



EDITORIAL

Necesidad de cambio en el modelo de atención obstétrica en España, ¿estamos preparados?



The need for change in the obstetric care model in Spain: are we ready?

Aythamy González Darias^{a,b,*} y Ramón Escuriet Peiró^{c,d}

^a Servicio Canario de la Salud. Dirección General de Programas Asistenciales. Santa Cruz de Tenerife, España

^b Universidad de La Laguna, Departamento de Enfermería, España

^c Servicio Catalán de la Salud, Generalitat de Barcelona, Barcelona, España

^d Grupo de investigación Ghenders. Facultad de Ciencias de la Salud Blanquerna, Universitat Ramon Llull, Barcelona, España

Cada vez son más excepcionales las ocasiones donde la espontaneidad de la fisiología se abre paso para mayor deleite de nuestra profesión como matronas. Este acontecimiento, el parto, tan humano y primitivo, natural y salvaje, se torna en algo inédito e infrecuente en el ámbito hospitalario, donde prima la presión asistencial y la seguridad de las mujeres que son consideradas como *pacientes*^{1,2}.

Las matronas basamos nuestra razón de ser en el vínculo profesional con las mujeres, acompañando sus procesos, ayudándolas a ser protagonistas en el momento que una familia nace, siempre desde una perspectiva profesional que defiende el derecho a que se respeten sus tiempos, sus deseos y expectativas, sus preferencias en reproducción, proceso de parto y lactancia.

Si bien, durante el aprendizaje y el ejercicio de la profesión nos vemos sometidas al modelo jerárquico predominante en la organización sanitaria, también hemos ido incorporando en nuestra base de conocimiento los avances que acompañan al desarrollo contemporáneo del conocimiento en las ciencias de la salud y del cuidado³. Aun así, de forma tradicional, el aprendizaje se ha enfocado hacia la detección de riesgos y se ha basado en el diagnóstico de la patología y su tratamiento. Este hecho distorsiona la mirada de todo el conjunto y hace muy difícil acompañar los procesos fisiológicos desde una perspectiva de normalidad.

Esto justifica que el concepto global de salud se haya gestado desde esta perspectiva, definiendo cómo los procesos específicos de mujeres han sido patologizados y sometidos en exceso al intervencionismo. Se ha antepuesto la seguridad asistencial basada en una práctica defensiva que ha obtenido como resultado una excesiva manipulación de los procesos de salud de las mujeres.

Por otra parte, cabe destacar que el abordaje de la salud en las mujeres tiene una marcada ausencia de perspectiva de género. La falta de incorporación de contenidos formativos en materia de género en los currículos universitarios influye también en la organización sanitaria, así pues, se forman profesionales con experiencia, conocimientos y formas de actuación totalmente sesgados al género que limita la incorporación de la perspectiva de género, en las organizaciones sanitarias⁴.

Estos errores de concepto a los que ha conducido ese paradigma son, probablemente, una de las causas de lo que denominamos violencia obstétrica, o de forma edulcorada, *mala praxis*, y han sido integrados en el aprendizaje durante la formación universitaria y de la especialidad. El modelo actual de atención a las mujeres durante los procesos de salud como el embarazo y el parto hace que la atención se provea en entornos altamente tecnificados o incluso quirúrgicos, con elevadas tasas de intervencionismo, poco adecuados para favorecer un entorno cálido y, en consecuencia, no centrados en las necesidades de las mujeres y de sus familias^{5,6}. Se podría afirmar pues, que el concepto de violencia obstétrica emerge de la necesidad de un cambio de modelo que se oriente hacia un trato más respetuoso

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: agondar@gobiernodecanarias.org
(A. González Darias).

con los procesos fisiológicos y con las necesidades que las mujeres han venido expresando en estos últimos años.

En este marco se entiende perfectamente que desde diferentes organizaciones como la Organización Mundial de la Salud (OMS), Organización de Naciones Unidas (ONU) y asociaciones de defensa de la mujer se denuncie la apropiación del cuerpo y de los procesos reproductivos de las mujeres por los agentes de salud que, en ocasiones, se abordan desde un modelo jerárquico poco humanizado, trayendo consigo pérdida de autonomía y capacidad de decidir de las propias mujeres, hecho que incide de forma directa en su salud y en su calidad de vida. Desde estos organismos se reclama una política de “medicina centrada en el paciente”, sobre todo teniendo en cuenta que las mujeres embarazadas son, de forma mayoritaria, usuarias sanas del sistema de salud; más que pacientes al uso y, por tanto, su atención debería enfocarse desde una perspectiva más fisiológica.⁷

Algunas de las medidas a las que se instan a las autoridades sanitarias a nivel autonómico y estatal por parte de las asociaciones son: promover la formación continua de profesionales en prácticas respaldadas por la evidencia científica, garantizar el requisito del consentimiento informado para cualquier intervención, actualización obligatoria de protocolos hospitalarios de forma periódica y planes de salud autonómicos que incluyan medidas para la mejora de la salud sexual y reproductiva, transparencia en los datos e información relacionada con la atención a las mujeres, así como destinar los recursos suficientes para una mejora de la atención al parto de acuerdo a la evidencia existente.

Estas reclamaciones se sustentan en los datos que determinan que España es el primer país de Europa, junto con Irlanda, en tener un mayor porcentaje de partos instrumentales, inducciones y episiotomías, situándose todas estas prácticas muy por encima de las recomendaciones de la OMS. Esta información está publicada en los informes de evaluación de la implementación de la Estrategia de Atención al Parto y Nacimiento en el Sistema Nacional de Salud,⁸ y en el documento Atención perinatal en España: Análisis de los recursos físicos, humanos, actividad y calidad de los servicios hospitalarios.^{9,10}

Asumir la existencia de este problema es un paso obligatorio en el proceso de implantar una estrategia de mejora; es indispensable que todos los colectivos profesionales vinculados a la salud de la mujer nos replanteemos y evaluemos nuestras actuaciones desde un enfoque crítico y constructivo. Este análisis debe contar con el respaldo institucional para establecer puntos de encuentro entre todos y todas las intervinientes valorando las aportaciones de asociaciones de pacientes y sociedades científicas involucradas en la atención a mujeres y recién nacidos.

Este objetivo se ha planteado desde el Observatorio de Salud de la Mujer, que en la actualidad está trabajando en la revisión de la Estrategia de Atención al parto normal en el Sistema Nacional de Salud¹¹. Para ello, es necesaria la evaluación y actualización mediante un análisis exhaustivo de la efectividad y la implementación de las intervenciones en diferentes contextos, eludiendo las prácticas asistenciales arraigadas y heredadas que se practican de forma rutinaria, y que, de acuerdo a la evidencia actual, han demostrado su impacto negativo sobre el bienestar de las mujeres, recién nacidos y sobre los costes económicos que conlleva para los agentes públicos de salud. Sin embargo, también se debe

considerar el hecho de que para dar una mejor atención centrada en las mujeres usuarias y familias, y desde una perspectiva más fisiológica, tal y como reclaman las diferentes organizaciones que velan por los derechos de las mujeres, es imprescindible que se revisen las estructuras organizativas de los servicios de maternidad en España, ya que tal y como están planteadas en la actualidad, influyen de forma directa en la perpetuación de ciertas intervenciones obstétricas y en los resultados perinatales.

La mayoría de las mujeres en España continúan dando a luz en unidades obstétricas convencionales atendidas por equipos de matronas y obstetras en ambientes profundamente hospitalarios y cuasi quirúrgicos, y las alternativas a este modelo de atención se presentan rara vez en el Sistema Nacional de Salud. No obstante, y pese a este contexto, la asistencia de las matronas en las unidades obstétricas se asocia con tasas más bajas de partos quirúrgicos y daño perineal grave, entre otros beneficios¹².

Para modificar nuestro modelo de atención, es prioritario clasificar de forma clara el nivel de riesgo obstétrico. Este hecho pasa por definir de forma correcta una cartera de servicios donde se establezcan los perfiles profesionales que han de asumir, según sus competencias, la atención a las mujeres durante el embarazo, parto y puerperio, y de la misma forma, generar un nuevo modelo de atención centrado en la mujer y familia y que esté en consonancia con las preferencias planteadas por las mujeres. En este sentido, también cabe resaltar la importancia del documento legal “Plan de parto”, que ha servido para favorecer la comunicación entre mujeres y profesionales durante el proceso asistencial.

Existe evidencia sólida que sostiene la importancia de proponer un cambio de modelo de atención en las maternidades españolas, de tal forma que se promueva mayor presencia de estos servicios liderados por matronas para atender a las mujeres con gestaciones normales y de bajo y/o medio riesgo^{13–15}. Este nuevo modelo se ha de basar en el empoderamiento de las mujeres, en la información para la ayuda a la toma de decisiones compartidas y en poner en el centro las necesidades sociales y de salud de las mujeres y familia, no sólo en la atención al proceso de parto, sino en las todas las esferas de la salud sexual y reproductiva de la mujer. Es decir, una atención desde el modelo bio-psico-social durante la atención a la vida sexual y reproductiva. Si nos centramos en la atención al proceso de parto, ya existen experiencias en la implantación de Centros de Nacimientos liderados por matronas a nivel nacional e internacional con muy buenos resultados obstétricos y de satisfacción, incomodando eso resultados cuando las matronas proponen otra forma más segura, más satisfactoria y con menor coste sanitario para la atención al parto de bajo/medio riesgo obstétrico^{16–18}.

Es innegable el valor que aportan las matronas en el Sistema Nacional de Salud, más aún cuando se están haciendo esfuerzos para mejorar la salud de las mujeres durante su vida sexual y reproductiva. Son las profesionales clave en las que conviene invertir para dar solución a los problemas que conviven en las maternidades de nuestro país. Se debe asegurar una formación y preparación adecuada a las futuras matronas, integrando la perspectiva de género, propiciando unos servicios asistenciales de calidad a la población femenina y sus familias, que por supuesto, garan-

ticen un recambio generacional que asegure unas ratios matrona/mujeres dignas, tal y como existen en países de nuestro entorno en Europa.

Sin embargo, poco se ha profundizado en invertir esfuerzos y recursos en paliar la escasez de matronas en España. Desde el año 2010 hasta 2018 se ha apreciado un incremento del 17,7% en el número de matronas, en cambio, se estima un descenso del 16,6% en la oferta del número plazas de Enfermeras Internas Residentes (EIR) para la formación de la especialidad de matrona, con lo que, sumado al período en el que se interrumpió la creación de plazas en el territorio nacional, se presenta un futuro incierto, en el que, o se aumenta el número de plazas en la formación, o nos enfrentamos a un período de escasez de estas y estos profesionales en el ámbito nacional. Lo cierto es que hay un grave problema en la forma de atención a las mujeres durante el proceso de parto en nuestro país, pero se ha abandonado la piedra angular de la solución: necesitamos más matronas, con mayor presencia en la toma de decisiones y asumiendo liderazgo en la estrategia de salud sexual y reproductiva¹⁵. Esta es la mejor manera de mejorar la salud sexual y reproductiva de la población, devolver a las mujeres la autonomía sobre sus cuerpos y sobre sus decisiones y, en definitiva, favorecer una vivencia positiva de todos los procesos en los que las mujeres reciben atención en salud sexual y reproductiva.

Bibliografía

1. Miller S, Abalos E, Chamillard M, Ciapponi A, Colaci D, Comandé D, Diaz V, Geller S, Hanson C, Langer A, Manuelli V, Millar K, Morhasonbello I, Castro CP, Pileggi VN, Robinson N, Skaer M, Souza JP, Vogel JP, Althabe F. Beyond too little, too late and too much, too soon: a pathway towards evidence-based, respectful maternity care worldwide. *Lancet*. 2016;6736:1-17, [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)31472-6](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(16)31472-6).
2. Espada-Trespalcacios X, Ojeda F, Nebot Rodrigo N, Rodríguez-Biosca A, Rodríguez Coll P, Martín-Arribas A, Escuriet R. Induction of labour as compared with spontaneous labour in low-risk women: A multicenter study in Catalonia. *Sex Reprod Healthc*. 2021;29:100648, <http://dx.doi.org/10.1016/j.srhc.2021.100648>.
3. Catling C, Rossiter C. Midwifery workplace culture in Australia: A national survey of midwives. *Women and birth*. 2020;33:464-72, <http://dx.doi.org/10.1016/j.wombi.2019.09.008>.
4. Ruiz-Cantero MT, Tomás-Aznar C, Rodríguez-Jaume MJ, Pérez-Sedeño E, Gasch-Gallén Á. Agenda de género en la formación en ciencias de la salud: experiencias internacionales para reducir tiempos en España [Gender agenda in health sciences education: international experiences to reduce time in Spain]. *Gac Sanit*. 2019;33:485-90, <http://dx.doi.org/10.1016/j.gaceta.2018.03.010>.
5. Munabi-Babigumira S, Glenton C, Lewin S, Fretheim A, Nabudere H. Factors that influence the provision of intrapartum and postnatal care by skilled birth attendants in low- and middle-income countries: a qualitative evidence synthesis. *Cochrane Database Syst. Rev*. 2017;11:CD011558, <http://dx.doi.org/10.1002/14651858.CD011558.pub2>.
6. Wong C, He HG, Shorey S, Koh S. An integrative literature review on midwives' perceptions on the facilitators and barriers of physiological birth. *Int. J. Nurs. Pract*. 2017;23:e12602, <http://dx.doi.org/10.1111/ijn.12602>.
7. World Health Organization. WHO recommendations: intrapartum care for a positive childbirth experience. Transforming Care of Women and Babies For Improved Health and Well-Being. Geneva: World Health Organization; 2018. [consultado 10 de febrero 2022]. Disponible en: <https://www.who.int/reproductivehealth/publications/intrapartum-care-guidelines/en/>.
8. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Informe sobre la atención al parto y nacimiento en el Sistema Nacional de Salud. Madrid: MSSSI; 2012. [consultado 10 de febrero 2022]. Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/InformeFinalEAPN_revision8marzo2015.pdf.
9. Ministerio de Sanidad. Atención perinatal en España: Análisis de los recursos físicos, humanos, actividad y calidad de los servicios hospitalarios 2020. Madrid: Subdirección General de Información Sanitaria. Ministerio de Sanidad; 2020. [consultado 10 de febrero 2022]. Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/InformeFinalEAPN_revision8marzo2015.pdf.
10. Ministerio de Sanidad. Atención perinatal en España: Análisis de los recursos físicos, humanos, actividad y calidad de los servicios hospitalarios, 2010-2018 [Publicación en Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad; 2021. [consultado 10 de febrero 2022]. Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/docs/Informe_Atencion_Perinatal_2010-2018.pdf.
11. Ministerio de Sanidad y Consumo. Estrategia de Atención al Parto Normal en el Sistema Nacional de Salud. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2008. [consultado 10 de febrero 2022]. Disponible en: <https://saludcantabria.es/uploads/pdf/profesionales/ESTRATEGIA%20ATENCION%20PARTO%20NORMAL%20SNS.pdf>.
12. Anna MA, Olga CV, Rocío CS, Isabel SP, Xavier ET, Pablo RC, Montserrat PA, Cristina GB, Ramon E. Midwives' experiences of the factors that facilitate normal birth among low-risk women in public hospitals in Catalonia (Spain). *Midwifery*. 2020;88:102752, <http://dx.doi.org/10.1016/j.midw.2020.102752>.
13. Sandall J, Soltani H, Gates S, Shennan A, Devane D. Midwife-led continuity models versus other models of care for childbearing women. *Cochrane Database Syst. Rev*. 2015:CD004667, <http://dx.doi.org/10.1002/14651858.CD004667.pub4>.
14. Hatem M, Sandall J, Devane D, Soltani H, Gates S. Midwife-led versus other models of care for childbearing women. *The Cochrane database of systematic reviews*. 2008:CD004667, <http://dx.doi.org/10.1002/14651858.CD004667.pub2>.
15. Martín-Arribas A, Escuriet R, Borràs-Santos A, Vila-Candel R, González-Blázquez C. A comparison between midwifery and obstetric care at birth in Spain: A cross-sectional study of perinatal outcomes. *Int. J. Nurs. Stud*. 2022;126:104129, <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2021.104129>.
16. Sprague AE, Sidney D, Darling EK, Van Wagner V, Soderstrom B, Rogers J, Graves E, Coyle D, Sumner A, Holmberg V, Khan B, Walker MC. Outcomes for the First Year of Ontario's Birth Center Demonstration Project. *JMWH*. 2018;63:532-40, <http://dx.doi.org/10.1111/jmwh.12884>.
17. Hitzert M, Hermus MA, Scheerhagen M, Boesveld IC, Wiegers TA, van den Akker-van Marle ME, van Dommelen P, van der Pal-de Bruin KM, de Graaf JP. Experiences of women who planned birth in a birth centre compared to alternative planned places of birth. Results of the Dutch Birth Centre Study. *Midwifery*. 2016;40:70-8, <http://dx.doi.org/10.1016/j.midw.2016.06.004>.
18. Alliman J, Bauer K, Williams T. Freestanding Birth Centers: An Evidence-Based Option for Birth. *JPE*. 2022;31:8-13, <http://dx.doi.org/10.1891/JPE-2021-0024>.