(70) defienden en la actualidad un enfoque humanista que profile las características del holismo asistencial, pero sin necesidad de sacar los partos del contexto hospitalario.

La propuesta final de este análisis de modelos asistenciales, se resume en que el profesional sea capaz de observar las diferencias entre los mismos y comenzar a complementar su mirada clínica con la necesaria mirada bioética, orientando su práctica diaria hacia un cuidado ético personalizado y profesional, reconociendo el equilibrio entre la ética del cuidado (con la concepción integral de los cuidados) y la ética de la justicia.

8. CONCLUSIONES

La atención del parto se encuentra en un punto de inflexión crítico para determinar el rumbo que se desea tomar contemplando la diversidad de opciones de la evidencia científica y las necesidades de las usuarias.

El origen de algunos dilemas éticos en la asistencia a la maternidad identificados en este trabajo es multifactorial. Hay elementos que corresponden al acceso a la salud y a los recursos humanos o de perspectiva de género y autonomía de las mujeres. Al igual que aspectos ético-legales que, como en el caso de las matronas y los centros de nacimiento, impiden ejercer de forma legítima otras formas de atención.

Existen, además, determinantes de la salud relacionados con el género, como son las normas, expectativas y funciones sociales que aumentan las tasas de exposición y la vulnerabilidad frente los riesgos para la salud. Tal y como se ha analizado en este trabajo, el género es un factor taxativo de inequidades sanitarias (OMS, 2018b) que no solo influye en la salud y el bienestar de las mujeres, sino en la oferta a los recursos o la implementación de evidencia científica (centros de nacimiento y asistencia a la maternidad). Los profesionales sanitarios tenemos un "imperativo ético" de cuidar a todas las personas, no solo a las de nuestro ámbito tradicional de preocupación (Brabazon, 2000). Estamos llamados a lograr un orden mundial justo, en gran parte mejorando la salud básica de las personas más vulnerables.

Pese a que los hallazgos en investigación sobre la morbilidad posnatal han dejado patente la importancia del lugar donde dar a luz en España se percibe escasa evidencia sobre esto en la práctica diaria. Las mujeres no tienen opción de elegir donde dar a luz pues la única oferta es la unidad obstétrica hospitalaria.

Las carencia de opciones que ofrece el Sistema Nacional de Salud a las gestantes limita, a su vez, la práctica de la matrona y plantea importantes preguntas sobre la calidad y eficiencia del sistema actual.

Uno de los aspectos esenciales para la implementación de las recomendaciones basadas en la evidencia científica es facilitar el acceso de las mujeres a la atención por matronas. Sin embargo, el contenido moral que conlleva la obligación de innovar tiende a ser una opción a ignorar. El impulso de la autonomía de estas profesionales supondría una mejora en la experiencia de parto de las gestantes y en los resultados perinatales (Corchs et al., 2006; ICM, 2014; De Molina, 2015). Para las instituciones, por su parte, un indicador costo-efectivo beneficioso (Hollowell et al., 2011; NICE, 2014). Sin embargo, implementar la atención a la maternidad liderada por matronas y reconocerlas como un miembro autónomo del equipo multidisciplinar es todavía un reto en 2022.

Las cuestiones en torno al parto y nacimiento respetados no son un objetivo meramente feminista o revolucionario, sino que también implican a la clase política. La participación de las instituciones y los gobiernos es decisiva a la hora de impulsar la implementación de la evidencia científica para garantizar el proceso fisiológico del parto y los derechos de las gestantes (McCourt, 2006; ONU, 2019). Al igual que la unión del equipo multidisciplinar, con un objetivo que desarrolle sinergias para la transición del sistema, además de un enfoque ético de las instituciones en la provisión de servicios son cruciales; sin relegar que las gestantes son las protagonistas. Por encima de todo, deben primar las preferencias de la gestante.

De igual importancia, es necesario un nuevo enfoque impulsado desde el sistema para facilitar y apoyar el cambio para ampliar la provisión de unidades lideradas por matronas. Que los centros de nacimientos se consideren la primera opción de cuidados para las mujeres cuyas gestaciones son fisiológicas debe ser la norma, no la excepción (Rocca-Ihenacho, 2017; Scarf et al., 2018).

No es éticamente defendible invertir en maternidad aplicando nuevos recursos únicamente, por ejemplo, en ecografías, sin proteger el parto o el postparto garantizando a las mujeres y a las matronas las herramientas necesarias como se recomienda en numerosas guías internacionales o asegurando los derechos de las mujeres en cuanto a la oferta de servicios en maternidad.

Un enfoque de ética del cuidado nos permitiría cambiar la perspectiva y valorar las relaciones y el cuidado en primer lugar, resaltar la naturaleza poco ética del nacimiento institucional reglamentado y el daño causado por estas instituciones y su requisito de empujar a las mujeres a través del sistema.

9. BIBLIOGRAFÍA

- Alderwick, H., Jones, B., Charles, A. & Warburton, W. (2018). *Making the case for quality improvement. The King's Fun* [versión electrónica].
Recuperado de: <https://www.kingsfund.org.uk/publications/making-case-quality-improvement>
- Aleman, M. J. & Velasco, J. (2005). Aspectos emocionales que rodean el nacimiento. Estado de la cuestión. *Matronas prof*, 6(4), 23-27.
- Alliman, J., Jolles, D. & Summers, L. (2015). The innovation imperative: scaling freestanding birth centers, CenteringPregnancy, and midwifery-led maternity health homes. *Journal of Midwifery & Women's Health*, 60(3), 244-249.
- Anderson, T. (2004). The misleading myth of choice: The continuing oppression of women in childbirth. *Informed choice in maternity care*, 257-264.
- Anteproyecto de Ley Orgánica por la que se modifica la Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo, de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo.
- Asociación Médica Mundial (1964). *Declaración de Helsinki*. Finlandia.
- Ayers, S. & Pickering, A. D. (2001). Do women get posttraumatic stress disorder as a result of childbirth? A prospective study of incidence. *Birth*, 28(2), 111-118.
- Bishop, A. H., Scudder, J. R. & Scudder Jr, J. R. (1990). *The practical, moral, and personal sense of nursing: A phenomenological philosophy of practice*. Suny Press.
- Blázquez Rodríguez, M. I. (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), Universitat Rovira i Virgili.
- Bodio Sánchez, K. (2019). La experiencia maternal en un contexto de desigualdad de género y discriminación hacia las mujeres.
- Boyle, S., Thomas, H. & Brooks, F. (2016). Women's views on partnership working with midwives during pregnancy and childbirth. *Midwifery*, 32, 21-29.
- Brabazon, J. (2000). *Albert Schweitzer: a biography*. Syracuse University Press.
- Brennan, M. D. & Monson, V. (2014). Professionalism: good for patients and health care organizations. In *Mayo Clinic Proceedings* (Vol. 89, No. 5, pp. 644-652). Elsevier.
- Campbell, R. & Macfarlane, A. (1994). *Where to be born? The debate and the evidence*. Oxford: National Perinatal Epidemiology Unit.
- Castillo, N. Z., Ríos, G. P. L. & Gamboa, L. M. Y. (2017). *El estudio de las emociones* [versión electrónica]. Mexico: Universidad Autónoma de Chiapas. Recuperado de: https://www.dgip.unach.mx/images/pdf-REVISTA-QUEHACERCIENTIFICO/2017-ener-jun/12.El_estudio_de_las_emociones.pdf
- Coates, R., Rocca-Ihenacho, L., Olander, E., Ayers, S. & Salmon, D. (2019). A postgraduate Optimum Birth module to increase midwives' readiness to work in midwifery-led settings: A mixed-methods evaluation. *Birth*, 46(3), 533-539.
- Comisión Nacional para la protección de los sujetos humanos de investigación biomédica y del comportamiento (1978). *Informe Belmont*, Informe, Estados Unidos.
- Constitución española (BOE núm.311, de 29 de diciembre de 1978).

Convenio para la protección de los derechos humanos y de las libertades fundamentales (BOE núm. 108, de 6 de mayo de 1999, páginas 16808 a 16816).

Cooke, P. (2005). Helping women to make their own decisions. *Decision making in midwifery practice*, 127-141.

Corchs, S., Martínez Bueno, C., Vela, E. & Díaz, S. (2006). Prácticas habituales de las matronas en el parto en los hospitales públicos de Barcelona. *Matronas Profesión*, 2006, vol. 7, num. 3, p. 5-11.

Cox, G. (2013). *A phenomenological study investigating women's experience of written birth plans in childbirth* (Tesis Doctoral, University of Leicester).

De Molina, M. I. (2015). *Expectativas y satisfacción de las mujeres ante el parto. Diseño y eficacia de una intervención educativa como elemento de mejora* (Tesis Doctoral, Universitat Rovira i Virgili).

De Molina, I. & Muñoz, E. (2010). El plan de parto a debate: ¿qué sabemos de él? *Matronas Profesión*, 11(2), 53-57.

Del Rosario Ruiz, M., & Limonero, J. T. (2014). Professional attitudes towards normal childbirth in a shared care unit. *Midwifery*, 30(7), 817-824.

Dictamen del Juzgado Contencioso / Administrativo. Núm. 2 de Palma de Mallorca. Sentencia N° 191/16, 21 de abril de 2016.

Dictamen del Juzgado Contencioso / Administrativo. Núm. 2 de Palma de Mallorca. Sentencia N° 196, 25 de mayo de 2017.

Donnison J. (1977). *Midwives and medical men. A History of Inter-professional rivalries and women's rights*. London: Heinemann Educational Books, Ltd.

Feeley, C., Thomson, G. & Downe, S. (2019). Caring for women making unconventional birth choices: A meta-ethnography exploring the views, attitudes, and experiences of midwives. *Midwifery*, 72, 50-59.

Fernández Guillén, F. (2006). Nosotras parimos, ¿nosotras decidimos?: El consentimiento de la mujer y otros aspectos legales de la atención materno infantil. *Medicina naturista*, (10), 29-38.

Fernández Méndez, S. F., Vera Ferrer, L. T., Muñoz, M. M. N., Gómez, J. Á. R. & Jaime, A. (2018). El empoderamiento de la gestante y su satisfacción durante el parto. *Dilemata*, (26), 207-215.

Fisher, B. & Tronto, J. (1990). Toward a feminist theory of caring. *Circles of care: Work and identity in women's lives*, 35-62.

Foucault, M. (1975). Vigilar y castigar. *Buenos Aires: Siglo XXI*.

García-Sánchez, I. (2004). Diferencias de género en el VIH/sida. *Gaceta Sanitaria*, 18(5), 47-54.

Garland, D. (2017). *Revisiting waterbirth*. Macmillan International Higher Education.

Gilligan, C. (1977). In a different voice: Women's conceptions of self and of morality. *Harvard educational review*, 47(4), 481-517.

Greenhalgh, T. & Papoutsi, C. (2019). Spreading and scaling up innovation and improvement. *Bmj*, 365.

Goberna Tricas, J., Palacio Tauste, A., Banús Giménez, M. R., Linares Sancho, S. & Salas Casas, D. (2008). Tecnología y humanización en la asistencia al nacimiento. La percepción de las mujeres. *Matronas Profesión*, 2008, vol. 9, num. 1, p. 5-10.

González-Darias, A. & Escuriet-Peiró, R. (2022). Necesidad de cambio en el modelo de atención obstétrica en España, ¿estamos preparados? *Enfermería clínica*, 2022, vol. 32, num. 1, p. S2-S4.

Goodman, P., Mackey, M. C. & Tavakoli, A. S. (2004). Factors related to childbirth satisfaction. *Journal of advanced nursing*, 46(2), 212-219.

Hammond, A., Homer, C. S. & Foureur, M. (2017). Friendliness, functionality and freedom: Design characteristics that support midwifery practice in the hospital setting. *Midwifery*, 50, 133-138.

Hasson, H. (2010). Systematic evaluation of implementation fidelity of complex interventions in health and social care. *Implementation Science*, 5(1), 1-9.

Hernández Garre, J. M. & Echevarría Pérez, P. (2016). Sociología del parto. Conflictos asistenciales en el marco del "paradigma tecnocrático". *Revista Internacional de Sociología*, 74.

Hernández-Garre, J. M. & De-Maya-Sánchez, B. (2019). Culturas cosmopolitas del parto. Contrastando sus bases antropológicas desde la perspectiva bioética. *Acta bioethica*, 25(2), 225-234.

Hidalgo-Lopezosa, P. (2014). *Efectos del plan de parto en los resultados maternos y neonatales en el Servicio Público de Salud de Andalucía* (Tesis Doctoral con mención internacional). Universidad de Córdoba.

Hindley, C. & Thomson, A. M. (2005). The rhetoric of informed choice: perspectives from midwives on intrapartum fetal heart rate monitoring. *Health Expectations*, 8(4), 306-314.

Hollowell, J., Puddicombe, D., Rowe, R., Linsell, L., Hardy, P., Stewart, M., et al. (2011). The Birthplace national prospective cohort study: perinatal and maternal outcomes by planned place of birth Birthplace in England research programme.

International Confederation of Midwives [ICM]. (2014). *Philosophy and Model of Midwifery Care*. Recuperado de: https://www.nurse.or.jp/nursing/international/icm/basic/kihon/pdf/Philosophy_and_Model_of_Midwifery_Care_en.pdf

Ivers, N., Jamtvedt, G., Flottorp, S., Young, J. M., Odgaard-Jensen, J., French, S. D., et al. (2012). Audit and feedback: effects on professional practice and healthcare outcomes. *Cochrane database of systematic reviews*, (6).

Jenkinson, B., Josey, N. & Kruske, S. (2014). BirthSpace: An evidence-based guide to birth environment design. Recuperado de: https://www.researchgate.net/profile/Bec-Jenkinson/publication/278328878_BirthSpace_An_evidence-based_guide_to_birth_environment_design/links/557f59f108aec87640ddf91d/BirthSpace-An-evidence-based-guide-to-birth-environment-design.pdf

Jordan, B. (1992). *Birth in four cultures: A crosscultural investigation of childbirth in Yucatan, Holland, Sweden, and the United States*. Waveland press.

Kitzinger, S. (1987). *Freedom and Choice in Childbirth*. Londres: Viking Penguin.

Kitzinger S. (2000) *Rediscovering Birth*. London: Printer & Martin Ltd.

Lally, J. E. (2011). *Decision making in pregnancy and childbirth: hopes, expectations and realities* (Tesis Doctoral, Newcastle University).

Landeros Olvera, E. A. & Amezcua Martínez, M. (2005). Enfermería basada en la evidencia: principios básicos.

Leahy-Warren, P., Nieuwenhuijze, M., Kazmierczak, M., Benyamini, Y., Murphy, M., Crespo-Mirasol, E., et al. (2017). The psychological experience of physiological childbirth: a protocol for a systematic review of qualitative studies. *Int J Childbirth*, 7, 101-9.

Leininger, M. y R McFarland, M. (2002). *Transcultural nursing: concepts, theories, research, and practice*. McGraw-Hill.

Lewin, D., Fearon, B., Hemmings, V. & Johnson, G. (2005). Women's experiences of vaginal examinations in labour. *Midwifery*, 21(3), 267-277.

Ley 41/2002, de 14 de noviembre de 2002, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. (BOE, 15 de noviembre de 2002, núm. 274).

Lifshitz, A. (2014). La crisis de la medicina basada en evidencias. *Gaceta Médica de México*, 150(5), 393-394.

Llano, A. (1987). Interacciones de la biología y la antropología. *López Moratalla N. et al. Deontología Biológica*. Pamplona: Eunsa.

Lokugamage, A. U. & Pathberiya, S. D. C. (2017). Human rights in childbirth, narratives and restorative justice: a review. *Reproductive health*, 14(1), 1-8.

Macfarlane, A. J., Rocca-Ihenacho, L. & Turner, L. R. (2014). Survey of women's experiences of care in a new freestanding midwifery unit in an inner city area of London, England: 2. Specific aspects of care. *Midwifery*, 30(9), 1009-1020.

Martin, E. (1987). *The woman in the body: A cultural analysis of reproduction*. Beacon Press.

Martin-Arribas, A., Escuriet, R., Borràs-Santos, A., Vila-Candel, R. & González-Blázquez, C. (2022). A comparison between midwifery and obstetric care at birth in Spain: Across-sectional study of perinatal outcomes. *International journal of nursing studies*, 126, 104129.

May, C., Finch, T., Mair, F., Ballini, L., Dowrick, C., Eccles, M., et al. (2007). Understanding the implementation of complex interventions in health care: the normalization process model. *BMC health services research*, 7(1), 1-7.

McCourt, C. (2006). Supporting choice and control? Communication and interaction between midwives and women at the antenatal booking visit. *Social science & medicine*, 62(6), 1307-1318.

McCourt, C., Rayment, J., Rance, S. & Sandall, J. (2012). Organisational strategies and midwives' readiness to provide care for out of hospital births: an analysis from the Birthplace organisational case studies. *Midwifery*, 28(5), 636-645.

McCourt, C., Rayment, J., Rance, S. & Sandall, J. (2014). An ethnographic organisational study of alongside midwifery units: a follow-on study from the Birthplace in England programme-full report. *Health Services and Delivery Research*, 2(7).

McCourt, C., Rayment, J., Rance, S. & Sandall, J. (2016). Place of birth and concepts of wellbeing: an analysis from two ethnographic studies of midwifery units in England. *Anthropology in Action*, 23(3), 17-29.

Ministerio de Sanidad y Consumo [MSYC] (2007). *Estrategia de atención al parto normal en el Sistema Nacional de Salud*, Monografía de Internet, Madrid. Recuperado de: www.msc.es/organización/sns/planCalidadSNS/pf/excencia/atenciónParto/estrategiaPartoEnero2008.pdf

Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad [MSPSI] (2007). *Plan de parto y nacimiento*, Monografía de Internet, Madrid. Recuperado de: <https://www.msbs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/eqidad/planPartoNacimiento.pdf>

Ministerio de Sanidad y Política Social [MSYPS] (2009). *Maternidad hospitalaria: estándares y recomendaciones*. Monografía de Internet, Madrid. Recuperado de: <https://www.msbs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/AHP.pdf>

Ministerio de Sanidad y Política Social [MSYPS] (2010). *Guía de Práctica Clínica sobre la Atención al Parto Normal*, Monografía de Internet, Vitoria. Recuperado de: <http://www.msbs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/eqidad/guiaPracticaClinicaParto.pdf>

Mingol, I. C. (2003). Del miedo a la diversidad a la ética del cuidado: una perspectiva de género. *Convergencia Revista de Ciencias Sociales*, (33).

Nicholls, K. & Ayers, S. (2007). Childbirth-related post-traumatic stress disorder in couples: A qualitative study. *British journal of health psychology*, 12(4), 491-509.

Nightingale, F. (1990). *Nightingale, F., Notas sobre enfermería: Qué es y qué no es* © 1995 Últ. Reimpr. 2005. Elsevier España.

Nel Noddings, C. (1984). A feminine approach to ethics and moral education. *Berkeley and Los Angeles: University of California Press*, 177, 27.

Nursing and Midwifery Council [NMC] (2012). *Midwives rules and standards*, Monografía de Internet, Londres, Reino Unido. Recuperado de: <http://www.nipec.hscni.net/midwivesandmedicines/NMC-Midwives-rules-and-standards-2012.pdf>

O'Brien, M. A., Freemantle, N., Oxman, A. D., Wolfe, F., Davis, D. & Herrin, J. (2001). Continuing education meetings and workshops: effects on professional practice and health care outcomes. *Cochrane database of systematic reviews*, (1).

Odent M. (1990). *El bebé es un mamífero*. Madrid: Mandala.

Olza, I. (2013). PTSD and obstetric violence. *Midwifery Today*.

Olza, I., Leahy-Warren, P., Benyamini, Y., Kazmierczak, M., Karlsdottir, S. I., Spyridou, A., et al. (2018). Women's psychological experiences of physiological childbirth: a meta-synthesis. *BMJ open*, 8(10), e020347.

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).

Organización Mundial de la Salud [OMS] (1946). *Constitución de la OMS: principios*. Nueva York, Estados Unidos.

Organización Mundial de la Salud [OMS] (1985). "Declaración de fortaleza: tecnología apropiada para el parto", *The Lancet*, 2, pp. 436-437.

Organización Mundial de la Salud [OMS] (1996). *Cuidados en el parto normal: una guía práctica*. Ginebra, Suiza.

Organización Mundial de la Salud [OMS] (2014). *Prevención y erradicación de la falta de respeto y el maltrato durante la atención del parto en centros de salud*.

Organización Mundial de la Salud [OMS] (2018). *Recomendaciones de la OMS para los cuidados durante el parto, para una experiencia de parto positiva*. Ginebra, Suiza.

- Organización Mundial de la Salud [OMS] (2018b). *Género y salud*. Ginebra, Suiza.
- Organización de las Naciones Unidas [ONU] (1979). *Convención sobre la Eliminación de todas las formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW)*. Entidad de las Naciones Unidas para la Igualdad de Género y el Empoderamiento de las Mujeres.
- Organización de Naciones Unidas [ONU] (2019). *Enfoque basado en los derechos humanos del maltrato y la violencia contra la mujer en los servicios de salud reproductiva, con especial hincapié en la atención del parto y la violencia obstétrica*.
- Osamor, P. E. & Grady, C. (2016). Women's autonomy in health care decision-making in developing countries: a synthesis of the literature. *International journal of women's health*, 8, 191.
- Overgaard, C., Fenger-Grøn, M. & Sandall, J. (2012). The impact of birthplace on women's birth experiences and perceptions of care. *Social science & medicine*, 74(7), 973-981.
- Renfrew, M. J., McFadden, A., Bastos, M. H., Campbell, J., Channon, A. A., Cheung, N. F., et al. (2014). Midwifery and quality care: findings from a new evidence-informed framework for maternal and newborn care. *The Lancet*, 384(9948), 1129-1145.
- Rocca-Ihenacho, L. (2017). An ethnographic study of the philosophy, culture and practice in an urban freestanding midwifery unit. *London: City: University of London*.
- Rocca-Ihenacho, L., Batinelli, L., Thael, E., Rayment, J., Newburn, M. & McCourt, C. (2018). Midwifery unit standards. *City, University of London, London*.
- Roome, S., Hartz, D., Tracy, S. & Welsh, A. W. (2016). Why such differing stances? A review of position statements on home birth from professional colleges. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 123(3), 376-382.
- Rousseau, J.J. (2016). *Discurso sobre la Desigualdad entre los Hombres*. London: Create Space Independent Publishing Platform.
- Sandall, J., Soltani, H., Gates, S., Shennan, A. & Devane, D. (2016). Midwife-led continuity models versus other models of care for childbearing women. *Cochrane database of systematic reviews*, (4).
- Saraceni G. (2007). El cuerpo del delito. Reflexiones jurídico-filosóficas sobre el posthumanismo. En Ballesteros, J, Fernández, E. (Coords.) *Biocología y Posthumanismo*. Navarra: Editorial Aranzadi.
- Scarf, V. L., Rossiter, C., Vedam, S., Dahlen, H. G., Ellwood, D., Forster, D., et al. (2018). Maternal and perinatal outcomes by planned place of birth among women with low-risk pregnancies in high-income countries: a systematic review and meta-analysis. *Midwifery*, 62, 240-255.
- Schroeder, L., Petrou, S., Patel, N., Hollowell, J., Puddicombe, D., Redshaw, M., et al. (2011). Birthplace cost-effectiveness analysis of planned place of birth: individual level analysis Birthplace in England research programme.
- Shaw, D., Guise, J. M., Shah, N., Gemzell-Danielsson, K., Joseph, K. S., Levy, B., et al. (2016). Drivers of maternity care in high-income countries: can health systems support woman-centred care? *The Lancet*, 388(10057), 2282-2295.
- Stapleton, H., Kirkham, M. & Thomas, G. (2002). Qualitative study of evidence based leaflets in maternity care. *Bmj*, 324(7338), 639.
- Stockill, C. (2007). II. Trust the Experts? A Commentary on Choice and Control in Childbirth. *Feminism & Psychology*, 17(4), 571-577.

- Suárez, M. (2017). *Situación Actual del Plan de Parto y Nacimiento en la Región de Murcia*. (Tesis Doctoral). Universidad de Murcia, Facultad de Enfermería.
- Tew, M. (2013). *Safer childbirth?: a critical history of maternity care*. Springer.
- The National Institute for Health and Care Excellence [NICE] (2017). *Intrapartum care: NICE guideline*, Monografía de Internet, Londres, Reino Unido. Recuperado de: <http://www.nice.org.uk/nicemedia/live/11837/36275/36275.pdf>
- Tronto, J. (1993). *Moral Boundaries, A Political Argument for alz Ethic of Care*.
- Wagner, M. (2006). *Born in the USA: How a broken maternity system must be fixed to put women and children first*. Berkeley: University of California Press.
- Walker, S., Batinelli, L., Rocca-Ihenacho, L. & McCourt, C. (2018). 'Keeping birth normal': Exploratory evaluation of a training package for midwives in an inner-city, alongside midwifery unit. *Midwifery*, 60, 1-8.
- Walsh, D. (2004). *'Becoming mother': An ethnography of a free-standing birth centre* (Doctoral dissertation, University of Central Lancashire).
- Walsh, D. & Newburn, M. (2002). Towards a social model of childbirth: part one. *British Journal of Midwifery*, 10(8), 476-481.
- Walsh, D., Spiby, H., McCourt, C., Grigg, C., Coleby, D., Bishop, S., et al. (2020). Factors influencing the utilisation of free-standing and alongside midwifery units in England: a qualitative research study. *BMJ open*, 10(2), e033895.
- Watkins, L. & Weeks, A. D. (2009). Providing information to pregnant women: how, what and where?. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 116(7), 877-879.
- Wijma, K., Söderquist, J. & Wijma, B. (1997). Posttraumatic stress disorder after childbirth: a cross sectional study. *Journal of anxiety disorders*, 11(6), 587-597.

10. ANEXOS

ANEXO I: Abreviaturas

ACOG: The American College of Obstetricians and Gynecologist

CE: Constitución Española

CEDAW: Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer

EAPN: Estrategia de atención al parto normal en el Sistema Nacional de Salud

EBE: Enfermería basada en la evidencia

EBCOG: European Board and College of Obstetrics and Gynaecology

FAME: Federación de Asociaciones de Matronas de España

ICM: Confederación Internacional de Matronas

MeSH: Medical Subject Headings

MSPSI: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad

MSSSEI: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad

MSYC: Ministerio de Sanidad y Consumo

MSYPS: Ministerio de Sanidad y Política Social

MUNet: Midwifery Unit Network

NHS: National Health Service

NICE: The National Institute for Health and Care Excellence

NMC: Nursing and Midwifery Council

OMC: Organización Médica Colegial de España

OMS: Organización Mundial de la Salud

ONU: Organización de las Naciones Unidas

RCM: The Royal College of Midwives

RCOG: Royal College of Obstetricians & Gynaecologist

UNESCO: Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura

Tabla 1: Resumen modelos asistenciales matronas / obstetras. (Walsh y Newburn, 2002; Van Teijlingen, 2005; Bryers y Van Teijlingen, 2010; Pollard, 2011; Soltani y Sandall, 2012; Garland, 2017).

Figura 1: Tipos de centros de nacimiento (Rocca-Ihenacho et al., 2018).

Figura 2: Habitación de un centro de nacimiento extrahospitalario. The Barkantine Birth Centre (Londres, Reino Unido).

Figura 3: Habitación de un centro de nacimiento intrahospitalario. Fundació Hospital Sant Joan de Déu de Martorell (Cataluña, España).

