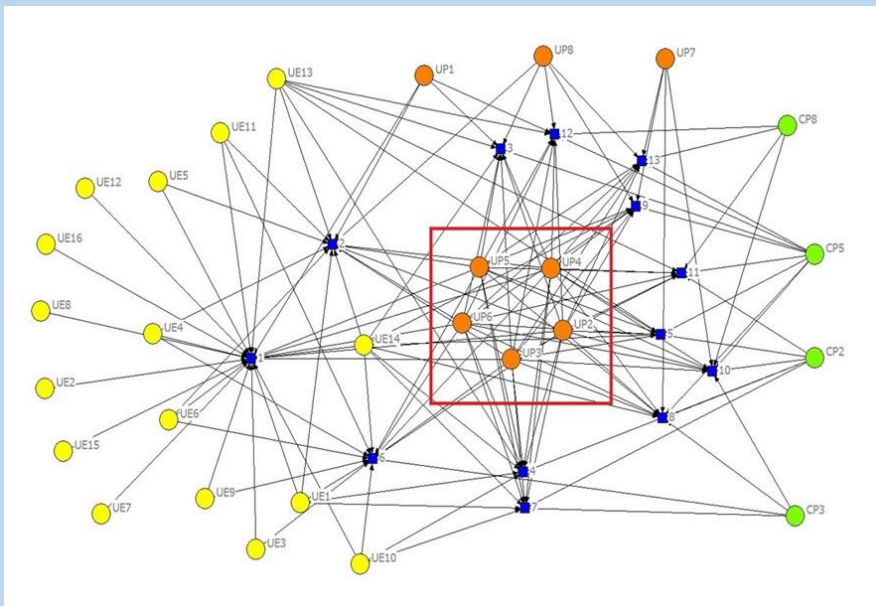


La atención a la salud materno-infantil en el área de salud de La Ribera (Valencia) desde la perspectiva de las gestantes y las matronas: aproximaciones desde la fenomenología y el Análisis de Redes Sociales



Doctorado en Enfermería Clínica y Comunitaria
Autora: Francisca Camacho Morell
Director: Dr. Javier Esparcia Pérez
Mayo de 2020



UNIVERSITAT DE VALÈNCIA  Facultat d'Infermeria i Podologia

**La atención a la salud materno-infantil en el
área de salud de La Ribera (Valencia) desde
la perspectiva de las gestantes y las
matronas: aproximaciones desde la
fenomenología y el Análisis de Redes
Sociales**



VNIVERSITAT
E VALÈNCIA

Doctorado en Enfermería Clínica y Comunitaria
Autora: Francisca Camacho Morell
Director: Dr. Javier Esparcia Pérez
Mayo de 2020

Dr. Javier Esparcia Pérez
Catedrático de Análisis Geográfico Regional
Instituto Interuniversitario de Desarrollo Local
Universidad de Valencia
Avd. Blasco Ibañez, 46010 (Valencia – España)

Por la presente

DOY FE que

Doña Francisca Camacho Morell, diplomada en Enfermería por la Universidad de Castilla la Mancha, especialista en Enfermería obstétrico-ginecológica por la Unidad Docente de Matronas de la Comunidad Valenciana, y licenciada en Humanidades por la Universidad de Valencia,

ha realizado bajo mi dirección la presente tesis doctoral, titulada **“La atención a la salud materno-infantil en el área de salud de La Ribera (Valencia) desde la perspectiva de las gestantes y las matronas: aproximaciones desde la fenomenología y el Análisis de Redes Sociales”**, y autorizo su presentación para optar al Grado de Doctora en Enfermería Clínica y Comunitaria

Y para que conste y surta los efectos oportunos, firmo la presente

En Valencia, a 5 de mayo de 2020.



Firmado
digitalmente por
ESPARCIA PEREZ
JAVIER - 24312874B
Fecha: 2020.05.05
22:15:38 +02'00'

Dr. Javier Esparcia
Catedrático de Análisis Geográfico Regional
Dpto. de Geografía / Instituto Interuniversitario de Desarrollo Local
Javier.esparcia@uv.es

AGRADECIMIENTOS

Una tesis doctoral es una carrera de fondo en la que colaboran más personas de las que figuran. Este es el momento de visibilizar a todas aquellas personas que también han hecho posible este trabajo. Obviamente, mi familia nuclear es el sostén que me ha mantenido a flote a lo largo de estos años. Edu, mi compañero, ha sido imprescindible por el apoyo, la comprensión, las lágrimas y las explosiones de alegría compartidas, y por haberse hecho cargo de todo lo demás para que yo pudiera trabajar en la tesis. Y Marta, mi hija, la alegría de mi vida, que ha tenido que crecer viendo a su madre de cara al ordenador, y ha desarrollado una inexplicable afición a componer hojas de cálculo Excel y presentaciones de Power Point.

El paritorio ha sido no solo mi lugar de trabajo sino el laboratorio de experimentación para mis investigaciones. Allí están o han estado personas muy importantes, como Erme, mi supervisora. Ella confió en mis posibilidades más de lo que yo lo hacía, me dio el empujón para comenzar mi primera investigación (antes de llamarse “tesis doctoral”) y me puso en contacto con Elena, del servicio de Calidad (muchas gracias por la elaboración de ese primer cuestionario). Gracias a Erme, y también a M^a Luz, por acompañarme a Oporto a exponer mi primer póster. Gracias a todas las compañeras que me ayudaron a recoger datos cuando yo no tenía turno de trabajo, que colaboraron siendo parte de mi muestra de estudio y que me soportaron cuando estaba distraída y difusa con mis cosas. Y gracias especialmente a mis residentes (Sheila, Júlia, Silvia, que se ofrecieron a ayudarme en mi recogida de datos, aunque eso no formara parte de su investigación) y a M^a José, matrona y compañera, mi primera coautora, sin tus abrazos no hubiera sobrevivido.

En este viaje que ha durado varios años he coincidido con varias personas, del ámbito sanitario y del social, del ARS y de la estadística, y de todos ellos guardo un buen recuerdo. Gracias a Carlos Lozares y José Luis Molina, de la UAB, codirectores de la segunda tesis de mi propio director de tesis. Guardo un recuerdo especial de la I *European Conference on Social Networks*, donde yo decidí que iba a hacer una tesis doctoral. A Isidro Maya y Daniel Holgado, de la Universidad de Sevilla, por la charla sobre las *factions* durante un desayuno antes de iniciar el camino de Santiago. A Pilar Marqués, de la Universidad de León, que siempre nos acoge en Ponferrada con su entusiasmo desbordante. Gracias a Antonia Olvalle por su interesante punto de vista metodológico sobre el ARS, que me abrió los ojos, y a Olga Blasco por su colaboración desinteresada en los análisis estadísticos. Y finalmente gracias a Gloria Álvarez, porque de nuestra charla yo saqué fuerzas para seguir adelante cuando tenía ganas de rendirme.

Finalmente, y aunque soy consciente de que me he dejado muchos agradecimientos por el camino, quería dar las gracias a las personas que, a pesar de haberme apoyado, no me dieron ánimos sino todo lo contrario. A mi madre y mis hermanas, que me dijeron que olvidara esta locura y me centrara en mi trabajo y mi familia, pero siguen a mi lado, aunque no me acaben de comprender. Y especialmente a mi director de tesis, Javier Esparcia, que intentó quitarme la idea de la cabeza y lo pintó tan mal que, después de todo, puedo decir que no ha sido para tanto (aunque hay días que piense que era para tanto, y más). Sin duda, si alguien lo ha hecho posible, eres tú, Javier.

PRÓLOGO

Cuando empiezas a estudiar Enfermería te explican en clase que las enfermeras tienen cuatro funciones principales: asistencial, docente, investigadora y gestora. Lo más normal es que mires la pantalla con desconfianza y te horrorices ante la idea de, como mínimo, investigar. Es lo que me pasó a mí y lo que vi en las expresiones, verbales y no verbales, del resto de estudiantes de mi promoción. Así que es lógico pensar que ha debido recorrerse un largo camino desde esa estudiante de Enfermería de 18 años a la persona, ya cumplidos los 40, que presenta ahora una tesis doctoral por compendio de publicaciones.

Existen una serie de elementos que han permitido dar ese salto cualitativo. El primero de ellos es haber tenido siempre una mente inquieta, que me llevó de ejercer como enfermera asistencial a especializarme como matrona; que continuó con una Licenciatura en Humanidades; y que desembocó en una colaboración en un proyecto de investigación del Dr. Javier Esparcia. Ese es en realidad el gran punto de inflexión en esta historia vital, ya que esos 8 meses de trabajo a sus órdenes fueron suficientes para que yo diera mis primeros pasos en una investigación cualitativa, aprendiera qué era el análisis de contenido y cómo llevarlo a cabo, y me asomara a lo que él estaba trabajando en aquellos momentos, el Análisis de Redes Sociales. Así que, después de cerrar aquella etapa de colaboración con una ponencia conjunta en Barcelona, yo le dije de vuelta a casa que quería iniciar mi propia tesis doctoral, y que quería que él fuera mi director de tesis. He de decir en su defensa que él intentó disuadirme por todos los medios posibles, pero ya era tarde. Yo ya llevaba dentro el gusanillo de la investigación, y mi mente inquieta ya sabía que quería investigar con esas herramientas que había aprendido lo que estaba sucediendo en mi entorno laboral.

Ese es el último de los elementos que colaboraron para que yo llegara hasta aquí. En primer lugar, tener una estabilidad laboral que me había permitido vivir durante unos años un proceso de cambio profundo en la forma en que se atendían los partos en mi hospital. En segundo lugar, tener la inquietud de querer valorar el impacto de esos cambios en nuestras gestantes y tener el privilegio de trabajar en contacto diario con las embarazadas, con sus dudas, sus incertidumbres y sus expectativas. En tercer lugar, ejercer profesionalmente en un área de salud con una característica especial, ser el primer hospital de España que había iniciado un partenariado público-privado, combinando personal tanto público como privado, y entre ellos las matronas (a las que yo deseaba estudiar desde el prisma del Análisis de Redes Sociales que acababa de descubrir). Y, por último, que en La Ribera me dieran alas para que yo desarrollara y pusiera en marcha mi primera investigación, antes incluso de que se enmarcara dentro de un proyecto más grande llamado Tesis Doctoral.

El camino ha sido duro, durísimo, pero no lo suficiente para quitarme las ganas de seguir investigando. Esta tesis ha cumplido su función de enseñarme a investigar y de darme herramientas para que me vea capacitada para diseñar una investigación, realizar un trabajo de campo, analizar resultados, sacar conclusiones, e incluso solicitar financiación para ser la Investigadora Principal en mi actual proyecto de investigación. Así que el gusanillo de la investigación y mi inquietud mental pronostican que, aunque acabe aquí el capítulo del doctorado, la investigación ya formará parte de lo que soy para siempre.

Índice de contenidos

RESUMEN.....	1
ABSTRACT	7
1. Introducción y contexto de la investigación: los cambios en la atención al parto	15
1.1. El gran cambio en la atención al parto en la segunda mitad del siglo XX: del ámbito doméstico al ámbito público	15
1.2. La reacción ante la medicalización del parto: atención al “parto normal”	17
2. El área de salud de La Ribera (Valencia) como caso de estudio.....	23
2.1. La peculiaridad del área de salud de La Ribera: primera colaboración público-privada en el ámbito sanitario en España	23
2.2. De un modelo de atención al parto intervencionista al modelo de atención al “parto normal” en el área de salud de La Ribera	27
3. Estructura y lógica interna de la tesis doctoral: preguntas de investigación, hipótesis y objetivos de la investigación	33
4. Cambio de modelo asistencial en la atención al parto normal: aplicación en el paritorio de La Ribera	47
4.1. Contextualización: situación de partida y objetivos.....	47
4.2. Resultados derivados de la investigación y otros resultados no publicados	49
4.3. Conclusiones y cuestiones pendientes	56
4.4. Artículo 1. “Cambio de modelo asistencial en la atención al parto normal: aplicación en el paritorio de La Ribera”	59
5. Expectativas de parto de las gestantes de La Ribera: una aproximación cualitativa	71

5.1. Cuestiones pendientes: expectativas de las gestantes y relación con los protocolos de atención al parto normal implantados en el paritorio de La Ribera	71
5.2. Objetivos y metodología: el análisis de contenido.....	72
5.3. Resultados obtenidos	74
5.4. Conclusiones.....	78
5.5. Relación entre las expectativas de las gestantes y los protocolos de atención al parto normal implantados en el paritorio del HULR .	79
5.6. Artículo 2: “Expectativas de parto de las gestantes de La Ribera: una aproximación cualitativa”	83
6. Fuentes de información más influyentes y más utilizadas por las gestantes de La Ribera: una aproximación a través del Análisis de Redes Sociales	99
6.1. Introducción	99
6.2. Hipótesis de partida y objetivos.....	100
6.3. Metodología	101
6.3.1. Tamaño muestral, criterios de inclusión y cuestionario	101
6.3.2. Análisis de redes sociales egocéntricas (modo 2): centralidad de grado y <i>core-periphery</i>	104
6.3.3. Estadística descriptiva e inferencial.....	105
6.4. Resultados	106
6.4.1. Datos socio-demográficos de las gestantes encuestadas.....	106
6.4.2. Estadística descriptiva e inferencial: calidad y utilidad de las fuentes de información, fuentes de información deficitarias, nivel de información y grado de satisfacción con la información recibida.....	107
6.4.3. Análisis de contenido: Propuestas de mejora y sentimientos provocados por la búsqueda de información	112
6.4.4. Análisis de redes sociales: centralidad de grado y <i>core-periphery</i> para las redes de utilización y de influencia de fuentes de información..	114
6.5. Conclusiones.....	118
6.6. Artículo 3: “Influence and use of information sources about childbearing among Spanish pregnant women”	123
7. Flujos de información y la situación actual de coordinación entre matronas de Atención Primaria y Atención Especializada. Posibles diferencias en función del modelo de gestión de recursos humanos	137

7.1. Antecedentes y punto de partida para la investigación	137
7.2. Introducción al problema de la coordinación asistencial	138
7.3. El enfoque metodológico del ARS para el análisis de la coordinación entre matronas en el área de salud de La Ribera.....	141
7.4. Hipótesis y objetivos del estudio.....	144
7.5. Enfoque metodológico: combinación de metodología cualitativa y ARS	145
7.5.1. Aproximación fenomenológica	146
7.5.2. Análisis de redes sociales sociocéntricas.....	148
7.6. Resultados obtenidos y otros resultados no publicados	152
7.6.1. Características socio-demográficas de la muestra	152
7.6.2. Análisis de contenido	153
7.6.3. El enfoque del ARS: la red de contacto laboral	159
7.6.4. La red social de mayor confianza en el ámbito laboral: <i>stock</i> estratégico de capital social (resultados no publicados).....	178
7.7. Conclusiones.....	180
7.8. Artículo 4: “Coordinación entre matronas del área de salud de La Ribera desde un enfoque fenomenológico”.....	185
7.9. Artículo 5: “A contribution to the analysis of the first Spanish public-private partnership in primary and specialized maternity care: a Social Network Analysis approach”.....	195
8. Conclusiones generales, recomendaciones para la práctica y futuras líneas de investigación.....	227
8.1. Análisis de la implementación del paradigma de parto normal, expectativas y fuentes de información para las gestantes, y coordinación entre matronas en el área de salud de La Ribera.....	227
8.2. Recomendaciones para la práctica y futuras líneas de investigación	236
9. Referencias bibliográficas	243
10. Anexos: Encuestas, cuestionarios, hojas de consentimiento informado e informes del Comité de Ética de la Investigación- Comisión de Investigación del Hospital Universitario de La Ribera	255
Anexo I: Encuesta de calidad de paritorio (ECP)	257

Anexo II: Cuestionario sobre redes personales de fuentes de información.....	261
Anexo III: Hoja de consentimiento informado e informe del comité de ética: redes de información	263
Anexo IV: Entrevista sobre coordinación entre matronas	265
Anexo V: Informe del Comité de Ética y hoja de Consentimiento Informado: Coordinación entre matronas y análisis de redes sociales. Red de matronas de La Ribera	267
Anexo VI: Cuestionario de redes sociales laborales y personales ..	269
11. Informe del director (indexación y contribución de los autores) y autorización de coautores.....	273
Indexación artículo 1: “Cambio de modelo asistencial en la atención al parto normal: aplicación en el paritorio de La Ribera”	280
Indexación artículo 2: “Expectativas de parto de las gestantes de La Ribera: una aproximación cualitativa”	282
Indexación artículo 3: “Influence and use of information sources about childbearing among Spanish pregnant women”	284
Indexación artículo 4: “Coordinación entre matronas del área de salud de La Ribera desde un enfoque fenomenológico”	286
Indexación artículo 5: “A contribution to the analysis of the first Spanish public-private partnership in primary and specialized maternity care: a Social Network Analysis approach”	288
Autorizaciones	292

Índice de Tablas

Tabla 1. Principales temáticas abordadas en la tesis, preguntas clave y publicaciones resultantes.....	43
Tabla 2. Comparación entre la “Guía de práctica clínica sobre la atención al parto normal” del Ministerio de Sanidad y Política Social (2010) y los protocolos de atención al parto normal implantados en paritorio.....	48
Tabla 3. Valoración de los protocolos de atención al parto normal no deseados, pero finalmente incluidos en el proceso de parto de las gestantes del HULR	55
Tabla 4. Distribución de frecuencias y porcentajes de expectativas de parto en función de la paridad.....	76
Tabla 5. Comparativa de diferentes estudios realizados sobre expectativas de parto de las gestantes en la literatura internacional y los resultados encontrados	77
Tabla 6. Influencias en las expectativas de parto de las mujeres	100
Tabla 7. Valoración de calidad y utilidad de las fuentes de información utilizadas por las gestantes	109
Tabla 8. Centralidad de grado para las gestantes para las redes de utilización e influencia de fuentes de información	119
Tabla 9. Resumen de los indicadores de red utilizados	150
Tabla 10. Características socio-demográficas de las matronas entrevistadas..	152
Tabla 11. Categorías del código “concepto de coordinación” y ámbitos de aplicación	157
Tabla 12. Frecuencia y tipo de contacto laboral entre matronas.....	160
Tabla 13. Densidad de red según nivel asistencial y modelo de gestión	162
Tabla 14. Medidas de centralidad y reciprocidad para la red de contacto laboral (datos normalizados).....	169
Tabla 15. Capacidad de intermediación según atributos de los actores (brokerage).....	173
Tabla 16. Distribución de la capacidad intermediación individual (agrupada por tipos y atributos)	175
Tabla 17. Medidas de centralidad para la red de confianza para temas laborales	179
Tabla 18: Indexación de las revistas donde se han publicado los artículos de la tesis por compendio de artículos.....	291

Índice de Figuras

Figura 1. Departamentos de salud de la Comunidad Valenciana	26
Figura 2. Distribución de la población y las matronas del área de salud de La Ribera (2015).	27
Figura 3. Mapa conceptual de la tesis doctoral: La atención a la salud materno-infantil en el área de salud de La Ribera (Valencia) desde la perspectiva de las gestantes y las matronas: aproximaciones desde la fenomenología y el Análisis de Redes Sociales	44
Figura 4. Motivos de no asistencia a clases de educación prenatal.....	50
Figura 5. Motivos de no asistencia a la charla informativa de tercer trimestre...50	
Figura 6. Comentarios libres expresados por las puérperas.....	51
Figura 7. Gestantes que desconocían los protocolos de atención al parto normal, expresaron su deseo de incluirlos en su parto y los solicitaron durante el mismo	53
Figura 8. Forma de finalización del parto en función de la forma de inicio de parto (estimulación, espontáneo o inducción).....	56
Figura 9. Expectativas de parto de las gestantes de La Ribera	75
Figura 10. Fuentes de información consideradas deficientes por las gestantes de la muestra en función del tipo de fuente (pública, profesional y personal)..	111
Figura 11. Diagrama de flujo que representa las posibles respuestas de las gestantes en función de su paridad ante la información contradictoria entre diversas fuentes de información	120
Figura 12. Red de utilización de las gestantes en función de la centralidad de grado y del tipo de fuente de información.....	121
Figura 13. Representación gráfica de la red de influencia de las gestantes en función de la centralidad de grado y del tipo de fuente de información	122
Figura 14. Propuestas de mejora de las matronas entrevistadas	158
Figura 15. Intermediación en la red de contacto laboral	165
Figura 16. Factions de la red de contacto laboral (6 grupos).....	166
Figura 17. Cliques de la red de contacto laboral	167
Figura 18. In-degree de la red de confianza para temas laborales	168
Figura 19. Distribución de la capacidad de intermediación entre el “núcleo duro” de brokerage y el resto de actores de la red social laboral.....	177

Índice de Términos

AE: Atención Especializada

AP: Atención Primaria

ARS: Análisis de Redes Sociales

ECP: Encuesta de Calidad de Paritorio

FAME: Federación de Asociaciones de Matronas de España

HULR: Hospital Universitario de La Ribera

ICM: *International Confederation of Midwives*

NICE: *National Institute for Health and Clinical Excellence*

OMS: Organización Mundial de la Salud

PFI: Iniciativas de Financiación Privada

PPP: Partenariado público-privado

RCM: *Royal College of Midwives*

SD: Desviación estándar

UTE: Unión Temporal de Empresas

RESUMEN

Justificación e introducción

La atención al parto experimentó profundos cambios durante la segunda mitad del siglo XX con la introducción del parto en el ámbito hospitalario. Como reacción a ello surge el movimiento del parto normal, que pretende humanizar la asistencia al parto que se presta dentro de los hospitales. En cada hospital este proceso se ha desarrollado en diferente tiempo y forma. En el caso del Hospital Universitario de La Ribera (Alzira, Valencia), la introducción de los protocolos de atención al parto normal se produce de forma progresiva entre los años 2011 y 2014. En ese momento, surge la necesidad de explorar la acogida de estos cambios entre las gestantes del área de salud y su posible relación con la coordinación entre las matronas del área, que tienen como peculiaridad trabajar para dos modelos de gestión de recursos humanos diferentes (ya que el Modelo Alzira es la primera colaboración público-privada en el ámbito sanitario en España).

Los objetivos generales de las investigaciones que forman el cuerpo de la tesis doctoral son los siguientes:

- Conocer el grado de conocimiento y el deseo de inclusión de los protocolos de atención al parto normal por parte de las gestantes del área de salud
- Determinar qué porcentaje de gestantes acuden a las actividades formativas programadas y sus posibles diferencias en función de su paridad
- Explorar cuáles son sus expectativas de parto y en qué medida los protocolos de atención al parto normal se incluyen en ellas
- Identificar y analizar las fuentes de información más utilizadas y más influyentes para las embarazadas en relación

con la generación de sus expectativas de parto y sus procesos de toma de decisiones;

- Conocer la calidad y utilidad de las fuentes de información que utilizan las gestantes
- Identificar las fuentes de información consideradas deficientes por las gestantes, su respuesta a las contradicciones en la búsqueda de información y las posibles diferencias en función de su paridad
- Explorar la percepción de las matronas sobre su coordinación entre diferentes niveles asistenciales y modelos de gestión de recursos humanos en el área de salud de La Ribera, así como las estrategias propuestas por ellas mismas para mejorar su coordinación
- Definir el grado de cohesión de la red social que conforman las matronas del área de salud, sus pautas reticulares y la colaboración entre actores en base a sus principales atributos

Aproximaciones metodológicas

Se ha utilizado una combinación de metodologías tanto en el caso de las investigaciones realizadas a gestantes como a aquellas realizadas a matronas. Por un lado, los sentimientos y percepciones tanto de matronas como de gestantes se han explorado desde una perspectiva fenomenológica mediante el análisis de contenido, y con el apoyo del programa Maxqda para el caso de las matronas. Por otro lado, se ha utilizado la estadística descriptiva para ambos colectivos (media, desviación estándar, rango, distribución de frecuencias y porcentajes) y la estadística inferencial (chi-cuadrado, test de Conover, test de la Q de Cochran y test exacto de simetría análogo a McNemar) para el estudio de las fuentes de información de las gestantes.

Por último, se ha utilizado el enfoque metodológico del Análisis de Redes Sociales. En el caso de las gestantes y sus fuentes de información, conforman una red egocéntrica de la que se han analizado, mediante el método directo, su centralidad de grado y *core-periphery*. En el caso de las matronas, conforman una red social laboral sociocéntrica de la que se han analizado diferentes indicadores (densidad, reciprocidad, medidas de centralidad, E-I *index*, existencia de subgrupos mediante *factions* y cliques, intermediación a través del *brokerage*). Además, se ha llevado a cabo un análisis de los indicadores de centralidad para la red social de confianza para temas laborales.

Principales resultados

Las gestantes de La Ribera tienen un conocimiento aceptable de los protocolos de atención al parto normal introducidos recientemente (77 % como media) y un elevado deseo de inclusión de los mismos en su proceso de parto (85 % como media). La asistencia a las actividades formativas preparto sigue siendo mayoritaria (62 % como media), siendo mayor entre las primíparas con nivel de estudios medio-alto. Entre los motivos de no asistencia a dichas actividades destaca no haber sido informadas por su matrona de Atención Primaria (AP). Sus principales expectativas de parto son tener un parto rápido y sin dolor, y la inclusión de los protocolos de atención al parto normal aparece entre sus expectativas en un porcentaje muy bajo (5,2 %). No se ha encontrado una diferencia estadísticamente significativa entre primíparas y múltiparas.

Para el desarrollo de las expectativas de parto, los resultados muestran una gran relevancia de las fuentes de información profesionales, debido a su utilidad y su calidad (profesionales sanitarios) y a su frecuencia de uso e influencia (matrona de AP). Además, las fuentes de información más influyentes son siempre personas (principalmente profesionales sanitarios, pero también personas pertenecientes a la esfera personal), mientras que las nuevas

tecnologías (fuentes de información públicas) tienen una influencia muy baja para la generación de expectativas de parto y la toma de decisiones. Los profesionales sanitarios son considerados la fuente de información más deficiente, aquella de la cual las gestantes esperaban más de lo que recibieron. En este sentido, las gestantes sugirieron propuestas de mejora. La comparación de resultados en función de la paridad para las multíparas muestra algunas diferencias estadísticamente significativas. En este sentido, las multíparas en su segundo embarazo tienden a centrarse más en la información proporcionada por los profesionales sanitarios, con una menor utilización de las fuentes de información públicas. Además, las estrategias para resolver las contradicciones en la comparación de las fuentes de información también varían en función de la paridad. Las multíparas tienden a confiar más en su experiencia previa, mientras que las primíparas tienden a establecer comparaciones con fuentes de información alternativas y consultar a los profesionales sanitarios.

La coordinación asistencial de las matronas del área de salud de La Ribera es definida por ellas mismas como escasa y mejorable. Las matronas manifestaron su deseo de aumentarla a través de diferentes propuestas de mejora (coordinadora integral para ambos niveles asistenciales, rotación entre AP y AE, presencia de una matrona en planta de maternidad). La coordinación se facilita por los medios materiales, como teléfono y nuevas tecnologías y está obstaculizada por la existencia de compartimentos estancos entre diferentes modelos de gestión (público y privado). La coordinación se valora como negativa entre matronas y positiva entre matronas y otros profesionales sanitarios.

La red laboral de matronas muestra una gran densidad de relaciones y, dentro de ella, se encontró una elevada cohesión en el grupo de matronas del modelo de gestión privado, que forman un grupo claramente endogámico. En el modelo de gestión público, las matronas se sitúan en la periferia de la red y muestran una escasa colaboración, no solo entre ellas sino también con las matronas del modelo privado. En función de sus atributos, la mayor dificultad para

la cohesión reside en el modelo de gestión en mayor medida que en el nivel asistencial en el que desempeñan sus funciones. Las matronas que pertenecen al modelo privado y trabajan en AP son potenciales puentes entre el subgrupo que forman las matronas de Atención Especializada (AE), (todas ellas del modelo privado) y las matronas del modelo público (todas ellas en AP). Las funciones de asesoramiento se ejercen especialmente por parte de las matronas de AE, y las matronas del modelo público aparecen en la periferia de la red de confianza para temas laborales.

Conclusiones y futuras líneas de investigación

Aunque las gestantes de La Ribera tienen un conocimiento aceptable de los protocolos de atención al parto normal y un deseo de inclusión de los mismos en su parto elevado, dichos protocolos no se encuentran dentro de sus expectativas de parto, donde destacan la ausencia de dolor y la rapidez en el proceso de parto. La asistencia a las actividades formativas preparto programadas es discreta, y se han reportado deficiencias en la información que transmiten las matronas de AP sobre la realización las mismas.

Las gestantes crean sus expectativas de parto a través de diversas fuentes de información, entre las cuales la matrona es la más influyente y, en general, los profesionales sanitarios juegan un rol más importante que la red social de la gestante (madre, amigos, familiares) y las nuevas tecnologías. Aunque Internet es ampliamente utilizada para encontrar buscar información, las gestantes no la consideran una fuente de información influyente y, en muchos casos, contribuye a generar contradicciones en la búsqueda de información, que solo pueden ser resueltas con la ayuda de los profesionales sanitarios. Así, la mayor influencia en la búsqueda de información y creación de expectativas es un profesional sanitario accesible, al que se pueda solicitar información cara a cara. Por ello, la matrona de AP se configura como la fuente de información idónea.

Estas matronas de AP juegan un papel fundamental en la difusión de información e innovaciones, como es el caso del cambio de paradigma de atención al parto en el área de salud de La Ribera. Además, sería interesante reforzar la información sobre las actividades formativas grupales previas al parto, que pueden ser un interesante foro no solo de información, sino también de debate y resolución de dudas. Debido a que las nuevas tecnologías han ido incrementando su uso como fuente de información preferida, y debido a que las gestantes demandan información de páginas Web confiables, podría ser interesante como futura línea de investigación explorar de qué manera las nuevas tecnologías pueden apoyar la información proporcionada por las matronas. Esto podría ayudarlas a guiar mejor a las gestantes hacia páginas Web de calidad y debatir con ellas la información obtenida en dichas páginas. Con ello se conseguirá empoderar a la mujer y convertirla en un sujeto autónomo, que tome sus propias decisiones informadas sobre los aspectos relacionados con el embarazo, parto y puerperio.

Asimismo, las matronas de AP del área de salud de La Ribera que trabajan para el modelo privado destacan como potenciales puentes entre subgrupos, lo cual puede ser aprovechado para mejorar los flujos de cooperación entre todas las matronas del área, que han reconocido que su coordinación es escasa y mejorable. Aunque el Modelo Alzira ha conseguido crear un grupo de matronas muy cohesivo, las matronas que trabajan dentro del área de salud para el modelo público quedan en la periferia de la red social. El hecho de que el Modelo Alzira haya sido recientemente devuelto al sistema sanitario público puede ser un escenario dinámico muy interesante para explorar como futura línea de investigación a medio plazo, así como el estudio de otros actores que pueden intervenir también en la salud materno-infantil y la exploración del punto de vista de los usuarios.

ABSTRACT

Justification and introduction

Childbirth care experienced deep changes during the second half of the 20th century with the introduction of childbirth attendance at hospitals. In response to this, the normal childbirth movement emerged, which aimed to humanise the childbirth care provided within hospitals. In each hospital this process has been developed in different times and ways. In the case of La Ribera University Hospital (Alzira, Valencia), the introduction of normal childbirth care protocols has taking place progressively between 2011 and 2014. At that time, the challenge is to explore the acceptance of these changes among pregnant women, and their possible relationship with the coordination between the midwives in the health area, which have the peculiarity of working for two different human resource management models (since the Alzira Model was the first public-private partnership in the Spanish National Health System).

The general objectives of the research that forms the corpus of the PhD thesis are as follow:

- To assess the knowledge and the wish of pregnant women of the health area to include the normal childbirth care protocols
- To determine the percentage of pregnant women attending the antepartum training activities and their possible differences according to parity
- To explore the childbirth expectations of La Ribera pregnant women and the extent to which normal birth care protocols are included in them
- To identify and analyse the most widely used and influential sources of information among pregnant women in relation to the definition of their birth expectations and their process of decision making about that

- To assess the quality and usefulness of the sources of information used by pregnant women
- To identify the sources of information regarded as deficient by pregnant women, their response to contradictions in the search for information and possible differences according to women parity
- To explore the perception of midwives about their coordination through and between different care levels and human resource management models of midwives in La Ribera health area, as well as the strategies proposed by them to improve their coordination
- To define the degree of the midwives' social network's cohesion in the La Ribera health area, their reticular patterns and the collaboration between actors according to their main attributes

Methodological approaches

A combination of methodologies has been used in the case of both research on pregnant women and midwives. On the one hand, the feelings and perceptions of both midwives and pregnant women have been explored from a phenomenological perspective through content analysis, and with the support of the *Maxqda* software in the case of midwives for coding and data analysis. On the other hand, descriptive statistics have been used for both groups (mean, standard deviation, range, frequency distribution and percentages) and inferential statistics (chi-square, Conover test, Cochran's Q test and McNemar's exact symmetry test) have been used for the study of the information sources of pregnant women.

Finally, the methodological approach of Social Network Analysis has been used. In the case of the information sources of pregnant women, they configure an egocentric network whose degree centrality and

core-periphery have been analysed using the direct method. In the case of the midwives, they conform a sociocentric occupational social network of which several indicators have been analysed (density, reciprocity, centrality measures, E-I index, existence of subgroups through factions and cliques, intermediation through brokerage). In addition, an analysis of centrality indicators of the trust network for occupational questions has been conducted.

Main results

Pregnant women at La Ribera have an acceptable knowledge of the recently introduced normal childbirth care protocols (77 % on average) and a high wish for inclusion in their childbirth process (85 % on average). Attendance at antepartum training activities is still significant (62 % on average), and it is higher among primiparous women with medium or high education level. The main reason for not attending antepartum training activities was due to a lack of information by their Primary Healthcare (PH) midwife. Their main childbirth expectations are to have a fast and painless childbirth, and the inclusion of normal childbirth care protocols appears among their expectations in a very low percentage (5.2 %) of total responses. No statistically significant differences between primiparous and multiparous women were found.

For the development of childbirth expectations, the findings indicate greater relevance for professional sources of information, due to both their usefulness and quality (health professionals) and to their frequency of use and influence (PH midwife). Likewise, the most influential sources are always people (mainly healthcare professionals but also from the personal sphere), while the new technologies (public sources) have very little influence in defining the childbirth expectations or in decision making. Health professionals are considered the most deficient source of information, the one from which pregnant women expected more

than they have received. In this regard, the pregnant women themselves suggested improvements.

Comparison of results according to parity status for multiparous women shows some statistically significant differences. In this sense, multiparous women in their second pregnancy tend to focus more on the information provided by the professionals, with a less utilisation of public sources. Furthermore, the strategies used to resolve contradictions on comparing sources of information also differ according to parity. In effect, multiparous women tend to rely more on their own experience, while primiparous women tend to establish comparisons with alternative data sources and to consult the professionals.

The healthcare coordination of the midwives of La Ribera is defined by them as scarce and improvable. Midwives expressed their wish to increase such coordination through its improvement proposals (integral coordinator for both care levels, rotating between primary and specialised care, presence of a midwife in the maternity ward). Healthcare coordination is facilitated by material resources, such as telephone and new technologies, and it is obstructed by the existence of separate watertight compartments between different management models (public and private). Coordination is assessed as negative between midwives and positive between midwives and other healthcare professionals.

The occupational network of midwives shows a high density of relationships and, within it, a greater cohesion was found for the group of midwives in the private model, who conform a clearly endogamous group. In the public model, midwives lie on the periphery of the network and their collaboration fails not just with themselves, but also with the private model midwives. According to their attributes, the greatest difficulty for cohesion lies in the management model to a greater extent than in the care level at which they work. Midwives who belong to the private model and work in PH are potential bridges between the subgroup of Specialised

Healthcare (SH) midwives (all of them in the private model) and midwives in the public model (all of them in PH). The counselling functions are performed especially by SH midwives, and midwives in the public model appear on the periphery of the trust network for occupational questions.

Conclusions and next steps

Although pregnant women in La Ribera have an acceptable knowledge of normal childbirth care protocols and a high wish to include them in their childbirth process, these protocols are not within their childbirth expectations, where the absence of pain and the quickness of the childbirth process dominate. Attendance at programmed antepartum training activities is discrete, and deficiencies have been reported in the information provided by PH midwives about the performance of these activities.

Pregnant women create their childbirth expectations through different information sources, among which the midwife is the most influential and, in general, healthcare professionals play a more important role than the pregnant woman's personal social network (mother, relatives and family) and the new technologies. Although Internet is widely used to find information, pregnant women do not consider it as significantly influential and, in most cases, it contributes to generate contradictions in the search for information, which can only be solved with the help of health professionals. Thus, the greatest influence in the search for information and the creation of childbirth expectations is an accessible health professional, from whom information can be requested face-to-face. Therefore, the PH midwife appears to be the ideal information source.

These PH midwives play a fundamental role in the diffusion of information and innovations, such as the change in the childbirth care model in La Ribera's health area. In addition, it would be interesting to reinforce information about training activities prior to childbirth,

which can be an interesting platform not only for information, but also for the discussion and resolution of doubts. Because the new technologies are increasingly being used as the preferred source of information, and because pregnant women demand information on reliable websites, it would be interesting for further research to explore the way in which the new technologies can support the information supplied by midwives. This would help them to better guide women towards quality websites and to discuss the information obtained through them. This will empower women and turn them into autonomous actors who make their own informed decisions on issues related to pregnancy, childbirth and the postpartum period.

Likewise, the midwives of La Ribera health area who work for the private model stand out as potential bridges between subgroups, which can be used to improve the cooperation flows between all the midwives in the area, who have recognised that their healthcare coordination is scarce and can be improved. Although the Alzira model has created a very cohesive group of midwives, those working for the public model remain on the periphery of the social network. The fact that this PPP has recently been reversed and returned to Public Health System suggests a very interesting dynamic scenario to be explored in the mid-term as a future research line, as would studying the other actors who would also intervene in maternity healthcare and from the user point of view.

Capítulo 1.

Introducción y contexto de la investigación: los cambios en la atención al parto

1. Introducción y contexto de la investigación: los cambios en la atención al parto

1.1. El gran cambio en la atención al parto en la segunda mitad del siglo XX: del ámbito doméstico al ámbito público

El nacimiento de un nuevo ser fue considerado desde el origen de la humanidad como un acto natural, biológico y femenino, además de social y cultural. Las parturientas daban a luz en sus casas, rodeadas de su red más cercana y asistidas habitualmente por otras mujeres. Esta situación fue cambiando con el paso de los siglos, produciéndose en el siglo XVIII una gran fisura en este universo de presencia física femenina incuestionable. Un grupo de médicos varones lograron introducirse en el denominado arte de partear con varios argumentos, entre los cuales se ha destacado la posibilidad de utilizar los fórceps en caso de que un parto se complicara (Loudon, 2008; Alemany, 2014) y el monopolio masculino de los conocimientos científicos (Ehrenreich y English, 1974). Sin embargo, en aquel momento, la mayoría de las mujeres seguían acudiendo a sus familiares o una matrona para atenderlas durante el parto. Era necesario un cambio cultural, reconceptualizando el parto desde un evento normal en la vida de una mujer, intensamente privado y femenino, a una crisis anormal que se convierte en objeto de estudio y práctica para los médicos, que estaban en posesión del conocimiento científico (Ehrenreich y English, 1974; Cahill, 2001; Darra, 2009).

Aunque la incursión de médicos varones en la asistencia al parto puede rastrearse desde entonces, la generalización de su presencia y su autoridad como algo indiscutible se produjo en la segunda mitad del siglo pasado aparejada a un cambio de escenario en la atención al

parto: de la casa al hospital (Cahill, 2001; Alemany, 2014). Este cambio de escenario se vivió con ligeras diferencias en diferentes países (Loudon, 2008; Kline, 2017). En el caso de España, entre las décadas de 1940 a 1970 se producen avances en la asistencia sanitaria pública. La atención en el campo de la salud pasó de ser un privilegio de unos pocos para convertirse en un derecho extendido a casi todos tras la implantación, el año 1942, del Seguro Obligatorio de Enfermedad. En sus comienzos iba encaminado a proteger a los trabajadores económicamente más débiles, pero poco a poco se fueron ampliando sus prestaciones al resto de la población, pasando a consolidarse como el sistema generalizado de asistencia sanitaria en los años setenta, la Seguridad Social (Andina y Siles, 2016).

Otro de los factores que tuvo especial relevancia en los cambios que se produjeron a partir de entonces fue una política claramente partidaria del parque hospitalario, que propició la construcción de instalaciones sanitarias en estos años (Siles, 1999). A partir de la puesta en funcionamiento de las denominadas Ciudades Sanitarias se introdujo un planteamiento intervencionista en la atención al parto que actuaba bajo el supuesto de que toda situación puede complicarse, tendiéndose a una medicalización preventiva del parto (Alemany, 2014). Así, las mujeres asumen que el parto institucionalizado es el precio que deben pagar a cambio del incremento en la seguridad que ofrecen las modernas prácticas obstétricas (Foster, 1995; Cahill, 2001).

El proceso que se produce a partir de entonces se puede sintetizar claramente en las 3 etapas que defiende Alemany en su tesis doctoral. Una primera etapa, la de “**necesidad de seguridad**”, durante la década de los setenta, en la que esta garantía de tener asegurada la mejor asistencia en el caso de complicaciones hizo que las parturientas aceptaran que en todos los partos se iba a poner en marcha un protocolo asistencial que eliminaba su capacidad de decisión, anulaba su libertad de movimientos y les impedía estar con su familia.

Una segunda etapa, en la década de los ochenta, donde la mayoría de las mujeres que acudían a parir al hospital no conocían otra manera de dar a luz que no fuera pasar por una institución sanitaria. La parturienta acepta la **“sumisión al sistema”**: que le hagan lo que sea necesario, que le administren lo que necesite, que le impongan restricción de movimientos y de ingesta hídrica y alimentaria y que le ayuden con algún instrumento para que se produzca la expulsión del bebé.

Por último, a partir de la década de los noventa, según la tesis de Alemany, las libertades públicas ya están asentadas y las mujeres tienen la información suficiente para asumir que son las responsables y las que tienen la última palabra cuando se trata de procesos que tienen que ver con su salud y con su vida. Quieren participar más activamente en el embarazo y en el momento del parto. Es el llamado período de **“seguridad y autonomía”**, donde las parturientas van consiguiendo un mayor equilibrio entre la seguridad que les proporciona tener a su disposición la tecnología adecuada por si surge alguna complicación y el sentirse respetadas como personas con capacidad de decisión sobre las actuaciones que afecten a su salud (Alemany, 2014). Esta participación activa y autonomía durante el proceso de parto no es demandada únicamente por las gestantes, sino que, además, a partir de este momento, comienza a fomentarse por parte de asociaciones y organismos públicos.

1.2. La reacción ante la medicalización del parto: atención al “parto normal”

Es indiscutible que el paso del domicilio al hospital supuso una mejora en los resultados perinatales, debido a la aplicación de avances tecnológicos, consiguiéndose en España una de las tasas de mortalidad materna y perinatal más bajas de los países europeos (Federación de Asociaciones de Matronas de España, 2007; EURO-PERISTAT, 2010; Organización Mundial de la Salud, 2015). Sin embargo, se ha mantenido a lo largo de los años una tendencia a

atender todos los partos de igual manera, independientemente del nivel de riesgo de cada uno, bajo el supuesto de que es una situación potencialmente peligrosa para la vida de madre e hijo (Cahill, 2001). Así, Arnau *et al.* (2017), en su análisis etnográfico sobre el intervencionismo en la atención perinatal, retratan perfectamente cómo la incertidumbre acerca de los riesgos potenciales asociados al proceso reproductivo conlleva el sometimiento “voluntario y necesario” de las gestantes a una hipervigilancia de su embarazo. Este sometimiento conlleva que las gestantes se sientan forzadas a adoptar un rol pasivo ante los profesionales, que son los que garantizan el adecuado control de un proceso que ellos mismos han medicalizado y que debe ser intervenido. Arnau *et al.* (2017) denominan a esta secuencia “la trampa del riesgo”.

Esta medicalización del proceso de parto y el alto grado de intervencionismo que se practica en los mismos se ha mantenido a través del tiempo a pesar de que existe evidencia de que algunas intervenciones son ineficaces, inadecuadas e incluso perjudiciales (Organización Mundial de la Salud, 1996). Así, la Organización Mundial de la Salud (OMS) publica, desde los años 80 y hasta la actualidad, un gran número de documentos de consenso, con el objetivo de “examinar la evidencia a favor o en contra de las prácticas más comúnmente empleadas en los partos normales y establecer recomendaciones basadas en la evidencia más razonada” (OMS, 1996).

Pero, ¿qué es lo que entendemos por “parto normal”?

Según la definición de la propia OMS:

“...es aquel de comienzo espontáneo, bajo riesgo al comienzo del parto, manteniéndose como tal hasta el alumbramiento. El niño nace espontáneamente en posición cefálica entre las semanas 37 a 42 completas. Después de dar a luz, tanto la madre como el niño se encuentran en buenas condiciones” (OMS, 1996, p. 7).

En el Reino Unido, el *Royal College of Midwives* (RCM) define parto normal en 2004 como uno donde una mujer comienza, continúa y completa el trabajo de parto fisiológicamente a término (RCM, 2004).

Por su parte, el *National Institute for Health and Clinical Excellence* (NICE) lo define en su guía clínica de atención intraparto como aquel sin intervenciones quirúrgicas, uso de instrumentos, inducción, epidural o anestesia general (NICE, 2007).

Otra definición en esta misma línea, aplicada a nuestro contexto, sería la de la Federación de Asociaciones de Matronas de España (FAME):

“El proceso fisiológico único con el que la mujer finaliza su gestación a término, en el que están implicados factores psicológicos y socioculturales. Su inicio es espontáneo, se desarrolla y termina sin complicaciones, culmina con el nacimiento y no implica más intervención que el apoyo integral y respetuoso del mismo” (FAME, 2007, p. 12).

Según la OMS (1996), hasta un 70-80 % de los partos se pueden englobar dentro de este concepto, es decir, la necesidad de intervenir en un parto es necesaria solamente en un 20-30 % de los casos, debiéndose respetar, en el resto de casos, la progresión espontánea del mismo. Así, siguiendo la estela de la atención al parto normal, y ya en el siglo XXI, multitud de organismos y asociaciones, tanto en el ámbito nacional como internacional, se suman a la iniciativa en pro de un parto normal, que busca el equilibrio entre la seguridad que puede aportar la atención al parto en el medio hospitalario y el derecho de la mujer a parir con respeto, a la intimidad y a participar en la toma de decisiones durante su parto (NICE, 2007; FAME, 2007; Ministerio de Sanidad y Consumo, 2007; Conselleria de Sanitat, 2009; Ministerio de Sanidad y Política Social, 2010; NICE, 2014; OMS, 2018). Igualmente, los grupos profesionales de matronas en todo el mundo trabajan para preservar el parto “normal” (Darra, 2009), y la *International Confederation of Midwives* (ICM) incluye

dentro de las funciones de las matronas la “promoción del parto normal” (ICM, 2005).

Sin embargo, el concepto de parto normal resulta un tanto rígido, ya que no incluye elementos muy habituales en la atención al parto en nuestro país, como la utilización de analgesia epidural o el manejo activo del alumbramiento. Por eso, en determinados ámbitos, se prefiere hablar de otros conceptos, como “parto humanizado” o “parto respetado”, que hacen referencia a un modelo de atención que hace énfasis en “el protagonismo de la mujer, el bebé y la pareja durante el parto, dando prioridad a la toma de decisiones de las mujeres, la posición vertical del parto, el apego inmediato y la lactancia materna. El proceso fisiológico del parto debe apoyarse para que sea lo más natural posible, sustentado en las últimas investigaciones científicas y en el enfoque basado en evidencias, con intervenciones científico-medicalizadas solo en respuesta de riesgos y complicaciones” (Almaguer *et al.*, 2012). Aunque este concepto explicita elementos que se consideran interesantes con respecto al concepto de parto normal (vínculo madre-hijo, acompañamiento por la persona de su elección, libertad de movimientos y posición para el parto, protagonismo de la pareja...), sigue sin resolver las cuestiones anteriormente referidas acerca de los elementos culturalmente interiorizados en nuestro entorno como parte de un parto normal, humanizado o respetado.

Capítulo 2.
El área de salud de La Ribera (Valencia) como
caso de estudio

2. El área de salud de La Ribera (Valencia) como caso de estudio

2.1. La peculiaridad del área de salud de La Ribera: primera colaboración público-privada en el ámbito sanitario en España

El Hospital Universitario de La Ribera (HULR) es un hospital comarcal situado en Alzira (Valencia), con una dotación de 303 camas y que da cobertura sanitaria a una población cercana a los 250.000 habitantes. Se construye y se pone en funcionamiento en 1999 como resultado de la publicación de la Ley sobre habilitación de nuevas formas de gestión del Sistema Nacional de Salud (Ley 15/97, 1997), que abre la puerta a nuevas fórmulas de gestión sanitaria en el sistema sanitario español. Ello se ve facilitado por el hecho de que todas las regiones españolas tuviesen ya la competencia de la gestión de los servicios sanitarios.

Entre las nuevas fórmulas de gestión se encuentran iniciativas de privatización directa o formal (como por ejemplo las fundaciones y los institutos clínicos) y la privatización funcional o gestión indirecta, que incluye diferentes posibilidades, como las organizaciones sanitarias integradas en Cataluña (Vázquez *et al.*, 2005) y las colaboraciones público-privadas en otras regiones de España, como Madrid y Valencia (Sánchez-Martínez *et al.*, 2014). Dentro de las colaboraciones público-privadas destacan las iniciativas de financiación privada (PFI), que se orientan a la prestación de servicios no asistenciales (principalmente el diseño y construcción de infraestructuras sanitarias) y los partenariados público-privados (PPP), en las que, además de lo anterior, el sector privado se encarga de la gestión de los servicios clínicos. Este es el caso del HULR, donde el sector privado se encarga tanto del diseño y construcción de infraestructuras sanitarias como de la gestión de los servicios clínicos (López-Casnovas y Llano-Señarís, 2017).

En términos generales, una PPP puede definirse como “*a long-term contract between a private party and a government agency, for providing a public asset or service, in which the private party bears significant risk and management responsibility*” (Roehrich *et al.*, 2014). El objetivo de dichas fórmulas de gestión sanitaria es el de mejorar la eficiencia y controlar el gasto sanitario, al tiempo que se mantiene un servicio universal de calidad (Sánchez-Martínez *et al.*, 2014) y se caracterizan por el principio básico de “la separación entre la financiación realizada por el ente público y la provisión de los servicios, que es responsabilidad de la concesión administrativa formada por una Unión Temporal de Empresas (UTE)” (Tarazona *et al.*, 2005).

La proliferación de estas fórmulas de gestión sanitaria no representa, sin embargo, un fenómeno exclusivo de España. Están presentes en diferentes países, como Italia, Francia, Portugal, Canadá y Australia (Barlow *et al.*, 2013), y han sido objeto de diferentes evaluaciones en países como Portugal, España, Reino Unido e Italia (López-Casanovas y Llano-Señarís, 2017). En el caso de España, este modelo se extiende progresivamente por otras áreas de salud de la región valenciana, dando cobertura en la actualidad al 20 % de la población total de la región, y por otras regiones del país (por ejemplo, prácticamente todos los hospitales de nueva construcción de la Comunidad de Madrid responden a este modelo) (Rechel *et al.*, 2009; Barlow *et al.*, 2012; Caballer-Tarazona and Vivas-Consuelo, 2016). Esta proliferación se ha producido pese a que, hasta la fecha, no existen apenas evaluaciones independientes que pongan de relieve con la necesaria claridad cuáles son los resultados de tales fórmulas de colaboración (López-Casanovas y Llano-Señarís, 2017). Por tanto, el HULR, el buque insignia de las PPP en España, es un verdadero laboratorio de experimentación y a la vez una referencia tanto a nivel nacional como internacional (Barlow *et al.*, 2012).

En sus primeros años de funcionamiento, el Modelo Alzira solo se encargaba de la gestión hospitalaria (Atención Especializada –AE). Sin embargo, en 2003 se integra la Atención Primaria (AP), pasando

a gestionar el conjunto de servicios sanitarios del área de salud, lo que se denomina “gestión integral” (Tarazona *et al.*, 2005; Rechel *et al.*, 2009). Hasta ese momento, la totalidad de la plantilla de AP pertenecía al modelo sanitario público, dependiente del gobierno regional. Se les ofreció la opción de continuar en el modelo público o pasar al modelo privado. Aproximadamente un 20 % pasó al modelo privado, estableciéndose así la convivencia entre ambos modelos de gestión de recursos humanos dentro de los centros de AP.

La idea que subyace a esta gestión integral es la siguiente:

“Dado que la actividad del hospital depende de forma importante del resto de niveles asistenciales, la empresa privada sólo puede responsabilizarse por completo de la adecuada gestión de la actividad hospitalaria (AE) si controla asimismo su puerta de acceso (AP)” (López-Casanovas y Llano-Señarís, 2017, p. 25).

Su estrategia asistencial se basa en fomentar el conocimiento mutuo entre los profesionales del área, establecer pautas de actuación conjunta y definir objetivos comunes para el área de salud. Entre sus objetivos estratégicos destaca “conseguir que el ciudadano perciba una atención sanitaria sin escalones” (Tarazona *et al.*, 2005). Para ello, la coordinación entre niveles asistenciales se convierte en eje fundamental del sistema.

Con el objetivo de fortalecer esa continuidad asistencial, a partir de la integración de la AP en el Modelo Alzira se crean “comisiones integradas del área de salud”, orientadas al desarrollo del mapa de procesos propios del área. Así, entre ellas, se crea una comisión específica para la atención al proceso del embarazo-parto-puerperio (Tarazona *et al.*, 2005).

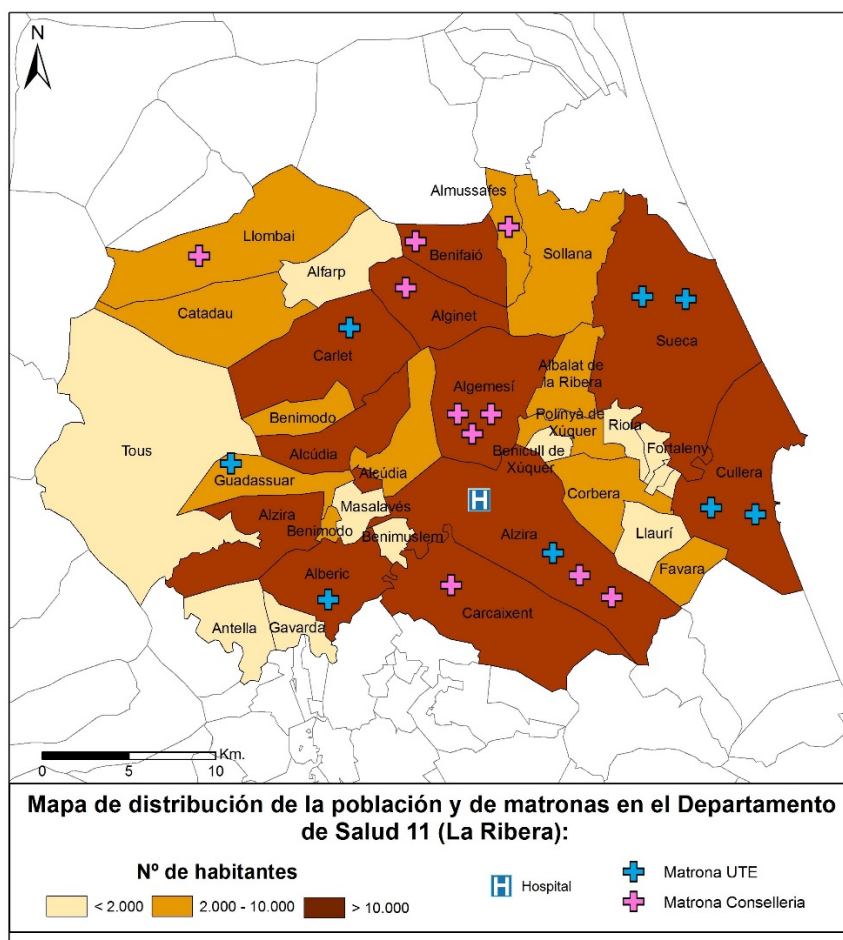
En el caso del colectivo de matronas que trabaja en el área de salud de La Ribera, la situación geográfica del área de salud se puede observar en la Figura 1 y la convivencia entre los 2 modelos de gestión de recursos humanos se representa gráficamente en la Figura 2.

Figura 1. Departamentos de salud de la Comunidad Valenciana



Fuente: <http://www.san.gva.es/web/comunicacion/organizacion-territorial>

Figura 2. Distribución de la población y las matronas del área de salud de La Ribera (2015).



Fuente: elaboración propia y J. J. Serrano

2.2. De un modelo de atención al parto intervencionista al modelo de atención al “parto normal” en el área de salud de La Ribera

La atención al parto en el HULR se ha caracterizado por la administración universal de la analgesia epidural a todas las parturientas que lo solicitaran, en un momento en el que la disponibilidad de analgesia epidural para el parto estaba muy

restringida en las áreas de salud cercanas. Esto conllevó la atención de un gran número de partos de gestantes pertenecientes a otras áreas de salud colindantes durante sus primeros años de funcionamiento, además de la atención al proceso de embarazo-parto-puerperio de las gestantes pertenecientes al área de salud. Así, entre los años 2005-2007 se llegó a atender un máximo de aproximadamente 2.700 partos anuales. Sin embargo, esta cifra fue disminuyendo desde entonces debido a una serie de factores concomitantes. Entre ellos destaca el descenso de la natalidad que ha acontecido en todo el territorio español desde el comienzo de la crisis económica de 2008, así como el retorno de inmigrantes que estaban asentados en el área de salud a sus países de origen, y la reducción del número de parturientas pertenecientes a otras áreas de salud debido a la universalización de la administración de la analgesia epidural en sus áreas de salud de origen.

El cambio en la atención al denominado parto normal en el paritorio del HULR es el fruto de un conjunto de acciones iniciadas entre 2010 y 2011, entre las que destaca el impulso y el interés por parte de la supervisión de paritorio en adaptar la forma de atender los partos a la nueva evidencia científica. Esto conllevó una actualización de los conocimientos de las matronas sobre el tema y una serie de reuniones del equipo de matronas en el que se contrastó la evidencia científica disponible con la práctica asistencial del paritorio y los protocolos de trabajo que se estaban siguiendo en ese momento.

Como consecuencia de ello, se pusieron en marcha de varios grupos multidisciplinares de mejora de calidad, y se elaboraron e implantaron diversos protocolos que se relacionan directamente con las recomendaciones de la “Guía de práctica clínica sobre la atención al parto normal” del Ministerio de Sanidad y Política Social (2010). Así, este proceso de cambio de modelo asistencial va materializando entre los años 2011 y 2014, culminando un proceso que se llevó a cabo a raíz de la iniciativa del equipo de matronas del HULR para adaptarse a la evidencia científica disponible (pero al margen de las necesidades o demandas que pudieran tener las parturientas, a las que

se les supuso un interés en formar parte activa de su proceso de parto).

Ese mismo año (2014) se puso en marcha una actividad informativa en el HULR para reforzar los conocimientos de las gestantes en su tercer trimestre de embarazo sobre la aplicación de los nuevos protocolos de atención al parto normal. Esta actuación formativa (Charla informativa de tercer trimestre o charla “Conoce tu paritorio”), que se sigue manteniendo en la actualidad, aprovechaba el interés que despierta la administración de analgesia epidural entre las gestantes del área de salud y, para ello, se programó de forma conjunta con una actividad formativa previa ya existente (Charla informativa sobre analgesia epidural).

Llegados a este punto, una vez realizado este cambio de modelo asistencial, resulta lógico analizar y valorar la aceptación de los nuevos protocolos de atención al parto normal por parte de las gestantes del área de salud de La Ribera, así como explorar sus expectativas de parto y sus preferencias para el mismo, valorando hasta qué punto están interesadas en aplicar en el mismo el modelo de atención al parto normal.

Para finalizar este apartado, resulta interesante contextualizar varias cuestiones. La primera de ellas, que en la actualidad se mantienen unas elevadas cifras de administración de analgesia epidural en los partos atendidos en el HULR, cercanos al 70 % del total de partos. Ello hace que no sea estrictamente correcto hablar de “parto normal”, existiendo otros términos más adecuados, como parto respetado o parto humanizado. Hecha esta aclaración, se continuará usando el término parto normal por ser el más habitualmente utilizado.

Por otro lado, se debe tener en cuenta que en abril de 2018 se ha producido la reversión del Modelo Alzira a la sanidad pública valenciana (Decreto 22/18, 2018), lo que ha provocado un cambio de panorama que, si bien no afecta a la recogida de datos de los trabajos incluidos en la tesis doctoral, ya que se produjo en un momento cronológico previo, sí que ofrece un nuevo ángulo desde el cual

analizar los resultados obtenidos y establecer estrategias de acción para la realización de futuras investigaciones.

Por último, cabe remarcar que, al margen de las cuestiones teórico-conceptuales y las referidas al modelo de gestión que se han señalado hasta aquí, tanto en cada una de las presentaciones de los diferentes artículos, como en cada uno de los mismos, se vuelve sobre los aspectos adicionales más relevantes que ayudan a su contextualización o análisis.

Capítulo 3.
Estructura y lógica interna de la tesis doctoral:
preguntas de investigación, hipótesis y objetivos
de la investigación

3. Estructura y lógica interna de la tesis doctoral: preguntas de investigación, hipótesis y objetivos de la investigación

Esta es una tesis por compendio de artículos que se han estructurado en tres grandes bloques (Tabla 1 y Figura 3). El proceso lógico de la investigación toma como punto de partida algunos interrogantes sobre la incorporación del paradigma de atención al parto normal en el área de salud de La Ribera (Alzira, Valencia). Estos interrogantes giran en torno al conocimiento que tienen las gestantes sobre los protocolos de atención al parto normal y en qué medida estos acaban integrándose en su proceso de parto (bien por iniciativa de las gestantes, o bien por sugerencia o decisión de las matronas que las atienden). Así, el primer bloque de la tesis doctoral incluye un artículo en el que se analiza cómo perciben y valoran las gestantes de La Ribera los cambios en la atención al parto recientemente implementadas. Las respuestas a esas cuestiones abrirán dos grandes bloques de investigación, en cada uno de las cuáles se plantean otras dos investigaciones.

En el segundo bloque se analizan en profundidad dos cuestiones, ambas referidas a las gestantes. Por un lado, cuáles son sus expectativas de parto y, por otro, cuáles son las fuentes de información a partir de las que se conforman dichas expectativas. Estas cuestiones se abordan en el segundo y tercer artículo de la tesis, respectivamente.

Del primer artículo surge también el tercer bloque de la tesis doctoral, en el que se plantean dos nuevas cuestiones, ahora en torno al colectivo de matronas, y que se abordan en los artículos cuarto y quinto de la tesis doctoral. Por un lado, se explora, desde una perspectiva fenomenológica, la percepción que tienen las matronas de su coordinación asistencial según el nivel asistencial en el que desempeñan sus funciones (AP y AE) y el modelo de gestión para el que trabajan (público o privado). Por otro lado, se analiza cuáles son

los flujos de información entre las matronas de La Ribera, en base a la estructura y características de la red social que conforman en función de esos dos mismos atributos (nivel asistencial y modelo de gestión de recursos humanos).

Ciertamente las cinco investigaciones que componen esta tesis doctoral no cierran todos los interrogantes posibles, algunos incluso previos, otros surgidos a lo largo de la investigación, y que podrían constituir futuras líneas de trabajo. Así, por ejemplo, hay temas de gran interés pendientes, como el estudio de la forma en que se relaciona el colectivo de matronas y el resto del personal sanitario que atiende a la salud materno-infantil, o cómo se percibe la coordinación entre matronas desde el punto de vista de los usuarios del sistema sanitario (es decir, las gestantes). Igualmente, la reciente reversión del Modelo Alzira al sector público¹ deja pendiente un análisis comparado de los flujos de información dentro de la red social de matronas que se han reflejado en la investigación actual con los posibles flujos de información que, en teoría, podrían estar derivándose de esa reversión.

Como se ha señalado anteriormente, el punto de partida son una serie de interrogantes, surgidos en gran parte como consecuencia de la experiencia acumulada en el ejercicio profesional en el paritorio del HULR, acerca de cómo se ha producido la implementación de los protocolos de atención al parto normal y cómo los valoran las gestantes. A partir de esta percepción surgen una serie de preguntas de investigación y unas posibles hipótesis a las que se pretende dar respuesta en el curso de la investigación. En función del tipo de metodología utilizada en cada artículo, se formularán unas determinadas preguntas de investigación, fundamentalmente en el caso de las investigaciones realizadas con metodología cualitativa; o bien se formularán hipótesis de investigación, mayoritariamente en

¹ DECRETO 22/2018, de 23 de marzo, del Consell, por el que se regulan los efectos de la extinción del contrato de gestión de servicio público por concesión del Departamento de Salud de la Ribera, en materia de personal.

http://www.dogv.gva.es/datos/2018/03/28/pdf/2018_3087.pdf

el caso de las investigaciones cuantitativas. En cualquier caso, tal como sugieren Bryman (2012) y Codina (2018), es posible utilizar tanto preguntas de investigación como hipótesis en cualquiera de las metodologías utilizadas.

Las primeras preguntas de investigación con las que se abre la tesis doctoral, y que se pretenden responder en el primer artículo, son las siguientes:

1. ¿Conocen las gestantes de La Ribera los protocolos de atención al parto normal que se han implantado en el paritorio del HULR?
2. ¿Desean las gestantes que estos protocolos se incluyan en su proceso de parto?
3. Llegado el momento del parto ¿toman las gestantes la iniciativa de solicitar que los protocolos de atención al parto normal se incluyan en su proceso de parto, o son las matronas de paritorio las que los aplican sin consensuarlo con las parturientas?

Se postula que el cambio en el modelo asistencial en el paritorio del HULR hacia un modelo de parto normal puede haberse desarrollado a partir de la iniciativa de las matronas que trabajan en AE. Es decir, que cabe la posibilidad de que tanto las matronas de AP encargadas del seguimiento del embarazo y la preparación al parto como las gestantes del área de salud de La Ribera desconocieran que este proceso de cambio asistencial se había puesto en marcha y se estaba implementando. La presunción de que las matronas de AP desconocen el cambio de modelo asistencial que se está implementando implica que pueden estar transmitiendo información desactualizada sobre lo que puede encontrar una gestante cuando llegue el momento del parto en el hospital.

Por lo tanto, puede plantearse como hipótesis de partida que las gestantes de La Ribera no están lo suficientemente bien informadas acerca de la introducción del paradigma de parto normal en el HULR. En consecuencia, no pueden expresar su deseo de incluir unos

protocolos que no conocen ni, en principio, podrán solicitarlos cuando llegue el momento.

Derivados de estos interrogantes se plantean tres objetivos de investigación:

- Determinar el porcentaje de gestantes que conocen los nuevos protocolos de atención al parto normal y desean incluirlos en su parto, así como los motivos de no inclusión
- Conocer la valoración (positiva o negativa) que hacen las gestantes de los protocolos que no deseaban incluir en su parto, pero finalmente formaron parte del mismo
- Determinar el porcentaje de gestantes que asisten a las actividades formativas / informativas preparto programadas y los motivos de no asistencia a las mismas

La investigación realizada en 2014-2015 en el HULR pretende dar respuesta a estas preguntas y conforma el primer artículo de la presente tesis doctoral (**Camacho-Morell, F. y Romero-Martín, M. J. (2017). Cambio de modelo asistencial en la atención al parto normal: aplicación en el paritorio de La Ribera. *Revista de Calidad Asistencial*, 32(5), 255-261.**

Los resultados obtenidos en este primer trabajo muestran un conocimiento bastante aceptable de los protocolos de atención al parto normal por parte de las gestantes de La Ribera. Este resultado ha resultado incluso sorprendente, porque claramente un elevado porcentaje de gestantes expresan su deseo de incluir dichos protocolos en su parto. Adicionalmente, tienen una valoración mayoritariamente positiva de los protocolos introducidos en su parto (exceptuando el caso puntual de la administración de óxido nítrico durante el proceso de parto, valorado de forma negativa). Con respecto a las actividades formativas/informativas preparto que se programan tanto desde AP como desde AE, esta investigación también ha permitido detectar una falta de información en las gestantes acerca de la existencia de tales actividades. Este resultado es especialmente importante porque podría estar condicionando que

la información que utilizan para generar sus expectativas de parto proceda de otras fuentes de información alternativas a las ofrecidas por los profesionales sanitarios.

Entre las conclusiones de este estudio destaca la necesidad de adaptar los contenidos de la preparación al parto al nuevo paradigma de atención al parto normal, alineando la información que reciben las gestantes desde AP con el modelo asistencial implantado en paritorio. La literatura subraya la importancia de la información que se proporciona durante la gestación, ya que desempeña un papel relevante en la elaboración de expectativas de parto (Ferreiro-Losada *et al.*, 2013). A su vez, las mujeres utilizan sus expectativas previas como referencia para evaluar su satisfacción con el parto (Hauck *et al.*, 2007) y dicha satisfacción se ha incorporado como una medida más de la calidad de los cuidados (Mira y Aranaz, 2000).

Por todo ello esta investigación inicial deja determinadas cuestiones sin resolver. Por un lado, se desconoce la procedencia de la información que manejan las embarazadas para la creación de sus expectativas de parto y cuáles son finalmente las expectativas con las que las embarazadas se enfrentan a la experiencia de parto normal en el paritorio del HULR. Por otro lado, se plantea una posible comunicación deficiente y una coordinación escasa entre las matronas de AP y AE.

Como consecuencia de ello surgen los dos grandes bloques de cuestiones siguientes, que se analizarán desde una doble perspectiva en cuanto a los sujetos de investigación (matronas y gestantes) y en lo relativo a la metodología, tanto fenomenológica como a través del enfoque metodológico del Análisis de Redes Sociales (ARS).

El segundo bloque de investigación, centrado en las gestantes, intentará responder a las siguientes preguntas de investigación:

1. ¿Qué es lo que realmente desean y esperan las gestantes de La Ribera en su proceso de parto? Es decir, ¿cuáles son las expectativas de parto de las gestantes?

2. ¿Existe una diferencia en las expectativas de parto de las gestantes en función de su paridad?
3. ¿Se alinean dichas expectativas con los protocolos de atención al parto normal recientemente implantados?
4. ¿De dónde procede la información que utilizan las gestantes para crear sus expectativas y tomar decisiones sobre aspectos relacionados con el embarazo y el parto?
5. ¿Qué papel juega cada una de las grandes tipologías de fuentes de información (personales, profesionales y públicas) en este proceso de formación de expectativas y toma de decisiones?
6. ¿Cuál es la fuente de información más utilizada, la más influyente y la de mayor calidad desde la perspectiva de las gestantes?
7. ¿Cuáles son las fuentes de información consideradas deficientes por las gestantes y cómo gestionan las contradicciones entre la información que proporcionan diversas fuentes?

Las tres primeras preguntas se exploran en el segundo de los trabajos publicados (Camacho, F. y Romero, M. J. (2018). **Expectativas de parto de las gestantes de La Ribera: una aproximación cualitativa.** *Enfermería global*, 49, 324-333). Las expectativas de parto son construcciones complejas y multidimensionales que implican muchos aspectos del parto (Ayers, 2005), y se pueden definir como juicios y creencias sobre el futuro que pueden estar influidas por situaciones pasadas (Sweeny, 2013). Pueden diferir significativamente de una mujer a otra y cambiar con el paso del tiempo (Beaton, 1990), por lo que se especula que puedan evolucionar con los sucesivos embarazos de una misma mujer.

Por ello, los objetivos del segundo artículo son:

- Explorar las expectativas de parto de una muestra de gestantes del área de salud de La Ribera mediante una aproximación cualitativa
- Realizar una comparación entre las expectativas de parto de las mujeres primíparas y multíparas

Para la aproximación cualitativa, se ha trabajado con una tipología de siete categorías de expectativas de las gestantes de La Ribera (parto rápido, relacionadas con el dolor, buen resultado obstétrico, apoyo, relacionadas con el tipo de parto, información y control, y relacionadas con los protocolos de atención al parto normal). Los resultados ponen de relieve que no hay diferencias estadísticamente significativas entre las gestantes primíparas y multíparas.

El resto de preguntas relativas a las gestantes (del número 4 al 7) se intentan responder desde el enfoque metodológico del ARS en el tercer artículo que conforma la presente tesis doctoral (**Camacho-Morell, F. y Esparcia, J. (2020). Influence and use of information sources about childbearing among Spanish pregnant women. *Women and birth*. 33(4), 367-376.**

En este caso, la hipótesis de partida es que las gestantes de La Ribera otorgan gran importancia a la información que reciben a través de, principalmente, sus fuentes de información personales (madre, familiares, amigos), a pesar del auge de la información proporcionada por las nuevas tecnologías (fuentes de información públicas) en los últimos años.

El objetivo principal de esta investigación es detectar y analizar las fuentes de información más utilizadas y más influyentes para las gestantes en la conformación de expectativas y toma de decisiones.

Además, se establecen unos objetivos secundarios:

- Valorar la calidad y la utilidad de las fuentes de información que utilizan las gestantes
- Describir las fuentes profesionales valoradas como deficitarias por las gestantes y sus propuestas para mejorar la información que proporcionan los profesionales
- Analizar las diferencias en la red de información en función de la paridad de la gestante

En contra de la hipótesis inicialmente formulada, las fuentes de información de mayor calidad y utilidad para las gestantes de La Ribera son los profesionales sanitarios en general. Más concretamente, la matrona se configura como la fuente de información más utilizada y más influyente. Además, las gestantes demandan información personalizada y transmitida cara a cara. En función de la paridad de las gestantes, se encuentran diferencias estadísticamente significativas, como una menor utilización de fuentes públicas y un mayor uso de fuentes profesionales. Además, la paridad también influye en la forma en que se resuelven las contradicciones provocadas por la comparación de diferentes fuentes de información.

El tercer bloque de investigación, centrado en la perspectiva de las matronas, intenta dar respuesta a las siguientes preguntas de investigación:

1. ¿Existe un buen flujo de comunicación entre las matronas de AP (encargadas de la educación prenatal, que desconocían la implantación de los protocolos de atención al parto normal) y las matronas de AE (que eran las responsables de ponerlo en práctica)?
2. ¿Influye la existencia de 2 modelos de gestión de recursos humanos en el área de salud de La Ribera en la comunicación y coordinación asistencial de las matronas de ambos niveles asistenciales?

La hipótesis central de este bloque de la investigación es que la comunicación y coordinación entre las matronas del área de salud de La Ribera puede ser deficitaria. Pese a que tradicionalmente se señala a la división en dos niveles asistenciales como principal obstáculo para una adecuada coordinación y cooperación entre profesionales sanitarios, en el caso del área de salud de La Ribera, la coexistencia de dos modelos de gestión de recursos humanos (público/privado) puede ser el factor que en mayor medida esté limitando la eficiencia de esa red social.

Para responder a estas cuestiones se plantea una investigación cuyo foco de atención son las matronas del área de salud de La Ribera y que analiza los flujos de información entre ellas mediante una doble metodología. Por un lado, desde una perspectiva fenomenológica, se plantean los siguientes objetivos:

- Explorar, desde una perspectiva fenomenológica, la situación actual de coordinación entre niveles asistenciales y modelos de gestión de recursos humanos de las matronas del área de salud de La Ribera
- Explorar las propuestas de mejora planteadas por las matronas de ambos niveles asistenciales y ambos modelos de gestión

Por otro lado, mediante el enfoque metodológico del ARS, se plantean los siguientes objetivos:

- Definir el grado de cohesión de la red social de matronas del área de salud de La Ribera
- Analizar las pautas reticulares de las matronas, en particular posiciones de centralidad y capacidad de intermediación, y su relación con atributos como pertenencia a modelo de gestión y nivel asistencial
- Detectar las pautas de colaboración entre actores en función de sus principales atributos

Las respuestas a este segundo bloque de investigación son los artículos cuarto y quinto de la presente tesis doctoral:

Camacho-Morell, F., Espert-Galera, J., Sanchis-Valero, S. y Sebastián-Abril, S. (2019). Coordinación entre matronas del área de salud de La Ribera desde un enfoque fenomenológico. *Matronas Profesión*, 20(1), 5-12.

Camacho-Morell, F. y Esparcia, J. (2020). A contribution to the analysis of the first Spanish public-private partnership in primary and specialized maternity care: a Social Network Analysis approach. *Revista Internacional de Sociología* [en prensa, 28 p.]².

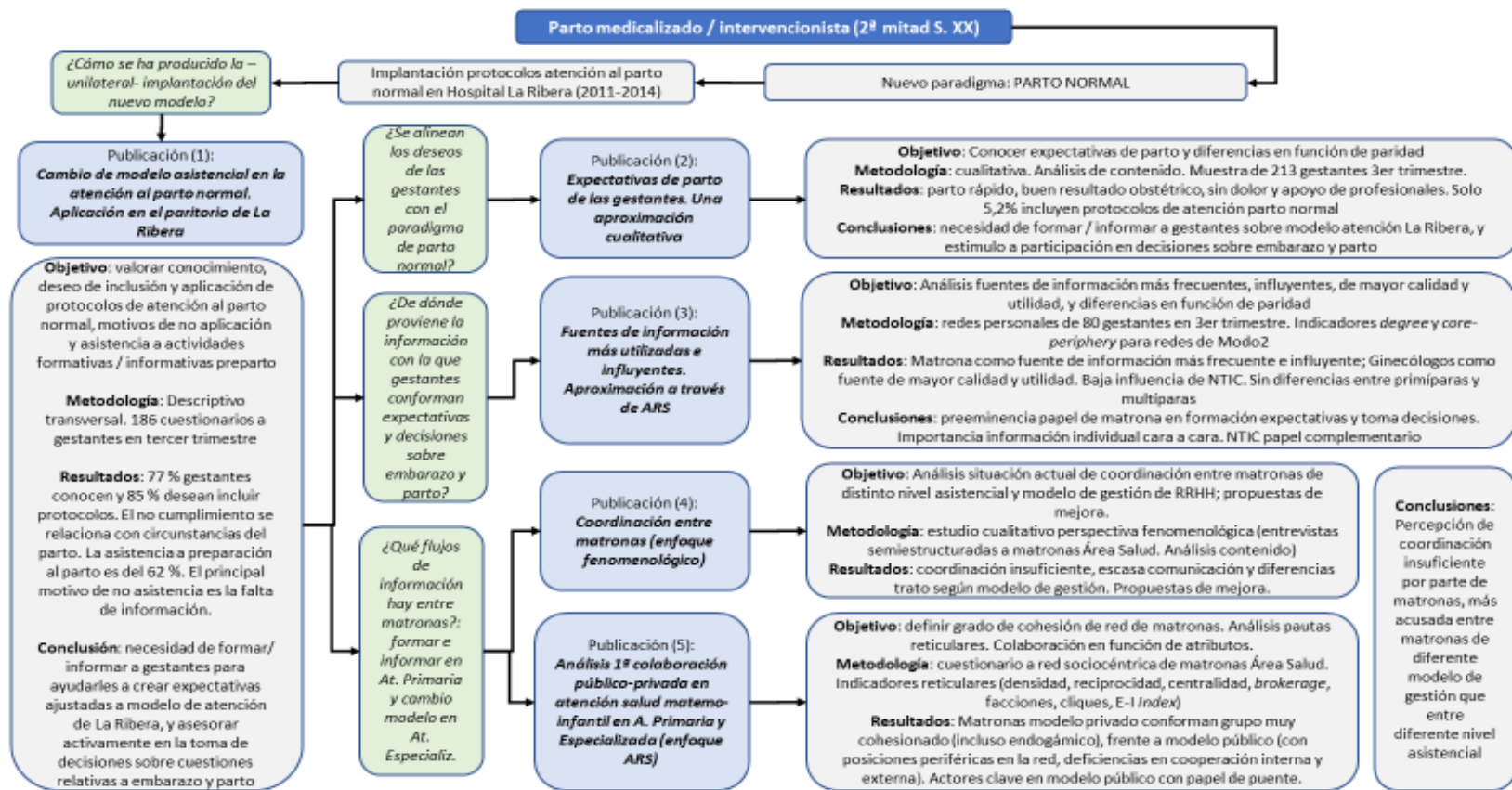
Los resultados obtenidos en este tercer bloque confirman que, efectivamente, la adscripción de las matronas de La Ribera a dos modelos de gestión de recursos humanos diferentes constituye un factor que condiciona la eficacia de la red social en mayor medida que la división en dos niveles asistenciales. El Modelo Alzira gestiona un grupo de matronas con una gran cohesión interna, lo que contrasta con el carácter aperturista del modelo público, en el que las relaciones son más reducidas tanto con las matronas del modelo privado como entre ellas mismas, dentro de esa parte del colectivo. Estos resultados, derivados de los indicadores de red, se complementan con los obtenidos desde la perspectiva fenomenológica, en la que las matronas refieren que su coordinación es escasa y deficiente, especialmente entre matronas que pertenecen a modelos de gestión de recursos humanos diferentes, y establecen diferentes propuestas de mejora para incrementar dicha coordinación y cooperación. El mapa conceptual que se presenta a continuación pretende resumir todos los aspectos que articulan la presente tesis doctoral, así como presentar brevemente los principales resultados obtenidos y las conclusiones que de ellos se derivan (Figura 3).

² Comunicación de aceptación el 17 de abril de 2020.

Tabla 1. Principales temáticas abordadas en la tesis, preguntas clave y publicaciones resultantes.

Temáticas	Pregunta-s clave	Publicaciones resultantes
1. El modelo asistencial: cambios en la atención al parto normal	1. ¿Cómo perciben y valoran las gestantes los cambios en la atención al parto en el área de salud de La Ribera (Valencia)?	Camacho-Morell, F. y Romero-Martín, M. J. (2017). Cambio de modelo asistencial en la atención al parto normal: aplicación en el paritorio de La Ribera. <i>Revista de Calidad Asistencial</i> , 32(5), 255-261).
2. Las gestantes: expectativas de parto y fuentes de información para su conformación.	2. ¿Cuáles son las expectativas de las gestantes de cara al parto?	Camacho, F. y Romero, M. J. (2018). Expectativas de parto de las gestantes de La Ribera: una aproximación cualitativa. <i>Enfermería global</i> , 49, 324-333
	3. ¿Cuáles son las fuentes de información a partir de las cuáles las gestantes conforman sus expectativas de parto?	Camacho-Morell, F. y Esparcia, J. (2020). Influence and use of information sources about childbearing among Spanish pregnant women. <i>Women and birth</i> , 33(4), 367-376.
3. Las matronas: Los flujos de información y redes sociales.	4. ¿Cómo se articula la coordinación asistencial entre matronas según nivel asistencial y modelo de gestión?	Camacho-Morell, F., Espert-Galera, J., Sanchis-Valero, S. y Sebastián-Abril, S. (2019). Coordinación entre matronas del área de salud de La Ribera desde un enfoque fenomenológico. <i>Matronas Profesión</i> , 20(1), 5-12.
	5. ¿En qué tipología de redes sociales se organizan las matronas, qué grado de cohesión tienen y cómo influye la pertenencia a cada nivel asistencial y modelo de gestión en la eficiencia de las redes sociales?	Camacho-Morell, F. y Esparcia, J. (2020). A contribution to the analysis of the first Spanish public-private partnership in primary and specialized maternity care: a Social Network Analysis approach. <i>Revista Internacional de Sociología</i> [en prensa, 28 p.] .

Figura 3. Mapa conceptual de la tesis doctoral: La atención a la salud materno-infantil en el área de salud de La Ribera (Valencia) desde la perspectiva de las gestantes y las matronas: aproximaciones desde la fenomenología y el Análisis de Redes Sociales



Capítulo 4. Cambio de modelo asistencial en la atención al parto normal: aplicación en el paritorio de La Ribera

4. Cambio de modelo asistencial en la atención al parto normal: aplicación en el paritorio de La Ribera

4.1. Contextualización: situación de partida y objetivos

Como se puede observar en la Tabla 2, existían en 2014 en el paritorio del HULR 4 situaciones diferenciadas. En primer lugar, aquellas recomendaciones relacionadas con el modelo de atención al parto normal que ya se asumían previamente como práctica clínica habitual del paritorio. En segundo lugar, aquellos protocolos que se habían introducido de forma progresiva desde 2011 como resultado del cambio de paradigma. En tercer lugar, los protocolos denominados de “próxima introducción”, que en 2014 estaban pendientes de aprobación (en el momento actual ya han sido incorporados y forman parte de la práctica clínica habitual del paritorio). Finalmente, las recomendaciones que no han podido implantarse hasta el momento actual, aunque formen parte de las recomendaciones del Ministerio de Sanidad y Política Social (como la atención personalizada “*one-to-one*” (una matrona para cada parturienta) y la atención al proceso de dilatación y/o expulsivo dentro del agua).

El estudio llevado a cabo en ese contexto planteó los siguientes objetivos:

1. Determinar el porcentaje de gestantes que conocen los nuevos protocolos y desean incluirlos en su parto, así como los motivos de no inclusión.
2. Conocer la valoración (positiva o negativa) de los protocolos que las gestantes no deseaban incluir en su parto, pero finalmente formaron parte del mismo.

- Determinar el porcentaje de gestantes que asisten a las actividades formativas/informativas programadas y los motivos de no asistencia.

Tabla 2. Comparación entre la “Guía de práctica clínica sobre la atención al parto normal” del Ministerio de Sanidad y Política Social (2010) y los protocolos de atención al parto normal implantados en paritorio

Recomendaciones de la "Guía de práctica clínica sobre atención al parto normal" del Ministerio de Sanidad y Política Social	Protocolos HULR
No permanecer acostada durante largos periodos de tiempo	Práctica habitual
Acompañamiento por la persona de su elección	
Posibilidad de beber líquidos durante el parto	Próxima introducción
Manejo activo de la tercera fase del parto	
Permitir el óxido nitroso para aliviar el dolor	
Movilizar a las mujeres con analgesia epidural	
Auscultación intermitente en mujeres de bajo riesgo	Protocolo implantado
Colocarse en la posición que les resulte más confortable durante el expulsivo	
Contacto piel con piel inmediatamente tras el nacimiento	
Inicio temprano de la lactancia materna (1ª hora tras el parto)	
Apoyo “one-to-one” (una matrona para una mujer)	Protocolo no implantado
Recomendar el parto dentro del agua	

Fuente: Camacho-Morell y Romero-Martín, 2017

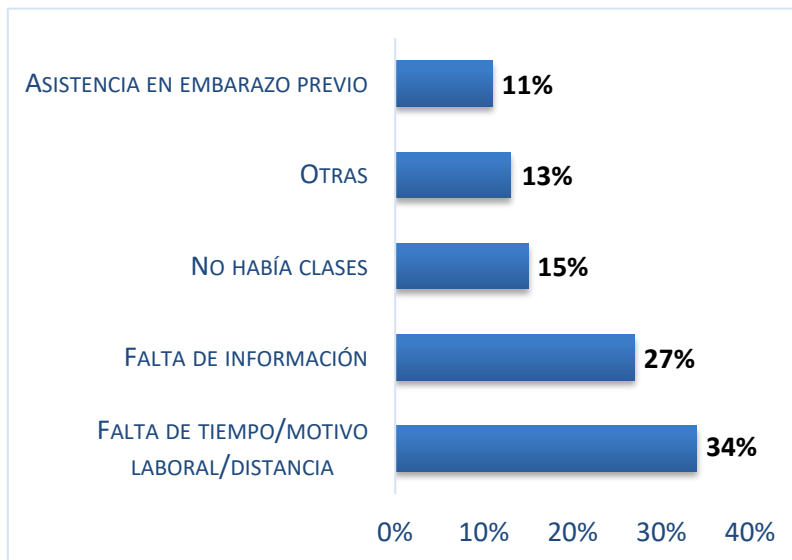
4.2. Resultados derivados de la investigación y otros resultados no publicados

Los resultados muestran, de forma global, un porcentaje aceptable de gestantes que conocían los protocolos de atención al parto normal implantados en el paritorio del HULR (77 % como media) y un porcentaje aún más elevado (85 %) de gestantes que deseaban incluir esos protocolos en la atención a su proceso de parto.

El principal motivo de no inclusión de protocolos fue la imposibilidad de llevarlo a cabo debido a las características del parto (56 %) y las valoraciones sobre los protocolos que las gestantes no deseaban incluir en su parto, pero finalmente formaron parte del mismo, fueron mayoritariamente positivas.

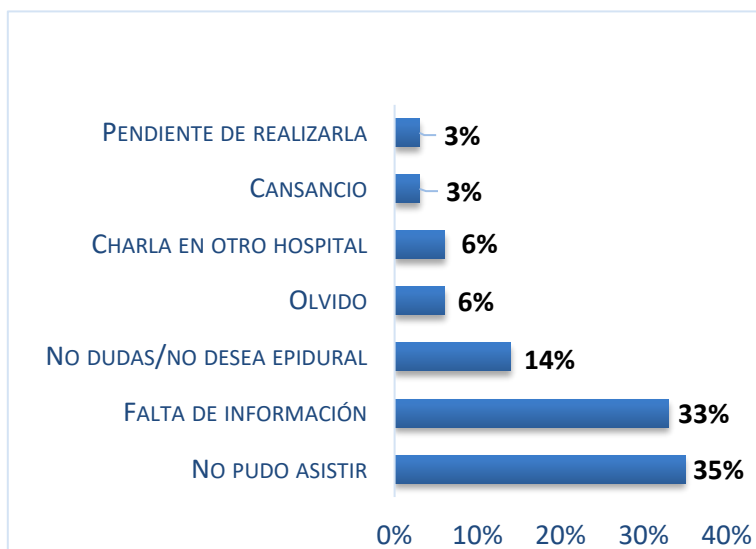
La asistencia a clases de preparación al parto fue del 62 %, con mayor cumplimiento entre las primíparas con un nivel de estudios medio-alto. La asistencia a la actividad informativa de tercer trimestre en hospital fue del 69 %. En ambos casos, la falta de información sobre dichas actividades se encuentra entre las causas de no asistencia más frecuentes (Figuras 4 y 5). Igualmente destaca que, cuando el motivo de no asistencia a preparación al parto fue “no había clases”, las gestantes especificaron que se debía a que la matrona se encontraba de vacaciones.

Figura 4. Motivos de no asistencia a clases de educación prenatal



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos recogidos en la “Encuesta de calidad de paritorio” (ECP, Junio 2014-Enero 2015, Anexo I)

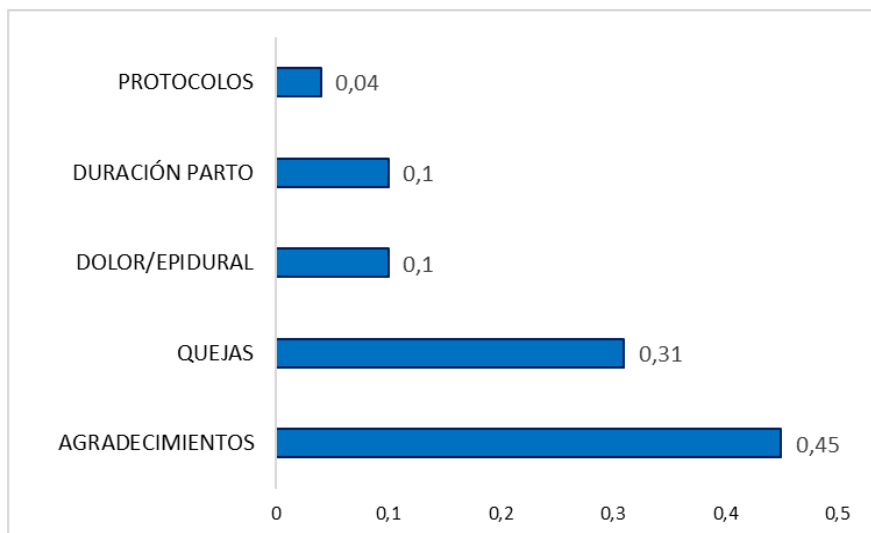
Figura 5. Motivos de no asistencia a la charla informativa de tercer trimestre



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos recogidos en la ECP (Junio 2014-Enero 2015, Anexo I)

Además de los resultados que se presentan en el artículo (Cambio de modelo asistencial en la atención al parto normal: aplicación en el paritorio de La Ribera), determinados aspectos de la investigación no tuvieron cabida en el contexto tan reducido de una publicación científica, pero sus resultados son suficientemente relevantes para formar parte del cuerpo de la tesis doctoral, por lo que se presentan a continuación. Así, por ejemplo, el cuestionario (Anexo I) recogía un apartado de respuesta libre para expresar comentarios al final del mismo. Los resultados obtenidos se sintetizaron de la siguiente manera: de los comentarios libres de las púerperas sobre su valoración del parto, un 45 % fueron agradecimientos y un 31 % quejas. El resto de comentarios se centraron en la excesiva duración del parto y el dolor, y tan solo un 4 % del total hicieron referencia a alguno de los protocolos de atención al parto normal introducidos en el paritorio (Figura 6), a pesar del alto porcentaje de conocimiento y deseo de inclusión expresados por las gestantes.

Figura 6. Comentarios libres expresados por las púerperas



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos recogidos en la ECP (Junio 2014-Enero 2015, Anexo I)

De los comentarios postparto referidos a dichos protocolos, los positivos se centraban en la vivencia de la experiencia del contacto precoz, lo interesante que les resultó la charla de tercer trimestre y la posibilidad de realizar el puerperio inmediato en paritorio. Los negativos, a su vez, se referían al hecho de no poder realizar el puerperio inmediato tras cesárea en paritorio y la sensación de excesiva duración del contacto precoz.

En algunas ocasiones la misma persona expresó tanto una queja como un agradecimiento. En estos casos lo más habitual fue que agradeciera el trato recibido por parte del personal sanitario, a pesar de que lo ocurrido durante el parto no se ajustara a sus expectativas. Las quejas más habituales a los ginecólogos hicieron referencia a la brusquedad y el mal trato, mientras que las quejas a matronas se refirieron a tener que empujar sola o no tener a la misma matrona de referencia durante todo el proceso de parto.

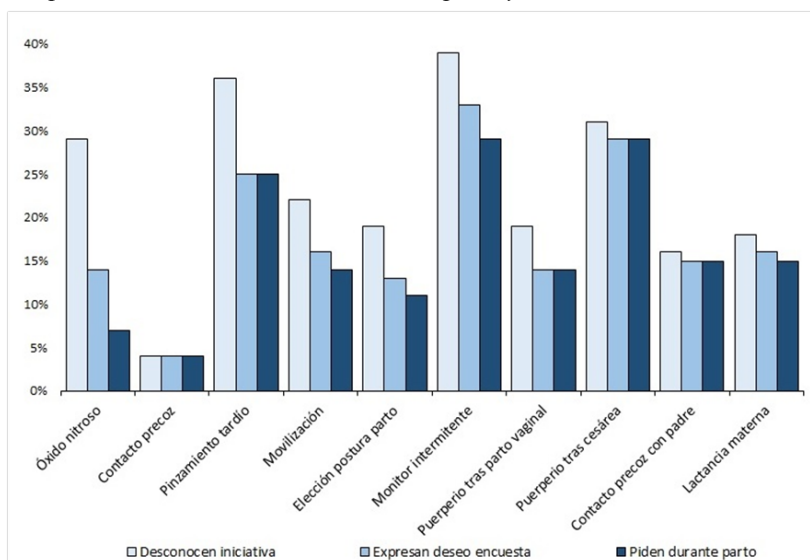
Estos comentarios ayudan a contextualizar algunos puntos importantes, como la importancia de tener una atención continuada “*one-to-one*” durante la dilatación y el expulsivo. El apoyo continuo durante el parto (Sandall, 2014; Sandall *et al.*, 2015) es una de las reivindicaciones de las matronas del paritorio de La Ribera como condición imprescindible para poder decir que se sigue el paradigma del parto normal. Es una medida universalmente incluida en los documentos de consenso y guías de práctica clínica consultadas, a pesar de lo cual, hoy en día continúa dejándose al azar tal cuestión, ya que dependiendo de la presión asistencial del paritorio una matrona podrá dedicarse de forma exclusiva a una parturienta o no. Por otra parte, el hecho de que solo un 4 % de los comentarios hicieran referencia a los protocolos de atención al parto normal puede avanzar una idea de que, tal vez, dichos protocolos no tengan un papel protagonista entre las expectativas de las gestantes (como se pondrá de relieve más adelante).

Otro de los aspectos que se analizaron en esta investigación y no tuvieron cabida en el artículo correspondiente es el que se puede

observar en la Figura 7, en la que se muestra lo que ocurre con el porcentaje de gestantes que desconocían cada uno de los protocolos.

En el curso de la encuesta se aprovechaba para dar información acerca de los protocolos que las gestantes referían desconocer, tras lo cual se les pedía que dijeran si, a la luz de esa nueva información, deseaban incluir esas iniciativas desconocidas en su proceso de parto. Posteriormente, tras el parto, se les preguntaba si finalmente lo habían solicitado. Así, se ha podido comprobar que la información individualizada que se proporciona a las gestantes en el momento de la encuesta consigue elevar la petición expresa de los protocolos de atención al parto normal en la práctica totalidad de los casos. Ello pone de relieve la comparativamente mayor eficacia de la información transmitida de forma individual y cara a cara respecto de la información transmitida de forma grupal (aquella que han podido recibir las gestantes a través de las actividades formativas e informativas a las que hayan asistido).

Figura 7. Gestantes que desconocían los protocolos de atención al parto normal, expresaron su deseo de incluirlos en su parto y los solicitaron durante el mismo



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos recogidos en la ECP (Junio 2014-Enero 2015, Anexo I)

En cuanto a los protocolos concretos, el óxido nitroso, el pinzamiento tardío de cordón y la monitorización intermitente son los menos conocidos, menos deseados y finalmente menos solicitados en el transcurso del parto por parte de las gestantes de la muestra. En el extremo opuesto, el contacto precoz piel con piel es el protocolo que todas las gestantes que lo desconocían expresaron su deseo de incluirlo en su parto y lo demandaron de forma activa en el transcurso del mismo. Este resultado permite aproximar el grado de aceptación de los protocolos para aquellas gestantes que los desconocían y refuerza la idea de que la información a las gestantes sobre el cambio de modelo asistencial puede contrarrestar las posturas conservadoras asociadas a la falta de información.

Así, la literatura refleja que se observa a la vez en las gestantes un alto interés en tener un parto menos medicalizado y una falta de información, lo que conlleva una postura conservadora respecto de la introducción de nuevos elementos en el parto (Vena y Revolo, 2011). Solo una información rigurosa, que proceda de una fuente fiable, y que llegue a las gestantes a través de los cauces adecuados (cara a cara e individualizada) puede favorecer la autonomía de las gestantes y contrarrestar la sumisión al sistema en la que nos encontramos.

La Tabla 3 presenta la valoración postparto de los protocolos que, en ese momento, se habían introducido de forma efectiva dentro de la práctica asistencial del paritorio, expresados por aquellas parturientas que no deseaban incluirlos en su parto, pero que finalmente fueron incluidos en el mismo. De nuevo es el óxido nitroso el peor valorado, posiblemente debido a sus efectos secundarios (náuseas, vómitos, somnolencia y alteración del recuerdo, según la guía CG55 del *National Institute for Health and Clinical Excellence*, 2007) y al hecho de que la mayoría de las gestantes atendidas en el HULR demandan la analgesia epidural como único método de alivio del dolor.

Adicionalmente, se observa una valoración indiferente en un elevado porcentaje de gestantes que iniciaron la lactancia materna de forma

precoz. El hecho de que no la valoren de forma más positiva no debe influir en la buena práctica que, a nivel internacional, supone el comienzo precoz de la lactancia materna antes de la primera hora de vida. Antes bien, el objetivo debe volver a ser, de nuevo, informar adecuadamente a las gestantes acerca de su importancia para conseguir modificar su postura al respecto.

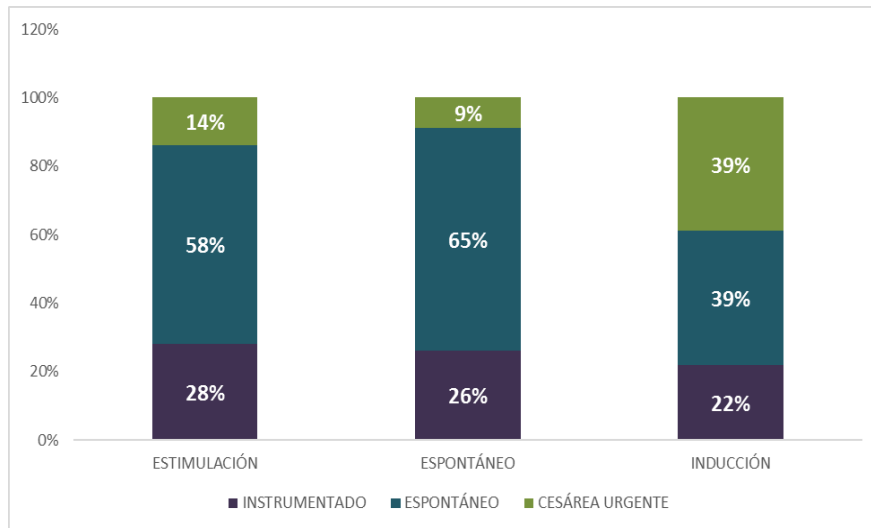
Tabla 3. Valoración de los protocolos de atención al parto normal no deseados, pero finalmente incluidos en el proceso de parto de las gestantes del HULR

Protocolo de atención al parto normal	Positiva	Negativa	Indiferente
Óxido nítrico	37	50	13
Pinzamiento tardío	50	0	50
Movilización en sala maternidad y dilatación	100	0	0
Elección de postura de parto	100	0	0
Monitorización intermitente	50	0	50
Puerperio inmediato tras parto vaginal	100	0	0
Puerperio inmediato tras cesárea	100	0	0
Inicio precoz de lactancia materna	33	0	67

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos recogidos en la ECP (Junio 2014-Enero 2015, Anexo I)

Por último, quería destacar un resultado no publicado acerca de la forma de inicio y finalización del parto. Como se puede comprobar en la Figura 8, que relaciona la forma de inicio y de finalización del parto, existe poca diferencia en la forma de finalización del parto entre aquellos partos que se inician de forma espontánea o estimulada. Sin embargo, las inducciones de parto conllevan un elevado porcentaje de finalización de parto en forma de cesárea urgente. Ello debe llevarnos a reflexionar acerca de la importancia de respetar la fisiología del parto y continuar trabajando para implantar los protocolos de atención al parto normal todavía no implementados en el paritorio, con el objetivo de mejorar los resultados obstétricos.

Figura 8. Forma de finalización del parto en función de la forma de inicio de parto (estimulación, espontáneo o inducción)



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos recogidos en la ECP (Junio 2014-Enero 2015, Anexo I)

4.3. Conclusiones y cuestiones pendientes

A pesar de que los resultados obtenidos son relativamente satisfactorios, en la discusión se resaltan algunos aspectos que precisarían una exploración más a fondo. Por ejemplo, es necesaria una mayor información a las gestantes, principalmente por parte de las matronas de AP, ya que uno de los resultados del estudio es que las gestantes no acuden a las actividades formativas preparto por falta de información. Así, la falta de información sobre las actividades formativas preparto puede conducir a otras dos potenciales situaciones de desinformación: la falta de información sobre los aspectos relacionados con el embarazo y parto, y/o la búsqueda de información en fuentes alternativas a las oficiales.

Si partimos de la premisa de que solo una información de calidad permitirá que las gestantes tengan las herramientas adecuadas para afrontar su parto de forma activa y tomar protagonismo en el mismo, así como crear unas expectativas realistas a la situación concreta que se van a encontrar en el momento de su parto, la exploración de las fuentes de información utilizadas por las gestantes del área de salud se convierte en una primera línea de investigación que resultaría recomendable explorar en el futuro.

También se ha detectado una deficiencia en el conocimiento que tienen las matronas de AP sobre los nuevos protocolos introducidos en el paritorio, lo que alerta sobre una posible falta de comunicación entre ambos niveles asistenciales. Es decir, parece ser que este cambio de paradigma asistencial se ha llevado a cabo sin la intervención de los profesionales implicados en la formación de las gestantes y la preparación al parto. Como consecuencia, es posible que dicha preparación al parto no esté en sintonía en la actualidad con los parámetros y protocolos de atención al parto normal que se han implantado en paritorio. Y no solo no se ha contado con esos profesionales clave en la atención a la salud materno-infantil para planificar o poner en marcha dicho cambio de modelo asistencial, sino que las matronas de AP del área de salud de La Ribera ni siquiera han sido informadas de dicho cambio, a pesar de su papel protagonista en las actividades de preparación al parto.

Ello hace que sea pertinente explorar cómo es la coordinación, cooperación y flujos de comunicación entre las matronas del área de salud de La Ribera, lo que constituye la segunda línea de investigación pendiente. Además, el hecho de que en el área de salud de La Ribera convivan matronas que pertenecen a dos modelos de gestión de recursos humanos puede, al menos de forma hipotética, suponer un obstáculo añadido que dificulte aún más dicha comunicación.

Por todo ello, se abren dos nuevas líneas de investigación a partir de este tema inicial, a las que se intenta dar respuesta en las investigaciones posteriores. Con ello se pretende lograr una panorámica amplia sobre la situación actual de la atención a la salud materno-infantil en el área de salud de La Ribera, tanto desde la perspectiva de las gestantes como desde la perspectiva de las matronas encargadas de su atención:

- Explorar las fuentes de información que manejan las gestantes para la conformación de sus expectativas de parto y la posterior toma de decisiones.
- Explorar los flujos de información y la situación actual de coordinación entre matronas de AP y AE en el área de salud de La Ribera y las posibles diferencias entre ellas en función de su adscripción a un determinado modelo de gestión de recursos humanos.

Sin embargo, antes de adentrarnos en estas líneas de investigación, debemos acotar cuáles son las expectativas de parto de las gestantes de La Ribera y la relación entre dichas expectativas y los protocolos de atención al parto normal introducidos en la atención al parto normal en el HULR.

4.4. Artículo 1. *“Cambio de modelo asistencial en la atención al parto normal: aplicación en el paritorio de La Ribera”*

Camacho, F., Romero, M. J. (2017). Cambio de modelo asistencial en la atención al parto normal: aplicación en el paritorio de La Ribera. *Revista de Calidad Asistencial* 32(5): 255-261.



SOCIEDAD ESPAÑOLA DE
CALIDAD ASISTENCIAL

Revista de Calidad Asistencial

www.elsevier.es/calasis



ORIGINAL

Cambio de modelo asistencial en la atención al parto normal: aplicación en el paritorio de La Ribera



F. Camacho-Morell^{a,b,*} y M.J. Romero-Martín^a

^a *Matrona del paritorio, Hospital Universitario de La Ribera, Alzira, Valencia, España*

^b *Doctoranda del Programa de doctorado en Enfermería Clínica y Comunitaria de la Universidad de Valencia, Valencia, España*

Recibido el 5 de diciembre de 2016; aceptado el 17 de abril de 2017

Disponible en Internet el 31 de agosto de 2017

PALABRAS CLAVE

Satisfacción del paciente;
Calidad de los cuidados de salud;
Gestantes;
Medicina basada en la evidencia;
Parto normal

Resumen

Objetivo: Valorar el conocimiento, el deseo de inclusión y la aplicación, en el Hospital Universitario de La Ribera, de los protocolos de atención al parto normal, valorando los motivos por los que no se aplican y el cumplimiento de la asistencia a actividades formativas preparto.

Material y método: Estudio descriptivo transversal. Realización de 186 encuestas mediante muestreo de conveniencia a gestantes que acudieron a control de bienestar fetal en el hospital entre 2014 y 2015. Se recogieron datos sobre conocimiento, deseo de inclusión y cumplimiento de protocolos, motivos de no cumplimiento y asistencia a actividades formativas. Se calcularon porcentajes e intervalos de confianza. Se utilizó test de la Chi-cuadrado para comparación de variables categóricas.

Resultados: Se recogieron porcentajes de conocimiento del 77% (IC_{95%}: 75,5-78,5) y de deseo de inclusión del 84,6% (IC_{95%}: 82,5-86,7) de los protocolos. El cumplimiento varió desde el 6% (administración de óxido nítrico) hasta el 91% (contacto piel con piel). El principal motivo de no cumplimiento fue el relacionado con las circunstancias del parto (56,3%, IC_{95%}: 51,1-61,5). La asistencia a la preparación al parto fue del 62%, con mayor cumplimiento en primíparas ($p=0,0001$) con nivel de estudios medio-alto ($p=0,001$).

Conclusiones: Las gestantes tienen un elevado conocimiento y deseo de inclusión de los protocolos de atención al parto normal. La asistencia a actividades formativas preparto es mejorable y el principal motivo de no asistencia es la falta de información. El cumplimiento es bueno en la mayoría de los protocolos; cuando no se aplican es debido a las circunstancias del parto. Queda pendiente introducir protocolos aún sin implantar e implicar a las gestantes en la toma de decisiones.

© 2017 SECA. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: francisca.camacho@uv.es (F. Camacho-Morell).

KEYWORDS

Patient satisfaction;
Quality of health
care;
Pregnant women;
Evidence-based
medicine;
Natural childbirth

Change of care model in natural childbirth: Implementation in La Ribera delivery room

Abstract

Objective: To assess knowledge, wish for inclusion and implementation of normal childbirth care protocols at La Ribera University Hospital, the reason why they are not applied, and to assess the attendance at antepartum training activities.

Material and method: Cross-sectional descriptive study. They were carried out 186 surveys by convenience sampling to pregnant women attending fetal well-being control at hospital between 2014 and 2015. They were collected data about knowledge, wish for inclusion, compliance of protocols and reasons for non-compliance, and attendance at antepartum training activities. Percentages and confidence intervals were calculated. Chi-square test was used to compare categorical variables.

Results: They were collected percentages of knowledge (77%, CI95%: 75,5-78,5) and wish for inclusion (84,6%, CI95%: 82,5-86,7). Protocol compliance ranged from 6% (nitrous oxide administration) to 91% (skin-to-skin contact). The main reasons for non-compliance were due to circumstances of childbirth process (56,3%, CI95%: 51,1-61,5). Attendance at maternal education classes was 62%, mainly primiparous women ($p=0,0001$) with medium or high education level ($p=0,001$).

Conclusions: Pregnant women have a high knowledge and wish for inclusion of normal childbirth care protocols. Attendance at antepartum training activities could be improved and the main reason for non-attendance is lack of information. Compliance is good enough in most protocols; when they are not applied is due to childbirth circumstances. Remaining tasks include the introduction of additional protocols and to involve pregnant women in decision-making.

© 2017 SECA. Published by Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

Introducción

La atención al parto en nuestro país sufrió un cambio importante con la introducción masiva del parto en los hospitales a mediados del siglo pasado. Desde entonces, los resultados perinatales han mejorado progresivamente, debido a la aplicación de avances tecnológicos, consiguiéndose una de las tasas de mortalidad materna y perinatal más bajas de los países europeos¹. Sin embargo, se ha mantenido la tendencia de atender todos los partos de igual manera, independientemente del nivel de riesgo de cada uno. Ello ha supuesto la medicalización del proceso de parto y un grado de intervencionismo que se ha mantenido a pesar de que existe evidencia de que algunas intervenciones son perjudiciales, ineficaces o inadecuadas². Así, la Organización Mundial de la Salud publica, entre otras, la *Declaración de Fortaleza*³, que establece recomendaciones aplicables a los servicios perinatales en todo el mundo, y *Cuidados en el parto normal: una guía práctica*², con el objetivo de «examinar la evidencia a favor o en contra de las prácticas más comúnmente empleadas en los partos normales y establecer recomendaciones basadas en la evidencia más razonada».

A consecuencia de ello, en los últimos años, numerosos organismos y asociaciones^{1,4-7} han impulsado una serie de cambios en la forma de atender los partos de bajo riesgo para frenar el excesivo intervencionismo y medicalización a los que se había llegado. El enfoque común de estos documentos de consenso es proponer diferentes medidas, basadas en la mejor evidencia científica disponible, para

atender los partos de bajo riesgo con un criterio de calidad. Se busca el equilibrio entre la seguridad que puede aportar la atención al parto normal en el medio hospitalario y el derecho de la mujer a parir con respeto, a la intimidad y a participar en la toma de decisiones durante su parto⁴. Debido a ello, los profesionales que atienden a las gestantes han comenzado a adaptar su forma de trabajar a dichas recomendaciones.

El Hospital Universitario de La Ribera (HULR) es un hospital comarcal que abarca una población de 250.000 habitantes y atiende cerca de 1.800 partos anuales. Siguiendo las recomendaciones de los documentos de consenso anteriormente citados, ha experimentado en los últimos años un cambio de modelo asistencial para atender los partos de bajo riesgo de acuerdo con la evidencia científica. Para ello se han actualizado los conocimientos de las matronas, se han puesto en marcha varios grupos multidisciplinares de mejora de calidad y se ha introducido una actividad informativa hospitalaria (anteriormente existía una charla informativa sobre analgesia epidural, a cargo de Anestesia, a la cual se ha añadido la información sobre el nuevo modelo asistencial, a cargo de las matronas). Como consecuencia de ello, se han implantado diversos protocolos que se relacionan directamente con las recomendaciones de la *Guía de práctica clínica sobre la atención al parto normal*⁶ (tabla 1).

Llegados a este punto, se consideró relevante evaluar la aceptación del nuevo modelo de atención al parto normal por parte de las gestantes, después de la reciente implantación de los protocolos. Los objetivos fueron:

Tabla 1 Comparación entre la *Guía de práctica clínica sobre la atención al parto normal* y los protocolos implantados en paritorio

Recomendaciones <i>Guía de práctica clínica sobre atención al parto normal</i>	Protocolos HULR
No permanecer acostada durante largos periodos	Práctica habitual
Acompañamiento por la persona de su elección	
Posibilidad de beber líquidos durante el parto	Próxima introducción
Manejo activo de la tercera fase del parto	
Permitir el óxido nítrico para aliviar el dolor	Protocolo implantado
Movilizar a las mujeres con analgesia epidural	
Auscultación intermitente en mujeres de bajo riesgo	
Colocarse en la posición que les resulte más confortable durante el expulsivo	
Contacto piel con piel inmediatamente tras el nacimiento	
Inicio temprano de la lactancia materna (1. ^a h tras el parto)	
Apoyo «one-to-one» (una matrona para una mujer)	Protocolo no implantado
Recomendar el parto dentro del agua	

Fuente: elaboración propia a partir de los datos recogidos en la encuesta de calidad de paritorio (ECP).

- Determinar el porcentaje de gestantes que conocen los nuevos protocolos y desean incluirlos en su parto, así como los motivos de no inclusión.
- Conocer la valoración (positiva o negativa) de los protocolos que las gestantes no deseaban incluir en su parto, pero finalmente formaron parte del mismo.
- Determinar el porcentaje de gestantes que asisten a las actividades formativas/informativas programadas y los motivos de no asistencia.

Material y métodos

Se llevó a cabo un estudio observacional descriptivo transversal. Se recogieron encuestas entre junio del 2014 y enero del 2015 a gestantes a término que acudieron al HULR para realizar los controles de bienestar fetal anteriores al parto. Por tanto, los criterios de exclusión fueron las gestantes pretérmino, las menores de edad (por razones éticas) y aquellas que no entendían el idioma. La muestra fue recogida por matronas de paritorio en 2 momentos. El primero, durante el control de bienestar fetal (fase parto de la encuesta). El segundo, en la habitación de la puerpera antes del alta (fase posparto).

Se seleccionó una muestra mediante muestreo no probabilístico de conveniencia, estimando la proporción muestral sobre el total de partos anuales en el año 2013 (N = 1.860), con un nivel de confianza del 95% y una precisión del 3%. Se obtuvo un tamaño muestral ajustado a pérdidas de

n = 183. El estudio fue aprobado por el Comité de Ética de la Investigación-Comisión de Investigación del HULR.

Se diseñó un cuestionario a tal efecto, ya que no se encontró en la bibliografía consultada ninguno adaptado a los objetivos del estudio, al igual que ocurre en otros estudios⁸. En primer lugar, cada investigadora pasó 5 encuestas piloto. Se debatieron las dificultades encontradas y se consensuó introducir algunas mejoras. Posteriormente, se volvió a testar en otras 10 mujeres, de forma similar a otros estudios⁹ y, finalmente, el cuestionario fue aprobado por el Servicio de Calidad del HULR.

El cuestionario definitivo se dividió en una introducción (donde se informaba a las gestantes de que la encuesta era anónima y voluntaria, y se pedía su consentimiento informado) y 4 secciones. En la primera se recogieron datos sociodemográficos (edad, localidad de residencia, nivel de estudios y fórmula obstétrica). En la segunda se preguntó acerca del conocimiento que tenían sobre los protocolos introducidos y su deseo de que dichos protocolos formaran parte de su parto. En la tercera se recogieron datos sobre el cumplimiento de protocolos, los motivos por los que no se introdujeron en el parto y la valoración de aquellos protocolos que, a pesar de no ser deseados por la gestante, formaron parte de su parto. Además, se les preguntó por el trato recibido. Finalmente, la cuarta sección contenía los datos del parto (forma de comienzo y finalización del parto, duración del mismo y profesional que lo atiende). Los datos recogidos se introdujeron y trataron en una hoja de cálculo Excel que se creó a tal efecto. El tratamiento estadístico se llevó a cabo con hoja de cálculo Excel para las medias, desviación estándar e intervalos de confianza del 95% (IC_{95%}) y con el programa Statistical Package for the Social Sciences versión 17.0. La comparación de variables se realizó mediante el test de Chi-cuadrado para variables categóricas de Pearson (nivel de significación estadística $p < 0,05$ para pruebas bilaterales).

Resultados

Se recogieron 213 encuestas de las que, en 27 casos, se perdió la información referente al postparto debido a que la puerpera se fue de alta antes de poder encuestarla. Por lo tanto, se contabilizaron 186 encuestas correctamente cumplimentadas. Con respecto a los datos sociodemográficos de la muestra, el 68% de las gestantes pertenecían al rango de edad de 26 a 35 años y el 70% tenía estudios medios o superiores. Un 54,5% de las mismas eran primíparas, un 91,6% españolas, y un 84% pertenecía al área de salud de La Ribera.

Los partos eutócicos fueron atendidos por matronas en un 45% de los casos, residentes de matrona en un 40% y por residentes de Ginecología en un 15%. Con respecto a los datos del parto, un 46% de ellos se iniciaron de forma espontánea, un 29% fueron inducciones, un 20% estimulaciones y un 5% cesáreas electivas. La forma de finalización del parto fue espontánea en un 52% de las ocasiones, cesárea urgente en un 24% y parto instrumentado en otro 24%.

En relación con las acciones formativas, un 62% asistió a la preparación al parto y un 69% a la actividad informativa de tercer trimestre en hospital. Los motivos de no asistencia se reflejan en las figuras 1 y 2, respectivamente. Cuando el motivo de no asistencia a preparación al parto fue «no había

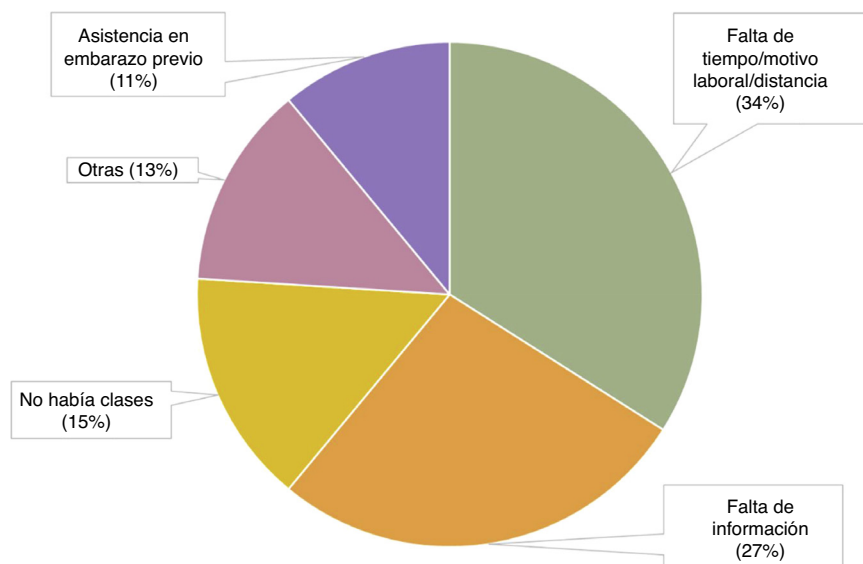


Figura 1 Motivos de no asistencia a clases de preparación al parto.

Fuente: elaboración propia a partir de los datos recogidos en la encuesta de calidad de paritorio (ECP).

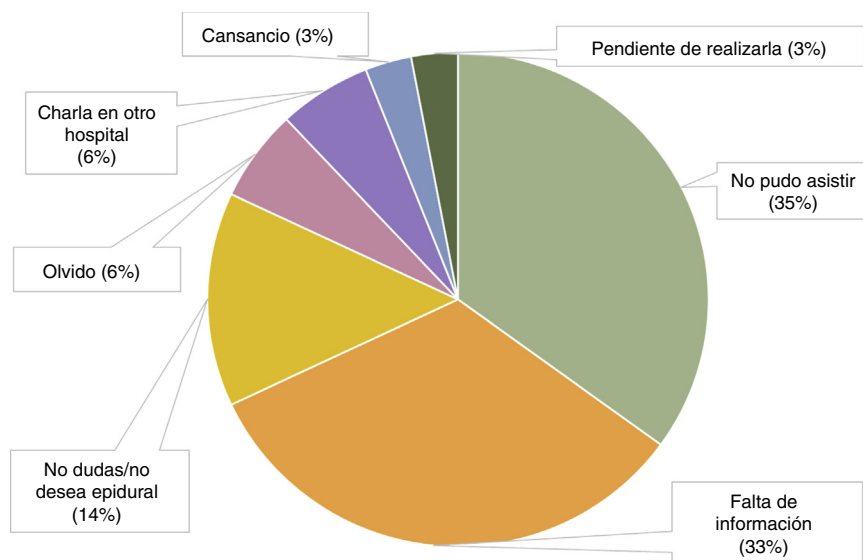


Figura 2 Motivos de no asistencia a la actividad informativa hospitalaria de tercer trimestre de gestación.

Fuente: elaboración propia a partir de los datos recogidos en la encuesta de calidad de paritorio (ECP).

clases», las gestantes especificaron que se debía a que la matrona se encontraba de vacaciones.

En cuanto a la comparación de variables, se ha encontrado una relación estadísticamente significativa entre la asistencia a preparación al parto con la fórmula obstétrica y el nivel de estudios de las gestantes (tabla 2), no obteniendo relación estadísticamente significativa con el resto de las variables de estudio.

La tabla 3 recoge el porcentaje de gestantes que conocían los protocolos (media 77%, IC_{95%}: 75,5-78,5) y su deseo de que los mismos formaran parte de su parto (media 84,6%, IC_{95%}: 82,5-86,7). Algunos porcentajes de cumplimiento bajos se relacionaron con el hecho de que el protocolo solo se podía aplicar en determinados tipos de parto como, por ejemplo, el contacto precoz con padre y el puerperio inmediato tras cesárea, que solo se aplican en casos de cesárea,

y el puerperio inmediato tras parto vaginal, solo aplicable a los partos vaginales. En esos casos se calculó un porcentaje de cumplimiento ajustado al total de partos en los que era posible aplicarlo, con el objetivo de eliminar el sesgo que provocaba el tipo de parto (se denominó cumplimiento adaptado al tipo de parto, véase la tabla 3).

Los motivos de no cumplimiento se agruparon en 4 apartados: el protocolo no se ofertó por parte del personal, no lo pidió la parturienta, no fue posible realizarlo debido a circunstancias del parto, y otras opciones (tabla 3). El porcentaje más elevado de falta de cumplimiento fue el relacionado con las características del parto (media 56,3%, IC_{95%}: 51,1-61,5).

Con respecto a la administración de líquidos tras analgesia epidural, no se consultó sobre su conocimiento, ya que no se incluía en las actividades formativas preparto al no existir

Tabla 2 Relaciones estadísticamente significativas entre variables de estudio (asistencia a preparación al parto con fórmula obstétrica y nivel de estudios)

Variables	Prep. parto	No prep. parto	Chi cuadrado	Valor de p	V de Cramer
<i>Fórmula obstétrica</i>					
Primípara	87	24	21,5	0,0001	0,34
Múltipara	34	41			
<i>Nivel de estudios</i>					
Primarios	30	29	14,7	0,001	0,28
Secundarios	38	25			
Universitarios	53	11			

Fuente: elaboración propia a partir de los datos recogidos en la encuesta de calidad de paritorio (ECP).

Tabla 3 Porcentaje de gestantes que conocen, desean incluir y cumplen los protocolos implantados en paritorio. Motivos de no cumplimiento de los mismos

Protocolos	Conocimiento (%)	Deseo de inclusión (%)	Cumplimiento (%)	Cumplimiento adaptado (%) ^a	Motivo de no cumplimiento (%)			
					No lo pidió (%)	No se le ofertó (%)	No fue posible (%)	Otras (%)
Óxido nitroso	71	48	6	—	79	1	12	8
Contacto precoz piel con piel	96	100	91	—	5	10	15	70
Movilización	79	81	56	—	42	8	24	26
Pinzamiento tardío de cordón	64	79	34	79	0	0	89	11
Elección de postura de parto	81	85	30	66	13	5	77	5
Monitorización intermitente	61	84	10	—	13	3	80	4
Puerperio inmediato tras parto vaginal	81	92	60	82	8	21	63	8
Puerperio inmediato tras cesárea	71	95	21	91	0	3	96	1
Contacto precoz piel con piel con padre	84	98	19	81	1	2	95	2
Inicio precoz de lactancia materna	82	84	63	—	26	8	12	54
Media porcentajes	77	84,6	39	79,8	18,7	6,1	56,3	18,9
Desviación estándar	10,4	14,8	27,4	9,0	25,0	6,2	36,3	24,1
Intervalo confianza del 95%	75,5-78,5	82,5-86,7	35,1-42,9	78,5-81,1	15,1-22,3	5,9-7,7	51,1-61,5	15,4-22,4

^a El cumplimiento adaptado al tipo de parto hace referencia al cálculo del porcentaje de cumplimiento de un determinado protocolo entre el número total de partos en el que era posible su aplicación.

Fuente: elaboración propia a partir de los datos recogidos en la encuesta de calidad de paritorio (ECP).

un protocolo de administración establecido. Sin embargo, sí se preguntó a las gestantes sobre su deseo de inclusión (85%) y su cumplimiento durante el parto (4%).

Los protocolos que las gestantes no deseaban incluir en su parto, pero finalmente formaron parte del mismo, fueron valorados de forma positiva en todos los casos excepto la administración de óxido nítrico, que fue valorada de forma negativa por el 50% de las púerperas. Asimismo, valoraron el trato recibido por parte del personal de paritorio como «excelente» o «bueno» (97%). Las valoraciones negativas («regular», «malo» y «muy malo») constituyeron el 3% restante.

Discusión

En los últimos años se ha producido un cambio de modelo asistencial en la atención al parto normal. Ello ha permitido avanzar desde un modelo conservador y paternalista hacia un modelo basado en el consenso con la usuaria y la toma de decisiones conjunta. Aunque los profesionales se han esforzado en materializar este cambio de paradigma, la literatura refleja que la actitud de las gestantes es poco activa, dejando que los profesionales decidan cuál es la mejor conducta a seguir^{10,11}. Con respecto a la actitud de las gestantes hacia un parto menos medicalizado, se observa un alto interés y al mismo tiempo una falta de información, lo que conlleva una postura conservadora respecto de la introducción de nuevos elementos en el parto¹². Así pues, en este trabajo se ha pretendido explorar el conocimiento y deseo de inclusión de los nuevos protocolos, en qué medida se introducen en los partos normales y por qué motivos no se aplican.

A la vista de los resultados puede afirmarse que los protocolos de atención al parto normal son conocidos y deseados por una amplia mayoría de las gestantes de la muestra. Destaca el contacto precoz piel con piel, quizás por ser el primer protocolo que se puso en marcha como resultado del trabajo de los grupos de mejora de calidad y por su difusión a través de trípticos informativos. Sin embargo, el conocimiento del resto de protocolos se limita a las actividades formativas/informativas preparto o fuentes de información alternativas. Este resultado refuerza la importancia de informar adecuadamente a las gestantes sobre el cambio de modelo asistencial para contrarrestar las posturas conservadoras asociadas a la falta de información¹².

Como se refleja en otro estudio en la misma población¹³, la asistencia a clases de preparación al parto supone un aumento del conocimiento sobre cuestiones relativas al parto. Sin embargo, no siempre se consigue que tales conocimientos se integren en las expectativas de parto de las gestantes. Dado que la información que se proporciona durante la gestación desempeña un papel relevante en la elaboración de expectativas¹⁴, que las mujeres utilizan sus expectativas como referencia para evaluar su satisfacción con el parto¹⁵ y que dicha satisfacción se ha incorporado como una medida más de la calidad de los cuidados¹⁶, resultaría interesante, como futura línea de investigación, explorar de dónde procede la información que manejan las embarazadas.

En cuanto al cumplimiento de los protocolos, es elevado en la mayor parte de los casos. Las excepciones son

aquellos protocolos que todavía no se han implantado en paritorio (ingesta de líquidos tras administración de analgesia epidural) o dependen de la petición expresa de la mujer (administración de óxido nítrico). Respecto del primero, aunque no se consultó a las gestantes si lo conocían, sí se preguntó acerca de la ingesta en el momento del parto ya que, en la práctica habitual, una gran cantidad de mujeres la demanda en algún momento. En otro estudio¹⁷, el porcentaje de parturientas a las que se les permite la ingesta de líquidos se sitúa en el 22%, muy superior al 4% del presente estudio, pero haciendo referencia al número total de partos y no solamente a aquellos en los que se administra analgesia epidural.

Por su parte, la escasa administración de óxido nítrico se puede relacionar con la falta de deseo manifestada por las gestantes, que optan de forma mayoritaria por la administración de la analgesia epidural como método de alivio del dolor. Además, fue el único protocolo no deseado, pero finalmente incluido en el parto, valorado de forma negativa (posiblemente debido a sus efectos secundarios: náuseas, vómitos, somnolencia y alteración del recuerdo⁷). El resto de los protocolos que inicialmente las gestantes no deseaban incluir en el parto, pero finalmente formaron parte del mismo, fueron valorados positivamente.

En cuanto a la asistencia a actividades formativas/informativas, otro estudio realizado en el área de salud recoge un porcentaje de asistencia a preparación al parto del 20% del total de gestantes¹³, muy alejado del 62% del presente estudio. Esta diferencia podría deberse a que ese estudio solo contabiliza a las gestantes que han asistido a todas las sesiones de preparación al parto programadas y en el presente estudio se tiene en cuenta la asistencia, independientemente del número de sesiones. Hubiera sido interesante haber explorado el número de sesiones recibidas por cada gestante, lo que se entiende como una limitación, aunque se valora de forma positiva para los objetivos del presente estudio la asistencia a cualquier número de sesiones. El porcentaje de asistencia a la actividad informativa hospitalaria (69%) se alinea bien con el de gestantes al que se administra analgesia epidural (70% de los partos anuales del HULR).

Por todo ello, resulta interesante como línea de trabajo para las matronas de Atención Primaria informar adecuadamente a las gestantes de la existencia de las clases de preparación al parto y de la charla informativa hospitalaria (incluso para aquellas que no desean analgesia epidural), ofertar la preparación al parto de forma ininterrumpida durante todo el año (incluyendo el periodo estival) y adaptar los contenidos de las clases a la nueva dinámica de trabajo en paritorio. Para ello, resulta imprescindible mejorar la comunicación y coordinación entre Atención Primaria y Especializada, tal como recomienda la literatura¹⁸, estableciendo puentes entre ambos niveles de atención que permitan ofrecer a las gestantes una información veraz sobre la situación real del paritorio¹⁹.

Respecto a la valoración del trato recibido, el porcentaje de gestantes satisfechas es muy elevado (97%, superior al 85²⁰ y el 87,4%¹² de otros estudios). De hecho, el apoyo de los profesionales (y en concreto la figura de la matrona) se ha determinado como la mayor influencia en la satisfacción en el periodo perinatal²¹. Incluso cuando no se satisfacen

sus expectativas de parto, las mujeres que se sienten apoyadas, implicadas e informadas por la matrona son capaces de percibir su experiencia de parto como positiva¹⁵. Ello refuerza la necesidad del apoyo «one-to-one», actualmente no implantado entre los protocolos de paritorio. En general, se debe tener en cuenta que las valoraciones positivas pueden estar sobrevaloradas debido a un sesgo de cortesía, ya que las encuestas las realizan matronas de paritorio.

A modo de conclusión, el presente estudio permite constatar que las gestantes, en su gran mayoría, conocen los protocolos de atención al parto normal recientemente implantados y desean incluirlos en su parto. En el caso de que esto no sea posible, los motivos más habituales se deben a circunstancias específicas del parto, no relacionadas con la falta de petición de la mujer ni con la actuación de los profesionales. Incluso cuando las gestantes manifestaron su deseo de no incluir un determinado protocolo en su parto, la aplicación del mismo ha sido valorada, mayoritariamente, de forma positiva. Por último, la asistencia a preparación al parto es buena, aunque mejorable, siendo mayor entre las primíparas con nivel de estudios medio o alto. Entre los motivos de no asistencia destaca la falta de información.

Quedan aspectos pendientes para lograr el cambio de paradigma, como implantar los protocolos en proceso (ingesta de líquidos tras analgesia epidural y manejo activo del alumbramiento), así como continuar trabajando para conseguir el apoyo «one-to-one» y una bañera dentro de paritorio. Igualmente, se considera relevante explorar las fuentes de información que manejan las embarazadas, mejorar la información que reciben y potenciar la comunicación y coordinación entre niveles asistenciales. Por último, el cambio de paradigma no será completo mientras las gestantes no se conviertan en sujetos autónomos que participen activamente en la toma de decisiones, por lo que se considera fundamental que, más allá de informar a las gestantes sobre los protocolos implantados, consigamos interesar e implicar a las gestantes en el papel que pueden y deben desempeñar durante su parto.

Financiación

El presente trabajo no ha sido objeto de ninguna beca ni ha recibido financiación de ningún tipo.

Conflicto de intereses

Resultados preliminares de este trabajo fueron presentados como comunicación tipo póster en el «2nd European Congress on Intrapartum Care» celebrado en Oporto en mayo de 2015 con el título «Adaptation of scientific evidence to work in the delivery room of La Ribera hospital (Alzira, Valencia)».

Agradecimientos

A todas las gestantes que, de forma desinteresada, colaboraron en el estudio. A las personas que lo han hecho posible con su ayuda, asesoramiento y ánimo constante: Ermelinda Abarca Cañada (supervisora del paritorio del HULR) y Javier Esparcia Pérez (director de tesis de la Universidad de Valencia).

Bibliografía

1. Federación de Asociaciones de Matronas de España (FAME). Iniciativa al Parto Normal, documento de consenso. Barcelona: FAME; 2007.
2. Grupo técnico de trabajo de la Organización Mundial de la Salud (OMS). Departamento de Investigación y Salud Reproductiva. Cuidados en el parto normal: una guía práctica. Ginebra: OMS; 1996.
3. Organización mundial de la salud. Declaración de Fortaleza. *Lancet*. 1985;2:436–7.
4. Generalitat Valenciana. Conselleria de Sanitat Estrategia para la atención al parto normal en la Comunidad Valenciana. Valencia: Conselleria de Sanitat; 2009.
5. Ministerio de Sanidad y Consumo. Estrategia de atención al parto normal en el Sistema Nacional de Salud. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2007.
6. Ministerio de Sanidad y Política Social. Guía de práctica clínica sobre la atención al parto normal. Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social; 2010.
7. National Institute for Health and Clinical Excellence. CG55 intrapartum care: care of healthy women and their babies during childbirth. London: RCOG Press; 2007.
8. Sawyer A, Ayers S, Abbott J, Gyte G, Rabe H, Duley L. Measures of satisfaction with care during labour and birth: A comparative review. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2013;13:108.
9. Matejić B, Milicević MS, Vasić V, Djikanović B. Maternal satisfaction with organized perinatal care in Serbian public hospitals. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2014;14:14.
10. Basso J, Monticelli M. Expectativas de participação de gestantes e acompanhantes para o parto humanizado. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2010;18:99–107.
11. Goberna J, Palacio A, Banús MR, Linares S, Salas D. Tecnología y humanización en asistencia al nacimiento. La percepción de las mujeres. *Matronas Prof*. 2008;9:5–10.
12. Vena M, Revolo M. Satisfacción de las gestantes con el actual programa de embarazo. Expectativas sobre un parto menos medicalizado. *Med Fam Andal*. 2011;3:273–85.
13. Vila-Candel R, Mateu-Ciscar C, Bellvis-Vázquez E, Planells-López E, Requena-Marín M, Gómez-Sánchez MJ. Influencia del programa de educación maternal en el cambio de preferencias del plan de parto en gestantes del Departamento de Salud de La Ribera. *Matronas Prof*. 2015;16:28–36.
14. Ferreiro-Losada MT, Díaz-Sanisidro E, Martínez-Romero MD, Rial-Boubeta A, Varela-Mallou J, Clavería-Fontán A. Evaluación mediante grupos focales de las expectativas y percepciones de las mujeres durante el proceso de parto. *Rev Calid Asist*. 2013;28:291–9.
15. Hauck Y, Fenwick J, Downie J, Butt J. The influence of childbirth expectations on Western Australia women's perceptions of their birth experiences. *Midwifery*. 2007;23:235–47.
16. Mira JJ, Aranaz J. La satisfacción del paciente como una medida del resultado de la atención sanitaria. *Med Clin*. 2000;114 Supl 3:26–33.
17. Berrocal A, Galán D, Parreño R, Mateo I, Carmona J. Análisis del grado de cumplimiento del plan de parto en el departamento de Gandía. *Enfermería Integral*. 2015;107:35–40.
18. Higuero-Macias JC, Crespillo-García E, Mérida-Téllez JM, Martín-Martínez SR, Pérez-Trueba E, Mañón Di Leo JC. Influencia de los planes de parto en las expectativas y la satisfacción de las madres. *Matronas Prof*. 2013;14:84–91.
19. De Molina I, Muñoz Sellés E. El plan de parto a debate. ¿Qué sabemos de él? *Matronas Prof*. 2010;11:53–7.
20. Stahl K. How satisfied are women with maternity care in hospital? *Z Geburtshilfe Neonatol*. 2009;213:11–7.
21. Britton J. The assessment of satisfaction with care in the perinatal period. *J Psychosom Obstet Gynaecol*. 2012;33:37–44.

Capítulo 5.

Expectativas de parto de las gestantes de La Ribera: una aproximación cualitativa

5. Expectativas de parto de las gestantes de La Ribera: una aproximación cualitativa

5.1. Cuestiones pendientes: expectativas de las gestantes y relación con los protocolos de atención al parto normal implantados en el paritorio de La Ribera

Como consecuencia de la primera investigación llevada a cabo, había algunas preguntas pendientes: ¿Cuáles son las expectativas de parto de las gestantes de La Ribera? ¿Se alinean dichas expectativas de parto con el paradigma de atención al parto normal implantado en el paritorio del HULR? La importancia de responder dichas preguntas es doble. Por un lado, debido al interés de los organismos públicos en su exploración y, por otro lado, debido a las características inherentes a las expectativas de parto y su relativo desconocimiento en el momento actual.

Con respecto al interés por parte de los organismos públicos, diferentes organismos e instituciones hacen referencia a la importancia de que los profesionales conozcan las expectativas de cada mujer con respecto al proceso de parto (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2007), así como la importancia de investigar formas efectivas en que los profesionales de la salud pueden apoyar a las gestantes para tomar decisiones informadas durante el parto (NICE, 2014). En esta misma línea, otros estudios enfatizan “la importancia de explorar las expectativas y demandas sanitarias de las usuarias para traducirlas en características de la oferta” (Seclen-Palacín *et al.*, 2004) y “la necesidad de conocer las expectativas respetadas y las no atendidas durante el parto y analizar sus causas, con el objetivo de desarrollar posibles mejoras” (Vila-Candel *et al.*, 2015). Asimismo, hacen hincapié en el insuficiente conocimiento de las expectativas de las usuarias con relación a la humanización de la asistencia al parto (Basso y Monticelli, 2010; NICE, 2014).

Por otro lado, respecto de las características de las expectativas de parto, se sabe que las gestantes se acercan al parto con unas expectativas determinadas y detalladas, que pueden diferir significativamente de una mujer a otra y que se desarrollan con el paso del tiempo (Gibbins y Thomson, 2001; Hauck *et al.*, 2007). Además, dependen de condicionantes sociales que influyen en el sentido de decidir cuál es el comportamiento adecuado durante el parto y, debido a esta especificidad cultural y social, es difícil generalizarlas (Hauck *et al.*, 2007). En referencia al periodo perinatal, tal como refleja la literatura, “existe un importante vacío relacionado con las expectativas de los usuarios de los servicios de salud en los aspectos concretos referidos a la humanización de la asistencia sanitaria en el periodo perinatal” (Basso y Monticelli, 2010).

Dado que existe desconocimiento sobre las expectativas de parto actuales de las gestantes del área de salud de La Ribera, y que la atención al parto ha cambiado recientemente, cabe preguntarse hasta qué punto las expectativas de parto de las gestantes se alinean con el actual paradigma de atención al parto normal que se ha implantado en el HULR. Es decir, cabe la posibilidad de que estemos ante una situación en la que se pretende, por parte de las matronas de AE, dar cobertura a unas necesidades que la población no presenta, en base a que conforman la mejor evidencia científica disponible, pero sin dar respuesta a las expectativas de parto reales de las gestantes. Para ello se pone en marcha la segunda de las investigaciones que componen esta tesis: “Expectativas de parto de las gestantes de La Ribera: una aproximación cualitativa”.

5.2. Objetivos y metodología: el análisis de contenido

El objetivo de esta investigación es llevar a cabo una aproximación cualitativa al estudio de las expectativas de parto de una muestra de gestantes del área de salud de La Ribera. Asimismo, como objetivo

secundario, se pretende realizar una comparación entre las expectativas de parto de mujeres primíparas y multíparas.

En este caso, se realiza un estudio cualitativo a gestantes de tercer trimestre del área de salud de La Ribera basado en una pregunta de respuesta abierta: ¿Cuáles son sus expectativas de parto? ¿Qué desea o espera de su parto? que se incluía dentro de un cuestionario más amplio (Anexo I). Los datos se recogieron mediante un muestreo de conveniencia entre junio de 2014 y enero de 2015 en el HULR a gestantes que acudieron a los controles de bienestar fetal o puerta de urgencias de ginecología y que cumplían los criterios de inclusión.

El análisis de contenido se llevó a cabo mediante un procedimiento similar al realizado en otros estudios cualitativos sobre esta temática, y que consta de los siguientes pasos, que siguen el modelo propuesto por Graneheim y Lundman (2004) para el análisis de contenido en investigación enfermera:

- Transcribir las respuestas y realizar una lectura de las mismas
- Identificar los temas comunes
- Codificar los datos para reducirlos a conceptos
- Estructurar los conceptos en categorías y subcategorías

Para aumentar la fiabilidad del análisis de los datos, fueron codificados por las 2 investigadoras de forma separada, tal como se realiza en otras investigaciones sobre el mismo tema (Martin *et al.*, 2013; Serçekus y Okumus, 2009) y, finalmente, fueron comparados, discutidos y reevaluados hasta crear códigos y categorías compartidas (Graneheim y Lundman, 2004).

Con respecto a la comparación de expectativas entre primíparas y multíparas, al ser todas las variables categóricas, se realizó mediante la prueba de Chi-cuadrado para variables categóricas de Pearson (nivel de significación estadística $p < 0.05$ para pruebas bilaterales).

El tratamiento estadístico se llevó a cabo con el programa *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) versión 17.0.

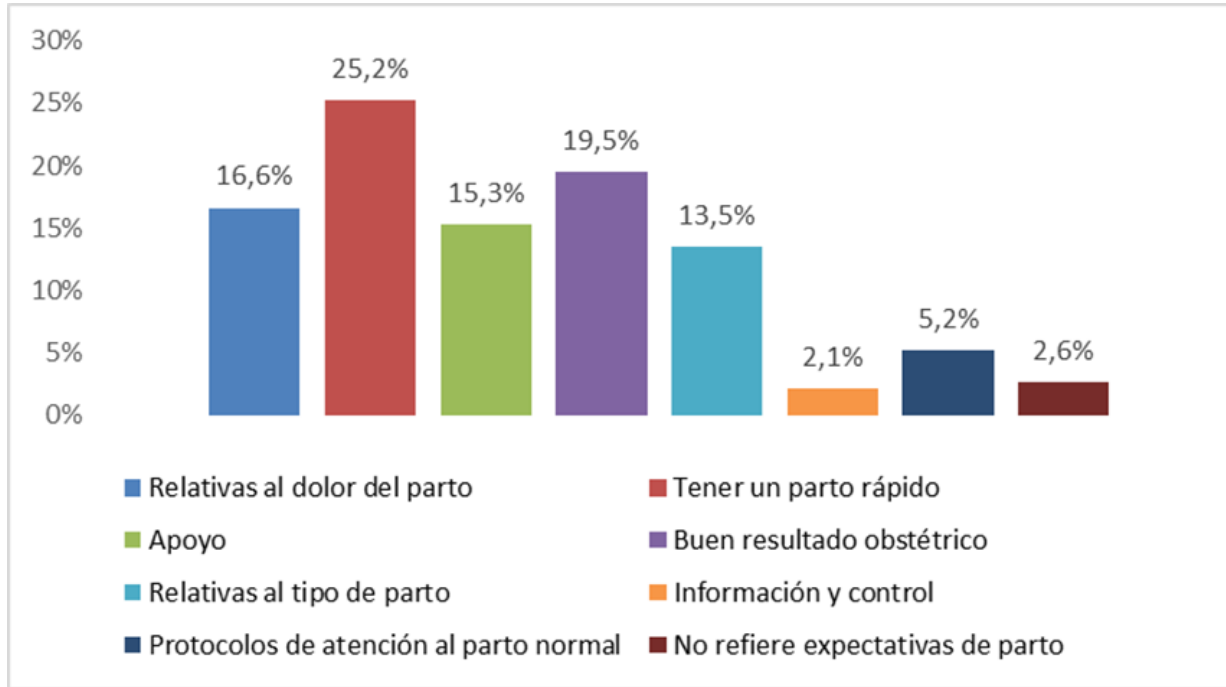
5.3. Resultados obtenidos

Se recogieron respuestas de 213 gestantes que cumplían criterios de inclusión. Se obtuvieron un total de 422 respuestas codificadas en 7 categorías (relativas al dolor del parto, apoyo, relativas al tipo de parto, parto rápido, información y control, buen resultado obstétrico, y relacionadas con los protocolos de atención al parto normal) y 4 subcategorías (Figura 9).

De forma sorprendente, la mayor expectativa de las gestantes de La Ribera se relacionó con la duración del parto, incluso por encima de aquellas expectativas relacionadas con no experimentar dolor o tener un buen resultado obstétrico. En cuanto a la comparación de las expectativas en función de la paridad de las gestantes, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas, aunque los datos apuntan alguna tendencia, como por ejemplo la mayor frecuencia de expectativas relacionadas con los protocolos de atención al parto normal las primíparas con respecto a las multíparas (Tabla 4).

El hecho de no haber encontrado diferencias estadísticamente significativas en función de la paridad de las gestantes tiene su importancia debido a que, en muchas ocasiones, como se puede apreciar en la Tabla 5, los estudios realizados se han centrado únicamente en la exploración de las gestantes primíparas o multíparas, lo que podía estar dando una imagen fraccionada acerca de la realidad de dichas expectativas. Con las debidas precauciones, no haber encontrado diferencias estadísticamente significativas avalaría que se pueda trabajar indistintamente con muestras de solo multíparas o solo primíparas. En este caso, allí donde se detecten diferencias, estas podrían no estar relacionadas con la paridad, sino con otros factores explicativos.

Figura 9. Expectativas de parto de las gestantes de La Ribera



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos recogidos en la ECP (Junio 2014-Enero 2015, Anexo I)

Tabla 4. Distribución de frecuencias y porcentajes de expectativas de parto en función de la paridad

Categorías	Multíparas		Primíparas	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%
Relativas al dolor del parto	29	15,8	41	17,1
Tener un parto rápido	49	26,9	57	23,8
Apoyo	29	15,8	36	15,2
Buen resultado obstétrico	32	17,6	50	20,9
Relativas al tipo de parto	28	15,2	29	12,2
Información y control	4	2,2	5	2,1
Protocolos atención al parto normal	7	3,8	15	6,2
No refiere expectativas de parto	5	2,7	6	2,5
Total	183	100	239	100

Fuente: Camacho y Romero, 2018

Tabla 5. Comparativa de diferentes estudios realizados sobre expectativas de parto de las gestantes en la literatura internacional y los resultados encontrados

Autor	Camacho	Gibbins	Fenwick	Rilby	Almeida	Peñacoba
Fecha	2018	2001	2005	2012	2016	2015
País	España	Inglaterra	Australia	Suecia	Brasil	España
Tipo de estudio	Cualitativo	Cualitativo	Cualitativo	Cualitativo	Cualitativo	Cuantitativo
Paridad de las gestantes	Primi/multi	Primíparas	Primi/multi	Multíparas	Primíparas	Primi/multi
Información y cuidado	X		X			
Apoyo por la persona que deseen	X	X			X	X
Participar, elegir tipo de parto	X		X			
Expectativa sobre dolor del parto	X	X	X	X	X	
Apoyo de los profesionales	X			X	X	X
Parto fluido, normal y rápido	X	X	X			X
Seguridad y salud de madre y bebé	X	X	X	X	X	X
Protocolos atención al parto normal	X				X	X

Fuente: Elaboración propia a partir de los resultados obtenidos en la búsqueda bibliográfica sobre expectativas de parto de las gestantes

Otro resultado interesante que se desprende de los datos de la Tabla 5 es que los protocolos de atención al parto normal aparecen referenciados en los estudios realizados más recientemente (Peñacoba *et al.*, 2015; Almeida *et al.*, 2016). Esto puede indicar que en realidad estemos en las primeras fases de un proceso de difusión de innovaciones y que, posiblemente, con el transcurso de un número indefinido de años, el paradigma de atención al parto normal se vaya incluyendo de forma más rotunda entre las expectativas de parto de las gestantes.

5.4. Conclusiones

La aproximación cualitativa al estudio de las expectativas de una muestra de gestantes españolas ha permitido clasificarlas en siete categorías, sin diferencias estadísticamente significativas entre las expectativas manifestadas por las gestantes primíparas y multíparas. Entre las expectativas más importantes destacan las relacionadas con tener un parto rápido, con un buen resultado obstétrico y sin experimentar dolor. Sin embargo, aquellas relacionadas con los protocolos de atención al parto normal tienen una presencia escasa, posiblemente debido a la reciente introducción de dicho modelo asistencial. Asimismo, resalta la importancia del apoyo prestado por los profesionales sanitarios, y en concreto la matrona, como actor principal para conseguir alinear expectativas y experiencias de parto de las gestantes. La matrona es el profesional más adecuado para proveer a las gestantes de una información de calidad sobre aspectos relacionados con el embarazo, el parto y la maternidad, colaborando de forma importante en la elaboración de expectativas realistas y en el empoderamiento de la gestante acerca de la toma de decisiones sobre las cuestiones relacionadas con el embarazo, parto y puerperio.

En línea con los resultados del estudio y en referencia con la tesis de Alemany (2014), aquellas expectativas relacionadas con poder participar, elegir el tipo de parto o negociar alguna cuestión referida al mismo, así como aquellas relacionadas con la información, son

minoritarias en los trabajos que se incluyen en la Tabla 4. Esto podría indicar que, más allá de las fronteras del área de salud de La Ribera, existe igualmente un escaso interés por parte de las gestantes encuestadas en asumir el papel que les corresponde (y que los organismos públicos les otorgan) en la etapa de “seguridad y autonomía” que se supone que estamos viviendo.

En relación con la información, y tal y como se recoge en la publicación de Enfermería Global (Camacho y Romero, 2018), la información se perfila como el elemento clave para generar unas expectativas más precisas y específicas, y los profesionales sanitarios (especialmente las matronas, a cargo de la preparación al parto) constituyen una excelente fuente de información (Oweis y Abushaikha, 2004; Fenwick *et al.*, 2005; Hauck *et al.*, 2007; Lally *et al.*, 2008). Consecuentemente, se considera altamente recomendable que las matronas conozcan las fuentes de información que utilizan las gestantes en el curso de su embarazo y sean capaces de ofrecer fuentes de información reconocidas cuando sea necesario (Martin *et al.*, 2013). Así pues, se llega al mismo punto que desde la publicación anterior, a saber, necesidad de explorar las fuentes de información utilizadas por las gestantes de La Ribera para la generación de expectativas de parto y para los procesos de toma de decisiones durante el mismo.

5.5. Relación entre las expectativas de las gestantes y los protocolos de atención al parto normal implantados en el paritorio del HULR

La última cuestión pendiente sobre este tema es explorar en qué medida los protocolos de atención al parto normal que se han implantado en el paritorio del HULR se incluyen dentro de las expectativas de parto de las gestantes del área de salud. Así, a pesar del alto porcentaje de gestantes que dicen conocer y desear incluir en su parto los protocolos de atención al parto normal, encontramos los siguientes resultados en ambas investigaciones:

- Solo un 5,2 % de las gestantes encuestadas incluyen los protocolos de atención al parto normal entre sus expectativas de parto (Figura 9).
- Un 32 % de las mismas reconocen que conocer los protocolos de atención al parto normal ha modificado sus expectativas previas.
- Aunque no hay diferencia estadísticamente significativa en función de la paridad, sí hay una mayor tendencia en las primíparas a incluir los protocolos de atención al parto normal entre sus expectativas. Esta mayor frecuencia podría estar relacionada con la asistencia de las primíparas a la preparación al parto, aspecto que sí presenta significación estadística en el presente estudio.
- Además, previamente ya habíamos enunciado que solo un 4 % de las gestantes encuestadas incluyen algún aspecto relacionado con dichos protocolos entre sus comentarios postparto.

Estos resultados, y especialmente el primero de ellos, refuerzan la teoría de que las expectativas actuales de las gestantes de La Ribera no están alineadas con los protocolos de atención al parto normal y, por ende, con la mejor evidencia científica disponible en el momento actual. De hecho, su interés en tener un parto rápido (algo que por otra parte no es un resultado exclusivo de este estudio, como se puede comprobar en la Tabla 5), contrasta de forma evidente con el paradigma de atención al parto normal, que propugna que se respete el inicio espontáneo del mismo, que no se utilice ningún medicamento para modificar o acelerar su curso, que se respeten los tiempos de inicio de fase activa de expulsivo, etc.

Sin embargo, hay dos factores que hacen que resulte sumamente importante seguir trabajando en esta línea, pese a que las expectativas de parto de las gestantes de La Ribera no están actualmente en sintonía con los protocolos de atención al parto normal implantados. En primer lugar, debido a que representan la mejor evidencia científica disponible en relación con la atención al parto y, las

matronas, como profesionales encargados de la atención al parto normal, no podemos dejar de lado esta evidencia, que supone aplicar los mejores cuidados posibles en la atención al parto. Y, en segundo lugar, porque se ha podido establecer una relación entre las expectativas de parto de las gestantes y su satisfacción con su proceso de parto.

La literatura muestra que a medida que sus expectativas de parto se alinean con lo que finalmente ocurre durante el mismo, aumenta su grado de satisfacción (Gibbins y Thomson, 2001; Green y Baston, 2003; Oweis y Abushaikha, 2004; Rilby *et al.*, 2012). Además, esa satisfacción es una de las medidas de la calidad de la atención sanitaria. No es posible decir que un servicio es de calidad mientras dicha calidad no sea así percibida por parte de los usuarios. El cambio de modelo asistencial y la adaptación a la evidencia científica subyacente suponen una mejora objetiva de la calidad de los cuidados ofertados; pero para continuar avanzando en esa dirección, resulta imprescindible lograr que las gestantes integren los protocolos de atención al parto normal entre sus expectativas de parto.

Y para ello hemos de buscar el origen de las expectativas de parto de las gestantes, es decir, cómo se han conformado sus expectativas de parto y de dónde proviene la información que utilizan para crear ese imaginario en su mente. Por ello, el siguiente paso es indagar en las distintas fuentes de información que sirven para capacitar a las gestantes a tomar sus propias decisiones en el proceso de embarazo-parto-puerperio y crear sus propias expectativas para el momento del parto.

5.6. Artículo 2: “*Expectativas de parto de las gestantes de La Ribera: una aproximación cualitativa*”

Camacho, F. y Romero, M. J. (2017). Expectativas de parto de las gestantes de La Ribera: una aproximación cualitativa. *Enfermería global*, 17(1), 324-347.



ORIGINALES

Expectativas de parto de las gestantes de La Ribera: una aproximación cualitativa

Childbirth expectations of La Ribera pregnant women: a qualitative approach

Francisca Camacho Morell ¹

M^a José Romero Martín ²

¹ Enfermera especialista en Obstetricia y Ginecología (Matrona). Doctoranda del programa de Doctorado en Enfermería clínica y comunitaria de la Universidad de Valencia. Matrona asistencial en el paritorio del Hospital Universitario de La Ribera. Alzira. Valencia. España.

² Enfermera especialista en Obstetricia y Ginecología (Matrona). Matrona asistencial en el paritorio del Hospital Universitario de La Ribera. Alzira. Valencia. España

E-mail: francisca.camacho@uv.es

<http://dx.doi.org/10.6018/eglobal.16.4.276061>

Recibido: 24/11/2016

Aceptado: 07/04/2017

RESUMEN:

Objetivo: El cambio de modelo asistencial en la atención al parto normal, el interés por parte de las autoridades sanitarias en que se exploren las expectativas de parto de las gestantes, y su especificidad cultural y social, hacen que el estudio de tales expectativas sea pertinente en este momento. El objetivo del presente estudio es conocer cuáles son las expectativas de parto de una muestra de gestantes españolas y estudiar las diferencias entre las expectativas de las gestantes primíparas y multíparas.

Metodología: Estudio cualitativo basado en una pregunta de respuesta libre sobre expectativas de parto. Se recogieron datos a gestantes de tercer trimestre del área de salud de La Ribera (Alzira, Valencia) durante 2014-2015. Se analizaron los datos mediante análisis del contenido.

Resultados: Muestra de 213 gestantes cuyas principales expectativas de parto fueron tener un parto rápido, con buen resultado obstétrico, sin dolor y con apoyo de los profesionales. Las expectativas relacionadas con los protocolos de atención al parto normal supusieron un 5.2% del total de las respuestas. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre gestantes primíparas y multíparas.

Conclusiones: El conocimiento de las expectativas resulta importante, ya que las gestantes miden su satisfacción con el parto en base al cumplimiento de tales expectativas. Ayudarlas a desarrollar expectativas realistas aumentará su satisfacción. Las matronas tienen un importante papel a través de la formación que imparten (educación maternal) y del apoyo en el momento del parto (fundamental para que las gestantes se sientan protagonistas del mismo).

:

Palabras clave: expectativas de parto; investigación cualitativa; embarazo; matronas.

ABSTRACT:

Objective: Change of healthcare model in normal childbirth, health authorities interest in exploring childbirth expectations of pregnant women, and their cultural and social specificity make relevant the study of these expectations at this moment. The aim is to know what are the childbirth expectations

from a sample of Spanish pregnant women and to study the differences between primiparous and multiparous pregnant women expectations.

Methodology: Qualitative study based on an open-ended question about childbirth expectations. Data were collected during 2014-2015 to third trimester pregnant women in La Ribera health area (Alzira, Valencia). Data were analyzed using content analysis.

Results: Sample of 213 pregnant women whose main expectations were to have a fast delivery, with good obstetric outcome, painlessly and with professional support. Expectations regarding normal childbirth protocols accounted for 5.2% of total responses. No statistically significant differences between primiparous and multiparous pregnant women were found.

Conclusions: Knowledge about childbirth expectations is highly relevant because pregnant women measure their satisfaction with childbirth through the fulfillment of these expectations. Helping them to develop realistic expectations will increase their satisfaction. Midwives play an important role through the training they give (maternal education) and through the support during delivery (this is essential for the pregnant women in order to feel themselves protagonist of their delivery).

Keywords: childbirth expectations; qualitative research; pregnancy; nurse midwives.

INTRODUCCIÓN

El parto es un evento complejo en la vida de cualquier mujer, caracterizado por rápidas transiciones biológicas, sociales y emocionales, donde influyen factores contextuales, políticos y sobre todo culturales⁽¹⁾. Muchas mujeres experimentan la experiencia de parto como un momento crítico de auto-afirmación y un elemento central para el bienestar psicológico materno⁽²⁾. Una experiencia de parto negativa puede conducir a sentimientos de frustración y falta de control, y afectar a la decisión de la mujer acerca de una futura maternidad⁽³⁻⁴⁾.

Formarse expectativas sobre los momentos importantes de la vida puede ayudar a prepararse mental o psíquicamente para dicho momento⁽⁵⁾. Las mujeres utilizan tales expectativas para evaluar su experiencia de parto^(3,6). Por lo tanto, la satisfacción de la mujer con esa experiencia depende, en gran medida, de su concordancia con las expectativas previas^(4,7-9). Además, tales expectativas influyen en la respuesta y posterior adaptación de las mujeres a la maternidad^(4,10). La discordancia entre expectativas y experiencia de parto puede incluso llevar a las mujeres a dañar su confianza como madre y jugar un papel en el riesgo de depresión postparto⁽⁵⁾. Las gestantes se acercan al parto con unas expectativas determinadas y detalladas^(3,8), que pueden diferir significativamente de una mujer a otra y que se desarrollan con el paso del tiempo⁽¹⁰⁾. Además, dependen de condicionantes sociales que influyen en el sentido de decidir cuál es el comportamiento adecuado durante el parto y, debido a esta especificidad cultural y social, es difícil generalizarlas⁽³⁾.

El concepto de expectativas de parto está muy extendido en la literatura. Sin embargo, no hay consenso en cuanto a su definición⁽¹¹⁾. Según Ayers⁽¹²⁾, la expectativa de parto es una construcción compleja y multidimensional que implica muchos aspectos del parto, y en este contexto cabría definirla, en relación al parto, como los "juicios y creencias sobre el futuro que pueden estar influidas por situaciones pasadas"⁽¹³⁾.

Una gran parte de las investigaciones en este campo, ya desde el siglo pasado, se han centrado en el estudio de la relación entre expectativas y experiencias de parto^(3,8,14-16) o en el análisis de las experiencias de parto en sí^(6,17). En algunos casos, la exploración de las expectativas se ha realizado en un momento posterior al parto, desde 48-72 horas tras el parto hasta varios meses, e incluso años después del mismo^(3,7-8,16,18). No obstante, lo más habitual ha sido explorar las expectativas

durante el tercer trimestre de embarazo^(5,8-10,19-22), momento en el que ya se han desarrollado, debido a la cercanía del parto, pero todavía no se tiene una experiencia del mismo.

En cuanto a la relación entre expectativas de parto y otras variables, destaca el análisis de las diferencias entre las mujeres que han parido anteriormente y aquellas que no tienen ninguna experiencia previa de parto. Según Peñacoba⁽¹⁹⁾, existe un amplio conocimiento de las expectativas de las mujeres que no tienen hijos, pero existen menos estudios que hayan explorado, por un lado, las expectativas de aquellas mujeres que han parido con anterioridad y, por otro, los que exploran la diferencia entre ambos colectivos. Así, algunos estudios encuentran que las expectativas de parto son más positivas en el caso de las múltiparas que para las primíparas^(7,23).

Respecto del tipo de estudio realizado, los de carácter cuantitativo se han basado en diferentes instrumentos de medida, como el *Childbirth Expectations Questionnaire* (CEQ), el *Wijma Delivery Expectancy/Experience Questionnaire* (W-DEQ) o el *Expectations of the Childbirth Experience* (ECBE)^(9,14). Por su parte, los estudios de carácter cualitativo se basan en aspectos como el análisis del contenido^(7,20), la aproximación fenomenológica⁽⁸⁾, la comparación constante^(3,13) y los grupos focales⁽¹⁶⁻¹⁷⁾. Los estudios cualitativos son particularmente adecuados para estudiar fenómenos complejos o procesos que son poco conocidos. Entre las ventajas de la aproximación cualitativa se encuentran, por un lado, poder analizar un conjunto de datos sin las presunciones o teorías generadas de antemano⁽²⁴⁾ y, por otro lado, ser la metodología más apropiada para determinar los sentimientos, interacciones, percepciones y comportamientos individuales⁽²⁵⁾.

En los últimos años se está produciendo un cambio en el sistema sanitario, desde una aproximación biomédica a otra más psicosocial, que tiene en cuenta las creencias y emociones de las mujeres⁽¹⁹⁾ y reivindica un empoderamiento de estas⁽²⁶⁾. En este contexto de cambio, el estudio de las expectativas de parto cobra un nuevo sentido. Desde diferentes instituciones se hace referencia a la importancia de que los profesionales conozcan las expectativas de cada mujer con respecto al proceso de parto, así como la importancia de investigar formas efectivas en que los profesionales de la salud pueden apoyar a las gestantes para tomar decisiones informadas durante el parto⁽²⁷⁾. En esta misma línea, diferentes estudios enfatizan la importancia de explorar las expectativas y demandas sanitarias de las usuarias para incluirlas en la oferta del sistema sanitario y hacen hincapié en el insuficiente conocimiento de las expectativas de las usuarias con relación a la humanización de la asistencia al parto⁽²¹⁾.

La bibliografía referida a España pone de relieve que no disponemos de conocimientos suficientes sobre las expectativas de parto de las gestantes. Esta laguna de conocimiento es aún más importante en el caso de estudios realizados con metodología cualitativa. Existen estudios cualitativos que analizan la experiencia de parto mediante la técnica del grupo focal en nuestro país⁽¹⁶⁻¹⁷⁾, pero no las expectativas previas al parto. Así pues, nos encontramos con 3 factores importantes:

- el cambio de modelo asistencial en la atención al parto normal
- la especificidad cultural y social de las expectativas de parto
- la escasez de estudios que, desde una aproximación cualitativa, exploren las expectativas de parto de las gestantes en España

Por todo ello, en estos momentos resulta relevante una aproximación a las expectativas de parto de las gestantes desde un punto de vista cualitativo, debido a la adecuación de esa metodología para el estudio de sentimientos y percepciones. Por lo tanto, el **objetivo** de esta investigación es llevar a cabo una aproximación cualitativa al estudio de las expectativas de parto de una muestra de gestantes españolas. Asimismo, como objetivo secundario, se pretende realizar una comparación entre las expectativas de parto de mujeres primíparas y multíparas.

MATERIAL Y MÉTODO

El estudio se basó en una pregunta de respuesta abierta: “¿Cuáles son sus expectativas para el parto?, es decir, ¿qué desea o espera en su parto?”. La pregunta formaba parte de un cuestionario más amplio, como se ha hecho en investigaciones previas^(7,18,20). Los datos se recogieron entre junio de 2014 y enero de 2015 a gestantes de tercer trimestre de embarazo en el Hospital Universitario de la Ribera (Alzira, Valencia) que acudieron a puertas de urgencias de ginecología o a la consulta de control de bienestar fetal. Los criterios de inclusión fueron gestantes en el tercer trimestre de embarazo, mayores de edad, que se expresaran sin dificultad en cualquiera de las dos lenguas oficiales (castellano o valenciano) y que consintieran ser incluidas en el estudio. Se excluyeron del estudio a las gestantes que no cumplían dichos criterios. Se utilizó un muestreo de conveniencia, habitual en estudios de este tipo, tanto cualitativos^(7-8,18,21) como cuantitativos^(8,19,22). Se pasó un cuestionario piloto a un grupo reducido de gestantes (10 mujeres, al igual que Fenwick⁽¹⁸⁾, siendo habitual realizar el pilotaje entre 5⁽²⁰⁾ y 20 mujeres⁽⁷⁾). Finalmente, fue aprobado por el Servicio de Calidad del Hospital Universitario de la Ribera.

Se recogieron las siguientes variables de estudio:

- Edad expresada en años, variable categórica agrupada en 3 intervalos (de 18 a 25, de 26 a 35 y mayores de 35 años)
- Nivel de estudios, variable categórica con 4 categorías (sin estudios, estudios primarios, estudios secundarios y estudios universitarios)
- Fórmula obstétrica, categórica dicotómica (primípara o multípara)
- Pertenencia al área de salud de La Ribera, categórica dicotómica (pertenencia dentro o fuera del área de salud)
- Asistencia a las actividades de preparación al parto (categórica dicotómica sí/no)
- Expectativas de parto, pregunta de respuesta abierta sobre la que se realizó un análisis de contenido.

El análisis de contenido se llevó a cabo mediante un procedimiento similar al realizado en otros estudios cualitativos sobre esta temática^(7-8,18,25), y que consta de los siguientes pasos⁽²⁴⁾:

- Transcribir las respuestas y realizar una lectura de las mismas
- Identificar los temas comunes
- Codificar los datos para reducirlos a conceptos
- Estructurar los conceptos en categorías y subcategorías

Para aumentar la fiabilidad del análisis de los datos, fueron codificados por las 2 investigadoras de forma separada^(5,25) y, finalmente, fueron comparados, discutidos y reevaluados hasta crear códigos y categorías compartidas⁽²⁴⁾.

De forma similar a otros estudios^(18,20), las participantes dieron más de una respuesta a la pregunta de cuáles eran sus expectativas de parto. Se cuantificó el número total de respuestas de cada categoría en una hoja de cálculo Excel, junto con los datos socio-demográficos obtenidos. El tratamiento estadístico se llevó a cabo con el programa *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) versión 17.0. Al ser todas las variables categóricas, la comparación de variables se realizó mediante la prueba de Chi-cuadrado para variables categóricas de Pearson (nivel de significación estadística $p < 0.05$ para pruebas bilaterales). El estudio fue aprobado por el Comité de Ética de la Investigación-Comisión de Investigación del Hospital Universitario de la Ribera en junio de 2014. Ninguna gestante rechazó participar en el estudio y todas dieron su consentimiento informado.

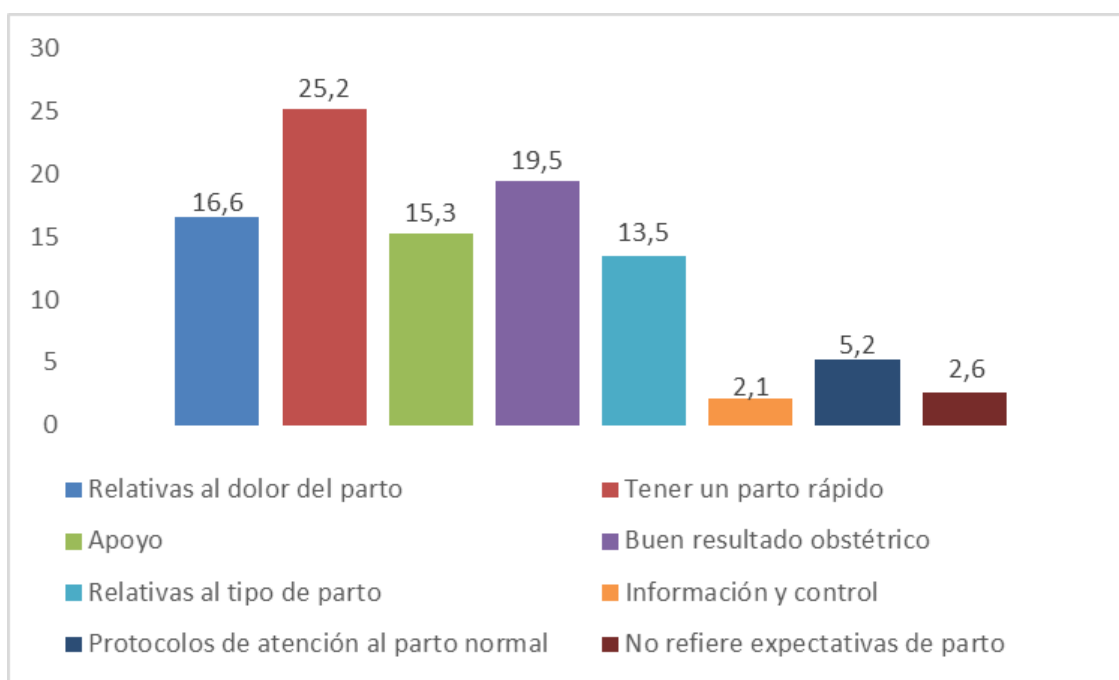
RESULTADOS

Se recogió una muestra total de 213 gestantes que cumplían los criterios de inclusión, cuyos datos socio-demográficos se reflejan en la Tabla I. En total se obtuvieron 422 respuestas codificadas, incluyendo los casos en que la gestante manifestó que no tenía ninguna expectativa de parto ($n=11$), tal como se observa en la Figura 1. Las respuestas fueron codificadas en 7 categorías (Figura 1) y 4 subcategorías.

Tabla I: Datos socio-demográficos de las gestantes de la muestra

Variables	Valores	Frecuencia	Porcentaje
Edad de la gestante	18-25	17	8
	26-35	146	68,5
	>35	50	23,5
Fórmula obstétrica	Primípara	117	54,9
	Múltipara	96	45,1
Área de salud	La Ribera	179	84
	Otras	34	16
Nivel de estudios	Sin estudios	1	0,5
	Primarios	63	29,6
	Secundarios	74	34,7
	Universitarios	75	35,2
Asistencia preparación al parto	Sí	131	61,5
	No	82	38,5
Asistencia charla tercer trimestre	Sí	147	69
	No	66	31

Figura 1: Expectativas de las gestantes de la muestra expresadas en porcentajes



Dentro de la categoría “apoyo” se incluyeron las subcategorías “apoyo por parte de los profesionales sanitarios” (n=47) y “apoyo por parte de la persona elegida como acompañante” (n=18). La categoría “relativa al tipo de parto” incluyó las subcategorías “tener un parto normal/tener un parto vaginal” (n=54) y “realización de una cesárea electiva” (n=3).

En cuanto a la comparación en función de la variable fórmula obstétrica, el 57% (n=239) de las respuestas fueron aportadas por primíparas y el 43% (n=183) restante por multíparas (Tabla II). El análisis estadístico no arrojó relación estadísticamente significativa, en ninguna de las categorías, entre las expectativas de parto de las primíparas y multíparas de la muestra. A pesar de ello, los datos sí apuntan algunas tendencias, como por ejemplo la mayor frecuencia de expectativas relacionadas con los protocolos de atención al parto normal en las primíparas respecto de las multíparas.

Tabla II: Distribuciones de frecuencias y porcentajes de expectativas de parto en función de la variable paridad

Categorías	Multíparas		Primíparas	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%
Relativas al dolor del parto	29	15,8	41	17,1
Tener un parto rápido	49	26,9	57	23,8
Apoyo	29	15,8	36	15,2
Buen resultado obstétrico	32	17,6	50	20,9
Relativas al tipo de parto	28	15,2	29	12,2
Información y control	4	2,2	5	2,1
Protocolos de atención al parto normal	7	3,8	15	6,2
No refiere expectativas de parto	5	2,7	6	2,5
Total	183	100	239	100

Por otro lado, en relación a la variable fórmula obstétrica y la asistencia a las actividades programadas para la educación maternal (preparación al parto y charla de tercer trimestre en hospital), sí que se ha encontrado una relación estadísticamente significativa (Tabla III). En este caso, la primiparidad se asocia con mayor asistencia a ambos tipos de actividades formativas prenatales.

Tabla III: Análisis estadístico entre la variable fórmula obstétrica y las variables asistencia a preparación al parto y asistencia a la charla de tercer trimestre en el hospital

Variables	Múltiparas	Primíparas	Chi cuadrado	Valor de p	V de Cramer
Asistencia preparación al parto			30,3	0,0001	0,37
Sí	40	91			
No	57	25			
Asistencia charla tercer trimestre en hospital			13,1	0,0001	0,24
Sí	55	93			
No	42	23			

DISCUSIÓN

La exploración de las expectativas de parto de una muestra de gestantes españolas ha permitido, por un lado, clasificar tales expectativas en 7 categorías y 4 subcategorías y, por otro lado, constatar la inexistencia de diferencias estadísticamente significativas entre las expectativas de primíparas y múltiparas. Esta ausencia de diferencias difiere de los resultados de otros estudios, que sí detectan diferencias entre primíparas y múltiparas, encontrando entre las múltiparas una expectativa de parto más positiva^(7,23) y puntuaciones más bajas en la expectativa dolor⁽¹⁹⁾. Existen diversas explicaciones posibles para esta diferencia, desde la adaptación de las expectativas actuales en base a la experiencia previa^(3,7,23) a la probabilidad de que las mujeres con una experiencia previa negativa no tengan otros embarazos⁽²³⁾. Con las debidas precauciones, nuestros resultados avalarían que se pueda trabajar indistintamente con muestras de solo múltiparas^(7,18) o solo primíparas^(8-9,20,25). Según lo anterior, allí donde se detectan las diferencias, estas podrían no estar relacionadas con la paridad, sino con otros factores explicativos. Por ejemplo, Tarkka⁽⁶⁾ refiere que las mujeres con una actitud más positiva tienen más posibilidades de tener una experiencia de parto positiva. Según esto, podríamos decir que la actitud materna podría ser uno de esos factores explicativos.

A pesar de no haber encontrado significación estadística, hay no obstante alguna tendencia resaltable, como es, entre las primíparas, la mayor frecuencia de expectativas relacionadas con los protocolos de atención al parto normal (Tabla II). Este es precisamente un aspecto que se ha introducido recientemente en la asistencia al parto en el Hospital Universitario de La Ribera. Esta mayor frecuencia podría estar relacionada con la asistencia de las primíparas a las actividades formativas de preparación al parto (en las que se les informa de los protocolos introducidos recientemente), aspecto que sí presenta significación estadística en el presente estudio (Tabla III).

Con respecto a la clasificación en 7 categorías, la expectativa con la frecuencia más elevada ha sido **“tener un parto rápido”** (n=106). En el caso de los estudios cuantitativos, se expresa a través del ítem *“I hope this labour will go smoothly, normally and fast”* (“espero que este parto sea fluido, normal y rápido”) del CEQ⁽¹⁹⁾ y de un ítem del ECBE, donde se expresa de forma negativa (tener un parto muy largo), apareciendo en un 66% de las gestantes encuestadas⁽⁹⁾. También se recoge en algunos estudios cualitativos^(8,18), siendo una de las expectativas más importantes en la investigación llevada a cabo por Gibbins⁽⁸⁾, al igual que en el presente estudio. Tener como expectativa un parto rápido o fácil se entiende como una expectativa irreal o idealizada, según Beaton⁽¹⁰⁾, y el punto de partida para tener una desilusión o decepción con la experiencia de parto subsiguiente.

La otra categoría principal obtenida por Gibbins⁽⁸⁾, el **“dolor del parto”**, aparece en tercer lugar (n=70) en este caso. La recogen la mayoría de los estudios cualitativos^(5,7-8,18,20,25), así como algunos cuantitativos que usan como herramienta el CEQ⁽⁹⁾. En contrapartida, en otros estudios cuantitativos que utilizan ese mismo cuestionario no se recoge entre las expectativas mayores. Así, para Peñacoba⁽¹⁹⁾, el dolor del parto solo es importante para el 20% de las gestantes encuestadas y Zhang⁽²²⁾ evidencia que el 68% de las gestantes deseaban adoptar métodos de alivio del dolor no farmacológicos, sin hacer referencia específica al dolor de parto como expectativa.

La seguridad y salud tanto de la madre como del bebé es la segunda expectativa en cuanto a su frecuencia (n=82) y se ha categorizado como **“tener un buen resultado obstétrico”**. Se ha encontrado en la mayoría de los estudios cualitativos consultados^(5,7-8,18,20,25), estando ausente en la mayor parte de estudios cuantitativos^(9,22); el de Peñacoba⁽¹⁹⁾ constituye una excepción. El hecho de que aparezca de forma habitual en los estudios cualitativos y de forma minoritaria en los cuantitativos podría interpretarse como una insuficiencia en los cuestionarios a la hora de captar esta cuestión.

En referencia a la categoría **“apoyo”**, que se ha dividido en dos subcategorías (apoyo por parte de los profesionales y apoyo por parte de la persona elegida como acompañante), los resultados indican que el apoyo por parte de los profesionales tiene un peso mucho mayor que el correspondiente a los acompañantes. Este resultado es consistente con otros estudios donde el apoyo por parte de los profesionales se perfila como el más significativo para mejorar la experiencia de la mujer durante el parto^(4,6,15), mientras que el apoyo del acompañante es también importante, pero no muestra el mismo efecto positivo⁽²⁸⁾. Además, existen estudios que muestran una asociación entre apoyo profesional y corta duración del parto⁽²⁸⁾, e incluso que el apoyo por parte de las matronas es capaz de motivar a buscar un futuro embarazo a aquellas mujeres que han tenido una mala experiencia durante el parto⁽⁷⁾. En diferentes aproximaciones cualitativas, las gestantes expresan sus miedos acerca de tres aspectos, la calidad del cuidado que podrían recibir por parte de los profesionales⁽²⁵⁾; la posibilidad de ser mal tratadas por los mismos^(7,9,20); y la importancia de ser tratada de forma individualizada^(7,18).

Sin embargo, en los estudios cuantitativos, el apoyo de los acompañantes tiene un mayor peso que el apoyo por parte de los profesionales^(19,22,29). Esta discrepancia entre los resultados de estudios cualitativos y cuantitativos se podría explicar por la diferencia en el número de ítems que hacen referencia al apoyo por parte de los acompañantes y por parte de los profesionales en los cuestionarios. En este contexto queda patente el interés y utilidad de las metodologías cualitativas para el estudio de

las expectativas de parto, ya que se evitan presunciones o teorías generadas de antemano⁽²⁴⁾.

Por su parte, respecto del apoyo de los profesionales, diferentes estudios ponen de relieve la importancia de la figura de la matrona y el poder que ejercen sobre las mujeres en el momento del parto⁽³⁰⁾. Así, estas profesionales del parto suponen una gran fuente de apoyo físico, emocional y de información, además del rol técnico que se espera de ellas⁽⁵⁾. Las matronas deben usar ese poder de forma sensible e inteligente para conseguir el mayor beneficio para la mujer que está a su cargo, tomándose su tiempo para discutir las expectativas de las gestantes y asegurarse de su realismo y pertinencia⁽⁵⁾.

Las expectativas “**relativas al tipo de parto**” se subdividen en 2 categorías, aquellas gestantes que desean tener un parto “normal” o “vaginal” (n=54, expresado con sus propias palabras, igual que ocurre en otros estudios⁽¹⁸⁾, donde se usan ambos términos de forma indistinta), y aquellas otras que desean que se les realice una cesárea electiva (n=3). Este interés por tener un parto normal aparece en estudios cualitativos donde las gestantes están sensibilizadas hacia el parto humanizado⁽²⁰⁻²¹⁾ (ambos estudios realizados en Brasil, donde existe un importante movimiento para la humanización del parto). Además, es la expectativa más importante (n=112), junto con la rapidez del parto, en el estudio realizado por Fenwick⁽¹⁸⁾ en Australia. En los estudios cuantitativos el interés por el tipo de parto se encuadra dentro del ítem “*I hope this labour will go smoothly, normally and fast*” (espero que este parto sea fluido, normal y rápido), constituyendo una de las expectativas mayores del estudio de Peñacoba en gestantes españolas⁽¹⁹⁾.

En el presente estudio se ha diferenciado entre la expectativa de tener un parto normal y todas aquellas englobadas dentro de los “**protocolos de atención al parto normal**”. Estos últimos han tenido una frecuencia escasa, probablemente debido a su reciente introducción dentro del modelo asistencial. Sin embargo, en otros estudios es difícil diferenciar si las gestantes que expresan su deseo de tener un parto normal se refieren simplemente a un parto por vía vaginal (tal como lo interpreta Fenwick⁽¹⁸⁾), o bien a aspectos relacionados con los protocolos de atención al parto normal. En este estudio se ha seguido la interpretación de Fenwick⁽¹⁸⁾.

Por último, la necesidad de “**información y control**” constituye el grupo de expectativas con la menor frecuencia (n=9). En referencia a otros estudios, solo se ha encontrado en el realizado por Fenwick⁽¹⁸⁾, que lo plantea como una subcategoría dentro de la categoría “implicación y participación en el parto”. En otras investigaciones cualitativas se hace referencia al control como confianza en el cuidado que les ofrecen los profesionales sanitarios⁽⁵⁾. Sin embargo, la sensación de control que proporciona la información se considera muy importante en algunos estudios, de cara a afrontar la experiencia de parto de forma positiva, incluso cuando el parto no se ajusta a las expectativas previas⁽⁸⁾. Por lo tanto, la información se perfila como un elemento clave para generar unas expectativas más precisas y específicas^(3,15). Los profesionales sanitarios en general, y las matronas en particular, constituyen una excelente fuente de información, sobre todo en los países donde existe la oportunidad de asistir a clases de preparación al parto o educación maternal^(9,15,18). Consecuentemente, los profesionales sanitarios deberían conocer las fuentes de información suplementarias que utilizan las gestantes (especialmente de aquellas mujeres que no asisten a educación maternal) y ofrecer fuentes de información reconocidas cuando sea necesario⁽⁵⁾. Debido al elevado interés de este

tema, cabe plantearlo como futura línea de investigación, atendiendo, en primer lugar, a la exploración de las distintas fuentes de información que manejan las gestantes y, en segundo lugar, al origen de la información (contrastando la proporcionada por las matronas y otros profesionales sanitarios con otras posibles fuentes de información suplementarias).

CONCLUSIONES

El conocimiento de las expectativas de las gestantes es un aspecto crucial para poder ofrecer el mejor cuidado de salud posible en la atención al parto, adecuando la experiencia de parto de las gestantes a sus expectativas con el fin de lograr el mayor grado de satisfacción con el proceso de parto. En el actual momento de cambio de modelo asistencial resulta todavía más necesario conocer las expectativas de parto de las gestantes, ya que el modelo humanizado de atención al parto implica que la mujer tome decisiones sobre su cuidado e insiste en el concepto de comunicación entre usuarios y profesionales sanitarios.

La aproximación cualitativa al estudio de las expectativas de una muestra de gestantes españolas ha permitido clasificarlas en 7 categorías (parto rápido, relacionadas con el dolor, buen resultado obstétrico, apoyo, relacionadas con el tipo de parto, información y control, y relacionadas con los protocolos de atención al parto normal), sin diferencias estadísticamente significativas entre las expectativas manifestadas por las gestantes primíparas y múltiparas.

Entre las expectativas más importantes destacan las relacionadas con tener un parto rápido, con un buen resultado obstétrico y sin experimentar dolor. Sin embargo, aquellas relacionadas con los protocolos de atención al parto normal tienen una presencia escasa, posiblemente debido a la reciente introducción de dicho modelo asistencial. Asimismo, resalta la importancia del apoyo prestado por los profesionales sanitarios, y en concreto la matrona, como actor principal para conseguir alinear expectativas y experiencias de parto de las gestantes. La matrona es el profesional más adecuado para proveer a las gestantes de una información de calidad sobre aspectos relacionados con el embarazo, el parto y la maternidad, colaborando de forma importante en la elaboración de expectativas realistas y en el empoderamiento de la gestante acerca de la toma de decisiones sobre las cuestiones que les afectan.

Se considera interesante como línea de investigación futura la exploración de las distintas fuentes de información que influyen en la generación de las expectativas de parto de las gestantes, así como el papel que desempeña la información que proporcionan los profesionales sanitarios dedicados a la atención al parto.

REFERENCIAS

1. Pinheiro BC, Bittar, CML. Expectativas, percepções e experiências sobre o parto normal: Relato de um grupo de mulheres. *Fractal Revista de Psicologia*. 2013;25(3):585-602. <http://dx.doi.org/10.1590/S1984-02922013000300011>
2. Soet JE, Brack GA, Dilorio C. Prevalence and predictors of women's experience of psychological trauma during childbirth. *Birth*. 2003;30:36–46.
3. Hauck Y, Fenwick J, Downie J, Butt J. The influence of childbirth expectations on western Australian women's perceptions of their birth experience. *Midwifery*. 2007;23,235–247. <http://dx.doi.org/10.1016/j.midw.2006.02.002>.

4. Green JM, Baston HA. Feeling in control during labor: concepts, correlates, and consequences. *Birth*. 2003;30:235–247.
5. Martin DK, Bulmer SM, Pettker CM. Childbirth expectations and sources of information among low- and moderate- income nulliparous pregnant women. *J Perinat Educ*. 2013;22(2):103–112. <http://dx.doi.org/10.1891/1058-1243.22.2.103>
6. Tarkka MT, Paunonen M, Laippala P. Importance of the midwife in the first-time mother's experience of childbirth. *Scand J Caring Sci*. 2000;14(3):184-190.
7. Rilby L, Jansson S, Lindblom B, Mårtensson LB. A Qualitative Study of Women's Feelings About Future Childbirth: Dread and Delight. *J Midwifery Womens Health*. 2012;57(2):120-125. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1542-2011.2011.00113.x>.
8. Gibbins J, Thomson AM. Women's expectations and experiences of childbirth. *Midwifery*. 2001;17(4):302-313.
9. Oweis A, Abushaikha L. Jordanian pregnant women's expectations of their first childbirth experience. *Int J Nurs Pract*. 2004;10(6):264-271. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1440-172x.2004.00488.x>.
10. Beaton J, Gupton A. Childbirth expectations: a qualitative analysis. *Midwifery*. 1990;6(3):133-139.
11. Christiaens W, Verhaeghe M, Bracke P. Childbirth expectations and experiences in Belgian and Dutch models of maternity care. *J Reprod Infant Psychol*. 2008;26(4):309-322.
12. Ayers S, Pickering AD. Women's expectations and experience of birth. *Psychol Health*. 2005;20(1):79-92.
13. Sweeny K, Krizan Z. Sobering up: A quantitative review of temporal declines in expectations. *Psychol Bull*. 2013;139(3):702-724. <http://dx.doi.org/10.1037/a0029951>.
14. Gupton A, Beaton J, Sloan J, Bramadat I. The development of a scale to measure childbirth expectations. *Can J Nurs Res*. 1991;23(2):35-47.
15. Lally JE, Murtagh MJ, Macphail S, Thomson R. More in hope than expectation: A systematic review of women's expectations and experience of pain relief in labour. *BMC Medicine*. 2008;6:7. <http://dx.doi.org/10.1186/1741-7015-6-7>.
16. Ferreiro-Losada MT, Díaz-Sanisidro E, Martínez-Romero MD, Rial- Boubeta A, Varela-Mallou J, Clavería-Fontán A. Evaluación mediante grupos focales de las expectativas y percepciones de las mujeres durante el proceso de parto. *Rev Calid Asist*. 2013;28(5):291-299.
17. Goberna Tricas J, Palacio Tauste A, Banús Giménez MR, Linares Sancho S, Salas Casas D. Tecnología y humanización en asistencia al nacimiento. La percepción de las mujeres. *Matronas Prof*. 2008;9(1):5-10.
18. Fenwick J, Hauck Y, Downie J, Butt J. The childbirth expectations of a self-selected cohort of Western Australian women. *Midwifery*. 2005;21(1):23-35.
19. Peñacoba-Puente C, Carmona-Monge FJ, Marín-Morales D, Écija-Gallardo C. Evolution of childbirth expectations in Spanish pregnant women. *Appl Nurs Res*. 2016;29:59-63. <http://dx.doi.org/10.1016/j.apnr.2015.05.017>
20. Almeida N, Fleury EM. Expectativas de Gestantes sobre o Parto e suas Percepções acerca da Preparação para o Parto. *Temas em Psicologia*. 2016;24(2):681-693. <http://dx.doi.org/10.9788/TP2016.2-15>
21. Basso JF, Monticelli M. Expectativas de participação de gestantes e acompanhantes para o parto humanizado. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2010;18(3):97-105. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692010000300014>
22. Zhang X, Lu H. Childbirth expectations and correlates at the final stage of pregnancy in Chinese expectant parents. *International Journal of nursing sciences*. 2014;(1):151-6. <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijnss.2014.05.019>
23. Wijma K, Söderquist J, Wijma B. Posttraumatic stress disorder after childbirth: A cross sectional study. *J Anxiety Disord*. 1997;11(6):587-597.

24. Graneheim UH, Lundman B. Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Educ Today*. 2004;24(2):105-112.
25. Serçekus P, Okumus H. Fears associated with childbirth among nulliparous women in Turkey. *Midwifery*. 2009;25(2):155-162.
26. Biurrun-Garrido A, Goberna-Tricas J. La humanización del trabajo de parto: necesidad de definir el concepto. Revisión de la bibliografía. *Matronas Prof*. 2013;14(2):62-66.
27. National Collaborating Centre for Women's and Children's Health. Intrapartum Care. Care of healthy women and their babies during childbirth. Clinical Guideline 190. Methods, evidence and recommendations; 2014. Disponible en: <https://www.nice.org.uk/guidance/CG190> (último acceso 22 de noviembre 2016).
28. McGrath SK, Kennell JH. A randomized controlled trial of continuous labor support for middle-class couples: effect on cesarean delivery rates. *Birth*. 2008;35(2):92-97.
29. Udofia EA, Akwaowo CD. Pregnancy and after: What women want from their partners listening to women in Uyo, Nigeria. *J Psychosom Obstet Gynaecol*. 2012;33(3):112-119. <http://dx.doi.org/10.3109/0167482X.2012.693551>.
30. Anderson T. Feeling safe enough to let go: the relationship between a woman and her midwife during the second stage of labor. London: Palgrave Macmillan; 2000.

ISSN 1695-6141

© [COPYRIGHT](#) Servicio de Publicaciones - Universidad de Murcia

Capítulo 6.

Fuentes de información más influyentes y más utilizadas por las gestantes de La Ribera: una aproximación a través del Análisis de Redes Sociales

6. Fuentes de información más influyentes y más utilizadas por las gestantes de La Ribera: una aproximación a través del Análisis de Redes Sociales

6.1. Introducción

La disponibilidad de información es un aspecto básico y fundamental tanto en la generación de opinión como en los procesos de toma de decisiones. El proceso de embarazo-parto-puerperio es un momento sensible en la vida de una mujer en el que habitualmente se produce una importante búsqueda de información. Además del lógico interés en la búsqueda de información por parte de las embarazadas y su red cercana, los organismos públicos animan a las mismas a participar activamente en la toma de decisiones en su proceso de parto (Ministerio de salud y política social, 2010; NICE, 2014; OMS, 2018), para lo cual resulta necesario que las gestantes tengan acceso a información sanitaria fiable y de calidad, y que además refleje la evidencia actual (Beltrán *et al.*, 2011; Grimes *et al.*, 2014).

Aunque existe acceso a un gran volumen de fuentes de información, las mujeres no siempre comprenden la información que les llega (Carolan, 2007), y en ocasiones les resulta difícil discriminar las fuentes más fiables (Beltrán *et al.*, 2011). La literatura señala que existe una laguna de conocimiento en lo referido a las fuentes de información utilizadas por las gestantes (Grimes *et al.*, 2014), que pueden ser diferentes en función del país, edad y nivel de estudios, e incluso modificarse con del paso del tiempo (Plutzer y Keiser, 2012). Resulta difícil encontrar estudios donde se realice una clasificación de posibles fuentes de información. En este sentido, una clasificación de fuentes de información que nos ha resultado completa es la realizada por Fenwick *et al.* (2005), que diferencian cinco categorías y, dentro de ellas, un total de 20 diferentes posibles fuentes de información. (Tabla 6).

Tabla 6. *Influencias en las expectativas de parto de las mujeres*

Reading, Internet, television, videos	Public discourses (<i>n</i> = 106)
Family and friends with kids, other acquaintances, mothers Family history of birth	Private discourses (<i>n</i> = 179)
Midwives, antenatal classes, antenatal visits with midwives General practitioners, obstetricians, specialists, private hospital	Professional discourses (<i>n</i> = 63)
Women's own attitudes, beliefs, background and knowledge	Self (<i>n</i> = 32)
Life style and age	Life experience (<i>n</i> = 6)

Fuente: Fenwick *et al.*, 2005

6.2. Hipótesis de partida y objetivos

Tras la lectura y la posterior reflexión de las posibles fuentes de información propuestas por Fenwick *et al.* (2005) y su comparación con la práctica asistencial en el área de salud de La Ribera, se propone como hipótesis de partida de la presente investigación que, a pesar de la proliferación de estudios centrados en las nuevas tecnologías (fuentes públicas) como fuente preferente de información en los últimos años (Lagan *et al.*, 2010; Lima-Pereira *et al.*, 2011; Tripp *et al.*, 2014; Lupton, 2016; Wallwiener *et al.*, 2016; Bjelke *et al.*, 2016; Artieta-Pinedo *et al.*, 2018), las relaciones personales (fuentes personales o entorno social) siguen teniendo un peso fundamental en la generación de expectativas y en los procesos de toma de decisiones entre las gestantes del área de salud de La Ribera. Para confirmar la presente teoría se plantea un estudio en el que se utilizará dicha clasificación (Tabla 6) como referencia y punto de partida para la

exploración de las fuentes de información más frecuentes e influyentes entre las gestantes del área de salud.

En consecuencia, se plantean los siguientes objetivos:

1. Objetivo general: Detectar y analizar las fuentes de información más utilizadas y más influyentes para las gestantes en la conformación de expectativas y toma de decisiones.
2. Objetivos secundarios:
 - Valorar la calidad y la utilidad de las fuentes de información que utilizan las gestantes.
 - Describir las fuentes profesionales valoradas como deficitarias por las gestantes y sus propuestas para mejorar la información que proporcionan los profesionales.
 - Analizar las diferencias en la red de información en función de la paridad de la gestante.

6.3. Metodología

6.3.1. Tamaño muestral, criterios de inclusión y cuestionario

La población de estudio fueron las gestantes en su tercer trimestre de embarazo que acudieron a los controles de bienestar fetal en el HULR entre febrero y junio de 2017. De ellas, se seleccionó una muestra mediante un muestreo no probabilístico de conveniencia.

El tamaño muestral se calculó sobre una población total de 1.610 gestantes atendidas en dicho hospital durante el año 2016, con un nivel de confianza del 95 % y un error estimado del 5 %, con lo que resultó un tamaño muestral de $n=73$.

Los criterios de inclusión fueron ser gestante en su tercer trimestre de gestación, firmar el consentimiento informado, no tener barreras

lingüísticas, y tener como máximo dos embarazos a término. Este último criterio de inclusión permitiría estudiar si existen diferencias entre las fuentes de información de primíparas (gestantes en su primer embarazo) y multíparas (gestantes en su segundo embarazo). A las multíparas se les pidió que completaran dos cuestionarios de redes, cada uno de los cuales hacía referencia a uno de sus embarazos a término.

Para llevar a cabo el presente estudio se elaboró un cuestionario de redes (Cuestionario sobre redes personales de fuentes de información, Anexo II) basado en la clasificación de fuentes de información realizada por Fenwick *et al.* (2005), además de las aportaciones de otros estudios, como los de Martin *et al.* (2013), Grimes *et al.* (2014) and Lupton (2016). Por otro lado, se recogieron datos socio-demográficos (edad, nivel de estudios, fórmula obstétrica y país de origen de la gestante) y se elaboró un guion de entrevista semiestructurada con preguntas de respuesta abierta. Así pues, una parte del cuestionario tiene un tratamiento analítico de ARS, mientras que la parte cualitativa del mismo se analiza, principalmente, mediante el análisis de contenido.

En primer lugar, el cuestionario se pilotó en 10 gestantes, tras lo cual se procedió a eliminar las categorías referidas a la experiencia personal y vital, ya que no recibieron ninguna nominación. De la misma manera, se añadieron 3 nuevas fuentes de información: Apps dentro de la categoría de fuentes públicas, amistades sin hijos en la categoría de fuentes personales y charla informativa de tercer trimestre en hospital en la categoría de fuentes profesionales, ya que fueron nombradas por varias de las gestantes que respondieron a la encuesta piloto.

Realizadas estas modificaciones, el cuestionario se volvió a pilotar en otras 10 gestantes, de forma similar al estudio realizado por Fenwick *et al.* (2005), antes de aceptarlo en su forma definitiva (Anexo II). Finalmente, el cuestionario de redes incluyó un total de

17 posibles fuentes de información, distribuidas en 3 categorías: profesionales, personales y públicas.

- Fuentes públicas: Internet, televisión, Apps, videos y libros.
- Fuentes personales: madre, amistades con hijos, amistades sin hijos, familiares e historias familiares de partos.
- Fuentes profesionales: matrona, ginecólogo, ginecólogo privado, clases de preparación al parto, charla de tercer trimestre en hospital, médico de AP y médico especialista.

De cada fuente de información se recogió información sobre la utilización de dicha fuente, la utilidad y calidad percibida por las gestantes y las fuentes de información consideradas más influyentes en la toma de decisiones. En este último caso se pidió a cada gestante que citase sus tres fuentes de información más influyentes, de entre todas las que había utilizado durante el embarazo. El hecho de limitar el número de respuestas a tres implica que determinados indicadores de redes no pueden utilizarse, como se explicará a continuación.

Para el tratamiento de las variables utilización e influencia de fuentes de información se utilizó una aproximación de redes, ya que a) son las variables de estudio principales, que responden al objetivo general y b) se adaptan bien al modo binario de tratamiento y presentación de la información reticular. Sin embargo, en el caso de la valoración de la calidad y la utilidad de las fuentes de información, los datos se recogieron en una escala ordinal de 0 a 10 y se utilizó la estadística descriptiva e inferencial para su análisis.

Finalmente, el cuestionario incluía unas preguntas de respuesta libre (Anexo II): su percepción acerca del nivel de información que tienen, su grado de satisfacción con la información recibida por parte de los profesionales, las fuentes de información que consideraban deficitarias, los sentimientos que les producía la búsqueda de información y, por último, se les solicitó que enumerasen, si las tenían, propuestas de mejora de la información que proporcionan los profesionales.

Aunque en un principio el tratamiento de todos estos datos iba a ser cualitativo, en el caso de las dos primeras cuestiones, tras realizar los 10 cuestionarios piloto, se decidió que, debido a la concreción de las respuestas obtenidas hasta el momento, sería más práctico seguir una escala ordinal para recoger las respuestas a las preguntas acerca del nivel de información y el grado de satisfacción con la información obtenida, dejando opción para que la gestante pudiera ampliar dichas respuestas, si lo considerara oportuno. Así, se usó una escala Likert con 5 posibles respuestas, siendo el 1 “nada informada” / “nada satisfecha” y el 5 “muy informada” / “muy satisfecha”.

En cuanto a la existencia de fuentes de información deficitarias, los datos de dicha variable se recogieron de forma dicotómica (sí / no), y posteriormente se agruparon dentro de las 3 grandes categorías de fuente de información (personales, profesionales y públicas). En cuanto a las dos últimas preguntas de respuesta libre, fueron las que tuvieron un tratamiento cualitativo finalmente, mediante el análisis de contenido.

6.3.2. Análisis de redes sociales egocéntricas (modo 2): centralidad de grado y *core-periphery*

En el marco del ARS, las redes se pueden clasificar por su modo, siendo este el número de conjuntos usados para medir las variables estructurales de la red. Así, las redes de modo 1 recogen las relaciones entre un número determinado de actores y, por tanto, conforman una matriz cuadrada donde el listado de actores aparece tanto en las filas como en las columnas. Por su parte, en las redes de modo 2 o bimodales existen dos conjuntos de datos diferenciados (actores y eventos) que forman matrices rectangulares en las que se sitúan, en este caso, a las gestantes (actores) en las filas y a las diferentes fuentes de información (eventos) en las columnas (Wasserman y Faust, 1994; Hanneman, 2005; Borgatti *et al.*, 2013; McCarty *et al.*, 2019). Para su análisis se puede usar el método directo (análisis directo de la matriz de modo 2) o convertir la matriz de

modo 2 a modo 1, pudiendo aplicar los indicadores de redes de modo 1.

El método directo tiene como ventaja que evita la pérdida de información, aunque tiene la desventaja de que precisa hacer una reinterpretación de los indicadores de modo 1 para su uso en redes de modo 2 (Wasserman y Faust, 1994; Hanneman, 2005; Borgatti *et al.*, 2013). En este caso, se decidió usar el método directo, priorizando evitar la pérdida de información. Para el análisis de las redes de utilización e influencia de las fuentes de información se escogieron dos indicadores: la centralidad de grado (*degree*) como medida de centralidad y el *core-periphery* para analizar la presencia de subgrupos.

Así, en esta investigación, los datos sobre centralidad de grado (*degree*) obtenidos en las filas se interpretan como porcentaje de utilización de cada fuente de información con relación al total de gestantes. La centralidad de grado en este caso indica qué fuentes de información ocupan una posición más central para las gestantes encuestadas, es decir, tienen una posición más relevante. El análisis de *core-periphery* divide actores y eventos en dos bloques, uno con alta densidad de contacto (*core*) y otro con baja densidad de contacto (*periphery*). Permite detectar los actores que se encuentran muy conectados con determinados eventos, es decir, la co-ocurrencia entre gestantes debido a que comparten el mismo patrón de elección de fuentes de información. Permite extraer al conjunto de gestantes que tienen en común la elección del mismo patrón de elección de fuentes, para posteriormente buscar atributos en común entre ellas.

6.3.3. Estadística descriptiva e inferencial

La estadística descriptiva consistió en el uso de la media, desviación estándar y rango para las variables cuantitativas, y la distribución de frecuencias y porcentajes para el caso de las variables cualitativas.

En cuanto a la estadística inferencial, se utilizaron diversas pruebas, en función del tipo de variable.

Para comparar la calidad y utilidad de las diferentes fuentes de información se usaron comparaciones por pares usando el test de Conover para muestras dependientes. Las comparaciones de la red de influencia, red de utilización y fuentes de información consideradas deficitarias se basaron en el test de la Q de Cochran para datos pareados. Adicionalmente se llevaron a cabo comparaciones de las variables dos a dos usando un test exacto de simetría análogo a McNemar. Finalmente, la comparación de la influencia y la utilización de las distintas fuentes de información en función de la paridad se basó también en el test exacto de simetría análogo a McNemar.

Todas estas pruebas se llevaron a cabo con un nivel de significación de 0.05 y se ajustó el valor de p mediante el método de Benjamini y Hochberg para comparaciones múltiples. Todos los análisis se realizaron usando el programa R, versión 3.4.3.

6.4. Resultados

6.4.1. Datos socio-demográficos de las gestantes encuestadas

Se recogieron un total de 80 cuestionarios a gestantes que cumplían criterios de inclusión, siendo el 50 % de ellas primíparas y el otro 50 % de las mismas múltiparas (todas ellas en su segundo embarazo). Ninguna gestante rechazó participar en el estudio y todas ellas firmaron el consentimiento informado elaborado a tal efecto. Su edad media fue de 33,15 años, con una desviación estándar de 4,49 y un rango de edad comprendido entre 20 y 43 años. De ellas, el 7,5 % tenían educación primaria, el 53,8 % tenían educación secundaria y el 38,8 % restante había cursado estudios universitarios. En cuanto al país de origen, un 93,8 % eran españolas, y el porcentaje restante extranjeras.

6.4.2. Estadística descriptiva e inferencial: calidad y utilidad de las fuentes de información, fuentes de información deficitarias, nivel de información y grado de satisfacción con la información recibida

a) Calidad y utilidad de las fuentes de información: preeminencia de las fuentes profesionales

Para la valoración de la calidad y la utilidad de las fuentes de información (Tabla 7), los datos se recogieron en una escala ordinal de 0 a 10. Según se puede observar en la tabla, la información de mayor calidad es la ofrecida por las fuentes profesionales, obteniendo puntuaciones medias entre 8,71 y 9,08. Las fuentes personales y públicas obtienen puntuaciones más bajas (valores medios entre 7 y 8,67 y entre 7,17 y 8,11, respectivamente).

En cuanto a la utilidad de las diferentes fuentes de información, de nuevo son las fuentes profesionales las que obtienen las puntuaciones más elevadas (valores medios entre 8,49 y 9), y en este caso las fuentes personales y públicas obtienen valores medios más alejados de aquellos obtenidos por las fuentes profesionales (valores medios entre 5 y 8,71 y entre 6,90 y 7,89, respectivamente).

Con respecto a la estadística inferencial que se ha llevado a cabo en este caso, el uso del test de Conover post-hoc para la realización de comparaciones múltiples muestra diferencias estadísticamente significativas en la mayoría de las comparaciones realizadas ($p < 0,05$). Así, de las 136 comparaciones llevadas a cabo entre las puntuaciones de las distintas fuentes de información, tanto para el caso de la calidad como para el caso de la utilidad, solo 7 de estas comparaciones no fueron estadísticamente significativas.

Este resultado permite concluir que la valoración que hacen las gestantes tanto de la calidad como de la utilidad de la información

proporcionada por los profesionales sanitarios es superior a la valoración de la calidad y la utilidad del resto de fuentes de información. Así, los profesionales sanitarios, tanto matronas como ginecólogos y otros especialistas, se posicionan como la fuente de información de mayor calidad y utilidad para las gestantes del área de salud de La Ribera.

b) Nivel de información y grado de satisfacción con la información recibida por parte de los profesionales sanitarios

A continuación, tanto el nivel de información como el grado de satisfacción con la información recibida por parte de los profesionales sanitarios obtuvieron valores muy elevados. Así, un 82 % de las gestantes se consideraba “informada” o “muy informada”, mientras que un 94 % de las gestantes se consideraba “satisfecha” o “muy satisfecha” con la información que les proporcionaron los profesionales sanitarios. Este resultado concuerda con el obtenido previamente, en el que los profesionales sanitarios se configuran como la fuente de información de mayor calidad y utilidad.

Tabla 7. Valoración de calidad y utilidad de las fuentes de información utilizadas por las gestantes

Fuente de información	n	Calidad			Utilidad		
		Media	SD*	Rango	Media	SD	Rango
Matrona	79	8,71	1,79	0-10	8,49	2,18	0-10
Preparación al parto	56	8,89	1,26	6-10	8,89	1,41	5-10
Charla informativa hospital	53	9,08	0,89	7-10	8,96	0,94	7-10
Ginecólogo privado	45	8,84	1,47	2-10	8,61	1,88	1-10
Médico de AP	6	9	1,67	6-10	8,67	2,16	5-10
Ginecólogo	43	8,81	1,50	5-10	9	1,39	5-10
Médico especialista	7	8,71	1,89	5-10	8,75	1,91	5-10
Internet	58	7,17	1,76	0-10	6,90	2,12	0-10
Libros y revistas	38	8,11	1,13	6-10	7,89	1,24	5-10
Videos	24	7,92	1,61	5-10	7,64	1,75	5-10
App	25	7,84	1,24	6-10	7,61	2,23	0-10
Televisión	5	8	1	7-9	7,60	1,14	6-9
Familiares	53	8,32	1,37	5-10	7,96	1,81	0-10
Amigos con hijos	53	8	1,40	5-10	7,65	1,88	0-10
Madre	46	8,24	1,78	3-10	7,85	2,34	0-10
Amigos sin hijos	9	8,67	0,87	7-10	8,71	0,95	7-10
Historias familiares de partos	3	7	1	6-8	5	3	2-8

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos recogidos en el “Cuestionario sobre redes personales de fuentes de información”, Febrero-Junio 2017 (Anexo II)

*SD: Desviación estándar

c) Fuentes de información deficitarias: los profesionales sanitarios en el punto de mira

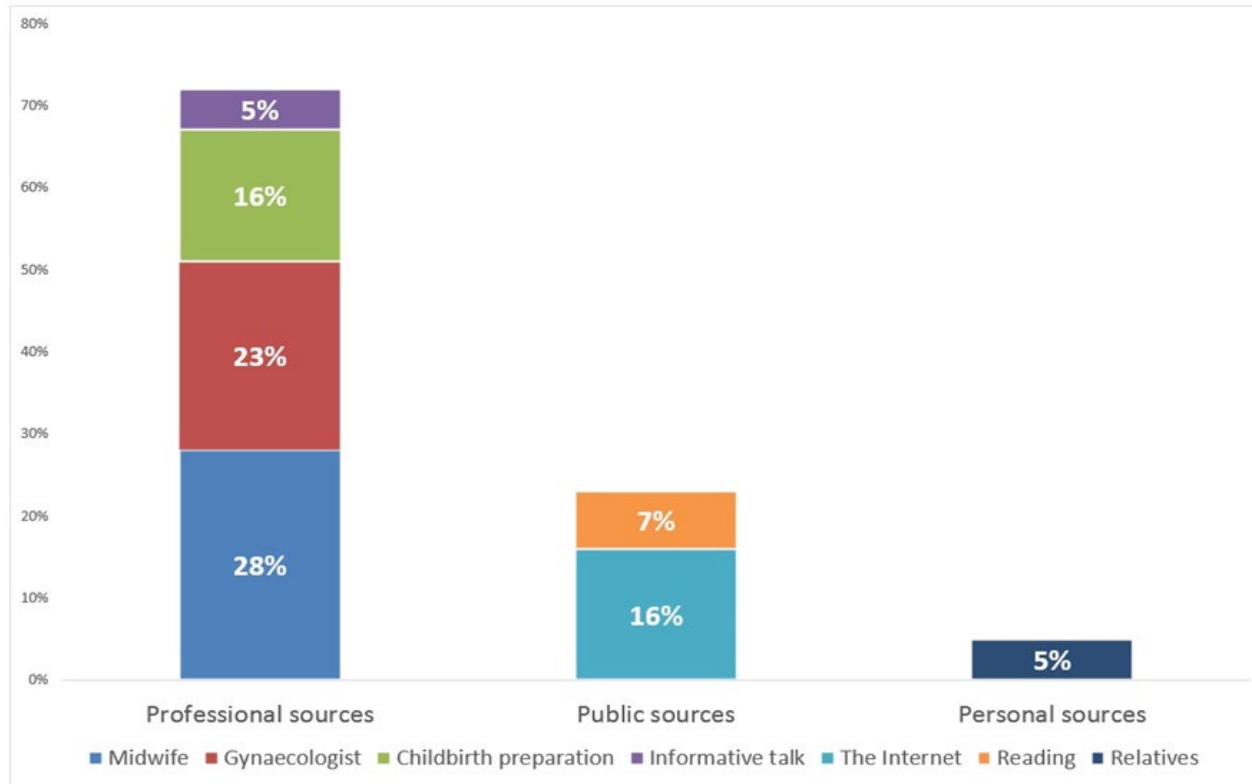
En relación con las gestantes que manifestaron tener fuentes de información deficitarias (aquella fuente de información de la que se esperaba algo más de lo que se obtuvo), 43 gestantes refirieron que alguna de sus fuentes de información resultó deficitaria (Figura 10). El porcentaje mayoritario (72 %) de las respuestas hicieron referencia a las fuentes profesionales, mientras que las fuentes públicas obtuvieron un 23 % de las respuestas y tan solo un 5 % de las gestantes nombraron a su red personal de contactos como fuente deficitaria.

El test de la Q de Cochran mostró diferencias estadísticamente significativas entre los 3 tipos de fuentes de información ($p < 0,001$) y el test exacto de simetría también encontró que todas las comparaciones por pares de los 3 tipos de información fueron estadísticamente significativas (todos los valores de p estuvieron por debajo de 0,03). Así, podemos decir que las gestantes de La Ribera consideran que los profesionales sanitarios son la fuente de información más deficiente, en comparación con las fuentes de información públicas y personales.

Este resultado contrasta con los dos anteriores, en los que las gestantes valoran muy positivamente la calidad y utilidad de los profesionales sanitarios y su satisfacción con la información recibida, pero está en sintonía con los rangos que se pueden observar en la Tabla 7, donde la matrona obtiene una puntuación de 0 en algunos casos, tanto referido a la calidad como a la utilidad de la información recibida.

Con respecto a esta aparente contradicción, creemos que pueden existir varias explicaciones, en función de los comentarios que hicieron las gestantes durante la cumplimentación del cuestionario. Así, por un lado, una posible explicación reside en las expectativas

Figura 10. Fuentes de información consideradas deficientes por las gestantes de la muestra en función del tipo de fuente (pública, profesional y personal)



Fuente: Camacho-Morell y Esparcia, 2020

que tienen las gestantes acerca de qué les deben ofrecer los profesionales sanitarios mientras que, por otro lado, es posible que hagan referencia a la valoración de un profesional sanitario de forma individual, ya que cada gestante hace referencia únicamente a la matrona, ginecólogo, médico de AP o especialista con el que haya coincidido en el curso de su embarazo/sus embarazos.

6.4.3. Análisis de contenido: Propuestas de mejora y sentimientos provocados por la búsqueda de información

a) Propuesta de mejora de las gestantes encuestadas

Con el objetivo de continuar mejorando la atención sanitaria prestada en el área de salud de La Ribera, a todas las gestantes que manifestaron deficiencias en alguna de las fuentes profesionales (n=43) se les preguntó por posibles propuestas de mejora. Casi dos terceras partes de las respuestas se centraron en tres fuentes principales:

- **Matrona (26 %):** Demandan más información por escrito y que esté actualizada, posibilidad de tener atención telefónica, por correo electrónico o *WhatsApp* 24 horas al día para resolver dudas, aumentar el tiempo de atención en consulta y más información sobre páginas *Web* de confianza.
- **Ginecólogo (21 %):** Le piden mayor control y seguimiento ecográfico, más información y tiempo de atención en consulta, mayor cercanía y empatía, protocolizar la información, atención más personalizada, y posibilidad de tener atención telefónica, por correo electrónico o *WhatsApp* 24 horas al día para resolver dudas.
- **Preparación al parto (16 %):** Solicitan mayor número de clases, profundizar en los contenidos, mayor flexibilidad

horaria, renovar el material, clases más prácticas con preparación al parto dentro del agua, realizar una charla informativa durante el primer trimestre de gestación, poder visitar el paritorio, y recibir información de la parte emocional de todo el proceso.

Otras respuestas más minoritarias hacen referencia a otros aspectos, como la necesidad de apoyo psicológico durante el embarazo y el parto o la necesidad de actualizar los medios técnicos en los centros de AP.

b) Sentimientos provocados por las contradicciones en la búsqueda de información

En cuanto a los sentimientos provocados por la búsqueda de información, dos tercios del total de gestantes refirieron sentimientos positivos respecto de la búsqueda de información sobre temas relacionados con el embarazo, parto y crianza del recién nacido (se sienten seguras, tranquilas o confiadas), mientras que un 18 % mostraron sentimientos negativos (se sienten confusas o asustadas) y el 16 % restante manifestaron sentimientos ambivalentes. Si tenemos en cuenta la paridad, el 77 % de las gestantes que presentaron sentimientos ambivalentes fueron multíparas, y la mayoría de ellas refirieron un sentimiento positivo en el primer embarazo y un sentimiento negativo en el embarazo actual, por haber aparecido en este segundo embarazo circunstancias que no estuvieron presentes en su primer embarazo.

Los comentarios de las gestantes relativos a los sentimientos que les provocaba encontrar contradicción entre la información obtenida en diversas fuentes se han analizado en función de su paridad y se presentan en el diagrama de flujo (Figura 11).

6.4.4. Análisis de redes sociales: centralidad de grado y *core-periphery* para las redes de utilización y de influencia de fuentes de información

a) Análisis de centralidad de grado de la red de utilización de fuentes de información: matrona, Internet y preparación al parto, las fuentes más utilizadas

En cuanto a la centralidad de grado de la red de utilización, la posición más central (que corresponde con el *degree* más elevado) la ocupa la matrona, seguida del uso de Internet y de las clases de preparación al parto (Tabla 8, Figura 12). Este resultado permite destacar dos aspectos. En primer lugar, la mayor utilización de forma global de las fuentes profesionales como fuente de información con respecto al papel más discreto que juegan las fuentes personales y públicas (haciendo referencia a los totales para cada tipo de fuente de información). En segundo lugar, la elevada centralidad que ocupan las matronas, bien directamente a través de la atención prestada en la consulta, o bien a través de su protagonismo en otros tipos de fuentes de información profesionales, como la preparación al parto (a cargo exclusivamente de las matronas de AP) y la charla informativa de tercer trimestre en el hospital (donde se encargan de una parte de la misma, estando la otra parte reservada para la presentación a cargo de un médico del servicio de Anestesiología del HULR).

La prueba de la Q de Cochran muestra diferencias estadísticamente significativas entre las 17 fuentes de información en cuanto a su utilización ($p < 0,001$). Respecto de las comparaciones pareadas llevadas a cabo entre todas las fuentes de información posibles, se encontraron 97 comparaciones estadísticamente significativas de un total de 136 comparaciones llevadas a cabo para la utilización de las diversas fuentes de información. De entre ellas, destaca la matrona, ya que la comparación de dicha fuente de información con las 16

fuentes restantes muestra en todos los casos diferencias estadísticamente significativas (todos los valores de p se encuentran por debajo de 0,001). Así, podemos decir que la matrona es la fuente de información más utilizada por las gestantes de La Ribera.

Para la comparación de la centralidad de grado de la red de utilización en función de la variable paridad se escogieron únicamente los resultados referidos a las gestantes multíparas, tanto en su primer como en su segundo embarazo. Así, la muestra total son 40 multíparas, de las que se obtienen 80 casos de estudio (40 referidos a su primer embarazo y otros 40 referidos al segundo embarazo, o embarazo en el momento de la entrevista). Con ello se pretendía valorar la evolución de dicha red de información con el curso de los embarazos.

La prueba exacta de simetría solamente encontró diferencias estadísticamente significativas en relación con la utilización de 2 de las 17 fuentes de información valoradas (Tabla 8). Así, en el segundo embarazo de las gestantes multíparas hay una menor utilización de libros y revistas ($p < 0,001$) mientras que se observa un aumento de las visitas al ginecólogo ($p = 0,002$). Este resultado concuerda con los comentarios de multíparas en sus respuestas a las preguntas de respuesta libre, donde las multíparas expresan, a tenor de su experiencia en ambos embarazos, que los libros y revistas son excesivamente generales, y que la información obtenida de las páginas *Web* no está completa. Asimismo, este resultado concuerda con el obtenido en el diagrama de flujo (Figura 11), en el que las multíparas muestran mayor confianza en su experiencia previa o en el criterio de los profesionales sanitarios en su segundo embarazo.

b) Análisis de la centralidad de grado de la red de influencia de fuentes de información: hegemonía de la matrona

Con respecto a la red de influencia, en este caso cada gestante podía nominar un máximo de 3 fuentes de información que consideraran

que habían sido las mayores influencias para la generación de expectativas y toma de decisiones en el proceso de embarazo, parto y crianza. De todas las fuentes elegidas como influyentes la matrona fue, de nuevo, la fuente de información con la posición más central (Tabla 8), con una centralidad de grado o *degree* de 0,600, seguida a distancia por los familiares (*degree* 0,262) y el ginecólogo privado (*degree* 0,250). Una primera conclusión que se puede extraer es que las fuentes de información que ejercen la mayor influencia sobre las gestantes son siempre personas, sean del ámbito personal o, sobre todo, profesional. Esto refuerza los resultados obtenidos en los comentarios libres de las gestantes, que demandan una información cara a cara, directa, inmediata e individualizada, por parte de los profesionales sanitarios encargados del proceso de embarazo y parto.

En la Figura 13 se puede observar que existe un actor (33M2) que no aparece relacionado con ninguna fuente de información, así como algunas fuentes de información que tampoco aparecen enlazadas con ningún actor. En el caso del actor 33M2, refirió que ninguna fuente de información externa a sí misma le resultaba influyente. Por otra parte, las fuentes de información aisladas son aquellas que no han sido nombradas por ninguna gestante como influyentes.

La inferencia estadística mediante la Q de Cochran mostró diferencias estadísticamente significativas entre las distintas fuentes de información con relación a su influencia ($p < 0,001$). En este caso solo se analizaron 14 fuentes de información, ya que las variables “televisión”, “historias familiares de partos” y “médico de AP” no obtuvieron ninguna nominación como fuente de información influyente. De las 91 comparaciones por pares de estas 14 fuentes de información, 30 resultaron estadísticamente significativas y, de estas, en 13 de ellas estuvo implicada la variable “matrona” (es decir, la matrona mantiene relaciones estadísticamente significativas con el resto de fuentes de información influyentes, con un valor de $p < 0,001$). Por lo tanto, se puede decir que la matrona ejerce una influencia significativamente mayor que el resto de fuentes de información.

La comparación de la red de influencia en función de la paridad de la gestante para las multíparas (comparación del primer y segundo embarazo de las mismas) usando el test exacto de simetría no arrojó resultados estadísticamente significativos entre el primer y segundo embarazo de las multíparas. Por lo tanto, se puede concluir que no existe diferencias en la posición dominante de la matrona con el curso de los embarazos.

c) Análisis de core-periphery para la red de utilización y red de influencia: la necesidad de información en el core de la red

Para la **red de utilización**, y en relación al primer embarazo, se detectó un subgrupo o *core* (9 % de las gestantes) en el que sus miembros eligieron las mismas fuentes de información (libros, Internet, matrona, preparación al parto, amistades con hijos, madre, familiares, ginecólogo privado y asistencia a charla informativa de tercer trimestre). En el análisis de sus características atributivas se observó que todas ellas tenían un nivel de estudios medio o superior y que, en todos los casos, se codificaron con algún atributo relacionado con una mayor percepción de necesidad de información (ser enfermera, uso de técnicas de reproducción asistida, patología materna o fetal durante el embarazo, etc.). En el segundo embarazo apareció un subgrupo o *core* (35 %) que compartía las mismas 9 fuentes (5 profesionales, 3 personales y 1 pública), sin que hubiera ninguna característica atributiva que las distinguiera del resto (*periphery*). Por su parte, el análisis *core-periphery* en la **red de influencia**, tanto de primíparas como de multíparas, mostró un gran subgrupo de gestantes que compartían a la matrona, el médico privado y los familiares como mayores influencias, sin encontrar ningún atributo o variable en común entre ellas. Este resultado contribuye a reforzar los obtenidos anteriormente acerca de la relevancia tanto de los profesionales sanitarios como del contacto personal en la búsqueda de información.

6.5. Conclusiones

El presente estudio partía de la hipótesis de que las fuentes de información personales (familiares y amigos) son las más influyentes para las gestantes del área de salud de La Ribera a la hora de generar expectativas y tomar decisiones sobre cuestiones relacionadas con embarazo, parto y crianza, a pesar de la relevancia que han tomado las fuentes públicas (especialmente el uso de Internet) en los últimos años. Sin embargo, los resultados han mostrado la mayor relevancia en las fuentes profesionales, tanto por su utilidad y calidad como por su frecuencia de uso e influencia. Asimismo, los resultados apuntan que las fuentes más influyentes para las gestantes de La Ribera son siempre personas (principalmente del ámbito profesional, pero también del personal) siendo muy baja la influencia ejercida por las nuevas tecnologías en la conformación de expectativas y toma de decisiones. Así, **la matrona** se configura como el profesional más influyente para informar a las gestantes, supervisar la conformación de expectativas, apoyarlas en la toma de decisiones y acompañarlas de forma integral durante el proceso embarazo-parto-puerperio, aportando ese fundamental factor humano.

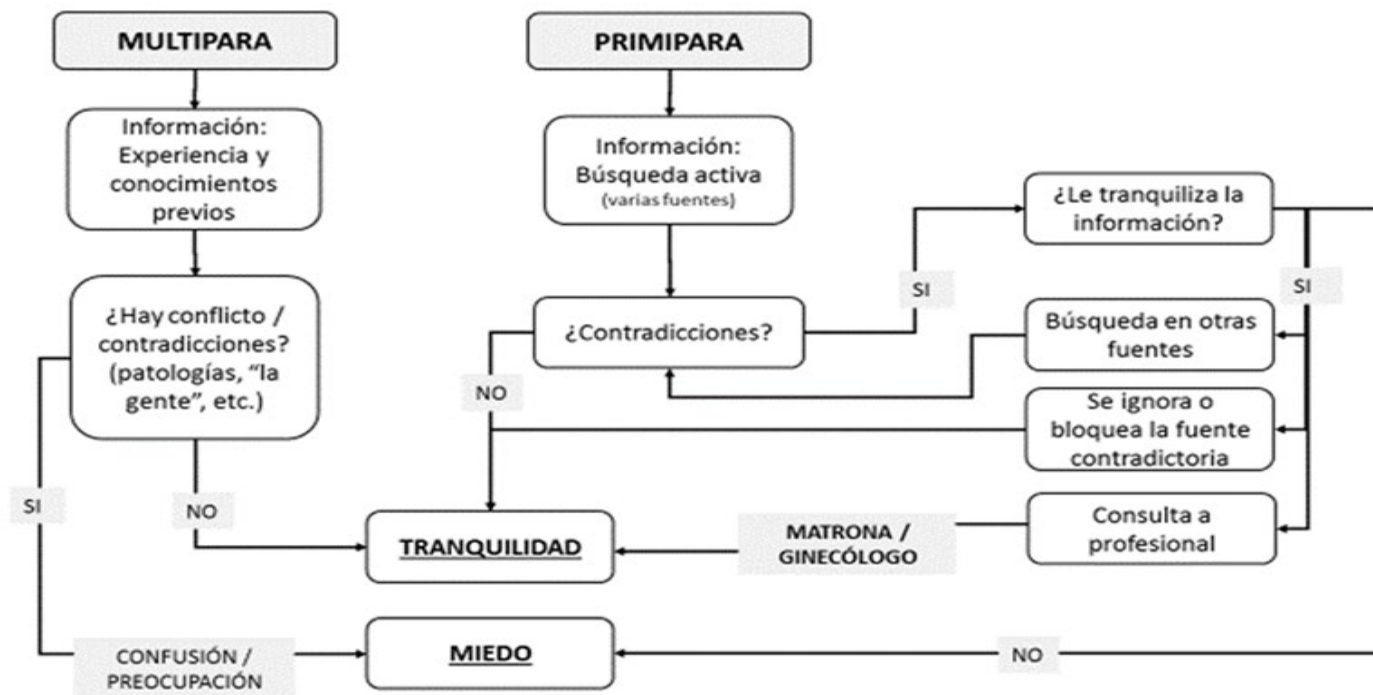
La comparación de resultados en función de la paridad muestra una tendencia a disminuir la necesidad de información con el curso de los embarazos y centrarse en la información proporcionada por las fuentes profesionales. Además, la estrategia para resolver las contradicciones al comparar distintas fuentes de información también difiere en función de la paridad, estando centrada en su experiencia previa en el caso de las multíparas y en la comparación con fuentes alternativas y consulta a profesionales en el caso de las primíparas.

Tabla 8. Centralidad de grado para las gestantes para las redes de utilización e influencia de fuentes de información

Fuente de información	Centralidad de grado (<i>degree</i>) red de utilización				Centralidad de grado (<i>degree</i>) red de influencia			
	(n=80)	Múltiparas (n=40)			(n=80)	Múltiparas (n=40)		
		1º embarazo	2º embarazo	Valor de p*		1º embarazo	2º embarazo	Valor de p*
Matrona	0,988	0,975	1,000	1	0,600	0,575	0,650	0,508
Clases de preparación al parto	0,700	0,750	0,575	0,092	0,150	0,200	0,125	0,508
Charla informativa en hospital	0,663	0,600	0,600	1	0,138	0,100	0,175	0,375
Ginecólogo privado	0,575	0,500	0,525	1	0,250	0,250	0,275	1
Ginecólogo	0,550	0,250	0,500	0,002	0,188	0,125	0,175	0,625
Médico de AP	0,075	0,075	0,025	0,625	0	0,050	0	0,500
Médico especialista	0,087	0,100	0,100	1	0,013	0,025	0,025	1
Total fuentes profesionales	0,519	0,464	0,475		0,191	0,189	0,203	
Familiares	0,663	0,675	0,550	0,062	0,262	0,325	0,200	0,062
Madre	0,600	0,575	0,550	1	0,162	0,150	0,075	0,250
Amigos con hijos	0,663	0,475	0,525	0,754	0,162	0,100	0,075	1
Amigos sin hijos	0,100	0,100	0,075	1	0,075	0,050	0,050	1
Historias familiares de partos	0,050	0,050	0,050	1	0	0	0	
Total fuentes personales	0,415	0,375	0,350		0,132	0,125	0,080	
Internet	0,738	0,700	0,650	0,804	0,050	0,050	0,050	1
Videos	0,313	0,425	0,275	0,263	0,013	0	0	
Apps	0,300	0,250	0,200	0,754	0,063	0	0,050	0,500
Televisión	0,050	0,100	0,075	1	0	0	0	
Libros y revistas	0,475	0,750	0,250	<0,001	0,075	0,025	0	1
Total fuentes públicas	0,375	0,445	0,290		0,040	0,015	0,020	

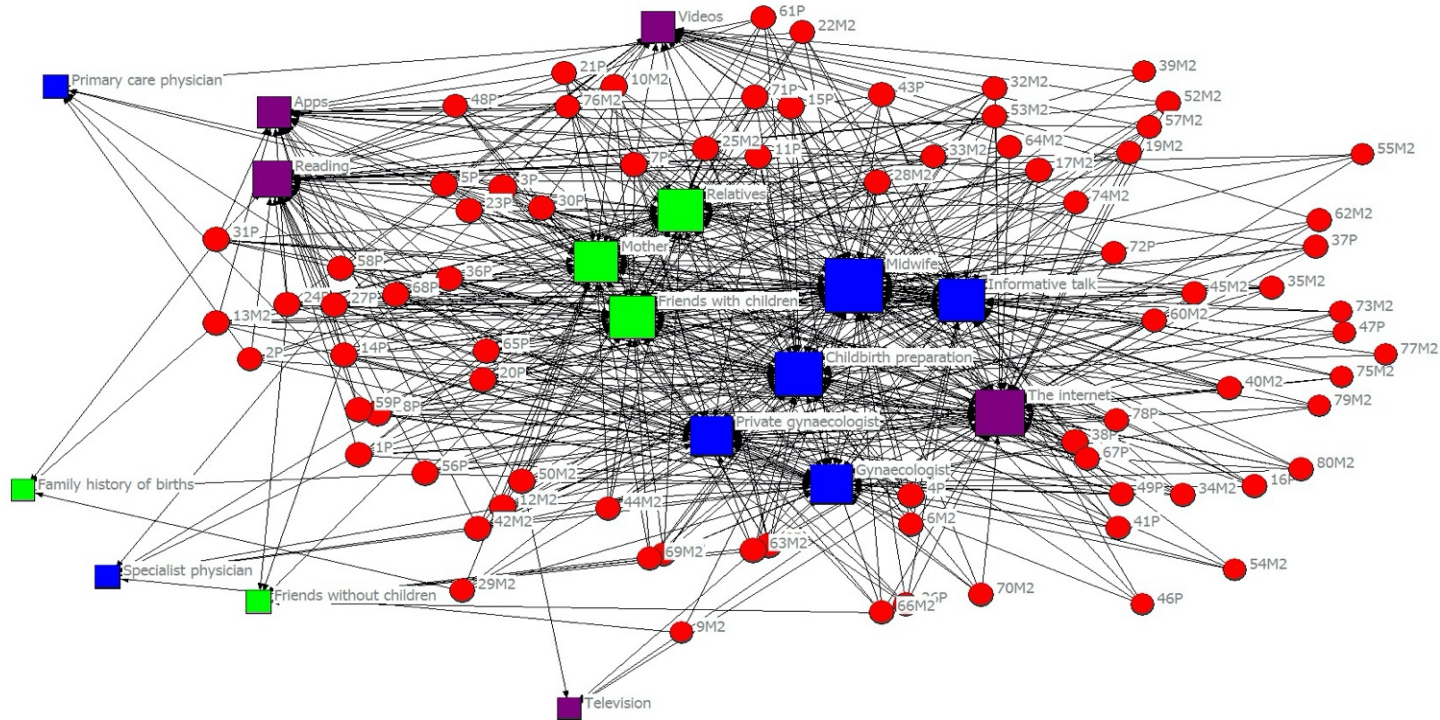
Fuente: Elaboración propia a partir de datos recogidos en el “Cuestionario sobre redes personales de fuentes de información”, Febrero-Junio 2017 (Anexo II)

Figura 11. Diagrama de flujo que representa las posibles respuestas de las gestantes en función de su paridad ante la información contradictoria entre diversas fuentes de información



Fuente: Elaboración propia a partir de datos recogidos en el "Cuestionario sobre redes personales de fuentes de información", Febrero-Junio 2017 (Anexo II)

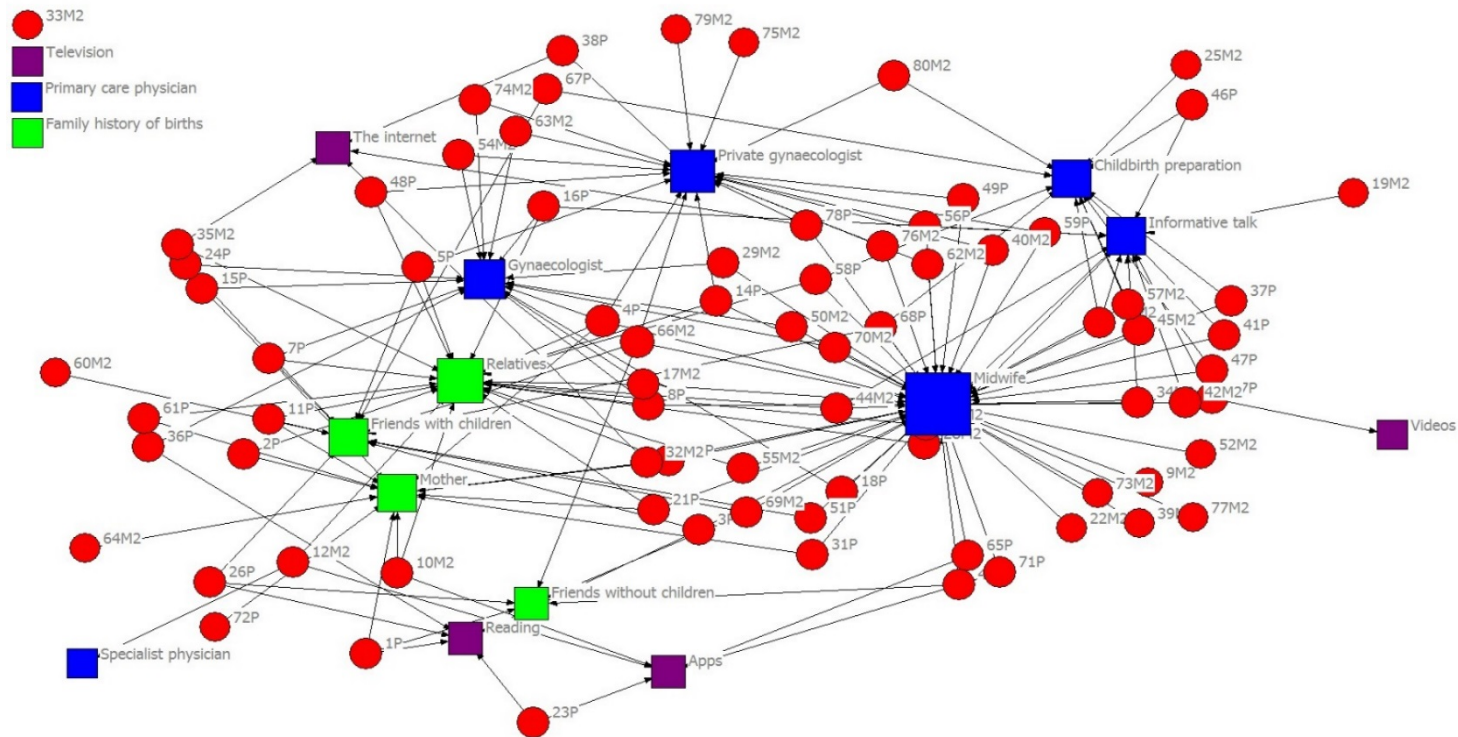
Figura 12. Red de utilización de las gestantes en función de la centralidad de grado y del tipo de fuente de información



Fuente: Camacho-Morell y Esparcia, 2020

Leyenda: Los actores (gestantes) aparecen representados con un círculo rojo y los eventos (fuentes de información) con un cuadrado de diferente color (azul para las fuentes profesionales, verde para las personales y morado para las públicas). El tamaño de los cuadrados representa la centralidad de grado (Degree) de cada fuente de información.

Figura 13. Representación gráfica de la red de influencia de las gestantes en función de la centralidad de grado y del tipo de fuente de información

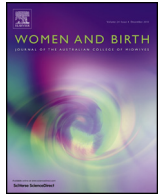


Fuente: Camacho-Morell y Esparcia, 2020

Leyenda: Los actores (gestantes) aparecen representados con un círculo rojo y los eventos (fuentes de información) con un cuadrado de diferente color (azul para las fuentes profesionales, verde para las personales y morado para las públicas). El tamaño de los cuadrados representa la centralidad de grado (Degree) de cada fuente de información

6.6. Artículo 3: *“Influence and use of information sources about childbearing among Spanish pregnant women”*

Camacho-Morell, F. y Esparcia, J. (2020). Influence and use of information sources about childbearing among Spanish pregnant women. *Women and birth*, 33(4), 367-376.



Influence and use of information sources about childbearing among Spanish pregnant women

Francisca Camacho-Morell^{a,b,*}, Javier Esparcia^c

^a Delivery Room, La Ribera University Hospital, Crta Corbera s/n, 46600 Valencia, Spain

^b Doctoral Program in Clinical and Community Nursing, University of Valencia, 46010 Valencia, Spain

^c PhD in Geography (University of Valencia, Spain) and PhD in Sociology (Autonomous University of Barcelona, Spain). Research Institute for Local Development, University of Valencia, Spain

ARTICLE INFO

Article history:

Received 7 May 2019

Received in revised form 6 August 2019

Accepted 6 August 2019

Keywords:

Pregnant women
Sources of information
Decision making
Nurse midwives
Social Network Analysis

ABSTRACT

Background: Pregnant women create their childbirth expectations from their available information. Therefore, they should have access to reliable and quality medical information. However, the literature points a knowledge gap with respect to the sources of information used by them.

Objectives: The primary objective was to analyse the most influential and widely used sources of information about childbearing in Spanish pregnant women. The secondary objectives were to assess the quality and usefulness of the information sources, to identify those regarded as deficient by pregnant women and to discover differences in information use related to parity.

Design and methods: A cross-sectional descriptive study was undertaken involving the administration of questionnaires to 40 primiparous and 40 multiparous (taking into account their first and second pregnancy). Social Network Analysis was used, as well as descriptive and inferential statistics for secondary objectives.

Results: Midwives were the most widely used (degree 0.988) and influential source of information (degree 0.600). Although the Internet was very much used (degree 0.738), its influence was very limited (degree 0.050). Healthcare professionals provided the most useful and highest quality information. Statistically significant differences have been found between first and second pregnancy of multiparous women in relation to the utilisation of some sources of information.

Conclusions: Midwives were identified as the key professionals for informing pregnant women. The most influential sources were always people (this underscoring the importance of the face-to-face contact in the search for information). Although new technologies offered support, were unable to replace the information provided by healthcare professionals.

© 2019 Australian College of Midwives. Published by Elsevier Ltd. All rights reserved.

Statement of significance

Problem or issue

The existence of a knowledge gap regarding the sources of information used by pregnant women.

What is already known

The information available to and used by women during pregnancy contributes decisively to define their childbirth expectations, and directly influences their satisfaction with the childbirth process.

What this paper adds

Midwives are considered the most relevant source for informing pregnant women, supervising the definition of their birth expectations and providing support in decision making. Technology is increasingly present. However, it does not replace the importance of advice from health professionals.

* Corresponding author.

E-mail addresses: francisca.camacho@uv.es (F. Camacho-Morell), javier.esparcia@uv.es (J. Esparcia).

Introduction and background

The availability of information for decision making is a subject of attention by healthcare organisations. This is especially true in the area of maternity care, where public organisations support the empowerment of pregnant women, with the aim of giving them a greater role in their childbirth process.^{1–4} Therefore, pregnant women need to have access to reliable and quality healthcare information substantiated on current scientific evidence.^{3,5}

Although there are many sources of information (healthcare professionals, friends and relatives, publications, childbirth preparation classes, the Internet, etc.), women do not always understand the information that they receive.⁶ As a result, they may have difficulties identifying the most reliable sources of information.⁵ The literature points to the existence of a knowledge gap regarding the sources of information used by pregnant women.³ Such sources may differ from one country to another, as well with the woman's age and educational level and may change over time.⁷ In this regard, Fenwick et al.⁸ proposed an exhaustive classification of the sources of information, contemplating five different categories: public discourses, personal discourses, professional discourses, self and life experience. All these possible sources of information are reflected in both qualitative and quantitative studies involving highly variable sample sizes ranging from 7⁹ to 453 women.⁵ The variables considered by these studies commonly include the use made of each information source, its usefulness, quality, the format preferred by the women, the sources with the greatest influence, and the feelings generated on contrasting different sources. Few studies differentiate pregnant women according to parity when analysing those sources. Only isolated publications establish such comparisons¹⁰ or limit the study to the sources of information used by primiparous women.^{9,11}

The information received by a pregnant woman can be regarded as a unique and personal network in which the abovementioned sources of information are combined to one or other degree. This personal network contributes decisively to define childbirth expectations, and the woman's satisfaction with her childbirth process directly depends on the fulfilment of such expectations. Different methodological approaches can be used for analysing personal networks, Social Network Analysis (SNA) being one of the most consistent strategies.¹² However, although SNA has been employed in the field of healthcare, it has not been used to date for examining the information networks of pregnant women.

Our working hypothesis is that despite the many studies focused on the new technologies (public sources) as preferential information sources in recent years,^{13–21} personal relations continue to play a key role in the generation of expectations and in decision making, as evidenced by Fenwick et al.⁸ (who found that personal relations constitute the most frequent source of information). In view of the relevance of the topic, it has been decided to investigate the sources of information used by pregnant women to establish their childbirth expectations. Specifically, the present study considers the following objectives:

1. Primary objective: To identify and analyse the most widely used and influential sources of information among pregnant women in relation to the definition of expectations and decision making.
2. Secondary objectives
 - To assess the quality and usefulness of the sources of information used by pregnant women.
 - To identify the sources of information regarded as deficient by pregnant women and their proposals for improving the information provided by the professionals.
 - To analyse information network differences according to women parity.

Methods

Study sample and setting

Maternity services in the Spanish public health system are divided into two levels of care, community and specialised. Midwives based in the community are, above all, responsible for the supervision of low-risk pregnancies, transferring high-risk pregnancies to specialised care. In addition, among other activities, they offer cost-free childbirth preparation classes. At specialised care, gynaecologists carry out at least three ultrasound scans during pregnancy, take care of pregnancies and births at high-risk and attend the day assessment unit (DAU), which is conducted at the hospital. Midwives working in specialised care attend the DAU in collaboration with the gynaecologist and assist births at the hospital. It should also be clarified that all physicians involved in maternity care have the title of "Specialists in Gynaecology and Obstetrics", although they are commonly known as "gynaecologists". Moreover, in Spain they are responsible to conduct ultrasound scans.

The health area of La Ribera (Valencia, Spain) has a population of about 250,000 inhabitants, and assist some 1600 births a year. All pregnant women in the health area are scheduled for the DAU control at the La Ribera University Hospital (La Ribera University Hospital) in the third trimester of pregnancy. This involves a scan control by the gynaecologist and a cardiotocographic control by the midwife at the same appointment. Coinciding with their first DAU control at hospital, they were offered to participate in the study, using a non-probability convenience sample to establish the study cohort.

There were four inclusion criteria: to be in the third trimester of pregnancy, a maximum of two pregnancies to term, signing of the informed consent, and the absence of language barriers. The sample size was calculated from a population of 1610 pregnant women seen in LRUH during the year 2016, with a confidence level of 95% and a precision of 5%. The expected proportion (percentage of pregnant women in which the study phenomenon is expected to be found) was established as 95%,²² resulting in a sample size of $n = 70$.

Study design and data collection

A cross-sectional descriptive study was made involving the administration of a customized network questionnaire in the DAU appointment during the period from February to June 2017. The questionnaire was mainly based on the classification of information sources made by Fenwick et al.,⁸ in addition to the contributions of other studies.^{3,9,17} It was administered on a pilot basis to 10 pregnant women, after which the categories corresponding to self and life experience were eliminated, with the addition of three new information sources: Apps, friends without children, and informative talk in the third trimester in the hospital. Following these changes, the instrument was again administered on a pilot basis to 10 pregnant women. In order to analyse possible differences according to parity, multiparous women filled in a questionnaire for each of their two pregnancies.

Study variables

The following socio-demographic data were collected: women age (in years), parity (primiparous or multiparous), origin of the pregnant woman (Spanish or foreign) and educational level (primary, secondary, university).

With regard to the study variables, information was compiled on a total of 17 possible sources of information divided into three categories (professional, personal and public) based on

classifications of information sources from previous studies.^{3,8,9,17} The use of each source of information was recorded (yes/no), as well as woman perceived usefulness and quality of the source (based on a scale from 0 to 10). In turn, the sources of information considered most influential in decision making were documented by asking participants to cite the three sources they considered most influential among all those used during pregnancy. Three open-ended questions that addressed the feelings experienced by pregnant women as a result of seeking information, the sources of information they considered deficient and proposals (if any) to improve the information provided by the healthcare professionals were also included.

Data processing and analysis

In relation to the variables influence and utilisation of sources of information, a network approach was adopted, since these are the primary variables that address the main objective of the study, and adapt well to the binary mode of network information processing and presentation. In SNA, the networks can be classified according to mode (number of sets used to measure the structural variables of the network). In this sense, one-mode networks address the relationships between a certain number of actors (thereby conforming a square matrix), while two-mode (or bimodal) networks are characterized by two differentiated sets of data (actors and events) that conform rectangular matrixes containing in this case the pregnant women (actors) in rows and the different information sources (events) in columns.^{12,23,24} For analytical purposes use can be made of the direct method (direct analysis of the two-mode matrix) or the two-mode matrix can be converted to a one-mode matrix, with application of the one-mode indicators. In the present study the direct method was used, which offers the advantage of avoiding information loss,²⁵ though it poses the inconvenience of requiring interpretation of the one-mode indicators for use in two-mode networks.^{12,23,24} Two indicators were selected to analysis the utilisation and influence networks: degree as centrality measure, and core-periphery for analysing the presence of subgroups.

Thus, in this study the data referred to degree centrality obtained in the rows was interpreted as the percentage use of each source of information in relation to the total pregnant women. In this case degree centrality indicates which sources of information occupy a more central position for the surveyed participants. In turn, core-periphery analysis divides actors and events into two blocks, one with a high contact density (core) and the other with a low contact density (periphery). Such analysis makes it possible to find out the actors that are closely connected to certain events, that is, co-occurrence among pregnant women, since they share the same selection pattern of sources of information. The process can be used to extract the group of pregnant women that have that same selection pattern, with a view to subsequently seeking common attributes among them.

Lastly, data processing was performed in different ways. Firstly, with regard to network data, the Ucinet software was used (while the visualisation was carried out with the Netdraw software). Secondly, content analysis was used for the open-ended questions. Thirdly, descriptive statistics were used for analysing the quantitative and qualitative variables (mean, standard deviation [SD] and range in the case of the former, and distribution of frequencies and percentages in the case of qualitative variables). And fourthly, different statistical tests were used to perform statistical inferences according to the type of variable. In order to compare the quality and usefulness of the different sources of information, pairwise comparisons using Conover post-hoc test for unreplicated blocked data were performed. The comparisons of influence and utilisation networks, and sources of information

regarding as deficient by pregnant women, were based on the Cochran's Q test for paired nominal data. Additionally, pairwise comparisons using an exact test of symmetry analogous to a McNemar test were made. Finally, the comparison of variables (influence and utilisation) according to parity status in multiparous women was also based on an exact test of symmetry equivalent to McNemar test. A significance level of 0.05 was considered in all the tests and the p-value was adjusted, controlling the false discovery rate, by method of Benjamini and Hochberg when multiple comparisons were made. Statistical analyses were performed using software R (version 3.4.3).

Results

Socio-demographic data. Usefulness and quality of information sources

80 pregnant women meeting the inclusion criteria were interviewed: 50% were primiparous (n=40) and 50% were multiparous in their second pregnancy (n=40). None of the women declined to participate in the study. The mean women age was 33.15 years (SD 4.49; range 20–43). 7.5% (n=6) had primary education, 53.8% (n=43) had secondary education, and 38.8% (n=31) had university education. The great majority (93.8%, n=75) were Spanish citizens.

The usefulness and quality of the sources of information (Table 1) was assessed on a scale from 0 to 10. The information of greatest quality was that provided by the healthcare professionals (mean values between 8.71 and 9.08), while personal and public sources of information obtained lower scores (mean values between 7 and 8.67 and between 7.17 and 8.11, respectively). The information of greatest usefulness was that provided also by the healthcare professionals (mean values between 8.49 and 9), while personal and public sources of information also obtained lower scores (mean values between 5 and 8.71 and between 6.90 and 7.89, respectively).

After making multiple comparisons of usefulness and quality among the different sources of information using Conover post hoc test, significant differences were found in most of the comparisons (p < 0.05). For both the quality and usefulness variables, only 7 among the 136 comparisons performed in each case were not statistically significant. For the quality variable, these were gynaecologist - television, Apps - videos, Apps - childbirth preparation classes, relatives - mother, friends with children -

Table 1
Quality and usefulness of sources of information used by the pregnant women.

Source of information	n	Quality			Usefulness		
		Mean	SD	Range	Mean	SD	Range
Midwife	79	8.71	1.79	0–10	8.49	2.18	0–10
Childbirth preparation classes	56	8.89	1.26	6–10	8.89	1.41	5–10
Informative talk in hospital	53	9.08	0.89	7–10	8.96	0.94	7–10
Private gynaecologist	45	8.84	1.47	2–10	8.61	1.88	1–10
Primary care physician	6	9	1.67	6–10	8.67	2.16	5–10
Gynaecologist	43	8.81	1.50	5–10	9	1.39	5–10
Specialist physician	7	8.71	1.89	5–10	8.75	1.91	5–10
The Internet	58	7.17	1.76	0–10	6.90	2.12	0–10
Reading	38	8.11	1.13	6–10	7.89	1.24	5–10
Videos	24	7.92	1.61	5–10	7.64	1.75	5–10
App	25	7.84	1.24	6–10	7.61	2.23	0–10
Television	5	8	1	7–9	7.60	1.14	6–9
Relatives	53	8.32	1.37	5–10	7.96	1.81	0–10
Friends with children	53	8	1.40	5–10	7.65	1.88	0–10
Mother	46	8.24	1.78	3–10	7.85	2.34	0–10
Friends without children	9	8.67	0.87	7–10	8.71	0.95	7–10
Family history of births	3	7	1	6–8	5	3	2–8

Source: Camacho-Morell and Esparcia, (2017): Survey "Pregnant Women". La Ribera University Hospital (Valencia, Spain).

mother, relatives - friends with children, and gynaecologist - informative talk in hospital. And as for the usefulness variable, these were Apps - television, Apps - videos, childbirth preparation classes - videos, relatives - mother, friends with children - mother, friends with children - relatives, informative talk in hospital - gynaecologist, and primary care physician - specialist physician. The conclusion to be drawn from all this is that the usefulness and quality with which pregnant women value professional sources (midwives and gynaecologists, mainly) is greater than that given to public and personal sources.

With regard to the information sources considered deficient (sources that were expected to provide more information than they had in fact provided, $n=43$), 72% ($n=31$) of the responses concerned to professional sources, 23% ($n=10$) were related to public sources and only 5% ($n=2$) of the responses concerned to personal sources (Fig. 1). Among the professional sources of information, those with the highest number of nominations were midwives, gynaecologists and childbirth preparation classes. Cochran's Q test showed statistically significant differences ($p<0.001$) between personal, professional and public deficient sources of information. Exact test of symmetry for pairwise comparison also showed statistically differences (all $p<0.03$). Therefore, pregnant women considered that health professionals were the most deficient source of information, compared to public sources and their personal network.

Content analysis: qualitative approach to proposals for improvement and ways of dealing with the contradictions in the search for information

The women reporting deficiencies in their professional sources of information were asked to offer proposals for improvement the

information provided for healthcare professionals. Their replies focused on three main sources:

- Gynaecologists: More ultrasound scans were requested, with more information and consulting time in the antenatal appointment, greater closeness and empathy, protocolization of the information, more personalised treatment, and the possibility of receiving attention by telephone, e-mail or WhatsApp 24 h a day to resolve possible doubts.
- Midwives based in the community: More written and up-to-date information was requested, with the possibility of receiving attention by telephone, e-mail or WhatsApp 24 h a day to resolve possible doubts, to increase the length of antenatal appointments, and more information on reliable websites.
- Childbirth preparation classes: More classes were requested, with more in-depth work upon the contents, greater flexibility in class schedules, renewal of material, more practical classes with childbirth preparation classes in water, informative talks in the first trimester of pregnancy, the possibility of visiting the birthing centre and the provision of information on the emotional aspects of the whole process.

Two-thirds of the participants claimed to have positive feelings (safe, calm or confident) regarding the search for information about childbearing, while 18% reported negative feelings (confused or worried), and 16% had ambivalent feelings. On considering parity status, 77% of the participants with ambivalent feelings were multiparous. Most of these women claimed to have had positive feelings in the first pregnancy but experienced negative feelings in their current pregnancy. The comments of the participants regarding their feelings on detecting contradictions among the different sources of information have been analysed in the flowchart (Fig. 2).

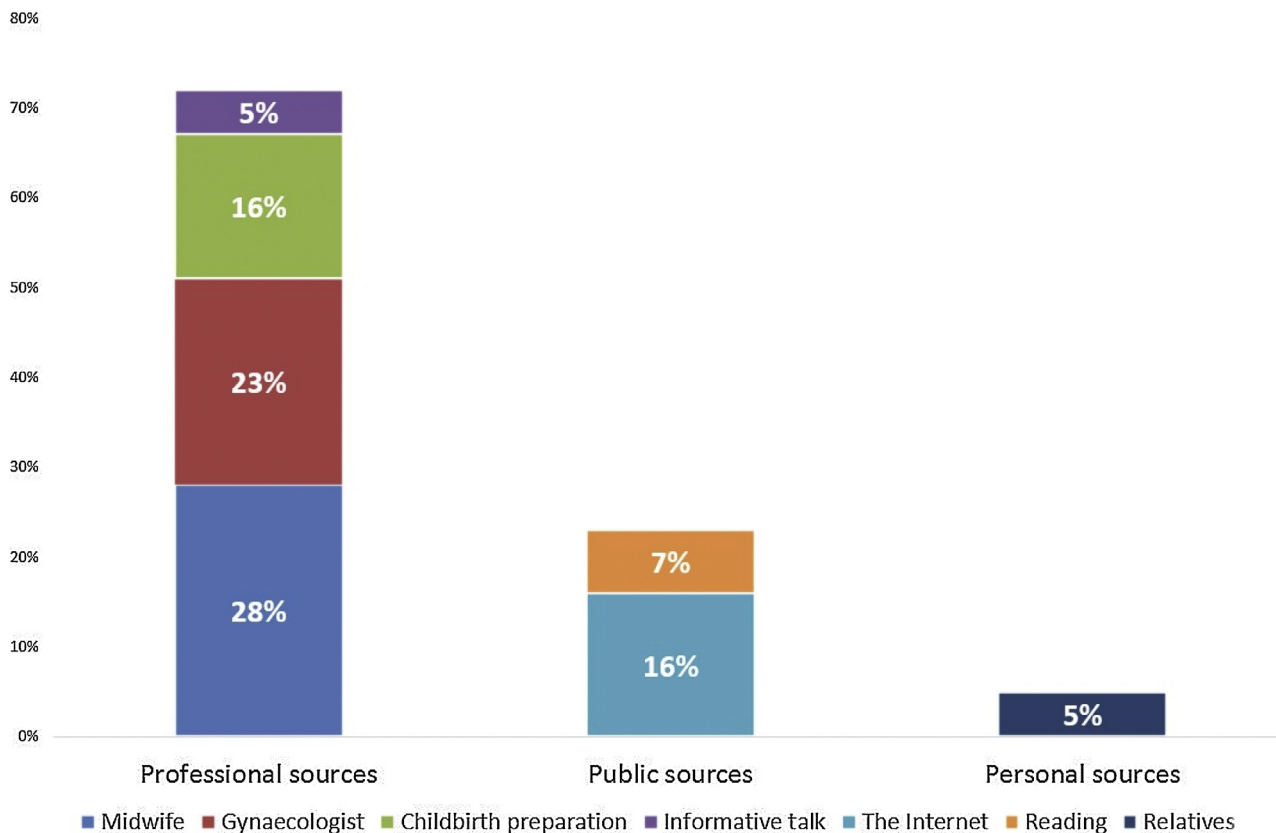


Fig. 1. Sources of information regarded to be deficient for pregnant women according to type of information source (professional, public and personal). Source: Camacho-Morell and Esparcia (2017): Survey "Pregnant Women". La Ribera, University Hospital (Valencia, Spain).

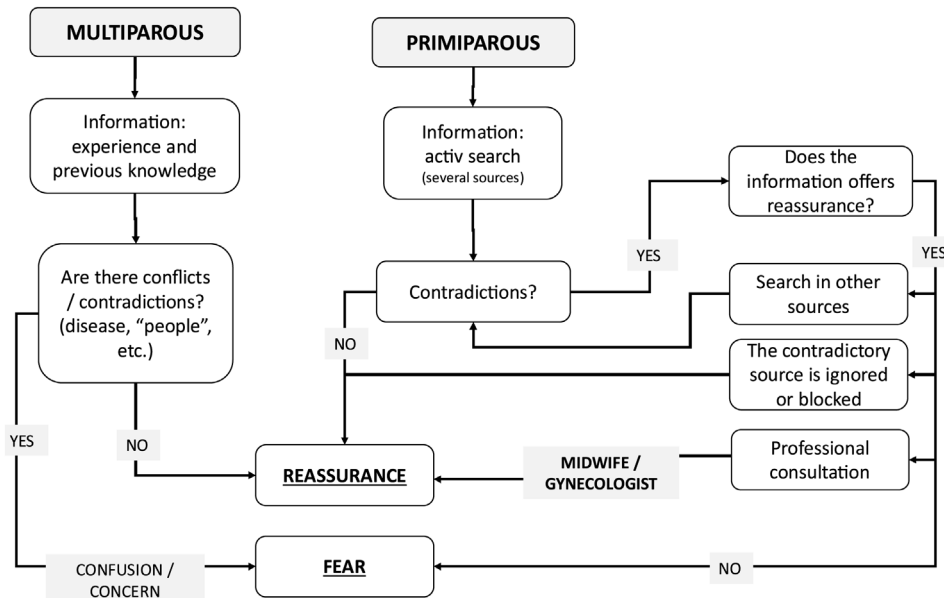


Fig. 2. Feelings expressed by the pregnant women when dealing with possible contradictions between different sources of information. Source: Camacho-Morell and Esparcia (2017): Survey “Pregnant Women”. La Ribera, University Hospital (Valencia, Spain).

Analysis of social networks influencing decision making and utilisation of sources of information

Degree centrality of the utilisation and influence networks

With regard to degree centrality of the utilisation network of information sources, the most central position (the highest degree) corresponded to the midwife (professional source, degree 0.988), followed by use of the Internet (public source, degree 0.738) and childbirth preparation classes (professional source, degree 0.700) (Table 2, Fig. 3a). The very relevant role played by the professional sources must be underscored, along with the high degree centrality of the midwives either directly through women assistance in the clinic, or through their intervention in childbirth preparation and informative talk in the hospital.

Cochran’s Q test showed statistically significant differences between utilisation network of the 17 sources of information ($p < 0.001$). Pairwise comparison showed statistically significant differences between a great number of them (97 out of 136 comparisons), and more precisely between “midwife” and the other 16 sources of information (all $p < 0.001$).

For the comparison of the utilisation network according to parity status, only data relating to first and second pregnancy of multiparous women were chosen. Exact test of symmetry showed statistically significant differences in book utilisation and the frequency of the visit to the gynaecologist in the multiparous women in their first and second pregnancy ($p < 0.001$ and $p = 0.002$, respectively). Specifically, there was a decrease in book utilisation and an increase in the frequency of the visit to the gynaecologist in the second pregnancy of the multiparous women (Table 2). This is consistent with the replies of the multiparous women to the open-ended questions, who described the books as too general, while showing greater confidence either in their previous experience or in the judgment of health professionals in their second pregnancy.

With regard to degree centrality of the influence network, pregnant women again cited the midwife as the most central source of information (degree 0.600) (Table 2, Fig. 3b), followed by relatives (degree 0.262) and private gynaecologist (degree 0.250). A first conclusion is that the sources of greatest influence always correspond to people (in the personal setting and particularly in the professional setting).

Cochran’s Q test showed statistically significant differences between the influence network of the different sources of information ($p < 0.001$). The sources of information “television”, “family history of births” and “primary care physician” were removed from this analysis, as they did not obtain any nomination as influential sources of information. Pairwise comparison showed statistically significant differences between some of them. Thus, out of 91 comparisons, 30 of these were of significance, of which 13 corresponded to the midwife (who maintains a statistically significant relationship with all other influential sources of information, $p < 0.001$). Therefore, it can be argued that the midwife exerts a significantly greater influence on pregnant women than the remainder sources of information.

The comparison of the influence network according to parity status for multiparous women using exact test of symmetry did not show any statistically significant difference between first and second pregnancy of multiparous women. It can be concluded that there is no difference in the dominant position of the midwife between the first and second pregnancy of the multiparous women.

Core-periphery analysis of the utilisation and influence networks

In relation to the utilisation network of information sources and referred to first pregnancy, a core subgroup was detected (9% of the participants) in which the women chose the same sources of information (books, the Internet, midwives, childbirth preparation, friends without children, mother, relatives, private gynaecologist and informative talk in the third trimester). As differential or distinguishing features, all of them had secondary or university education and presented some feature associated to a perceived greater need for information (for example, being a nurse, the use of assisted reproduction techniques, maternal or foetal complications during pregnancy, etc.). Second pregnancy in turn was characterized by a subgroup or core (35% of the participants) sharing the same nine sources (5 professional, 3 personal and 1 public), with no features distinguishing them from the rest (periphery).

Lastly, in the core-periphery analysis of the influence network, both the primiparous and the multiparous women included a large subgroup of actors that shared the midwife, private gynaecologist and relatives as the sources of greatest influence – with no

Table 2
Degree centrality in the social networks regarding the utilisation and influence of sources of information. P-value of comparison according to parity on the part of multiparous women (n = 40) in their first and second pregnancy.

Source of information	Degree of utilisation network				Degree of influence network			
	Total (n = 80)	Multiparous (n = 40)		p-value ^a	Total (n = 80)	Multiparous (n = 40)		p-value ^a
		1 st pregnancy	2nd pregnancy			1 st pregnancy	2nd pregnancy	
Midwife	0.988	0.975	1.000	1	0.600	0.575	0.650	0.508
Childbirth preparation	0.700	0.750	0.575	0.092	0.150	0.200	0.125	0.508
Informative talk in hospital	0.663	0.600	0.600	1	0.138	0.100	0.175	0.375
Private gynaecologist	0.575	0.500	0.525	1	0.250	0.250	0.275	1
Gynaecologist	0.550	0.250	0.500	0.002	0.188	0.125	0.175	0.625
Primary care physician	0.075	0.075	0.025	0.625	0	0.050	0	0.500
Specialist physician	0.087	0.100	0.100	1	0.013	0.025	0.025	1
Total professional sources	0.519	0.464	0.475		0.191	0.189	0.203	
Relatives	0.663	0.675	0.550	0.062	0.262	0.325	0.200	0.062
Mother	0.600	0.575	0.550	1	0.162	0.150	0.075	0.250
Friends with children	0.663	0.475	0.525	0.754	0.162	0.100	0.075	1
Friend without children	0.100	0.100	0.075	1	0.075	0.050	0.050	1
Family history of birth	0.050	0.050	0.050	1	0	0	0	
Total personal sources	0.415	0.375	0.350		0.132	0.125	0.080	
The Internet	0.738	0.700	0.650	0.804	0.050	0.050	0.050	1
Videos	0.313	0.425	0.275	0.263	0.013	0	0	
Apps	0.300	0.250	0.200	0.754	0.063	0	0.050	0.500
Television	0.050	0.100	0.075	1	0	0	0	
Reading	0.475	0.750	0.250	<0.001	0.075	0.025	0	1
Total public sources	0.375	0.445	0.290		0.040	0.015	0.020	

Bold values have statistically significant p-value (p < 0.05).

^a The comparison according to parity concern exclusively the 40 multiparous women in their first and second pregnancy. Source: Camacho-Morell and Esparcia, (2017): Survey "Pregnant women". La Ribera University Hospital (Valencia, Spain).

distinguishing feature or variable common to them all. This observation therefore strengthens the previous findings regarding the relevance of both the healthcare professionals and personal contacts in the search for information.

Discussion

Although the working hypothesis of our study was that personal relationships are the most influential sources of information for pregnant women in our setting (recruitment area of La Ribera, Valencia, Spain), the data obtained indicate that professional rather than personal or public sources are the most influential sources of information, despite growing interest in the new technologies. Among the professional sources of information, midwives were identified as the most influential source of information for pregnant women, since they offer physical and emotional support, constitute a great source of information and, in addition, play a technical role, as it has been previously evidenced.²⁶

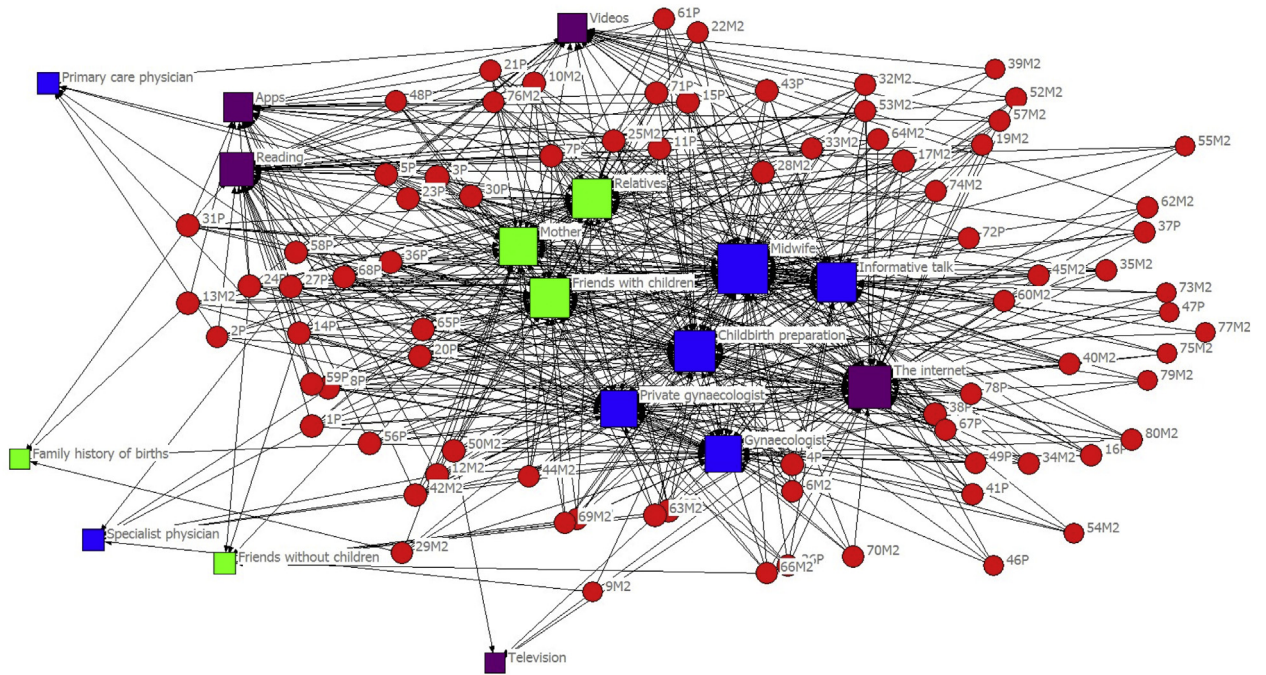
These findings are consistent with those obtained in a study of Australian pregnant women⁷ (in which the healthcare professionals were seen to be the preferred source of information for 78% of the women) and with another study in the United States¹⁰ (in which healthcare professionals were cited as the most valuable source by 76% of the primiparous women and by 82% of the multiparous women, that is, the percentage increased between first and second pregnancy). In the aforementioned study, childbirth preparation was cited as the second most valuable source of information, while in our study it ranked fifth in order of influence. Some studies describe childbirth preparation as the most important source of information for pregnant women, such as that conducted in Germany,¹⁸ while other countries do not offer childbirth preparation classes, such as Turkey,²⁷ or such classes are too expensive, as in the United States.⁹ These differences in results may be due to a combination of factors, including the socio-economic and cultural characteristics of the women, the healthcare services organization found in each country, etc. In this regard,

in Spain midwives based in the community offer cost-free childbirth preparation classes and are in charge of the monitoring of low-risk pregnancy. However, in other countries such as Australia or Sweden, pregnant women can choose to have their low-risk pregnancy monitored by either a midwife or an obstetrician.^{28,29}

Overall, our study indicates that the most influential sources of information are always people, whether in the professional (midwife and gynaecologist) or personal setting (relatives and friends). This underscores the importance of direct person-to-person contact in the search for information, as also evidenced by other studies in which women were seen to want to receive information face-to-face from a professional, and wished their doubts to be clarified by a professional.^{3,17,28} This observation coincides with the results of Plutzer and Keirse,⁷ who emphasized that the increased presence of technology does not replace the importance of the "human touch". Nevertheless, it would be interesting to explore the way in which the new technologies can support the information supplied by midwives, helping to guide the women towards quality websites and discussing the information obtained with them, as suggested by Larsson.²⁹

With regard to the most widely used sources of information in our study, midwives again held to most central position. This finding differs from those of other publications such as that of Fenwick et al.⁸ in Australia involving 202 women, where the most frequently used sources were of a personal sphere (n = 179), while public sources were cited by 106 women and professional sources by only 63. Likewise, in a study involving seven women in the United States, Martin et al.⁹ found the most widely used sources to be books and written material (public sources), followed by friends and relatives (personal sources). Our findings also differ from those of two previous studies involving Spanish pregnant women. In effect, in a series of 453 pregnant women, Beltrán et al.⁵ identified journals and magazines as the most frequently used sources of information (44%), ahead of healthcare professionals (40%) or the Internet (22%). In turn, Lima-Pereira et al.¹⁴ (n = 139) found physicians to be the most frequent source of information

a) Social network of utilisation



b) Social network of influence

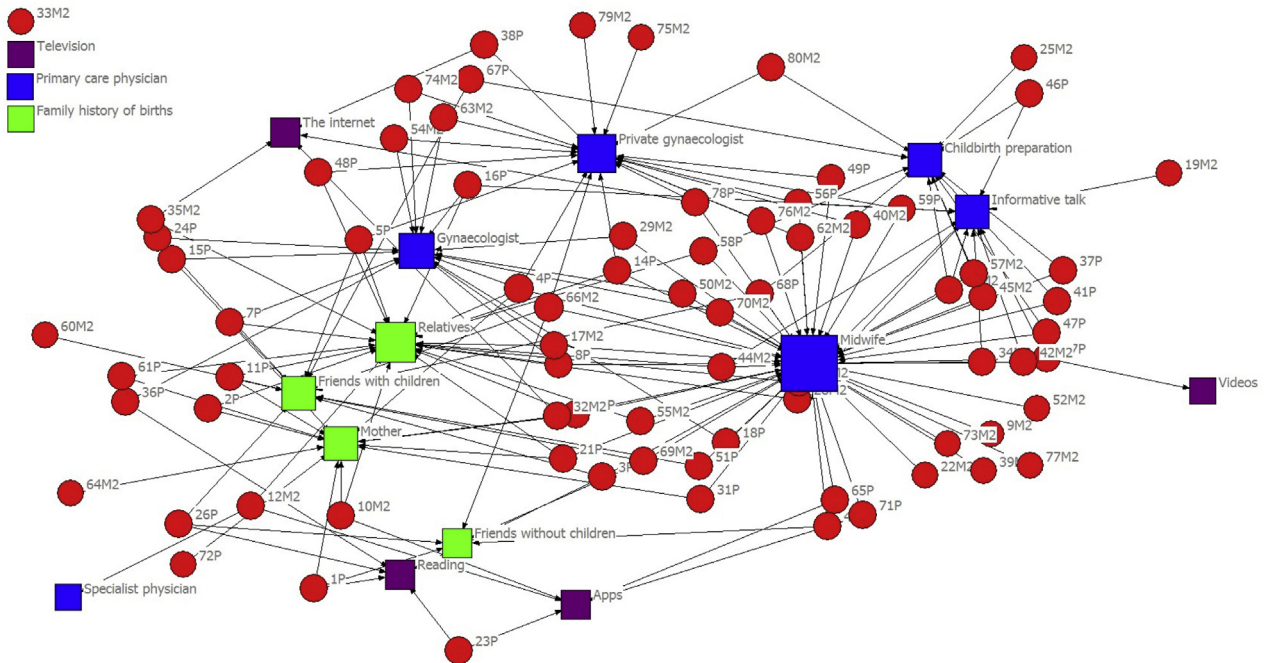


Fig. 3. Social networks related to the influence of sources of information in decision making (according to degree centrality and type of source).

a) Social network of utilisation.

b) Social network of influence.

Legend: Actors (pregnant women) are represented by a red circle and the events (sources of information) by squares of different colours (blue for professional sources, green for personal sources, and purple for public sources). The size of the squares represents the degree centrality of each source of information. P: Primiparous; M2: Multiparous. Source: Camacho-Morell and Esparcia (2017): Survey "Pregnant Women". La Ribera University Hospital (Valencia, Spain).

(80.3%). However, our observations are consistent with those of two studies in Australian pregnant women, in which the most common source of information was found to be the midwife (70.3% according to Grimes et al.³ and 79.8% according to McArdle et al.²⁸).

This difficulty in comparing results and establishing generalizations reinforces the idea that each specific study setting exerts a very significant influence upon the results obtained. The above observations also underline the need for specific studies based on information networks in different contexts. The importance of such studies is explained by the fact that these information networks constitute the basis for the generation of pregnant women expectations, and these in turn exert a decisive influence upon the degree of satisfaction of women with their childbirth process.

The use of the Internet as a source of information in pregnancy is a subject of growing interest.^{13–21} In this study, high scores were obtained in terms of frequency of use, although not in terms of influence. Some studies alert that women act as passive receptors of the information generated by such sources⁸ – a situation that can generate contradictory advice as well as misinformed childbirth expectations, confusion and anxiety.^{5,9,17} In this context, women may experience negative feelings such as being overwhelmed by the great volume of information available; frustration about not finding what one is looking for; or concern caused by the information indeed found from such sources.¹⁴

Such feelings were also identified in our study. As can be seen in the flowchart (Fig. 2), the strategy used by the women for resolving contradictions in the information supplied by different sources varies according to parity status. In primiparous women, the strategy is to continue the search for information using alternative sources or healthcare professionals, who are the ultimate providers of reassurance in these cases. In contrast, multiparous women rely more on their previous experience, as evidenced by Schölmerich et al.³⁰ In this regard, multiparous women often expressed two ideas. The first is that there is “too much information”, as also evidenced by other authors.^{14,27} This information overload or intoxication phenomenon has been referred to as “infoxication”.³¹ The second idea refers to the harmful effect of “people”, which has also been evidenced in other studies: the “infamous they”,⁹ the “family history of birth”⁸ and negative stories about childbirth that generate fear among women.²⁷ In this respect, we found that pregnant women tended to avoid this type of information and focussed more on the offered data by the professionals and, in their second pregnancy, on their own experience.

With regard to the sources of information of greatest quality or usefulness, the highest scores corresponded to the healthcare professionals. This is consistent with the observations of Beltrán et al.⁵ in Spanish pregnant women, where the highest quality likewise corresponded to the information provided by the healthcare professionals (59%). However, in relation to usefulness, our findings differ from those found in Australian pregnant women. In effect, compared with the central role played by the healthcare professionals in our setting, the most useful sources according to Grimes et al.³ were books (17%), the midwife (16%) and the Internet (15%).

In addition to being the most widely used and influential source of information, health professionals (and in particular midwives) have also become as the most deficient source of information. The explanation for this behaviour is reflected in the flowchart (Fig. 2). Healthcare professionals are the only ones who provide calm to pregnant women when dealing with a contradiction in the search for information. Pregnant women seem to have a very high expectation about the information to be provided by health professionals. When this expectation is not met, pregnant women are very critical about the actions of the healthcare professionals.

The pregnant women proposed improvements that have been evidenced in previous studies, such as the need to renew the material offered in the childbirth preparation classes,³² greater flexibility in class schedules,⁹ starting childbirth preparation in the first trimester of pregnancy,³³ greater access to the professionals,⁵ and more use of the new technologies in order to facilitate direct and immediate access to the information they offer.^{3,17,34} Some of these measures have already been implemented in our setting, such as informative talks in the first trimester of pregnancy organised by some midwives based in the community, though work is still needed in other areas.

Finally, the comparison of multiparous women according to parity shows some statistically significant results. Thus, there is a decrease in the use of public sources (books) as well as an increase in the use of professional sources (gynaecologist) between the first and second pregnancy of multiparous women. With regard to the most influential sources, comparison according to parity does not provide significant results and the midwife remains as the most influential source for multiparous women in both pregnancies. Although no statistically significant differences have been found in attendance at childbirth preparation classes, there is a tendency for a lower participation in such classes along time (Table 2), in coincidence with the observations of Declercq et al.,¹⁰ who found participation to decrease from 57% in first pregnancy to only 17% in subsequent pregnancies.

The comparison of our findings with those of other studies conducted in different contexts has evidenced the risks involved in trying to generalize the results, due to the heterogeneous socio-economic and cultural environment involved, and to differences in the organization of the maternity care services. However, this limitation in generalizing the results should serve as a stimulus to continue research into both the sources of information used by pregnant women and the improvements that healthcare professionals can introduce in order to offer the best information possible. The SNA method has evidenced the privileged position held by the midwife, in coincidence with the observations of Groenen et al.³⁵ In effect, the midwife is regarded as the most relevant professional for informing the women, supervising the definition of childbirth expectations, offering support in decision making, and accompanying the pregnant women during the maternity care process, with the crucial contribution of the human touch.

Conclusions

The working hypothesis of the present study was that personal sources of information (relatives and friends) are the most influential sources for pregnant women when it comes to generating expectations and making decisions about issues related to childbearing. However, the findings indicate greater relevance for professional sources, due to both their usefulness and quality (health professionals) and to their frequency of use and influence (midwife). Likewise, the most influential sources are always people (mainly healthcare professionals but also from the personal sphere), while the new technologies (public sources) have very little influence in defining the childbirth expectations or in decision making.

Comparison of results according to parity status for multiparous women shows some statistically significant differences. In this sense, multiparous women in their second pregnancy tend to focus more on the information provided by the professionals, with a less utilisation of public sources. Furthermore, the strategies used to resolve contradictions on comparing sources of information also differ according to parity. In effect, multiparous women tend to rely more on their own experience, while primiparous women tend to establish comparisons with alternative data sources and to consult the professionals.

Several recommendations for midwifery practice are derived from the research. In particular, it highlights the need to improve aspects such as empathy and closeness to pregnant women, and to increase the length of antenatal appointments. With regard to childbirth preparation classes, it is recommended that these be more practical, with more flexible schedules, in-water childbirth preparation classes, the introduction of contents on the emotional aspects of the maternity process, and the provision of more up-to-date and accessible information. All of these recommendations for practice, which involve midwives based in the community, are particularly important because they are the most influential source of information, and they also have frequent face-to-face contact with pregnant women.

Because the new technologies are increasingly being used as the preferred source of information, and because pregnant women demand information on reliable websites, it would be interesting for further research to explore the way in which the new technologies can support the information supplied by midwives. This would help them to better guide women towards quality websites and to discuss the information obtained through them.

Funding

Paper has been partly funded by the Spanish Ministry of Science, Innovation and Universities (research project CSO2015-68215-R, cofunded by the European Regional Development Found.).

Conflict of interest

None declared.

Ethical statement

The study proposal, including the information sheet and the consent form, was submitted to the La Ribera University Hospital Research Ethics Committee, all of which were approved (2017-02-04).

Study participants read the information sheet and signed the consent form prior to filling out the questionnaire.

CRediT authorship contribution statement

Francisca Camacho-Morell: Conceptualization, Formal analysis, Investigation, Methodology, Resources, Validation, Visualization, Writing - original draft, Writing - review & editing. **Javier Esparcia:** Conceptualization, Formal analysis, Funding acquisition, Methodology, Project administration, Resources, Supervision, Validation, Visualization, Writing - original draft, Writing - review & editing.

Acknowledgements

Authors express their gratitude to the pregnant women of the healthcare area of La Ribera (Valencia, Spain) that participated in this study. We also thank to Dr J.L. Molina (Barcelona Autonomous University, Spain), Dr A. Ovalle (Carlos III University, Spain) and Dr P. Marqués (University of León, Spain) for their enlightening observations and comments. Special thanks to Dr O. Blasco (University of Valencia, Spain) for her advice and help with statistical analysis.

References

1. Ministry for Health and Social Policy. *Clinical practice guideline on care in normal childbirth* [Internet]. [cited 2019 Apr 13]. Available from: Vitoria-Gasteiz, Spain: Ministry for Health and Social Policy; 2010<http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/atencionParto.htm>.
2. National Institute for Health and Care Excellence (NICE). *Intrapartum care for healthy women and babies*. [cited 2019 Apr 13]. Available from: London: NICE: Clinical Guideline 190 [Internet]; 2014<https://www.nice.org.uk/guidance/CG190>.
3. Grimes HA, Foster DA, Newton MS. Sources of information used by women during pregnancy to meet their information needs. *Midwifery* 2014;**30**(January (1)):e26–33.
4. World Health Organization (WHO). *WHO recommendations: intrapartum care for a positive childbirth experience* [Internet]. [cited 2019 Apr 13]. Available from: Geneva: WHO; 2013<http://www.who.int/reproductivehealth/publications/intrapartum-care-guidelines/en/>.
5. Beltrán C, Sánchez S, Gómez S, Duque C, Sukkarieh S, Sukkarieh L. Update on sources of health education in pregnant women. *Rev Paraninfo Digit* 2011;**12**:1–7 Spanish.
6. Carolan M. Health literacy and the information needs and dilemmas of first time mothers over 35 years. *J Clin Nurs* 2007;**16**(May (6)):1162–72.
7. Plutzer K, Keirse MJNC. Effect of motherhood on women's preferences for sources of health information: a prospective cohort study. *J Commun Health* 2012;**37**(August (4)):799–803.
8. Fenwick J, Hauck Y, Downie J, Butt J. The childbirth expectations of a self-selected cohort of Western Australian women. *Midwifery* 2005;**21**(March (1)):23–35.
9. Martin DK, Bulmer SM, Pettker CM. Childbirth expectations and sources of information among low- and moderate-income nulliparous pregnant women. *J Perinat Educ* 2013;**22**(January (2)):103–12.
10. Declercq ER, Sakala C, Corry MP, Applebaum S, Herrlich A. *Listening to mothers SM III: pregnancy and birth* [Internet]. [cited 2019 Apr 13]. Available from: New York: Childbirth Connection; 2013http://transform.childbirthconnection.org/wp-content/uploads/2013/06/LTM-III_Pregnancy-and-Birth.pdf.
11. Johnson SA. 'Intimate mothering publics': comparing face-to-face support groups and internet use for women seeking information and advice in the transition to first-time motherhood. *Cult Health Sex* 2015;**17**(2):237–51.
12. Wasserman S, Faust K. *Social network analysis: methods and applications*. 19th ed. Cambridge: Cambridge University Press; 2009.
13. Lagan B, Sinclair M, Kernohan WG. Internet use in pregnancy informs women's decision making: a web-based survey. *Birth* 2010;**37**(June (2)):106–15.
14. Lima-Pereira P, Bermúdez-Tamayo C, Jasienska G. Use of the Internet as a source of health information amongst participants of antenatal classes. *J Clin Nurs* 2012;**21**(February (3–4)):322–30.
15. Gao LL, Larsson M, Luo SY. Internet use by Chinese women seeking pregnancy-related information. *Midwifery* 2013;**29**(July (7)):730–5.
16. Tripp N, Hainey K, Liu A, Poulton A, Peek M, Kim J, et al. An emerging model of maternity care: smartphone, midwife, doctor? *Women Birth* 2014;**27**(March (1)):64–7.
17. Lupton D. The use and value of digital media for information about pregnancy and early motherhood: a focus group study. *BMC Pregnancy Childbirth* 2016;**16**(July):1–10.
18. Wallwiener S, Müller M, Doster A, Laserer W, Reck C, Pauluschke-Fröhlich J, et al. Pregnancy eHealth and mHealth: user proportions and characteristics of pregnant women using Web-based information sources—a cross-sectional study. *Arch Gynecol Obstet* 2016;**294**(April (5)):937–44.
19. Bjelke M, Martinsson AK, Lendahl L, Oscarsson M. Using the Internet as a source of information during pregnancy – a descriptive cross-sectional study in Sweden. *Midwifery* 2016;**40**(September):187–91.
20. Sayakhot P, Carolan-Olah M. Internet use by pregnant women seeking pregnancy-related information: a systematic review. *BMC Pregnancy Childbirth* 2016;**16**(March):1–10.
21. Artieta-Pinedo I, Paz-Pascual C, Grandes G, Villanueva G. An evaluation of Spanish and English on-line information sources regarding pregnancy, birth and the postnatal period. *Midwifery* 2018;**58**(March):19–26.
22. Pita-Fernández S. *Determination of the sample size*. [Internet]. [cited 2019 Apr 13]. Available from: University Hospital of A Coruña: Unit of Clinical Epidemiology and Biostatistics; 2010<https://www.fisterra.com/mbe/investigacion/9muestras/9muestras2.asp#tama%C3%B1o>.
23. Hanneman RA, Riddle M. *Introduction to social network methods*. Riverside: University of California; 2005.
24. Borgatti SP, Everett MG, Johnson JC. *Analyzing social networks*. London: Sage Publications Limited; 2013.
25. Everett MG, Borgatti SP. The dual-projection approach for two mode networks. *Soc Networks* 2013;**35**(2):204–10.
26. Tumbli A, Simkin P. Pregnant women's perceptions of their nurse's role during labor and delivery. *Birth* 2001;**28**(March (1)):52–6.
27. Serçekus P, Okumus H. Fears associated with childbirth among nulliparous women in Turkey. *Midwifery* 2009;**25**(April (2)):155–62.
28. McArdle A, Flenady V, Toohill J, Gamble J, Creedy D. How pregnant women learn about foetal movements: sources and preferences for information. *Women Birth* 2015;**28**(March (1)):54–9.
29. Larsson M. A descriptive study of the use of the Internet by women seeking pregnancy-related information. *Midwifery* 2009;**25**(February (1)):14–20.
30. Schölmerich VLN, Ghorashi H, Denктаş S, Groenewegen P. Caught in the middle? How women deal with conflicting pregnancy-advice from health professionals and their social networks. *Midwifery* 2016;**35**(April):62–9.
31. Navas-Martin MA, Albornos-Muñoz L, Escandell-García C. Access to sources of health information in Spain: how to combat infocioncia. *Enferm Clin*. 2012;**22**(May–June (3)):154–8 Spanish..

32. DeVries CA, DeVries RG. Childbirth education in the 21st century: an immodest proposal. *J Perinat Educ*. 2007;**16**(4):38–48.
33. Kraschnewski JL, Chuang CH, Poole ES, Peyton T, Blubaugh I, Pauli J, et al. Paging “Dr. Google”: does technology fill the gap created by the prenatal care visit structure? Qualitative focus group study with pregnant women. *J Med Internet Res* 2014;**16**(6):e147.
34. Baas CI, Erwich JJHM, Wiegers TA, de Cock TP, Hutton EK. Women's suggestions for improving midwifery care in the Netherlands. *Birth* 2015;**42**(December (4)):369–78.
35. Groenen CJM, van Duijnhoven NTL, Faber MJ, Koetsenruijter J, Kremer JAM, Vandenbussche FPHA. Use of social network analysis in maternity care to identify the profession most suited for case manager role. *Midwifery* 2017;**45**(February):50–5.

Capítulo 7.

Flujos de información y la situación actual de coordinación entre matronas de Atención Primaria y Atención Especializada. Posibles diferencias en función del modelo de gestión de recursos humanos.

7. Flujos de información y la situación actual de coordinación entre matronas de Atención Primaria y Atención Especializada. Posibles diferencias en función del modelo de gestión de recursos humanos

7.1. Antecedentes y punto de partida para la investigación

Hasta este momento, solo se había recogido información relativas a las gestantes del área de salud de La Ribera (conocimientos sobre el paradigma de atención al parto normal, expectativas de parto y fuentes de información). En el último de estos ítems, la matrona se configura como la fuente de información más influyente y más frecuentemente utilizada por las gestantes de La Ribera. Sin embargo, no se había llevado a cabo en la presente investigación ningún estudio relativo al rol que juegan las matronas del área de salud de La Ribera en todo este proceso. Por ello, la última de las investigaciones que configuran esta tesis doctoral tiene como objeto de estudio la coordinación, las relaciones y los flujos de información entre las matronas del área de salud de La Ribera.

Debido a la generalidad del tema, se ha decidido explorar dos aspectos concretos a través de dos metodologías diferentes. En primer lugar, desde una perspectiva fenomenológica, se ha pretendido dar voz a las matronas de La Ribera para que expresen su punto de vista acerca de la coordinación entre niveles asistenciales (AP y AE) y modelos de gestión de recursos humanos (como ya se comentó en la introducción, el área de salud de La Ribera presenta como peculiaridad ser la primera experiencia de colaboración público-privada en el ámbito sanitario español, lo que conlleva la coexistencia de trabajadores de dos modelos de gestión de recursos humanos dentro del área de salud). La investigación cualitativa es adecuada para este fin, ya que se considera la metodología más

apropiada para determinar los sentimientos, las interacciones, las percepciones, los comportamientos individuales y las interacciones entre sujetos (Mira *et al.*, 2004).

En segundo lugar, utilizando el ARS como enfoque metodológico, se ha analizado la red de contacto laboral que configuran las matronas que ejercen su actividad profesional en el área de salud de La Ribera, atendiendo especialmente a dos características atributivas: nivel asistencial y modelo de gestión de recursos humanos. Dentro del estudio de la red de contacto laboral para las matronas de La Ribera se incluye la red de confianza para temas laborales.

7.2. Introducción al problema de la coordinación asistencial

La necesidad de coordinar los servicios sanitarios en nuestro país surge en la década de los 80 del siglo XX con la promulgación de dos leyes. En primer lugar, la Ley General de Sanidad (Ley 14, 1986), que organiza la atención sanitaria en España en dos niveles asistenciales diferenciados e interconectados entre sí. Por un lado, la AP, puerta de entrada de los usuarios al sistema de salud, donde se desarrollan programas y funciones de promoción, prevención, curación y rehabilitación. Por otro lado, la AE, donde se presta atención de mayor complejidad; apoyo y complemento del nivel anterior (Ley 14, 1986). En segundo lugar, el Real Decreto 137/1984, donde se especifica que “los equipos de AP desarrollarán su actividad en estrecha colaboración funcional y técnica con los servicios especializados que se den a otro nivel” (Real Decreto 137, 1984).

Para ello se considera imprescindible una adecuada coordinación entre AP y AE, que se ha convertido en uno de los principales retos de los servicios de salud desde entonces y hasta nuestros días, y que continúa sin resolverse de forma satisfactoria en la actualidad, a pesar de que dicha falta de coordinación provoque que los usuarios tengan una imagen fraccionada del sistema, dé lugar a problemas de

accesibilidad y que pueda reducir la eficiencia y la eficacia en la prestación de esos servicios (Ortún y López-Casanova, 2000).

Tan complejo es el tema, que incluso el concepto de coordinación asistencial genera controversia. Con frecuencia se usan de forma indistinta conceptos que en realidad no lo son, como coordinación, continuidad e integración asistencial (Terraza *et al.*, 2006). Dicha definición puede incluso diferir según el grupo al que se consulte, siendo diferente la definición que ofrecen usuarios, profesionales de AE y profesionales de AP (Ojeda *et al.*, 2006). Así pues, se considera pertinente dar una definición de coordinación asistencial como punto de partida.

La coordinación asistencial podría definirse como sigue:

“la concertación de todos los servicios relacionados con la atención a la salud, con independencia del lugar donde se reciban, de manera que se sincronicen y se alcance un objetivo común sin que se produzcan conflictos” (Terraza *et al.*, 2006, p. 486).

Por otro lado, se habla de continuidad asistencial cuando se hace referencia al resultado de la coordinación asistencial desde la perspectiva del usuario (Haggerty *et al.*, 2013). Dicha falta de continuidad en la atención aumenta el riesgo de una comunicación inexacta, y puede conllevar mayor intervencionismo, así como menor satisfacción entre los usuarios (Perdok *et al.*, 2016).

Las dificultades para coordinar distintos servicios sanitarios, diversas perspectivas (la de los profesionales y la de los usuarios) y diferentes niveles asistenciales (AP y AE) no son exclusivas de nuestro ámbito, dado que existe preocupación por el tema en el contexto internacional, habiéndose explorado tanto desde la perspectiva de los usuarios como desde la de los profesionales (Kripalani *et al.*, 2007; Robinson, 2010; Haggerty *et al.*, 2013; Schölmerich *et al.*, 2014; Biagetti *et al.*, 2015; Waibel *et al.*, 2016; Perdok *et al.*, 2016). A pesar de ello, en pocos trabajos se hace referencia a la perspectiva de los profesionales sanitarios sobre la coordinación centrada

específicamente en el proceso de embarazo-parto-puerperio, pese a que se referencia que en este proceso resulta imprescindible la coordinación de los cuidados desde ambos niveles asistenciales (Schölmerich *et al.*, 2014; Perdok *et al.*, 2016, Groenen *et al.*, 2017).

En el sistema sanitario español, las matronas son las encargadas de la atención a las gestantes con embarazos de bajo riesgo desde ambos niveles asistenciales, tanto AP (control y seguimiento del embarazo y del puerperio) como AE (atención sanitaria durante el proceso de parto). Asimismo, se encargan de la detección de situaciones de riesgo y, en ese caso, su derivación a las consultas de alto riesgo, a cargo de los obstetras. Por todo ello, resulta imprescindible un buen sistema de comunicación y coordinación entre ellas. Si no se logra, pueden aparecer consecuencias negativas tanto para la madre como para el feto, además de afectación de la calidad de la atención e insatisfacción profesional (González *et al.*, 2004).

Respecto del área de salud de La Ribera, entre los objetivos estratégicos del Modelo Alzira destaca “conseguir que el ciudadano perciba una atención sanitaria sin escalones” (Tarazona *et al.*, 2005), para lo cual la coordinación sanitaria se convierte en eje fundamental del sistema. A pesar del interés por integrar la AP, la realidad es que la prestación de cuidados al embarazo, parto y puerperio se sigue realizando desde AP por matronas que pertenecen a dos modelos diferentes de gestión (público y privado), mientras que la totalidad de matronas de AE pertenece al modelo privado. Esta convivencia entre matronas pertenecientes a dos modelos de gestión puede afectar a las dificultades anteriormente expresadas para coordinar un proceso (embarazo, parto y puerperio) que se atiende necesariamente desde ambos niveles asistenciales.

7.3. El enfoque metodológico del ARS para el análisis de la coordinación entre matronas en el área de salud de La Ribera

De forma general, el colectivo de matronas que trabajan dentro de un área de salud puede ser considerado como un conjunto de profesionales en red, necesariamente interconectados de cara a prestar unos adecuados cuidados de salud. Por tanto, resulta de gran interés analizar en qué medida la red de profesionales sanitarios está organizada y funciona de forma eficiente a la hora de prestar los servicios al proceso embarazo-parto-puerperio. En particular, en el caso del área de salud de La Ribera, interesa analizar en qué medida la coexistencia de dos modelos de gestión de recursos humanos puede afectar a la eficiencia de la red de matronas del área de salud.

La estructura reticular de profesionales sanitarios puede estudiarse desde el enfoque metodológico del ARS, que permite conocer las propiedades estructurales de las redes sociales, entendidas como el sistema de relaciones en un conjunto de actores (Wasserman y Faust, 1994; Knoke y Yang, 2008). Este enfoque tiene una larga tradición en el ámbito de las ciencias sociales (Borgatti *et al.*, 2009) y, con respecto al ámbito de las ciencias de la salud, también ha tenido un rápido desarrollo en las últimas décadas. En este ámbito se han estudiado, por ejemplo, las pautas relacionales en la transmisión de enfermedades infecciosas (Smith y Christakis, 2008), las relaciones dentro de las organizaciones sanitarias (West *et al.*, 1999; Provan *et al.*, 2005; De Brún y McAuliffe, 2018) y la salud pública (Ramos-Vidal, 2019).

A pesar de este rápido desarrollo en los últimos años, todavía son escasos los trabajos que hacen referencia al enfoque metodológico del ARS en la atención a la salud maternal (Groenen *et al.*, 2017) y no se ha localizado ninguna investigación que utilice el ARS para el abordaje del estudio de las PPP en el ámbito de la atención al proceso embarazo-parto-puerperio.

En consecuencia, esta investigación contiene varios hechos como punto de partida:

1. la coexistencia de dos modelos de gestión de recursos humanos (público y privado) en la atención al proceso embarazo-parto-puerperio en el área de salud de La Ribera.
2. la atención sanitaria a este proceso se presta desde dos niveles asistenciales (AP y AE) que, para asegurar la calidad en la prestación del servicio, precisan de una estrecha coordinación entre los profesionales implicados en el mismo (matronas).
3. son escasas las investigaciones sobre la coordinación asistencial en el proceso de embarazo-parto-puerperio desde la perspectiva de los profesionales.
4. el colectivo de matronas conforma una red social cuya eficiencia depende, en gran parte, de su estructura reticular, así como de otras características relacionales de los actores.

A tenor de la bibliografía (Wasserman y Faust, 1994; Hanneman y Riddle, 2005; Balkundi y Kilduff, 2006), una manera útil de analizar la eficiencia de este tipo de redes sociales es desde el enfoque metodológico del ARS. Así, por ejemplo, Cunningham *et al.* (2012) pusieron de relieve que las redes profesionales cohesivas, referidas a los cuidados de salud, permiten la coordinación efectiva de la atención, a la vez que mejoran la calidad de la misma. Por su parte, Balkundi y Kilduff (2006) afirman que la percepción precisa de una red puede en sí misma ser una fuente de poder en una organización, y puede permitir a los líderes desarrollar mecanismos de colaboración entre sus miembros. Al mismo tiempo, diversos estudios hacen hincapié en que trabajar en una red bien coordinada está asociado con una mejora en la calidad de los cuidados, la satisfacción del usuario, la mejora de la eficiencia y el descenso de los costes (Groenen *et al.*, 2017; Kroll-Desrosiers *et al.*, 2016; Waibel *et al.*, 2016; Schölmerich *et al.*, 2014; Tahan y Campagna, 2010). Así pues, se puede entender que la medida de la cohesión de un grupo de

profesionales sanitarios a través del ARS es una forma útil de aproximarnos a una parte significativa de la eficiencia en el desempeño esperado de dicho grupo.

Además, con respecto a la red de confianza laboral que también se ha analizado, se entiende que la medida de la confianza puede ser un indicador del *stock* de capital social de una red. El concepto de capital social es complejo. No obstante, a un nivel general se puede entender como un conjunto de recursos insertos en las redes sociales en los que se puede invertir cuando los actores desean aumentar la probabilidad de éxito en sus acciones (Lin, 2001). Otras definiciones de capital social adecuadas para los propósitos de este estudio serían aquellas que destacan que este está constituido por determinadas características de la organización social (redes, normas y confianza social) que facilitan la coordinación y cooperación para un beneficio mutuo (Putnam, 1995); igualmente, también puede entenderse como la existencia de un determinado conjunto de normas y valores compartidos entre los miembros de un grupo que permiten la cooperación entre ellos (Fukuyama, 1997).

Según Herreros (2002) se pueden considerar dos elementos claves del capital social en tanto que recursos insertos en las redes sociales. Por un lado, el potencial informativo que fluye a lo largo de dichas redes y, por otro, las obligaciones de reciprocidad (obtener favores a cambio de favores) que pueden surgir de la confianza mutua entre actores que pertenecen a la misma red social. Así pues, el capital social hace referencia a la capacidad de los actores para acceder a determinados recursos basados más en la confianza generada entre los actores que únicamente por su posición dentro de la red social. Estos actores que contribuyen de manera más decisiva al *stock* de capital social dentro de la red, tenderán a tener un papel estratégico en la dinámica laboral, por ser fuente de asesoramiento para el resto de actores.

En cualquier caso, al hablar de capital social se han de diferenciar tres tipos posibles: *bonding*, *bridging* y *linking*. De ellos, solo haremos referencia en este estudio al capital social de tipo *bonding*, que se basa en las relaciones entre individuos pertenecientes a un mismo colectivo, es decir, relaciones internas (Lozares *et al.*, 2011), como es el caso de la red social que configuran las matronas del área de salud La Ribera. No obstante, se dispone de una gran cantidad de información referida a las relaciones con otros colectivos, lo que nos permitirá profundizar en un análisis del capital social de tipo *bridging*, desde una perspectiva más amplia del sector sanitario (incluyendo profesionales otras categorías dentro del área de salud, y de la misma categoría, pero pertenecientes a otras áreas de salud).

7.4. Hipótesis y objetivos del estudio

La hipótesis central de investigación es que, pese a que tradicionalmente se señala a la división en dos niveles asistenciales (AP/AE) como principal obstáculo para una adecuada coordinación y cooperación entre profesionales sanitarios, en el caso concreto del área de salud de La Ribera, la coexistencia de dos modelos de gestión de recursos humanos (público/privado) es el factor que en mayor medida puede estar limitando la eficiencia de esa red social.

En consecuencia, para dar respuesta a esta hipótesis se plantean tres objetivos, a través del enfoque metodológico del ARS:

1. Definir el grado de cohesión de la red social de actores (matronas) del área de salud de La Ribera.
2. Analizar las pautas reticulares de los actores, en particular posiciones de centralidad y capacidad de intermediación, y su relación con atributos como pertenencia a modelo de gestión y nivel asistencial.

3. Detectar las pautas de colaboración entre actores, en función de los principales atributos.

Por su parte, el objetivo de la parte cualitativa del estudio es conocer, desde una perspectiva fenomenológica, la situación actual de coordinación entre niveles asistenciales y modelos de gestión de recursos humanos de las matronas del área de salud de La Ribera, así como sus propuestas de mejora.

7.5. Enfoque metodológico: combinación de metodología cualitativa y ARS

Como se ha mencionado anteriormente, el presente estudio combina metodología cualitativa (fenomenológica) y cuantitativa (ARS) sobre una misma población de estudio, las matronas que ejercen laboralmente en el área de salud de La Ribera durante el periodo de estudio (de marzo a diciembre de 2016). Por lo tanto, el universo de estudio englobó a todas las matronas que ejercen su actividad profesional en el área de salud de La Ribera; 31 matronas en total (15 de AP y 16 de AE).

En primer lugar, se recogieron datos socio-demográficos (edad, género, municipio de residencia, modelo de gestión para el que trabajan, nivel asistencial donde ejercen su actividad profesional, años de ejercicio en el área y número de años trabajados en el puesto actual). En segundo lugar, se llevó a cabo una entrevista semiestructurada para la recogida de datos cualitativos; en tercer lugar, finalmente, a cada una de las matronas se le pasó un cuestionario sobre la red de contacto laboral y su red de confianza para cuestiones laborales.

El estudio fue aprobado por el Comité de Ética-Comisión de Investigación del HULR en febrero de 2016. A las matronas que formaron parte de la muestra de estudio se les solicitó autorización escrita para la realización de la entrevista y el cuestionario de redes, incluyendo consentimiento expreso para la grabación de la entrevista,

siempre asegurando que los datos personales serían codificados y no divulgados ni utilizados con fines ajenos al proyecto de investigación.

7.5.1. Aproximación fenomenológica

El enfoque cualitativo del estudio utiliza una perspectiva fenomenológica, mediante la realización de entrevistas individuales semiestructuradas a las matronas del área de salud (Anexo IV, “Entrevista sobre coordinación entre matronas”).

La fenomenología es un enfoque metodológico que “pretende explicar cómo los individuos dan significado a fenómenos sociales a través de su experiencia vivida” (Berenguera *et al.*, 2014) en el que los participantes son seleccionados por su experiencia sobre el fenómeno de estudio. Se realiza una descripción rigurosa de las vivencias y su posterior análisis para entender en profundidad cómo se crean los significados (Berenguera *et al.*, 2014).

Para la recogida de datos, en este caso, se realizó una entrevista piloto a 4 matronas, siguiendo una guía de preguntas similar a la utilizada en el estudio de Terraza *et al.* (2006). Posteriormente, el equipo investigador realizó una puesta en común de las dificultades encontradas y consensó el guion de entrevista definitivo. Los nombres de las entrevistadas fueron anonimizados y se clasificaron según su pertenencia a un determinado modelo de gestión (“U” para las matronas que trabajaban para la UTE y “C” para las que trabajaban para la *Conselleria de Sanitat*), así como un determinado nivel asistencial (“P” para las matronas que ejercen profesionalmente en AP y “E” para las que ejercen en AE). En los casos en los que las entrevistadas dieron su consentimiento, se procedió a la grabación de la entrevista y su posterior transcripción literal. En caso negativo, se dejó constancia escrita de las respuestas ofrecidas por las entrevistadas para su posterior análisis.

Para llevar a cabo la codificación y análisis de los datos obtenidos se utilizó el *software* MAXQDA. Para la transcripción del contenido de las entrevistas se utilizaron convenciones de transcripción para entrevistas en formato digital (Bailey, 2008). Una vez realizado este proceso, se procedió a crear el sistema de códigos, que debe ser único y propio de cada proyecto de investigación. Así, “los códigos son etiquetas que permiten asignar unidades de significado a la información descriptiva o inferencial compilada durante una investigación” (Fernández, 2006).

En el presente estudio se consensuaron los siguientes códigos:

- concepto de coordinación
- recursos (humanos y materiales) disponibles para la coordinación
- elementos facilitadores y obstaculizadores
- propuestas de mejora
- persona de referencia
- modelo de gestión
- comunicación entre matronas (misma categoría profesional / distinta categoría profesional)
- déficit de conocimientos
- valoración de la coordinación

Con el fin de aumentar la fiabilidad del estudio, todas las entrevistas fueron codificadas de forma independiente por cada miembro del equipo investigador. La participación de varias personas en el proceso de análisis constituye la denominada “triangulación del investigador”, cuyo objetivo es compensar el sesgo potencial derivado del análisis de los datos desde una única perspectiva (Humble, 2009; Green y Thorogood, 2013).

Los segmentos codificados resultantes fueron comparados y contrastados para realizar un análisis más completo. El objetivo de esta comparativa es discutir las posibles diferencias de criterio entre las distintas investigadoras y analizar por qué ocurrieron, revisando los segmentos que no coinciden hasta llegar a un consenso. Finalmente, los segmentos codificados se exportaron a una hoja de cálculo Excel. De esta forma, toda la información quedó estructurada en tablas, a partir de las cuales se pudieron contrastar, discutir y reevaluar las diferentes codificaciones para crear categorías comunes y, después de realizar los análisis pertinentes, establecer conclusiones.

7.5.2. Análisis de redes sociales sociocéntricas

Con respecto al análisis de redes sociales realizado, y a diferencia del apartado 6 de la tesis doctoral, en este caso se ha utilizado el enfoque sociocéntrico, de redes completas o redes de modo 1, ya que se trata de una red cerrada y definida (es decir, la red de actores conforma una matriz cuadrada, con emisor de relaciones en las filas, y receptor de relaciones en las columnas).

Las preguntas del “Cuestionario de redes sociales laborales y personales” (Anexo VI) referidas a las redes laborales de las matronas fueron las siguientes:

1. ¿Con cuáles de las personas de la siguiente lista mantiene un contacto laboral directo?
2. En caso afirmativo, ¿de qué tipo y con qué frecuencia?
3. ¿A cuáles de las personas de la lista acudiría en busca de consejo sobre temas laborales?

Con relación al cuestionario de redes, se preguntó, en primer lugar, por las matronas con las que se mantiene contacto laboral de entre las que conforman la red social. En segundo lugar, se preguntó por el tipo de contacto (directo o cara a cara, telefónico o a través de nuevas tecnologías) y la frecuencia del contacto (semanal, hasta tres meses, y hasta un año). Aunque se podrán ver las frecuencias en función del tipo de contacto, el análisis de redes sociales se ha restringido a la red de contactos cara a cara, por ser la más relevante para los objetivos del estudio. Una breve descripción de los indicadores utilizados se recoge en la Tabla 9.

Por su parte, con la tercera pregunta se pretende delimitar la red más próxima y de mayor confianza sobre consejos relacionados con el ámbito laboral; ésta constituye un indicador de prestigio en el entorno laboral (es decir, aquellos actores que más confianza generen son los que gozan de mayor prestigio entre el colectivo). En esta red sólo se han analizado medidas de tendencia central (*in-degree* y *node betweenness*) y reciprocidad, ya que se limitó para cada actor la posibilidad de nominar a un máximo de 3 actores de mayor confianza en temas laborales, por lo que otros indicadores, como la densidad o el grado de salida, no resultan adecuadas.

El tratamiento de los datos se realizó con Hoja de cálculo Excel para el análisis estadístico básico (media y desviación estándar para las variables cuantitativas y frecuencia y porcentaje para las variables cualitativas), el software Ucinet (Borgatti et al., 2002) para el ARS y el software Netdraw para la visualización de redes (Borgatti, 2002).

Tabla 9. Resumen de los indicadores de red utilizados

Indicador	Descripción
Densidad	Proporción de <i>links</i> presentes en una red con relación al máximo posible. A mayor densidad, mayor cohesión y eficiencia relacional (mayor rapidez en la difusión de información). La red puede subdividirse en segmentos, y calcular la densidad interna y externa de cada uno de ellos.
Reciprocidad	En una red dirigida, son relaciones mutuas entre cada par de actores. Implican reconocimiento, aceptación y confianza mutua. Facilita los flujos de información. Al asociarse a relaciones horizontales (baja jerarquización) pueden constituir la base de la cooperación y procesos de liderazgo compartido.
Centralidad	Centralidad de grado: proporción de nodos a los que un actor está conectado de forma directa (adyacentes). Se puede diferenciar grado de entrada o <i>in-degree</i> (proporción de nodos adyacentes desde los que se reciben relaciones) y grado de salida o <i>out-degree</i> (proporción de nodos adyacentes a los que se “envían” relaciones). El primero indica prestigio, y el segundo actividad social y capacidad de acceso a recursos. Centralidad de intermediación (<i>node betweenness</i>): Frecuencia con la que un actor se sitúa en el camino geodésico (más corto) entre cada par de nodos. Una mayor capacidad de intermediación indica mayor poder de control de los flujos de comunicación óptimos.

<i>Brokerage</i>	<p>Capacidad de intermediación entre grupos diferentes de actores o segmentos de una red social. Si en la red hay tres grupos o segmentos, y tres actores (A, B y C), y B es el actor que intermedia o puente, hay cinco funciones posibles:</p> <p>Coordinador (A, B y C pertenecen al mismo grupo. B actúa como coordinador interno);</p> <p>Consultor (A y C pertenecen a grupo diferente a B);</p> <p><i>Gatekeeper</i> (A pertenece a un grupo, y B y C a otro diferente: B canaliza flujos de relaciones hacia su propio grupo);</p> <p>Representante (A y B pertenecen a un grupo, y C a otro: B canaliza flujos de relaciones desde su propio grupo);</p> <p><i>Liaison</i> (A, B y C pertenecen a grupos diferentes: B canaliza, desde fuera, relaciones externas entre grupos diferentes).</p> <p>Dado que las relaciones entre grupos suelen ser más difíciles y complejas entre grupos, los actores (B) con elevada capacidad de intermediación tienen posiciones de mucho poder en la red social.</p>
<i>Factions</i>	<p>Grupos cohesivos resultantes a partir de las características relacionales de los actores en la red social. Cada grupo se define por elevada cohesión interna y por elevada separación del resto de grupos. Cada actor forma parte de un único grupo cohesivo. Diferentes ensayos permiten aproximarse a la solución óptima en el número de grupos (“<i>final proportion correct</i>” más próxima a 1).</p>
Cliques	<p>Grupos de al menos tres actores conectados entre sí (adyacentes). Indica cohesión social en términos de integración, es decir, grupos localmente densos (a diferencia de las <i>factions</i>, aquí cualquier actor puede estar presente en diferentes grupos).</p>
<i>E-I Index</i>	<p>A partir de dos o más grupos o segmentos de la red social (divididos en función de características atributivas), es la relación entre la proporción de <i>links</i> internos y externos a cada grupo. Mide el grado de apertura o endogamia de cada grupo en el seno de la red social (variando entre -1, endogamia u homofilia completa, y +1, apertura o heterofilia completa).</p>

Fuente: Gould y Fernandez, 1989; Wasserman y Faust, 1994; Hanneman y Riddle, 2005; Borgatti *et al.*, 2013.

7.6. Resultados obtenidos y otros resultados no publicados

7.6.1. Características socio-demográficas de la muestra

Del total de matronas que ejercen su actividad profesional en el área de salud de La Ribera, tres de ellas no participaron en el estudio por decisión propia (pertenecientes a AP y modelo de gestión pública), con lo que se entrevistaron a un total de 28 matronas, que conforman el 90,3 % de la población de estudio (Tabla 10).

Tabla 10. Características socio-demográficas de las matronas entrevistadas

VARIABLES CUANTITATIVAS	Media	Desviación estándar
Edad	44,5	8,2
Años de ejercicio profesional	16,3	8,5
Antigüedad en puesto actual	11	5,5
VARIABLES CUALITATIVAS	Categorías	Porcentaje
Sexo	Mujer	96,5
	Hombre	3,5
Población de residencia	Dentro área	42,8
	Fuera área	57,2
Nivel asistencial	AP	42,8
	AE	57,2
Modelo de gestión	Público	14,3
	Privado	85,7

Fuente: Camacho-Morell *et al.*, 2019.

Cabe destacar que, mientras que en AP trabajan matronas pertenecientes a ambos modelos de gestión, la totalidad de las matronas de AE pertenecen al modelo de gestión privado.

7.6.2. Análisis de contenido

En un 14,3 % de los casos las matronas rechazaron ser grabadas, por lo que hubo que realizar la transcripción a mano. Los resultados obtenidos del análisis del contenido de las entrevistas realizadas se exponen a continuación:

1. Código “concepto de coordinación”. Dentro de este código se engloban las definiciones personales de coordinación asistencial ofrecidas por las entrevistadas. Pueden observarse ejemplos de todas las categorías y ámbitos de aplicación en la Tabla 11.

En algunos casos una misma respuesta pudo ser clasificada en dos categorías diferentes. El ámbito de aplicación en el concepto de coordinación hace referencia a dónde debe aplicarse dicha coordinación. Se encontraron 3 diferentes ámbitos de aplicación: coordinación entre niveles asistenciales (AP-AE), a cargo de una persona de referencia, y multidisciplinar (entre profesionales pertenecientes a diferentes categorías profesionales).

No se encontraron diferencias en la definición que hicieron los diferentes subgrupos de interés (AP, AE, modelo de gestión público y privado). Así pues, se puede dar una definición común de coordinación asistencial desde el punto de vista de las matronas que engloba la comunicación, relación y organización del trabajo, así como la protocolización del mismo, tanto entre niveles asistenciales como a nivel multidisciplinar.

2. Código “recursos”. Hace referencia a los recursos disponibles para llevar a cabo la coordinación. Se establecieron dos subcódigos: “recursos humanos” y “recursos materiales”. El principal recurso humano fue el Jefe de Servicio de Ginecología y, en cuanto a los recursos materiales, destacaron el teléfono y el correo electrónico.

3. Código “elementos”. Se diferenciaron dos subcódigos diferentes: “elementos facilitadores” y “elementos obstaculizadores”. Los elementos facilitadores aparecieron en ambos niveles asistenciales, a excepción de las categorías “relación personal entre matronas” y “no

existencia de elementos facilitadores”, que solo lo refirieron las matronas de AE. Algunos elementos obstaculizadores fueron nombrados únicamente por las matronas del modelo de gestión privado (sensación de compartimentos estancos, presión asistencial, falta de interés por parte de la dirección y falta de una coordinadora conjunta).

Las categorías encontradas para ambos subcódigos se pueden observar en las Tablas 2 y 3 del artículo publicado (Camacho-Morell, F., Espert-Galera, J., Sanchis-Valero, S. y Sebastián-Abril, S. (2019). Coordinación entre matronas del área de salud de La Ribera desde un enfoque fenomenológico. *Matronas Profesión*, 20(1), 5-12).

4. Código “propuestas de mejora” (Figura 14). Se verbalizaron de forma equitativa entre todos los grupos de interés. Destaca la realización de actividades en común, que incluye las reuniones periódicas, grupos de trabajo conjuntos, elaboración de protocolos comunes, sesiones clínicas y realización de cursos conjuntos. En la Tabla 4 del artículo se pueden observar ejemplos de las distintas categorías.

5. Código “persona de referencia”. Representaba a la persona que asumía la función de coordinar ambos niveles asistenciales. La persona más nombrada según matronas de ambos niveles asistenciales fue la persona responsable de la supervisión del paritorio (35,4 %). Se evidenció un gran desconocimiento, manifestado en algunas de las respuestas, como nombrar al endocrino como persona de referencia (3,2 %), verbalizar el desconocimiento de tal persona (3,2 %) o la inexistencia de la misma (9,6 %).

6. Código “modelo de gestión”. Hace referencia a la existencia de dos modelos de gestión, público y privado. Se obtuvieron las categorías “falta de coordinación entre ambos modelos” (37,5 %), “diferencias en el trato y gestión” (25 %), “buena comunicación entre matronas del modelo privado” (25 %) y “obstáculo para la coordinación” (12,5 %). Las respuestas fueron similares por parte de las matronas de ambos niveles asistenciales.

7. Código “comunicación”. Se crearon dos subcódigos: “misma categoría profesional” (matrona-matrona) y “distinta categoría profesional” (matrona-otros profesionales). Para el subcódigo “misma categoría profesional”, únicamente las matronas del modelo de gestión privado hicieron referencia a que ambos niveles asistenciales son “compartimentos estancos” y expresaron su deseo de mayor comunicación entre matronas que trabajan en AP y AE. Se encontraron las siguientes categorías comunes a todas las matronas, independientemente de su modelo de gestión o nivel asistencial:

- comunicación escasa y mejorable
- relación personal
- falta de interés
- dificultad por existir dos modelos de gestión
- no existencia de comunicación

Para el subcódigo “distinta categoría profesional” se categorizaron diferentes profesionales, estando centrada la comunicación con otros profesionales en la figura del ginecólogo (33,8 %). El 50 % de las matronas de AP opinaron que hay una buena accesibilidad para la comunicación con otros profesionales de AE. En el caso de las matronas de AE, no solo refirieron que hay poca comunicación, sino que apuntaron que los profesionales de distinta categoría profesional tienen un punto de vista diferente.

8. Código “déficit de conocimiento”. Incluye todas aquellas respuestas que expresaban desconocimiento acerca de cualquiera de los temas abordados en la entrevista. El mayor déficit de conocimientos se encontró en AE, suponiendo el 93,5 % de las respuestas obtenidas. Un 38,4 % de las respuestas expresaron desconocimiento acerca de cómo transmitir la información entre niveles, seguido del desconocimiento de los recursos disponibles para la coordinación (23,1 %).

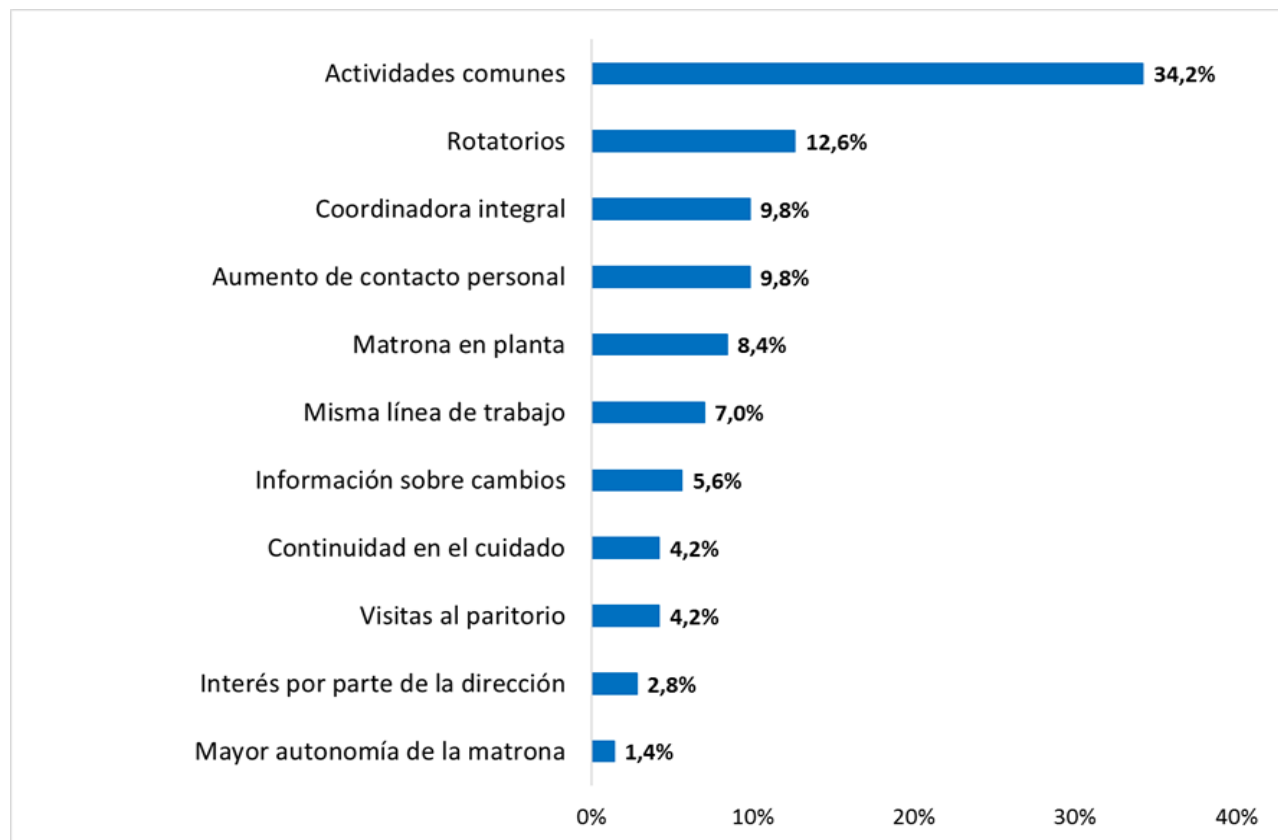
9. Código “valoración de la coordinación”. Por último, este código hace referencia a la opinión global que expresaron las matronas sobre la coordinación en el área de salud. La categorización de los resultados se realizó en función de la categoría profesional, bien en la misma categoría (matronas AE y matronas AP) o bien en otra distinta (matronas y facultativos). Se categorizaron las valoraciones como “positivas”, y en ese caso se reflejó que había buena coordinación entre categorías profesionales, o como “negativas”, y en ese caso se verbalizó que la comunicación no era fluida, se podía mejorar, o no existía coordinación. La valoración de la coordinación entre matronas de AE y AP fue considerada negativa por un 92,8 % de las matronas. El 7,2 % restante hizo una valoración positiva y especificaron que se referían a la comunicación entre matronas de diferentes niveles asistenciales, pero pertenecientes todas ellas al modelo de gestión privado. Por su parte, la valoración entre profesionales de distinta categoría profesional (matrona-facultativo) fue calificada en todos los casos como positiva.

Tabla 11. Categorías del código “concepto de coordinación” y ámbitos de aplicación

Categoría	Ámbito	Segmento seleccionado
Comunicación (27,1%)	Entre niveles	“Una comunicación entre ambos niveles asistenciales dentro de un mismo departamento de salud, Atención Primaria y Atención Especializada.” (UP2)
Coordinación (24,3%)	Entre niveles	“Es la coordinación entre los diferentes niveles asistenciales, en nuestro caso primaria- especializada- hospitalaria.” (CP5)
Finalidad común (18,9%) y protocolización (10,8%)	Persona de referencia	“Entiendo que es trabajar todos bajo una misma línea de guías clínicas o de protocolos, y que exista una figura en el que se encarga de que todo el mundo hace lo mismo en todos los centros de salud que pertenecemos al mismo departamento.” (UP4)
Organización (8,1%)	Persona de referencia	“Yo entiendo que es un puesto de gestión que el que lo desempeña pues tiene que estar un poco vigilante de... pues eso, de cuál es el trabajo de cada uno, de que cada uno haga su parte y de que el resultado sea bueno y según el resultado sea mejor o peor, pues ir modificando cosas y dando pautas a cada una de esas partes.” (UE6)
Protocolización (10,8%) y coordinación (24,3%)	Multidisciplinar	“Por coordinación asistencial entiendo que todo el equipo multidisciplinar que está trabajando en el mismo servicio se ponga de acuerdo, protocolicen su actuación cara al usuario y trabajen coordinadamente.” (UE2)
Relación (10,8%)	Multidisciplinar	“Que haya una relación entre todos los estamentos que atienden al paciente.” (CP2)

Fuente: Camacho-Morell *et al.*, 2019

Figura 14. Propuestas de mejora de las matronas entrevistadas



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos recogidos en la “Entrevista sobre coordinación entre matronas”, marzo-diciembre 2016 (anexo IV)

7.6.3. El enfoque del ARS: la red de contacto laboral

a) Frecuencia y tipo de contacto laboral: preeminencia del modelo de gestión privado

En la red laboral se han contabilizado un total de 802 contactos entre actores (Tabla 12). Entre ellos, el contacto más habitual es cara a cara, con 495 contactos entre actores (61,7 % del total). En cuanto a la frecuencia de los contactos (semanal, hasta 3 meses y hasta 1 año), los porcentajes más elevados corresponden a las matronas que trabajan para el modelo privado, tanto en AE (semanal a través de contacto cara a cara) como en AP (semanal a través del teléfono o nuevas tecnologías). Por tanto, es en el modelo privado y AE donde aparece un contacto más estrecho entre actores, tanto por el tipo de contacto (cara a cara) como por la frecuencia de dicho contacto (semanal en más de la mitad de los casos). Además, también en el modelo privado, pero en AP, es donde más destacan los contactos a través de otros medios de comunicación (teléfono y nuevas tecnologías).

Lo anterior se relaciona muy bien con los resultados obtenidos en el análisis de contenido, donde el teléfono y el correo electrónico son señalados como elementos importantes que facilitan la coordinación. Así pues, el modelo de gestión privado aglutina la mayor parte de los contactos, tanto cara a cara en AE como a través de otros medios en AP y, entre las matronas que pertenecen al modelo público (todas ellas en AP), predomina el contacto con otros actores con un intervalo de tiempo más largo (ya que obtienen los mayores porcentajes de frecuencia para todos los tipos de contacto en la columna “Hasta 3 meses”).

Tabla 12. Frecuencia y tipo de contacto laboral entre matronas

Tipo contacto	Grupos	Total contactos	Contactos por actor	Semanal (%)	Hasta 3 meses (%)	Hasta 1 año (%)
Directo o cara a cara (n=495)	UE (n=16)	302	18,8	55,6	21,5	22,9
	UP (n=8)	143	17,8	11,9	60,8	27,3
	CP (n=4)	50	12,5	4,0	58,0	38,0
Telefónico (n=72)	UE (n=16)	25	1,6	24	60	16
	UP (n=8)	35	4,3	68,5	22,9	8,6
	CP (n=4)	12	3	8,3	58,4	33,3
Nuevas tecnologías (n=235)	UE (n=16)	164	10,2	31,1	55,5	13,4
	UP (n=8)	61	7,6	68,8	27,9	3,3
	CP (n=4)	10	2,5	0	100	0

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos recogidos en el “Cuestionario de redes sociales laborales y personales”, marzo-diciembre 2016 (anexo VI)

Una de las razones que podría explicar este resultado es la mayor dispersión territorial de las matronas de AP (al trabajar en diferentes centros de salud), frente a la concentración de las matronas de AE, todas ellas localizadas en el HULR (lo que implica un inevitable contacto cara a cara durante los turnos de trabajo o en el cambio de turno). Sin embargo, la mayor o menor dispersión territorial no parece que pueda justificar la frecuencia de contacto comparativamente tan baja de las matronas de AP del modelo público respecto de las del modelo privado. Hay por tanto tendencias que cabría asociar con las dinámicas propias en uno y otro modelo.

b) Densidad de la red: divergencia en función de los atributos

El nivel de cohesión en la red social (medido a través del indicador de densidad en el ARS) resulta bastante elevado en la red de contacto laboral (0,71, siendo 1 el máximo posible, es decir, que todos los actores se encontraran conectados con todos los demás). Además, este nivel de cohesión aumenta con respecto al valor de la densidad global de la red al segmentarla en función de los atributos “nivel asistencial” y “modelo de gestión” (Tabla 13). Efectivamente, según el nivel asistencial, la densidad interna es mucho más elevada entre las matronas en AE (0,99) que en AP (0,74). Por su parte, según modelo de gestión, la densidad interna es solo ligeramente superior en el modelo privado (0,82) que en el público (0,75).

Con respecto a la densidad externa, cuando se comparan los niveles de cohesión entre los grupos creados según los atributos mencionados, los resultados apuntan a una cierta separación en cuanto a las dinámicas en uno u otro modelo. Así, parece existir un interés más reducido desde el modelo privado en mantener relaciones estables con las matronas del modelo público (0,34), mientras que desde el modelo público hacia el privado el interés es algo mayor (0,55). Estos resultados están relacionados con una tendencia hacia la endogamia en el modelo privado, frente a posiciones aperturistas en el modelo público, como se verá posteriormente (*E-I Index*). En

todo caso, la separación es evidente, y una cierta mayor “autosuficiencia” en el modelo privado no debería bloquear una mayor integración y articulación entre ambos colectivos. La separación es menos significativa (y menos grave) al comparar las relaciones desde AE hacia AP y en sentido inverso (0,53, y 0,65 respectivamente), aunque persiste un amplio margen para esas mejoras en las relaciones entre los colectivos.

Tabla 13. Densidad de red según nivel asistencial y modelo de gestión

Densidad nivel asistencial		Densidad modelo de gestión			
	AE	AP	Privado	Público	
AE	0,99	0,53	Privado	0,82	0,34
AP	0,65	0,74	Público	0,55	0,75

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos recogidos en el “Cuestionario de redes sociales laborales y personales”, marzo-diciembre 2016 (anexo VI)

c) Reciprocidad en la red: posiciones extremas en el modelo de gestión privado

Indica el porcentaje de relaciones mutuas entre cada par de actores. En este caso, los resultados obtenidos (Tabla 14) indican un entorno de elevada reciprocidad (76 %), que es un marco idóneo para importantes flujos de información y mecanismos de cooperación en el seno de la red social. De hecho, suele decirse que las relaciones indirectas (cuando el flujo de relaciones, en al menos una dirección entre dos actores, precisa de intermediarios), aunque importantes, pueden también suponer un obstáculo importante de cara a una comunicación fluida. De ahí que el reconocimiento de reciprocidad por parte de los actores en una proporción tan elevada sea un elemento especialmente importante para una adecuada cooperación y para un correcto flujo de información.

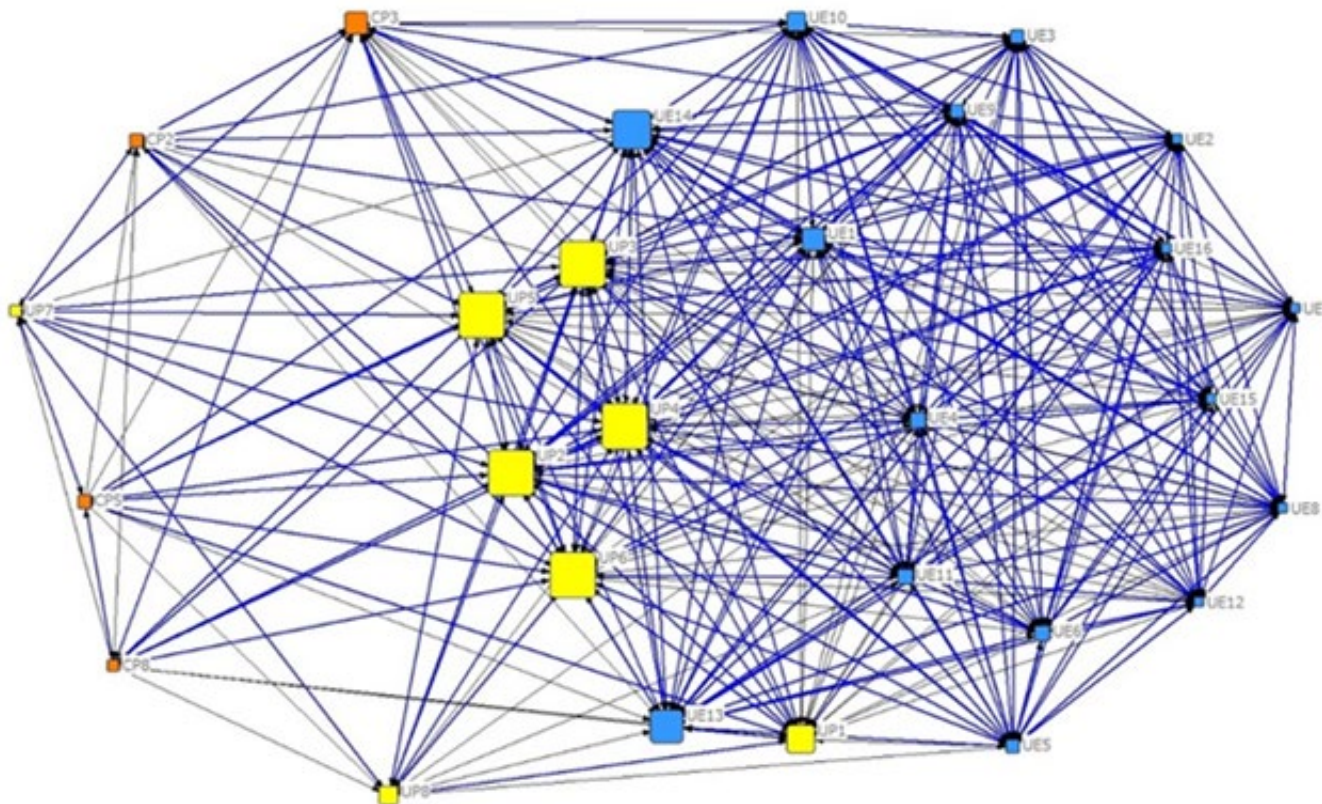
No obstante, hay también diferencias significativas entre actores y entre colectivos, en línea con los resultados obtenidos en otros indicadores. Así, un primer grupo, principalmente de actores del modelo privado y en AE, tienen una proporción muy elevada de relaciones de este tipo (UE14, UE10, UE16, UP2, UE5, UE9 y UE2), en todos los casos superior al 90 %. En el otro extremo, son también actores del modelo privado, pero de AP, los que presentan una proporción de relaciones recíprocas más baja y, por tanto, mayores limitaciones para la cooperación y trabajo en red (UP1 y UP8, con porcentajes inferiores o iguales al 50 %). Es también muy significativo que, en el contexto de una red con elevada reciprocidad general, todos los actores del modelo público presentan valores inferiores al 70 %.

d) La centralidad de los actores en la red: prestigio, actividad social y control de flujos de información en manos de los actores del modelo de gestión privado

En la red de contacto laboral (Tabla 14), dos de los actores vinculados al modelo de gestión privada (UE14 y UP2) obtienen las posiciones de máxima centralidad en los tres indicadores utilizados, *out-degree*, *in-degree* y *betweenness*. Ambos se caracterizan por ocupar posiciones de responsabilidad como mandos intermedios dentro del grupo de matronas. Dentro de los indicadores de red, tal como se explicó en la Tabla 9, el *in-degree* es indicador del prestigio de un actor dentro de la red social, el *out-degree* es indicador de la actividad social y capacidad de acceso a recursos de un determinado actor, y la *betweenness* representa a los actores con mayor poder de control de los flujos de comunicación óptimos. Por lo tanto, estos 2 actores vinculados al modelo de gestión privada y que ostentan un puesto de responsabilidad dentro del grupo de matronas representan el mayor prestigio, capacidad de acceso a recursos y control de flujos de comunicación dentro de la red social de contacto laboral. En el modelo privado destaca, además, un segundo grupo de actores,

vinculados a AP, especialmente en cuanto a su elevada capacidad de intermediación o *betweenness* (UP3, UP4, UP5 y UP6, Figura 15). Por su parte, los actores vinculados al modelo público ocupan siempre las últimas posiciones en relación a las tres medidas de centralidad analizadas (CP2, CP3, CP5 y CP8), pudiendo implicar una capacidad de acceso a recursos limitada y una falta de control de los flujos de información, que se correlaciona bastante bien con el indicador de reciprocidad de las relaciones que acabamos de ver.

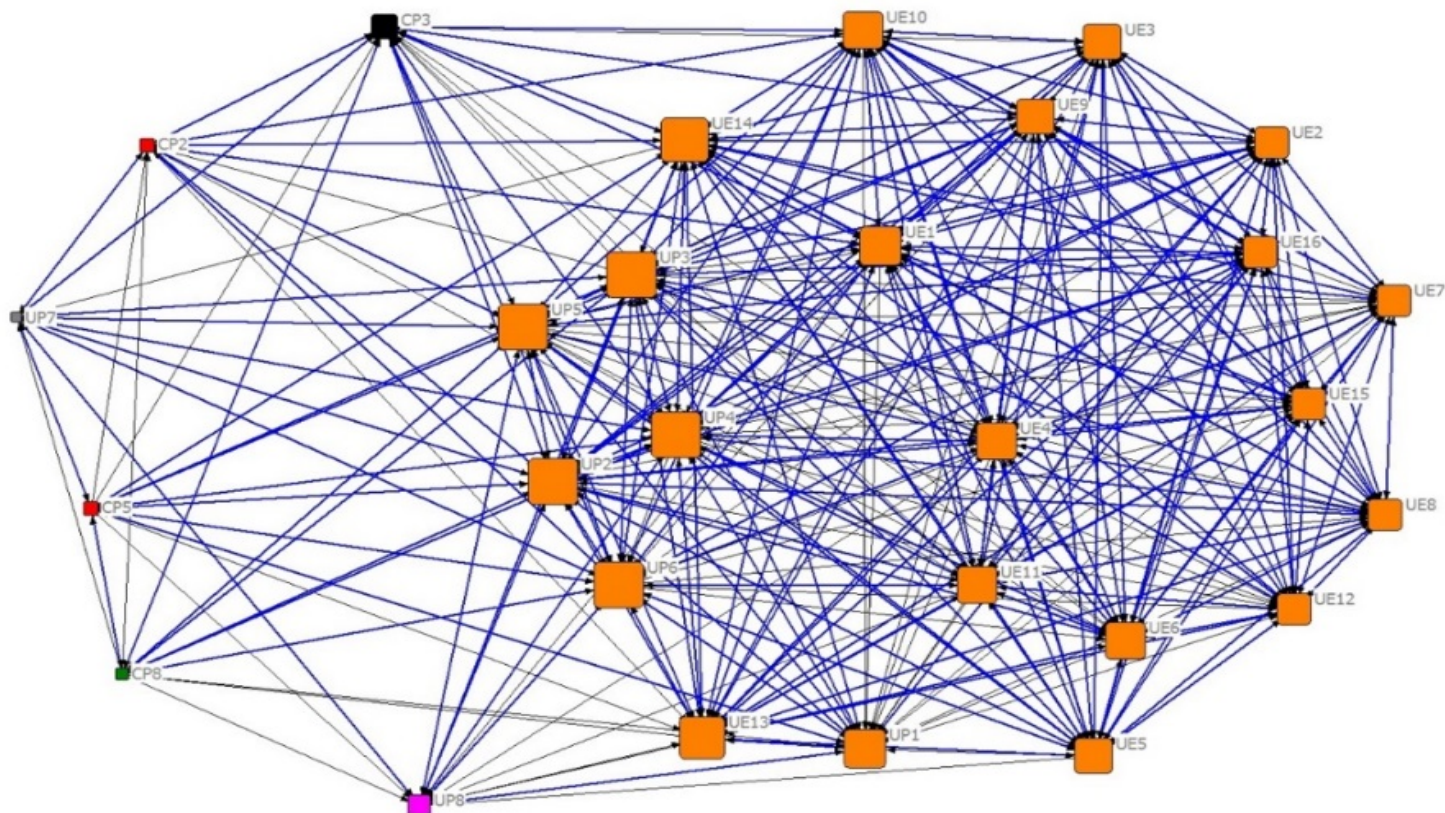
Figura 15. Intermediación en la red de contacto laboral



Fuente: Camacho-Morell y Esparcia, 2020 [en prensa, 28 p.]

Leyenda: Cuadro azul: modelo de gestión privado y AE; cuadro amarillo: modelo de gestión privado y AP; cuadro naranja: modelo de gestión público y AP.
Tamaño de los nodos: intermediación (*betweenness*) Línea azul: reciprocidad entre actores; línea negra: no reciprocidad

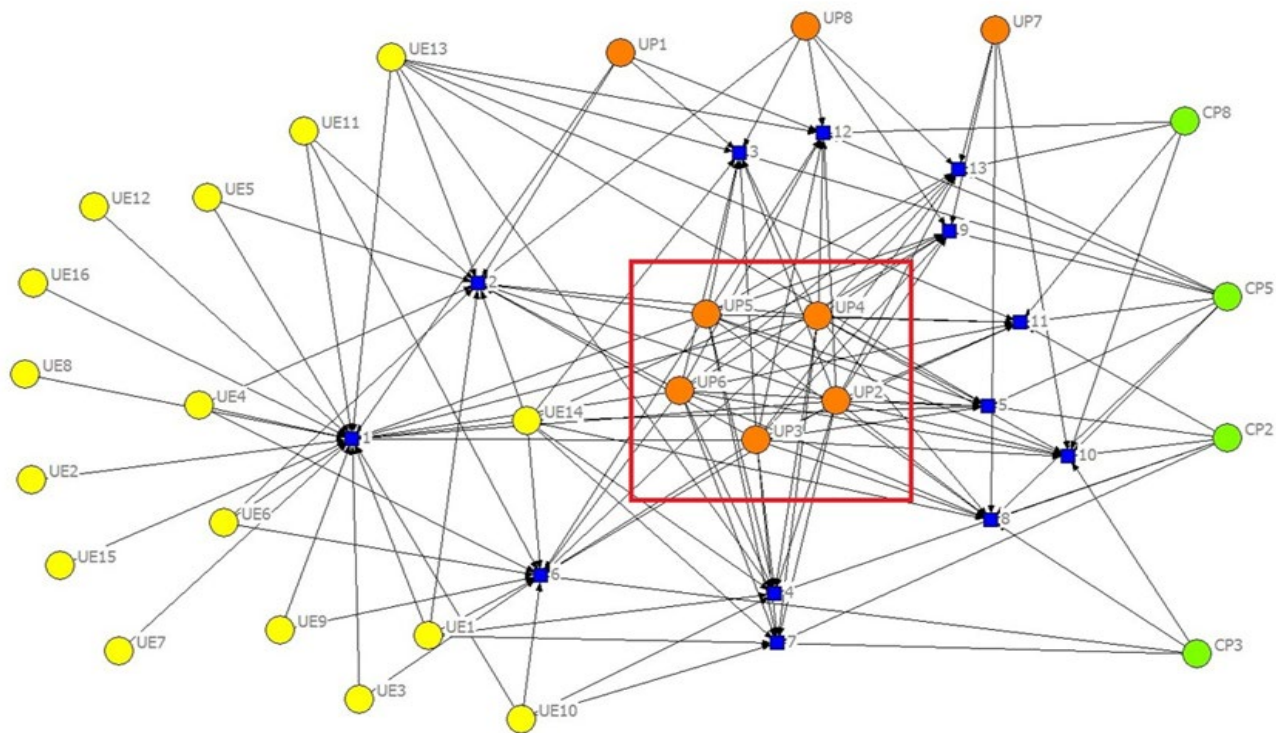
Figura 16. Factions de la red de contacto laboral (6 grupos)



Fuente: Camacho-Morell y Esparcia, 2020 [en prensa, 28 p.]

Leyenda: Los colores representan diferentes grupos. Tamaño de los nodos en función de su *in-degree*. U: modelo de gestión privado, E: Atención Especializada, P: Atención Primaria, C: modelo de gestión público.

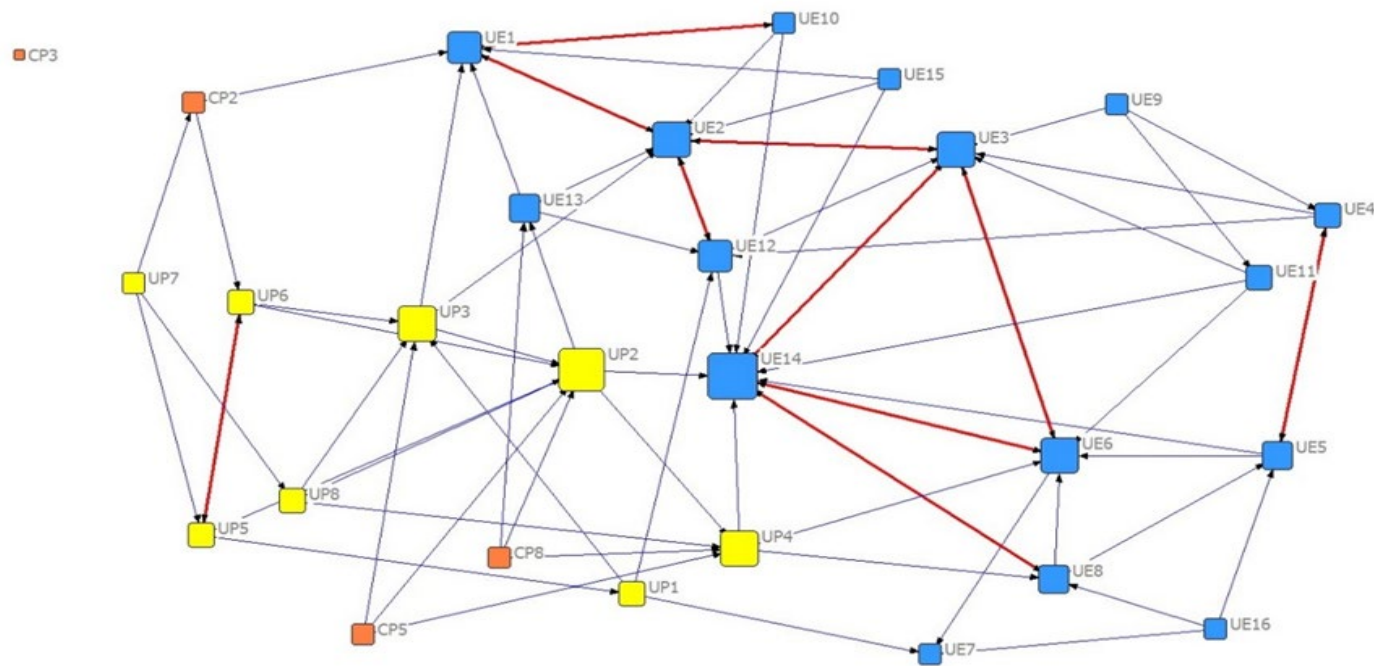
Figura 17. Cliques de la red de contacto laboral



Fuente: Camacho-Morell y Esparcia, 2020 [en prensa, 28 p.]

Leyenda: Cuadrado azul: clique; círculo amarillo: modelo de gestión privado y Atención Especializada; círculo naranja: modelo de gestión privado y Atención Primaria; círculo verde: modelo de gestión público y Atención Primaria

Figura 18. In-degree de la red de confianza para temas laborales



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos recogidos en el “Cuestionario de redes sociales laborales y personales”, marzo-diciembre 2016 (anexo VI).
Leyenda: Relaciones recíprocas en color rojo. Tamaño de los nodos en función del *in-degree*. Nodos azules: actores del modelo privado y Atención Especializada; nodos amarillos: actores del modelo privado y Atención Primaria; nodos naranjas: actores del modelo de gestión público y Atención Primaria.

Tabla 14. Medidas de centralidad y reciprocidad para la red de contacto laboral (datos normalizados)

Actor	Reciprocidad	Out-degree	In-degree	Betweenness
UE1	0,83	0,81	0,85	1,36
UE2	0,90	0,74	0,78	0,25
UE3	0,82	0,70	0,81	0,26
UE4	0,87	0,81	0,81	0,64
UE5	0,91	0,81	0,78	0,51
UE6	0,74	0,70	0,81	0,37
UE7	0,62	0,52	0,78	0,02
UE8	0,86	0,70	0,78	0,14
UE9	0,91	0,78	0,81	0,62
UE10	0,96	0,85	0,85	1,35
UE11	0,78	0,78	0,78	0,43
UE12	0,71	0,56	0,81	0,16
UE13	0,84	0,81	0,89	1,81
UE14	0,96	0,96	0,93	3,31
UE15	0,81	0,63	0,81	0,23
UE16	0,95	0,78	0,78	0,40
UP1	0,41	0,44	0,81	0,86
UP2	0,93	1,00	0,93	3,59
UP3	0,78	1,00	0,78	2,77
UP4	0,81	1,00	0,81	2,95
UP5	0,70	1,00	0,70	2,54
UP6	0,67	0,96	0,70	2,48
UP7	0,82	0,33	0,41	0,20
UP8	0,50	0,33	0,56	0,29
CP2	0,61	0,33	0,44	0,19
CP3	0,65	0,56	0,48	0,66
CP5	0,69	0,41	0,33	0,95
CP8	0,58	0,41	0,30	0,14
Media red	0,76	0,67	0,70	0,57
SD red	0,14	0,22	0,18	1,10
Media UE	0,84	0,74	0,82	0,42
Media UP	0,68	0,68	0,69	1,32
Media CP	0,63	0,42	0,38	0,36

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos recogidos en el “Cuestionario de redes sociales laborales y personales”, marzo-diciembre 2016 (anexo VI)

Leyenda: SD: desviación estándar, U: modelo de gestión privado, E: Atención Especializada, P: Atención Primaria, C: modelo de gestión pública

e) *Subgrupos relacionales (factions y cliques): la elevada cohesión del modelo de gestión privada y la integración en manos de las matronas de AP y modelo privado*

En el análisis de *factions*, se le solicita al programa que fragmente la red en subgrupos que se definen por su elevada cohesión interna y por la separación con el resto de subgrupos. En este caso, el número óptimo resultante de subgrupos cohesivos ha sido de 6, con una *final proportion correct* de 0,795, bastante elevada. Esta división en subgrupos muestra una gran estabilidad, es decir, cambiar el número de subgrupos no implica cambios significativos en los resultados. De hecho, si se fuerza un aumento del número de subgrupos, la división se produce antes en los actores del modelo público que en los del privado, incluso dando lugar a subgrupos de un solo miembro. Sin embargo, en el modelo privado las matronas resisten bien el proceso de fragmentación y se mantienen en un único subgrupo (Figura 16). Esto implica que el grupo de matronas del modelo privado mantiene vínculos muy estrechos y sólidos, conformando un grupo muy cohesionado, y de ahí que resista bien el proceso de fragmentación. Esto es especialmente significativo teniendo en cuenta la diferencia de tamaño de ambos colectivos, ya que es esperable que la fragmentación se produzca en primer lugar en el colectivo más numeroso, en este caso el modelo privado, y sin embargo se mantiene cohesionado, ocasionando la fragmentación de las matronas del modelo público.

Respecto del análisis de cliques, consiste en la creación de subgrupos de al menos tres actores conectados entre sí. Indica cohesión social en términos de integración, es decir, subgrupos localmente densos. En este caso, los resultados arrojan un total de 13 subgrupos o cliques dentro de la red de relaciones laborales (Figura 17). La primera clique engloba a prácticamente todas las matronas del modelo privado y ninguna del modelo público. En el resto de cliques destaca que en todas ellas aparece un conjunto de matronas pertenecientes a AP y al modelo privado de gestión (UP2, UP3, UP4, UP5 y UP6, marcado en la Figura 17 con un cuadrado rojo). Por último, la participación de

los actores del modelo público (todos adscritos a AP) en las cliques es escasa, pero aumenta conforme disminuye la participación de los actores de AE. Por lo tanto, puede decirse que los resultados en cuanto a la presencia de matronas en diferentes cliques se corresponde bien con los obtenidos en los indicadores de centralidad, como es de esperar en redes relativamente pequeñas con densidad elevada.

f) E-I Index: clara endogamia del modelo privado y tendencias aperturistas en el modelo público

Divide la red social en función de unos determinados atributos, que en este caso son el nivel asistencial (AP-AE) y el modelo de gestión de recursos humanos (público-privado). Mide el grado de apertura o de endogamia de cada uno de los subgrupos resultantes, variando los valores desde -1 (endogamia o máxima homofilia) a +1 (grado máximo de apertura o heterofilia completa). En función del atributo “nivel asistencial”, las matronas de AE obtienen un E-I = -0.01, y las de AP un E-I = -0.33. Es decir, una combinación bastante equilibrada entre las relaciones internas y externas en el caso de las matronas de AE, pero más tendentes a la homofilia en el caso de las matronas de AP, sin mostrar una gran diferencia entre ellas. Sin embargo, si se divide la red social en función del modelo de gestión, las matronas del modelo privado obtienen un E-I = -0,84, frente al E-I = +0.56 del modelo público. Es decir, frente a un modelo privado claramente endogámico o muy cerrado, tenemos un modelo público en el que predominan tendencias aperturistas.

Debido a la cercanía física de las matronas que trabajan en AE (todas ellas en el modelo privado), su mayor masa crítica y la necesidad de realizar el trabajo de forma grupal, es lógico que estas puedan satisfacer la mayor parte de sus necesidades dentro del colectivo de AE; es decir, no hay condicionamientos para actitudes aperturistas, sino todo lo contrario. Sin embargo, las matronas en AP, por su gran dispersión territorial y su menor masa crítica, sí están muy

condicionadas a mantener actitudes más aperturistas. Se ha de recordar, no obstante, que en AP trabajan matronas tanto del modelo privado como del modelo público, por lo que las matronas que trabajan en AP y pertenecen al modelo privado no participarían de esa tendencia endogámica que tan claramente aparece al tener en cuenta el atributo “modelo de gestión”. Por tanto, la conclusión que se extrae es que las tendencias endogámicas se asocian y se ven favorecidas por el hecho de que en AE las matronas constituyen un colectivo próximo físicamente y relativamente bien cohesionado.

g) Brokerage: matronas de AP y modelo privado como “núcleo duro” de la intermediación en la red

El indicador de *brokerage* mide la capacidad de un actor para mediar entre diferentes subgrupos de actores dentro de una red social, formados a partir de la combinación de distintos atributos. Los actores con una elevada capacidad de intermediación tienen posiciones con mucho poder dentro de la red social. Dentro del *brokerage* se distinguen cinco funciones posibles, según la posición que ocupa un determinado actor respecto de los subgrupos de la red social (coordinador, consultor, *gatekeeper*, representante y *liaison*, ver Tabla 9).

Para el análisis de *brokerage* se han trabajado varios tipos de combinaciones de atributos. En primer lugar, el nivel asistencial y el modelo de gestión (Tabla 15). En función del nivel asistencial, la mayor capacidad de intermediación reside en las matronas de AP (acumulan el 56,2 % del total de la capacidad de intermediación de la red), que casi doblan el promedio por actor respecto a las de AE (4,7 % *versus* 2,7 %). Esta diferencia se acentúa respecto del modelo de gestión, concentrando el modelo privado la práctica totalidad de capacidad de intermediación (95,5 %) y casi cuadruplicando su promedio individual con respecto a las matronas del modelo público (4 % *versus* 1,1 %). Es decir, como ocurre con otros indicadores, es la pertenencia al modelo de gestión, más que el nivel asistencial en

el que trabajan, el factor que más condiciona la capacidad de intermediación de las matronas de la red social.

En segundo lugar, a partir de la visualización de los resultados de “*node betweenness*” (Figura 15) se ha dividido la red en tres colectivos, en los que se combinan los atributos anteriores: matronas de AE del modelo privado; matronas de AP del modelo público; y matronas de AP del modelo privado (Tabla 15). Los resultados indican que son las matronas del modelo privado-AP las mejor posicionadas, dado que, suponiendo solo un tercio de la muestra, concentran más de la mitad de la capacidad de intermediación. Por su parte, los dos colectivos restantes están por debajo de lo que cabría esperar si hubiese una distribución proporcional de la capacidad de intermediación (algo irreal, ya que no todos los actores tienen el mismo papel en la red social). En todo caso, queda patente que están claramente por debajo de los actores del modelo privado-AP. Los valores promedio también van en la misma dirección, siendo significativamente más altos para el colectivo del modelo privado-AP (6,5 %, frente a 2,7 % en el modelo privado-AE, y 1,1 % en el modelo público).

Tabla 15. Capacidad de intermediación según atributos de los actores (*brokerage*)

Atributos	Colectivos	Actores (%)	Brokerage (%)	Media por actor
Nivel asistencial (Primaria/Especializada)	AE	57,1	43,8	2,7
	AP	42,9	56,2	4,7
Modelo de gestión (Público/Privado)	Privado	85,7	95,5	4,0
	Público	14,3	4,5	1,1
Privado + AP	Privado-AP	29	51,7	6,5
Privado + AE	Privado-AE	57	43,8	2,7
Público + AP	Público	14	4,5	1,1

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos recogidos en el “Cuestionario de redes sociales laborales y personales”, marzo-diciembre 2016 (anexo VI)

AP: Atención Primaria; AE: Atención Especializada

En tercer lugar, la capacidad de intermediación global puede descomponerse en las cinco funciones o tipos posibles (Tabla 9). Para este análisis se han dividido de nuevo a los actores de la red social según los atributos “nivel asistencial” y “modelo de gestión” y se ofrecerán los resultados agrupados en función de estos atributos (Tabla 16). En cuanto al nivel asistencial, de los cinco tipos posibles, *gatekeeper* y representante son las funciones más importantes en ambos niveles asistenciales, es decir, la canalización de flujos desde y hacia su propio grupo. Valores altos en estos dos tipos de intermediación podrían facilitar las relaciones entre ambos niveles asistenciales. En cuanto al modelo de gestión, es de destacar la elevada concentración de capacidad de intermediación en el modelo privado y que, dentro de este, casi la mitad de la capacidad de intermediación es de tipo coordinador (49 %), es decir, mediación dentro de su propio colectivo. Otra parte de la intermediación significativa se reparte en la canalización de relaciones desde y hacia el modelo público (función *gatekeeper* y representante). Aunque este puede ser un resultado condicionado por el tamaño del grupo, influye también su propia dinámica interna. En todo caso, el resultado es que, globalmente, las matronas del modelo público tienen una capacidad de intermediación muy limitada respecto de las del modelo privado, con lo que tendrían muchas dificultades de establecer, canalizar o consolidar relaciones importantes con ese colectivo.

Tabla 16. Distribución de la capacidad intermediación individual (agrupada por tipos y atributos)

Atributos	Colectivos	Tipo de <i>brokerage</i> (Atributo = 100 %)				
		Coordinador	<i>Gatekeeper</i>	Representante	Consultor	<i>Liaison</i> (*)
Nivel asistencial	AE	1,5	12,9	26,2	3,2	0,0
	AP	6,8	21,5	27,8	0,1	0,0
Modelo de gestión	Privado	49,0	24,7	20,9	0,9	0,0
	Público	0,1	0,8	1,9	1,7	0,0
Privado + AP	Privado-AP	1,0	10,9	14,7	0,8	24,3
Privado + AE	Privado-AE	1,5	12,9	26,2	1,0	2,3
Público + AP	Público	0,1	0,8	1,9	0,3	1,4

Atributos	Colectivos	Media por actor				
		Coordinador	<i>Gatekeeper</i>	Representante	Consultor	<i>Liaison</i> (*)
Nivel asistencial	AE	0,1	0,8	1,6	0,2	0,0
	AP	0,6	1,8	2,3	0,0	0,0
Modelo de gestión	Privado	2,0	1,0	0,9	0,0	0,0
	Público	0,0	0,2	0,5	0,4	0,0
Privado + AP	Privado-AP	2,3	23,6	31,8	1,6	52,6
Privado + AE	Privado-AE	1,6	13,9	28,3	1,1	2,4
Público + AP	Público	0,5	3,5	8,3	1,3	6,0

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos recogidos en el “Cuestionario de redes sociales laborales y personales”, marzo-diciembre 2016 (anexo VI)

(*) La función de *liaison* solo se puede calcular cuando existen, al menos, 3 grupos de actores.

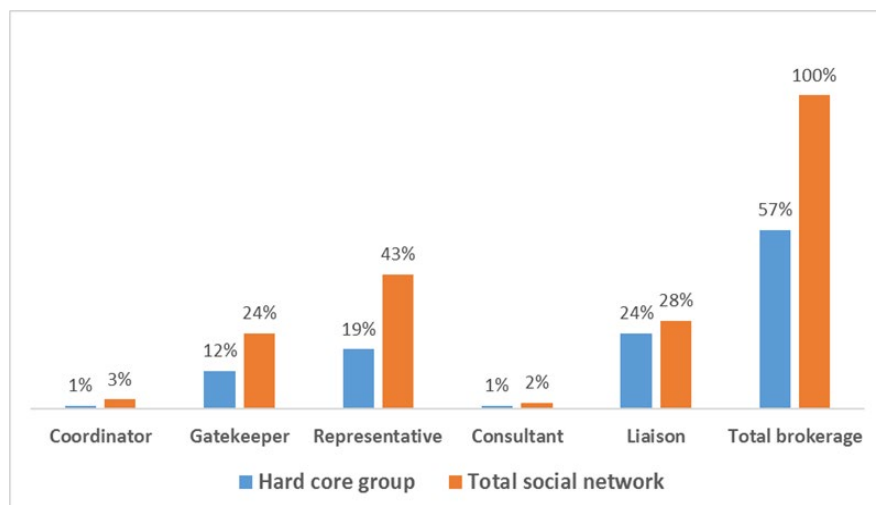
Estos resultados complementan y refuerzan los obtenidos con el *E-I Index*, donde se ha encontrado una elevada endogamia en el modelo privado, en línea con la elevada intermediación de coordinación de este colectivo. Asimismo, se ratifica el carácter aperturista del modelo público, donde la intermediación de coordinación no aparece y sí lo hace, en cambio, la de consultor (atendiendo a los valores de la media por actor). En este tipo de *brokerage*, un actor es capaz de intermediar entre otros dos actores externos a su grupo. Es posible que el reducido tamaño del grupo del modelo de gestión público condicione su necesidad de intermediar hacia el modelo privado, mucho más numeroso, aunque no justifica su falta de coordinación interna.

En cuarto lugar, si analizamos los valores de la Tabla 16 en función de los tres colectivos que hemos seleccionado anteriormente en función de *node betweenness* y por tipo de intermediación, el tipo más importante en el conjunto de la red es la función representante (supone el 43 % de la capacidad de intermediación conjunta de los tres colectivos), es decir, la canalización de información desde el propio colectivo hacia otros. Sin embargo, destaca por su carácter estratégico la elevada capacidad de intermediación media tipo *liaison* de las matronas del modelo privado-AP. Esta intermediación suele ser la más compleja de establecer y la más costosa de mantener, porque los colectivos intermediados son diferentes entre sí, pero también diferentes al del actor que ejerce de intermediador. Por lo tanto, las matronas del modelo privado-AP aglutinan esa estratégica capacidad de intermediación, lo que corresponde con los resultados encontrados en otros indicadores, como las cliques y la *betweenness*. Además del poder o capacidad de influencia que supone esta capacidad de intermediación, los actores del modelo privado-AP se configuran como los auténticos puentes entre subgrupos en esta red social.

En quinto y último lugar, el papel estratégico de la capacidad de intermediación depende no solo del tipo, sino también de su grado de concentración. Para verlo de manera gráfica se han agrupado a los

actores en dos grupos según su porcentaje de intermediación individual, el “*hard core group*” y el “*total social network*” que aparecen en la Figura 19. El primer grupo supone solo una cuarta parte de las matronas, pero concentra al 57 % de la capacidad de intermediación. Es decir, hay una fuerte concentración de poder (en tanto que la capacidad de intermediar puede interpretarse como poder) en un reducido número de actores clave. Esto constituye una especie de “núcleo duro” de intermediación compuesto, como era de esperar, mayoritariamente por los actores del modelo privado-AP (UP2, UP3, UP4, UP5 y UP6) y un único actor del modelo privado-AE (UE14). Además, este “núcleo duro” es el que concentra la práctica totalidad de la intermediación más estratégica, el tipo *liaison* (24 % en el núcleo duro de un total del 28 % en el total de la red). Mientras tanto, el tercero de los colectivos (modelo público) está ausente en tareas potenciales de intermediación en la red social, a pesar de ser el grupo que más precisa ser receptor de intermediación.

Figura 19. Distribución de la capacidad de intermediación entre el “núcleo duro” de brokerage y el resto de actores de la red social laboral



Fuente: Camacho-Morell y Esparcia, 2020 [en prensa, 28 p.]

7.6.4. La red social de mayor confianza en el ámbito laboral: *stock* estratégico de capital social (resultados no publicados)

Tal como se ha señalado, entre otras definiciones, el capital social en un conjunto de actores se puede entender como la capacidad de acceder a determinados recursos, basados más en la confianza generada entre los actores que en su posición dentro de la red social (Herrerros, 2002). Por lo tanto, el análisis de la red de confianza en el ámbito laboral entre matronas de La Ribera pretende identificar a los actores que acumulen mayores niveles de confianza, lo que los convierte en la principal fuente de asesoramiento en el día a día del colectivo de matronas. Los actores que contribuyan de manera más decisiva al *stock* de capital social dentro de la red tenderán a tener un papel más estratégico en la dinámica laboral.

En este caso, como se puede observar en la Tabla 17 y Figura 18, en el análisis del grado de entrada o *in-degree* aparecen actores que ya ocupaban posiciones preeminentes en el mismo indicador en la red social global (UE14 y UP2). Esto sucede porque, aunque la confianza es un concepto distinto al de posición en la red social, ambos tienen en común el hecho de constituir puestos de referencia en esta red social. Por esa razón, no es de extrañar que en la red de confianza aparezcan actores que ocupaban puestos preeminentes en las medidas de centralidad de la red social global.

Adicionalmente, en el estudio de la centralidad de la red de confianza también aparecen otros actores adscritos a AE y modelo de gestión privado que no habían tenido puntuaciones elevadas en cuanto al grado de entrada en las redes anteriores (UE2, UE3 y UE6). Todos estos actores, además, refieren relaciones de confianza recíprocas entre sí (Figura 18). Como decíamos anteriormente, estos actores, que no habían destacado dentro de la red social global, sí parecen tener un papel relevante como fuente de asesoramiento en el día a día, aunque lo hagan desde una posición que no se había puesto de relieve en los análisis efectuados sobre el conjunto de la red social.

Tabla 17. Medidas de centralidad para la red de confianza para temas laborales

Actores	<i>In degree</i>	<i>Node betweenness</i>
UE1	0,222	4,223
UE2	0,259	5,922
UE3	0,259	5,745
UE4	0,074	1,192
UE5	0,111	4,359
UE6	0,222	3,798
UE7	0,111	0,000
UE8	0,111	6,372
UE9	0	0,000
UE10	0,037	0,962
UE11	0,037	0,285
UE12	0,148	2,684
UE13	0,074	1,517
UE14	0,37	8,971
UP1	0,037	1,231
UP2	0,222	5,375
UP3	0,148	2,751
UP4	0,148	4,620
UP5	0,074	1,346
CP2	0,037	0,448
CP3	0	0,000
UP6	0,074	1,626
UP7	0	0,000
CP5	0	0,000
UP8	0,037	1,245
CP8	0	0,000
UE15	0	0,000
UE16	0	0,000

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos recogidos en el “Cuestionario de redes sociales laborales y personales”, marzo-diciembre 2016 (anexo VI)

En cuanto a los actores del modelo público (todos ellos en AP), uno de ellos ha sido el único actor que no ha recibido ninguna nominación en la red de confianza y, en cuanto a los actores restantes, ocupan de nuevo las últimas posiciones en las medidas de centralidad de la red

de confianza y ni tan siquiera dentro de su colectivo consiguen crear relaciones de confianza mutuas (es decir, recíprocas).

En relación a la capacidad de intermediación, la red de confianza para temas laborales muestra a dos actores del modelo privado y AE (UE14 y UE8) con una elevada capacidad de intermediación. Si bien el papel preeminente de UE14 ya ha sido ratificado por el resto de indicadores de la red global, de nuevo en este caso el análisis de la red de confianza permite destacar a un actor (UE8) que acumula un interesante *stock* de capital social y cuya identificación puede ayudar a mejorar las dinámicas dentro de la red social.

Es interesante destacar que, como argumentan diversos autores (Lin, 2001; Burt, 2005), los actores que pertenecen a redes densas y cerradas tienden a confiar más en el resto de actores de la red que aquellos que pertenecen a redes más abiertas. En nuestro estudio, el subgrupo de actores de la red social pertenecientes a AE-modelo privado es el que tiene la mayor densidad de relaciones y mayor cohesión, y en esta red se puede observar asimismo que acumula las puntuaciones más altas en cuanto a la confianza y la reciprocidad de las relaciones. Ello implica una mayor cooperación entre estos actores, que trabajan mejor y más eficazmente que en redes abiertas, incluso con mayor calidad y menor coste (Burt, 2005).

7.7. Conclusiones

La hipótesis de partida del presente estudio contemplaba la posibilidad de que la dificultad para coordinar el colectivo de matronas del área de salud de La Ribera se debiera no tanto a su división en dos niveles asistenciales diferentes sino, sobre todo, a su pertenencia a dos modelos de gestión de recursos humanos diferentes. Los resultados obtenidos han permitido confirmar dicha hipótesis, como por ejemplo ponen de relieve los resultados obtenidos a partir de, entre otros, el *E-I Index*. Como se ha dicho anteriormente, este índice permite comparar las relaciones internas y

externas de un determinado subgrupo en función de diferentes características atributivas. Así, mientras las diferencias entre los subgrupos que se conforman según el nivel asistencial son escasas, existe una gran diferencia entre el subgrupo perteneciente al modelo de gestión privado, claramente endogámico, y el subgrupo de matronas que trabajan para el modelo público, con fuertes tendencias aperturistas.

Con respecto a los objetivos planteados, la metodología del ARS ha permitido mostrar los siguientes resultados: referido al grado de cohesión de la red social, existencia de una mayor densidad de contacto y mayor cohesión entre las matronas del modelo privado; en cuanto a las posiciones de mayor centralidad, las ocupan matronas que trabajan para el modelo de gestión privado y ocupan un puesto de responsabilidad; y en cuanto a los actores con mayor capacidad de intermediación, todos los análisis realizados coinciden en destacar el papel imprescindible de las matronas que trabajan en AP y pertenecen al modelo de gestión privado como puentes entre subgrupos.

Así, las matronas que trabajan para el modelo de gestión privado forman un grupo claramente endogámico, resultado que puede entenderse en dos sentidos. Por un lado, puede ser una fortaleza, debido a que trabajar en un grupo cohesivo implica una mayor eficiencia de la red social y, por tanto, mayor calidad de la atención prestada. Por otro lado, sin embargo, puede suponer una debilidad de cara al modelo sanitario implantado en el área de salud de La Ribera, por su falta de apertura al exterior. Podemos decir, por tanto, que el modelo Alzira ha tenido éxito en la creación de un grupo de profesionales bien coordinado entre sí pero que, sin embargo, presenta dificultades en establecer relaciones con los actores que no pertenecen a su modelo de gestión, pero que sí forman parte del área de salud que deben gestionar. Además, esta situación se agrava por el hecho de que las matronas del modelo público se sitúan en la periferia de la red y muestran una colaboración deficitaria tanto con las matronas del modelo privado como entre ellas.

Los indicadores de centralidad muestran, por un lado, un conjunto de actores que actúan como puentes entre subgrupos (formado por matronas que trabajan en AP y pertenecen al modelo de gestión privado) y, por otro lado, dos actores que tienen una elevada centralidad y ejercen puestos de responsabilidad dentro de la red social. Esta información puede ser de utilidad a la hora de implementar medidas, buscando a esos actores clave para lograr mejorar la colaboración y coordinación entre las matronas del área de salud.

En la red de confianza para temas laborales aparecen actores que ya habían sido detectados anteriormente con una elevada centralidad dentro de la red social. Pese a ello, el análisis de esta red, caracterizada por ser la de mayor confianza dentro del colectivo, también ha permitido detectar otros actores, pertenecientes en este caso al modelo privado de gestión y AE. Estos ocupaban posiciones discretas en los indicadores de centralidad en la red social, pero sin embargo sí ocupan posiciones destacadas en cuanto a la confianza. En consecuencia, cabe deducir que estos actores son un importante activo en el *stock* de capital social disponible en el conjunto del colectivo de matronas y, en particular, constituyen una fuente de asesoramiento para el resto del colectivo. Por ello, su identificación puede contribuir a las estrategias de mejora de las dinámicas relacionales y de cooperación en la red social que conforma el colectivo de matronas.

En relación a la percepción por parte de las matronas de la situación actual de la coordinación en el área de salud y sus propuestas de mejora, la perspectiva fenomenológica ha permitido evidenciar que las matronas de La Ribera perciben su coordinación como escasa y deficiente, lo cual confirma los resultados obtenidos aplicando la metodología del ARS. La coordinación entre matronas de distinto nivel asistencial ha sido valorada mayoritariamente de forma negativa (escasa, mejorable o inexistente) en comparación con la coordinación con profesionales de otras categorías (especialmente ginecólogos), valorada de forma positiva. Esta percepción negativa

es más acentuada entre matronas pertenecientes a AE y al modelo de gestión privado. Las matronas del modelo privado perciben la existencia de compartimentos estancos y una mayor presión asistencial que las matronas que pertenecen al modelo público. Entre las propuestas de mejora, las matronas han apuntado que desearían realizar actividades en común y rotatorios entre AP y AE, aumentar su contacto no solo a nivel profesional sino también a nivel personal, tener una persona de referencia para la coordinación de las matronas de ambos niveles asistenciales y ambos modelos de gestión y contar con una línea de trabajo común. Esto resulta especialmente interesante, ya que supone una predisposición muy positiva por parte de las matronas de ambos niveles asistenciales y ambos modelos de gestión hacia la toma de medidas orientadas a aumentar su coordinación asistencial.

Por último, en cuanto a posibles futuras líneas de investigación, cabe plantear al menos dos temas de interés. El primero, en relación con la reciente reversión de esta PPP al sistema sanitario público español en abril de 2018. Aunque en el momento actual todas las matronas del área de salud de La Ribera dependen de la *Conselleria de Sanitat*, y por tanto cabría esperar que desaparecieran las diferencias provocadas por la duplicidad de modelos de gestión, la realidad es que están sujetas a dos convenios laborales diferentes (laboral para aquellas que pertenecían al Modelo Alzira y estatutario para el resto). Esto implica diferentes condiciones de trabajo en cuanto a horarios, derechos y deberes, sueldo e incentivos laborales, que suponen un escenario dinámico que sería interesante explorar a medio plazo.

A pesar de que la reversión debería suponer la desaparición de las diferencias provocadas por la duplicidad de modelos de gestión, la hipótesis de partida para esa posible investigación sería que la duplicidad de convenios laborales crea una situación de desigualdad que podría afectar a la coordinación de las matronas y a la eficiencia de esa red social y, con ello, a la calidad de la atención prestada. Y, en segundo lugar, se considera igualmente interesante de cara al futuro explorar el punto de vista de otros grupos de interés acerca de

la coordinación asistencial, como por ejemplo distintos profesionales que intervienen en la atención a la maternidad e incluso el punto de vista de los usuarios acerca de la continuidad asistencial. Ello nos permitiría tener una visión más completa de la situación de coordinación en la atención a la salud maternal en el área de salud de La Ribera.

7.8. Artículo 4: “*Coordinación entre matronas del área de salud de La Ribera desde un enfoque fenomenológico*”

Camacho-Morell, F., Espert-Galera, J., Sanchis-Valero, S. y Sebastián-Abril, S. (2019). Coordinación entre matronas del área de salud de La Ribera desde un enfoque fenomenológico. *Matronas Profesión*, 20(1), 5-12.

Artículo original

Coordinación entre matronas del área de salud de La Ribera desde un enfoque fenomenológico

Coordination between midwives in La Ribera health area among a phenomenological based approach

Francisca Camacho-Morell¹, Júlia Espert-Galera², Sheila Sanchis-Valero³, Silvia Sebastián-Abril⁴

¹⁻⁴Matronas. Paritorio del Hospital Universitario de La Ribera. Alzira (Valencia). ¹Doctoranda del Programa de Doctorado en Enfermería Clínica y Comunitaria de la Universidad de Valencia

RESUMEN

Objetivo: Conocer, desde una perspectiva fenomenológica, la situación actual de coordinación entre niveles asistenciales y modelos de gestión de recursos humanos de las matronas del área de salud de La Ribera, así como sus propuestas para mejorar su coordinación.

Metodología: Estudio cualitativo de perspectiva fenomenológica. Se realizaron entrevistas semiestructuradas a 28 matronas que trabajaban en el área de salud de La Ribera durante 2016. El análisis del contenido se realizó mediante la triangulación del investigador, usando el programa MAXQDA para la codificación y el análisis de los datos.

Resultados: Las respuestas se clasificaron en 9 códigos: concepto de coordinación (dificultad para definirlo), recursos disponibles para la coordinación (Jefe de Servicio de Ginecología, teléfono y correo electrónico), elementos facilitadores (recursos materiales) y obstaculizadores (falta de contacto y existencia de compartimentos estancos), propuestas de mejora (coordinadora integral, rotatorios entre atención primaria y especializada, presencia de una matrona en planta de maternidad), persona de referencia para la coordinación (supervisora de paritorio), modelo de gestión de recursos humanos (diferencias en el trato según modelo), comunicación entre matronas (escasa y mejorable), déficit de conocimiento, y valoración de la coordinación (negativa entre matronas y positiva entre matronas y otros profesionales).

Conclusiones: El presente estudio muestra una coordinación deficitaria entre matronas, con una comunicación escasa y diferencias en el trato según el modelo de gestión. Las matronas manifestaron su deseo de mejorar dicha coordinación mediante diversas propuestas.

©2019 Ediciones Mayo, S.A. Todos los derechos reservados.

Palabras clave: Calidad asistencial, atención primaria de salud, continuidad de la atención al paciente, investigación cualitativa, matronas, colaboración intersectorial.

ABSTRACT

Objective: To know, from a phenomenological perspective, the current situation of coordination between different levels of care and human resource management models of midwives in La Ribera health area, as well as the strategies proposed by them to improve the coordination.

Methodology: Qualitative study through a phenomenological perspective. Semi-structured interviews with 28 midwives who worked in La Ribera health area during 2016 were performed. The content analysis was performed by researcher triangulation, using the MAXQDA software for coding and data analysis.

Results: The answers were classified into 9 codes: concept of coordination (difficulty to define it), available resources for coordination (Head of Gynecology, telephone and email), facilitating elements (material resources) and obstacles (lack of contact and existence of watertight compartments), proposals for improvement coordination (integral coordinator for both care levels, rotating between primary and specialized care, presence of a midwife in the maternity ward), reference person for coordination (supervisor of the delivery room), model of human resources management (differences in the treatment according to model), communication between midwives (scarce and improvable), knowledge deficit, and assessment of coordination (negative among midwives and positive among midwives and other professionals).

Conclusions: The present study shows a poor coordination between midwives, with a scarce communication and differences in treatment according to the management model. Midwives expressed their desire to increase such coordination through its improvement proposals.

©2019 Ediciones Mayo, S.A. All rights reserved.

Keywords: Quality of health care, primary health care, continuity of patient care, qualitative research, nurse midwives, intersectoral collaboration.

Los resultados preliminares del presente trabajo se presentaron en forma de comunicación oral en la ceremonia de clausura de la XVIII promoción de matronas de la Comunidad Valenciana.

Camacho-Morell F, Espert-Galera J, Sanchis-Valero S, Sebastián-Abril S. Coordinación entre matronas del área de salud de La Ribera desde un enfoque fenomenológico. *Matronas Prof.* 2019; 20(1): 5-12.

Fecha de recepción: 03/12/17. Fecha de aceptación: 26/11/18.

Correspondencia: F. Camacho-Morell. Paritorio del Hospital Universitario de La Ribera. Ctra. Corbera, s/n. 46600 Alzira (Valencia). Correo electrónico: francisca.camacho@uv.es

INTRODUCCIÓN

Desde la promulgación de la Ley General de Sanidad¹ en 1986, la atención sanitaria en España se organizó en dos niveles asistenciales diferenciados e interconectados entre sí. Por un lado, la atención primaria (AP), puerta de entrada de los usuarios al sistema de salud. Por otro lado, la atención especializada (AE), donde se presta atención de mayor complejidad, como apoyo y complemento del nivel anterior². Por su parte, el Real Decreto 137/1984 especifica que «Los equipos de AP desarrollarán su actividad en estrecha colaboración funcional y técnica con los servicios especializados que se den a otro nivel»³. Para ello, se considera imprescindible una adecuada coordinación entre AP y AE, lo que se ha convertido en uno de los principales retos de los servicios de salud hasta nuestros días, que continúa sin resolverse de forma satisfactoria en la actualidad⁴. Tan complejo es el tema, que incluso el concepto de coordinación asistencial genera controversia. Con frecuencia se usan de forma indistinta conceptos que en realidad no lo son, como coordinación, continuidad e integración asistencial⁵. En último extremo, la definición difiere según el grupo al que se consulte: usuarios, profesionales de AE o AP⁶.

Sin embargo, este reto no es exclusivo de nuestro entorno, dado que existe ya cierta preocupación por el tema en el contexto internacional, y se ha estudiado tanto desde la perspectiva de los usuarios como desde la de los profesionales⁷⁻¹⁰. A pesar de ello, en pocos trabajos se hace referencia a la perspectiva de los profesionales sanitarios sobre la coordinación en el proceso de embarazo-parto-puerperio, pese a que en este proceso resulta imprescindible la coordinación de los cuidados desde ambos niveles asistenciales^{2,11-13}. Si ésta no se logra, pueden producirse consecuencias negativas tanto para la madre como para el feto, además de una afectación de la calidad de la atención e insatisfacción profesional¹⁴. En los estudios que analizan las relaciones entre los profesionales de ambos niveles asistenciales en el proceso embarazo-parto-puerperio, el uso de métodos cualitativos es escaso^{12,15}, a pesar de la adecuación de la investigación cualitativa para este fin (se considera la metodología más apropiada para determinar los sentimientos, las interacciones, las percepciones y los comportamientos individuales)¹⁶.

Con respecto al área de salud de La Ribera, la construcción del Hospital Universitario de La Ribera (HULR) constituye la primera experiencia de colaboración pública-privada sanitaria en España (modelo Alzira) y una referencia tanto nacional como internacional¹⁷. Se caracteriza por «la separación entre la financiación realizada por el ente público y la provisión de los servicios, responsabilidad de la concesión administrativa formada

por una Unión Temporal de Empresas»¹⁸. Comienza a prestar sus servicios en 1999 únicamente en AE, a la que se integra la AP en 2003, con lo que pasa de gestionar sólo los servicios especializados a gestionar el conjunto de servicios de salud del área. En este momento, la totalidad de la plantilla de profesionales de AP pertenecía al modelo sanitario público, dependiente de la Conselleria de Sanitat. Se les ofreció la opción de continuar en el modelo público o solicitar su pase al modelo privado. La mayor parte del personal se mantuvo en el modelo público y el resto pasó al modelo privado, estableciéndose así la convivencia entre ambos modelos de gestión¹⁸.

Entre los objetivos estratégicos del modelo Alzira destaca «conseguir que el ciudadano perciba una atención sanitaria sin escalones», para lo cual la coordinación sanitaria se convierte en eje fundamental del sistema¹⁸. A pesar del interés por integrar la AP, la realidad es que la prestación de cuidados al embarazo, el parto y el puerperio se sigue realizando desde AP por matronas que pertenecen a dos modelos diferentes de gestión (público y privado), mientras que la totalidad de matronas de AE pertenece al modelo privado. Esta convivencia entre matronas pertenecientes a dos modelos de gestión puede afectar a las dificultades anteriormente expresadas para coordinar un proceso (embarazo, parto y puerperio) que se atiende necesariamente desde ambos niveles asistenciales. El presente estudio es pertinente debido a la combinación de tres factores: importancia de la coordinación asistencial como garantía de la calidad de la asistencia sanitaria, escaso número de investigaciones cualitativas sobre este tema en el proceso de embarazo-parto-puerperio desde la perspectiva de los profesionales y, finalmente, la particularidad de la convivencia de dos modelos de gestión de recursos humanos en el área de salud de La Ribera. El objetivo de este trabajo es conocer, desde una perspectiva fenomenológica, la situación actual de coordinación entre niveles asistenciales y modelos de gestión de recursos humanos de las matronas del área de salud de La Ribera, así como sus propuestas de mejora.

METODOLOGÍA

Diseño y población de estudio

Estudio cualitativo desde una perspectiva fenomenológica mediante la realización de entrevistas individuales semiestructuradas¹⁹. El tipo de muestreo elegido fue el opinático, en el que los informantes se seleccionan por su pertenencia a un grupo concreto²⁰. En este caso, los criterios de inclusión fueron ser matrona y ejercer su actividad profesional dentro del área de salud de La Ribera, y quedaron excluidos del estudio los informantes que no cumplieran dichos requisitos.

Emplazamiento

La recogida de datos tuvo lugar entre marzo y diciembre de 2016, en el HULR y en los centros de salud del área.

Recogida de datos

Se realizó una entrevista piloto a 4 matronas, siguiendo una guía de preguntas similar a la utilizada en el estudio de Terraza et al.⁵, para conocer las dificultades que pudieran generarse en el curso de ésta. Posteriormente, el equipo investigador realizó una puesta en común de las dificultades encontradas y consensuó el guion definitivo. Las entrevistas fueron grabadas en formato digital y transcritas literalmente por medio electrónico. Los nombres de las entrevistadas fueron anonimizados y se clasificaron según su pertenencia a un determinado modelo de gestión (U para las matronas que trabajaban para la Unión Temporal de Empresas y C para las que trabajaban para la Conselleria de Sanitat) y un determinado nivel asistencial (P para AP y E para AE).

Análisis de los datos

Se utilizó el programa MAXQDA para la codificación y el análisis de los datos cualitativos recogidos en el cuerpo de la entrevista. Para el análisis del contenido se realizó la triangulación de investigador, que supone la participación de varios investigadores en el proceso de análisis, cuyo objetivo es compensar el sesgo potencial derivado del análisis de los datos desde una única perspectiva^{21,22}. Para la transcripción del contenido de las entrevistas se utilizaron convenciones de transcripción para entrevistas en formato digital²³. Una vez realizado este proceso, se procedió a crear el sistema de códigos, que debe ser único y propio de cada proyecto de investigación. Así, «los códigos son etiquetas que permiten asignar unidades de significado a la información descriptiva o inferencial compilada durante una investigación»²⁴. En el presente estudio se consensuaron los siguientes códigos: concepto de coordinación, recursos (humanos y materiales) disponibles para la coordinación, elementos facilitadores y obstaculizadores, propuestas de mejora, persona de referencia, modelo de gestión, comunicación entre matronas (mismo/distinto nivel), déficit de conocimiento y, por último, valoración de la coordinación.

Con el fin de aumentar la fiabilidad del estudio, todas las entrevistas fueron codificadas de forma independiente por cada miembro del equipo investigador. Posteriormente, los segmentos codificados resultantes fueron comparados y contrastados para realizar un análisis más completo. El objetivo de esta comparativa es discutir las posibles diferencias y por qué ocurrieron, revisando los segmentos que no coinciden para llegar a un consenso²⁵. Finalmente, se exportaron los segmentos codificados de

las entrevistas a una hoja de cálculo Excel. De esta forma, toda la información quedó estructurada en tablas, a partir de las cuales se pudieron contrastar, discutir y reevaluar las diferentes codificaciones para crear categorías comunes²⁶ y, finalmente, establecer conclusiones.

El estudio fue aprobado por el Comité de Ética de la Investigación-Comisión de Investigación del HULR. En todos los casos se solicitó una autorización escrita con un consentimiento informado para la realización de la entrevista y su grabación.

RESULTADOS

De las 31 matronas que ejercen profesionalmente en el área, 3 se negaron a participar en el estudio, por lo que se pudo entrevistar al 90,3% del total. En un 14,3% de los casos las matronas rechazaron ser grabadas, por lo que hubo que realizar la transcripción a mano. En cuanto a las características sociodemográficas de las matronas, su edad media es de 44,5 años, el 42,8% desempeña su trabajo en AP, el 96,5% pertenece al sexo femenino y el 85,7% trabaja para el modelo de gestión privada.

Los resultados obtenidos del análisis del contenido de las entrevistas son los siguientes:

1. Código «concepto de coordinación». Las entrevistadas ofrecieron su definición personal de coordinación asistencial. Destaca que en un 24,3% de las respuestas se usara el mismo término: «coordinación». Otros términos utilizados, así como el ámbito de aplicación del concepto de coordinación, se recogen en la tabla 1. En algunos casos, una misma respuesta se clasificó en dos categorías diferentes. No se encontraron diferencias en la definición que hicieron los diferentes subgrupos (AP, AE, modelo de gestión público y privado). Así pues, se puede dar una definición común de coordinación asistencial desde el punto de vista de las matronas, que engloba la comunicación, la relación y la organización del trabajo, así como la protocolización del mismo, tanto entre niveles asistenciales como de forma multidisciplinaria.
2. Código «recursos». Hace referencia a los recursos disponibles para llevar a cabo la coordinación. Se establecieron dos subcódigos: «recursos humanos» y «recursos materiales». El principal recurso humano fue el Jefe de Servicio de Ginecología, y en cuanto a los recursos materiales destacaron el teléfono y el correo electrónico.
3. Código «elementos». Se diferenciaron dos subcódigos diferentes: «elementos facilitadores» (tabla 2) y «elementos obstaculizadores» (tabla 3). Los elementos facilitadores aparecieron en ambos niveles asistenciales, a excepción de las categorías «relación personal entre matronas» y «no existencia de elementos facilitadores»,

Tabla 1. Categorías del código «concepto de coordinación» y ámbitos de aplicación

Categoría	Ámbito	Segmento seleccionado
Comunicación (27,1%)	Entre niveles	«Una comunicación entre ambos niveles asistenciales dentro de un mismo departamento de salud, atención primaria y atención especializada.» (UP2)
Coordinación (24,3%)	Entre niveles	«Es la coordinación entre los diferentes niveles asistenciales, en nuestro caso primaria-especializada-hospitalaria.» (CP5)
Finalidad común (18,9%) y protocolización (10,8%)	Persona de referencia	«Entiendo que es trabajar todos bajo una misma línea de guías clínicas o de protocolos, y que exista una figura que se encarga de que todo el mundo hace lo mismo en todos los centros de salud que pertenecemos al mismo departamento.» (UP4)
Organización (8,1%)	Persona de referencia	«Yo entiendo que es un puesto de gestión que el que lo desempeña pues tiene que estar un poco vigilante de [...] pues eso, de cuál es el trabajo de cada uno, de que cada uno haga su parte y de que el resultado sea bueno y, según el resultado sea mejor o peor, pues ir modificando cosas y dando pautas a cada una de esas partes.» (UE6)
Protocolización (10,8%) y coordinación (24,3%)	Multidisciplinar	«Por coordinación asistencial entiendo que todo el equipo multidisciplinar que está trabajando en el mismo servicio se ponga de acuerdo, protocolicen su actuación de cara al usuario y trabajen coordinadamente.» (UE2)
Relación (10,8%)	Multidisciplinar	«Que haya una relación entre todos los estamentos que atienden al paciente.» (CP2)

Tabla 2. Respuestas del subcódigo «elementos facilitadores para la coordinación», expresadas en porcentajes

	Subcódigo «elementos facilitadores»	
	Categoría	Porcentaje
Todas las matronas entrevistadas	Recursos materiales	32,2
	Reuniones y cursos	17,9
	Buena disposición del personal	17,9
	Conocimiento del funcionamiento de ambos niveles	7,1
	Buena comunicación	3,5
	Supervisora de paritorio	3,5
Sólo matronas de Atención Especializada	No existencia de elementos facilitadores	10,8
	Relación personal entre matronas	7,1

que sólo lo refirieron las matronas de AE. Algunos elementos obstaculizadores fueron nombrados únicamente por las matronas del modelo de gestión privado (sensación de compartimentos estancos, presión asistencial, falta de interés por parte de la dirección y falta de una coordinadora conjunta).

- Código «propuestas de mejora» (figura 1). Se verbalizaron de forma equitativa entre todos los grupos de interés. Destaca la realización de actividades en común, que incluye reuniones periódicas, grupos de trabajo conjuntos, elaboración de protocolos comunes, sesiones clínicas y realización de cursos conjuntos. En la tabla 4 se incluyen ejemplos de las distintas categorías.
- Código «persona de referencia». Representaba a la persona que asumía la función de coordinar ambos nive-

les asistenciales. La persona más nombrada según las matronas de ambos niveles asistenciales fue la supervisora de paritorio (35,4%). Se observó un gran desconocimiento, manifestado en algunas de las respuestas, como nombrar al endocrino como persona de referencia (3,2%), verbalizar el desconocimiento de tal persona (3,2%) o la inexistencia de la misma (9,6%).

- Código «modelo de gestión». Hace referencia a la existencia de dos modelos de gestión, público y privado. Se obtuvieron las categorías «diferencias en el trato y gestión» (25%), «buena comunicación entre matronas del modelo privado» (25%), «falta de coordinación entre ambos modelos» (37,5%) y «obstáculo para la coordinación» (12,5%). Las respuestas fueron similares por parte de las matronas de ambos niveles asistenciales.

Tabla 3. Respuestas del subcódigo «elementos obstaculizadores para la coordinación», expresadas en porcentajes

	Subcódigo «elementos obstaculizadores»	
	Categorías	Porcentaje
Todas las matronas entrevistadas	Falta de contacto laboral	17,7
	Falta de interés por el nivel de gestión	9,8
	Diferente modelo de gestión	9,8
	Falta de información	9,8
	Falta de interés	5,8
	Falta de contacto personal	3,9
	Falta de autonomía	2
	Diferencia de intereses	2
Sólo matronas del modelo de gestión privado	Compartimentos estancos	15,7
	Falta de coordinadora conjunta	9,8
	Presión asistencial	9,8
	Falta de interés de la dirección	9,8

Tabla 4. Segmentos seleccionados del código «propuestas de mejora»

Categoría	Segmento seleccionado
Actividades en común	«[...] de la misma manera que yo podría aportarles cosas, ellas seguro que me podrían aportar a mí cosas, porque tienen una visión mucho más continuista de la señora, porque la han visto todos los meses y han estado trabajando con ella. Todos nos aportaríamos seguro cosas muy positivas.» (UE3)
Rotatorios	«Es ideal que todo el mundo pueda moverse dentro de la misma área y que todo el mundo sepa trabajar en primaria y en especializada. Eso sería perfecto.» (UP1)
Misma línea de trabajo	«Que los supervisores se pusieran de acuerdo y valoraran realmente lo importante que es que haya una continuidad en cuanto al embarazo y el seguimiento de la mujer: embarazo, parto y puerperio.» (UE2)
Matrona en planta	«Que sea una matrona la que entregue el informe de alta y haga un seguimiento posterior al parto como valoración de suelo pélvico [...]» (CP3)
Coordinadora integral	«Propondría una coordinadora responsable de los dos niveles [...]» (UE1)

7. Código «comunicación». Se crearon dos subcódigos: «mismo nivel» (matrona-matrona) y «distinto nivel» (matrona-otros profesionales). Para el subcódigo «mismo nivel» se obtuvieron las siguientes categorías para todos los grupos de interés: «comunicación escasa y mejorable», «relación personal», «falta de interés», «dificultad por existir dos modelos de gestión» y «no existencia de comunicación». Únicamente las matronas del modelo de gestión privado hicieron referencia a que ambos niveles son «compartimentos estancos» y expresaron su deseo de mayor comunicación.

Para el subcódigo «distinto nivel» se categorizaron diferentes profesionales, y la comunicación con otros profesionales estaba centrada en la figura del ginecólogo (33,8%). El 50% de las matronas de AP opinaba que hay una buena accesibilidad para la comuni-

cación con otros profesionales de AE. En el caso de las matronas de AE, no sólo refirieron que hay poca comunicación, sino que además apuntaron que los profesionales de distinta categoría profesional tienen un punto de vista diferente.

8. Código «déficit de conocimiento». Incluye todas las respuestas que expresaban un desconocimiento sobre cualquiera de los temas abordados en la entrevista, como transmisión de información, recursos disponibles, persona de referencia y elementos facilitadores. El mayor déficit de conocimientos se encontró en AE, lo que supone el 93,5% de las respuestas obtenidas. Un 38,4% de las respuestas expresaron desconocimiento sobre el modo de transmitir la información entre niveles, seguido del desconocimiento de los recursos disponibles para la coordinación (23,1%).

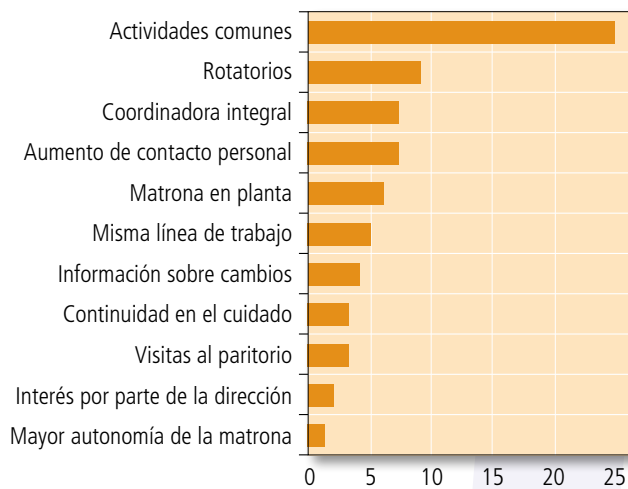


Figura 1. Propuestas de mejora de las matronas entrevistadas (expresadas en frecuencias absolutas)

9. Código «valoración de la coordinación». Por último, este código hace referencia a la opinión global que expresaron las matronas sobre la coordinación en el área de salud. La categorización de los resultados se realizó en función de la categoría profesional: misma categoría (matronas de AE y AP) y distinta categoría (matronas y facultativos). Dentro de esta clasificación se categorizaron las valoraciones como «positivas» (buena coordinación entre niveles) o «negativas» (la comunicación no era fluida, se podía mejorar, o se reflejó que no existía coordinación). La valoración de la coordinación entre matronas de AE y AP la consideró negativa un 92,8% de las matronas. El 7,2% restante hizo una valoración positiva y especificó que se refería a la comunicación entre matronas de diferentes niveles asistenciales, pero pertenecientes todas ellas al modelo de gestión privado. La valoración entre profesionales de distinta categoría profesional (matrona-facultativo) fue calificada de forma global como positiva, y únicamente una matrona hizo una valoración negativa.

DISCUSIÓN

En el presente estudio, en general, las matronas entrevistadas han expresado que la coordinación en el proceso embarazo-parto-puerperio en el área de salud de La Ribera es escasa y mejorable. Esta percepción no es exclusiva de nuestro entorno, sino que coincide con otros estudios de ámbito internacional, en los que se refiere que el cuidado maternal está fragmentado y escasamente coordinado^{12,27}. Asimismo, las matronas han manifestado su deseo de una mayor comunicación entre ellas. Este mismo interés en conseguir una colaboración más estrecha entre matronas de AP y AE aparece en la literatura; sin embargo, también se ponen de relieve las dificultades sobre cómo llevarla a la práctica²⁸.

Con respecto al concepto de coordinación, existe consenso en la literatura acerca de la dificultad de definirlo y de la confusión con términos similares, y además tiene distintos significados para diferentes colectivos^{5,6,29}. En el presente trabajo, a pesar de la manifiesta dificultad para su definición, se observa cierta similitud en cómo se concibe el concepto, lo que ha permitido aproximar una definición común de coordinación asistencial desde el punto de vista de las matronas del área. Como futura línea de investigación, sería interesante explorar el punto de vista de otros grupos de interés, como, por ejemplo, las usuarias, para tener una visión más completa de la situación de coordinación en el proceso embarazo-parto-puerperio^{4,10,30,31}. Igualmente, se considera interesante explorar la coordinación entre distintos profesionales que intervienen en dicho proceso (p. ej., matronas y ginecólogos), tal como se ha realizado en estudios recientes^{11-13,15,28,29}. Para ello, podría ser útil el enfoque de análisis de redes sociales, ya que permite medir con cierta precisión la conectividad entre profesionales de una red de atención sanitaria^{11,32}.

Los principales elementos que facilitan la coordinación, según la perspectiva de las matronas entrevistadas, son los recursos materiales a su disposición. El desarrollo tecnológico es uno de los elementos esenciales propuestos por el modelo Alzira para la mejora de la atención sanitaria¹⁸, lo que concuerda con la percepción de las matronas de que dichos elementos facilitan la coordinación asistencial. Además, han verbalizado la importancia del contacto personal con matronas del otro nivel asistencial. El conocimiento, la comunicación y la buena relación personal entre los profesionales de los diferentes niveles asistenciales son elementos facilitadores que aparecen en la literatura¹⁸, así como las reuniones y cursos, que suponen un punto de encuentro que promueve la comunicación y el intercambio de información²⁹. La relación informal se perfila como más adecuada para la coordinación de la atención de salud que los mecanismos más estandarizados (protocolos, guías, circuitos) propuestos por las organizaciones^{5,12}.

Entre los factores que dificultan la coordinación destaca la existencia de dos modelos de gestión en el área de salud. Las matronas del modelo privado perciben la existencia de compartimentos estancos, señalada previamente en la literatura^{6,12}, y una mayor presión asistencial que las matronas que pertenecen al modelo público. En cuanto a la diferencia en el trato, en otro estudio realizado en profesionales que prestan sus servicios para distintos modelos de gestión se referencia que «un convenio laboral diferente conlleva un clima laboral que no favorece la coordinación»²⁹. A pesar de que el modelo Alzira ha pretendido, desde la integración de la AP, conseguir una atención sanitaria sin escalones que garantice la continui-

dad asistencial¹⁸, actualmente sigue habiendo matronas en AP que pertenecen a dos modelos de gestión diferentes, lo que se percibe como un obstáculo. A pesar de que las evaluaciones efectuadas no han sido concluyentes (ya que encuentran fortalezas y debilidades en ambos modelos de gestión³³), en abril de 2018 se produjo la reversión del modelo Alzira a la sanidad pública. Sin embargo, el problema de la coordinación no se resuelve con esta medida, ya que en la actualidad sigue habiendo una convivencia entre matronas pertenecientes al régimen estatutario y matronas pertenecientes al régimen laboral, con diferentes condiciones de trabajo en cuanto a horarios, derechos, sueldo e incentivos.

Otro elemento que dificulta la coordinación es la falta de una coordinadora conjunta, expresado además como una de las principales propuestas de mejora. La figura del «puesto de enlace»^{29,34} se define como un profesional sanitario que actúa como fuente de información central que encauza la comunicación y asegura la coordinación entre diferentes unidades o niveles asistenciales³⁴. Al inicio del estudio había dos personas encargadas de la coordinación: una supervisora en paritorio (matrona) y una coordinadora de las matronas de AP (enfermera). Sin embargo, desde enero de 2017 se ha implantado la figura de «responsable del área de atención integral a la mujer», una matrona que coordina a las matronas de ambos niveles asistenciales y ambos modelos de gestión, haciendo realidad una de las propuestas de mejora sugeridas. En otros estudios se hace referencia a la enfermera responsable del paciente para establecer canales de continuidad entre ambos niveles asistenciales, así como a la importancia de la figura de la enfermera como líder en el proceso de coordinación asistencial^{2,9}. En el caso de la atención al proceso embarazo-parto-puerperio, en la literatura se destaca la figura de la matrona de AP como líder de este proceso, así como una mayor satisfacción con el cuidado recibido y un menor número de intervenciones cuando el proceso está al cargo de las matronas^{11,35}.

Otra propuesta de mejora ha sido la realización de rotatorios. En el ámbito de la atención al embarazo-parto-puerperio, en países como Canadá y Nueva Zelanda las matronas tienen la oportunidad de moverse entre AP y AE, lo que asegura una mayor continuidad en la atención prestada^{15,36}. Sin embargo, actualmente, la rotación entre niveles asistenciales no es una opción para las matronas del área de salud de La Ribera, que lo han expresado como una opción deseable.

Por último, las matronas entrevistadas expresaron su deseo de contar con una matrona en la planta de maternidad, con el objetivo de proporcionar una continuidad de cuidados y realizar el informe de alta de matrona. Esto supone la cobertura de una de las competencias propias de

la matrona³⁷, que en la actualidad no se desarrolla en el área de salud de La Ribera. El informe de alta a cargo de la matrona en el puerperio de bajo riesgo es una realidad presente en otros hospitales (p. ej., Hospital Universitario Marqués de Valdecilla³⁸ y Hospital Universitario de Fuenlabrada³⁹). Actualmente en el HULR, una matrona de paritorio concierta las citas de las púerperas directamente en la consulta de la matrona de AP correspondiente. Esto puede suponer un primer paso en el camino hacia el establecimiento de un puente de comunicación entre AE y AP. No obstante, respecto a la continuidad de cuidados desde AP hacia AE, en el presente estudio sólo una matrona ha hecho referencia a la posibilidad de que sea la matrona de AE la que recepcione e ingrese a la gestante de bajo riesgo en el parto, lo que ya es una realidad en otros hospitales de la Comunidad Valenciana (Hospital de La Plana y Hospital Virgen de los Lirios⁴⁰).

En el presente estudio se observan ciertas limitaciones, como la negativa de algunas matronas a participar, por lo que no se ha obtenido la colaboración de la población de estudio al completo, y el rechazo de otras a ser grabadas durante la entrevista, que pudo suponer una pérdida de información al tener que realizar la transcripción durante el transcurso de la entrevista.

CONCLUSIONES

La coordinación asistencial supone aún en nuestros días uno de los retos más importantes de la atención sanitaria. El presente estudio ha permitido poner de manifiesto que las matronas del área de salud de La Ribera perciben su coordinación como escasa y deficiente. La coordinación entre matronas de distinto nivel asistencial ha sido valorada mayoritariamente de forma negativa (escasa, mejorable o inexistente), en comparación con la coordinación entre matronas y profesionales de otras categorías (especialmente ginecólogos), valorada de forma positiva. Esta percepción negativa es más acentuada entre las matronas pertenecientes a AE y al modelo de gestión privado. Sin embargo, por un lado, fueron unánimes al expresar su deseo de alcanzar una comunicación más estrecha y, por otro, plantearon varias propuestas de mejora. El reto para el futuro es continuar implantando mejoras que garanticen la continuidad del cuidado, aumentando la seguridad y la calidad de la atención prestada y, con ello, la satisfacción tanto de las gestantes como de las matronas.

AGRADECIMIENTOS

A las matronas del área de salud de La Ribera, por su participación desinteresada en el estudio, así como a los revisores del mismo, por el esfuerzo dedicado a ello.

BIBLIOGRAFÍA

1. Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad. Boletín Oficial del Estado n.º 102 (25-04-1986).
2. Paz D, Galdeano N, Garrido M, Lacida M, Martín R, Morales JM, et al. Continuidad de cuidados entre atención especializada y atención primaria. Comisión para el Desarrollo de la Atención Enfermera en el Servicio Andaluz de Salud, 2003.
3. Real Decreto 137/1984, de 11 de enero, sobre estructuras básicas de salud. Boletín Oficial del Estado n.º 27 (01-02-1984).
4. Waibel S, Vargas I, Aller MB, Coderch J, Farré J, Vázquez ML. Continuity of clinical management and information across care levels: perceptions of users of different healthcare areas in the Catalan national health system. *BMC Health Serv Res.* 2016; 16: 466 [DOI: 10.1186/s12913-016-1696-8].
5. Terraza R, Vargas I, Vázquez ML. La coordinación entre niveles asistenciales: una sistematización de sus instrumentos y medidas. *Gac Sanit.* 2006; 20(6): 485-95.
6. Ojeda JJ, Freire JM, Gervás J. La coordinación entre atención primaria y especializada: ¿reforma del sistema sanitario o reforma del ejercicio profesional? *Rev Adm Sanit.* 2006; 4(2): 357-82.
7. Biagetti B, Aulinas A, Dalama B, Nogués R, Zafón C, Mesa J. Communication between primary care and physician specialist: Is it improving? *Rev Calidad Asistencial.* 2015; 30(4): 175-81 [DOI: 10.1016/j.cali.2015.04.002].
8. Kripalani S, LeFevre F, Phillips CO, Williams MV, Basaviah P, Baker DW. Deficits in communication and information transfer between hospital-based and primary care physicians: implications for patient safety and continuity of care. *JAMA.* 2007; 297: 831-41 [DOI: 10.1001/jama.297.8.831].
9. Robinson KM. Care coordination: a priority for health reform. *Policy Polit Nurs Pract.* 2010; 11(4): 266-74.
10. Haggerty JL, Roberge D, Freeman GK, Beaulieu C. Experienced continuity of care when patients see multiple clinicians: a qualitative metasummary. *Ann Fam Med.* 2013; 11: 262-71.
11. Groenen C, Van Duijnhoven N, Faber M, Koetsenruijter J, Kremer J, Vandenbussche F. Use of social network analysis in maternity care to identify the profession most suited for case manager role. *Midwifery.* 2017; 45: 50-5 [DOI: 10.1016/j.midw.2016.12.007].
12. Schölmerich V, Posthumus AG, Ghorashi H, Waelput A, Groenewegen P, Semihä Denktaş S. Improving interprofessional coordination in Dutch midwifery and obstetrics: a qualitative study. *BMC Pregnancy Childbirth.* 2014; 14: 145 [DOI: 10.1186/1471-2393-14-145].
13. Perdok H, Jans S, Verhoeven C, Van Dillen J, Batenburg R, Mol BW, et al. Opinions of professionals about integrating midwife-and obstetrician-led care in The Netherlands. *Midwifery.* 2016; 37: 9-18. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.midw.2016.03.011>
14. Aracil E, Aria-Merino E, Baena MI, Barrera FJ, Belmartino S, Bloch C, et al. Los sistemas de salud de Iberoamérica de cara al siglo XXI. Guadalajara: Universidad de Guadalajara, 2004; 237-85.
15. Perdok H, Jans S, Verhoeven C, Henneman L, Wiegiers T, Mol BW, et al. Opinions of maternity care professionals and other stakeholders about integration of maternity care: a qualitative study in the Netherlands. *BMC Pregnancy Childbirth.* 2016; 16: 188 [DOI 10.1186/s12884-016-0975-z].
16. Mira JJ, Pérez V, Lorenzo S, Aranz J, Vitaller J. La investigación cualitativa: una alternativa también válida. *Aten Primaria.* 2004; 34(4): 161-9.
17. López-Casanovas G, Llano-Señarís JE, eds. Colaboración público-privada en sanidad: el modelo Alzira. Madrid: Fundación Gaspar Casal, 2017.
18. Tarazona-Ginés E, De Rosa-Torner A, Marín-Ferrer M. La experiencia del «modelo Alzira» del Hospital de La Ribera a La Ribera-Área 10 de Salud: la consolidación del modelo. *Rev Adm Sanit.* 2005; 3(1): 83-98.
19. Kvale S. Las entrevistas en investigación cualitativa. Madrid: Ediciones Morata, 2011.
20. Berenguera A, Fernández de Sanmamed MJ, Pons M, Pujol E, Rodríguez D, Saura S. Escuchar, observar y comprender. Recuperando la narrativa en las ciencias de la salud. Aportaciones de la investigación cualitativa. Barcelona: Institut Universitari d'Investigació en Atenció Primària Jordi Gol, 2014.
21. Humble Á. Technique triangulation for validation in directed content analysis. *Int J Qual Meth.* 2009; 8(3): 34-51.
22. Green J, Thorogood N. *Qualitative methods for health research*, 3.ª ed. Londres: Sage, 2013.
23. Bailey J. First steps in qualitative data analysis: transcribing. *Fam Pract.* 2008; 25(2): 127-31 [DOI: 10.1093/fampra/cmn003].
24. Fernández L. ¿Cómo analizar datos cualitativos? *Butlletí La Recerca.* 2006; 6: 1-13.
25. Formación y consultoría en investigaciones cualitativas. Alicante: CualSoft, 2013. El proceso de categorización en el análisis de contenido cualitativo con MAXqda [consultado el 2 de diciembre de 2017]. Disponible en: www.cualsoft.com/wp-content/uploads/2014/10/Curso_presencial_2013-2014-12_print_MAXqda_1_.pdf
26. Graneheim UH, Lundman B. Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Educ Today.* 2004; 24(2): 105-12.
27. Geerts CC, Klomp T, Lagro-Janssen AL, Twisk JW, Van Dillen J, De Jonge A. Birth setting, transfer and maternal sense of control: results from the DELIVER study. *BMC Pregnancy Childbirth.* 2014; 14: 27.
28. Perdok H, Mokkink L, Van Dillen J, Westerneng M, Jans S, Mol BW, et al. Opinions of maternity care professionals about integration of care during labor for «moderate risk» indications: a Delphi study in the Netherlands. *Birth.* 2014; 41(2): 195-205.
29. Henao D, Vázquez ML, Vargas I. Factores que influyen en la coordinación entre niveles asistenciales según la opinión de directivos y profesionales sanitarios. *Gac Sanit.* 2009; 23(4): 280-6.
30. Letelier MJ, Aller MB, Henao D, Sánchez-Pérez I, Vargas I, Coderch de Lassaletta J, et al. Diseño y validación de un cuestionario para medir la continuidad asistencial entre niveles desde la perspectiva del usuario: CCAENA. *Gac Sanit.* 2010; 24(4): 339-46.
31. Baas CI, Erwich JJ, Wiegiers TA, De Cock TP, Hutton EK. Women's suggestions for improving midwifery care in The Netherlands. *Birth.* 2015; 42(4): 369-78.
32. Cunningham FC, Ramnathugala G, Plumb J, Georgiou A, Westbrook JI, Braithwaite J. Health professional networks as a vector for improving healthcare quality and safety: a systematic review. *BMJ Qual Saf.* 2012; 21: 239-49 [DOI: 10.1136/bmjqs-2011-000187].
33. Caballer-Tarazona M, Vivas-Consuelo D. A cost and performance comparison of PPP and public hospitals in Spain. *Health Econ Rev.* 2016; 6: 17 [DOI: 10.1186/s13561-016-0095-5].
34. Shortell SM, Gillies RR, Anderson DA, Erickson KM, Mitchell JB. *Remaking health care in America*, 2.ª ed. San Francisco: Jossey-Bass, 2000.
35. 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.* 2016; 4: CD004667 [DOI: 10.1002/14651858.CD004667.pub5].
36. Lee DD, Walker K. Case-loading midwifery in New Zealand: bridging the normal/abnormal divide «with woman». *Midwifery.* 2011; 27: 46-52.
37. Orden SAS/1349/2009, de 6 de mayo, del programa formativo de la especialidad de Enfermería Obstétrico-Ginecológica (Matrona). BOE n.º 129 (28-05-2009).
38. Gil MT, Sanz C. Protocolo «Control y alta clínica puerperal a cargo de las matronas en la unidad de hospitalización obstétrica». *Matronas Hoy.* 2016; 4(2): 5-17.
39. Limia Redondo S, Sanz Díaz MC, Pérez Martínez E, Santa Cruz Martín B, Vicente López A, Pacheco Ardila F. Puesta en marcha del informe de alta emitido por matronas en el puerperio de bajo riesgo. *Matronas Prof.* 2012; 13(3-4): 90-6.
40. Consejería de Educación, Investigación, Cultura y Deporte. Valencia: Generalitat Valenciana, 2016. La OMS distingue, por primera vez en España, con un reconocimiento de buenas prácticas a las matronas de Alcoi [consultado el 2 de diciembre de 2017]. Disponible en: http://www.ceice.gva.es/inicio/area_de_prensa/not_detalle_area_prensa?id=680854

7.9. Artículo 5: “*A contribution to the analysis of the first Spanish public-private partnership in primary and specialized maternity care: a Social Network Analysis approach*”

Camacho-Morell, F. y Esparcia, J. (2020). A contribution to the analysis of the first Spanish public-private partnership in primary and specialized maternity care: a Social Network Analysis approach. *Revista Internacional de Sociología* [en prensa, 28 p.].



Title

A contribution to the analysis of the first Spanish public-private partnership in primary and specialized maternity care: a Social Network Analysis approach.

Abstract

The La Ribera University Hospital (Alzira, Valencia) was the first experience of public-private partnership in the Spanish National Health System. In addition to the need to coordinate two levels of health care (primary/specialised), two models of human resource management (public/private) had to be coordinated. To illustrate this complexity, the group of midwives in the health area is taken, analysing their relational patterns through the methodological approach of Social Network Analysis. In terms of results, out of a population of 31 midwives, those of the public model occupy peripheral positions and poorly cooperate, both internally and externally. However, those of the private model constitute a cohesive subgroup, which is both a strength and a weakness. Midwives in primary care and private model bridge subgroups. Therefore, the presence of two management models determines the efficiency of maternal care rather than the division of care into two levels.

Keywords: Healthcare coordination; healthcare levels; care management models; midwives.



Título

Análisis de la primera colaboración público-privada en asistencia maternal en Atención Primaria y Especializada en España: una aplicación del Análisis de Redes Sociales

Resumen

El Hospital Universitario de La Ribera (Alzira, Valencia) fue la primera experiencia de colaboración público-privada en el Sistema Nacional de Salud español. Además de la necesidad de coordinar dos niveles de atención sanitaria (primaria/especializada) hubo que coordinar dos modelos de gestión de recursos humanos (público/privado). Para ejemplificar esta complejidad, se toma el colectivo de matronas del área de salud, analizando sus pautas relacionales mediante la aproximación metodológica del Análisis de Redes Sociales. En cuanto a resultados, de una población de 31 matronas, las del modelo público ocupan posiciones periféricas y cooperan poco, tanto interna como externamente. Las del modelo privado constituyen un subgrupo cohesivo, que supone tanto una fortaleza como una debilidad. Las matronas de Atención Primaria y modelo privado constituyen puentes entre subgrupos. Por tanto, la presencia de dos modelos de gestión condiciona la eficiencia de la atención maternal más que la división de la atención en dos niveles.

Palabras clave

Coordinación sanitaria; niveles de atención sanitaria; modelos de gestión; matronas.

Introduction

At the end of the 1990s, the Spanish National Health System (NHS) opened up to other new care management schemes (Government of Spain, Law 15/1997 on new forms of NHS management). The objective of these privatisation strategies was to improve health management, and consequently its efficiency, by the introduction of market elements into the public system (Sánchez-Martínez, Abellán-Perpiñán and Oliva-Moreno 2014). These initiatives include formal or direct privatisation (such as foundations and clinical institutes) and functional privatisation or indirect management, which involves different schemes, such as integrated health organisations in the region of Catalonia (Vázquez et al. 2005) and public-private collaborations in another regions of Spain, such as the of Valencia and Madrid (Sánchez-Martínez, Abellán-Perpiñán and Oliva-Moreno 2014).

Public-private collaborations include public-private partnerships (PPP) and private finance initiatives (PFI). The objective of a PFI is to provide non-healthcare services, while in a PPP the private sector is in charge of both designing and creating health infrastructures and managing clinical services (López-Casnovas and Llano-Señarís 2017; Sánchez-Martínez, Abellán-Perpiñán and Oliva-Moreno 2014; Barlow, Roehrich and Wright 2013). Therefore, a PPP is defined as "a long-term contract between a private party and a government agency, for providing a public asset or service, in which the private party bears significant risk and management responsibility" (Roehrich, Lewis and George 2014). They have been spread in different countries of the European Union, such as the one called the "internal market" in Great Britain and Sweden, and have been the object of different evaluations in countries such as Portugal, Italy, Germany, Sweden, Canada and Australia (López-Casnovas and Llano-Señarís 2017; Barlow, Roehrich and Wright 2013; Sekhri, Feachem and Ni 2011; Herr, Schmitz and Augurzky 2011; Cappellaro and Longo 2011). The spread of such management schemes is not a phenomenon exclusive to Spain nor the health sector. There are examples of PPPs schemes in urban development projects in Netherlands: the Utrecht Centre Project, the Amsterdam South Axis and the Central Station project in The Hague, for example (Klijn and Teisman 2003). Education, general and social services, economic and cultural activities, or housing, among others, are also matters in which PPP and PFI are present in local governments of several European Union countries (Torres and Pina 2001).

In Spain, the first PPP in health sector came into being in 1999 when the La Ribera University Hospital (HULR, in Spanish) was built in Alzira (Valencia, Spain), which since then has become known as the "Alzira Model" (Rechel et al. 2009). This model progressively spread to other health areas in the region of Valencia (covering 20% of the population in the region), and in other regions of Spain (e.g., practically all the newly built hospitals in Madrid) (Caballer-Tarazona and Vivas-Consuelo 2016; Barlow, Roehrich and Wright 2013; Rechel et al. 2009). In these cases, PPPs were promoted by conservative-type regional governments. In a similar way in Portugal was the

conservative government embarked on an ambitious PPP programme that was curtailed when a socialist government came into power (Sekhri, Feachem and Ni 2011). This proliferation took place despite the fact that, to date, barely any independent evaluations exist (López-Casnovas and Llano-Señarís 2017; Sánchez-Martínez, Abellán-Perpiñán and Oliva-Moreno 2014). Thus, the HULR, the flagship of the PPPs in Spain, acted as a true experimentation laboratory and became, in parallel, a national and international reference (Barlow, Roehrich and Wright 2012).

During the first years, the Alzira Model was in charge of only hospital management (Specialised Healthcare, SH). However, in 2003 Primary Healthcare (PH) was included, which went on to manage all the healthcare services in the health area (SH plus PH) (Rechel et al. 2009; Tarazona, de Rosa and Marín 2005). At that time all PH staff members belonged to the public healthcare model, which depended on the regional government. PH staff members had the option of continuing in the public model or moving to the private one. Approximately 20% moved to the private model, which led to a co-existence between both human resources management models in PH centres. Thus, the staff who continued in the public health model did so under different working conditions from those of the private ones. This factor could have implied difficulties for health coordination, as well as explaining the need expressed by the Alzira Model to include such coordination within its strategic objectives. Among these, the one related to achieving users perceiving healthcare without stages stands out, for whose purpose coordination between healthcare levels would become the system’s main axis (Tarazona, de Rosa and Marín 2005).

Healthcare coordination could be defined as an agreement reached among all the healthcare-related services, regardless of the place where they are received, and in such a way that they are synchronised and meet a common conflict-free objective (Terraza, Vargas and Vázquez 2006). In turn, there is said to be continuity of care when referring to the outcome of healthcare coordination from a user’s perspective (Haggerty et al. 2003). On the other hand, Rodríguez and des Rivières (2007) defined continuity of care as “consistent care existing across time with an emphasis on the patient as a unique individual”. Ever since the General Health Law was passed (Government of Spain, Law 14/1986, General Health Law), suitable coordination between SH and PH is one of the main challenges for health services. According to Henao, Vázquez and Vargas (2009) the historical separation between care levels (PH *versus* SH) is a key factor explaining the complexity of healthcare coordination, and has contributed to the emergence of values against collaboration and teamwork. Nevertheless, it remains unsatisfactorily solved despite such lack of coordination meaning that users perceive a fractioned image of the system, which leads to problems of accessibility and can worsen the efficiency of providing these services (Ortún and López 2000).

In this sense, it is worth to remember that the concept of efficiency used in this work refers to the provision of goods or services using the combination of lower cost inputs

(Vázquez et al. 2005). The difficulties of coordinating healthcare systems, the different perspectives (of both professionals and users) and the various healthcare levels are not exclusive of Spain as they are also found in other health systems (Waibel et al. 2016; Perdok et al. 2016; Schölmerich et al. 2014; Robinson 2010).

When organising healthcare in Spain, caring for maternity healthcare is considered a particularly vulnerable healthcare process as it is provided from both healthcare levels. Consequently, continuity and fluent cooperation between both levels is necessary as an essential condition for suitable care provided to both the mother and newborn (Martínez and Baena 2004). It has been shown in the literature that focusing on continuity of care and provider collaboration increases efficiency of care (Kroll-Desrosiers et al. 2016; Schmied et al. 2010). The intention of the Alzira Model was to reinforce this continuity among different healthcare levels via "integrated committees in the health area", with one specific committee to deal with the maternity care process (Tarazona, de Rosa and Marín 2005). In Spain, midwives are in charge of caring for pregnant women with low-risk pregnancies from both healthcare levels; that is PH (controlling and following up pregnancy) and SH (healthcare during the birth process). They are also in charge of detecting risk situations and, if necessary, of referring pregnant women to high-risk consultations which obstetricians are in charge of. Therefore, a good communication-coordination system is absolutely necessary. Nonetheless, healthcare coordination has not been studied in the maternity care sector, at least not systemically (Schölmerich et al. 2014).

The group of midwives working in a health area can be considered as a group of network professionals that need to be interconnected to provide proper health care. So, it would be most interesting to analyse to what extent this network of health professionals is organised and efficiently works when providing services to the maternity care process. The network structure of health professionals can be studied from the methodological Social Networks Analysis (SNA) approach. It provides knowledge about the structural properties of social networks of a group of actors, and information about their degree of cohesion (Knoke and Yang 2008; Wasserman and Faust 1994). Cunningham et al. (2012) stress that cohesive professional healthcare networks enable effective healthcare coordination. At the same time, several studies point out that working in well-coordinated health professional networks is associated with improved quality of care, increased patient satisfaction, improved efficiency and decreased care costs (Groenen et al. 2017; Kroll-Desrosiers et al. 2016; Waibel et al. 2016; Schölmerich et al. 2014; Den Breejen et al. 2014; Tahan and Campagna 2010). Therefore, it can be understood that a measure of the cohesion of a group of health professionals through the SNA approach is a useful proxy to analyse the efficiency of that group.

SNA has had a considerable development in the social sciences domain (Borgatti et al. 2009). Nevertheless, in the health sciences there has been a very quick development in recent decades (Shelton et al. 2019; Vassliev, Marques-Sánchez and Serrano-Fuentes

2019; Perkins, Subramanian and Christakis 2015). Some well-known analysis refer, for example, to relational guidelines in the transmission of infectious diseases (Smith and Christakis 2008), relationships in health organisations (De Brún and McAuliffe 2018; Provan, Harvey and Guernsey de Zapien 2005; West et al. 1999) and public health (Ramos-Vidal 2019). In spite of the growing number of SNA and health studies in recent years, there are few studies carried out using the SNA methodology that refer to maternity care (Groenen et al. 2017) and up to date no contributions specifically linking the analysis of maternity care and health PPPs from the SNA approach.

Consequently, this research contains several aspects that can be used as a starting point: firstly, two human resources management models (public and private) co-existing in the maternity care process in the La Ribera health area; secondly, healthcare is provided to this process from two healthcare levels (PH and SH) which, to ensure the efficiency of the provided service, require close coordination among professionals (midwives); thirdly, the group of midwives makes up a social network whose efficiency depends mainly on its network structure, and on other relational characteristics, such as that of cohesion. Finally, according to the bibliography (Balkundi and Kilduff 2006; Hanneman and Riddle 2005; Wasserman and Faust 1994), a useful proxy to analyse the efficiency of this kind of social networks is from the methodological SNA approach.

The main research hypothesis is that the co-existence of two human resources management models (private *versus* public) in the La Ribera health area can determine the efficiency of the services provided by midwives rather than belonging to a given healthcare level (SH *versus* PH). This happens despite the division in the two healthcare levels (PH/SH) having been traditionally the main obstacle for suitable coordination and cooperation among health professionals.

As a result, the study objectives are:

1. Define the degree of the midwives' social network's cohesion in the La Ribera health area.
2. Analyse its network patterns, particularly its centrality positions and brokerage capacity, and its relation with certain attributes (like belonging to a management model and a healthcare level).
3. Detect its collaboration patterns according to the main attributes.

Data and methods

The study universe includes all the midwives who actively work professionally in the La Ribera health area; 31 midwives in all (15 in PH and 16 in SH). Data collection took place between June and December 2016 at the HULR and in 12 primary healthcare centres in the same area. The selected network questionnaire was used in a previous research (Esparcia 2017) and it was adapted to collect socio-demographic and relational data from

midwives. It was piloted with the first 5 midwives, and no modifications were required. All the midwives received a questionnaire about their occupational networks with which socio-demographic data were collected: age, gender, place of residence, the management model for which they work, the healthcare level they professionally work at, years of work in the area and the number of years in their current job position.

As regards social networks, the questionnaire firstly asked about the people with whom they came into contact in occupational terms (from a list of actors). They were next asked about type of contact (directly, telephone or new technologies) and frequency (weekly, up to 3 months, and up to 1 year). Although frequencies can be seen according to contact type, the SNA is restricted to the network of direct contacts because it is the most relevant one for the study objectives. As it is a closed and defined network, the socio-centric approach was applied (e.g., the network of actors shapes a squared matrix, with those who generate the relations in rows and those who receive them in columns).

Data were processed by an Excel spreadsheet for the basic statistical analysis (mean, standard deviation and range for the quantitative variables, and frequency and percentage for the qualitative variables), the Ucinet (Borgatti, Everett and Freeman 2002) and Netdraw software (Borgatti 2002) for SNA. A brief description of the employed indicators is provided in Table 1.

The study was approved by the Ethics Committee-Research Committee of the HULR in February 2016. Written authorisation was requested from all the midwives, including informed consent to complete the questionnaire. They were ensured that their personal data would be coded and not diffused for any purposes other than the research project. Responses were coded by taking into account the attributes of the midwives who answered; that is, whether they belong to the public model (C) or the private one (U), whether they belong to PH (P) or SH (E). As interviews were conducted by personnel unrelated to the authors, they worked only with anonymous data.

Table 1: Summary of the relevant network and node measures.

Measure	Description
Density	Proportion of links present in a network in relation to the largest number of possible links. The higher the density, the greater the cohesion and relational efficiency (information diffuses more quickly). The network can be subdivided into segments, and the internal/external density of each one can be calculated.
Reciprocity	In a directed network, they are mutual relationships between each pair of actors, and imply recognition, acceptance and mutual trust. This facilitates the information flow. By being associated with

	horizontal relationships (weak ranking), they can be the basis for cooperation and shared leadership processes.
Centrality	<p>Degree centrality: the proportion of nodes to which an actor can be connected directly (adjacent). The in-degree (proportion of adjacent nodes from which relationships are received) can be distinguished from the out-degree (proportion of adjacent nodes to which relationships are “sent”). The former is an indicator of prestige, and the latter is an indicator of social activity and the capacity of accessing resources.</p> <p>Betweenness centrality: the frequency with which an actor is placed on the geodesic path (the shortest) between each pair of nodes. Greater betweenness capacity indicates being in better control of optimum communication flows.</p>
Brokerage	<p>Brokerage capacity between different groups of actors or segments of a social network. If a network has three groups or segments and three actors (A, B and C), and B is the actor that acts as a broker or bridge, there are five possible functions:</p> <p>Coordinator (A, B and C are in the same group: B acts as an internal coordinator);</p> <p>Consultant (A and C belong to a different group to B, who acts as an external coordinator);</p> <p>Gatekeeper (A belongs to a group, and B and C belong to another different group: B channels the flows of relationships towards its own group);</p> <p>Representative (A and B belong to a group, and C to another: B channels the flows of relationships from its own group);</p> <p>Liaison (A, B and C belong to different groups: from outside, B channels external relationships among the different groups).</p> <p>As relationships among groups tend to be different and complex, the actors B with a good brokerage capacity occupy more influential positions in the social network.</p>
Factions	The cohesive groups that result from the relational characteristics of the actors in the social network. Each group is defined by high internal cohesion and by marked separation from other groups. Each actor forms part of a single cohesive group. Different tests allow the

	optimum solution to be approached in the number of groups (the correct final proportion comes closer to 1).
Cliques	Groups with at least three interconnected actors (adjacent). This indicates social cohesion in integration terms; i.e., locally dense groups (unlike factions, here any actor can be present in different groups).
E-I Index	With two social network groups/segments or more (divided according to attributive characteristics), it is the relationship between the proportion of each group’s internal and external links. It measures each group’s degree of openness or endogamy at the heart of the social network (varies between -1, endogamy or complete homophily and +1, openness or complete heterophily).

Source: Borgatti, Everett and Johnson 2013; Hanneman and Riddle 2005; Wasserman and Faust 1994; Gould and Fernandez 1989).

Results

Out of the population of midwives who worked professionally in the La Ribera health area (N=31), three decided not to participate in the study (they belonged to PH and the public management model). Thus, 28 midwives participated, i.e. 90.3% of the study population. The main socio-demographic characteristics are shown in Table 2.

Table 2: The study sample’s socio-demographic characteristics.

Quantitative variables	Mean	SD	Range
Age	44.5	8.2	27-62
Years of professional work	16.3	8.5	3-32
Years in current job position	11	5.5	1.5-18
Qualitative variables	Attributes	%	Frequency
Gender	Female	96.5	27
	Male	3.5	1
Place of residence	Inside the area	42.8	12
	Outside the area	57.2	16
Healthcare level	PH	42.8	12
	SH	57.2	16
Management model	Public	14.3	4
	Private	85.7	24

a) Frequency and type of contact

In the occupational relationships network, the highest frequency of relationships (n=495) occurs via direct contact (Table 3). Frequency is higher in the private model and in SH (weekly in more than half the cases). However, more contacts via other means (telephone and new technologies) stand out in the private model, but in PH. One reason for this could be that the PH midwives' territorial dispersion is broader as they work in different primary health centres, as opposed to all the SH midwives concentrating at the HULR. Nonetheless, the fact that territorial dispersion is wider or narrower does not seem to justify the comparatively low frequency of the PH midwives in the public model compared to the private model ones. Hence some tendencies may be associated with the typical dynamics of one model or the other.

Table 3: Frequency and type of occupational contact between midwives.

Type of contact	Groups (*)	Total contacts	Contacts per actor	Weekly (%)	Up to 3 months (%)	Up to 1 year (%)
Direct (n=495)	UE (n=16)	302	18.8	55.6	21.5	22.9
	UP (n=8)	143	17.8	11.9	60.8	27.3
	CP (n=4)	50	12.5	4.0	58.0	38.0
Telephone (n=72)	UE (n=16)	25	1.6	24	60	16
	UP (n=8)	35	4.3	68.5	22.9	8.6
	CP (n=4)	12	3	8.3	58.4	33.3
New technologies (n=235)	UE (n=16)	164	10.2	31.1	55.5	13.4
	UP (n=8)	61	7.6	68.8	27.9	3.3
	CP (n=4)	10	2.5	0	100	0

(*): U: private model; C: public model; E: SH; P: PH

b) The network's density

The overall density (level of cohesion) of the occupational contact network is high (0.71), but increases when the network divides according to different attributes (Table 4). Depending on the healthcare level, it becomes much higher for the SH midwives (0.99) than for the PH ones (0.74). Depending on the management model, internal density is only slightly higher in the private model (0.82) than it is in the public one (0.75). When analysing the relationships or cohesion among the different groups, the results show a certain separation in the dynamics of one model or the other, with less interest shown by the private model in maintaining stable relationships with the public model midwives

(0.34), while these midwives show more interest in the private model midwives (0.55). In any case, an obvious separation appears, along with certain greater “self-sufficiency” in the private model, which should not prevent greater integration and better linkage between both groups. This separation becomes less significant (and not so serious) when comparing the relationships from SH to PH, and *vice versa* (0.53 and 0.65, respectively), although there is plenty of space for such improvements in the relationships between groups.

Table 4: The network’s density according to the healthcare level and the management model.

Healthcare level density			Management model density		
	SH	PH		Private	Public
SH	0.99	0.53	Private	0.82	0.34
PH	0.65	0.74	Public	0.55	0.75

c) Reciprocity

The obtained results (Table 5) indicate high reciprocity (76 %), which is an ideal context for the important information flows and cooperation mechanisms at the core of the social network. However, some significant differences appear between actors and between groups, which falls in line with the results obtained in other indicators. Accordingly, a first group, formed mainly of the actors from the private model and in SH, has a very high proportion of relationships of this kind (UE14, UE10, UE16, UP2, UE5, UE9 and UE2), above 90% in all cases. Conversely, the actors from the private model, but from PH, present a lower proportion of reciprocal relationships and are, therefore, more limited in terms of cooperation and work in the network (UP1 and UP8, with % below or equal to 50%). Another important point is that all the actors from the public model obtain medium-low values (less than 70%) in a network with a generally high reciprocity.

d) Centrality measures

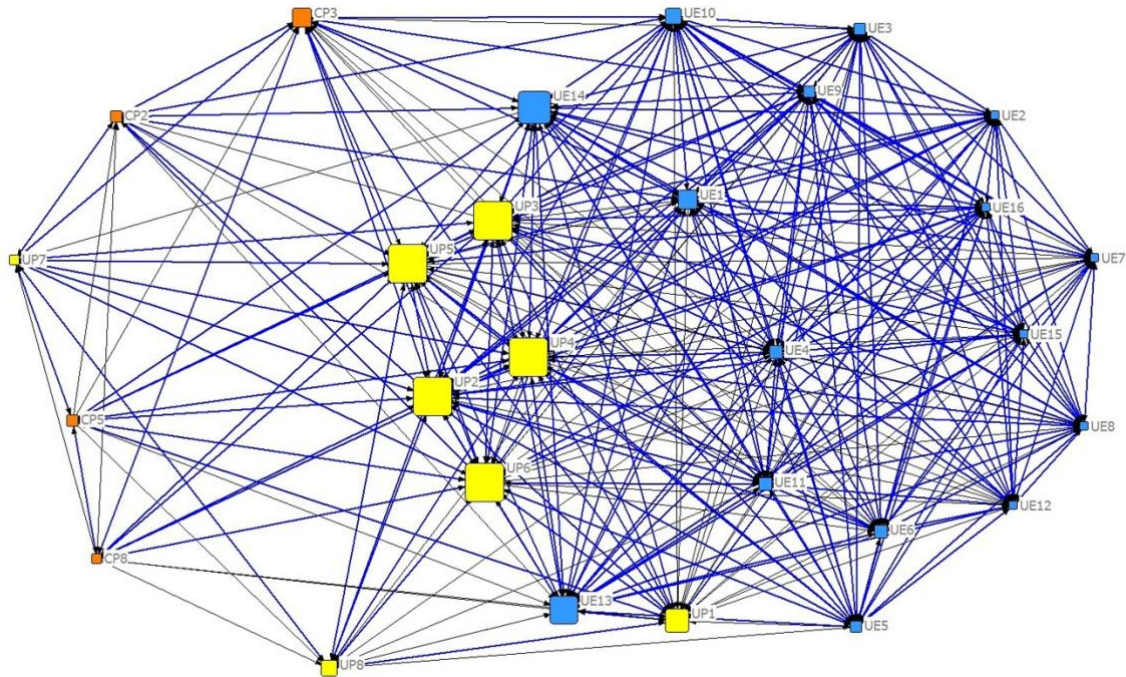
In the occupational contact network (Table 5), two of the actors linked to the private management model obtain positions of maximum centrality in the three employed indicators (UE14 and UP2). These two actors are characterised by their position as middle managers within the group of midwives. Thus, UE14 is the head of the SH group, and UP2 is the secretary of the PH group. The actors linked to the public model always occupy the last positions (CP2, CP3, CP5 and CP8). A second group of actors linked to PH stands out in the private model, particularly for its high betweenness capacity (UP3, UP4, UP5 and UP6) (Figure 1).

Table 5: Centrality measures by actors for the occupational contact network and reciprocity (normalised data).

Actor (*)	Reciprocity	Out-degree	In-degree	Betweenness
UE1	0.83	0.81	0.85	1.36
UE2	0.90	0.74	0.78	0.25
UE3	0.82	0.70	0.81	0.26
UE4	0.87	0.81	0.81	0.64
UE5	0.91	0.81	0.78	0.51
UE6	0.74	0.70	0.81	0.37
UE7	0.62	0.52	0.78	0.02
UE8	0.86	0.70	0.78	0.14
UE9	0.91	0.78	0.81	0.62
UE10	0.96	0.85	0.85	1.35
UE11	0.78	0.78	0.78	0.43
UE12	0.71	0.56	0.81	0.16
UE13	0.84	0.81	0.89	1.81
UE14	0.96	0.96	0.93	3.31
UE15	0.81	0.63	0.81	0.23
UE16	0.95	0.78	0.78	0.40
UP1	0.41	0.44	0.81	0.86
UP2	0.93	1.00	0.93	3.59
UP3	0.78	1.00	0.78	2.77
UP4	0.81	1.00	0.81	2.95
UP5	0.70	1.00	0.70	2.54
UP6	0.67	0.96	0.70	2.48
UP7	0.82	0.33	0.41	0.20
UP8	0.50	0.33	0.56	0.29
CP2	0.61	0.33	0.44	0.19
CP3	0.65	0.56	0.48	0.66
CP5	0.69	0.41	0.33	0.95
CP8	0.58	0.41	0.30	0.14
Network's mean	0.76	0.67	0.70	0.57
Network's SD	0.14	0.22	0.18	1.10
Mean UE	0.84	0.74	0.82	0.42
Mean UP	0.68	0.68	0.69	1.32
Mean CP	0.63	0.42	0.38	0.36

(*): U: private model; C: public model; E: SH; P: PH

Figure 1: The occupational contact network. Midwives from the La Ribera health area in Valencia.

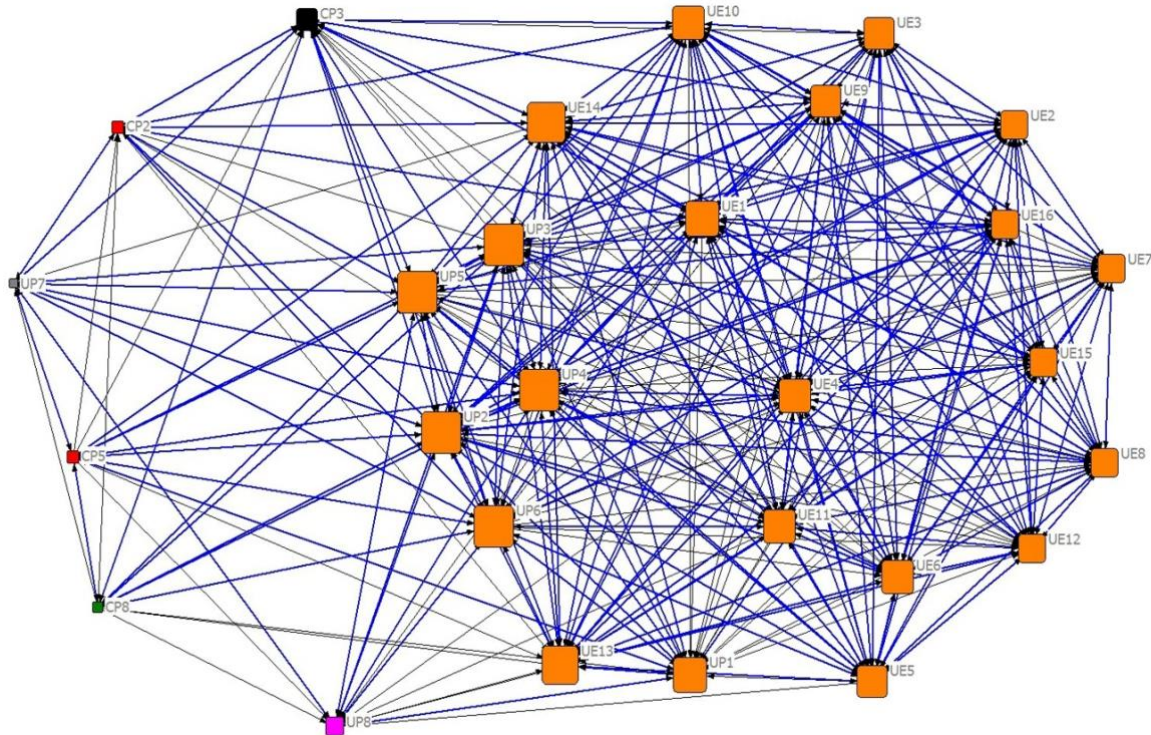


Legend: Blue square: UE; yellow square: UP; orange square: CP. Blue link: reciprocity; black link: no reciprocity. Node size: betweenness (for a better interpretation, refer to Tables 1 and 5).

e) Relational subgroups (factions and cliques)

In the analysis of factions, the optimum resulting number of cohesive groups (Figure 2) was very stable and there were 6 (a correct proportion of 0.795). When forcing an increase in the number of groups, a division came before with the public model than with the private one, which even took place for groups with a single member. However, the private model midwives maintained very close stable links and formed a very close group, which resists the fragmentation process. This is particularly significant bearing in mind the difference in the size of both groups (fragmentation is expected in the more numerous group, this being the private model).

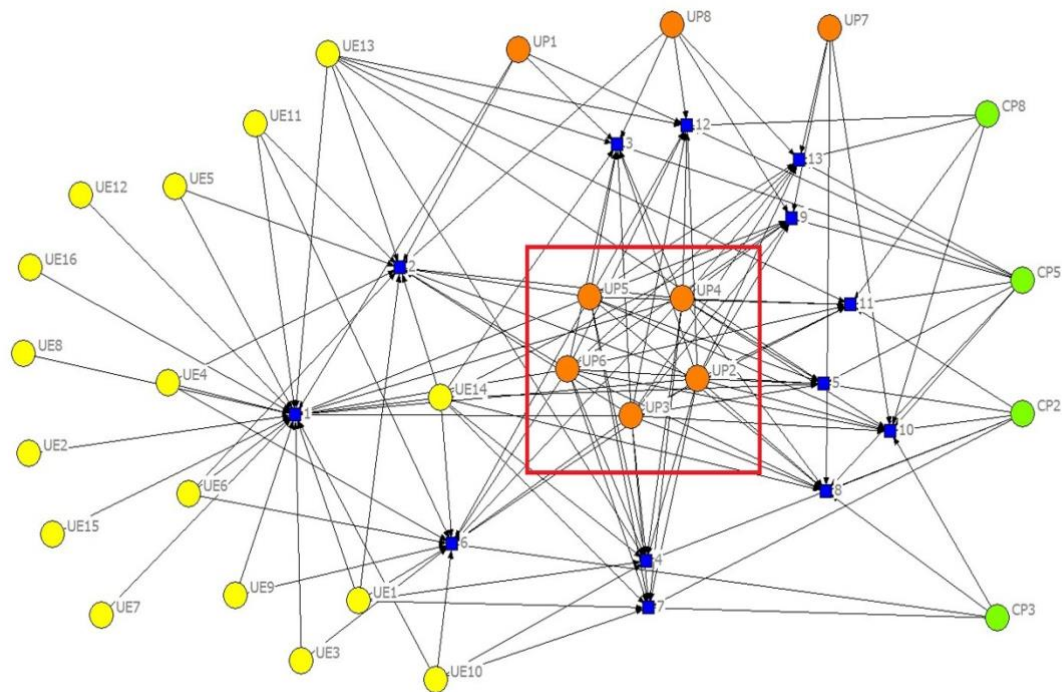
Figure 2: Factions. The occupational contact network (6 groups).



Legend: Colours represent different groups. Blue link: reciprocity; black link: no reciprocity. Node size: in-degree (for a better interpretation, refer to Tables 1 and 5).

From the cliques' analysis, 13 groups appear in the occupational relationships network (Figure 3). The first encompasses nearly all the private model midwives (79 %), with none from the public model. For the other cliques, it is stressed that a set of midwives that belongs to the private model and PH (UP2, UP3, UP4, UP5 and UP6) appear in all of them (marked with a red square in Figure 3). Finally, the participation of the public model actors in cliques is scarce, but increases as the participation of the SH actors lowers. It can be generally stated that the results on the presence of midwives in the different cliques correspond well with those obtained in the centrality indicators, which is expected in relatively small networks with a high density.

Figure 3: Cliques from the occupational contact network.



Legend: Blue square: clique; Yellow: UE; orange: UP; green: CP.

f) The E-I Index

Work was done with two attributes, healthcare level and management model. Regarding the former, the SH midwives obtained an E-I = -0.01, with an E-I = -0.33 for the PH midwives. This implies a balanced combination of internal-external relationships among the SH midwives, but moves towards homophily with the PH midwives. When dividing the sample according to management model, the private model midwives obtained an E-I = -0.84, *versus* E-I = +0.56 for the public model. In other words, a public model appears in which openness trends predominate, as opposed to a clearly endogamous or very closed private model.

g) Brokerage

For the brokerage analysis, work was done using several types of combinations of attributes, firstly with the healthcare level and the management model (Table 6). Depending on the healthcare level, the greater brokerage capacity lies in the PH midwives (56.2 %), which almost doubles the average per actor for the SH midwives (4.7 % *versus* 2.7 %). This difference becomes more pronounced for the management model because almost the whole brokerage capacity concentrates in the private model (95.5 %), which

nearly quadruples their individual average compared to the public model midwives (4 % *versus* 1.1 %). Thus, as with other indicators, belonging to the private management model conditions brokerage capacity even more so than the healthcare level does.

Table 6. Brokerage capacity according to the actors’ attributes.

Attributes	Groups	Actors (%)	Brokerage (%)	Mean per actor
Healthcare level (Primary / Specialised)	SH	57.1	43.8	2.7
	PH	42.9	56.2	4.7
Management model (Public / Private)	Private	85.7	95.5	4.0
	Public	14.3	4.5	1.1
Private + PH	Private-PH	29	51.7	6.5
Private + SH	Private-SH	57	43.8	2.7
Public + PH	Public	14	4.5	1.1

Secondly, when viewing the results of the node betweenness (Figure 1), the sample is divided into three actor groups where the previous attributes are combined: the private model and SH midwives; the public model and PH midwives; the private model and PH midwives (Table 6). It should be noted that all SH belonged to the private management model, meanwhile all those belonging to the public management model were working in PH. These results indicate that the PH private model midwives occupy the best positions because, as they are only one third of the sample, they concentrate more brokerage capacity, and the other two groups are below that expected if a proportional distribution of brokerage capacity exists (which is unreal as not all actors play the same role in the social network). In any case, they clearly remain below the actors in the PH private model. The average values move in the same direction as they are significantly higher for the PH private model group (6.5 %, *versus* 2.7 % in the SH private group, and 1.1 % in the public model).

This overall brokerage capacity can be broken down into five functions or possible types (Table 7). Gatekeeper and representative are the most important functions at the two healthcare levels; that is, channelling relationships from and to each one. This would facilitate brokerage between both the healthcare levels. Regarding the management model, the high brokerage concentration is stressed in the private model, where almost

half is internal coordination (49%), while the other significant part is divided into channelling relationships from and to the public model. Although this may be a result conditioned by group size, it also influences its own internal dynamics. At any rate, the result shows that the public model midwives generally have a much more limited brokerage capacity than the private model midwives.

Table 7: Analysis of the five types of individual brokerage.

Attributes	Groups	Brokerage type (Attribute = 100 %)				
		Coordinator	Gatekeeper	Representative	Consultant	Liaison(*)
Healthcare level	SH	1.5	12.9	26.2	3.2	0.0
	PH	6.8	21.5	27.8	0.1	0.0
Management model	Private	49.0	24.7	20.9	0.9	0.0
	Public	0.1	0.8	1.9	1.7	0.0
Private + PH	Private-PH	1.0	10.9	14.7	0.8	24.3
Private + SH	Private-SH	1.5	12.9	26.2	1.0	2.3
Public + PH	Public	0.1	0.8	1.9	0.3	1.4
Attributes	Groups	Mean per actor				
		Coordinator	Gatekeeper	Representative	Consultant	Liaison(*)
Healthcare level	SH	0.1	0.8	1.6	0.2	0.0
	PH	0.6	1.8	2.3	0.0	0.0
Management model	Private	2.0	1.0	0.9	0.0	0.0
	Public	0.0	0.2	0.5	0.4	0.0
Private + PH	Private-PH	2.3	23.6	31.8	1.6	52.6
Private + SH	Private-SH	1.6	13.9	28.3	1.1	2.4
Public + PH	Public	0.5	3.5	8.3	1.3	6.0

(*) The function of the liaison-type brokerage takes place only when there are at least three actor groups (see Table 1).

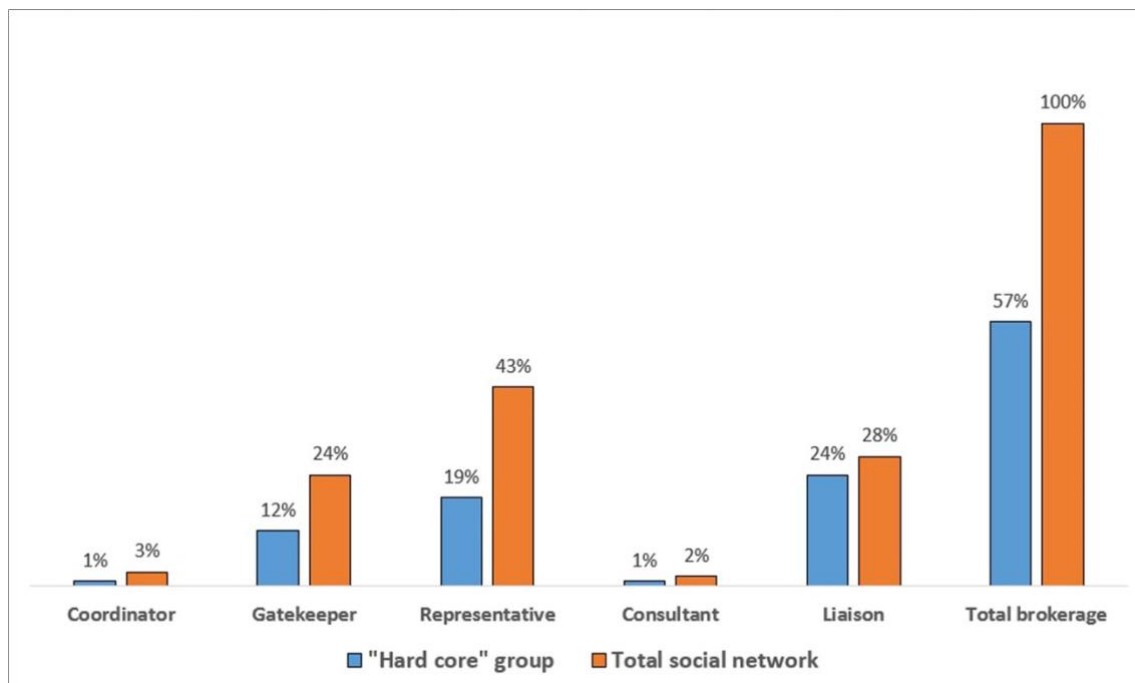
These results reinforce those obtained for the E-I Index, where a strong endogamy is found in the private model (in line with the high coordination brokerage for this group), along with the openness nature of the public model, where this type of brokerage does not appear, but that of the consultant type does (according to the individual averages). The small group size of the public management model possibly conditions its need to intermediate towards the private model, which is much bigger, but does not justify its lack of internal coordination.

When analysing the values according to three groups and brokerage type (Table 7), despite the “representative” being more important in the network series (it represents 43% of total brokerage capacity), given its strategic character, the high liaison-type brokerage

capacity of the PH midwives in the private model is especially emphasised. In other words, establishing this brokerage tends to be more complex and is more costly to maintain because the brokerage groups differ from one another, and they partly differ from the actor acting as a broker.

The strategic role of brokerage capacity depends not only on type, but also on its degree of concentration. To display this graphically, actors are grouped according to their individual brokerage percentage. The first group represents only one quarter of the midwives, but concentrates 57 % of brokerage capacity (Figure 4).

Figure 4: Distribution of brokerage capacity (hard core group *versus* total social network).



This means that power is well concentrated in only a few key actors, which represents a “hard core” species of compound brokerage, as expected mainly for the actors in the private model and in PH (UP2, UP3, UP4, UP5 and UP6) and for a single actor in the private model in SH (UE14). Moreover, this “hard core” is that which concentrates almost all the strategic liaison-type brokerage, while the third group (the public model) is virtually absent in the potential brokerage tasks in the social network.

Discussion

The present study attempts to assess whether the existence of two human resources management models (private *versus* public) in the La Ribera health area in Valencia, Spain, conditions the efficiency of the services provided by midwives to a greater extent

than belonging to a given healthcare level (SH *versus* PH). According to the obtained results, it is possible to state that the efficiency of services is more determined by the human resources management model than by the healthcare level from which they are provided. These are the results that stem from applying the methodological SNA approach, particularly when referring to relational density for groups, cohesive groups (factions) and degree of openness *versus* homophily (E-I Index).

This outcome clashes with the strategic objective of this PPP, which intends to achieve comprehensive management (the integration of SH and PH to enable seamless patient care experiences) in the health area of La Ribera (Tarazona, de Rosa and Marín 2005). The search for continuity of care is not an exclusive objective of this PPP but is present in any health management model. For instance, studies that refer to the Spanish health domain suggest a unique management structure, including those of both healthcare levels, as a way to guarantee continuity of care (Ojeda, Freire and Gervas 2006) and healthcare coordination (Henaó, Vázquez and Vargas 2009). The last study points out that the differences caused by distinct occupational agreements in one same company create a working environment that does not favour coordination, particularly as far as differences in working hours, salaries and incentives are concerned (Henaó, Vázquez and Vargas 2009). In international spheres, the interest of health professionals in achieving better collaboration between PH and SH stands out (Waibel et al. 2016; Schölmerich et al. 2014; Robinson 2010), and is known as integrated care (Stewart et al. 2017; Lillrank 2012). However, the pending question is how it can be suitably implemented (Perdok et al. 2014).

The results obtained in the present study herein reveal that a particularly cohesive group is found among the midwives in the private management model (with a high density of internal relationships) that is also somewhat endogamous (poor external relationships). This result implies two interpretations because this good cohesion is a strong point that moves in the healthcare strategy direction of this PPP. As pointed out by Tarazona, de Rosa and Marín (2005), this healthcare strategy is based on promoting knowledge among different professionals from the area, establishing joint action guidelines and defining common objectives for the health area to offer comprehensive health care to patients. Moreover, according to the obtained results, the fact that public management model midwives occupy a peripheral position, are further away and are weakly connected with the strongly cohesive group of midwives who belong to the private model, can be less positively interpreted. In line with this, in a qualitative study done with the same population studied here (midwives from the La Ribera health area), three aspects stand out for those linked to the private management model: greater healthcare pressure in relation to their public management model colleagues; the existence of "airtight" compartments being perceived; and the healthcare management dealing with their public management model colleagues differently (Camacho-Morell et al. 2019). Thus, it can be concluded that the healthcare strategy of this PPP has been successful, in the area covered by the present study, in creating a very cohesive internal group of midwives. However,

this success has to be played down because its efficiency would have been greater if it had better integrated and included more public model midwives compared to those in the private model.

The network indicators gave a clear definition of the subgroup formed by the PH midwives from the private model, with a very high relational potential as it bridges (brokerage functions) its SH working colleagues in the private model, as well as the PH working colleagues in the public model. Thus, a greater and better integration of the midwives of the public model (all in PH) could take place taking advantage of the privileged position of intermediation of PH midwives of the private model.

This result is in line with that obtained by Waibel et al. (2016) where users indicate that the health care model whose central axis is PH is the most appropriate to provide continuity between levels of care. It also points out that PH professionals are the best placed to perform the functions of gatekeeper and coordinator (Waibel et al. 2016), such as in the present study. In turn, in the SNA study of Groenen et al. (2017), community-based midwives (comparable to PH midwives in Spain) showed high scores in connectivity, which makes the authors believe that those midwives are essential in connecting the different professionals in the network.

In the present study, the other actors who obtained high scores in connectivity (UP2 and EU14) were two midwives working in middle management positions. This result is consistent with that obtained in the SNA study by Boyer et al. (2010) in France, in which middle managers emerge as those with high levels of centrality, prestige and cliques. This crucial role of middle managers is also reflected in the study by Valentino (2004), who considers them to be change agents and capable of attracting and encouraging people in a new organisation. Therefore, in response to the question raised by Perdok et al. (2014) about how continuity of care can be suitably implemented, the results of the present study point to the strategic role that midwives can play in middle management (UP2 and EU14) and in bridging the gap between subgroups (midwives in SH and private model management). Knowledge of these key actors can improve the continuum of care between PH and SH, and thus the efficiency of the system, as some authors pointed out (Kroll-Desrosiers et al. 2016; Schmied et al. 2010).

From the methodological point of view, this study verified the potential of the SNA as a methodological tool to study social relationships in the health area. Although many reviews have appeared in recent years on the works conducted with this methodology in the health domain (Tasselli 2014; Chambers et al. 2012; Smith and Christakis 2008; Luke and Harris 2007), very few studies have specifically dealt with networks of health professionals (De Brún and McAuliffe 2018; Cunningham et al. 2012; Oliver et al. 2012). Furthermore, the research works from the SNA perspective that refer to the maternity care process are even scarcer (Groenen et al. 2017), and up to date no contributions specifically linking the analysis of maternity care and health PPPs from the SNA approach. The

samples of the interviewed midwives represented 90.3% of their population in the study area, which exceeds 75% of the responses considered necessary to take an SNA sample as being reliable (Borgatti, Carley and Krackhardt 2006). Consequently, using the SNA approach allowed those professionals with greater centrality in the network to be described. These actors, who occupy leadership positions, are capable of making changes in the network as a whole, and the SNA enabled these actors to be suitably identified (Valente and Pumpuang 2007), as well as a few actors who acted as a bridge between subgroups. This concentration in key actors is consistent with the results obtained with the SNA in other areas (Esparcia and Serrano 2016).

The present study reliably reflects the situation of a given group (midwives) within a time frame (2016) and in a certain geographical location (the La Ribera health area). These results cannot be generalised to the other health professionals in this health area because each unit or service is a group with its own characteristics, such as pointed out by Boyer et al. (2010). Nonetheless, this does not avoid, as Schroeder et al. (2012) suggest, that even though a study belongs to a given context, its results can contribute to improve overall knowledge on a certain theme.

Working with a fixed picture entails certain limitations, and having a longitudinal study would be more useful (Ramos-Vidal 2019, Hovee et al. 2018; Boyer et al. 2010). Although the SNA approach also provides the opportunity of exploring the longitudinal impact of reorganisation on workforce and on inter-organisational networks (Groenen et al. 2017; Oliver et al. 2012), there are other different approaches that could be useful for that purpose. Thus, it could be used interventional and quasi-experimental design (Marek et al. 2006). Other authors point out the need to include qualitative methods to make sense of the structural indicators and to provide information about the context in which social interactions take place (Luke 2005) or the utilisation of vector autoregression models, where the efficiency of a specific intervention across time can be tested (Brandt and Williams 2007).

Regarding the present study, and in the context in which it was conducted, it is important to point out that this PPP was returned to Public Health System in April 2018. It is still too early to assess whether this reversion will spell more efficient health management as some studies have found strong and weak points in both models (López-Casanovas and Llano-Señarís 2017; Caballer-Tarazona and Vivas-Consuelo 2016; Barlow, Roehrich and Wright 2012; Rechel et al. 2009). However, the reversion to the public model may not be a solution for the problem of duplicating human resources models because, after its reversion, two very different groups still co-exist (those midwives belonging to the former private model and those belonging to the public one, having both of them a different status). Thus, once again we face two human resources management models which the Public Health System is now in charge of. The advances and results of this co-existence will have to be analysed in the mid-term (5-7 years), which would complete the results obtained to date. That analysis, even if made from the approach of SNA, would allow to

complete the aforementioned longitudinal perspective (as suggested by Groenen et al. 2017).

Other very interesting and complementary research lines can be explored in the future, such as the mechanisms for coordination from different professional categories (e.g. the relationship between midwives and gynaecologists), as in the study by Schölmerich et al. (2014). Here the methodological SNA perspective would be a novel aspect, which may be most useful. It would also be very interesting to introduce to the user perspective such as pointed out by Schölmerich et al. (2014), which finding an unexpected communicative role of pregnant women in transferring and correcting information between PH and SH midwives.

Conclusions and new prospects

The obtained results allowed the present study's initial hypothesis to be checked: the co-existence of two human resources management models (private *versus* public) in the La Ribera health area can determine the efficiency of the services provided by midwives, rather than belonging to a given healthcare level (SH *versus* PH). This research hypothesis has been confirmed by the consistency of results obtained mainly from the E-I Index.

Regarding the objectives set out, a higher density of relationships and greater cohesion were found for the group of midwives in the private model, who conform a clearly endogamous group. At the same time, this is both a strong point (given the efficiency of the care provided) and a weak point (as it does not open up outwardly). In the public model, midwives lie on the periphery of the network and their collaboration fails not just with themselves, but also with the private model midwives.

As regards the actors who act as bridges among subgroups, all the performed analyses coincide in emphasising the essential role played by the midwives who work in PH and belong to the private model. On the other hand, the results also clearly highlight the crucial role of two middle managers actors, both in relation to internal cohesion as well as in the intermediation between both healthcare levels (PH and SH).

The fact that this PPP has recently been reversed and returned to Public Health System suggests a very interesting dynamic scenario to be explored in the mid-term as a future research line, as would studying the other actors who would also intervene in maternity healthcare and from the user point of view.

References

- Balkundi, P. and M. Kilduff. 2006. "The ties that lead: A social network approach to leadership." *The Leadership Quarterly* 17(4): 419-439. <https://doi.org/10.1016/j.leaqua.2006.01.001>
- Barlow, J., J. Roehrich and S. Wright. 2012. *The search for low-cost integrated healthcare. The Alzira model – from the region of Valencia*. Brussels: NHS European Office.
- Barlow, J., J. Roehrich and S. Wright. 2013. "Europe sees mixed results from Public-Private Partnerships for building and managing health care facilities and services." *Health Affairs* 32(1): 146-154. <https://doi.org/10.1377/hlthaff.2011.1223>
- Borgatti, S. P. 2002. *Netdraw for Windows: Software for Social Network Analysis*. Harvard: Analytic Technologies.
- Borgatti, S. P., M. G. Everett and L. C. Freeman. 2002. *UCINET for Windows: Software for Social Network Analysis*. Harvard: Analytic Technologies.
- Borgatti, S. P., K. M. Carley and D. Krackhardt. 2006. "On the robustness of centrality measures under conditions of imperfect data." *Social Networks* 28(2): 124-136. <http://dx.doi.org/10.1016/j.socnet.2005.05.001>
- Borgatti, S. P., A. Mehra, D. J. Brass and G. Labianca. 2009. "Network analysis in the social sciences." *Science* 323: 892-895. <https://doi.org/10.1126/science.1165821>
- Borgatti, S. P., M. G. Everett and J. C. Johnson. 2013. *Analyzing Social Networks*. London: Sage Publications Ltd.
- Boyer, L., R. Belzeaux, O. Maurel, K. Baumstarck-Barrau and J. C. Samuelian. 2010. "A social network analysis of healthcare professional relationships in a French hospital." *International Journal of Health Care Quality Assurance* 23(5): 460-469. <https://doi.org/10.1108/09526861011050501>
- Brandt, P. T. and J. T. Williams. 2007. *Basic Vector Autoregression Models*. London: Sage Research Methods. <https://dx.doi.org/10.4135/9781412985215.n2>
- Caballer-Tarazona, M. and D. Vivas-Consuelo. 2016. "A cost and performance comparison of PPP and public hospitals in Spain." *Health Economics Review* 6: 17. <https://doi.org/10.1186/s13561-016-0095-5>
- Camacho-Morell, F., J. Espert-Galera, S. Sanchis-Valero and S. Sebastián-Abril. 2019. "Coordinación entre matronas del área de salud de La Ribera desde un enfoque fenomenológico." *Matronas Profesión* 20(1): 5-12.
- Cappellaro, G. and F. Longo. 2011. "Institutional public private partnerships for core health services: evidence from Italy." *BMC Health Services Research* 11: 82. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-11-82>

Camacho, F., Esparcia, J. (2020). "A contribution to the analysis of the first Spanish public-private partnership in primary and specialized maternity care: a Social Network Analysis approach".

Revista Internacional de Sociología, 2020 [en prensa]

Chambers, D., P. Wilson, C. Thompson and M. Harden. 2012. "Social network analysis in healthcare settings: a systematic scoping review." *PLoS One* 7: e41911. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0041911>

Cunningham, F. C., G. Ranmuthugala, J. Plumb, A. Georgiou, J. I. Westbrook and J. Braithwaite. 2012. "Health professional networks as a vector for improving healthcare quality and safety: a systematic review." *BMJ Quality & Safety* 21: 239-249. <http://dx.doi.org/10.1136/bmjqs-2011-000187>

De Brún, A. and E. McAuliffe. 2018. "Social Network Analysis as a Methodological Approach to Explore Health Systems: A Case Study Exploring Support among Senior Managers/Executives in a Hospital Network." *International Journal of Environmental Research and Public Health* 15(3): 511. <https://doi.org/10.3390/ijerph15030511>

Den Breejen, E. M., M. A. Hilbink, W. L. Nelen, T. J. Wiersma, J. S. Burgers, J. A. Kremer and R. P. Hermens. 2014. "A patient-centered network approach to multidisciplinary-guideline development: a process evaluation." *Implementation Science* 9: 68. <https://doi.org/10.1186/1748-5908-9-68>

Esparcia, J. and J. Serrano. 2016. "Analysing social networks in rural development: a gender approach." *International Review of Social Research* 6(4): 206-220. <https://doi.org/10.1515/irsr-2016-0023>

Esparcia, J. 2017. *Capital social y desarrollo territorial: Redes sociales y liderazgos en las nuevas dinámicas rurales en España*. Tesis Doctoral, UAB. En <https://ddd.uab.cat/record/187370>

Gould, R. V. and R. M. Fernandez. 1989. "Structures of Mediation: A Formal Approach to Brokerage in Transaction Networks." *Sociological Methodology* 19: 89-126. <http://dx.doi.org/10.2307/270949>

Government of Spain. 1986. "Law 14/1986: General Health Law." *Boletín Oficial del Estado* 102:15207-15224, December 12th 2018.

Government of Spain. 1997. "Law 15/1997: Enabling new ways of managing the National Health System." *Boletín Oficial del Estado* 100:13449-13450, December 12th 2018.

Groenen, C., N. van Duijnhoven, M. Faber, J. Koetsenruijter, J. Kremer and F. Vandenbussche. 2017. "Use of social network analysis in maternity care to identify the profession most suited for case manager role." *Midwifery* 45: 50-55. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2016.12.007>

Haggerty, J., R. Reid, G. K. Freeman, B. H. Starfield, C. E. Adair and R. Mc-Kendry. 2003. "Continuity of care: a multidisciplinary review." *British Medical Journal* 327: 1219-1221. <https://doi.org/10.1136/bmj.327.7425.1219>

Hanneman, R. A. and M. Riddle. 2005. *Introduction to social network methods*. Riverside: University of California.

Camacho, F., Esparcia, J. (2020). "A contribution to the analysis of the first Spanish public-private partnership in primary and specialized maternity care: a Social Network Analysis approach".

Revista Internacional de Sociología, 2020 [en prensa]

- Henao, D., M. L. Vázquez and I. Vargas. 2009. "Factores que influyen en la coordinación entre niveles asistenciales según la opinión de directivos y profesionales sanitarios." *Gaceta Sanitaria* 23(4): 280-286. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2008.05.001>
- Herr, A., H. Schmitz and B. Augurzky. 2011. "Profit efficiency and ownership of German hospitals." *Health Economics* 20: 660-674. <https://doi.org/10.1002/hec.1622>
- Hoeve, Y, S. Kunnen, J. Brouwer and P. F. Roodbol. 2018. "The voice of nurses: Novice nurses' first experiences in a clinical setting. A longitudinal diary study." *Journal of clinical nursing* 27: e1612-e1626. <https://doi.org/10.1111/jocn.14307>
- Klijn, E. H. and G. R. Teisman. 2003. "Institutional and Strategic Barriers to Public—Private Partnership: An Analysis of Dutch Cases." *Public Money and Management* 23(3): 137-146. <https://doi.org/10.1111/1467-9302.00361>
- Knoke, D. and S. Yang. 2008. *Social network analysis*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- Kroll-Desrosiers, A. R., S. L. Crawford, T. A. Moore Simas, A. K. Rosen and K. M. Mattocks. 2016. "Improving pregnancy outcomes through maternity care coordination: a systematic review." *Womens Health Issues* 26(1): 87-99. <https://doi.org/10.1016/j.whi.2015.10.003>
- Lillrank, P. 2012. "Integration and coordination in healthcare: an operations management view." *Journal of Integrated Care* 20(1): 6-12. <https://doi.org/10.1108/14769011211202247>
- López-Casanovas, G. and J. E. Llano-Señarís. 2017. *Colaboración público-privada en Sanidad: el modelo Alzira*. Madrid: Fundación Gaspar Casal.
- Luke, D. A. 2005. "Getting the big picture in community science: Methods that capture context." *American Journal of Community Psychology* 35: 185-200. <https://doi.org/10.1007/s10464-005-3397-z>
- Luke, D. A. and J. K. Harris. 2007. "Network analysis in public health: History, methods and applications." *Annual Review of Public Health* 28: 69-93. <https://doi.org/10.1146/annurev.publhealth.28.021406.144132>
- Marek K., L. Popejoy, G. Petroski and M. Rantz. 2006. "Nurse care coordination in community-based long-term care." *Journal of Nursing Scholarship* 38(1): 80-86. <https://doi.org/10.1111/j.1547-5069.2006.00081.x>
- Martínez, J. and M. I. Baena. 2004. "Sistema nacional de salud español: estructura y competencias." Pp. 239-256 in *Los Sistemas de Salud de Iberoamérica de Cara al Siglo XXI*. México: Universidad de Guadalajara.
- Ojeda, J. J., J. M. Freire and J. Gérvas. 2006. "La coordinación entre Atención Primaria y Especializada: ¿reforma del sistema sanitario o reforma del ejercicio profesional?" *Revista de Administración Sanitaria* 4(2): 357-382.

Camacho, F., Esparcia, J. (2020). "A contribution to the analysis of the first Spanish public-private partnership in primary and specialized maternity care: a Social Network Analysis approach".

Revista Internacional de Sociología, 2020 [en prensa]

- Oliver, K., M. Everett, A. Verma and F. de Vocht. 2012. "The human factor: Re-organisations in public health policy." *Health Policy* 106(1): 97-103. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2012.03.009>
- Ortún, V. and G. López. 2000. *Financiación capítativa, articulaci3n entre niveles asistenciales y descentralizaci3n de las organizaciones sanitarias*. Barcelona: Universitat Pompeu Fabra.
- Perdok, H., L. Mokkink, J. van Dillen, M. Westerneng, S. Jans, B. W. Mol and A. de Jonge. 2014. "Opinions of maternity care professionals about integration of care during labor for "moderate risk" indications: a Delphi study in the Netherlands." *Birth* 41: 195-205. <https://doi.org/10.1111/birt.12102>
- Perdok, H., S. Jans, C. Verhoeven, L. Henneman, T. Wieggers, B. W. Mol, F. Schellevis and A. de Jonge. 2016. "Opinions of maternity care professionals and other stakeholders about integration of maternity care: a qualitative study in the Netherlands." *BMC Pregnancy and Childbirth* 16: 188. <https://doi.org/10.1186/s12884-016-0975-z>
- Perkins, J. M., S. V. Subramanian and N. A. Christakis. 2015. "Social networks and health: A systematic review of sociocentric network studies in low- and middle-income countries." *Social Science & Medicine* 125: 60-78. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2014.08.019>
- Provan, K. G., J. Harvey and J. Guernsey de Zapien. 2005. "Network structure and attitudes toward collaboration in a community partnership for diabetes control on the US-Mexican border." *Journal of Health Organization and Management* 19(6): 504-518. <https://doi.org/10.1108/14777260510629706>
- Ramos-Vidal, I. 2019. "Social network analysis in public health research: a systematic review." *Revista de salud p3blica (Bogota, Colombia)* 21(1): 109-114. <https://doi.org/10.15446/rsap.V21n1.68530>
- Rechel, B., J. Erskine, B. Dowdeswell, S. Wright and M. McKee. 2009. *Capital investment for health: case studies from Europe*. Copenhagen: European Observatory on Health Systems and Policies, WHO Regional Office for Europe.
- Robinson, K. M. 2010. "Care coordination: a priority for health reform." *Policy, Politics, and Nursing Practice* 11(4): 266-274. <https://doi.org/10.1177/1527154410396572>
- Rodr3guez, C. and C. des Rivi3res-Pigeon. 2007. "A literature review on integrated perinatal care." *International Journal of Integrated Care* 7: e28. <https://doi.org/10.5334/ijic.202>
- Roehrich, J. K., M. A. Lewis and G. George. 2014. "Are PPP a healthy option? A systematic literature review." *Social Science and Medicine* 113: 110-119. <https://dx.doi.org/10.1016/j.socscimed.2014.03.037>
- S3nchez-Mart3nez, F. I., J. M. Abell3n-Perpi3n3n and J. Oliva-Moreno. 2014. "Privatization in healthcare management: an adverse effect of the economic crisis and a symptom of bad

Camacho, F., Esparcia, J. (2020). "A contribution to the analysis of the first Spanish public-private partnership in primary and specialized maternity care: a Social Network Analysis approach".

Revista Internacional de Sociología, 2020 [en prensa]

- governance. SESPAS report 2014." *Gaceta Sanitaria* 28(S1): 75-80. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2014.02.019>
- Schmied, V., A. Mills, S. Kruske, L. Kemp, C. Fowler and C. Homer. 2010. "The nature and impact of collaboration and integrated service delivery for pregnant women, children and families." *Journal of Clinical Nursing* 19: 3516-3526. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2010.03321.x>
- Schölmerich, V., A. G. Posthumus, H. Ghorashi, A. Waelput, P. Groenewegen and S. Denктаş. 2014. "Improving interprofessional coordination in Dutch midwifery and obstetrics: a qualitative study." *BMC Pregnancy and Childbirth* 14: 145. <https://doi.org/10.1186/1471-2393-14-145>
- Schroeder, E., S. Petrou, N. Patel, J. Hollowell, D. Puddicombe, M. Redshaw and P. Brocklehurst. 2012. "Cost effectiveness of alternative planned places of birth in woman at low risk of complications: evidence from the birthplace in England national prospective cohort study." *British Medical Journal* 344: e2292. <https://doi.org/10.1136/bmj.e2292>
- Sekhri, N., R. Feachem and A. Ni. 2011. "Public-Private Integrated Partnerships Demonstrate The Potential To Improve Health Care Access, Quality, And Efficiency." *Health affairs* 30(8): 1498-1507. <https://doi.org/10.1377/hlthaff.2010.0461>
- Shelton, R. C., M. Lee, L. E. Brotzman, D. M. Crookes, L. Jandorf, D. Erwin and E. A. Gage-Bouchard. 2019. "Use of social network analysis in the development, dissemination, implementation, and sustainability of health behavior interventions for adults: A systematic review." *Social Science and Medicine* 220: 81-101. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2018.10.013>
- Smith, K. P. and N. A. Christakis. 2008. "Social Networks and Health." *Annual Review of Sociology* 34: 405-429. <https://doi.org/10.1146/annurev.soc.34.040507.134601>
- Stewart, G., P. Bradd, T. Bruce, T. Chapman, B. McDougall, D. Shaw and L. Soars. 2017. "Integrated care in practice – the South Eastern Sydney experience." *Journal of Integrated Care* 25(1): 49-60. <https://doi.org/10.1108/JICA-07-2016-0025>
- Tahan, H. A. and V. Campagna. 2010. "Case management roles and functions across various settings and professional disciplines." *Professional Case Management* 15(5): 245-277. <https://doi.org/10.1097/NCM.0b013e3181e94452>
- Tarazona, E., A. de Rosa and M. Marín. 2005. "La experiencia del "Modelo Alzira" del Hospital de La Ribera a la Ribera-área 10 de salud: la consolidación del modelo." *Revista de Administración Sanitaria* 3: 83-98.
- Tasselli, S. 2014. "Social Networks of Professionals in Health Care Organizations: A Review." *Medical Care Research and Review* 71: 619-660. <https://doi.org/10.1177/1077558714557079>

Camacho, F., Esparcia, J. (2020). “A contribution to the analysis of the first Spanish public-private partnership in primary and specialized maternity care: a Social Network Analysis approach”.

Revista Internacional de Sociología, 2020 [en prensa]

- Terraza, R., I. Vargas and M. L. Vázquez. 2006. “La coordinación entre niveles asistenciales: una sistematización de sus instrumentos y medidas.” *Gaceta Sanitaria* 20: 485-495. <https://doi.org/10.1157/13096516>
- Torres, L. and V. Pina. 2001. “Public-private partnership and private finance initiatives in the EU and Spanish local governments.” *European Accounting Review* 10(3): 601-619. <http://dx.doi.org/10.1080/713764637>
- Valente, T. W. and P. Pumpuang. 2007. “Identifying Opinion Leaders to Promote Behavior Change.” *Health Education & Behaviour* 34(6): 881-896. <https://doi.org/10.1177/1090198106297855>
- Valentino, C. L. 2004. “The role of middle managers in the transmission and integration of organizational culture.” *Journal of Healthcare Management* 49(6): 393-404. <https://doi.org/10.1097/00115514-200411000-00009>
- Vassliev, I., P. Marques-Sánchez and N. Serrano-Fuentes (Eds). 2019. “Social Networks and Health.” *International Journal of Environmental Research and Public Health*. Special Issue available in https://www.mdpi.com/journal/ijerph/special_issues/SNA
- Vázquez, M. L., I. Vargas, J. Farré and R. Terraza. 2005. “Integrated health care organizations: Guideline for analysis.” *Revista Española de Salud Pública* 79: 633-643.
- Waibel, S., I. Vargas, M. B. Aller, J. Coderch, J. Farré and M. L. Vázquez. 2016. “Continuity of clinical management and information across care levels: perceptions of users of different healthcare areas in the Catalan national health system.” *BMC Health Services Research* 16: 466. <https://doi.org/10.1186/s12913-016-1696-8>
- Wasserman, S. and K. Faust. 1994. *Social network analysis: Methods and applications*. New York: Cambridge University Press.
- West, E., D. N. Barron, J. Dowsett and J. N. Newton. 1999. “Hierarchies and cliques in the social networks of health care professionals: Implications for the design of dissemination strategies.” *Social Science and Medicine* 48: 633-646. [https://doi.org/10.1016/S0277-9536\(98\)00361-X](https://doi.org/10.1016/S0277-9536(98)00361-X)

Capítulo 8.

Conclusiones generales de la tesis doctoral y recomendaciones para la práctica

8. Conclusiones generales, recomendaciones para la práctica y futuras líneas de investigación

8.1. Análisis de la implementación del paradigma de parto normal, expectativas y fuentes de información para las gestantes, y coordinación entre matronas en el área de salud de La Ribera

La presente tesis doctoral tiene como punto de partida la **introducción de los protocolos de atención al parto normal** en el HULR y la percepción de la autora, que ejerce profesionalmente como matrona en paritorio, respecto de una posible desinformación de las gestantes acerca de este cambio de modelo asistencial. A partir de esta hipótesis se plantean una serie de cuestiones a las que se tratarán de dar respuesta a lo largo de los artículos que componen la tesis doctoral.

La primera investigación pretende determinar diversas cuestiones, como si las gestantes de La Ribera conocen los protocolos de atención al parto normal, desean incluirlos dentro de su proceso de parto y los solicitan en el momento del parto; la valoración de las gestantes de los protocolos que no deseaban incluir en su parto y finalmente formaron parte del mismo; los comentarios libres de las púerperas sobre la aplicación de los distintos protocolos; y conocer el porcentaje de gestantes que acuden a las actividades formativas e informativas prenatales.

Los resultados que se obtuvieron de esta investigación evidenciaron que las gestantes tienen un conocimiento aceptable de los protocolos de atención al parto normal, y a la vez un deseo de inclusión en el parto bastante elevado. Además, incluso cuando las gestantes verbalizaban que no deseaban incluir en su parto alguno de los

protocolos de atención al parto normal, la inclusión de dichos protocolos en su proceso de parto fue valorada mayoritariamente de forma positiva, a excepción del uso del óxido nitroso. Debido a los efectos secundarios asociados al uso del óxido nitroso (náuseas, vómitos) es lógico pensar que las mujeres que no tenían una intención previa de utilizarlo como método de alivio del dolor durante el parto valoren su utilización *a posteriori* de forma negativa.

Asimismo, se ha evidenciado que la aplicación del paradigma de parto normal se realiza en el paritorio de La Ribera en unos porcentajes también aceptables, a excepción de determinadas medidas no implementadas, como la atención intraparto “*one-to-one*” (una matrona para una parturienta), así como la posibilidad de dilatar y/o parir dentro del agua. Estas medidas no solo no se aplicaban en el paritorio en el momento en el que se llevó a cabo la recogida de información, sino que siguen sin implementarse en el momento actual (abril de 2020), a pesar de conformar la mejor evidencia científica disponible. Entre tales medidas, la atención continuada de una matrona a una mujer en su proceso de dilatación y parto es una de las necesidades no cubiertas y más frecuentemente expresadas entre los comentarios libres de las púerperas en esta investigación. En ellos, las púerperas se quejan del cambio de matrona durante la dilatación y el expulsivo, de ser atendida por más de una matrona durante su proceso de parto, o de haber tenido que realizar solas los pujos. Al mismo tiempo, esta atención continuada *one-to-one* también supone una de las reivindicaciones más frecuentes de las matronas que ejercen profesionalmente en el paritorio, que pueden atender por ley a dos mujeres en proceso de parto de forma simultánea, pero que preferirían poder centrar toda su atención en una única parturienta, en la creencia firme de que es el mejor cuidado que se puede ofrecer (al igual que se realiza en otros paritorios, como por ejemplo en el Hospital de La Fe, en Valencia).

Otra cuestión importante que aparece en esta primera investigación se relaciona con la disponibilidad de información, que supone un elemento clave en la conformación de las expectativas de parto. En

primer lugar, las gestantes verbalizaron que no recibieron suficiente información por parte de su matrona de AP acerca de las actividades formativas e informativas prenatales (preparación al parto y charla de tercer trimestre en el hospital). En segundo lugar, refirieron que, incluso en el caso de ser informadas de ellas, estas actividades se suspendían durante el periodo estival. Debido a ello, las matronas reducen su cartera de servicios en estas fechas, priorizando la atención al seguimiento del embarazo y el puerperio en consulta sobre las actividades formativas grupales (no solo la preparación al parto, sino también la charla de primer trimestre, el taller de lactancia materna y el taller de masaje infantil, entre otros). Esta cuestión organizativa repercutía directamente en la disponibilidad de información, originando un déficit de la misma en las gestantes que vivieron la recta final de su embarazo durante el periodo estival.

Además, en relación a la disponibilidad de información, se ha constatado que el cambio de paradigma llevado a cabo en paritorio no ha contado con la participación de las matronas de AP del área de salud ni se ha informado formalmente a las mismas de los cambios introducidos. Por ello, resulta complicado que puedan transmitir la información relativa a este cambio de paradigma a las gestantes a las que acompañan durante su embarazo. Esta falta de información puede repercutir directamente en la formación de las expectativas de parto de las gestantes e interferir en los procesos de toma de decisiones sobre cuestiones relativas a la salud materno-infantil, lo que choca frontalmente con el interés de las autoridades sanitarias (que instan a los profesionales sanitarios a que conozcan las expectativas de parto de las gestantes e investiguen formas efectivas de apoyar a las gestantes en la toma de decisiones informadas durante su proceso de parto).

Así pues, los resultados obtenidos en esta investigación generan a su vez nuevas preguntas de investigación, relacionadas tanto con las gestantes como con las matronas que las atienden en el proceso de embarazo, parto y puerperio, y que forman el grueso de la tesis doctoral. En relación con las gestantes, se ha pretendido explorar, en

primer lugar, cuáles son sus expectativas de parto, hasta qué punto se alinean dichas expectativas con los protocolos de atención al parto normal implantados y si la paridad de las gestantes afecta a la generación de dichas expectativas. En segundo lugar, se pretende explorar qué fuentes de información utilizan las gestantes para conformar dichas expectativas; cuáles son las fuentes de información de mayor calidad, utilidad, frecuencia de uso e influencia para las gestantes; qué fuentes de información consideran deficitarias las gestantes y cuáles son sus propuestas de mejora para mejorar los flujos de información; y las posibles diferencias en el uso de fuentes de información en función de la paridad de las gestantes.

Con respecto a las matronas, se parte de la hipótesis de que la coordinación entre las matronas del área de salud de La Ribera puede ser deficitaria. Para resolver esta cuestión se ha pretendido estudiar si existe un buen flujo de información entre las matronas del área de salud de La Ribera y si la existencia de dos modelos de gestión de recursos humanos en el área de salud influye en la coordinación y cooperación entre matronas. Asimismo, se ha planteado estudiar cuál es el grado de cohesión de la red social formada por las matronas de La Ribera; cuáles son sus pautas relacionales y su capacidad de intermediación en función de diferentes atributos; cómo perciben las matronas su coordinación; y qué propuestas de mejora plantean las matronas para aumentar su cooperación y coordinación.

Ambos bloques, gestantes y matronas, se han explorado en la presente tesis desde una doble perspectiva. En primer lugar, mediante el uso de la metodología cualitativa, que se considera la más apropiada para determinar los sentimientos, las interacciones, las percepciones y los comportamientos individuales. En segundo lugar, tanto gestantes como matronas se han estudiado desde el enfoque metodológico del ARS. En el caso de las gestantes, las posibles fuentes de información conforman una red única para cada embarazada, de la que se han estudiado parámetros como la frecuencia de uso de cada fuente de información, así como su influencia, su calidad o su utilidad. En el caso de las matronas, el

ARS ha permitido analizar en qué medida la red de profesionales sanitarios está organizada y funciona de forma eficiente a la hora de prestar los cuidados a la salud materno-infantil.

Con respecto a la perspectiva de las gestantes, la exploración cualitativa de sus **expectativas de parto** ha arrojado como resultado principal tener un parto rápido y sin dolor, mientras que otras categorías como la necesidad de información y control aparece en un porcentaje muy bajo de las respuestas de las gestantes, y los protocolos de atención al parto normal se incluyen entre las expectativas de parto de tan solo un 5,2 % de las gestantes encuestadas. Existe, pues, una dicotomía entre expectativas de las gestantes y protocolos de atención al parto normal, a pesar de haber recogido en esta misma población unos altos porcentajes de deseo de inclusión de dichos protocolos en su proceso de parto.

Adecuar las expectativas de parto de las gestantes con su posterior experiencia de parto resulta fundamental para lograr la satisfacción de las gestantes y su percepción de un cuidado de calidad. Aunque apliquemos la mejor evidencia científica disponible, no podremos decir que un cuidado es de calidad mientras las gestantes no lo perciban de la misma manera. Por ello resulta imprescindible investigar de dónde procede la información que utilizan las gestantes para conformar sus expectativas de parto y cuáles son las fuentes de información más frecuentes, más influyentes, de mayor calidad y más útiles.

Asimismo, la exploración de las expectativas ha permitido evidenciar que no existen diferencias estadísticamente significativas entre las expectativas de parto expresadas por primíparas y multíparas. A pesar de la experiencia que supone haber tenido un parto previo, las expectativas de las gestantes no se modifican por dicha experiencia. Tan solo se ha encontrado una tendencia (sin significación estadística) hacia mayor inclusión de los protocolos de atención al parto normal entre las expectativas de las primíparas. Esto puede explicarse debido a su mayor asistencia a las actividades formativas

/ informativas prenatales (lo que sí tiene significación estadística), en las que actualmente se está introduciendo información sobre dichos protocolos. En la revisión bibliográfica efectuada solo se han encontrado referencias a los protocolos de atención al parto normal en los artículos más recientes, así que es posible que estemos inmersos en un proceso de difusión de innovaciones y todavía tardemos algún tiempo en asimilar dichos protocolos como elementos habituales del parto.

Otra posible explicación es que las multíparas esperan que todo ocurra, en el segundo y sucesivos embarazos, de la misma forma que en el primero. Esta deducción se extrae del diagrama de flujo (Figura 11), en el que las multíparas se basan en sus conocimientos y experiencia previa para afrontar un segundo o posterior embarazo, y en sus comentarios libres, en los que acusan la aparición de sentimientos negativos cuando en el segundo embarazo aparece alguna circunstancia que hace que ese embarazo sea diferente al anterior.

Con respecto a las **fuentes de información** que utilizan las gestantes para conformar sus expectativas de parto, en esta tesis se partía de la hipótesis de que las fuentes de información personales (madre, familiares, amistades) son las que tienen mayor frecuencia de uso e influencia sobre las gestantes, por encima de las fuentes de información públicas y profesionales. Sin embargo, el estudio realizado ha permitido evidenciar que las fuentes profesionales (matronas, ginecólogos, médicos de AP y especialistas) son valoradas como las de mayor calidad y utilidad para las gestantes, mientras que la figura de la matrona de AP, en concreto, se configura como la fuente de información más frecuentemente utilizada y más influyente en la población de estudio.

Otros resultados interesantes derivados de este estudio son, por un lado, las diferencias en función de la paridad de las gestantes a la hora de afrontar las contradicciones que surgen en la búsqueda de información y, por otro lado, la valoración que realizan las gestantes

de los profesionales sanitarios como fuente de información deficitaria. En el primer caso, mientras que las primíparas intentan resolver la contradicción entre diversas fuentes de información con nuevas búsquedas en fuentes alternativas, o recurriendo a los profesionales sanitarios (que son los únicos que, en última instancia, consiguen resolver dudas y contradicciones), las múltiparas prefieren utilizar su experiencia previa para resolver dichas contradicciones. En el segundo caso, el hecho de que los profesionales sanitarios sean, con diferencia, la fuente de información más deficitaria parece estar relacionado con las expectativas que tienen las gestantes acerca de lo que puede o debe ofrecer cada fuente de información, y son muy críticas cuando los profesionales sanitarios no están a la altura de lo que esperaban encontrar en ellos.

Sin embargo, el hecho de que la matrona sea la fuente de información más influyente, por encima de las redes personales y de las nuevas tecnologías, debe ser un aliciente para los profesionales sanitarios implicados en la atención a la salud materno-infantil. Así, las matronas tienen un papel fundamental formando e informando a las gestantes sobre la importancia del cambio de modelo asistencial y sobre la evidencia científica subyacente a los protocolos de atención al parto normal. Este trabajo de formación / información se realiza principalmente desde AP, donde las matronas que se encargan del seguimiento del embarazo tienen un contacto continuo con las gestantes en todas las etapas del mismo, tanto a través de la atención individual en las consultas como a través de las actividades formativas grupales.

Para ello, resulta imprescindible que las matronas que ejercen profesionalmente en AP trabajen de forma coordinada, tanto entre ellas como con sus compañeras de AE. En esta tesis, se parte de la hipótesis de que la **coordinación entre matronas** de AE y AP es deficiente, debido en mayor medida a su pertenencia a dos modelos de gestión de recursos humanos diferentes, y no tanto a su pertenencia a un determinado nivel asistencial. De hecho, los resultados derivados del estudio realizado con metodología ARS

(principalmente el resultado del *E-I Index*) han permitido demostrar que la falta de coordinación se debe principalmente a la adscripción a un determinado modelo de gestión de recursos humanos, por encima de su separación en dos niveles asistenciales. Otros resultados que avalan esta hipótesis son, por ejemplo, la mayor densidad de contacto y cohesión de las matronas que pertenecen al modelo de gestión privado y la dificultad para dividir las en subgrupos mediante el análisis de *factions*. Además, el estudio ha permitido detectar actores clave en las tareas de intermediación (mediante los análisis de *betweenness* y *brokerage*), que constituyen verdaderos puentes entre subgrupos. Principalmente, son las matronas que tienen un puesto de responsabilidad (cargos intermedios) y aquellas que trabajan en AP y pertenecen al modelo de gestión privada. Dicho conocimiento puede ser útil para encontrar formas de acercar a las matronas del modelo público, que se encuentran en la periferia de la red de contacto laboral y muestran una coordinación deficitaria, tanto con las matronas del modelo privado como entre ellas.

Estos resultados refuerzan a los obtenidos en la investigación realizada desde una perspectiva fenomenológica, en la que esta cooperación entre matronas de dos niveles asistenciales y dos modelos de gestión ha sido valorada como escasa y deficiente por ellas mismas. De hecho, las matronas entrevistadas han tenido dificultades para definir qué es la coordinación y quién es la persona del Departamento de salud encargada de la misma. Además, perciben una coordinación más deficiente entre ellas (matronas de AP y AE, matronas del modelo público y privado) que entre matronas y profesionales sanitarios de otras categorías (matronas y ginecólogos, por ejemplo). Por último, únicamente las matronas del modelo privado han expresado que tienen una mayor presión asistencial que sus compañeras del modelo público y que perciben la existencia de compartimentos estancos, algo que no se ha verbalizado por parte de las matronas del modelo de gestión público.

Asimismo, la investigación cualitativa de este fenómeno ha permitido obtener respuestas acerca de cuáles son las medidas que

proponen las matronas para mejorar su cooperación. En este sentido, ellas han apuntado que realizar actividades en común y rotatorios entre AP y AE, aumentar su contacto no solo a nivel profesional sino también a nivel personal, tener una persona de referencia para la coordinación de las matronas de ambos niveles asistenciales y ambos modelos de gestión y contar con una línea de trabajo común podrían fomentar su coordinación.

Sin embargo, las circunstancias son dinámicas y durante el tiempo en que se ha realizado la tesis doctoral se ha producido el retorno del Departamento de Salud de La Ribera a la sanidad pública valenciana (abril de 2018)³. Ello supone un cambio de escenario que, sin embargo, no parece que vaya a resolver el problema de la duplicidad de modelos de gestión de recursos humanos en dicho departamento de salud. La situación actual es que se está viviendo en La Ribera una convivencia de personal tanto estatutario como laboral. Los primeros continúan como estaban, pero los segundos han pasado de depender del modelo de gestión privado a depender de la *Conselleria de Sanitat*, pero bajo un régimen diferente. Así, estos convenios laborales (estatutario y laboral) conllevan diferencias en cuanto a horario de trabajo, sueldo y derechos de los trabajadores. Por tanto, continúa habiendo diferencias entre los profesionales que, pese a trabajar para la sanidad pública y bajo un mismo proyecto (programa de Atención al embarazo, parto y puerperio), tienen distintas condiciones de trabajo. Todo ello supone que la coordinación asistencial sigue siendo una cuestión delicada en esta área de salud, y que es posible que la situación que antes protagonizaban las matronas del modelo público y privado sea sustituida por la que protagonicen las matronas pertenecientes al personal laboral y estatutario.

³ DECRETO 22/2018, de 23 de marzo, del Consell, por el que se regulan los efectos de la extinción del contrato de gestión de servicio público por concesión del Departamento de Salud de la Ribera, en materia de personal.

http://www.dogv.gva.es/datos/2018/03/28/pdf/2018_3087.pdf

8.2. Recomendaciones para la práctica y futuras líneas de investigación

Derivadas de las conclusiones de la tesis doctoral se pueden establecer una serie de recomendaciones de cara a la práctica asistencial que, en la mayoría de los casos, competen a las autoridades sanitarias locales, es decir, a nivel del departamento de salud.

En primer lugar, sobre las iniciativas de atención al parto normal (atención continuada *one-to-one* y posibilidad de dilatar y/o parir dentro del agua). En la fecha de elaboración y cierre de esta tesis doctoral éstas aún no se han implementado en el departamento de salud. Es cierto que dependen de la planificación que se realice a nivel del área de salud, en relación con la distribución de los recursos humanos y de la gestión del espacio físico en el HULR. Así, por ejemplo, habría que analizar la posibilidad de reconvertir un espacio infrautilizado dentro del paritorio (equipado en la actualidad como quirófano de emergencia). Una propuesta, reivindicada por las matronas desde hace varios años, es que, debido a la cercanía física y accesibilidad de los quirófanos, tal espacio puede ser convertido en una sala de dilatación de baja intervención. De hecho, cuando se introdujeron las iniciativas de atención al parto normal entre los años 2011 y 2014, ya se llevó a cabo un contacto con “Arquitectura de maternidades”, llegando a presupuestar su acondicionamiento como sala de baja intervención. En aquel momento la UTE no aceptó aquel presupuesto. Asimismo, los análisis que se han llevado a cabo en esta tesis doctoral y la evidencia científica disponible ponen de manifiesto la importancia de la atención continuada *one-to-one*, que debería ser implantada en el HULR, en línea también con otros hospitales de nuestro entorno.

Una segunda recomendación que surge de esta tesis doctoral se refiere a las propuestas para la mejora de la coordinación entre las matronas, responsabilidad de la Dirección del departamento de salud. Así, por ejemplo, la realización de rotatorios entre AP y AE

implicaría una mejora de las competencias de las matronas, al ser capaces de ejercer las funciones propias de cada nivel asistencial, e incluso de poder hacer un seguimiento más estrecho de las gestantes. La existencia de un/a coordinador/a integral que tenga a su cargo a las matronas de ambos niveles asistenciales aumentaría las posibilidades de contacto y colaboración entre dichos niveles, ejerciendo el papel de intermediario/a que se ha comprobado que, en este departamento de salud, ejercen los profesionales con un cargo intermedio. Además de este canal oficial, en la presente tesis se han identificado actores con un importante papel de puente o enlace entre subgrupos, las matronas de AP y que pertenecían al modelo de gestión privado, que pueden facilitar una colaboración más estrecha entre matronas.

En línea con lo anterior, una tercera recomendación está referida a la práctica asistencial de las matronas de AP. Por un lado, es responsabilidad de la Dirección del departamento de salud cubrir las vacaciones de las matronas de AP, garantizando la programación de las actividades formativas grupales de forma ininterrumpida durante todo el año. No parece tener sentido que, dependiendo de la época del año en que le corresponda parir a una embarazada, su oferta formativa preparto sea diferente. Esto es especialmente importante si se tiene en cuenta, como se ha podido comprobar durante la realización de la tesis, el papel tan influyente de las matronas de AP como fuentes de información durante el embarazo, y la importancia de esa información en la creación de expectativas de parto y en los procesos de toma de decisiones de las gestantes.

Todo ello conecta con una conclusión especialmente importante de la tesis, a la que se habrá de prestar especial atención en la práctica profesional. Nos referimos aquí al papel clave de las matronas como fuente de información más influyente de cara a las gestantes. Tenerlo en cuenta y aprovechar mejor esta función es no solo una conclusión de la tesis, sino también una cuarta recomendación. Efectivamente, una de las hipótesis de la tesis ponía de relieve la idea de que las gestantes acuden a las matronas para que refuercen su discurso

(muchas veces erróneo), derivado en gran parte de su red social de familiares y amigos. Sin embargo, en la tesis se ha puesto de manifiesto que lo que esperan las gestantes es que la matrona sea la que precisamente ayude a refutar ese discurso, que puede estar basado en información contradictoria, a veces desactualizada y con frecuencia contraria a la evidencia científica. Dado que es un discurso que viene “avalado” por su red social, les resulta complejo contradecirlo, y de ahí el papel tan importante que ciertamente tiene la figura de la matrona.

Efectivamente, el contacto cara a cara con las mujeres durante el seguimiento del embarazo supone una posición privilegiada de la matrona de AP. Esta posición es la que le permite informar a las gestantes, ofrecerles recursos fiables, resolver sus dudas, y orientarlas hacia la creación unas expectativas de parto más cercanas a la evidencia científica, alineando dichas expectativas con su posterior experiencia de parto (que es lo que finalmente condiciona la satisfacción de la mujer y su percepción de que su cuidado es de calidad). Por ello, además de la responsabilidad que corresponda a la Dirección del departamento de salud en lo relativo a las recomendaciones anteriores, las matronas tienen también la responsabilidad individual de ofertar la mejor información posible a su alcance. En este sentido, es no solo recomendable, sino una responsabilidad, que las matronas informen adecuadamente de las actividades formativas preparto programadas, para así conseguir que ninguna gestante falte a tales actividades por un déficit de información.

Todo lo anterior cobra aún más relevancia en el momento actual, con una pandemia de escala mundial, en el que la desinformación, los bulos y la información procedente de fuentes contradictorias están a la orden del día. En este escenario, resultaría aún más importante recordar los resultados que derivan del estudio realizado, al menos en relación con las estrategias para abordar aspectos como las contradicciones que provoca la búsqueda de información; la necesidad de poder recurrir a fuentes de información confiables; la

importancia del contacto cara a cara en la búsqueda de información; o el fundamental papel de los profesionales sanitarios en la transmisión de un mensaje sanitario fundamentado en fuentes de información fidedignas y que no genere una alarma social innecesaria. Esto es especialmente importante en este momento en que están llegando a paritorio mujeres con un nivel de ansiedad extremo, cuyas expectativas se han visto sacudidas por las restricciones que derivan del necesario confinamiento para hacer frente a la pandemia. Prácticas que ya se asumían como parte del proceso de parto normal por nuestras gestantes, como el acompañamiento, el pinzamiento tardío del cordón y el contacto piel con piel (por las que hemos luchado hace tan poco tiempo) son ahora cuestionadas de nuevo. Y nuevamente tendremos que poner la evidencia científica a disposición de quienes quieren, de forma irracional, retroceder a un modelo de parto medicalizado, donde la mujer pierda su autonomía y su capacidad de decisión.

En referencia a futuras líneas de investigación, además de lo que se ha señalado en los diferentes apartados y artículos, cabe destacar que la presente tesis no implica un punto y final, ya que quedan diversos temas que se recomienda explorar en un futuro. Aquí se quiere destacar especialmente dos. En primer lugar, se considera muy pertinente estudiar la evolución de la convivencia de los dos convenios laborales en el área de salud de La Ribera a lo largo del tiempo, la opinión acerca de la coordinación asistencial que tienen otros profesionales sanitarios que intervienen en la atención a la salud materno-infantil, y el punto de vista de los usuarios de estos servicios, en este caso las embarazadas, acerca de los flujos de información entre las matronas del área de salud. Asimismo, en segundo lugar, resultaría interesante investigar la evolución de la implementación y aceptación de los protocolos de atención al parto normal en el área de salud de La Ribera, que actualmente aún se entienden como innovaciones en proceso de introducción, y su relación con un posible cambio en la tendencia de las expectativas de parto de las gestantes de La Ribera.

9. Referencias bibliográficas

9. Referencias bibliográficas

- Aleman, M. J. (2014). *Matronas y cambio social en la segunda mitad del siglo XX. De mujeres y partos*. [Tesis doctoral del Institut Interuniversitari d'Estudis de la Dona, programa "Género, conocimiento, subjetividad y cultura", Universidad de Valencia].
- Almaguer, J. A., García, H. J. y Vargas, V. (2012). Nacimiento humanizado. Aportes de la atención intercultural a las mujeres en el embarazo, parto y puerperio. *Género y salud en cifras*, 10(2-3), 44-59.
- Almeida, N. y Fleury, E. M. (2016). Expectativas de Gestantes sobre o Parto e suas Percepções acerca da Preparação para o Parto. *Temas em Psicologia*, 24(2), 681-693. <http://dx.doi.org/10.9788/TP2016.2-15>
- Andina, E. y Siles, J. (2016). The domestic participation in birth assistance in the mid-twentieth century. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 24, e2727. <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.0574.2727>
- Arnau, J., Martínez, M. E., Martínez, M. T., Castaño, M. A., Nicolás, M. D. y Álvarez, L. (2017). Análisis etnográfico del intervencionismo en la atención perinatal. *Índex de Enfermeria*, 26(4), 270-274.
- Artieta-Pinedo, I., Paz-Pascual, C., Grandes, G. y Villanueva, G. (2018). An evaluation of Spanish and English on-line information sources regarding pregnancy, birth and the postnatal period. *Midwifery*, 58, 19-26. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2017.12.002>
- Ayers, S. y Pickering, A. D. (2005). Women's expectations and experience of birth. *Psychology and Health*, 20(1); 79-92. <https://doi.org/10.1080/0887044042000272912>
- Bailey, J. (2008). First steps in qualitative data analysis: transcribing. *Family practice*, 25(2), 127-131. <https://doi.org/10.1093/fampra/cmn003>
- Balkundi, P. y Kilduff, M. (2006). The ties that lead: A social network approach to leadership. *The Leadership Quarterly*, 17(4), 419-439. <https://doi.org/10.1016/j.leaqua.2006.01.001>
- Barlow, J., Roehrich, J. y Wright, S. (2012). *The search for low-cost integrated healthcare. The Alzira model – from the region of Valencia*. The NHS European Office. https://www.nhsconfed.org/~media/Confederation/Files/Publications/Documents/Integrated_healthcare_141211.pdf

- Barlow, J., Roehrich, J. y Wright, S. (2013). Europe sees mixed results from Public-Private Partnerships for building and managing health care facilities and services. *Health Affairs*, 32, 146-154. <https://doi.org/10.1377/hlthaff.2011.1223>
- Basso, J. F. y Monticelli, M. (2010). Expectativas de participação de gestantes e acompanhantes para o parto humanizado. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 18(3), 97-105. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692010000300014>
- Beaton, J. y Gupton, A. (1990). Childbirth expectations: a qualitative analysis. *Midwifery*, 6(3), 133-139. [https://doi.org/10.1016/S0266-6138\(05\)80170-6](https://doi.org/10.1016/S0266-6138(05)80170-6)
- Beltrán, C., Sánchez, S., Gómez, S., Duque, C., Sukkarieh, S. y Sukkarieh, L. (2011). Actualización sobre las fuentes de educación para la salud en la mujer gestante. *Paraninfo digital*, 12, 1-7. <http://www.index-f.com/para/n11-12/030d.php>
- Berenguera, A., Fernández de Sanmamed, M. J., Pons, M., Pujol, E., Rodríguez, D. y Saura, S. (2014). *Escuchar, observar y comprender. Recuperando la narrativa en las Ciencias de la Salud. Aportaciones de la investigación cualitativa*. Institut Universitari d'Investigació en Atenció Primària Jordi Gol. <https://saludcomunitaria.files.wordpress.com/2014/12/escucharobservacomprender.pdf>
- Biagetti, B., Aulinas, A., Dalama, B., Nogués, R., Zafón, C. y Mesa, J. (2015). Communication between primary care and physician specialist: Is it improving? *Revista de Calidad Asistencial*, 30(4), 175-81. <https://doi.org/10.1016/j.cali.2015.04.002>
- Bjelke, M., Martinsson, A. K., Lendahls, L. y Oscarsson, M. (2016). Using the Internet as a source of information during pregnancy — A descriptive cross-sectional study in Sweden. *Midwifery*, 40, 187-191. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2016.06.020>
- Borgatti, S. P. (2002). Netdraw for Windows: Software for Social Network Analysis [software]. Analytic Technologies. <https://sites.google.com/site/netdrawsoftware/home>
- Borgatti, S. P., Everett, M. G. y Freeman, L. C. (2002). UCINET for Windows: Software for Social Network Analysis. [software]. Analytic Technologies. <https://sites.google.com/site/ucinetsoftware/home>

- Borgatti, S. P., Everett, M. G. y Johnson, J. C. (2013). *Analyzing Social Networks*. Sage Publications Ltd.
- Borgatti, S. P., Mehra, A., Brass, D. J. y Labianca, G. (2009). Network analysis in the social sciences. *Science*, 323, 892-895. <https://doi.org/10.1126/science.1165821>
- Bryman, A. (2012). *Social Research Methods*. Oxford University Press.
- Burt, S. R. (2005). *Brokerage and Closure*. Oxford University Press.
- Caballer-Tarazona, M. y Vivas-Consuelo, D. (2016). A cost and performance comparison of PPP and public hospitals in Spain. *Health Economic Review*, 6, 17. <https://doi.org/10.1186/s13561-016-0095-5>
- Cahill, H. A. (2001). Male appropriation and medicalization of childbirth: an historical analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 33(3), 334-342.
- Camacho-Morell, F. y Esparcia, J. (2020). Influence and use of information sources about childbearing among Spanish pregnant women. *Women and birth*, 33(4), 367-376. <http://dx.doi.org/10.1016/j.wombi.2019.08.003>
- Camacho-Morell, F. y Esparcia, J. (2020). A contribution to the analysis of the first Spanish public-private partnership in primary and specialized maternity care: a Social Network Analysis approach. *Revista Internacional de Sociología* [en prensa, 28 p.].
- Camacho-Morell, F., Espert-Galera, J., Sanchis-Valero, S. y Sebastián-Abril, S. (2019). Coordinación entre matronas del área de salud de La Ribera desde un enfoque fenomenológico. *Matronas Profesión*, 20(1), 5-12.
- Camacho, F. y Romero, M. J. (2017). Expectativas de parto de las gestantes de La Ribera: una aproximación cualitativa. *Enfermería global*, 17(1), 324-347. <https://doi.org/10.6018/eglobal.17.1.276061>
- Camacho-Morell, F. y Romero-Martín, M. J. (2017). Cambio de modelo asistencial en la atención al parto normal: aplicación en el paritorio de La Ribera. *Revista de Calidad Asistencial*, 32(5), 255-261. <https://doi.org/10.1016/j.cali.2017.04.002>
- Carolan, M. (2007). Health literacy and the information needs and dilemmas of first time mothers over 35 years. *Journal of Clinical Nursing*, 16, 1162-1172. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2007.01600.x>
- Codina, L. (2018, 9 de julio). *Preguntas de investigación en tesis doctorales y trabajos académicos*. Máster Universitario en Investigación y Comunicación Social. Departamento de Comunicación UPF. <http://ir.uv.es/eJOTjEo>

- Congreso de los Diputados. (1984, 1 de febrero). *Real Decreto 137/1984, de 11 de enero, sobre estructuras básicas de salud*. Boletín Oficial del Estado, n.º 27.
- Congreso de los Diputados. (1986, 25 de abril). *Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad*. Boletín Oficial del Estado, n.º 102.
- Congreso de los Diputados. (1997, 26 de abril). *Ley 15/97 sobre habilitación de nuevas fórmulas de gestión en el Sistema Nacional de Salud*. Boletín Oficial del Estado, n.º 100.
- Conselleria de Sanidad Universal y Salud Pública. (2018, 23 de marzo). *Decreto 22/2018, de 23 de marzo, del Consell, por el que se regulan los efectos de la extinción del contrato de gestión de servicio público por concesión del Departamento de Salud de la Ribera, en materia de personal*. Diari Oficial de la Generalitat Valenciana, n.º 8263.
- Conselleria de Sanitat. (2009). *Estrategia para la atención al parto normal en la Comunidad Valenciana*. <http://publicaciones.san.gva.es/publicaciones/documentos/V.4572-2009.pdf>
- Cunningham, F. C., Ranmuthugala, G., Plumb, J., Georgiou, A., Westbrook, J. I. y Braithwaite, J. (2012). Health professional networks as a vector for improving healthcare quality and safety: a systematic review. *BMJ Quality & Safety*, 21, 239-249. <http://dx.doi.org/10.1136/bmjqs-2011-000187>
- Darra, S. (2009). 'Normal', 'natural', 'good' or 'good-enough' birth: examining the concepts. *Nursing Inquiry*, 16(4), 297-305. <https://doi.org/10.1111/j.1440-1800.2009.00467.x>
- De Brún, A. y McAuliffe, E. (2018). Social Network Analysis as a Methodological Approach to Explore Health Systems: A Case Study Exploring Support among Senior Managers/Executives in a Hospital Network. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 15, 511. <https://doi.org/10.3390/ijerph15030511>
- Ehrenreich, B. y English, E. (1974) *Witches, Midwives and Nurses: a History of Women Healers*. Compendium.
- EURO-PERISTAT. (2010) *European Perinatal Health Report. The health and care of pregnant women and babies in Europe in 2010*. <https://www.europeristat.com/reports/european-perinatal-health-report-2010.html>

- Federación de Asociaciones de Matronas de España. (2007). *Iniciativa Parto Normal. Documento de consenso*. https://orbananos.files.wordpress.com/2008/03/ipn_libro.pdf
- Fenwick, J., Hauck, Y., Downie, J. y Butt, J. (2005). The childbirth expectations of a self-selected cohort of Western Australian women. *Midwifery*, 21, 23-35. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2004.07.001>
- Fernández, L. (2006). ¿Cómo analizar datos cualitativos? *Butlletí LaRecerca*, 6, 1-13.
- Ferreiro-Losada, M. T., Díaz-Sanisidro, E., Martínez-Romero, M. D., Rial-Boubeta, A., Varela-Mallou, J. y Clavería-Fontán, A. (2013). Evaluación mediante grupos focales de las expectativas y percepciones de las mujeres durante el proceso de parto. *Revista de Calidad Asistencial*, 28, 291-299. <http://dx.doi.org/10.1016/j.cali.2013.02.001>
- Foster, P. (1995). *Women and the Health Care Industry: An Unhealthy Relationship*. Open University Press.
- Fukuyama, F. (1997). *Social capital and the modern capitalist economy: Creating a high trust workplace*. Stern business.
- Gibbins, J. y Thomson, A. M. (2001). Women's expectations and experiences of childbirth. *Midwifery*, 17(4), 302-313. <https://doi.org/10.1054/midw.2001.0263>
- González, G. J., Vega, M. G. y Romero, S. (eds.). (2004). *Los Sistemas de Salud de Iberoamérica de Cara al Siglo XXI*. Universidad de Guadalajara.
- Gould, R. V. y Fernández, R. M. (1989). Structures of Mediation: A Formal Approach to Brokerage in Transaction Networks. *Sociological Methodology*, 19, 89-126. <http://dx.doi.org/10.2307/270949>
- Graneheim, U. H. y Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*, 24(2), 105-112. <https://doi.org/doi:10.1016/j.nedt.2003.10.001>
- Green, J. M. y Baston, H. A. (2003). Feeling in control during labor: concepts, correlates, and consequences. *Birth*, 30, 235-247. <https://doi.org/10.1046/j.1523-536X.2003.00253.x>
- Green, J. y Thorogood, N. (2013). *Qualitative methods for health research* (3.ª ed.). Sage.

- Grimes, H. A., Foster, D. A. y Newton, M. S. (2014). Sources of information used by women during pregnancy to meet their information needs. *Midwifery*, 30, 26-33. <http://dx.doi.org/10.1016/j.midw.2013.10.007>
- Groenen, C., van Duijnhoven, N., Faber, M., Koetsenruijter, J., Kremer, J. y Vandebussche, F. (2017). Use of social network analysis in maternity care to identify the profession most suited for case manager role. *Midwifery*, 45, 50-55. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2016.12.007>
- Haggerty, J. L., Roberge, D., Freeman, G. K. y Beaulieu, C. (2013). Experienced continuity of care when patients see multiple clinicians: a qualitative metasummary. *Annals of Family Medicine*, 11: 262-271. <https://doi.org/doi:10.1370/afm.1499>
- Hanneman, R. A. y Riddle, M. (2005). *Introduction to social network methods*. University of California. <http://faculty.ucr.edu/~hanneman/>
- Hauck, Y., Fenwick, J., Downie, J. y Butt, J. (2007). The influence of childbirth expectations on western Australian women's perceptions of their birth experience. *Midwifery*, 23, 235-247. <http://dx.doi.org/10.1016/j.midw.2006.02.002>
- Herreros, F. (2002). *¿Por qué Confiar? El Problema de la Creación de Capital Social*. CEACS.
- Humble, Á. (2009). Technique triangulation for validation in directed content analysis. *International Journal of Qualitative Methods*, 8(3), 34-51. <https://doi.org/10.1177/160940690900800305>
- International Confederation of Midwives. (2005). *Definition of the midwife*. <http://www.medicalknowledgeinstitute.com/files/ICM%20Definition%20of%20the%20Midwife%202005.pdf>
- Kline, W. (2018). Back to Bed: From Hospital to Home Obstetrics in the City of Chicago. *Journal of the History of Medicine and Allied Sciences*, 73(1), 29-51. <https://doi.org/10.1093/jhmas/jrx055>
- Knocke, D. y Yang, S. (2008). *Social network analysis* (2.ª ed.). Sage Publications.
- Kripalani, S., LeFevre, F., Phillips, C. O., Williams, M. V., Basaviah, P. y Baker, D. W. (2007). Deficits in communication and information transfer between hospital-based and primary care physicians. *JAMA: Journal of the American Medical Association*, 297(8), 831-841. <https://doi.org/10.1001/jama.297.8.831>

- Kroll-Desrosiers, A. R., Crawford, S. L., Moore Simas, T. A., Rosen, A. K. y Mattocks, K. M. (2016). Improving pregnancy outcomes through maternity care coordination: a systematic review. *Womens Health Issues*, 26(1), 87-99. <https://doi.org/10.1016/j.whi.2015.10.003>
- Lagan, B. M., Sinclair, M. y Kernohan, W. G. (2010). Internet use in pregnancy informs women's decision making: a web-based survey. *Birth*, 37, 106-115. <https://doi.org/10.1111/j.1523-536X.2010.00390.x>
- Lally, J. E., Murtagh, M. J., Macphail, S. y Thomson, R. (2008). More in hope than expectation: A systematic review of women's expectations and experience of pain relief in labour. *BMC Medicine*, 6, 7. <http://dx.doi.org/10.1186/1741-7015-6-7>
- Lima-Pereira, P., Bermúdez-Tamayo, C. y Jasienska, G. (2011). Use of the Internet as a source of health information amongst participants of antenatal classes. *Journal of Clinical Nursing*, 21, 322-330. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2011.03910.x>
- Lin, N. (2001). *Social Capital. A Theory of Social Structure and Action*. Cambridge University Press.
- López-Casanovas, G. y Llano-Señarís, J. E. (eds.). (2017). *Colaboración público-privada en Sanidad: el modelo Alzira*. Fundación Gaspar Casal.
- Loudon, I. (2008). General practitioners and obstetrics: a brief history. *Journal of the Royal Society of Medicine*, 101, 531-535. <https://doi.org/10.1258/jrsm.2008.080264>
- Lozares, C., López Roldán, P., Verd, J. M., Marti, J. y Molina, J. L. (2011). Cohesión, vinculación e integración sociales en el marco del Capital Social. *REDES, revista hispana para el análisis de las redes sociales*, 20(1), 1-28. http://revista-redes.rediris.es/pdf-vol20/vol20_1.pdf
- Lupton, D. (2016). The use and value of digital media for information about pregnancy and early motherhood: a focus group study. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 16, 171. <https://doi.org/10.1186/s12884-016-0971-3>
- Martin, D. K., Bulmer, S. M. y Pettker, C. M. (2013). Childbirth expectations and sources of information among low- and moderate- income nulliparous pregnant women. *Journal of Perinatal Education*, 22(2), 103-112. <http://dx.doi.org/10.1891/1058-1243.22.2.103>
- McCarty, C., Lubbers, M. J., Vecca, R. y Molina, J. L. (2019). *Conducting Personal Network Research. A Practical Guide*. The Guilford Press.

- Ministerio de Sanidad y Consumo. (2007). *Estrategia de atención al parto normal en el Sistema Nacional de Salud*. <https://saludcantabria.es/uploads/pdf/profesionales/ESTRATEGIA%20ATENCION%20PARTO%20NORMAL%20SNS.pdf>
- Ministerio de Sanidad y Política Social. (2010). *Guía de práctica clínica sobre la atención al parto normal*. <http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/atencionParto.htm>
- Mira, J. J. y Aranaz, J. (2000). La satisfacción del paciente como una medida del resultado de la atención sanitaria. *Medicina Clínica*, 114(3), 26-33.
- Mira, J. J., Pérez, V., Lorenzo, S., Aranaz, J. y Vitaller, J. (2004). La investigación cualitativa: una alternativa también válida. *Atención Primaria*, 34(4), 161-169.
- National Collaborating Centre for Women's and Children's Health. (2014). *Intrapartum Care. Care of healthy women and their babies during childbirth. Clinical Guideline 190*. <https://www.nice.org.uk/guidance/CG190>
- National Institute for Health and Clinical Excellence. (2007). *Intrapartum care: Management and delivery of care to women in labour*. RCOG Press.
- Ojeda, J. J., Freire, J. M. y Gervas, J. (2006). La coordinación entre Atención Primaria y Especializada: ¿reforma del sistema sanitario o reforma del ejercicio profesional? *Revista de Administración Sanitaria*, 4(2), 357-382.
- Organización Mundial de la Salud. (2015). Evolución de la mortalidad materna: 1990-2015. Estimaciones de la OMS, el UNICEF, el UNFPA, el Grupo del Banco Mundial y la División de Población de las Naciones Unidas. http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/204114/WHO_RHR_15.23_spa.pdf;jsessionid=41C44C60425740B3D675326B07CEB705?sequence=1
- Organización Mundial de la Salud. (2018). *WHO recommendations: intrapartum care for a positive childbirth experience*. <http://www.who.int/reproductivehealth/publications/intrapartum-care-guidelines/en/>
- Organización mundial de la salud. Grupo técnico de trabajo de la OMS. Departamento de Investigación y Salud Reproductiva. (1996). *Cuidados en el parto normal: una guía práctica*.

- Ortún, V. y López-Casanova, G. (2000). *Financiación capitativa, articulación entre niveles asistenciales y descentralización de las organizaciones sanitarias*. Universitat Pompeu Fabra.
- Oweis, A. y Abushaikha, L. (2004). Jordanian pregnant women's expectations of their first childbirth experience. *International Journal of Nursing Practice*, 10(6), 264-271. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1440-172x.2004.00488.x>.
- Paniagua, H. (2005). Mesa redonda: Coordinación entre niveles asistenciales en pediatría. *Boletín de la Asociación de Pediatría de Asturias, Cantabria, Castilla y León*, 45, 93-96.
- Paz, D., Galeano, N., Garrido, M., Lacida, M., Martín, R. y Morales, J. M, Pérez, R., Sánchez, N. y Terol, J. (2003). *Continuidad de cuidados entre Atención Especializada y Atención Primaria*. Comisión para el Desarrollo de la Atención Enfermera en el SAS.
- Peñacoba-Puente, C., Carmona-Monge, F. J., Marín-Morales, D. y Écija-Gallardo, C. (2016). Evolution of childbirth expectations in Spanish pregnant women. *Applied Nursing Research*, 29, 59-63. <http://dx.doi.org/10.1016/j.apnr.2015.05.017>
- Perdok, H., Jans, S., Verhoeven, C., van Dillen, J., Batenburg, R. y Mol, B. W., Schellevis, F. y de Jonge, A. (2016). Opinions of professionals about integrating midwife -and obstetrician-led care in The Netherlands. *Midwifery*, 37, 9-18. <http://dx.doi.org/10.1016/j.midw.2016.03.011>
- Plutzer, K. y Keirse, M. J. N. C. (2012). Effect of motherhood on women's preferences for sources of health information: A prospective cohort study. *Journal of Community Health*, 37, 799-803. <https://doi.org/10.1007/s10900-011-9513-0>
- Provan, K. G., Harvey, J. y Guernsey de Zapien, J. (2005). Network structure and attitudes toward collaboration in a community partnership for diabetes control on the US-Mexican border. *Journal of Health Organization and Management*, 19, 504-518. <https://doi.org/10.1108/14777260510629706>
- Putnam, R. D. (1995). Bowling alone: America`s declining social capital. *Journal of democracy*, 6, 65-78.
- Ramos-Vidal, I. (2019). Social network analysis in public health research: a systematic review. *Revista de salud pública*, 21(1), 109-114. <https://doi.org/10.15446/rsap.V21n1.68530>

- Rechel, B., Erskine, J., Dowdeswell, B., Wright, S. y McKee, M. (2009). *Capital investment for health: case studies from Europe*. European Observatory on Health Systems and Policies, WHO Regional Office for Europe. <http://www.euro.who.int/en/about-us/partners/observatory/publications/studies/capital-investment-for-health.-case-studies-from-europe-2009>
- Rilby, L., Jansson, S., Lindblom, B. y Mårtensson, L. B. (2012). A Qualitative Study of Women's Feelings About Future Childbirth: Dread and Delight. *Journal of Midwifery and Womens Health*, 57(2), 120-125. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1542-2011.2011.00113.x>
- Robinson, K. M. (2010). Care coordination: a priority for health reform. *Policy, Politics, & Nursing Practice*, 11(4), 266-74. <https://doi.org/10.1177/1527154410396572>
- Roehrich, J. K., Lewis, M. A. y George, G. (2014). Are PPP a healthy option? A systematic literature review. *Social Science and Medicine*, 113, 110-119. <http://dx.doi.org/10.1016/j.socscimed.2014.03.037>
- Royal College of Midwives. (2004). *Position statement no. 4 'normal childbirth'*. <https://www.rcm.org.uk/news-views/rcm-position-statements/>
- Sánchez-Martínez, F. I., Abellán-Perpiñán, J. M y Oliva-Moreno, J. (2014). Privatization in healthcare management: an adverse effect of the economic crisis and a symptom of bad governance. *SESPAS report 2014. Gaceta Sanitaria*, 28(S1), 75-80. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2014.02.019>
- Sandall, J. (2014). *The contribution of continuity of midwifery care to high quality maternity care*. Royal College of Midwives. <https://www.rcm.org.uk/sites/default/files/Continuity%20of%20Care%20A5%20Web.pdf>
- Sandall, J., Soltani, H., Gates, S., Shennan, A. y Devane, D. (2015). *Midwife-led continuity models versus other models of care for childbearing women*. *Cochrane Database System Review*, 9, CD004667. https://www.cochrane.org/CD004667/PREG_midwife-led-continuity-models-care-compared-other-models-care-women-during-pregnancy-birth-and-early
- Schölmerich, V. L. N., Posthumus, A. G., Ghorashi, H., Waelput, A. J. M., Groenewegen, P. y Denktaş, S. (2014). Improving interprofessional coordination in Dutch midwifery and obstetrics: a qualitative study. *BMC*

- Pregnancy and Childbirth*, 14, 145. <https://doi.org/10.1186/1471-2393-14-145>
- Seclen-Palacín, J. A., Benavides, B., Jacoby, E., Velásquez, A. y Watanabe, E. (2004). ¿Existe una relación entre los programas de mejora de calidad y la satisfacción de usuarias de atención prenatal?: experiencia en los hospitales del Perú. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 16(3), 149-157.
- Serçekus, P. y Okumus, H. (2009). Fears associated with childbirth among nulliparous women in Turkey. *Midwifery*, 25(2), 155-162. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2007.02.005>
- Siles, J. (1999). *Historia de la Enfermería*. Aguaclara.
- Smith, K. P. y Christakis, N. A. (2008). Social Networks and Health. *Annual Review of Sociology*, 34, 405-418. <https://doi.org/10.1146/annurev.soc.34.040507.134601>
- Sweeny, K. y Krizan, Z. (2013). Sobering up: A quantitative review of temporal declines in expectations. *Psychological Bulletin*, 139(3), 702-724. <https://doi.org/10.1037/a0029951>
- Tahan, H. A. y Campagna, V. (2010). Case management roles and functions across various settings and professional disciplines. *Professional Case Management*, 15(5), 245-277. <https://doi.org/10.1097/NCM.0b013e3181e94452>
- Tarazona, E., de Rosa, A. y Marín, M. (2005). La experiencia del “Modelo Alzira” del Hospital de La Ribera a la Ribera-área 10 de salud: la consolidación del modelo. *Revista de Administración Sanitaria Siglo XXI*, 3, 83-98.
- Terraza, R., Vargas, I. y Vázquez, M. L. (2006). La coordinación entre niveles asistenciales: una sistematización de sus instrumentos y medidas. *Gaceta Sanitaria*, 20(6), 485-495. <https://doi.org/10.1157/13096516>
- Tripp, N., Hainey, K., Liu, A., Poulton, A., Peek, M., Kim, J. y Nanan, R. (2014). An emerging model of maternity care: smartphone, midwife, doctor? *Women and Birth*, 27, 64-67. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2013.11.001>
- Vázquez, M. L., Vargas, I., Farré, J. y Terraza, R. (2005). Organizaciones sanitarias integradas: una guía para el análisis. *Revista Española de Salud Pública*, 79, 633-643.

- Vena, M. y Revolo, M. (2011). Satisfacción de las gestantes con el actual programa de embarazo. Expectativas sobre un parto menos medicalizado. *Medicina de Familia Andalucía*, 3, 273-285.
- Vila-Candel, R., Mateu-Ciscar, C., Bellvis-Vázquez, E., Planells-López, E., Requena-Marín, M. y Gómez-Sánchez, M. J. (2015). Influencia del programa de educación maternal en el cambio de preferencias del plan de parto en gestantes del Departamento de Salud de La Ribera. *Matronas Profesión*, 16, 28-36.
- Waibel, S., Vargas, I., Aller, M. B., Coderch, J., Farré, J. y Vázquez, M. L. (2016). Continuity of clinical management and information across care levels: perceptions of users of different healthcare areas in the Catalan national health system. *BMC Health Services Research* 16, 466. <https://doi.org/10.1186/s12913-016-1696-8>
- Wallwiener, S., Müller, M., Doster, A., Laserer, W., Reck, C., Pauluschke-Fröhlich, J., Brucker, S.Y., Wallwiener, C.W. y Wallwiener, M. (2016). Pregnancy eHealth and mHealth: user proportions and characteristics of pregnant women using Web-based information sources—a cross-sectional study. *Archives of Gynecology and Obstetrics*, 294, 937-944. <https://doi.org/10.1007/s00404-016-4093-y>
- Wasserman, S. y Faust, K. (1994). *Social network analysis: Methods and applications*. Cambridge University Press.
- West, E., Barron, D. N., Dowsett, J. y Newton, J. N. (1999). Hierarchies and cliques in the social networks of health care professionals: Implications for the design of dissemination strategies. *Social Science and Medicine*, 48, 633-646. [https://doi.org/10.1016/S0277-9536\(98\)00361-X](https://doi.org/10.1016/S0277-9536(98)00361-X)

10. Anexos: Encuestas, cuestionarios, hojas de consentimiento informado e informes del Comité de Ética de la Investigación-Comisión de Investigación del Hospital Universitario de La Ribera

10. Anexos: Encuestas, cuestionarios, hojas de consentimiento informado e informes del Comité de Ética de la Investigación-Comisión de Investigación del Hospital Universitario de La Ribera

Anexo I: Encuesta de calidad de paritorio (ECP)

El servicio de paritorio desea conocer el grado de conocimiento y las expectativas de las gestantes del área acerca de las iniciativas de mejora de calidad introducidas en el paritorio, para lo que le solicita que cumplimente el siguiente cuestionario.

Sección A: Datos Sociodemográficos

P1.- ¿Cuál es su rango de edad?

 De 18 a 25 años

 De 25 a 35 años

 Mayor de 35 años

P2.- Localidad de Residencia: _____

P3.- País de Origen:

 España

 Otros

Anotar País: _____

P4.- ¿Cuál es su nivel de estudios?

 Sin Estudios

 Básicos/ Primarios

 FP-BUP-COU

 Universitarios

 No sabe/No contesta

P5.- Fórmula Obstétrica

 Gravidez

 Partos

 Abortos

 Cesáreas

Sección B: Conocimientos previos al parto

P6.- Durante su embarazo ¿acudió a clases de preparación al parto?

 Sí

 No

Motivo por el que no acudió a las clases _____

P7.- Valore la utilidad que le proporcionó la asistencia a las clases de preparación al parto.

<input type="checkbox"/>	Muy Útil	<input type="checkbox"/>	Útil	<input type="checkbox"/>	Relativamente Útil
<input type="checkbox"/>	Poco Útil	<input type="checkbox"/>	Nada Útil	<input type="checkbox"/>	No sabe/ No contesta

P8.- ¿Ha asistido a la charla epidural que se realiza en el Hospital?

<input type="checkbox"/>	Sí	<input type="checkbox"/>	No
--------------------------	----	--------------------------	----

Si su respuesta es negativa, indique el motivo _____

P9.- Valore la utilidad que le proporcionó la asistencia a la charla.

<input type="checkbox"/>	Muy Útil	<input type="checkbox"/>	Útil	<input type="checkbox"/>	Relativamente Útil
<input type="checkbox"/>	Poco Útil	<input type="checkbox"/>	Nada Útil	<input type="checkbox"/>	No sabe/ No contesta

P10.- ¿Cuáles son sus expectativas previas para el momento del parto?

P11.- ¿Conoce las novedades introducidas en el paritorio del Hospital de la Ribera?

1.	Uso de óxido nitroso	
2.	Contacto piel con piel tras el nacimiento	
3.	Pinzamiento tardío del cordón umbilical	
4.	Movilización durante el parto en planta y dilatación con el uso de esferodinamia	
5.	Libertad de elección de postura de parto	
6.	Monitorización intermitente durante la dilatación	
7.	Puerperio inmediato en paritorio tras parto vaginal	
8.	Puerperio inmediato en paritorio tras cesárea	
9.	Posibilidad de realizar contacto piel con piel con el padre en caso de cesárea hasta la llegada de la puérpera a paritorio	
10.	Inicio precoz de lactancia materna	

P12.- ¿Considera importantes para su parto las siguientes novedades introducidas en el paritorio?

		SI	NO	No sabe / No Contesta
1.	Uso de óxido nitroso			
2.	Contacto piel con piel tras el nacimiento			
3.	Pinzamiento tardío del cordón umbilical			
4.	Movilización durante el parto en planta y dilatación con el uso de esferodinamia			
5.	Libertad de elección de postura de parto			
6.	Poder ingerir líquidos en caso de analgesia epidural			
7.	Monitorización intermitente durante la dilatación			
8.	Puerperio inmediato en paritorio tras parto vaginal			
9.	Puerperio inmediato en paritorio tras cesárea			
10.	Posibilidad de realizar contacto piel con piel con el padre en caso de cesárea hasta la llegada a paritorio			
11.	Inicio precoz de lactancia materna con ayuda de la matrona que le atendió el parto			
12.	Le gustaría poder tener la opción de dilatar dentro de una bañera			

P13.- ¿Cree que son adecuadas las novedades introducidas?

 Sí

 No

 No sabe/ No Contesta

P14.- ¿Han cambiado sus expectativas respecto al parto al conocer las novedades que se han introducido en el paritorio?

 Sí

 No

 No sabe/ No Contesta

Sección C: Postparto- Expectativas cumplidas

P15.- En el siguiente cuadro podrá indicar sus expectativas previas antes del parto. (Importancia Alta).

Expectativas Previas (Importancia Alta)	Cumplimiento (SI/NO)	Motivo de NO cumplimiento

P16.-En el siguiente cuadro podrá indicar sus expectativas previas antes del parto. (Importancia Baja).

Expectativas Previas (Importancia Baja)	Realización (SI/NO)	¿Le ha resultado positivo que se realicen?

P17.- ¿Cómo calificaría la atención recibida durante su parto?

Excelente
 Buena
 Regular
 Mala
 Muy Mala

Sección D: Datos del Historial Clínico

P18.- Fecha del parto: _____

P19.- ¿Cómo empezó el proceso de parto?

Inducción
 Estimulación
 Espontáneo
 CST Electiva

P20.- Tipo de parto:

Parto Vaginal
 Parto por cesárea

P21.- ¿Cómo finalizó el parto?

Espontáneo
 Instrumentado
 CST Electiva
 CST Urgente

P22.- Aproximadamente, ¿Cuánto tiempo duró su proceso d parto?

Horas _____

P23.- ¿Qué profesionales le atendieron en el parto?

Matrona
 Ginecólogo
 Residente de matrona
 Residente de ginecología

MUCHAS GRACIAS POR SU COLABORACIÓN

Su opinión es anónima y será tomada en cuenta para intentar mejorar la calidad de nuestros cuidados.

Anexo II: Cuestionario sobre redes personales de fuentes de información

Fecha:

NHC:

VARIABLES SOCIO-DEMOGRÁFICAS

Edad ____ Población de residencia _____

Nivel de estudios _____ Convive con _____

Origen: País _____ Provincia _____

Origen de generación anterior: Padre _____ Madre _____

Profesión _____ Trabajo: sí / no Estable/Temporadas

Trabaja por: cuenta propia/ajena _____ Activa en la actualidad: sí / no

CUERPO DE LA ENTREVISTA

- * Sentimientos, positivos o negativos, relacionados con la búsqueda de información y sus resultados: ¿Cómo te ha hecho sentir la búsqueda de información: confusa, segura, confiada, tranquila, asustada?
- * Percepción del nivel de información de la gestante: ¿te sientes bien informada y preparada para el parto y la crianza con la información recibida/buscada?
- * Grado de satisfacción con la información recibida por parte de los profesionales: ¿Estás satisfecha con la información que has recibido de los profesionales sanitarios sobre estos temas?
- * Fuentes de información deficitarias: ¿Cuáles son las fuentes de información de las que esperabas algo más de lo que te han aportado y te han defraudado?
- * Propuestas de mejora: ¿Qué crees que podrían mejorar los profesionales sanitarios en relación a la información sobre este tema?

Fuentes públicas

	Nombre	Frecuencia	Calidad	Utilidad	Influencia
Libros					
Internet					
Televisión					
Vídeos					
Otros					

Fuentes privadas

	Frecuencia	Calidad	Utilidad	Influencia	Parentesco	Edad	Géne	Nivel educa	Con. San.
Madre									
Familiares									
Amistades sin hijos									
Amistades con hijos									
Historias familiares de partos									

Fuentes profesionales

	Frecuencia	Calidad	Utilidad	Influencia	Edad	Género
Matronas						
Preparación al parto						
Ginecólogo						
Médico general						
Especialistas						
Médicos privados						
Charla epidural						

Anexo III: Hoja de consentimiento informado e informe del comité de ética: redes de información



VNIVERSITAT
ID VALÈNCIA

HOJA INFORMATIVA Y CONSENTIMIENTO INFORMADO

Mediante el presente documento te invitamos a participar en un proyecto de investigación científica llevado a cabo por Francisca Camacho Morell, matrona del Hospital Universitario de La Ribera, titulado: **“El papel de las redes de información en la conformación de expectativas y toma de decisiones sobre embarazo y parto de gestantes de La Ribera”**.

Dicho estudio pretende analizar el papel que juegan las diferentes fuentes de información que manejan las gestantes durante el curso del embarazo para formarse expectativas de parto y para tomar decisiones sobre las cuestiones que les afectan, en relación al embarazo y al momento del parto.

Para llevar a cabo esta investigación se le realizará una entrevista libre y voluntaria, pudiendo rechazar responder a alguna de las preguntas o a su totalidad en cualquier momento de la entrevista.

Los datos que nos proporciones se tratarán de forma confidencial, de acuerdo a los principios básicos para toda investigación biomédica y respetando la declaración de Helsinki y las leyes aplicables sobre protección de datos personales. Asimismo, los datos de las personas que participen no serán divulgados, ni serán utilizados para fines ajenos a los del estudio que nos ocupa.

Declaro, en pleno uso de mis facultades, que he sido informada de forma comprensible sobre la utilidad y naturaleza del procedimiento mencionado. Quedo satisfecha con la información recibida y he podido realizar las preguntas que he creído conveniente. En consecuencia, doy mi consentimiento para la realización de la entrevista objeto de investigación.

Fecha:

Número de historia clínica:

Autoriza la realización de la entrevista de forma libre y voluntaria: Sí / No

Firma de la participante

Firma de la entrevistadora



INFORME DEL COMITÉ DE ÉTICA DE LA INVESTIGACIÓN- COMISIÓN DE INVESTIGACIÓN

Dr. Marcelo Galbis Caravajal, Presidente del Comité de Ética de la Investigación- Comisión de Investigación del Departamento de Salud de La Ribera de la Comunidad Valenciana, Hospital Universitario de La Ribera de Alzira.

CERTIFICA

Que esta Comisión ha evaluado la propuesta del investigador principal-investigador responsable local Doña Francisca Camacho Morell e investigador colaborador Javier Esparcia Pérez para que se realice el proyecto de investigación titulado: **"El papel de las redes de información en la conformación de expectativas y toma de decisiones sobre embarazo y parto de gestantes de La Ribera."**

Y considera que:

Se cumplen los requisitos necesarios de idoneidad del Proyecto de Investigación en relación con los objetivos.

La capacidad de los investigadores.

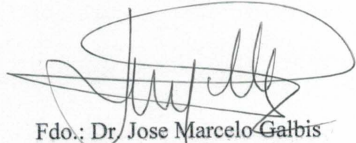

La adecuación del proyecto a los medios existentes en este Centro.

La adecuada elaboración y presentación de la Memoria.

La conveniencia e interés de los resultados para el Departamento de Salud y el Sistema Nacional de Salud.

Y que esta Comisión acepta que dicho proyecto sea realizado en el Departamento de Salud de La Ribera/ Hospital Universitario de La Ribera por Doña Francisca Camacho Morell y Javier Esparcia Pérez como investigadores.

Lo que firmo en Alzira, 24 de Febrero de 2017


Fdo.: Dr. José Marcelo Galbis

Dr. José Marcelo Galbis Caravajal
PRESIDENTE DEL COMITÉ DE ÉTICA DE LA INVESTIGACIÓN
COMISIÓN DE INVESTIGACIÓN (CEI-CI)

Anexo IV: Entrevista sobre coordinación entre matronas



SITUACIÓN ACTUAL DE COORDINACIÓN EN EL ÁREA DE SALUD DE LA RIBERA

La presente encuesta es voluntaria. La persona que la realiza está preparada para resolver todas sus dudas. El tratamiento de los datos se realizará de forma confidencial por parte del equipo de trabajo que lleva a cabo la investigación.

1. Datos personales:

Edad:

Puesto de trabajo actual:

- [1] Atención Primaria
- [2] Atención Especializada

Modelo de gestión de recursos humanos:

- [1] Público (*Conselleria de Sanitat*)
- [2] Privado (UTE La Ribera)

Localidad de residencia habitual:

Años de ejercicio como matrona:

Lugar donde realizó la residencia de matrona:

2. Puesto de trabajo:

Lugar donde ejerce su trabajo actual:

Antigüedad en el puesto actual (en años):

Actividades complementarias que realiza dentro de su horario laboral y tiempo en años que lleva realizando dicha actividad (Charla hospital, taller climaterio, taller postparto, educación maternal, taller de masaje infantil, otros).

Desplazamiento habitual a otras poblaciones dentro del horario laboral: Sí/No

Atención a pacientes de otras poblaciones en su puesto de trabajo: Sí/No
¿Qué poblaciones? ¿Es algo habitual? ¿Por qué razón lo hacen?

3. Cuerpo de la entrevista: Situación actual de coordinación en el área de salud de La Ribera.

1. Concepto personal de coordinación asistencial: ¿Qué entiendes por coordinación asistencial?

2. Opinión sobre la coordinación asistencial entre Atención Primaria y Especializada en el Área de Salud de La Ribera: ¿Cómo se coordinan los niveles de Atención Primaria y Atención Especializada?

3. Protocolos de transmisión de información: ¿Cómo se transmite la información clínica entre ambos niveles? ¿De qué recursos dispone? ¿Con qué medios (escrito, telefónico, informático...)? ¿Quién es la persona de referencia para la coordinación?

4. Opinión sobre la comunicación con los profesionales del otro nivel asistencial: ¿Hay una buena comunicación entre ambos niveles? ¿La comunicación se produce principalmente con otros miembros del equipo que no sean matronas?

5. Elementos que facilitan la coordinación asistencial: ¿Qué elementos facilitan la coordinación asistencial?

6. Elementos que dificultan la coordinación asistencial: ¿Qué elementos dificultan la coordinación asistencial?

7. Estrategias para mejorar la coordinación: ¿Cómo crees que podría mejorarse la coordinación asistencial con el otro nivel? ¿Qué medidas concretas la mejorarían?

Anexo V: Informe del Comité de Ética y hoja de Consentimiento Informado: Coordinación entre matronas y análisis de redes sociales. Red de matronas de La Ribera



INFORME DEL COMITÉ DE ÉTICA DE LA INVESTIGACIÓN- COMISIÓN DE INVESTIGACIÓN

Dra. María Cuenca Torres, Secretaria del Comité de Ética de la Investigación- Comisión de Investigación del Departamento de Salud de La Ribera de la Comunidad Valenciana, Hospital Universitario de La Ribera de Alzira.

CERTIFICA

Que esta Comisión ha evaluado la propuesta de la investigadora principal - investigadora responsable local D^a. Francisca Camacho Morell e investigadoras colaboradoras D^a. Julia Espert Galera, D^a Sheila Sanchis Valero y D^a Silvia Sebastian Abril, para que se realice el proyecto de investigación titulado: "**Análisis de la situación actual de coordinación entre matronas de Atención Primaria y Especializada en el Área de Salud de La Ribera: la visión de las matronas.**"

Y considera que:

Se cumplen los requisitos necesarios de idoneidad del Proyecto de Investigación en relación con los objetivos.

La capacidad de los investigadores.

La adecuación del proyecto a los medios existentes en este Centro.

La adecuada elaboración y presentación de la Memoria.

La conveniencia e interés de los resultados para el Departamento de Salud y el Sistema Nacional de Salud.

Y que esta Comisión acepta que dicho proyecto sea realizado en el Departamento de Salud de La Ribera/ Hospital Universitario de La Ribera por Francisca Camacho Morell, Julia Espert Galera, Sheila Sanchis Valero y Silvia Sebastian Abril como investigadoras.

Lo que firmo en Alzira, 14 de Enero de 2016

Fdo.: Dra. María Cuenca Torres



HOJA INFORMATIVA Y CONSENTIMIENTO INFORMADO

Estimada/o compañera/o:

Mediante el presente documento le invitamos a participar en un proyecto de investigación científica llevado a cabo por las residentes de matrona del Hospital Universitario de La Ribera y tutorizado por Francisca Camacho, matrona de paritorio. Dicho estudio pretende analizar el estado actual de la coordinación asistencial entre Atención Primaria y Atención Especializada entre las matronas del Área de Salud de la Ribera.

Para llevar a cabo esta investigación es fundamental el punto de vista de las matronas, y para ello le realizaremos la siguiente entrevista. Es libre y voluntaria, y nos servirá para obtener datos y opiniones acerca de la forma de comunicación y la coordinación asistencial entre ambos niveles de atención.

Debido al carácter cualitativo de la investigación, se pretende que la entrevista sea grabada para evitar la pérdida de información y la interpretación de los datos proporcionados por la entrevistada. En caso de que Usted no consienta la grabación de la entrevista, se podrá realizar mediante la transcripción por escrito de sus respuestas.

Los datos que nos proporcione se tratarán de forma confidencial mediante la codificación de los mismos por parte de la persona que realice la entrevista. Posteriormente se incluirán los datos, ya codificados, en los programas elegidos para su análisis. Las entrevistas originales serán custodiadas el tiempo que determina la ley por la tutora del estudio en sobres cerrados. Asimismo, ni los datos ni los nombres de las personas que participen serán divulgados, ni serán utilizados para fines ajenos a los del estudio que nos ocupa.

Agradecemos sinceramente la atención y colaboración prestada.

Fecha:

Nombre del / de la participante:

Autoriza la realización de la entrevista de forma libre y voluntaria: Sí / No

Autoriza que la entrevista sea grabada: Sí / No

Firma del participante:

Firma del entrevistador:

Anexo VI: Cuestionario de redes sociales laborales y personales

Nombre de la matrona	Contacto	Laboral						Personal						Confianza
		Directo	Fr	Tfno	Fr	NT	Fr	Directo	Fr	Tfno	Fr	NT	Fr	
UE1														
UE2														
UE3														
UE4														
UE5														
UE6														
UE7														
UE8														
UE9														
UE10														
UE11														
UE12														
UE13														
UE14														
UP1														
UP2														
UP3														
UP4														
UP5														
CP1														
CP2														
CP3														
UP6														
UP7														
CP4														
CP6														
UP8														
CP7														
CP8														
UE15														
UE16														

Contacto: ¿Conoces a las siguientes personas? ¿Tienes su número de teléfono en tu agenda? (se puede codificar 1 y 2 en caso de darse ambos tipos de contacto)

0. No existe contacto

1. Laboral

2. Personal

3. Ambos

Frecuencia: ¿Cada cuánto tiempo coincides con esa persona, tanto en ámbito laboral como en eventos fuera del trabajo?

1. Diaria

2. Semanal

3. Mensual

4. Trimestral

5. Semestral

6. Anual

Confianza en temas laborales

Señala las 5 personas a las que acudirías para preguntar dudas y pedir consejo en temas laborales, y enuméralas del 1 al 5 (siendo 1 la persona de mayor confianza).

Red social externa (matronas fuera del área de salud con las que mantengas relaciones)

Nombre	Categoría profesional	Municipio de residencia	Centro de trabajo	Contacto	Laboral						Personal					
					Dir	Fr	Tfn	Fr	Nt	Fr	Dir	Fr	Tfn	Fr	NT	Fr

Red personal laboral (relaciones habituales con 5 profesionales sanitarios del mismo centro sanitario con categoría profesional distinta a matrona)

Nombre	Categoría profesional	Municipio de residencia	Centro de trabajo	Contacto	Laboral						Personal					
					Dir	Fr	Tfn	Fr	Nt	Fr	Dir	Fr	Tfn	Fr	NT	Fr

Contacto: ¿En qué ámbito te relacionas con esa persona? ¿Personal, laboral o ambos?

1. Personal / 2. Laboral / 3. Ambos

Frecuencia: ¿Cada cuánto tiempo coincides con esa persona, tanto en ámbito laboral como en eventos fuera del trabajo?

1. Diaria / 2. Semanal / 3. Mensual / 4. Trimestral / 5. Semestral / 6. Anual

Tipo de contacto: Dir (Directo, cara a cara), Tfn (Llamadas telefónicas), NT (Nuevas tecnologías: correo electrónico, whatsapp...)

Nombre	Categoría profesional	Municipio de residencia	Centro de trabajo	Contacto	Laboral						Personal					
					Dir	Fr	Tfn	Fr	Nt	Fr	Dir	Fr	Tfn	Fr	NT	Fr

Contacto: ¿En qué ámbito te relacionas con esa persona? ¿Personal, laboral o ambos?

1. Personal / 2. Laboral / 3. Ambos

Frecuencia: ¿Cada cuánto tiempo coincides con esa persona, tanto en ámbito laboral como en eventos fuera del trabajo?

1. Diaria / 2. Semanal / 3. Mensual / 4. Trimestral / 5. Semestral / 6. Anual

Tipo de contacto: Dir (Directo, cara a cara), Tfn (Llamadas telefónicas), NT (Nuevas tecnologías: correo electrónico, whatsapp...)

11. Informe del director (indexación y contribución de los autores) y autorización de coautores

Dr. Javier Esparcia Pérez
Catedrático de Análisis Geográfico Regional
Instituto Interuniversitario de Desarrollo Local
Universidad de Valencia
Avd. Blasco Ibañez, 46010 (Valencia – España)

Por la presente

Como director de la tesis doctoral de Dña Francisca Camacho Morell, titulada “*La atención a la salud materno-infantil en el área de salud de La Ribera (Valencia) desde la perspectiva de las gestantes y las matronas: aproximaciones desde la fenomenología y el Análisis de Redes Sociales*”,

Atendiendo a los requisitos para las tesis por compendio de publicaciones en la Universidad de Valencia,

DOY FE que

- a) Que, a tenor de las bases de datos de indexación más habituales, la indexación de las revistas en las que se ha llevado a cabo la publicación es la que se presenta a continuación para cada una de las publicaciones;
- b) Que los artículos se han llevado a cabo con la participación y distribución de tareas entre los-as coautores, tal como figura en el informe siguiente;
- c) Que, tal como reflejan los escritos de todos los coautores-as, ninguno de los artículos que incluye esta tesis doctoral está siendo ni pretende utilizarse para ninguna otra tesis doctoral.

En Valencia, a 6 de mayo de 2020.

Dr. Javier Esparcia
Catedrático de Análisis Geográfico Regional
Dpto. de Geografía / Instituto Interuniversitario de Desarrollo Local,
Universidad de Valencia
Javier.esparcia@uv.es

Indexación de las publicaciones y contribución de los diferentes autores a los artículos publicados⁴

Indexación artículo 1: “Cambio de modelo asistencial en la atención al parto normal: aplicación en el paritorio de La Ribera”

Camacho, F., Romero, M.J. (2017). Cambio de modelo asistencial en la atención al parto normal: aplicación en el paritorio de La Ribera. *Revista de Calidad Asistencial*, 32(5): 255-261.

Indexación de la Revista de Calidad Asistencial

- a) Scimago Journal Rank (SJR)
 - Categoría: Medicina / Miscellanea
 - Cuartil en año de publicación (2017): Q3
 - H Index (2018): 17
 - SJR (2018): 0,13

- b) Citescore (Elsevier Scopus)
 - (2017): 0,35
 - Citescore Rank 2017 (Category: Medicine – Health Policy): 167/216 (Q4)
 - Source Normalized Impact per Paper (SNIP) en 2018: 0,323

- c) Indexada en Medline desde 2009

⁴ Para la indexación de las revistas se han señalado únicamente las bases de datos de indexación más relevantes. Para la valoración de la distribución de tareas entre autores se ha seguido el sistema CRediT (<https://casrai.org/credit/>)

Ítem	F. Camacho	M.J. Romero	J. Esparcia ⁵
Conceptualization – Ideas; formulation or evolution of overarching research goals and aims.	80 %		20%
Formal analysis – Application of statistical, mathematical, computational, or other formal techniques to analyze or synthesize study data.	100 %		
Investigation – Conducting a research and investigation process, specifically performing the experiments, or data/evidence collection.	50%	50 %	
Methodology – Development or design of methodology; creation of models.	100 %		
Project administration – Management and coordination responsibility for the research activity planning and execution.	100%		
Supervision – Oversight and leadership responsibility for the research activity planning and execution, including mentorship external to the core team.	100 %		
Visualization – Preparation, creation and/or presentation of the published work, specifically visualization/data presentation	60%	20%	20%
Writing – original draft – Preparation, creation and/or presentation of the published work, specifically writing the initial draft (including substantive translation).	70%	20%	10%
Writing – review & editing – Preparation, creation and/or presentation of the published work by those from the original research group, specifically critical review, commentary or revision – including pre- or post-publication stages.	70%	10%	20%

⁵ Pese a no figurar como autor, se ha prestado apoyo de supervisión en la conceptualización y gestión de la investigación.

Indexación artículo 2: “Expectativas de parto de las gestantes de La Ribera: una aproximación cualitativa”

Camacho, F., Romero, M.J. (2018). Expectativas de parto de las gestantes de La Ribera: una aproximación cualitativa. *Enfermería Global*, 49: 324-335.

Indexación de la Revista Enfermería Global

a) Scimago Journal Rank (SJR)

- Categoría: Enfermería / Miscellanea
- Cuartil en año de publicación (2018): Q3
- H Index (2018): 5
- SJR (2018): 0,15

b) Citescore (Elsevier Scopus)

- (2018): 0,21
- Citescore Rank 2017 (Category: Nursing – General Nursing): 89/111 (Q4)
- Source Normalized Impact per Paper (SNIP) en 2018: 0,267

Ítem	F. Camacho	M.J. Romero	J. Esparcia ⁶
Conceptualization – Ideas; formulation or evolution of overarching research goals and aims.	80 %		20%
Formal analysis – Application of statistical, mathematical, computational, or other formal techniques to analyze or synthesize study data.	100 %		
Investigation – Conducting a research and investigation process, specifically performing the experiments, or data/evidence collection.	50%	50 %	
Methodology – Development or design of methodology; creation of models.	100 %		
Project administration – Management and coordination responsibility for the research activity planning and execution.	100%		
Supervision – Oversight and leadership responsibility for the research activity planning and execution, including mentorship external to the core team.	100 %		
Visualization – Preparation, creation and/or presentation of the published work, specifically visualization/data presentation	60%	20%	20%
Writing – original draft – Preparation, creation and/or presentation of the published work, specifically writing the initial draft (including substantive translation).	70%	20%	10%
Writing – review & editing – Preparation, creation and/or presentation of the published work by those from the original research group, specifically critical review, commentary or revision – including pre- or post-publication stages.	70%	10%	20%

⁶ Pese a no figurar como autor, se ha prestado apoyo de supervisión en la conceptualización y gestión de la investigación.

Indexación artículo 3: “Influence and use of information sources about childbearing among Spanish pregnant women”

Camacho-Morell, F. y Esparcia, J. (2020). Influence and use of information sources about childbearing among Spanish pregnant women. *Women and birth*, 33(4), 367-376.

Indexación de la revista *Women and Birth*

- a) Journal Citation Reports-JCR (Web of Science)
 - Journal Citation Reports (JCR - WoS): Q1
 - Impact Factor (IF) en 2018: 2,079; 5 year IF 2,263

- b) Scimago Journal Rank (SJR) (último año disponible previo a la publicación)
 - Categoría: Enfermería / Maternity and Midwifery
 - Cuartil (2017): Q1
 - Últimos 5 años: Q1
 - H Index (2017): 31
 - SJR (2018): 0,78

- c) Citescore (Elsevier Scopus) (último año disponible previo a la publicación)
 - (2018): 0,35
 - Citescore Rank 2017 (Category: Nursing – Maternity and Midwifery): 2/23 (Q1)
 - Source Normalized Impact per Paper (SNIP) en 2018: 0,933

- d) Indexada en Medline desde 2006

Ítem	F. Camacho	J. Esparcia
Conceptualization – Ideas; formulation or evolution of overarching research goals and aims.	50%	50%
Formal analysis – Application of statistical, mathematical, computational, or other formal techniques to analyze or synthesize study data.	90%	10%
Funding acquisition - Acquisition of the financial support for the project leading to this publication.		100%
Investigation – Conducting a research and investigation process, specifically performing the experiments, or data/evidence collection.	100%	
Methodology – Development or design of methodology; creation of models.	50%	50%
Project administration – Management and coordination responsibility for the research activity planning and execution.	50%	50%
Supervision – Oversight and leadership responsibility for the research activity planning and execution, including mentorship external to the core team.		100%
Visualization – Preparation, creation and/or presentation of the published work, specifically visualization/data presentation	50%	50%
Writing – original draft – Preparation, creation and/or presentation of the published work, specifically writing the initial draft (including substantive translation).	50%	50%
Writing – review & editing – Preparation, creation and/or presentation of the published work by those from the original research group, specifically critical review, commentary or revision – including pre- or post-publication stages.	60%	40%

Indexación artículo 4: “Coordinación entre matronas del área de salud de La Ribera desde un enfoque fenomenológico”

Camacho-Morell, F., Espert-Galera, J., Sanchis-Valero, S. y Sebastián-Abril, S. (2019). Coordinación entre matronas del área de salud de La Ribera desde un enfoque fenomenológico. *Matronas Profesión*, 20(1), 5-12.

Indexación de la revista *Matronas Profesión*

- a) Scimago Journal Rank (SJR) (último año disponible previo a la publicación)
 - Categoría: Enfermería / Maternity and Midwifery
 - Cuartil (2018): Q4
 - Cuartil (2017): Q3
 - H Index (2018): 5
 - SJR (2018): 0,12

- b) CiteScore (Elsevier Scopus)
 - (2019): 0,69
 - CiteScore Rank 2018 (Category: Social Sciences / General Social Sciences): 89/223 (Q2)
 - Source Normalized Impact per Paper (SNIP) en 2018: 0,044

Ítem	F. Camacho	S. Sanchis J. Espert S. Sebastian	J. Esparcia ⁷
Conceptualization – Ideas; formulation or evolution of overarching research goals and aims.	80%		20%
Formal analysis – Application of statistical, mathematical, computational, or other formal techniques to analyze or synthesize study data.	50%	50%	
Investigation – Conducting a research and investigation process, specifically performing the experiments, or data/evidence collection.		100%	
Methodology – Development or design of methodology; creation of models.	50%	50%	
Project administration – Management and coordination responsibility for the research activity planning and execution.	100%		
Supervision – Oversight and leadership responsibility for the research activity planning and execution, including mentorship external to the core team.	100 %		
Visualization – Preparation, creation and/or presentation of the published work, specifically visualization/data presentation	60%	40%	
Writing – original draft – Preparation, creation and/or presentation of the published work, specifically writing the initial draft	70%	10%	20%
Writing – review & editing – Preparation, creation and/or presentation of the published work by those from the original research group, specifically critical review, commentary or revision – including pre- or post-publication stages.	70%	10%	20%

⁷ Pese a no figurar como autor, se ha prestado apoyo de supervisión en la conceptualización y gestión de la investigación.

Indexación artículo 5: “A contribution to the analysis of the first Spanish public-private partnership in primary and specialized maternity care: a Social Network Analysis approach”

Camacho-Morell, F. y Esparcia, J. (2020). A contribution to the analysis of the first Spanish public-private partnership in primary and specialized maternity care: a Social Network Analysis approach. *Revista Internacional de Sociología* [en prensa].

Indexación de la Revista Internacional de Sociología (último año disponible previo a la publicación)

- a) Journal Citation Reports-JCR (Web of Science)
 - Cuartil: Q4
 - Impact Factor (IF) en 2018: 0,579; 5 year IF: 0,861

- b) Scimago Journal Rank (SJR)
 - Categoría: Category: Social Sciences / Miscellaneous
 - Cuartil (2018): Q3
 - Cuartil (2015): Q2
 - H Index (2018): 14
 - SJR (2018): 0,23

- c) CiteScore (Elsevier Scopus)
 - (2019): 0,69
 - CiteScore Rank 2018 (Category: Social Sciences / General Social Sciences): 89/223 (Q2)
 - Source Normalized Impact per Paper (SNIP) en 2018: 0,642

- d) Indexada en Medline: solo artículos relacionados con demografía y salud reproductiva

Ítem	F. Camacho	J. Esparcia
Conceptualization – Ideas; formulation or evolution of overarching research goals and aims.	30%	70%
Formal analysis – Application of statistical, mathematical, computational, or other formal techniques to analyze or synthesize study data.	70%	30%
Funding acquisition - Acquisition of the financial support for the project leading to this publication.		100%
Investigation – Conducting a research and investigation process, specifically performing the experiments, or data/evidence collection.	100%	
Methodology – Development or design of methodology; creation of models.	50%	50%
Project administration – Management and coordination responsibility for the research activity planning and execution.	50%	50%
Supervision – Oversight and leadership responsibility for the research activity planning and execution, including mentorship external to the core team.		100%
Visualization – Preparation, creation and/or presentation of the published work, specifically visualization/data presentation	70%	30%
Writing – original draft – Preparation, creation and/or presentation of the published work, specifically writing the initial draft (including substantive translation).	40%	60%
Writing – review & editing – Preparation, creation and/or presentation of the published work by those from the original research group, specifically critical review, commentary or revision – including pre- or post-publication stages.	60%	40%

Tabla 18: Indexación de las revistas donde se han publicado los artículos de la tesis por compendio de artículos

Revista (año publicación) ISSN	Journal Citation Reports (Web of Science)				Scimago Journal Rank (SJR)				CiteScore (Elsevier Scopus)				Medline (año de entrada)
	Q	IF	Posición (categoría)	IF 5 años previos	Q *	H Index	SJR	Categoría	CiteScore	CiteScore Rank	SNIP	Categoría	
Revista Calidad Asistencial (2017) ISSN: 1134-282X	--	--	--	--	Q3 (3)	17	0,13	Medicina / Miscellanea	0,35	Q4 (167/216)	0,323	Medicine - Health Policy	2009
Enfermería Global (2018) ISSN: 1695-6141	--	--	--	--	Q3 (4)	5	0,15	Medicina / Miscellanea	0,21	Q3 (81/111)	0,267	Nursing - General Nursing	
Women and Birth (2019) ISSN: 1871-5192	1	2,079	17/120 (Nursing)	2,263	Q1 (1)	31	0,78	Nursing – Maternity and Midwifery	2,35	Q1 (2/23)	0,933	Nursing – Maternity and Midwifery	2006
Matronas Profesión (2019) ISSN: 1578-0740	--	--	--	--	Q4 (3)	5	0,12	Maternity and Midwifery	0,05	Q4 (21/23)	0,044	Maternity and Midwifery Social Sciences	
Revista Internacional de Sociología (2020) eISSN: 1988-429X	4	0,579	124 /148 (Sociology)	0,861	Q3 (2)	14	0,23	Social Sciences– Miscellanea	0,69	Q 2 (89/223)	0,642	Sciences– General Social Sciences	Selected citations only

Q*: Q año publicación o más próximo (año previo).

Autorizaciones

Yo, M.^º José Romero Martín, con DNI 22586085-Q

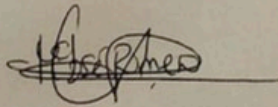
Por la presente

DOY FE que

Los dos artículos siguientes, en coautoría con Doña Francisca Camacho Morell, que se han llevado a cabo en el marco de su tesis doctoral titulada "La atención a la salud materno-infantil en el área de salud de La Ribera (Valencia) desde la perspectiva de las gestantes y las matronas: aproximaciones desde la fenomenología y el Análisis de Redes Sociales", no están siendo utilizados como parte de ninguna otra tesis doctoral.

1. Camacho, F. y Romero, M. J. (2018). Expectativas de parto de las gestantes de La Ribera: una aproximación cualitativa. *Enfermería global*, 49, 324-333.
2. Camacho-Morell, F. y Romero-Martín, M. J. (2017). Cambio de modelo asistencial en la atención al parto normal: aplicación en el paritorio de La Ribera. *Revista de Calidad Asistencial*, 32(5), 255-261.

Y para que conste y surta los efectos oportunos, firmo la presente



En Valencia, a 4 de mayo de 2020

Yo, Silvia Sebastián Abril, con DNI 48585381C

Por la presente

DOY FE que

El artículo siguiente, en coautoría con Doña Francisca Camacho Morell, que se ha llevado a cabo en el marco de su tesis doctoral titulada "La atención a la salud materno-infantil en el área de salud de La Ribera (Valencia) desde la perspectiva de las gestantes y las matronas: aproximaciones desde la fenomenología y el Análisis de Redes Sociales", no está siendo utilizado como parte de ninguna otra tesis doctoral.

Camacho-Morell, F., Espert-Galera, J., Sanchis-Valero, S. y Sebastián-Abril, S. (2019). Coordinación entre matronas del área de salud de La Ribera desde un enfoque fenomenológico. *Matronas Profesión*, 20(1), 5-12.

Y para que conste y surta los efectos oportunos, firmo la presente



Silvia Sebastián Abril

En Valencia, a 4 de mayo de 2020

Yo, Júlía Espert Galera, con DNI 26747598R

Por la presente

DOY FE que

El artículo siguiente, en coautoría con Doña Francisca Camacho Morell, que se ha llevado a cabo en el marco de su tesis doctoral titulada "La atención a la salud materno-infantil en el área de salud de La Ribera (Valencia) desde la perspectiva de las gestantes y las matronas: aproximaciones desde la fenomenología y el Análisis de Redes Sociales", no está siendo utilizado como parte de ninguna otra tesis doctoral.

Camacho-Morell, F., Espert-Galera, J., Sanchis-Valero, S. y Sebastián-Abriú, S. (2019). Coordinación entre matronas del área de salud de La Ribera desde un enfoque fenomenológico. *Matronas Profesión*, 20(1), 5-12.

Y para que conste y surta los efectos oportunos, firmo la presente :



En Valencia, a 4 de mayo de 2020

Yo, Sheila Sanchis Valero, con DNI 48604435-F

Por la presente

DOY FE que

El artículo siguiente, en coautoría con Doña Francisca Camacho Morell, que se ha llevado a cabo en el marco de su tesis doctoral titulada "La atención a la salud materno-infantil en el área de salud de La Ribera (Valencia) desde la perspectiva de las gestantes y las matronas: aproximaciones desde la fenomenología y el Análisis de Redes Sociales", no está siendo utilizado como parte de ninguna otra tesis doctoral.

Camacho-Morell, F., Espert-Galera, J., Sanchis-Valero, S. y Sebastián-Abril, S. (2019). Coordinación entre matronas del área de salud de La Ribera desde un enfoque fenomenológico. *Matronas Profesión*, 20(1), 5-12.

Y para que conste y surta los efectos oportunos, firmo la presente



En Valencia, a 4 de mayo de 2020



Dr. Javier Esparcia Pérez
Catedrático de Análisis Geográfico Regional
Instituto Interuniversitario de Desarrollo Local
Universidad de Valencia
Avd. Blasco Ibañez, 46010 (Valencia – España)

Por la presente

DOY FE que

Los dos artículos siguientes, en coautoría con Doña Francisca Camacho Morell, que se han llevado a cabo en el marco de su tesis doctoral titulada “*La atención a la salud materno-infantil en el área de salud de La Ribera (Valencia) desde la perspectiva de las gestantes y las matronas: aproximaciones desde la fenomenología y el Análisis de Redes Sociales*”, no están siendo utilizados como parte de ninguna otra tesis doctoral.

- 1) Camacho-Morell, F. y Esparcia, J. (2019). Influence and use of information sources about childbearing among Spanish pregnant women. *Women and birth* [en prensa, Agosto 2019].
- 2) Camacho-Morell, F. y Esparcia, J. (2020). A contribution to the analysis of the first Spanish public-private partnership in primary and specialized maternity care: a Social Network Analysis approach. *Revista Internacional de Sociología* [en prensa, Abril 2020]

Y para que conste y surta los efectos oportunos, firmo la presente

Firmado digitalmente
por ESPARCIA PEREZ
JAVIER - 243128748
Fecha: 2020.05.04
16:50:57 +02'00'

En Valencia, a 4 de mayo de 2020.

Dr. Javier Esparcia
Catedrático de Análisis Geográfico Regional
Dpto. de Geografía / Instituto Interuniversitario de Desarrollo Local
Javier.esparcia@uv.es



P19-00570 Aceptación

3 mensajes

RIS <ris@iesa.csic.es>
Para: Javier Espacia <javier.espacia@uv.es>

17 de abril de 2020, 12:13

Estimado Javier:

Me es grato comunicarle que en el archivo adjunto encontrará la aceptación de su artículo para ser publicado en la RIS.

Gracias por confiar en la RIS.

Un cordial saludo,



Luis Rodríguez Marullo Bana
Secretaría Técnica
Campo Santo de los Mártires, 7
10014 Córdoba - España



ris@iesa.csic.es
www.iesa.csic.es



Revista Internacional de Sociología



@RISociologia

P19-00570 Aceptacion.pdf
124K



Estimado *Javier*,

Tengo el placer de comunicarle que su artículo ha sido aprobado por el Consejo de Redacción para su próxima publicación. Iniciamos el proceso de edición del mismo. No le puedo asegurar el momento, pero siempre intentamos acelerar el tiempo de su publicación.

En el momento que estén disponibles las galeradas se las enviaremos para que las revise finalmente.

Un saludo cordial,



Ernesto Ganuza Fernández
Director de la RIS

