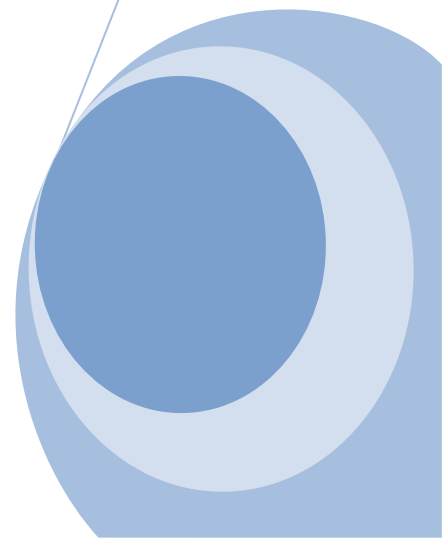


MODELIZACIÓN Y MEDIDA DE LA CALIDAD PERCIBIDA DE LA ATENCIÓN AL PARTO EN LA COMUNIDAD GALLEGA



Tesis Doctoral 2011

María Teresa Ferreiro Losada





UNIVERSIDADE DE SANTIAGO DE COMPOSTELA

FACULTAD DE PSICOLOXÍA

Departamento de Psicoloxía Social, Básica e Metodoloxía

**MODELIZACIÓN Y MEDIDA DE LA CALIDAD PERCIBIDA DE LA
ATENCIÓN AL PARTO EN LA COMUNIDAD GALLEGA**

TESIS DOCTORAL

AUTORA: María Teresa Ferreiro Losada

DIRECTORES: Dr. Antonio Rial Boubeta
Dr. Jesús Varela Mallou
Dra. Ana Clavería Fontán



D. Antonio Rial Boubeta, Profesor Titular del Departamento de Psicología Social, Básica e Metodoloxía , de la Universidade de Santiago de Compostela,

D. Jesús Varela Mallou, Profesor Titular del Departamento de Psicología Social, Básica e Metodoloxía , de la Universidade de Santiago de Compostela, y

Dña. Ana Clavería Fontán, Técnica de Salud de la Gerencia de Atención Primaria de Vigo.

CERTIFICAN

Que la presente Tesis Doctoral titulada “**Modelización y medida de Calidad Percibida de la Atención al Parto en la comunidad gallega**”, elaborada por Dña. María Teresa Ferreiro Losada, reúne los requisitos científicos y académicos necesarios para ser presentada y defendida.

Santiago de Compostela, 3 de Septiembre de 2011

Dr. Antonio Rial Boubeta

Dr. Jesús Varela Mallou

Dra. Ana Clavería Fontán

Dña. María Teresa Ferreiro Losada

Este trabajo ha sido cofinanciado por el Plan Nacional de Investigación Científica I+D+I y el Instituto Carlos III. Proyecto nº MD07/00157, resolución del 25 de julio de 2007, publicada en BOE nº 223 del mismo año. También ha recibido una beca para la realización de proyectos de investigación en el sistema público de Galicia, de la Conselleria de Sanidade, con nº PSO 7/73.

A mi familia y a su futuro miembro que han hecho posible con la impronta de su
paciencia y entusiasmo el desarrollo de este trabajo.

Agradecimientos

Los agradecimientos a las múltiples aportaciones que han hecho posible que se haya podido llevar a cabo este trabajo serían incontables. Pero me gustaría hacer especial mención a los conocimientos, el entusiasmo y el tiempo que han dedicado Antonio y Ana para que el ánimo no decayese y se iluminara el camino de este aprendizaje. Sin su ayuda hubiera sido irrealizable.

Una aportación inestimable ha sido el afán de mejora continua en la atención a las futuras madres de Loli, para la que la matronería ha pasado de ser su profesión a una pasión vital.
Muchas gracias

No puedo dejar de referirme a Edu que no sólo ha sido un compañero de vida sino de trabajo cuyo ejemplo y enseñanzas, se ven reflejadas en este trabajo, y a las personas que durante este camino han estado presentes, por sus enseñanzas, su apoyo, por estar ahí.

Finalmente agradecer a todas las madres, protagonistas junto a sus recién nacidos de este proyecto, en especial a las 811 que tomaron parte activa en él, cuyas aportaciones, anhelos y necesidades se han intentado reflejar; es mi deseo que así sea.

ÍNDICE

Presentación	15
--------------------	----

PARTE TEÓRICA

1. La atención sanitaria	23
1.1. Nuevo concepto de salud	23
1.2. Importancia de la gestión	30
1.3. El Sistema Sanitario Público Español	32
2. Calidad y servicios sanitarios	39
2.1. Del control de calidad a la calidad Total y la excelencia	40
2.2. El enfoque Marketing como sistema de mejora continua	44
2.3. El papel del usuario: calidad Percibida	50
2.3.1. Reseña histórica	50
2.3.2. Modelo SERVQUAL vs. Modelo SEVPERF	54
2.3.3. Dimensiones de la calidad percibida	56
2.3.4. Elementos tangibles, procesos, subprocesos y resultados	59
2.3.5. Evaluación de la calidad percibida	60
2.3.6. Calidad del servicio y satisfacción del usuario	62
2.4. Calidad asistencial	64
2.4.1. Conceptualización y evaluación	64
2.4.2. Componentes del proceso asistencial	68
2.4.3. Normativa de calidad en el ámbito español	71
3. Atención al parto, puerperio y lactancia	77
3.1. La actividad en el área materno-infantil	77
3.2. Evolución de la asistencia al Parto Normal	83
3.3. Fases del parto y del proceso asistencial	88
3.4. Marco científico e institucional en la atención al parto	99
3.5. Evidencia científica sobre las prácticas obstétricas	110
4. Evaluación de la calidad en el área de maternidad	123
4.1. Factores que afectan a la calidad percibida y a la satisfacción	125
4.1.1. El cumplimiento de las expectativas.....	125
4.1.2. La sensación de control.....	127
4.1.3. La percepción de autieficacia.....	129
4.1.4. El manejo del dolor	130
4.2. La evaluación de la calidad de la atención la parto desde una perspectiva cualitativa	132
4.3. La evaluación de la calidad de la atención la parto desde una perspectiva cuantitativa	135
4.4. La evaluación de la atención al parto en diferentes países	143
4.4.1. El ejemplo de Suecia	143
4.4.2. El parto en los Países Bajos y Bélgica	144
4.4.3. Canadá	145
4.4.4. Australia	146

4.4.5. Reino Unido	147
4.4.6. Estados Unidos	149
4.4.7. España	151

PARTE EMPIRICA

5. Objetivos	157
5.1. Objetivo general	157
5.2. Objetivo específicos	158
6. Estudio I	161
6.1. Objetivos	163
6.2. Metodología	165
6.2.1. Participantes	167
6.2.2. Captación	170
6.2.3. Materiales	174
6.2.4. Procedimientos	175
6.3. Resultados	180
6.3.1. Descripción de la experiencia	180
6.3.2. Secuencialización y diagnóstico del servicio	182
6.3.3. Medicalización del parto	201
6.3.4. Lactancia materna	201
6.4. Conclusiones	203
7. Estudio II	213
7.1. Objetivos	215
7.2. Metodología	216
7.2.1. Diseño	216
7.2.2. Procedimiento	217
7.2.3. Descripción de la muestra	219
7.3. Resultados	222
7.3.1. Evaluación de procesos e indicadores	222
7.3.2. Valoración global, satisfacción y cumplimiento de expectativas	252
7.3.3. Evaluación de la calidad percibida	255
7.4. Conclusiones	268
8. Discusión y conclusiones generales	277
Referencias bibliográficas	299
Anexos	325



PRESENTACIÓN

La atención a la salud, su promoción y prevención es un aspecto primordial en el desarrollo actual de la sociedad. La concepción imperante de la salud como un estado de completo bienestar físico, mental y social ha convertido su logro en un objetivo no sólo personal sino social. El usuario se entiende como protagonista de su propia salud. Como un ser complejo fruto de la integración de sentimientos, conocimientos, un planteamiento vital y una realidad social concreta. Escuchar la opinión de los usuarios de los servicios sanitarios pasa a ser una obligación para la mejora de la eficiencia del sistema. A partir de la idea de colaboración mutua y del protagonismo del paciente en la concepción actual de salud, surge la necesidad de contar con herramientas integradas en la organización sanitaria a través de las que se pueda escuchar su voz.

El marketing se ha ido adaptando desde su concepción original como medio de perpetuar en el tiempo las relaciones entre los usuarios y la empresa. Ha demostrado ser de gran utilidad como herramienta de gestión, en la integración de todos los elementos de un servicio sobre el eje de la calidad, entendida como calidad percibida por el usuario. Su aplicación a servicios públicos y sanitarios supone una mejora continua del servicio proporcionado, la contención y racionalización del gasto, y una mayor satisfacción del paciente.

Por su parte, la calidad está implícita en la vocación de los servicios públicos y en su vinculación a la satisfacción de las necesidades descubiertas. El hecho de que las expectativas acerca del servicio y las necesidades varíen de unos usuarios a otros a lo largo del tiempo, le confiere al marketing un carácter dinámico en constante renovación.

El parto es la causa más frecuente de ingreso en los hospitales españoles, y en él se invierten importantes recursos tanto económicos como humanos, en cualquier sistema sanitario. El parto normal es un proceso fisiológico en el que los protagonistas no están enfermos. Se trata de un momento de especial vulnerabilidad por su alto contenido emocional y su vinculación en el desarrollo de lazos afectivos en la familia. Esto hace aún más importante que en la atención que se presta se cuide el trato respetuoso, la participación en la toma de decisiones, y el “*primum non nocere*”.

En el momento actual el proceso de atención al parto está siendo objeto de un excesivo intervencionismo, generalmente no avalado por la evidencia científica, y se descuidan aspectos organizativos, de accesibilidad, disponibilidad y de humanización en la atención. Detectar las debilidades e ineficiencias de los procesos de atención al paciente es una necesidad de la práctica asistencial, que no siempre es fácil de resolver. Pese a algunos esfuerzos, carecemos en nuestro sistema sanitario de herramientas estandarizadas de evaluación de calidad percibida adaptadas a nuestro entorno, útiles y fáciles de aplicar, que se integren en pos de un sistema sanitario de calidad.

La pretensión de este trabajo es contribuir a evaluar la calidad asistencial de la atención sanitaria prestada a las mujeres y a los recién nacidos durante el parto, puerperio y lactancia materna en los hospitales del Servicio Gallego de Salud. Proporcionar una herramienta de evaluación ágil y científicamente probada ayudaría mejorar la atención sanitaria que se presta a las mujeres durante este proceso asistencial.

Con este fin desarrollamos un marco teórico que puede dividirse en dos partes. En los tres primeros capítulos se revisan el nuevo modelo biopsicosocial de salud, y el contexto del sistema sanitario público español, en el que se encuadra la atención al parto normal. También se realiza un repaso de la evolución conceptual del marketing y de las diferentes perspectivas y dimensiones que han definido tradicionalmente la calidad percibida, con especial atención a la evaluación de la calidad en los servicios

sanitarios, en nuestra pretensión por conocer las necesidades de los usuarios del sistema sanitario.

En los siguientes capítulos se realiza un repaso de la evidencia científica actual respecto a la atención al parto normal y el puerperio, y se describen brevemente las diferentes escalas y estudios previos en lo referente a la satisfacción de la mujer a la hora de dar a luz.

Por su parte, el estudio empírico se divide a su vez en dos estudios complementarios. El primero, referido a la modelización de la calidad percibida en los servicios de maternidad con una perspectiva cualitativa, gracias a la información obtenida mediante la realización de grupos focales. El segundo se centra en el desarrollo del análisis de la situación actual de la atención al parto con técnicas cuantitativas, como es la cumplimentación de un cuestionario realizado en base a la información extraída de los grupos focales, una intensa revisión bibliográfica y la opinión de expertos en el tema. La combinación de ambas metodologías permite maximizar la fiabilidad y la utilidad de la información recabada.

Por último, se exponen y discuten las principales conclusiones de este trabajo, así como sus limitaciones y futuras líneas de investigación a las que, a nuestro modo de ver, puede dar lugar.

PARTE TEÓRICA

1.LA ATENCIÓN SANITARIA

La atención a la salud, su promoción y prevención es una cuestión primordial en el desarrollo de cualquier sociedad o país, y conlleva un desembolso económico importante. Para garantizar una atención sanitaria adecuada se necesita una buena red de hospitales y centros de Atención Primaria, en los que trabajen profesionales cualificados y motivados. El conocimiento de la opinión de los usuarios acerca de los servicios sanitarios y de las eventuales necesidades no resueltas constituye una herramienta clave para la mejora del servicio y la optimización de los recursos. Este enfoque que otorga un protagonismo al paciente en la concepción actual de salud y en consecuencia, en la propia gestión de los recursos y servicios sanitarios se traduce en la necesidad de disponer de herramientas de escucha activa, que permitan incorporar las percepciones de pacientes y/o usuarios a la misma gestión. Contar con su opinión además de gran utilidad a la hora de implantar cambios, ajustados a sus necesidades, permite aumentar su satisfacción (Castelo, Valenciano, Taboada y Bastida, 2010).

1.1. Nuevo concepto de salud

Desde sus orígenes el ser humano ha tratado de explicar la realidad y los acontecimientos trascendentales que en ella tienen lugar, como la vida, la muerte o la enfermedad. Desde hace siglos los resultados obtenidos de la experiencia diaria han venido conviviendo con una medicina mágico-religiosa para intentar comprender lo inexplicable. Entre los siglos XVII y XIX, los esfuerzos se centraron en clasificar órganos, tejidos y enfermedades y en establecer leyes de funcionamiento de los procesos fisiológicos y patológicos. El papel de la medicina, en estos siglos era el de *curar pocas veces, aliviar a menudo y consolar siempre.*

La medicina del siglo XX, impulsada por el desarrollo científico y técnico, fue consolidándose progresivamente como una disciplina más resolutiva. La medicina científica, basada en la evidencia, se apoya en un modelo fundamentalmente biologicista, pero la complejidad de los seres humanos lleva a la conclusión de que no hay enfermedades, sino personas enfermas. El cambio conceptual más importante tiene lugar en 1946 cuando la Organización Mundial de la Salud (OMS) en su Carta Magna define la salud como “*el completo estado de bienestar físico, psíquico y social*”. En consecuencia la *buena salud* es el cimiento sobre el que se construye el progreso social. La buena salud física y mental se hace necesaria para alcanzar la *calidad de vida* a que aspira la sociedad moderna.

Una de las consecuencias del nuevo enfoque o concepto de salud fue la incorporación de las categorías de *biología humana, medio ambiente y estilo de vida* a un nivel de importancia igual al de la organización del cuidado médico. El propio Lalonde (ministro de sanidad canadiense) presentó estos conceptos en la conferencia Panamericana de la salud de Ottawa en 1974.

En 1978 la OMS y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) celebran la conferencia internacional de atención primaria de salud de Alma-Ata. En dicho encuentro se reafirma la salud como un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente vinculado a la ausencia de afecciones o enfermedades, siendo además un derecho humano fundamental, por lo que se convierte en la meta social más importante. La consecución de este objetivo requiere de la participación de múltiples sectores sociales y económicos. Al mismo tiempo, se subraya la importancia de la atención primaria de salud como estrategia para alcanzar un mejor nivel de salud de los pueblos, siendo el lema promulgado “Salud para Todos en el año 2000”.

Paralelamente, en 1977, Engel propone el Modelo Biopsicosocial (MBPS), con el que intenta explicar cómo el sufrimiento y la enfermedad están influidos por múltiples niveles de la organización humana, que van desde el nivel molecular hasta el nivel

social. El MBPS plantea diferentes vías para entender la experiencia de enfermar del paciente, considerándola una parte fundamental para llegar al diagnóstico y a un adecuado tratamiento. Se introduce también la observación mediante técnicas cualitativas y las emociones en la relación asistencial (Engel, 1977).

El MBPS supone una aproximación holística a la medicina que resulta esencial en la práctica clínica habitual. Según éste los individuos, organizaciones, grupos y sociedades tienen características de los sistemas adaptativos complejos (Byrne, 1998), lo que implica la participación más directa del paciente en la intervención de los proveedores de salud. Una mejor comprensión de esta complejidad facilita, por ejemplo, la interpretación de los resultados de los ensayos clínicos y la investigación diagnóstica. Las cuestiones éticas pasan a ser consideradas una parte importante dentro del enfoque holístico de salud y se sugiere que la investigación incorpore estudios sobre la eficacia del modelo biopsicosocial aplicado a la atención sanitaria, la influencia de la capacidad cultural y la ética (Hummers-Pradier, Beyer, Chevallier, Eilat-Tsanani, Lionis, Peremans, et al, European General Practice Research Workshop (EGPRN), 2010).

En la misma línea, se subraya que la capacidad de desarrollar un modelo que tenga en cuenta la dimensión cultural y existencial requiere un enfoque integral de la atención. Se considera el cuidado de la persona en su totalidad, sin separar lo físico de lo psíquico, aplicando aquellas terapias basadas en la evidencia de sus beneficios e incluso sus costes, teniendo en cuenta el contexto de valores, creencias, cultura, familia, etc. (Gálvez, 2003).

Para que la integralidad sea efectiva deben ofertarse a la comunidad una amplia gama de servicios suficientes para satisfacer las necesidades comunes de la población. De ahí la importancia de equipos de atención multidisciplinarios y de la coordinación entre la atención primaria y hospitalaria. La orientación a la comunidad supone la conciliación de las necesidades de salud de cada paciente y las necesidades sanitarias de la comunidad, en equilibrio con la disponibilidad de recursos. Aunque se remonta a

los trabajos de Kark en los años 1950 y 1960, el paradigma de la medicina orientada a la comunidad adquiere una definición más estructurada durante la década de los 80 (Nutting, Wood & Conner, 1985). Estas características del nuevo modelo de salud deben reflejarse en la actividad diaria en el sistema sanitario. En esta actuación se parte de los conocimientos científicos actuales, el contexto del paciente e incluso su actitud para llevar a cabo las tareas clínicas correspondientes. Las decisiones y actividades sanitarias que se lleven a cabo deben centrarse en la atención a la persona solucionando sus problemas específicos contextualizados y sin olvidarse de un enfoque global y la orientación a la comunidad.

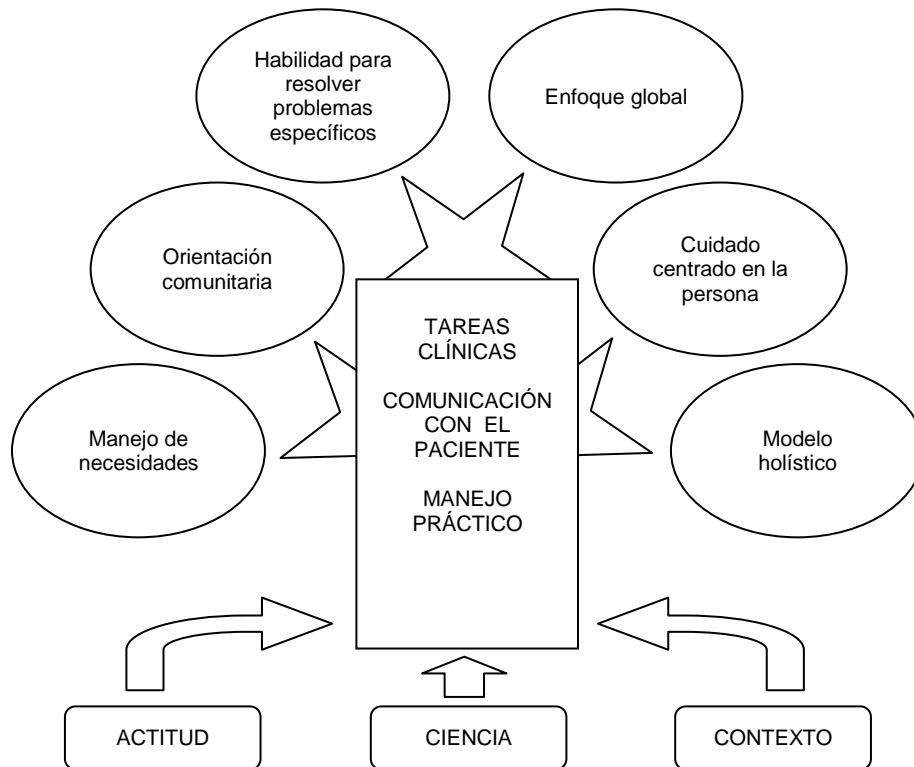


Figura 1. Representación de las competencias (y características esenciales) del ejercicio de la medicina. Adaptación de la definición de medicina familiar de la Organización Mundial de los Médicos Generales de Familia (2002) y del Colegio Suizo de Medicina Primaria (2004).

Se es consciente del hecho de que determinados comportamientos conducen a la enfermedad, pero es menos conocido cómo estos comportamientos se producen, llegan a mantenerse en el tiempo, y lo más importante, se pueden llegar a cambiar. En el contexto del ejercicio del modelo biopsicosocial los procesos que dan lugar a patrones sociales de riesgo deben ser abordados y comprendidos. Determinadas condiciones sociales inciden en el desarrollo de las enfermedades y facilitan la expresión de la susceptibilidad individual (Krieger & Fee, 1994; Link, Northridge, Phelan & Ganz, 1998; McKinlay, 1995; Rose & Day, 1990). Es necesario un esfuerzo vigoroso y sostenido para entender mejor lo diferente que coloca a las personas en riesgo.

El comportamiento humano se ve influenciado por fenómenos biológicos y por determinadas contingencias que tienen lugar en un entorno social y físico, lo que se pretende representar en la figura 2.

Se camina hacia una mayor integración de la biología, el contexto sociocultural y el comportamiento con respecto al estudio de la salud.

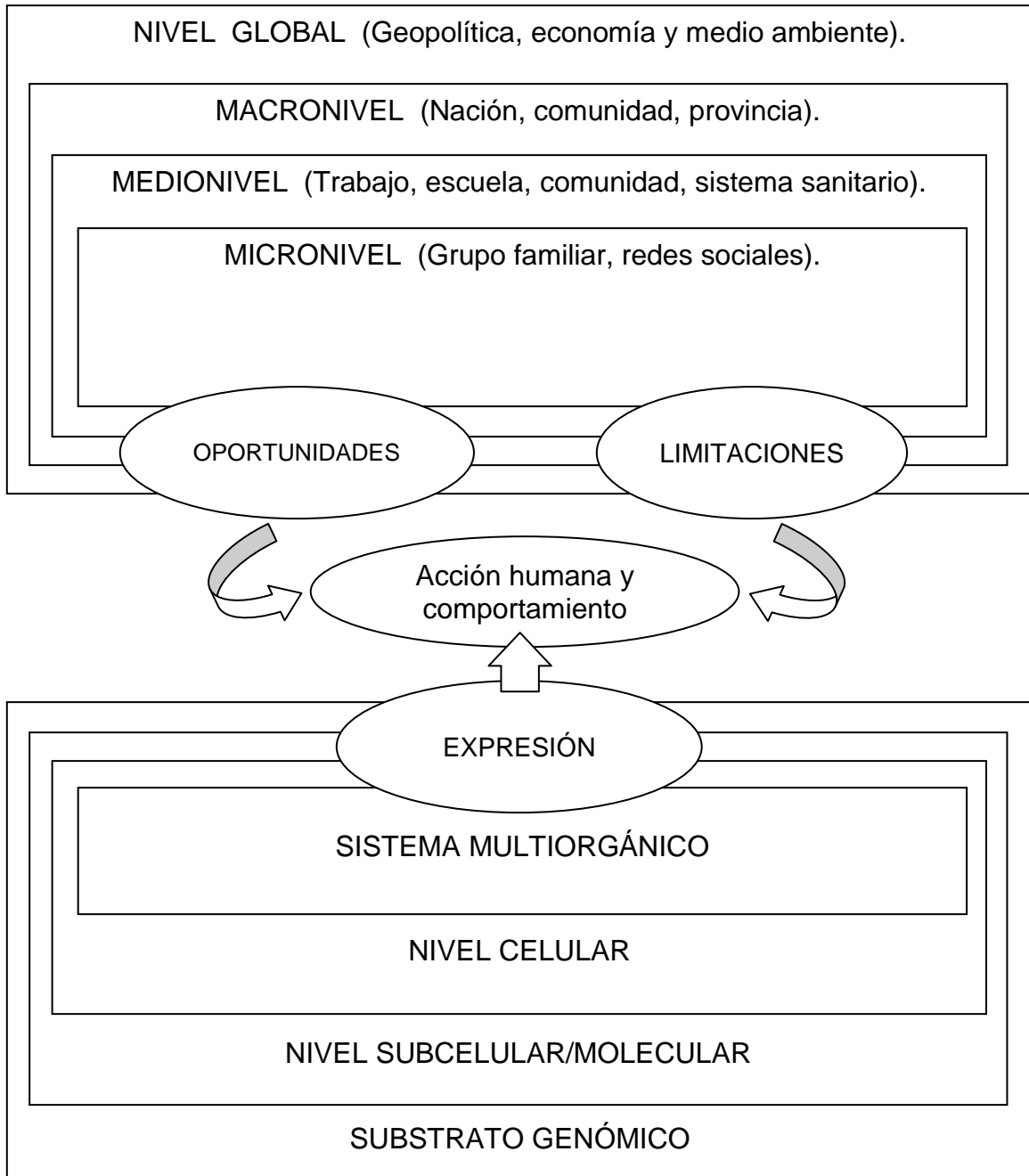


Figura 2. Representación del nexo entre la sociedad, comportamiento y biología en un espacio multidimensional. Adaptado de Glass & McAtee (2005)

Es bien sabido que los sistemas de salud tienen una capacidad limitada de *producir salud*. Ha llegado a decirse que la asistencia sanitaria puede contribuir con un 10% a mejorar el grado de salud. El 90% restante dependería de factores económicos, del medio y de la conducta higiénica de cada persona (Department of Health, Education and Welfare, Estados Unidos (U.S.), 1979). En la promoción de la salud los gobiernos deben colaborar con el sistema sanitario. La población, por su parte, tiene el derecho y el deber de participar individual y colectivamente en la planificación y aplicación de su atención de salud. En el Informe Lalonde (Canadá, 1974) se propone una primera definición de promoción de la salud como la *ciencia y el arte de ayudar a las personas a cambiar su estilo de vida de avanzar hacia un estado de salud óptimo*. Esta definición recoge la necesidad de informar, influir y ayudar a las personas y organizaciones para que puedan aceptar más responsabilidades y ser más activas en las propias cuestiones vinculadas a su salud mental y física. En la misma línea, el Informe Healthy People (U.S., 1979) señala que *la promoción de la salud busca el desarrollo de la comunidad y las distintas medidas que pueden ayudar a las personas a desarrollar estilos de vida que pueden mantener y aumentar el estado de bienestar*.

La importancia de formar y desarrollar actividades en pos de la salud lleva a que en 1984, la OMS desarrolle su propia definición de promoción de la salud como *el proceso que permite a las personas incrementar el control sobre, y mejorar, su salud*. Un marco adecuado para la promoción de la salud, comprende tres grandes "mecanismos: el auto-cuidado, la ayuda mutua y los ambientes saludables (Informe Epp, Canadá, 1986).

La primera Conferencia Internacional sobre Promoción de la Salud (Ottawa, 1986), da lugar a la Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud en la que se establecen los principios básicos de la promoción de la salud. Los factores sociales y económicos se aluden como determinantes del estado de salud. Con el paso de los años el tema se ha mantenido de total actualidad.

En el año 2005 la Carta de la OMS de Bangkok brinda una nueva orientación para la promoción de la salud preconizando políticas coherentes, inversiones y alianzas entre

los gobiernos, las organizaciones internacionales, la sociedad civil y el sector privado. El propio Tratado Constitutivo de la Unión Europea otorga un especial protagonismo a la Salud Pública, introduciendo un artículo específico al respecto¹. Sobre esta base se han venido desarrollando diferentes programas e iniciativas, una de las cuales ha sido la creación de una Agencia Ejecutiva de Salud Pública.

1.2. Importancia de la gestión

Es indudable que una mayor aspiración en una asistencia completa de salud conlleva un importante esfuerzo organizativo y un desembolso económico. Además los avances en las ciencias biomédicas, el incremento de la inmigración, el envejecimiento de la población, el incremento de las demandas sociales y la exigencia de mayor calidad en las prestaciones contribuyen de forma activa al incremento del gasto sanitario, muy por encima del crecimiento de la economía. Como consecuencia la sostenibilidad del Sistema Sanitario se supedita más que nunca a una buena gestión de los recursos disponibles, y a ajustes correctos a la evolución de las técnicas. La incorporación de herramientas de gestión integral en los servicios sanitarios ha ido cobrando un protagonismo cada vez mayor en los últimos años. Se ha puesto énfasis en los autocuidados, las actividades preventivas y la promoción de la salud; se han desarrollado nuevos sistemas de información; se han puesto en práctica medidas de contención del gasto, etc. y, en definitiva numerosas iniciativas para alcanzar una atención sanitaria cada vez más eficaz, a la vez que eficiente y equitativa.

¹ Tratado Constitutivo de la Comunidad Europea (modificado por el tratado de Niza). Título XIII. Salud Pública, Art. 152(2001).

En la actualidad el médico ocupa un lugar importante en la asistencia sanitaria. Sobre él recae la facultad de decidir a muchos niveles: el tiempo de dedicación a cada paciente, qué pruebas diagnósticas realizar, qué tratamiento (farmacológico ó quirúrgico) prestar al paciente, dónde prestar los servicios (ingresado ó en domicilio,), qué recursos emplear, etc. Muchas de estas decisiones están condicionadas por limitaciones de la propia Administración y por las demandas sociales. A día de hoy del médico se espera no sólo que sea un “sanador” o agente de salud, sino que se le implique en la propia gestión de los recursos sanitarios.

Con la aplicación de los principios del marketing al ámbito sanitario, el usuario pasa a ser un elemento primordial en la gestión. Como beneficiario de los resultados y procesos del sistema sanitario, su opinión se convierte en referente de aquellos elementos que pueden estar afectando a la calidad de la asistencia y a la prioridad en su mejora (Bansal, 2004). La OMS en el año 2000 define un sistema sanitario como *el conjunto de organizaciones, instituciones y recursos cuyo objetivo principal es mejorar la salud en los hogares, lugares de trabajo, lugares públicos, las comunidades, así como en el medio ambiente físico y psicosocial. Su finalidad es promover, restablecer o mantener la salud.* La Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE) propuso en 1987 una clasificación de los sistemas sanitarios en tres modelos básicos:

El Modelo de Servicio Nacional de Salud (Beveridge), de cobertura universal, financiado a través de impuestos y cuotas a la Seguridad Social, de empresarios y trabajadores, con producción y provisión públicas de la atención sanitaria.

El Modelo de Seguridad Social (Bismarck), de cobertura universal obligatoria, generalmente dentro de la Seguridad social, financiado por las cuotas de empresarios y de los trabajadores, a través de fondos asegurados sin ánimo de lucro, con una combinación público-privada en producción y provisión de los servicios sanitarios.

El Modelo de seguro privado, que se caracteriza por la compra de la cobertura sanitaria privada por parte de los individuos o determinadas empresas, financiado por los individuos y/o cuotas de los empresarios y con una provisión de los servicios sanitarios de tipo privado, generalmente sin ánimo de lucro (Aranaz, Aibar, Vitaller y Mira, 2008).

1.3. El Sistema Sanitario Público Español

La Constitución Española de 1978 obliga a los poderes públicos a proteger la salud de los ciudadanos. El marco legislativo actual en el que se asienta y funciona el Sistema Sanitario español es la ley General de Sanidad, 14/1986, del 25 de Abril, la ley orgánica 3/1986, del 25 de Abril, de Medidas Especiales en Materia de Salud Pública, y la Ley de Cohesión y Calidad 16/2003.

La Ley General de Sanidad creó el Sistema Nacional de Salud, delimitó las competencias de las distintas Administraciones Públicas, su estructura organizativa y funcionamiento descentralizado y coordinado, así como su financiación, y cubre la legislación en áreas como sanidad privada, productos farmacéuticos, docencia, investigación y asesoramiento científico y sanitario del Ministerio de Sanidad y Consumo. Con esta ley se favoreció el paso del modelo Bismarck (seguros sociales) al actual Modelo Beveridge (Sistema Nacional de Salud).

El Sistema Nacional de Salud español está constituido por el conjunto de los servicios de salud de la Administración del Estado y de los servicios de salud de las comunidades autónomas en los términos establecidos en la Ley General de Sanidad (artículo 44.2). La Ley 30/85 General de Sanidad y con la Ley 16/03 de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud faculta a las Comunidades Autónomas para que asuman las competencias en Salud Pública, teniendo el Ministerio de Sanidad la obligación de armonizar y homogeneizar las actividades que realicen en aras de conseguir los principios básicos que la inspiran, de atención universal y equidad en

todo el territorio: planificación y organización de sus propios Servicios de Salud, gestión de sus presupuestos y definición de sus estructuras competenciales. Esta misma ley define la prestación de atención sanitaria del Sistema Nacional de Salud como *los servicios o conjunto de servicios preventivos, diagnósticos, terapéuticos, rehabilitadores y de promoción y mantenimiento de la salud dirigidos a los ciudadanos*. Del mismo modo, definen la cartera de servicios como *el conjunto de técnicas, tecnologías o procedimientos, entendiendo por tales cada uno de los métodos, actividades y recursos basados en el conocimiento y experimentación científica, mediante los que se hacen efectivas las prestaciones sanitarias*. En septiembre de 2006 (Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre) se establece la Cartera de Servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización. Entre ellos está la asistencia materno-infantil, con inclusión de la planificación familiar.

En el Sistema Sanitario español desde principios de los años 90 la organización de la asistencia especializada (estructurada en dos niveles: ambulatorios y hospitales), ha dado paso a una nueva forma de organización, procediendo a la unificación del hospital y de los centros de especialidades en un único nivel integrado de asistencia, de forma que los recursos humanos y materiales son comunes para los diferentes establecimientos de asistencia especializada de un Área Sanitaria concreta.

La atención especializada no se limita ya al ámbito de la hospitalización en régimen de internamiento, sino que también abarca la actividad en consultas y hospitales de día, hospitalización a domicilio, la atención paliativa a enfermos y la salud mental. La red hospitalaria la constituyen los establecimientos con régimen de internado, que ofrecen estancias a los pacientes para la atención a las patologías e intervenciones que precisen. En las tablas siguientes se muestra un resumen de la red disponible de atención hospitalaria en España y Galicia a principios de 2008, así como la distribución de camas de centros de internamiento.

	Públicos - SNS	Privados	TOTAL
España	335	429	764
Galicia	17	27	44

Tabla 1. Red de hospitales en España y Galicia en 2008. Estadística de Establecimientos Sanitarios con Régimen de Internado del Ministerio de Sanidad y Consumo (MSC)

En el año 2007 tuvieron lugar 5.255.314 ingresos en el conjunto del estado, con un total de 42.933.353 estancias causadas y 77.114.406 consultas realizadas. Estadísticamente, 117 de cada 1.000 personas estuvieron ingresadas en un hospital a lo largo del año 2007. La mayor cantidad de ingresos recayó en la red pública, lo que se traduce en una frecuentación de casi 90 ingresos por cada mil habitantes. La estancia media de los pacientes ingresados fue de 8,19 días (Estadística de Establecimientos Sanitarios con Régimen de Internado del MSC).

		CAMAS INSTALADAS						CAMAS EN FUNCIONAMIENTO	
		Públicos - SNS		Privados		TOTAL		TOTAL	
		Nº	Camas por 1.000 hab.	Nº	Camas por 1.000 hab.	Nº	Camas por 1.000 hab.	Nº	Camas por 1.000 hab.
E S P A Ñ A	Hospitales generales	100.867	2,25	20.158	0,45	121.025	2,7	112.193	2,5
	Otros hospitales de agudos	1.987	0,04	5.694	0,13	7.681	0,17	6.778	0,15
	Hospitales de larga estancia	4.231	0,09	9.450	0,21	13.681	0,3	13.140	0,29
	Hospitales psiquiátricos	5.690	0,13	10.229	0,23	15.919	0,35	14.729	0,33
	TOTAL ESPAÑA	112.775	2,51	45.531	1,01	158.306	3,53	146.840	3,27
	GALICIA	8.602	3,15	1937	0,71	10.539	3,86	9.901	3,63

Tabla 2. Recursos materiales de la red de hospitales en España y Galicia en 2008. Estadística de Establecimientos Sanitarios con Régimen de Internado del MSC

Los recursos humanos y materiales destinados a atender la demanda asistencial son cuantiosos, y componen una parte muy importante en los presupuestos anuales de nuestro país.

En el reciente informe del Ministerio de Sanidad y Consumo sobre el Sistema Nacional de Salud en el año 2010, se sitúa el gasto sanitario público, incluyendo gasto de cuidados de larga duración, en 63.768 millones de euros, lo que supone un 71,8% del gasto sanitario total del país, que asciende a 88.828 millones de euros.

Como porcentaje del producto interior bruto (PIB), el gasto sanitario total en España es de 8,5%. El gasto sanitario público representa el 6,1% del PIB y supone un gasto por habitante de 1.421 euros al año. Si analizamos los últimos 10 años, el gasto sanitario total se ha duplicado en España, y se ha triplicado si tenemos en cuenta los 20 últimos años.

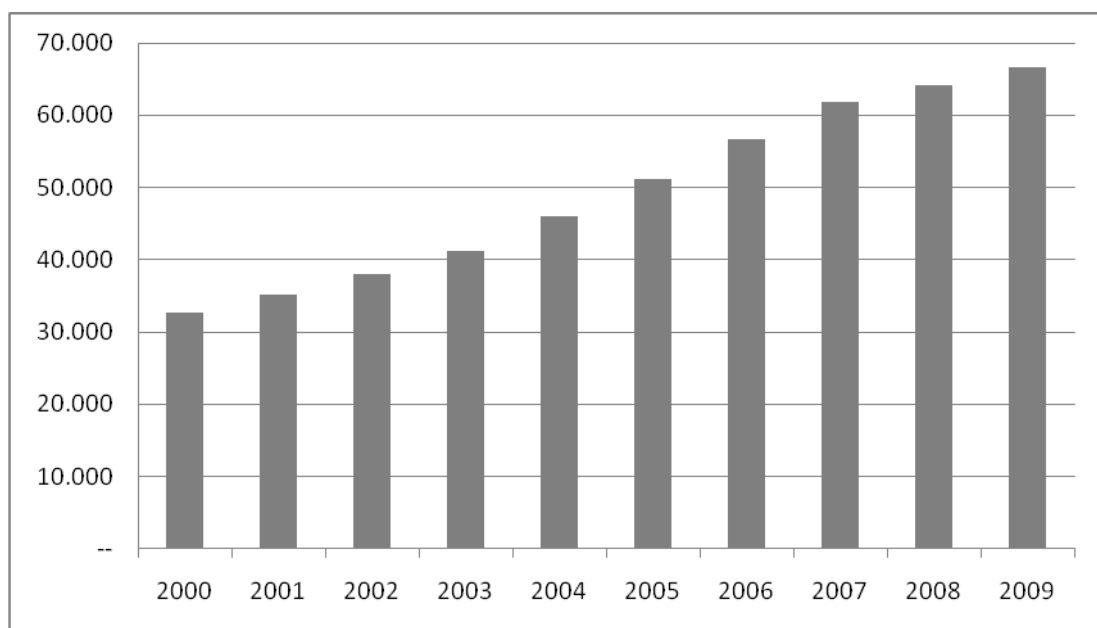


Figura 3. Evolución del gasto sanitario público en España (en millones de euros). Ministerio de Sanidad y Política Social.

Desde una dimensión funcional del gasto sanitario público, los servicios hospitalarios y especializados con un 54,0% son los que representan un mayor porcentaje del mismo, seguidos por la prestación farmacéutica (19,8%) y los

servicios de atención primaria de salud con 15,7% (Ministerios de Sanidad y Política social, 2010). En la tabla 3 se desglosa el gasto generado por los ingresos hospitalarios a principios de 2008.

	Total gastos	Gasto por cama	Gasto por alta	Gasto por estancia
España	29.665.395.784	282.589	7.574	941,25
Galicia	1.879.533.457	231.584	7.553	754,35

Tabla 3. Indicadores de gasto sanitario generales (en euros) de hospitales públicos españoles y gallegos durante 2007. Estadística de Establecimientos Sanitarios con Régimen de Internado del MSC.

Además de la importancia de recursos económicos invertidos en sanidad también están implicados numerosos recursos humanos, constituidos por personal sanitario «*todas las personas que llevan a cabo tareas que tienen como principal finalidad promover la salud*» (Informe sobre la salud en el mundo, OMS, 2006) y no sanitario, que colabora con los anteriores movilizándolo enfermos, realizando tareas administrativas etc. El personal se encuentra distribuido entre el ámbito público y privado.

	Personal sanitario	Personal no sanitario	TOTAL	Público	Privado
España	394.908	135.597	530.505	438.344	92.161
Galicia	24.208	8.781	32.989	28.948	4.041

Tabla 4. Recursos sanitarios totales a principios del año 2009. Elaboración propia a partir de datos estadísticos del Ministerio de Sanidad y Política Social.

Encuadrados en el sistema sanitario público español y siendo conscientes de la complejidad que implica gestionar toda una red de hospitales y servicios de atención primaria, resulta obvio pensar que prestar una asistencia de calidad y con una optimización de los recursos no es una tarea sencilla.

2. CALIDAD Y SERVICIOS SANITARIOS

La complejidad creciente de demandas a las que la asistencia sanitaria actual debe hacer frente, junto con la rápida evolución de los conocimientos biomédicos y la incorporación progresiva de tecnologías cada vez más sofisticadas al ámbito de la salud, conlleva la necesidad de disponer de herramientas que garanticen un desempeño eficiente. En este contexto la gestión de la *calidad* es un aspecto capital. La calidad es un concepto controvertido, complejo y de carácter multidimensional. Gestionar la calidad en una organización es sinónimo de mejora continua a todos los niveles, afectando tanto a las personas como a los procesos (Mira, Lorenzo, Rodríguez-Marín y Buil, 1999). Por otra parte, la calidad del servicio se vincula de forma casi inherente al concepto de satisfacción del paciente (Vivas, 1994), convirtiéndose en el principal pilar de ésta.

A pesar de que la preocupación por garantizar la calidad en el ámbito de la salud tiene sus primeras muestras en el terreno de la ética, en lo que se ha dado en llamar *Principio de beneficencia*, es en 1933, con la publicación del informe “Lee & Jones”, cuando se hace una referencia explícita a *criterios de atención sanitaria de calidad*. Ya en los años 50, la *Joint Commission on Accreditation of Hospitals* comienza a exigir en Estados Unidos el cumplimiento de una serie de estándares de calidad a los hospitales, acreditando aquellos centros que consiguen satisfacerlos. En los años 70 esta acreditación se hace obligatoria para los centros adscritos a los dos grandes aseguradoras del país (Medicaid y Medicare).

La OMS acordó en 1984 con todos los países europeos las “Metas de Salud para todos, 2000”. En concreto, la *Meta 31* proponía que todos los estados miembros tenían que haber estructurado, para 1990, mecanismos que garantizaran de forma efectiva la calidad de la atención al paciente en su propio sistema de salud. Una década después, en 1997, el Consejo de Ministros del Consejo de Europa adopta una recomendación sobre el desarrollo y puesta en marcha de sistemas de mejora

de la calidad en los servicios de salud, que recoge entre otros aspectos que los sistemas de calidad sean objeto de control público, bajo la forma de una evaluación externa objetiva realizada por organismos independientes.

2.1. Del Control de Calidad a la Calidad Total y la Excelencia

El concepto de calidad ha ido evolucionando de modo parejo a los sistemas de producción empresariales. Desde que se inició la preocupación por la calidad, como mecanismo para evitar *problemas* con el mercado y el consumidor, y como fuente para obtener una ventaja competitiva, hasta nuestros días (en los que ha llegado a convertirse en el eje vertebrador del funcionamiento de las organizaciones), la calidad ha pasado por diferentes etapas.

En las estrategias de gestión de las grandes empresas se pasó de un enfoque de producción a un enfoque de producto, la preocupación por la calidad técnica y la subdivisión del trabajo derivó en la consolidación del paradigma del *Control de Calidad*, en el que los esfuerzos estaban centrados en que los productos cumplieran con las especificaciones técnicas intrínsecas a su fabricación y funcionamiento (Membrado, 1999; Velasco y Campíns, 1997).

Tras la segunda guerra mundial, el trabajo de Edwards Deming, Joseph Juran y Armand Feigenbaum en Japón constató las ventajas de la instauración de verdaderos sistemas calidad en las organizaciones para mejorar los rendimientos y resultados empresariales y reducir los costes derivados de la *no-calidad*. Así, en 1986 Deming se refiere a la *mejora continua* como un proceso de la calidad que nunca se acaba, implicando y formando a toda la organización en su consecución, creando de esta forma una verdadera cultura de calidad (Deming, 1986). Se impone de este modo un nuevo enfoque, el paradigma del *Aseguramiento de la Calidad*, en el que se basan las primeras grandes normas de certificación (normas de la Organización Internacional para la Estandarización (ISO)), en las que el concepto “calidad” se refería al establecimiento y sistematización de los mecanismos necesarios para no sólo controlar sino *asegurar* el cumplimiento de las especificaciones requeridas.

Una “norma” en lenguaje ISO no es más que un documento técnico que contiene las especificaciones de un producto de forma normalizada. La conformidad con los requisitos contenidos en esta norma lleva a la certificación del producto. Por su parte, la Organización Internacional para la Estandarización (ISO) es un organismo no gubernamental que engloba 157 países, fundado hace más de medio siglo (1946). Dicha organización tiene como objetivo promover y desarrollar la normalización, con el fin de facilitar el intercambio tanto de bienes como de servicios, intentando garantizar que dicho proceso se desarrolle acorde a las necesidades de los receptores de los servicios, y que valore su disconformidad en caso de que esta aparezca. La certificación debe ser llevada a cabo por una entidad externa independiente (AENOR, Lloyds...) que en el caso de nuestro país deben estar acreditadas por la Entidad Nacional de Acreditación (ENAC).

La tercera revolución en la concepción de la calidad viene marcada por la implantación progresiva del llamado paradigma de la *Gestión de la Calidad Total* (TQM: *Total Quality Management*) que se sustenta en el desarrollo de complejos sistemas de gestión que sobrepasan la tradicional consideración de calidad referida al producto o resultado. Desde esta perspectiva, la calidad total es una filosofía, una cultura cuyo fin último es alcanzar los máximos beneficios a través de la excelencia en la gestión, para lo que resulta esencial la plena implicación de la dirección, la creación de una verdadera cultura de calidad y el compromiso de todo el personal en el proceso de mejora continua de todos los procesos y áreas organizacionales. Una cultura organizacional focalizada en el cliente, cuya opinión y evaluación resulta clave en el rediseño de planes de acción y en el proceso de mejora continua que conduzca a su satisfacción, su fidelización y, finalmente, a la rentabilidad empresarial (Donavan, Brown & Mower, 2004; Membrado, 1999; Pérez, 1994). Desde el nuevo paradigma la calidad no atañe sólo a las funciones productivas, sino que se convierte en un completo sistema de gestión de todas las áreas y procesos organizacionales, materializado en el compromiso y participación activa tanto de la dirección, como de todos los recursos humanos de la organización.

En este enfoque se basan los grandes modelos de excelencia, como el Malcom Baldrige de los Estados Unidos o el Modelo Europeo de Excelencia Empresarial de la Fundación Europea para la Gestión de la Calidad (EFQM: *European Foundation for Quality Management*). Bajo estos grandes modelos la gestión de calidad comprende no sólo un sistema que asegura y garantiza los requisitos especificados de productos y servicios, sino que además incluye la gestión de todos los procesos de la empresa, la optimización de los recursos y la satisfacción del cliente, preocupándose además por la gestión y formación del personal como medio para convertir al cliente en el centro de la organización.

Actualmente toda la gestión de la empresa debe orientarse hacia el servicio al cliente, independientemente de que se trate de una empresa de producción o de servicios (Senlle, 1993), ya que lo que hoy representa el valor añadido y la ventaja competitiva de cualquier organización empresarial es el servicio que las empresas ofrecen a sus clientes, esto es, los intangibles (Grönroos, 1990; Kapla & Norton, 2001). No obstante, hasta la última década del pasado siglo los conceptos y prácticas relacionados con el paradigma de la TQM no habían sido implementados en el ámbito de los servicios (Douglas & Fredendall, 2004; Yasin, Alavi, Kunt & Zimmerer, 2004), a pesar de que los conceptos de calidad señalados en sus modelos son universalmente aplicables (Gupta, McDaniel & Herath, 2005).

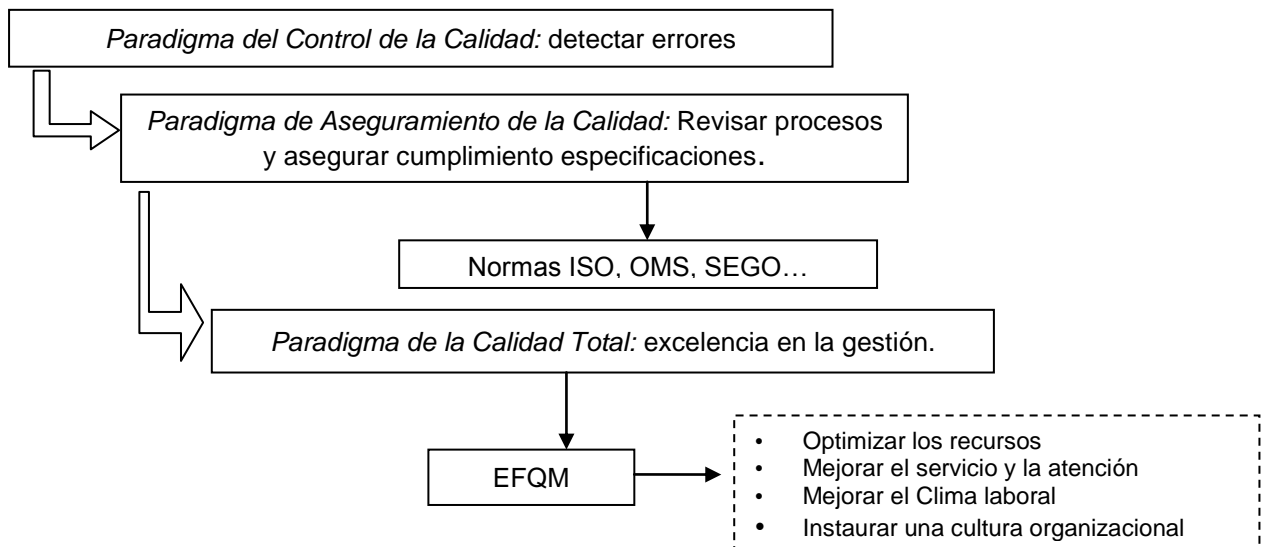


Figura 4. De la Calidad a la EXCELENCIA (evolución histórica de la gestión de la Calidad)

La aplicación de este nuevo enfoque al sector servicios ha dado lugar al paradigma denominado *Servicio de Calidad Total* (TQS: *Total Quality Service*), que tiene en consideración todas sus características diferenciales y complejidad, razón por la que con la entrada del siglo XXI todavía es un paradigma en vías de desarrollo, expansión y crecimiento (Gupta, 2005). La esencia fundamental de la evolución de la TQM al TQS es que la calidad de servicio se concibe casi por entero a partir del usuario. Escucharlo y satisfacer sus requerimientos y necesidades son factores críticos que desembocan en la ventaja competitiva y la rentabilidad (Gupta, 2005; Kannan, Tan, Handfield & Ghosh, 1999; Rust & Zahorik, 1993; Sewell, 1997).

Como se destacó en el epígrafe anterior no sólo las empresas privadas pueden ser gestionadas bajo los postulados de la calidad total, sino que todos los conceptos de la calidad pueden y deben aplicarse al sector público con el fin de hacer la administración más eficiente y orientada al ciudadano (Scharitzer & Korunka, 2000; Senlle, 1993). Cada vez son más los complejos sanitarios públicos que asumen en nuestro país los modelos de calidad total como base de una gestión basada en la excelencia (Altamore, Álvarez y Lorenzo, 1999; Arcelay, Sánchez, Hernández, Inclán, Bacigalupe, Letona et al, 1999; Daniel, Pascual, Espelt, Grifoll, Basora y Pous, 1999; Fariñas, Ansorena, Álvarez, Herrera, Valdor, Piedra, et al,

2008; , Ferrándiz, Lorenzo, Navarro, Alguacil, Morón y Pardo 2010; Lorenzo, Bacigalupe y Arcelay, 2002; Mira, Lorenzo, Rodríguez, Aranaz, y Sitges, 1998).

2.2. El enfoque de Marketing como sistema de mejora continua

El marketing supone una herramienta de probada utilidad para la mejora continua de la calidad en múltiples ámbitos entre ellos el sanitario y para la optimización de recursos. En su origen el marketing surge como respuesta a un cambio en las demandas de la sociedad respecto a la producción empresarial. A comienzos del siglo XIX la oferta llega a ser lo suficientemente grande como para que el consumidor pueda elegir, y en consecuencia se ve acrecentada de manera considerable la competencia. En respuesta a esta situación comienza un esfuerzo enfocado por una parte a las características técnicas del producto y por otra a políticas de promoción y venta. Aunque no existe una única definición comúnmente aceptada, buena parte de los autores se refieren al *marketing* como un conjunto de estrategias que busca identificar necesidades y deseos de consumidores potenciales y actuales, involucrando todos los elementos de la organización en satisfacerlas de forma más eficaz y eficiente que la competencia (Grönroos, 1990; Kotler, 1991). En 1964, se introduce el concepto de *marketing mix*, que consistiría en la combinación de las distintas herramientas del marketing sobre los cuatro factores clave de la gestión empresarial, conocidos popularmente como las "4 P" (McCarthy, 1960): producto (*Product*), precio (*Price*), promoción (*Promotion*) y distribución (*Placement*). Con el paso de los años los principios de marketing se han ido extendiendo y aplicando de forma generalizada a diferentes ámbitos de la vida económica y social, dando lugar a nuevos tópicos, como el Marketing de Servicios, el Marketing Social, Marketing Político, Marketing Sanitario, Marketing Turístico, etc.

Fruto de su aplicación a diferentes campos el enfoque clásico del marketing experimentó limitaciones y, en consecuencia, sufrió un proceso de adaptación progresivo. Este ha sido el caso del Marketing de Servicios. Las características distintivas de los servicios frente a los bienes de consumo, como son su

intangibilidad, heterogeneidad, simultaneidad, imposibilidad de almacenamiento o participación del cliente (Grönroos, 1990; Martínez-Tur, Peiró y Ramos, 2001; Parasuraman, Zeithaml & Berry, 1985), derivaron en un nuevo concepto de marketing, casi con entidad propia.

La *intangibilidad* es la diferencia en la que se ha puesto más énfasis. Consecuencia de la intangibilidad asociada a los servicios se añaden tres nuevos objetivos a la función de marketing (Bebko, 2000; Lovelock, 1991): (1) la interacción proveedor-usuario, (2) el contexto de interacción y (3) el resultado (*outcome*) de la prestación del servicio.

Intangibilidad	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Característica esencial, siendo la relevancia del componente físico variable ▪ Conlleva que la percepción del servicio sea altamente subjetiva
Heterogeneidad	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Consecuencia de los abundantes factores que inciden en la prestación de un servicio: demandas existentes, el personal que lo preste en cada momento, o el tiempo disponible ▪ Conlleva la dificultad de las organizaciones para lograr la estandarización del servicio
Simultaneidad	<ul style="list-style-type: none"> ▪ El servicio es producido y consumido al mismo tiempo, siendo ambos procesos inseparables
Imposibilidad de almacenamiento	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Consecuencia de la simultaneidad y de la heterogeneidad
Participación del cliente	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Los usuarios de un servicio son elementos activos que desempeñan un rol fundamental en su prestación e inciden en el resultado de la transacción

Tabla 5. Características distintivas de los servicios frente a los bienes de consumo

La gestión de las relaciones personales que se producen fruto de las interacciones comprador-vendedor en el proceso de consumo/uso de un servicio adquiere una importancia primordial (Solomon, Surprenant, Czepiel & Gutman, 1985; Grönroos, 1994; Gummesson, 2002).

La limitación del modelo tradicional de *marketing mix* para abordar este fenómeno ha llevado a proponer a algunos autores (Booms & Bitner, 1981; Judd, 1987;

Zeithaml, Parasuraman & Berry, 1993) la existencia de nuevas “P”: *People* (personas), *Physical* (entorno físico), *Process* (procesos) y *Performance* (desempeño, prestación).

En la figura siguiente se representa la evolución del concepto de Marketing, desde un enfoque orientado a la producción y promoción de bienes de consumo a la prestación servicios.

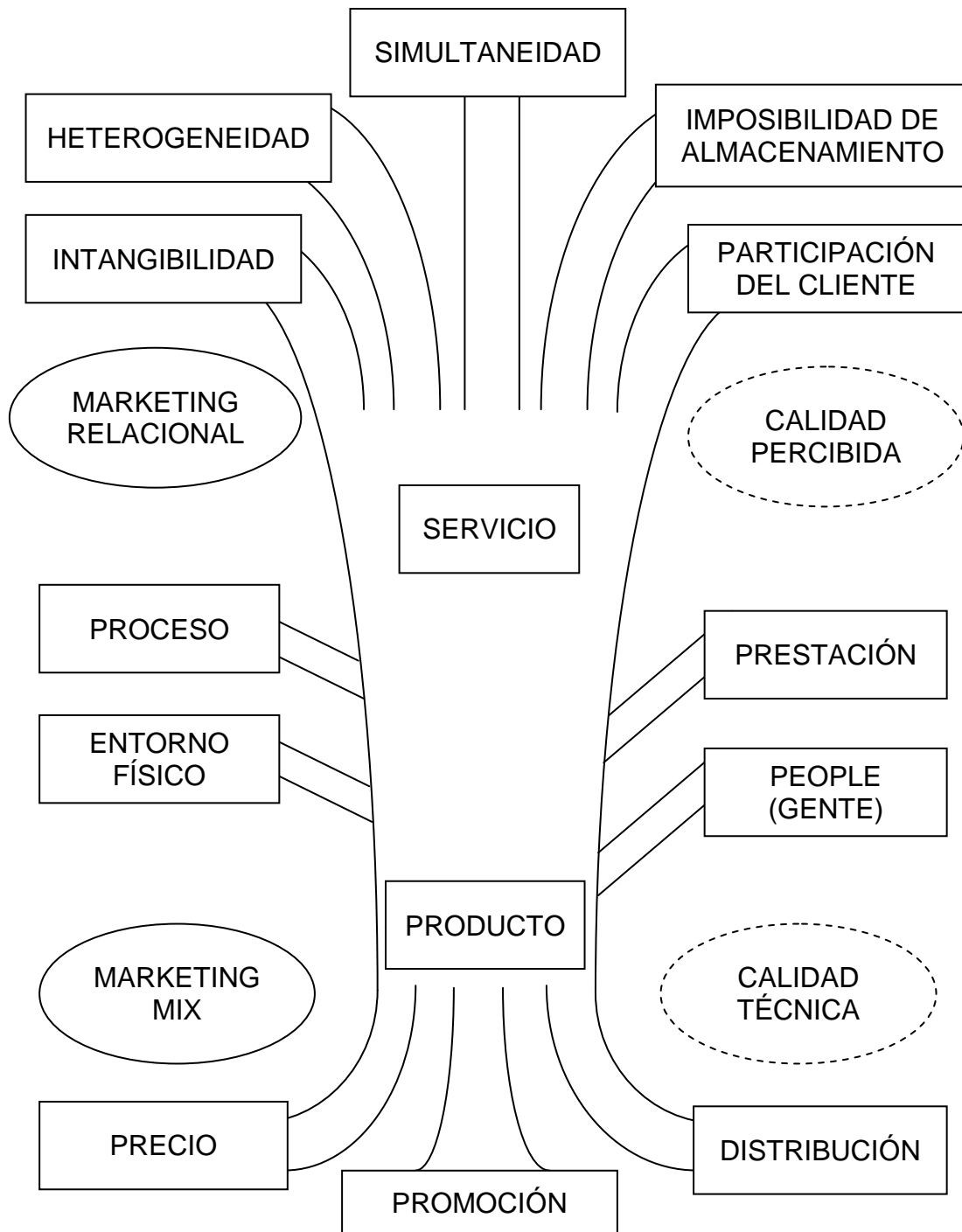


Figura 5. Representación en “árbol” de la evolución del término de *Marketing*

Uno de elementos clave dentro del marketing ha sido desde sus orígenes el propio concepto de calidad y, más en concreto, la calidad percibida por el cliente ó usuario. Ello ha derivado en la necesidad de investigar qué es lo que el usuario percibe y cómo en función de ello llega a elaborar juicios acerca de la calidad del servicio. En la formación de juicios de calidad van a incidir tanto (1) el hecho de que la necesidad por la que se requirió el servicio se haya satisfecho o no de manera eficiente, como (2) el proceso de prestación (la interacción proveedor-usuario), (3) el desenlace de cada uno de los momentos de los procesos de servicio desglosados en momentos de verdad que integran las fases de prestación, y (4) el contexto físico en que tiene lugar la interacción proveedor-usuario(Grönroos, 1978, 1982, 1984).

El concepto de calidad vinculado a la satisfacción de necesidades, tiene además un carácter dinámico, en la medida en que las expectativas del servicio y las necesidades en sí varían de unos usuarios a otros a lo largo del tiempo. Ello obliga a que los procesos de actuación de una organización de servicios deban ser mejorados de forma continuada para poder garantizar su calidad y adaptación a las demandas cambiantes de sus usuarios. Los servicios están orientados a los usuarios, por lo que conocer sus necesidades es esencial para ofrecerles un servicio de calidad. La calidad se va forjando en base a la interacción del usuario con el proveedor, la influencia del contexto físico, la resolución de cada uno de los momentos clave del proceso y el resultado final.

La noción de *adecuación* es la base del concepto de calidad en el sector servicios, en la medida en que la competitividad requiere una rápida adaptación de la prestación a los requerimientos de los usuarios, con el objetivo de satisfacer sus necesidades, más rápido y mejor que la competencia (Sancho, 2007). Al ofertar un nivel adecuado de calidad del servicio se favorece la lealtad y fidelidad del usuario, proporcionando una diferenciación y ventaja competitiva capaz de atraer nuevos usuarios y con ello aumentar la rentabilidad (Barroso y Martín, 1999; Berry & Parasuraman, 1993; Grönroos, 1982, 1990).

Cuando se trata de aplicar los principios del marketing a la gestión de servicios públicos se hace imprescindible definir, comprender y evaluar las necesidades y expectativas de los ciudadanos ante los servicios proporcionados por los organismos de las Administraciones Públicas. El ciudadano, como cliente final de los servicios públicos, es el inicio y el final de la gestión. Por ello se deben contemplar la calidad de servicio y la satisfacción del usuario como un fin en sí mismo, y no como un mero medio para alcanzar los objetivos financieros. La *eficiencia*, en este caso, implica una mejora del servicio (acorde a las necesidades de los ciudadanos), sin que ello suponga un incremento ilimitado del gasto público. Esta optimización de recursos es lo que ha motivado que cada vez sea más frecuente la incorporación en las organizaciones públicas de criterios de mercado en la gestión y la extensión a este ámbito de las políticas de marketing y de gestión de calidad (Osborne y Gaebler, 1994). La aplicación de un enfoque relacional de marketing ha demostrado ser de enorme utilidad para la gestión eficiente de los servicios sanitarios (Bansal, 2004; Willcocks & Conway, 2000). El uso eficiente de los recursos públicos puede ser alcanzado a través de la gestión de la calidad, ya que ésta favorece la confianza en el servicio, una buena interacción con el personal, la adherencia al tratamiento, la reducción del tiempo de tratamiento y el uso excesivo de los servicios de emergencia. En la atención sanitaria muchas de las fuentes de insatisfacción o malestar del paciente/usuario poco tienen que ver con la efectividad de la intervención clínica. En consecuencia, una gestión eficiente debe considerar no sólo aspectos médicos, científicos y técnicos, sino la organización del servicio (consultas, accesibilidad, disponibilidad, etc.) y el proceso de prestación del mismo, detectando las posibles debilidades existentes.

En este contexto, se ha llegado a crear incluso una organización como la *Association for Benchmarking Healthcare* (ABHC) que promueven la aplicación del *benchmarking*, como herramienta para la mejora continua de los servicios de salud. La posibilidad de identificar, entender y adaptar prácticas de organizaciones destacadas de cualquier lugar del mundo, e incorporarlas a la propia gestión ha reclamado la atención de los gobiernos. En esta línea, el Ministerio de Sanidad y Consumo promulgó en 2008 el benchmarking de buenas prácticas en la gestión de riesgos y políticas de reordenación en el ámbito hospitalario.

En el funcionamiento inherente a estos modelos es esencial la *orientación al cliente*, explorando cómo percibe los servicios, cómo los evalúa y cuáles son las consecuencias de esta evaluación. Para ello, más allá de conocer sus necesidades, se hace necesario estudiar la calidad del servicio bajo la mirada de éste, incorporando su punto de vista a la gestión y favoreciendo la mejora continua.

2.3. El papel del usuario: la Calidad Percibida

2.3.1. Reseña histórica

En los años 80 Christians Grönroos introdujo el concepto de calidad percibida. Para Grönroos (1978) los clientes configuran la calidad percibida del servicio basándose tanto en la valoración del producto o del resultado, como en sus percepciones de todo lo que lo acompaña. Hasta entonces la calidad era gestionada basándose en las concepciones de los directivos de la empresa, pero a partir de ese momento el concepto de calidad percibida y la necesidad de incorporar las evaluaciones de los clientes pasan a regir la gestión, hasta tal punto que la propia definición de calidad se impregna de nuevas connotaciones, vinculándose de forma intrínseca a la percepción del cliente (Grönroos, 1984; Parasuraman, 1985).

Históricamente dos son las grandes escuelas o corrientes de pensamiento que han centrado el estudio de la calidad percibida: la escuela nórdica y la escuela americana. La primera se ha centrado sobre todo en el desarrollo teórico del concepto. La segunda, por su parte, destaca por sus aportaciones en la elaboración de herramientas de medición con el fin de obtener resultados útiles para la mejora de la gestión de los servicios.

La *Escuela Nórdica* tiene como figura más destacada a Grönroos. Para Grönroos, la calidad del servicio experimentado tiene dos componentes: una dimensión técnica o de resultado, y una funcional ó relacionada con el proceso. Esta concepción es asumida por todos los modelos de calidad percibida (Grönroos 1978, 1982, 1984).

Cuando el usuario acude a experimentar un servicio, cuenta con unas expectativas. Estas expectativas se forman a partir del (1) marketing de la organización, sobre todo a través de la publicidad, (2) la imagen corporativa, (3) la comunicación boca a boca y (4) sus propias necesidades.

La calidad percibida es el resultado de la comparación entre esas expectativas y el resultado experimentado. Si iguala o supera lo esperado, el cliente quedará satisfecho. Si no alcanza las expectativas, la calidad será deficiente (Grönroos, 1984). Para Grönroos, la imagen corporativa de la organización, además de influir en las expectativas del cliente, también va a mediar en la percepción del servicio experimentado u obtenido (si es buena lo protegerá y si es mala potenciará cualquier efecto negativo).

La *Escuela Estadounidense* tiene su origen en los trabajos de Parasuraman, Zeithaml y Berry de 1985, dejan atrás la dicotomía existente hasta entonces entre marketing de servicios y calidad percibida de servicios, concibiendo la calidad del servicio en un subconjunto del marketing de servicios (Berry, 1993, p.23). Los servicios se caracterizan por su intangibilidad, heterogeneidad y simultaneidad. Dadas estas características, la calidad de los servicios es más difícil de evaluar que la calidad de los productos tangibles. No sólo se evalúa el resultado, sino cómo se llega a éste, y el único que puede juzgar la calidad es el usuario (Parasuraman, 1985). Se equipara la calidad total percibida del servicio a la amplitud de la discrepancia entre expectativas y percepciones.

Los autores describen además una serie de discrepancias que se sucederían en el proceso de gestión de una organización y que podrían ocasionar deficiencias en la calidad percibida por el usuario, como son: (1) la diferencia entre lo que espera el cliente y lo que la dirección de la empresa cree que éste espera; (2) a su vez, las directrices elaboradas por los gestores pueden no ser seguidas de la gestión interna programada; (3) estas especificaciones internas de calidad pueden no corresponderse con el servicio real prestado; y (4) también pueden existir diferencias entre el servicio prestado y lo que se comunica a los clientes.

Intentando reducir estos desequilibrios con una gestión programada lograremos reducir al máximo la quinta discrepancia (5) entre expectativas y servicio real percibido (Zeithalm, Berry & Parasuraman, 1988).

A su vez, los usuarios tienen en cuenta cinco dimensiones para efectuar sus valoraciones (Parasuraman, Zeithaml & Berry, 1988):

- (1) **Fiabilidad:** realización del servicio de forma eficiente, cuidadosa y sin errores.
- (2) **Capacidad de respuesta:** disposición a prestar el servicio de forma rápida y eficiente en todo momento.
- (3) **Seguridad:** capacidad de los empleados para inspirar confianza y credibilidad durante la prestación del servicio.
- (4) **Empatía:** atención individualizada que se ofrece a los usuarios.
- (5) **Elementos tangibles:** apariencia de las instalaciones físicas, equipamiento y personal encargado del servicio.

Se pueden apreciar similitudes entre ambas escuelas ya que las dos basan la calidad percibida en la diferencia entre las expectativas y el servicio percibido. Además, las cinco dimensiones citadas pueden asimilarse en las dos identificadas por Grönroos: la capacidad de respuesta, la seguridad y la empatía formarían la calidad funcional, mientras que la calidad técnica agruparía los elementos tangibles y la realización del servicio de forma fiable (Abalo, Varela y Rial, 2006).

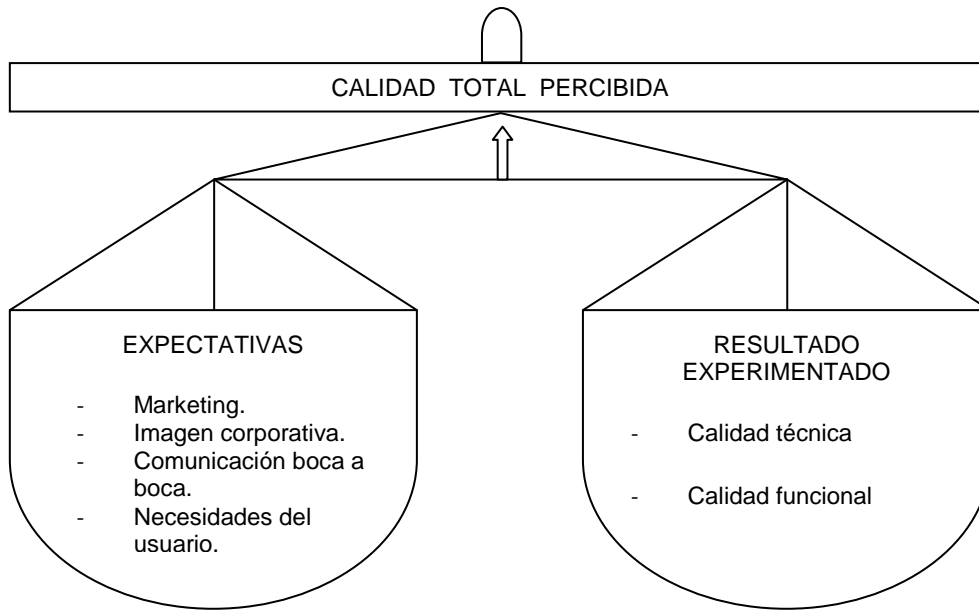


Figura 6. Representación de la concepción de calidad percibida según Grönroos (1978)

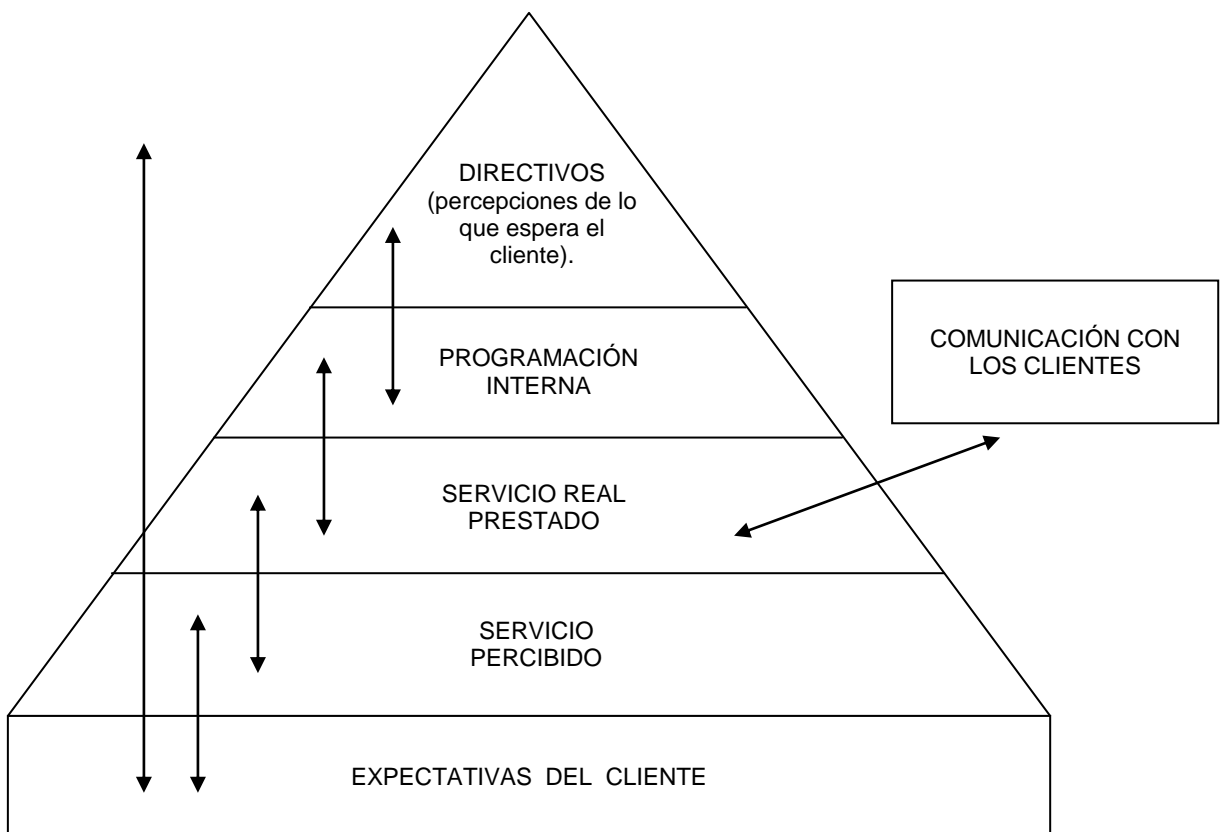


Figura 7. Representación de las discrepancias según Zeithalm, Berry & Parasuraman (1988)

2.3.2. Modelo SERVQUAL vs. Modelo SERVPERF

El 1988, Parasuraman creó una escala para medir la calidad del servicio percibida por los usuarios, basándose en las discrepancias entre lo esperado y lo recibido. La escala SERVQUAL (Expectations Measurement of Service Quality) consta de 22 ítems repartidos en 5 dimensiones, de los que se valora expectativas y percepciones a través de una escala Likert de 7 puntos que van de 1 (muy en desacuerdo) hasta 7 (muy de acuerdo). Se halla la diferencia para cada ítem obteniendo un valor entre “+6” y “-6”, y se obtiene como resultado final la suma de las diferentes valoraciones.

En 1991, Parasuraman ponderó la escala según la importancia relativa que los usuarios atribuyeron a cada una de las 5 dimensiones. Esta escala no ha estado exenta de críticas. Por una parte, se ha profundizado en su concepción teórica fundamentalmente en tres aspectos:

1. Parasuraman había definido la calidad percibida como una actitud hacia el servicio constituída por la discrepancia entre expectativas y percepciones, se argumenta que, en la investigación teórica, la discrepancia entre expectativas y percepciones no se contempla como base de la definición de las actitudes (Cronin, Taylor, 1992; Carman 1990).
2. Cronin y Taylor, apoyándose en investigaciones clásicas al respecto, consideran que esta discrepancia se correspondería con la satisfacción (Oliver, 1977, 1980). La calidad percibida basada sólo en las percepciones se asemeja más a la actitud hacia el servicio. De hecho, si la ponderación de cada uno de los atributos que influye en las percepciones para configurar esa actitud (según la formulación de Fishbein & Ajzen, 1975) pasase a ser 1, se igualarían. Pero resulta razonable pensar en la necesidad de que la importancia de cada atributo quede reflejada.
3. Ante esto, Parasuraman responde que la calidad es una valoración global a largo plazo en respuesta a una transacción específica. Además, las expectativas de calidad son de tipo normativo (lo que debe ser), mientras

que las implicadas en la satisfacción son de tipo predictivo (lo que el usuario cree que va a recibir) (Parasuraman, Zeithaml & Berry, 1994).

Otra crítica recibida se refiere a que las expectativas están implícitas en las valoraciones (Boulding, Kalra, Staelin & Zeithaml, 1993), resultando redundante preguntar por ellas. Además de lo cuestionable de su evaluación a posteriori (Palmer & O'Neill, 2003) dado que la experiencia puede modificarlas.

Como consecuencia de las críticas realizadas a la escala SERVQUAL, surge una nueva escala con los mismos ítems pero que sólo pregunta acerca de las percepciones, la SERVPERF (Cronin & Taylor, 1992). La escala SERVPERF se ajusta mejor al modelo de calidad percibida. Su fiabilidad y validez de constructo son mejores y explica una mayor cantidad de varianza relativa a la calidad global percibida (Brown, Churchill & Peter, 1993; Page & Spreng, 2002; Zhou, 2004).

Pero no hay que olvidar la utilidad de la escala SERVQUAL, al dejar al descubierto áreas de las que el usuario espera mayor calidad u otras en las que se puede estar derrochando recursos. Su ventaja es la capacidad para aportar información a la hora de la planificación estratégica y priorización de planes de actuación.

En función de esto podríamos inclinarnos por una u otra según nos preocupen más los criterios psicométricos y la predicción de constructos, o bien el diagnóstico de deficiencias.

A pesar del apoyo de la literatura del momento a la escala SERVPERF, investigaciones posteriores intentan incorporar medidas de la importancia para ponderar las dimensiones subyacentes a la calidad percibida. Se comprobó que estas medidas ponderadas no eran mejores que las basadas en percepciones (Babakus & Boller, 1992; Lee, Lee & Yoo, 2000; Woodruff, Cadotte, & Jenkins, 1983), pero se evidencia la necesidad de incorporar una medida adicional para mejorar la capacidad diagnóstica de la SERVPERF. En la tabla siguiente comparan las características de las dos escalas descritas.

	SERVQUAL	SERVPERF
INCONVENIENTES	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Contradicciones internas en la definición teórica de calidad percibida ▪ Preguntar por las expectativas puede resultar redundante, de validez dudosa y cansado. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Necesidad de incorporar medidas complementarias como la importancia para ponderar las dimensiones subyacentes
VENTAJAS	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Próxima a la Satisfacción ▪ Mayor capacidad diagnóstica 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Se ajusta mejor al modelo de calidad percibida. ▪ Mejores propiedades psicométricas.

Tabla 6. Comparación entre escalas SERVQUAL y SERVPERF

2.3.3. Dimensiones de la calidad percibida

La escala SERVPERF se creó con cinco dimensiones que, tras ser adaptadas, se pretendía que se pudiesen aplicar a todos los servicios, pero en posteriores investigaciones se contradijo tal pretensión.

En 1990, Carman aplica la escala SERVPERF a diferentes servicios, y encuentra que su factorización puede llegar hasta nueve dimensiones en un servicio hospitalario. Posteriormente, Cronin y Taylor, en 1992, mediante un análisis factorial confirmativo, no encuentran un buen ajuste de la escala al modelo de cinco factores de Parasuraman (1988). También se le ha achacado un solapamiento entre las dimensiones propuestas (Parasuraman Zeithaml & Berry, 1991; Brady, Cronin & Brand, 2002;) o desdoblamientos entre éstas (Parasuraman, 1994; Spencer & Crosby, 1997). El desdoblamiento afecta principalmente a la dimensión de lo tangible posiblemente porque no fue suficientemente valorada.

Las cinco dimensiones propuestas por la SERVQUAL para cualquier tipo de servicio no son exhaustivas. Hay dimensiones comunes siendo clave el nivel de especificidad que comprenda la dimensión propuesta.

La *aproximación de contingencias* consiste en evaluar cada servicio conforme a sus características y especificaciones propias (Martínez-Tur, 2001). Asubonteng, McCleary & Swan (1996) modifican el número de dimensiones a evaluar en función de las diferencias entre los sectores medidos. En esta línea, Carman (1990) relaciona el número de dimensiones con la complejidad del servicio. Becko (2000), con el grado de intangibilidad del servicio. Nuevamente Bebeko (2000), Carman (1990) y Lovelock (1991), con el grado de interacción proveedor-usuario.

Pese a esta variabilidad, existen dimensiones comunes a todos los servicios. Y algunas dimensiones pueden englobarse en otras. Todo depende de la especificidad propuesta. Se proponen cuatro dimensiones que, en mayor o menor medida, pueden ser identificadas en cualquier tipo de servicio. Esta dimensionalización es muy similar a la propuesta por Rust y Oliver (1994). Pretende recoger los elementos en los que el usuario se basa a la hora de percibir la calidad: (1) interacción con los proveedores, (2) momentos de la verdad (procesos del servicio), (3) contexto físico y elementos tangibles, y (4) resultado de la prestación del servicio.

Teóricamente, cualquier servicio podría ser evaluado con esta escala, si bien debe adaptarse la escala a las particularidades de éste. La importancia de cada dimensión varía en este proceso, con lo que alguna dimensión podría desdoblarse con el fin de captar las características del servicio.

La inclusión de estas dimensiones en un modelo explicativo de cómo se forman los juicios de calidad se ve apoyada por diferentes investigaciones. La tabla 7 resume los principales trabajos existentes al respecto.

AUTORES	DIMENSIONES
Grönroos(1984)	(1) Calidad técnica (2) Calidad funcional
Parasuraman et al (1988)	(1) Tangibles (2) Fiabilidad (3) Seguridad (4) Empatía (5) Capacidad de respuesta
Haywood-Farmer (1988)	(1) Entorno físico y procesos del servicio (2) Capacidad técnico profesional del personal (3) Actitudes y comportamiento del personal
Rust, Oliver (1994)	(1) Entorno físico-tangibles (2) Interacción personal-usuario (3) Resultado prestación
Dabholkar, Thorpe, Rentz (1996)	(1) Entorno físico (2) Fiabilidad (3) Interacción (4) Solución de problemas (5) Política empresarial
Philip, Hazlett (1997)	(1) Entorno físico-tangibles (2) Personas (3) Procesos (4) Estructura organizacional (5) Resultado prestación
Brady, Cronin (2001)	(1) Entorno físico (2) Calidad técnica y procesos (3) Calidad interacción
Sureshchandar, Rajendran, Anantharaman (2002)	(1) Entorno físico-tangibles (2) Productos (3) Sistematización servicios (4) Interacción personal-usuarios (5) Responsabilidad social organización

Tabla 7. Diferentes propuestas de dimensionalización de la calidad percibida

2.3.4. Elementos tangibles, procesos, subprocesos y resultado

Todo servicio prestado conlleva un intercambio en el que intervienen dos ó más personas y la relación que se establece entre ellas influye inevitablemente en el resultado del mismo. Aspectos como una atención personalizada, la facilitación del proceso, una actitud empática, un trato cordial, e incluso aspectos como el componente no verbal o la apariencia física pasan a ser elementos valorados por el usuario (Burgoon, Birk, & Pfau, 1990; Solomon, 1985; Sundaram & Webster, 2000).

Una transacción fluida y cordial pueden generar una lealtad interpersonal que perpetúe la relación en el tiempo (Czepiel, 1990). La orientación al consumidor ha pasado a ser un valor de vital importancia para empresas y organizaciones. No hay que olvidar que el entrenamiento y motivación del empleado como elemento relacional ha de acompañarse de la valoración por parte de la empresa del mismo. La satisfacción de éste se transmitirá a través de los contactos personales (Delgado, López y Luna, 1995; Den Hertog, Van Muijen & Koopman, 1997; Vilares y Coelho, 2003).

Existen diversos elementos físicos que influyen en el desarrollo del trabajo de los empleados y favorecen la calidad de interacción con el usuario (Moore, Moore & Capella, 2005). Estos elementos se pueden agrupar en condiciones estructurales y ambientales, equipamiento necesario para la prestación del servicio y productos asociados al resultado de prestación (Aubert-Gamet & Cova, 1999; Baker, Grewal & Parasuraman, 1994; Bitner, 1992; Brady & Cronin, 2001; Varela, Prat, Voces, y Rial, 2006; Voces, 2005). Su influencia en la satisfacción de los usuarios se produce no sólo directamente sino a través de la satisfacción y bienestar de los empleados (Sundstrom & Altman, 1989).

Las escalas deben abarcar los atributos propios de cada servicio con el fin de favorecer su evaluación continua y la mejora de la gestión. Desde el momento en que el usuario solicita un servicio hasta que la prestación se ve resuelta transcurren una serie de procedimientos y “momentos de la verdad”. La

sistematización de estos pasos intermedios disminuiría su heterogeneidad y aumentaría su fiabilidad, aumentando la confianza del usuario.

La evaluación continua posibilita su mejora y favorece la toma de decisiones de gestión. Es importante que estos instrumentos de medida de calidad sean fáciles de usar y entender, que su utilización sea factible.

2.3.5. Evaluación de la calidad percibida

La evaluación y mejora de la calidad puede realizarse mediante un enfoque interno, directamente por los implicados en aquello que se evalúa o mediante un enfoque externo, por sus usuarios u organismo independientes. Actualmente no se entiende un servicio de calidad que no escuche la opinión de sus usuarios.

La participación del cliente externo en la evaluación y mejora de la calidad puede manifestarse a través de su libertad a la hora de la elección de proveedores, de quejas y reclamaciones y de las asociaciones de usuarios y consumidores entre otros. Por su parte las entidades prestadoras de servicios suelen valerse a la hora de recabar información de herramientas como encuestas de satisfacción, opinión y expectativas, grupos focales, informadores clave, informes de usuarios... las cuales cuentan con estudios teóricos y prácticos que respaldan su uso.

Existen cuestiones que pueden afectar a la elección del método de recopilación de datos de una encuesta. Por ejemplo la entrevista cara a cara supone un contacto más intenso, captura a personas que no pueden utilizar otros métodos pero es más caro y el entrevistado pierde el anonimato. En la entrevista telefónica puede que los encuestados estén menos inhibidos que en la entrevista personal pero puede significar que no se puedan utilizar ayudas visuales, y que sólo llegue a personas que tienen un teléfono. El correo/auto-realización es barato pero presenta el sesgo de tasa de respuesta baja y de no respuesta. Además no puede ser cubierto por aquellas personas con habilidades de alfabetización pobres y no existe control sobre las circunstancias en las que el cuestionario se completa.

A su vez también los distintos formatos tienen ventajas y desventajas. Un cuestionario estructurado es económico y fácil de administrar pero las respuestas precodificadas pueden no cubrir adecuadamente todas las áreas de importancia cuantitativa de los encuestados.

Las entrevistas semi-estructuradas están en una posición intermedia, con algunas preguntas abiertas. El análisis cualitativo implica un análisis en profundidad, bajo el enfoque del cliente, el resultado suelen ser opiniones más sinceras y es más costoso, pero consume tiempo e incluso para muestras pequeñas, se pueden observar conductas que no sean representativas (Saturno, 1995).

Por su parte las herramientas que se basan en el paradigma de desconfirmación de expectativas como el SERVQUAL, tienen una mayor capacidad diagnóstica, pero también generan mayor cansancio y confusión en los encuestados al tener que responder a dos escalas idénticas. En su interpretación tienen los mismos problemas de ajuste que la satisfacción. El usuario va a expresar fundamentalmente una serie de expectativas y características de un servicio de calidad que responden a su visión de la calidad y que efectivamente van a correlacionarse con su satisfacción en la medida en que estas características están presentes en el servicio que se le ofrezca.

Aquellas escalas que tienen en cuenta las situaciones propias al servicio evaluado son más útiles en el análisis de sus especificaciones y en su aplicación práctica como elemento gestor.

Las percepciones de los usuarios varían conforme pasa el tiempo. La percepción de calidad se devalúa con el tiempo, principalmente en lo que se refiere a los elementos intangibles o a los menos importantes, siendo los tangibles y los más importantes más estables (O'Neill & Palmer, 2004).

Según el paradigma de disonancia cognitiva, las percepciones generan actitudes que serán finalmente moldeadas por la disonancia, si es que existe, con el fin de

resolverla (Hausknecht, Sweeney, Soutar & Johnson, 1998). Dado que las percepciones cambian con el tiempo se aconseja que no sean medidas inmediatamente tras la prestación, sino cuando se decida usar el servicio de nuevo. Se supone que entonces tiene aceptadas sus percepciones y opta por una oferta determinada.

Por tanto las escalas de medida de calidad deberían adoptar las ventajas mencionadas de los modelos existentes (buenas propiedades psicométricas y alta capacidad diagnóstica) añadiéndoles mayor utilidad y funcionalidad, sin olvidar la necesidad de la sencillez y facilidad de respuesta en una herramienta de evaluación continua.

2.3.6. Calidad percibida y satisfacción

El interés que suscita tanto la calidad percibida como la satisfacción más allá de su uso en una gestión eficiente radica en las consecuencias de ésta dado su papel a la hora de conformar las intenciones comportamentales y la lealtad del usuario (Chumpitaz & Paparoidamis, 2004). La satisfacción ha sido estudiada desde un punto de vista cognitivo como desconfirmación de expectativas, comparando éstas con el rendimiento resultante (Oliver, 1980; Tse & Wilton, 1988; Yi, 1990; Oliver, 1989). Esta explicación de la satisfacción es el motivo por el que Cronin y Taylor veían confuso el concepto de calidad percibida del modelo SERVQUAL (Cronin & Taylor, 1992, 1994). Otra vertiente menos estudiada de la satisfacción se basa en las emociones experimentadas durante la experiencia de consumo en función de que se satisfaga o no (Westbrook 1980). Posteriormente aparecieron modelos que integraron ambas concepciones de la satisfacción (Mano & Oliver, 1993; Oliver 1997).

Intentando discernir las diferencias entre satisfacción y calidad, vamos a enumerar argumentos aportados en diferentes publicaciones. Podemos empezar puntualizando que la calidad se conforma durante el proceso de prestación del

servicio mientras que la satisfacción es una evaluación después del consumo (Iacobucci, Grayson & Ostrom, 1994).

La calidad es una actitud duradera ante un servicio específico frente al juicio transitorio que constituye la satisfacción. La satisfacción puede modificarse en cada transacción y a su vez modificar la calidad (Taylor & Baker, 1994). La calidad suele evaluar atributos del servicio, dimensiones específicas; la satisfacción se refiere a la globalidad del servicio.

Basándose en el paradigma de desconfirmación, la calidad compara percepciones con expectativas normativas; la satisfacción lo hace con expectativas predictivas (Oliver, 1993; Zeithaml, 1993). La calidad percibida se trata de un juicio de carácter cognitivo; la satisfacción, de carácter emocional o afectivo (Brady & Cronin, 2001; Oliver, 1997).

La satisfacción es considerada por muchos consecuencia de la calidad percibida en el servicio (Churchill & Surprenant, 1982; Cronin, Brady & Hult, 2000; Cronin & Taylor, 1992; Lee, Lee & Yoo, 2000; Voces, 2005; Zeithaml, Berry & Parasuraman, 1996). Para otros sería la satisfacción en cada transacción la consecuencia de la calidad (Bitner, 1990; Dabholkar, 1995).

No existe un consenso en este sentido, pero está claro que ambos son claves en la creación de la fidelidad de los usuarios, de lo que depende la rentabilidad y ventaja competitiva. Es claro que en este proceso existen muchos elementos mediadores y que la relación causal no es perfecta. Para el usuario, prescindir de la relación con la organización puede suponer un alto coste, o puede no contar con suficientes alternativas (Bennett & Rundle-Thiele, 2004), llevándole a perpetuar en el tiempo una relación que desearía romper. Para algunos autores las variables más vinculadas con la satisfacción son las relacionadas con el personal del servicio (García-Aparicio, Herrero-Herrero, Corral-Gudiño y Jorge-Sanchez, 2010).

CALIDAD	SATISFACCIÓN
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Se conforma durante el proceso de prestación. ▪ Actitud duradera. ▪ Evalúa atributos del servicio. ▪ Compara percepciones con expectativas normativas. ▪ Juicios de carácter cognitivo. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Refleja a posteriori la experiencia. ▪ Juicio transitorio. ▪ Evalúa la globalidad del servicio. ▪ Compara percepciones con expectativas predictivas. ▪ Juicios de carácter emocional y afectivo

Tabla 8. Aspectos diferenciales a tener en cuenta para analizar la calidad y la satisfacción

2.4. Calidad asistencial

2.4.1. Conceptualización y medida

Los sistemas de gestión basados en la calidad total y el marketing pueden servir de marco de referencia para un uso eficiente de los recursos públicos y la obtención de altas cotas de calidad en el sistema sanitario. Los poderes públicos deben asegurar la prestación de un servicio de primera calidad y considerar la satisfacción del usuario como un fin en sí mismo, que repercuta en un mejor aprovechamiento de los recursos (Díaz, 2002; Mira y Aranaz, 2000). Una de las implicaciones de este nuevo enfoque de marketing sanitario es su influencia a la hora de abordar el concepto de calidad. Si se asume el papel central que adopta el cliente en el marketing relacional, esta nueva situación debe incorporarse a la definición de calidad.

La calidad asistencial no sólo consiste en proporcionar una asistencia sanitaria acorde con el estado de la ciencia y las necesidades de los usuarios, sino en prestarla de la forma más idónea posible, de forma que satisfaga al paciente (Mira, 1999). En la definición de calidad en el ámbito de los servicios podemos ver englobadas la calidad técnica (lo que el cliente realmente está recibiendo), la calidad funcional (la manera en que se presta el servicio), y la calidad corporativa (cómo es vista la empresa por el cliente) (Grönroos, 1982, 1984).

En el ámbito sanitario existe una vertiente técnico-profesional con mayor interés en el rendimiento de la intervención sanitaria, y otra vertiente a la que le interesa la visión del usuario (Carman, 2000). Los modelos de gestión de calidad deben incorporar tanto los conocimientos técnicos necesarios para la evaluación de la calidad técnica y diagnóstica del servicio como las necesidades de los usuarios en el proceso de atención (Eiriz & Figueiredo, 2005).

Hoy en día, la perspectiva del usuario es esencial en la implementación y mejora de la calidad en los servicios sanitarios (Bansal, 2004; Delgado, López y Luna, 1995; Saturno, 1995; Varela, Rial y García-Cueto, 2003).

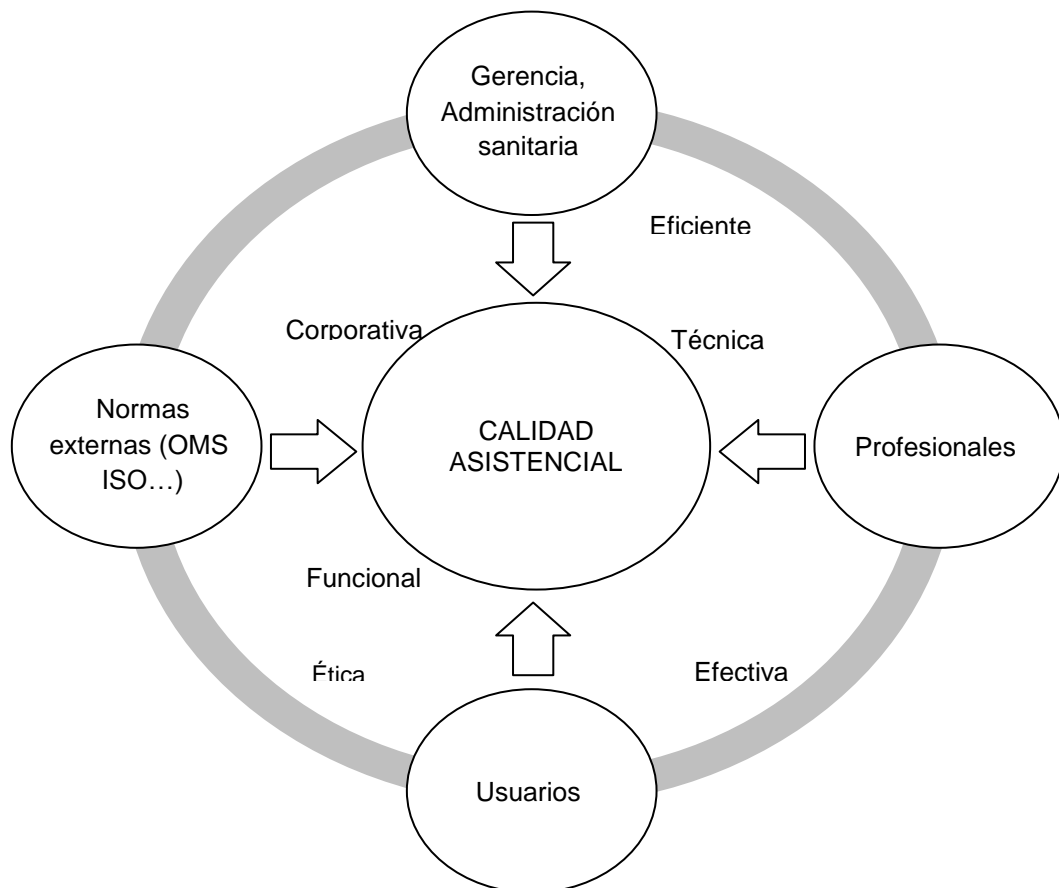


Figura 8. Componentes y dimensiones de la calidad asistencial.

Existen al menos tres poderosas razones para evaluar la calidad de las actuaciones sanitarias: cuestiones de eficiencia económica, por razones científico-técnicas, y

por una cuestión ética. El paciente tiene derecho a conocer lo que se está llevando a cabo, entender los riesgos y opinar sobre ellos. Los pacientes ponen énfasis en la satisfacción y accesibilidad, los profesionales en cuestiones científico-técnicas, y la administración en la eficiencia (Aranaz, 2008).

Tradicionalmente, el ámbito sanitario se decantó por el estudio de la satisfacción en los usuarios (Mira, 1997). Este tipo de escalas partían de un bajo rigor conceptual y pobres características psicométricas (Ibern, 1992; Saturno, 1995). Sus resultados solían aportar una elevada satisfacción y poca variabilidad de resultados (Fitzpatrick, 1991; Hall & Dornan, 1988), siendo de poca ayuda para la detección de áreas a mejorar. El desarrollo del marketing y su aplicación en el ámbito sanitario hicieron que la medición de la calidad percibida pasase a predominar como herramienta de ayuda en gestión (Mira, Buil, Rodríguez-Marín y Aranaz, 1997).

Surge a menudo la discusión acerca de la no preparación de los usuarios para juzgar aspectos técnicos. Pero el paciente sí puede juzgar aspectos funcionales (Choi, Lee, Kim & Lee, 2005; Ward, Rolland & Patterson, 2005). La mala percepción del proceso resiente la calidad técnica y global (Zifko-Baliga & Krampf, 1997). La mejora de síntomas va a ser determinante a la hora de evaluar la atención recibida (Amyx, Mowen & Hamm, 2000; Choi, 2005). Para que esto suceda se necesita tiempo, lo que viene a reforzar la necesidad de esperar un tiempo entre el acto médico y su evaluación (O'Neill, Palmer 2004; Rose, Uli, Abdul, & Ng, 2004).

La escala SERVQUAL (Parasuraman, 1988) supuso una mejora en fiabilidad, validez y discriminante respecto a las escalas de satisfacción (Mira, Buil, Rodríguez-Marín y Aranaz, 1997). Su valor en la detección de áreas de mejora es innegable (Alfonso, 1991; Lamata, Conde, Martínez y Horno, 1994).

Con el tiempo sufrió modificaciones en pos a la reformulación y eliminación de ítems, y a la mejora de su agilidad, eliminando la escala de expectativas surge la SERPERF. Con la SERVQHOS se adapta al área hospitalaria (Tomes & Chee, 1995), y

también se aplica en el territorio español (Mira, 1997; Mateos, Dierssen, Rodríguez, Robles y Llorca, 2009; Garcia-Aparicio, Herrero, Corral y Jorge, 2010).

Es indudable la utilidad de escalas de evaluación en todo sistema sanitario, más aún en uno público, universal y gratuito. En consonancia con un modelo de salud biopsicosocial y un sistema sociopolítico que pretende dar respuesta a las necesidades sociales (Calnan, 1988; Choi, 2005).

A comienzos de los años 50, la Joint Commission on Accreditation of Hospitals empezó a exigir en Estados Unidos estándares de calidad a los hospitales, acreditando aquellos centros que satisfacían estos estándares. Desde entonces ha habido muchos expertos y organizaciones destacados en este campo.

En el orden de herramientas de implantación de calidad como los modelos surgidos en el ámbito industrial (EFQM e ISO), se crea en el ámbito sanitario la Joint Commission on Accreditation of Health Care Organizations (JCAHO).

En 1951 la Joint Commission on Accreditation of Hospitals (JCAH), en base a un acuerdo de profesionales sanitarios, y la Asociación Americana de Hospitales (AAO), configuran la JCAHO con el fin de determinar estándares de origen profesional para la autorregulación voluntaria. Un sistema sanitario se somete con carácter voluntario a un procedimiento de verificación externo en orden a evaluar su grado de cumplimiento de criterios y estándares previamente establecidos por un órgano independiente que emitirá el dictamen correspondiente.

Como ejemplo, en los años 70 se hizo obligatoria la acreditación en los dos grandes seguros de enfermedad de Estados Unidos (Medicaid y Medicare). En España, la acreditación JCAHO la realiza la fundación Donabedian de Barcelona. Desde finales de 2000, los hospitales españoles disponen de una traducción al castellano del manual (Aranaz, 2008).

Antes de aplicar una herramienta de medida de calidad a un servicio es conveniente adaptarla a las características del servicio (Bigné, Moliner, & Sánchez, 2003; Mira, 1997; Swinehart & Smith, 2004).

2.4.2. Componentes de la valoración del proceso asistencial

A pesar de que los atributos importantes de la atención pueden variar con el contexto de la investigación, en general, se refieren a tres cuestiones principales: las características del proveedor, las características del paciente-relación profesional, y los factores relacionados con la estructura y configuración de la asistencia sanitaria. Los factores individuales comprenderían las expectativas, el estado de salud y las características sociodemográficas de los encuestados. Las variables psicológicas y sociales, representan una pequeña proporción de la variación explicada en la satisfacción en algunos estudios. Los datos sobre el juicio de la atención prestada no pueden ser interpretados de forma independiente de la información sobre factores como la edad, sexo, nivel cultural, estado de salud, experiencias previas, formas de financiación o tiempo pasado desde que se recibió la asistencia hasta la contestación de la encuesta (Jung, Van Horne, Wensing, Hearnshaw & Grol, 1998).

La atención sanitaria tiene la característica de que la mejoría de síntomas va a influir de una manera determinante en su valoración. Los enfoques basados en las expectativas de los consumidores son vistos por algunos comentaristas como el principal determinante de la satisfacción en la salud (Kravitz, 1996). De acuerdo al paradigma de desconfirmación, la satisfacción surge ya sea de experiencias que confirman las expectativas positivas o de las experiencias positivas desconfirmando las expectativas negativas. Sin embargo hay otros dos tipos de expectativas, que son las que podríamos llamar de calidad esperada e inesperada. La esperada es todo lo que se da por supuesto y, que en los servicios de salud se refiere casi exclusivamente a características científico-técnicas (por ejemplo, diagnósticos y tratamientos correctos y sin complicaciones). Su presencia se considera normal y su ausencia, si se percibe, produce insatisfacción. Las

expectativas y calidad inesperadas, se refieren a sobreatenciones, detalles de trato, consideración, rapidez, etc. que sorprenden al usuario. La calidad inesperada, si aparece, maravilla al usuario, lo sobresatisface. Las características de los proveedores incluyen rasgos de personalidad, y la habilidad en el arte y los aspectos técnicos de la práctica clínica. Algunos consumidores pueden tomar los conocimientos y habilidades técnicas de su profesional de salud por supuestos, pero otros aspectos, tales como la preocupación, el cuidado, la calidez y sensibilidad, son una influencia importante en la satisfacción (Pickering, 1993).

Los factores estructurales son las cuestiones de organización tales como la accesibilidad, el modo de pago, la posibilidad de elección y la equidad. Las características del medio físico en que se desarrolla la actividad asistencial también afectan, incluyendo cuestiones como la privacidad, la limpieza, calefacción, alimentos, y la apariencia de personal (Crow, Gage, Hampson, Hart, Kimber & Storey, 2002).

Para Donabedian la evaluación puede abordarse desde el punto de vista de la estructura (medios materiales, humanos, formativos y organizativos), de proceso (actividades que los profesionales hacen durante la asistencia médica, así como la interacción y respuesta) y de resultados (cambios en el estado de salud y percepción respecto a la atención recibida) (Donabedian, 1980, 1986).

A partir del modelo de Donabedian, Zifko-Baliga y Krampf (1997) dividieron el proceso de prestación de servicios en personal médico, personal de enfermería, administración y apoyo técnico, coincidiendo con trabajos posteriores en la necesidad de no englobar a todos los proveedores de servicios en el mismo grupo (Al-Mailam, 2005; Ward, Rolland & Patterson 2005).

Tras esta visión centrada en la organización empiezan a surgir esfuerzos por valorar como lo haría el paciente. La interrelación con el personal médico y las cualidades de éstos, que denominan intangibles, es vista como un componente importante junto a los elementos tangibles, y resultado de la prestación, es la propuesta de Lytle y Mokwa (1992).

La satisfacción del paciente, subdimensión de la calidad referente al grado en que las expectativas de los pacientes son satisfechas, es una de las cuatro dimensiones propuestas por Turner y Pol (1995) junto a (2) personal, (3) acceso al servicio, referido fundamentalmente al tiempo requerido para recibir la prestación, y (4) resultado final, en términos de cambio en el estado de salud atribuido al cuidado médico.

Ward (2005) propone: (1) acceso al servicio, que comprende la cita previa y el tiempo de espera en consulta antes de ser atendidos, (2) resultado de la prestación, en términos de estado de salud del usuario, (3) interacción y comunicación, dimensión que abarca el trato y la información recibida por parte de todo el personal, así como su cortesía, amabilidad y disposición para ayudar, y (4) elementos tangibles, que comprenden las instalaciones, el equipamiento y la cantidad de personal.

En la escala de satisfacción con los servicios sanitarios de Atención Primaria elaborada por Varela, Rial y García-Cueto (2003) destacan cuatro dimensiones básicas del servicio: (1) personal sanitario, (2) personal de apoyo, (3) condiciones físicas y (4) acceso al servicio.

Redondo (2005), mediante grupos de discusión con usuarios de distintas áreas de salud, identificó como necesidades y expectativas respecto a la Atención Primaria: (1) la accesibilidad al servicio (facilidad de contacto telefónico y apertura de los centros mañana y tarde), (2) el conocimiento y la confianza con el médico de cabecera o (3) la comunicación con el personal no sanitario.

Para Pérez-Joven (2010) las bases son la (1) accesibilidad, (2) capacidad de respuesta, (3) información al paciente y allegados, (4) habilidad de comunicación, (5) cuidados de enfermería, (6) competencia profesional, (7) cortesía y amabilidad y (8) efectividad de la intervención.

2.4.3 Normativa de calidad en el ámbito español

La calidad asistencial surge de algún modo en España en 1981, con la creación del primer programa de calidad en el ámbito sanitario en el hospital de la Santa Creu i Sant Pau de Barcelona (Suñol & Hunet, 2002). En 1983, Cataluña estableció una normativa propia en materia de acreditación de centros sanitarios, para la concertación de servicios asistenciales con la administración pública.

En 1984, nació en Madrid la Sociedad Española de Control de Calidad Asistencial, que cambiaría de nombre posteriormente pasando a denominarse Sociedad Española de Calidad Asistencial (SECA) (Humet, 2001).

Otro hecho a remarcar fue la instauración del sistema de acreditación docente, desarrollado mediante el R.D. 127/1984, que regula la formación médica especializada y la necesidad de que los centros y unidades se acrediten para desempeñar la función docente.

Posteriormente, tres nuevos hitos marcan la historia de la calidad en el ámbito sanitario español: la publicación en 1984 del «Plan de Humanización de Servicios» por el Instituto Nacional de Salud (INSALUD), la aprobación de la Ley General de Sanidad (1986), y la iniciativa del INSALUD de introducir la calidad como un requisito de los contratos de gestión firmados anualmente con los centros sanitarios. La Ley General de Sanidad, de 1986, articuló la calidad estableciendo la necesidad de evaluación de los servicios sanitarios y la promoción de iniciativas de mejora de la calidad. La Ley asignó a las Administraciones Públicas el control y mejora de la calidad de la asistencia sanitaria en todos sus niveles (artículo 18) y a la Administración Sanitaria la creación de los sistemas de evaluación de calidad asistencial (artículo 69).

En el artículo 41, de las competencias de las Comunidades Autónomas (CCAA), se dice que todo lo no reservado al Estado es competencia de las CCAA. Entre los resultados derivados de la Ley General de Sanidad está la reestructuración de los servicios sanitarios y algunas de las iniciativas de evaluación de los servicios en

varias CCAA realizadas durante el proceso de transferencias sanitarias (MSC, 2001).

La creación del Programa Ibérico, por el Ministerio de Sanidad en colaboración con Portugal, sirvió para desarrollar planes de calidad en Atención Primaria y permitió la implantación de proyectos de mejora en más de 300 centros (Saturno, Imperatori y Corbellá, 1990).

Reflejo del creciente interés por la calidad asistencial que traspasa el ámbito institucional es la creación en 1989 de la Fundación Avedis Donabedian (FAD). Su misión básica es colaborar con los profesionales y centros sanitarios, Administraciones Públicas, Colegios Profesionales y otras instituciones públicas y privadas del sector sanitario, con el objetivo de mejorar la calidad de los servicios sanitarios (www.fadq.org).

Posteriores aportaciones del INSALUD abarcan: la suscripción entre éste y las Gerencias de los centros asistenciales, en 1993, de los Contrato-Programa y los Contratos de Gestión (que incluyen objetivos de calidad); la elaboración a partir de 1995 de un Plan de Calidad propiamente dicho y de una Memoria Anual de Calidad desde 1996; así como la decisión de nombrar Coordinadores de Calidad en todos los centros desde 1996 (Humet, 2001).

La Subcomisión Parlamentaria para la Consolidación y Modernización del Sistema Nacional de Salud incluyó en 1997 en sus recomendaciones, la necesidad de impulsar la mejora continua de la calidad de la asistencia, a través de un sistema general de acreditación de centros y servicios sanitarios consensuado en el seno del Consejo Interterritorial.

Las transferencias sanitarias permitieron que cada comunidad autónoma haya desarrollado sus propias leyes de ordenación sanitaria, modelos de calidad y, en algunos casos, sus propios modelos de acreditación. Varias comunidades autónomas han adoptando el modelo de la EFQM para la gestión y la autoevaluación de los servicios sanitarios (como el País Vasco y la Comunidad de

Madrid). Otras regiones han sintetizado varios de los modelos disponibles en el sector. Por ejemplo, Cataluña ha definido un modelo de acreditación multidimensional aplicable a todos los servicios sanitarios, basado en el modelo EFQM, que combina las normas de JCAHO con las de la ISO. Galicia ha publicado un libro de estándares de acreditación hospitalaria por servicios o áreas de atención. Andalucía ha optado por un modelo de calidad “transistema” (integra los servicios de los diferentes niveles asistenciales), basado en procesos clave. Esta atomización de modelos de acreditación requerirá una armonización en el futuro, ya que hasta ahora no existe una política de calidad común entre las CCAA. En este sentido, cabe resaltar la publicación, en el 2003, de la primera ley específica de calidad, la Ley de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud (Centro de Salud del Coll d'en Rebassa. GAP de Mallorca, 2006).

Leyes sucesivas han puesto de relieve la necesidad de elaborar garantías de seguridad y calidad para la regulación y autorización de los centros, servicios y establecimientos sanitarios como la Ley 16/2003, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud, (artículos 27, 28 y 29) o el Real Decreto 1277/2003. La clasificación de centros, servicios y establecimientos sanitarios fue, a su vez, modificada por Orden Ministerial 1741/2006.

Con la aparición del R. D. 1277/2003, diez CC.AA. han modificado su legislación autonómica para adaptarla a esta nueva realidad normativa, en tanto que otras siete mantienen la previa. En las normas de autorización y registro promulgadas por las CC.AA. para centros y establecimientos sanitarios existen, en algunos casos, referencias concretas al bloque obstétrico, que tienen carácter de mínimos. Algunas de estas normas establecen como uno de los mínimos la organización “secuencial” del parto, que, aunque es la más habitual en los hospitales españoles, obedece a una forma de organización de la asistencia al parto que no necesariamente es la única que garantiza una asistencia de calidad.

Las experiencias de acreditación de centros y servicios sanitarios en España son aún escasas. Cuatro CC.AA. disponen de normativa y programas oficiales de acreditación de centros sanitarios basados en evaluación externa y voluntaria.

Cataluña es la comunidad autónoma que desarrolló en primer lugar un procedimiento oficial para la acreditación de centros sanitarios. El sistema actual, que es el tercero, regula la acreditación de centros de atención hospitalaria aguda y el procedimiento de autorización de entidades evaluadoras. Se completa con dos manuales de acreditación con los estándares establecidos (MSC, 2009), que hacen referencia específica al parto en relación con la existencia de circuitos asistenciales definidos; la cuantificación del número de partos (cesáreas /partos vaginales eutócicos / partos vaginales instrumentales); así como la cuantificación de las complicaciones posparto. Dentro de los criterios específicos se establece que: “La estructura y la disposición de los espacios destinados a partos son adecuadas a las necesidades asistenciales, facilitan el trabajo de los profesionales implicados y permiten el uso racional de los recursos humanos”.

Andalucía basa su sistema de acreditación en el programa de acreditación de centros del sistema sanitario de Andalucía. El programa se basa en un patrón de referencia que comprende una serie de estándares característicos del Sistema Sanitario Público Andaluz. No existen indicadores específicos para la Atención Hospitalaria al Parto ni para el bloque quirúrgico.

La comunidad autónoma de Galicia estableció en 2001 un sistema de acreditación de centros hospitalarios, regulado por decreto. Es de aplicación a los centros hospitalarios pertenecientes a la red asistencial del Servicio Gallego de Salud, y los que actualmente tengan suscritos o quieran suscribir conciertos con éste deberán obtener el certificado de acreditación previsto en el decreto. No hace referencia al bloque obstétrico.

De forma similar a los modelos de Andalucía y Galicia, el sistema extremeño de acreditación de centros de 2005 se orienta a centros sanitarios tanto ambulatorios como hospitalarios con carácter general. Está regulado mediante un decreto y una orden que lo desarrolla (MSC, 2009).

Por último, en el año 2006 se publica el Plan de Calidad para Sistema Nacional de Salud (MSC, 2006), que incluye 6 grandes áreas de actuación, 12 estrategias, 41

objetivos y 189 medidas concretas para asegurar la cohesión y la calidad del sistema.

En España contamos además con Barómetro Sanitario, estudio de opinión que, desde 1995, realiza cada año el Ministerio de Sanidad y Política Social (Ministerio de Sanidad y Política Social, 2010b). En cada edición se hacen 7.200 entrevistas personales, repartidas en 3 oleadas, a la población general, mayor de edad, en sus domicilios. El Barómetro en su conjunto, refleja la situación media del periodo en España, y es representativa a nivel nacional con un error de muestreo del $\pm 1,2$ % para un nivel de confianza del 95,5%. La estructura del cuestionario del Barómetro Sanitario consta de una parte fija o permanente que analiza aspectos relacionados con el funcionamiento del Sistema Nacional de Salud en general y el de los servicios sanitarios públicos en particular, atención primaria, urgencias y atención especializada (consultas ambulatorias y hospitalización); la evolución de las listas de espera; la percepción que tienen los ciudadanos del funcionamiento de los servicios sanitarios públicos y de la información facilitada por éstos.

En la comunidad gallega se realizó en el año 2000 una encuesta a los usuarios de los servicios públicos hospitalarios y de atención primaria (Galego, Gutiérrez, Puime, López-Fernández, García-Quintás & Castro, 2004). Para la realización de la encuesta hospitalaria se utiliza un cuestionario estructurado elaborado por un grupo de trabajo que estuvo formado por profesionales de los hospitales de la red y del SERGAS, apoyados por expertos de una consultora externa. La recogida de datos se efectúa mediante entrevista personal en el domicilio de los entrevistados, entre la tercera y sexta semanas posthospitalización.

La encuesta de Atención Primaria, por su parte, se realiza mediante un cuestionario normalizado, construido por el Grupo de Psicología del Consumidor y Usuario de la Universidad de Santiago de Compostela, conjuntamente con profesionales de los servicios centrales del SERGAS. La recogida de la información se efectúa por entrevista personal en los centros de salud seleccionados

3. ATENCIÓN AL PARTO, PUERPERIO Y LACTANCIA

Expuesto ya el enfoque de marketing y calidad aplicable a los servicios sanitarios, el objetivo de los siguientes apartados es desarrollar y contextualizar los aspectos propios y característicos de un área concreta y limitada de la atención sociosanitaria, como es la atención al parto, puerperio y lactancia. Se ha mencionado la importancia que tienen los servicios de salud en el día a día y su peso en el presupuesto de los países, y en el caso de la atención obstétrica toma aún mayor relevancia, dado el gran número de potenciales usuarias (toda la población femenina en edad fértil), así como el hecho de que el proceso de embarazo y parto no se puede considerar una enfermedad sino un proceso fisiológico, que es parte del ciclo vital de la mujer sana y cuya gestión tiene implicaciones en el estado física y psíquica de madre e hijo y en el desarrollo del vínculo entre ambos. La atención y los cuidados que reciban las usuarias deben ser exquisitos y basados en la mejor evidencia actual, pues en un proceso en el que no exista enfermedad es muy fácil que se produzca iatrogenia o daño causado por las prácticas médicas. Así pues, se pasa a describir el proceso asistencial, el circuito de atención, los recursos implicados, y se revisa la evidencia científica actual disponible, centrado todo en el embarazo y parto no complicados.

3.1. La actividad en el área materno-infantil

Comenzando con la descripción del área obstétrica y de sus recursos disponibles, destaca el hecho de ser una de las áreas de mayor incremento de actividad en esta década, así como de mejora en muchos países que arrastraban unos pobres indicadores materno-infantiles desde mediados del siglo XX. Los procedimientos obstétricos suponen hoy en día la quinta parte del total de actividad especializada en España, así como en sus diferentes comunidades autónomas. Una muestra de

este volumen asistencial y de los indicadores se puede comprobar en la siguiente tabla.

	Total de partos	Partos por 1.000 mujeres en edad fértil	Tasa de cesáreas	Recién nacidos vivos	Fallecimientos maternos
ESPAÑA	491.042	43,17	25,37 %	499.050	11
GALICIA	21.333	32,18	27,91 %	21.591	0

Tabla 9. Actividad asistencial obstétrica en la comunidad gallega en comparación con el total de España durante el año 2007 (tomado de Estadística de Establecimientos Sanitarios con Régimen de Internado del MSC, 2007).

Considerando los diagnósticos al alta (MSC, 2007), el parto es la causa más frecuente de ingreso en los hospitales españoles. Los 491.042 partos registrados por la Estadística de Establecimientos Sanitarios con Régimen de Internado en el año 2007 representan el 10,1% de las altas hospitalarias totales registradas. La estancia media por parto en los hospitales del Sistema Nacional de Salud (SNS) fue de 3,3 días, y en concreto de 2,8 días para los partos por vía vaginal y de 5,3 días para los partos por cesárea. Desde el año 2000 se ha registrado un pequeño repunte en el número de nacimientos en España.

De todos los ingresos para dar a luz, el 25,37% acabaron en cesáreas. La tasa de cesáreas es mucho mayor en los hospitales privados, con un 37,75% del total de partos, mientras que en los hospitales del SNS, con casi 400.000 partos, se realizaron algo más de 86.100 cesáreas (22%). La continua elevación en las tasas de cesáreas es un motivo de preocupación, ya que se trata de una intervención de cirugía mayor con una morbilidad superior a la de un parto normal para la madre, y una mayor morbilidad fetal.

Las tablas siguientes muestran un resumen de los procedimientos atendidos por Unidades de Maternidad Hospitalaria (UMH) en España durante 2007, el número de casos, costes y estancias hospitalarias medias. También se compara la actividad obstétrica del SNS y de hospitales privados.

	Casos	Estancia media (días)	Coste medio (euros)
Parto vaginal sin complicaciones	211.550	2,66	1.351
Parto vaginal con complicaciones	88.042	3,14	1.698
Parto vaginal de alto riesgo	482	5,01	3.124
Otros partos vaginales	2.139	4,04	2.196
Cesárea sin complicaciones	56.310	5,12	2.107
Cesárea con complicaciones	17.903	5,80	2.732
Cesáreas de alto riesgo	12.554	6,90	3.676
Otros procedimientos	116.012	2,77	1.259
TOTAL	504.992	3,27	1.587

Tabla 10. Costes, peso relativo en gasto sanitario, y estancias medias de los principales procedimientos obstétricos en 2007 (Tomado de base de datos de estadísticas del MSC).

	Públicos-SNS	Privados	TOTAL
Total de partos	389.309	101.733	491.042
Partos por vía vaginal	303.154	63.327	366.481
Cesáreas	86.155	38.406	124.561
Tasa de Cesáreas	22,13	37,75	25,37
Fallecimientos maternos	9	2	11

Tabla 11. Actividad asistencial obstétrica española en 2007 según sistemas (Estadística de Establecimientos Sanitarios con Régimen de Internado del MSC).

Como se puede deducir de estos datos, el parto vaginal sin complicaciones supone el eje principal de la actividad del bloque obstétrico. Potenciar su práctica, siempre que la seguridad materna e infantil lo permita, y hacerlo en las mejores condiciones de calidad, debe ser prioritario en la situación sociosanitaria actual. Para ello, se debe utilizar de forma eficiente una gran cantidad de recursos (hospitales, instalaciones y personal) del sistema sanitario. Los recursos humanos y materiales destinados a la atención al embarazo y al parto son básicos en los complejos hospitalarios. La dotación de paritorios en los hospitales españoles era de 745 en 2008 (1,6 por cada mil partos) (Ministerio de Sanidad y Política Social, 2009). Para hacerse una idea de la magnitud de estas dotaciones, se muestra a continuación un breve censo de los recursos existentes en España en el año 2008.

	Personal Vinculado			Colaboradores habituales	TOTAL
	Jornada completa	A tiempo parcial	Subtotal		
PERSONAL SANITARIO	333.149	23.723	356.872	23.401	380.273
Médicos	71.039	5.323	76.362	21.604	97.966
Obstetricia y Ginecología	4.015	399	4.414	2.746	7.160
Pediatría	3.365	259	3.624	1.105	4.729
Enfermería (titulados medios)	131.421	9.085	140.506	1.487	141.993
Diplomados en Enfermería	123.223	8.159	131.382	758	132.140
Matronas	3.353	296	3.649	530	4.179
Ayudantes sanitarios	123.499	8.525	132.024	0	132.024
Auxiliares de Enfermería	103.567	7.400	110.967	0	110.967
PERSONAL NO SANITARIO	127.422	5.666	133.088	301	133.389
TOTAL	460.571	29.389	489.960	23.702	513.662

Tabla 12. Recursos humanos generales y materno infantiles en España, a principios de 2008 (Estadística de Establecimientos Sanitarios con Régimen de Internado del MSC).

	PÚBLICOS - SNS		PRIVADOS		TOTAL	
	Nº	Dotación por 100.000 hab.	Nº	Dotación por 100.000 hab.	Nº	Dotación por 100.000 hab.
INCUBADORAS	2.247	5,01	423	0,94	2.670	5,95
QUIRÓFANOS	2.606	5,81	1.259	2,81	3.865	8,61
PARITORIOS	528	1,18	217	0,48	745	1,66

Tabla 13. Dotación de recursos materiales materno infantiles en 2007 en España (Estadística de Establecimientos Sanitarios con Régimen de Internado del MSC)

De entre todos estos recursos humanos, el personal que realiza las labores de matrona es el que juega el papel principal en la asistencia a la mujer en el parto normal. La experiencia de las matronas se basa en la asistencia al parto normal y sus habilidades diagnósticas para identificar desviaciones de la normalidad. En el caso de la asistencia a mujeres con embarazos y partos complejos o complicados cobraría mayor importancia el médico especialista en Obstetricia. Cuando es precisa la implicación de un obstetra u otro miembro del equipo multidisciplinario, la matrona continúa siendo responsable de proveer apoyo global, garantizar la

continuidad de los cuidados y promover en la medida de lo posible el embarazo y parto como un proceso fisiológico normal. En la siguiente tabla se resume la dotación de matronas en España al inicio del año 2008.

	Públicos - SNS	Privados	TOTAL
Matronas	3.460	189	3.649
Matronas / 1.000 mujeres en edad fértil	0.30	0.02	0.32

Tabla 14. Matronas vinculadas en España a principios de 2008, según sistemas (Estadística de Establecimientos Sanitarios con Régimen de Internado del MSC).

Las principales funciones de la matrona son fundamentalmente cuatro (MSC, 2008):

- A. Animar a la mujer, a su compañero y familia durante el parto, el período de alumbramiento y sucesivos.
- B. Observación de la parturienta: monitorización de la condición fetal y del niño después del nacimiento, evaluación de los factores de riesgo y detección temprana de problemas.
- C. Llevar a cabo intervenciones menores, como amniotomía o episiotomía, si es preciso y cuidado del niño después del nacimiento.
- D. Traslado del paciente a un nivel mayor de asistencia, si los factores de riesgo se vuelven aparentes o si aparecen complicaciones que justifiquen dicho traslado.

Por su parte, el papel de los especialistas en ginecología y Obstetricia en la UMH es asegurar un elevado estándar de asistencia para las mujeres y sus bebés con necesidades obstétricas o médicas complejas, y estar disponibles para las urgencias agudas, graves, frecuentemente impredecibles y con riesgo vital. Debe existir asimismo un anestesiólogo de guardia inmediatamente disponible para la UMH (Ministerio de Sanidad y Política Social, 2009).

La última tabla de este epígrafe presenta un resumen de la dotación en el ámbito autonómico gallego, en el que se ha desarrollado el estudio empírico del presente trabajo, para poder así contextualizar la asistencia sanitaria y la proporción de

recursos humanos que trabajan en el área materno-infantil de esta comunidad autónoma.

	Recursos humanos
PERSONAL TOTAL	32.036
Personal por 1.000 habitantes	11,74
PERSONAL SANITARIO	23.493
<i>Médicos</i>	5.575
Obstetricia y Ginecología	347
Pediatría	257
<i>Enfermería (titulados medios)</i>	8.955
Diplomados en Enfermería	8.437
Matronas	218
<i>Ayudantes sanitarios</i>	8.461
Auxiliares de Enfermería	6.966
PERSONAL NO SANITARIO	8.543

Tabla 15. Recursos humanos generales y materno infantiles en la comunidad gallega al inicio de 2008 (Estadística de Establecimientos Sanitarios con Régimen de Internado del MSC, 2008).

En resumen, con toda esta estructura material y humana y con el gran volumen de asistencia que anualmente prestan las UMH, se hace evidente la necesidad de un análisis más exhaustivo para buscar oportunidades de mejora, y un modo pertinente es explorar la calidad percibida por las usuarias (las madres y sus familias) de la prestación del servicio y la satisfacción experimentada. No es fácil que un entramado tan complejo, diseñado para ofrecer una cobertura asistencial tan grande, se adapte a la realidad de un proceso que conlleva una vivencia tan personal y familiar como es el nacimiento de una nueva vida. En el siguiente epígrafe se expondrá la evolución que ha sufrido este concepto, y los distintos enfoques que se han propuesto en diferentes momentos y lugares, para dar respuesta a esta demanda.

3.2. Evolución de la asistencia al Parto Normal

Como ya se apuntó al principio de este capítulo, el parto debe considerarse como un proceso fisiológico de especial vulnerabilidad por su alto contenido emocional y su vinculación en el desarrollo de lazos afectivos en la familia. Esto hace importante que la atención que se presta no dañe a la madre ni a su hijo ni física ni emocionalmente. El cuidado prestado durante el parto disminuye la ansiedad y aumenta la satisfacción, mejorando el vínculo, la estabilidad metabólica y hemodinámica, la tasa de lactancia y su duración y el desarrollo psicomotor y neurológico del recién nacido (Ministerio de Sanidad y Política Social, 2010). Pero no siempre se ha enfocado así el proceso asistencial, ni se disponía de evidencia científica que respaldase o contraindicase las diferentes prácticas realizadas. Por eso es pertinente revisar la evolución temporal, conceptual, técnica y legal, que ha sufrido la asistencia al parto normal.

La atención al parto ha evolucionado a lo largo del tiempo, pero sólo en las últimas décadas se ha abordado la protocolización, y han aparecido guías que aconsejan o desaconsejan ciertas prácticas en determinados casos. Hasta el siglo XVII la atención a la embarazada se centraba en los partos, y era prestada principalmente por mujeres parteras, quienes disponían de conocimientos para asistir al parto, considerados propios de las mujeres por la sociedad de la época. A partir del siglo XVIII, coincidiendo con el desarrollo de la medicina moderna, nace la Obstetricia como especialidad médica. En un primer momento, comienza a profesionalizarse la atención al parto con la introducción de instrumental médico como por ejemplo los fórceps. El concepto de “anormalidad en el parto”, legitima a los cirujanos como profesionales aptos para atender estos procesos. De este modo, la Obstetricia queda constituida como un área de la Ginecología dirigida al estudio de la gestación, el parto y el puerperio, junto con todas las patologías que se deriven de estos procesos.

Con el fin de disminuir la mortalidad materno-infantil, a partir del siglo XIX comenzó a promoverse, desde diferentes ámbitos de la sociedad, que las mujeres fueran atendidas por personal médico especializado y también que acudiesen a

parir a los hospitales. La institución sanitaria se encargó a partir de entonces de ir estableciendo cuáles eran las intervenciones necesarias para evitar o para controlar los riesgos, configurando un concreto y determinado sistema de atención (Blázquez-Rodríguez, 2009). Este sistema de atención inicialmente se centraba en el parto, pero poco a poco fue ampliándose a todo el proceso del embarazo y también a los procesos posteriores, para valorar la posibilidad de problemas en la mujer o el neonato.

La matronas en España cuentan para el desarrollo de su profesión con una legislación específica en el ordenamiento jurídico español, tal y como lo establecen en Directrices del Consejo de las Comunidades Europeas, desde la promulgación del Real Decreto de 28 de junio de 1991. En 1992 mediante la Orden de 1 de Junio (Boletín Oficial del Estado, 2 de Junio de 1992), se aprueba el programa de formación y se establecen los requisitos mínimos de las Unidades Docentes y el sistema de acceso para la obtención del título de Enfermera especialista en Enfermería Obstétrico-Ginecológica (Matrona). En la actualidad, los ginecólogos intervienen también en los embarazos y partos normales, y las matronas tienen autonomía profesional, aunque continúan estando bajo supervisión médica.

Expuesta la evolución de la especialidad, y el desarrollo del marco legal hasta nuestros días, es necesario ahora concretar y exponer ciertos aspectos de la asistencia al parto, que se vieron afectados por un lado por la nueva tecnología sanitaria, y por otro lado por la aparición de recomendaciones y guías promulgadas por organizaciones y sociedades científicas. Hasta la aparición de evidencia científica clara, estas dos posturas (tecnificación y protocolización) estuvieron muchas veces enfrentadas. Reflejo de esta circunstancia son la respuesta de sociedades científicas y asociaciones de madres a la medicalización del parto, en las que se hicieron habituales ciertas prácticas médicas (por ejemplo, se pasó del uso del analgésico pentotal a la analgesia epidural, y la lactancia materna alcanzó las cotas más bajas a favor del biberón de leche artificial). Actualmente, coexisten la protocolización, las recomendaciones, la evidencia científica, y las políticas sanitarias que buscan optimizar la asistencia, pero que no se manifiestan al 100% en la práctica obstétrica diaria. A continuación se

comentan algunos de estos documentos e iniciativas que difunden información y critican estas prácticas.

Determinadas declaraciones o documentos como la Declaración de Fortaleza de la OMS (1985), la guía NICE (National Institute for Health and Clinical Excellence, 2007) o diferentes informes (Alfirevic, Devane, & Gyte, 2006; Reveiz, Gaitar & Cuervo 2007; Smyth, Alldred & Markham, 2007; Gupta & Hofmeyr, 2004) entre otros, cuestionan muchas de las prácticas que se llevan a cabo a la hora de atender el parto en la actualidad. Diversas asociaciones de mujeres, grupos profesionales de matronas y algunas instituciones como el Observatorio de Salud de la Mujer del MSC (Estrategia de atención al parto normal, 2008) se dedican a difundir estos aspectos. En los últimos años han surgido Asociaciones de usuarias y profesionales como “El Parto Es Nuestro”. Esta asociación surgió del foro “Apoyocesáreas”, en el que se prestaba apoyo psicológico a las mujeres que habían sufrido cesáreas y partos traumáticos. Las mujeres denunciaban que se les había robado todo protagonismo y poder de decisión, privándolas de información sobre el desarrollo del parto, que se les habían practicado cesáreas innecesarias, o que las habían separado de sus bebés. Esta asociación trata de implantar en nuestro país el parto domiciliario como una alternativa más a la hora de dar a luz, siempre y cuando las circunstancias lo permitan, y en colaboración con el ámbito hospitalario.

En esta misma línea, la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO), publicó las “Recomendaciones Para la Asistencia al Parto” (Julio, 2007), sustituyendo el protocolo previo del año 2003. También la Federación de Asociaciones de Matronas de España (FAME) publicó el 22 de Febrero de 2008 un documento titulado “Iniciativa Parto Normal”.

Recogiendo estos precedentes, y analizando la situación en aquel entonces, el MSC, a través del Observatorio de Salud de la Mujer, presentó una estrategia de atención al parto normal en el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud (SNS) (Madrid, 10-10-2007, Pleno 79, punto 5), insistiendo en la participación de las mujeres usuarias en la toma de decisiones, y el abordaje de prácticas clínicas basadas en el mejor conocimiento disponible.

Paralelamente, en el ámbito de la comunidad autónoma gallega, la Consellería de Sanidade de la Xunta de Galicia elaboró un Plan de Atención Integral a la Salud de la Mujer (2007), en el que se incluyen entre otras prioridades la incorporación progresiva, a la red de hospitales del SERGAS, de centros que ofrezcan a las mujeres la posibilidad de realizar el parto de manera natural, menos medicalizado y más humanizado, y con una menor intervención de la tecnología. Otra de las medidas de este Plan ha sido la elaboración de un proyecto de mejora de la atención a la mujer durante el parto, puerperio y lactancia materna.

Como se puede deducir de todo lo explicado anteriormente, en España existe una escasa y casi anecdótica planificación para el parto domiciliario, y todos los recursos y políticas se centran en la atención especializada y hospitalaria. La cifra del parto en casa no llega al uno por ciento, aunque no existen datos precisos al respecto. Hace diez años, en Barcelona se asistían unos 12 partos anuales en el hogar; actualmente son ya unos 70, según datos de expertos (Blázquez-Rodríguez, 2009). En contraste con esta limitación, se puede describir en otros países europeos la coexistencia de varios modelos alternativos de atención al parto. El tipo predominante de atención sanitaria se describe como “un modelo intervencionista institucionalizado”, atendido por profesionales de medicina y de enfermería especializados, como sucede en países como Irlanda, Rusia, República Checa, Francia y Bélgica (MSC, 2008). Frente a este modelo existe otro no institucionalizado, como ocurre en Holanda y en los Países Escandinavos, con un importante porcentaje de partos en domicilio y atendido fundamentalmente por matronas cualificadas y autónomas. Un modelo intermedio podría ser el de parto institucionalizado y humanizado, como sucede en Reino Unido y en Alemania. El actual modelo inglés sujeta la modalidad de asistencia durante el embarazo, parto y puerperio a la elección de la mujer, si bien el 90% de los partos se realizan en el hospital (MSC, 2008).

Como se viene explicando, dentro de los modelos europeos, la atención al parto en España se centra en los hospitales, articulándose alrededor del bloque obstétrico. En la mayoría de los hospitales españoles, el bloque obstétrico está organizado en

locales (salas de dilatación, paritorios, quirófanos, y habitaciones en hospitalización obstétrica) en los que se atiende a las distintas fases del parto. Dentro de la atención hospitalaria al parto, las UMH responden a un concepto organizativo de unidad específica, pudiéndose definir como una organización de profesionales de la sanidad, que ofrece asistencia multidisciplinar a la mujer, al recién nacido y a la familia en el parto y el nacimiento, y que cumple unos requisitos funcionales, estructurales y organizativos, de forma que garantiza las condiciones adecuadas de seguridad, calidad y eficiencia, para realizar esta actividad. La UMH es una unidad final que presta servicio básicamente para un proceso específico (parto). El bloque obstétrico debe considerarse una unidad intermedia. Dentro de las UMH que existen en España se pueden distinguir dos tipos: secuenciales (salas de dilatación, paritorios, salas de recuperación posparto) e integradas (Unidades de Trabajo de Parto, Parto y Recuperación —UTPR—). Aunque son poco frecuentes en España, las UTPR se están introduciendo rápidamente, por interferir menos con los requerimientos fisiológicos del parto, y por ofrecer mayor comodidad y privacidad para las mujeres y sus acompañantes. Fueron concebidas a principios de la década de los 80 por Laufman y sus colaboradores (Ministerio de Sanidad y Política Social, 2009). Siempre que sea posible, y no existan condicionantes arquitectónicos que lo impidan, se recomienda que el área quirúrgica destinada a la atención obstétrica, incluidos todos los recursos necesarios para la preparación de las pacientes, su despertar y recuperación post-anestésica, estén integrados en la estructura física de la UMH.

Algunas instituciones sanitarias han desarrollado esfuerzos por vencer la inercia de tecnificación de un parto normal por el mero hecho de llevarse a cabo en un medio hospitalario. Algunos centros comenzaron a flexibilizar sus protocolos para dar cabida a las recomendaciones e iniciativas basadas en la evidencia y en la humanización del parto normal. Por ejemplo, el Hospital La Plana de Vila-Real (Castellón) dispone de un protocolo específico de atención al parto normal, escrito y a disposición en la página Web del hospital, con una propuesta de plan de parto. Por su parte, el Hospital de la Inmaculada de Huércal-Overa (Almería) viene desarrollando desde hace tiempo un protocolo específico de atención al parto normal, promoviendo el plan de parto, el contacto precoz madre-criatura recién

nacida y la lactancia materna. Su tasa de cesáreas es la más baja de Andalucía: 14 por cada 100 alumbramientos (<http://www.matronasubeda.objectis.net/>, 7/05/2008). También el Hospital Comarcal del Salnés de Vilagarcía de Arousa (Pontevedra) viene realizando una atención natural al parto normal respetuoso con el proceso fisiológico, la autonomía de la mujer y la toma de decisiones, con las intervenciones sanitarias necesarias, adecuadas, oportunas y basadas en la evidencia científica actual. En el Hospital Universitario del Doce de Octubre de Madrid se desarrolla el proyecto “Atención perinatal centrada en la familia”, conjuntamente por los servicios de Neonatología, Obstetricia y Anestesia, para incrementar el protagonismo de la mujer durante el parto, disminuir el número de separaciones madre/criatura recién nacida, e involucrar al padre de forma activa en el proceso. Y el Hospital Universitario Marqués de Valdecilla de Santander ha elaborado un “Protocolo de Asistencia al Parto Normal con mínima intervención (parto natural)”.

Habiendo visto la importancia y la evolución de este proceso asistencial, así como los principales referentes, iniciativas, y marcos legales, se pasará ahora a desmenuzar el proceso en sí, para poder buscar puntos críticos y oportunidades de mejora, que serían de gran interés en la evaluación desde el prisma de la calidad.

3.3. Las fases del parto y el proceso asistencial

Como se ha reiterado a lo largo de este capítulo, un proceso tan importante dentro de la asistencia sanitaria, que abarca tantos recursos humanos, materiales y económicos, y con una población diana tan numerosa, debe ser dirigido y organizado desde un enfoque que permita optimizar los recursos y ofrecer la mejor asistencia posible. Por ello, y para lograr un mejor y más profundo conocimiento, se procede ahora a describir pormenorizadamente sus aspectos principales y los puntos clave, que ayudarán a establecer las prioridades y las oportunidades de mejora. Tras un abordaje fisiológico, se describirá el circuito asistencial del que dispone actualmente el sistema sanitario español.

Una primera aproximación al proceso de asistencia al parto puede ser el definir los diferentes periodos del parto. En cada una de estas fases o periodos se realizan una serie de actos médicos y comprobaciones, en las que ya se pueden identificar intervenciones innecesarias (Reveiz, 2007; Basevi & Lavender, 2001; Hodnett, Gates, Hofmeyr & Sakala, 2007). Clásicamente estas fases se han descrito como fase de dilatación, fase de expulsivo, y fase de alumbramiento.

La fase de dilatación marca el inicio del parto, y se identifica con el inicio de las contracciones uterinas. Debe valorarse la presencia de contracciones uterinas regulares, el acortamiento y dilatación del cuello uterino y la pérdida de líquido amniótico, y flujo sanguinolento. Hasta que una mujer no se encuentre en la fase activa del parto, con el cuello uterino dilatado al menos 4 cm., con contracciones rítmicas y regulares, e inicio del descenso de la cabeza fetal, no sería aconsejable que estuviera en la sala polivalente de dilatación/parto, ya que se podría generar ansiedad y falsas expectativas a la mujer y su pareja, y podría conducir a los profesionales a practicar intervenciones injustificadas. Es necesario evitar asistir el parto como «manejo activo del parto», ya que podría aumentar la tasa de partos instrumentales y de cesáreas.

Esta fase de dilatación se puede subdividir a su vez en varios periodos o fases, como propone la OMS (2002). En resumen, estos periodos definidos por aspectos clínicos y exploratorios que delimitan etapas, es lo que se denomina “trabajo de parto”, y que hace referencia al conjunto de eventos que llevarán a un parto vaginal espontáneo. En la siguiente tabla se aclara la nomenclatura propuesta por la OMS para esta primera fase del parto llamada fase de dilatación.

SIGNOS Y SÍNTOMAS	PERIODO DEL PARTO	FASE
Cuello uterino no dilatado	Falso trabajo de parto	Pródromos
Cuello uterino dilatado menos de 4 cm.	Primer periodo	Latente
Cuello uterino dilatado 4-9 cm. Tasa de dilatación 1 cm./h. Comienzo de descenso de la cabeza fetal	Primer periodo	Activa
Cuello dilatado (10 cm.) Sigue el descenso fetal No hay deseos de empujar	Segundo periodo	Temprana (no expulsiva)
Cuello dilatado (10 cm.) La parte fetal que presenta llega al suelo de la pelvis La mujer tiene deseos de empujar	Segundo periodo	Avanzada (expulsivo)
El tercer periodo comienza con el parto del bebé y termina con la expulsión de la placenta		

Tabla 16. Diagnóstico del periodo y fase del trabajo del parto (OMS, 2002).

En el parto establecido la mayoría de las mujeres nulíparas alcanzan la segunda etapa del parto dentro de las primeras 18 horas y las multíparas en 12 horas sin intervenciones (Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre la atención al parto normal, 2010).

La segunda etapa del parto comienza con la dilatación cervical completa, y finaliza con el nacimiento del feto. Se diferencian una segunda etapa temprana o pasiva, cuando existe una dilatación completa del cuello antes de las contracciones involuntarias del expulsivo y una fase activa cuando el feto es visible ó existen contracciones de expulsivo ó pujos maternos en presencia de dilatación completa.

La tercera etapa del parto es la que transcurre entre el nacimiento y la expulsión de la placenta. La mayor complicación en este periodo es la hemorragia postparto. El grado de pérdida sanguínea se asocia con la rapidez con que la placenta se separa del útero y con la efectividad de la contracción uterina. La duración de la tercera etapa del parto es importante porque la prevalencia de la hemorragia

postparto se incrementa cuando su duración se alarga, aunque no hay criterios universalmente aceptados sobre la duración óptima del alumbramiento. La duración de la tercera etapa del parto se considera prolongada si no se completa en los 30 minutos posteriores al nacimiento del neonato con manejo activo y 60 minutos con el alumbramiento espontáneo (Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre la atención al parto normal, 2010).

Vistas estas fases fisiológicas del parto, se procede a describir a continuación el circuito, organización y actividades que se encuadran en el bloque obstétrico, encaminadas a prestar asistencia sanitaria al proceso de embarazo, parto y puerperio, centrado en el parto normal. Se han tomado como base las ya mencionadas publicaciones del MSC, los protocolos observados en el sistema sanitario gallego, y las propuestas de diferentes organizaciones científicas de profesionales de la maternidad (SEGO, FAME).

Ante la sospecha o ante el deseo de embarazo, las mujeres pueden acudir a diferentes niveles y profesionales que las asesoren, y que les aporten información sobre cómo reconocer el inicio del embarazo, o cómo establecer las medidas favorecedoras más oportunas. En este punto, tanto el médico de cabecera, como la matrona o el ginecólogo de zona, pueden establecer el diagnóstico de embarazo con los tests de detección rápida en orina de la gonadotropina coriónica humana (hCG). Durante el seguimiento del embarazo se precisa una estrecha relación entre el nivel de Atención Especializada y Primaria pues muchas de las actividades pueden realizarse en este último (sobre todo las actividades informativas y preventivas).

La detección de embarazos debe ser un proceso activo y continuo, encaminado a incluir a todas las gestantes en el programa de seguimiento y control del embarazo. Este programa garantiza la detección precoz de complicaciones durante el embarazo, y estratifica el riesgo a priori de padecer dichas complicaciones. Además de las razones expuestas es innegable el beneficio que aporta a la gestación la historia clínica completa, la exploración y las pruebas diagnósticas que conllevan la monitorización del progreso del embarazo.

Según el riesgo estimado, se establecen varios puntos críticos cronológicos (habitualmente divididos en tres trimestres), en los que se realizan a la embarazada una serie de exploraciones médicas y pruebas complementarias. Además de los controles analíticos, ecográficos y tocológicos, se debe hacer consejo sobre las medidas higiénicas y dietéticas, así como la medicación que la madre necesite consumir durante el embarazo (idoneidad, ajuste de dosis, posibles efectos sobre el feto, etc.).

Para sostener y registrar este seguimiento existe un documento denominado cartilla de la embarazada, el cual recoge un cronograma de pruebas a realizar, casillas para los resultados de diferentes pruebas, e información básica sobre los problemas que pueden surgir durante el embarazo. Este documento se actualiza con cada visita a los diferentes profesionales que atienden a la gestante. Otro documento existente, aunque no disponible en la totalidad de las UMH, es el plan de parto, en el que la madre va tomando una serie de decisiones informadas y consensuadas con los profesionales sanitarios, de cara al desarrollo de su futuro parto. Estas decisiones quedan por escrito, y afectan tanto a los recursos materiales y humanos, como a la presencia de familiares u otros aspectos de posible personalización del proceso (MSC, 2008).

El papel de la matrona es el más próximo a las mujeres. Acompaña en el proceso de embarazo a la futura madre, y le ayuda a identificar los cambios y signos que aparecen durante el embarazo, así como los que indican la proximidad al parto. Ayuda a la mujer a preparar el trabajo de parto, haciéndole conocer de antemano sus recursos y la forma en que reaccionará su cuerpo, y la aconsejará en el primer contacto con su bebé (tanto en cuidados físicos como en desarrollar el vínculo que genera la lactancia materna) (FAME, 2007). En algunas áreas de salud, la misma matrona que sigue el proceso de embarazo puede ser la que atienda el proceso de parto a nivel hospitalario. En cambio, hay otras zonas en las que no sucede así, y las matronas de Atención Primaria reciben a la mujer antes del parto (preparación) y después (cursos maternos).

Respecto a las complicaciones que pueden aparecer durante el embarazo, se debe garantizar un acceso inmediato de la mujer a todos los niveles asistenciales. Si la consulta aguda inicial es en Atención Primaria, de ella debe surgir una decisión que provoque una interconsulta hospitalaria o ambulatoria con el especialista en Obstetricia. En estos casos se dispone de medios diagnósticos y pruebas complementarias (como ecografías o analíticas) que se pueden realizar de forma urgente para confirmar o descartar situaciones de riesgo vital, amenazas de aborto, etc. Los servicios hospitalarios de Obstetricia prestan una asistencia continuada, en la que además de atender los partos que siguen su curso natural, intercalan las urgencias y emergencias, tanto durante el embarazo como respecto al proceso de parto. La SEGO recomienda que el equipo de guardia de un paritorio debiera estar formado, al menos, por un/a especialista en Obstetricia por cada 2000 partos. Debe existir un anestesiólogo/a de guardia inmediatamente disponible para la UMH. También sería recomendable en toda UMH garantizar la presencia física de un pediatra o neonatólogo a partir de los 2000 partos (Ministerio de Sanidad y Política Social, 2009a).

Cuando la mujer identifica los signos de parto inmediato ó aborto, suele acudir directamente al nivel hospitalario. La recepción y admisión de estas pacientes se hace a nivel de urgencias. Se registra a nivel de admisión el ingreso, y automáticamente debe desencadenarse un circuito existente en cada hospital, que traslade a la mujer al bloque obstétrico para iniciar la atención médica. Un equipo de celadores se encarga de ello, siguiendo el camino marcado en los pasillos.

Una vez en el bloque obstétrico, se hace una primera valoración del estado general por parte de la matrona ó el ginecólogo. Si se encuentra en fase activa de parto, la madre ingresa en una UTPR, ó bien en la zona de dilatación en los hospitales que no tienen UTPRs. En estos últimos, pasan a una sala de paritorio cuando se ha consumado la dilatación completa.

Como aconsejan las diferentes sociedades y guías de atención al parto (FAME, 2007, SEGO 2008, OMS 1996, NICE 2007), ante una mujer que acude con sospecha de trabajo de parto las actividades a desarrollar comprenden la revisión y

actualización de la historia clínica, la exploración física y obstétrica de la mujer, la valoración psicosocial de la mujer y su entorno, la información y educación sanitaria, la valoración del bienestar fetal, registro de frecuencia cardiaca fetal y dinámica uterina y la valoración de la evolución de la mujer. Todo esto constituye la admisión a la unidad materno-infantil hospitalaria.

Si se encuentra en fase latente del parto no se recomienda el ingreso hospitalario para evitar el intervencionismo y la iatrogenia. Ante situaciones clínicas o sociales particulares (distancia del hospital al domicilio, falta de acompañamiento, disponibilidad de medio de transporte...), o cuando existan dudas, se aconseja la permanencia en un espacio diferente al área de paritorio, donde se pueda controlar la evolución del parto y el bienestar fetal. En la fase activa del parto se ingresa la gestante en una sala polivalente de dilatación y parto, se revisa y valora el plan de nacimiento, se ofertan métodos para el alivio del dolor, cuidados, atención, acompañamiento de la mujer y valoración de la progresión del trabajo de parto (OMS, 1996; NICE, 2007; FAME, 2007).

Una vez ingresada, es precisa una monitorización de la madre y de la progresión del parto. A tal efecto, la OMS ha propuesto un registro o partograma, en el que aparezca una línea de alerta y una de acción. La línea de alerta se sobrepasaría si la dilatación del cérvix en cuatro horas fuese inferior a 1 cm. por hora, y la de acción si esto siguiera ocurriendo después de otras cuatro horas, aunque la OMS también incide en que «una progresión lenta tiene que ser un motivo de valoración, NO de intervención» (OMS, 2002). Es importante registrar las actividades asistenciales, educativas y de información que se realizan a la mujer en el partograma y en los registros clínicos del centro, así como efectuar una evaluación periódica de las constantes vitales de la mujer, que se recomienda con una periodicidad de cuatro horas, ya que la alteración de cualquiera de ellas podría indicar una alteración en el proceso del parto (OMS, 2002). Por ejemplo, un aumento de la temperatura podría implicar un cuadro febril por infección o un signo de deshidratación. Una variación de la presión arterial es un signo importante del estado materno, dado que puede predecir un estado de preeclampsia o una hipotensión. La frecuencia cardiaca

materna nos informa sobre su estado físico y emocional. También es importante evaluar el estado de hidratación de la mujer.

Tradicionalmente, y aún hoy en día, el tacto vaginal ha sido el método más aceptado para valorar la progresión del trabajo de parto. Mediante un tacto vaginal se obtienen seis fuentes de información con las que valorar el progreso: posición, consistencia, longitud y dilatación del cuello uterino, y descenso y rotación de la cabeza fetal, aunque la exactitud de esta técnica queda limitada si no es llevada a cabo siempre por el mismo profesional. Las exploraciones vaginales siempre conllevan un cierto riesgo de infección, pues introducen microorganismos de la vagina en el canal cervical. Por lo mencionado, debería fomentarse la utilización de otras técnicas menos invasivas con las que valorar la evolución del parto, como son la palpación abdominal, la interpretación del comportamiento y los sonidos maternos (el comportamiento de la mujer, su apariencia y su conducta, así como el flujo y las secreciones vaginales) (FAME, 2007). Según la OMS (2002), «el número de tactos vaginales debe limitarse a lo estrictamente necesario durante el primer estadio del parto, generalmente uno cada cuatro horas suele ser suficiente (...)».

En un parto normal, la matrona supervisa y aconseja a la mujer continuamente, y solicita la presencia del ginecólogo únicamente en caso de complicaciones, garantizando así la autonomía profesional. Esta matrona se encarga de dirigir el expulsivo, realizar la episiotomía si se precisara, dar los primeros cuidados al bebé y a la madre tras el parto, y comprobar el correcto alumbramiento. Las matronas pueden supervisar varios partos simultáneamente, pero los momentos críticos requieren una atención individual. Alrededor de la matrona hay un equipo de auxiliares y celadores, que contribuyen a la movilidad y a la preparación de las salas y del material. Se intenta garantizar el menor número necesario de personal presente en los partos para facilitar la asistencia del acompañante que desee la madre.

Los ginecólogos supervisan y dirigen la unidad del bloque obstétrico. Su papel es importante cuando surge alguna desviación de la normalidad en el transcurso del proceso, si se altera alguna de las pruebas de monitorización, o si el parto se

interrumpe. En caso de tener que realizar una cesárea, son los que realizan y dirigen la operación quirúrgica.

El anestesista entra en acción en los casos de solicitud de analgesia epidural. Durante el seguimiento del embarazo realizó una entrevista con la gestante para decidir esta analgesia, y descartar contraindicaciones. También acude en caso de cesárea o intervención quirúrgica, reclamado por el equipo médico en la apertura de quirófano.

El pediatra especialista en neonatología interviene en la valoración y cuidados postnatales de recién nacidos tras cesáreas, sufrimiento fetal intraparto, o complicaciones postparto. Es avisado al detectar un alto riesgo en el embarazo o en el parto, e ingresa al bebé en el bloque de neonatología. Este bloque debe dar facilidades a la familia para poder visitar al bebé en la propia unidad. En algunos casos se facilita alimentación para la madre, estancia, y se promueve la lactancia materna.

El alta hospitalaria se hace conjunta en el parto normal, o bien por separado si el recién nacido fue ingresado en neonatología. Debe incluir informe médico, informe de cuidados de enfermería, y deben haberse cumplido los objetivos de apoyo al inicio de lactancia y desarrollo del vínculo y apego madre-hijo. También se garantiza un acceso nuevamente a todos los niveles ante cualquier duda o complicación. Y se hace un seguimiento postparto, normalmente a través de la matrona de Atención Primaria, que aprovecha la ocasión para ofrecer cursos de cuidados del recién nacido, lactancia, orientación familiar y contracepción.

A continuación, y para resumir todo este circuito asistencial que se acaba de exponer, se presentan en forma de esquema y tabla los recursos humanos y materiales mencionados, y la coordinación entre los diferentes niveles implicados.

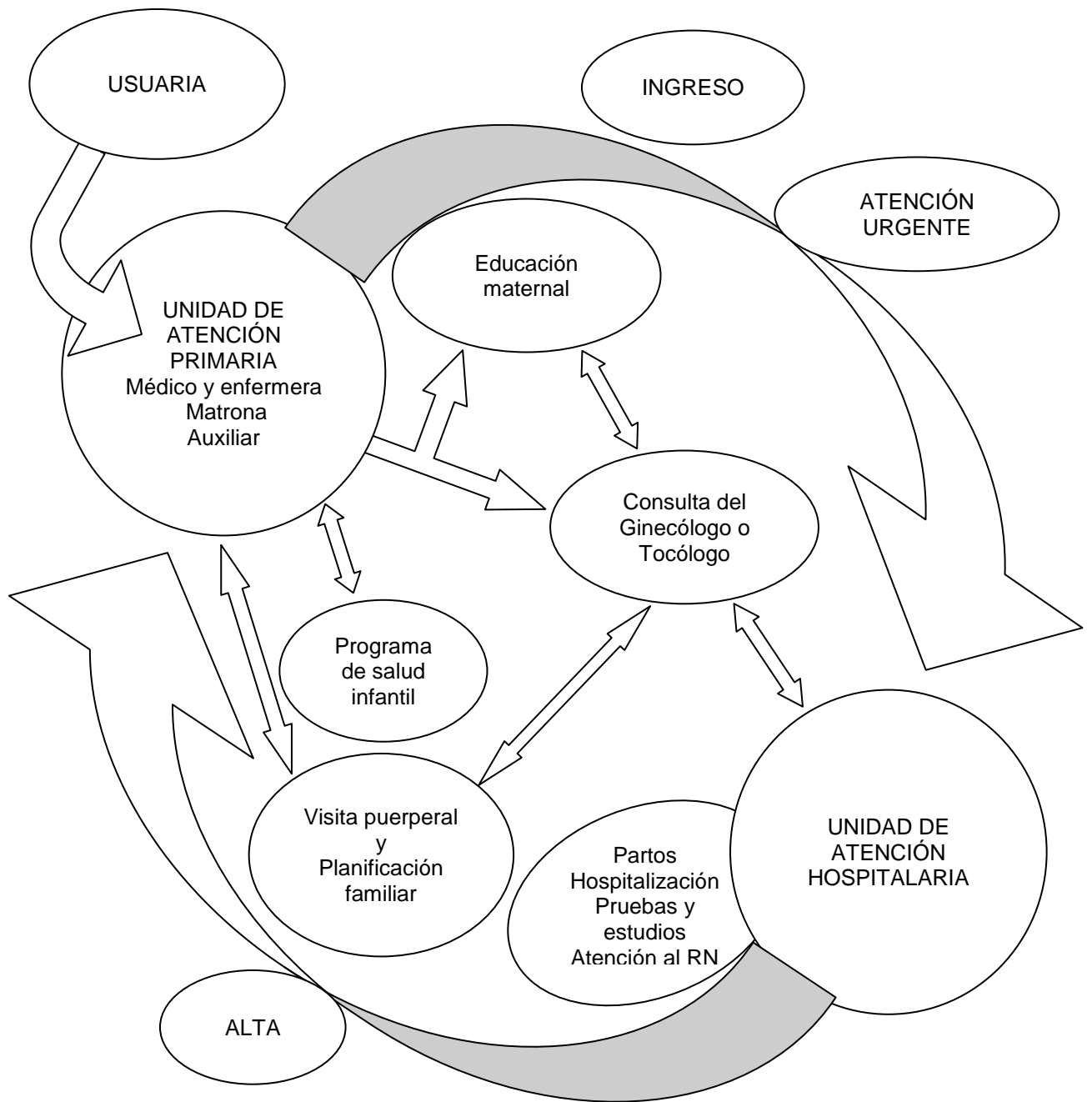


Figura 9. Circuito de atención durante embarazo, parto y puerperio, elaboración propia.

ETAPA	LUGAR		PROFESIONALES	TIPO DE ACTIVIDAD
Embarazo	Atención Primaria Centros de salud		Matronas Médicos de Familia Enfermería de AP	Consultas individuales Cursos grupales
	Centros de especialidades		Obstetras Enfermeras	Consultas individuales Consulta de ecografías Unidad de análisis
	Hospital		Obstetras Enfermeras	Consultas individuales Consulta de ecografías
Parto	Hospital	Urgencias Paritorio	Matronas Obstetras	Ingreso y estancia
		Servicio paritorio	Matronas Obstetras Anestesista	
Puerperio		Servicio puerperio	Obstetras Enfermeras Neonatólogo	
	Atención Primaria Centros de salud		Matronas Médicos de Familia Enfermería de AP Pediatra	Consultas individuales Cursos grupales

Tabla 17. Profesionales y lugares implicados en el circuito de atención al embarazo, parto y puerperio (adaptado de Blázquez-Rodríguez, 2009)

De todo este entramado fácilmente se puede deducir que se realizan multitud de actos asistenciales, de consejo, e incluso administrativos, que pueden entrañar cierto riesgo para la madre y el bebé. La asistencia a un proceso de salud como puede ser el parto normal no complicado, posibilita que las intervenciones realizadas causen iatrogenia o bien que simplemente se apliquen técnicas por inercia terapéutica o por comodidad del personal si hay una gran carga asistencial. Los hospitales son centros especializados, acostumbrados a intervenir y a tecnificar la asistencia, pero en estos casos deben adaptar su actividad a las circunstancias, las recomendaciones y la evidencia científica. Como ya se mencionó en otros apartados de este trabajo, algunos centros ya han iniciado una adaptación a una mayor humanización de la asistencia. En el próximo epígrafe se explican las principales recomendaciones y propuestas de las diferentes organizaciones sanitarias existentes.

3.4. Marco científico e institucional en la atención al parto

Como se reflejó en el epígrafe anterior, existe una corriente que se opone a la excesiva tecnificación del parto, y promueve una mayor humanización de la asistencia hospitalaria. Su origen es reciente, y sus razonamientos se basan en la aparición de diversos documentos promulgados por sociedades científicas y sanitarias, y en la publicación de estudios y revisiones sobre evidencia científica de la aplicación de diversas técnicas y maniobras obstétricas. En este epígrafe se pretende seguir un recorrido cronológico de la aparición de estos documentos, entre los que destacan los emitidos por la OMS, y del impacto que tuvieron sobre la asistencia sociosanitaria por su implicación en las recomendaciones de los protocolos obstétricos.

En Abril de 1985, la oficina regional europea de la OMS, la Organización Panamericana de Salud y la oficina regional de la OMS para las Américas organizaron una conferencia sobre la tecnología apropiada para el parto en Fortaleza (Brasil). En este encuentro los factores sociales, emocionales y psicológicos pasaron a ser fundamentales para comprender la manera de prestar una atención perinatal adecuada. Se planteó que la mujer tiene derecho a participar en la planificación, ejecución y evaluación de la atención, y en consecuencia el equipo perinatal debe ser motivado y formado para fortalecer las relaciones entre la madre, su hijo y la familia.

Además se hizo hincapié en la necesidad de investigar a nivel regional, nacional e internacional, mejorando la salud perinatal, según criterios de coste-efectividad y las necesidades y deseos de la comunidad. Los resultados de estas evaluaciones deberían ser difundidos para cambiar la conducta de los profesionales y las actitudes del público en general, e instaban a los gobiernos a que sólo tras una cuidadosa evaluación considerasen el desarrollo de normas para permitir el uso de nuevas tecnologías para el parto.

En la Declaración Conjunta para la Promoción, Protección y Apoyo a la Lactancia Materna (1989) de la OMS y la UNICEF (Fondo Internacional de Emergencia de las Naciones Unidas para la Infancia), se insiste en que se debe permitir la libertad de

movimientos y postura para la mujer, y la presencia de alguna persona querida o de confianza que le dé compañía y apoyo. Con estas sencillas medidas se pueden reducir las molestias, la duración del parto, la necesidad de oxitocina, las intervenciones quirúrgicas y la necesidad de analgesia, mejorando al mismo tiempo las perspectivas de una buena lactancia natural.

En la Declaración de los Derechos Sexuales y Reproductivos de la Conferencia Internacional de Naciones Unidas sobre la Población y el Desarrollo (El Cairo, 1994), se reconoce el derecho de las mujeres a disfrutar de su salud y su reproducción y a decidir sobre las mismas. “Las mujeres deben ser sujeto y no objeto de los servicios de salud reproductiva” (Capítulo VII, punto A). Desde otras instituciones sanitarias como la OMS se han presentado diferentes propuestas sobre la asistencia obstétrica, para denunciar las actuaciones biomédicas y proponer otras prácticas sanitarias diferentes (WHO, 1999).

En 1996 la OMS presentó una guía práctica de cuidados en el parto normal. Después de definir el “Parto Normal” y de analizar las evidencias científicas existentes, un grupo de trabajo de la OMS clasificó sus recomendaciones acerca del Parto Normal en cuatro categorías:

- A. Actos que son claramente útiles y debieran ser fomentados.
- B. Actos que son claramente dañinos o inefectivos y debieran ser eliminados.
- C. Actos en los que no existe una clara evidencia para fomentarlos y que deberían ser usados con cautela mientras más estudios clarifican su utilidad.
- D. Actos que son frecuentemente llevados a cabo de manera errónea.

Esta clasificación de actos se muestra pormenorizadamente en la tabla a continuación, con ejemplos de lo que se debería encuadrar en cada categoría.

CATEGORIA A	CATEGORIA B	CATEGORIA C	CATEGORIA D
<p>Un plan personalizado acerca de donde y por quién va a ser atendido el parto, hecho con la mujer durante el embarazo, con conocimiento de éste por parte del marido / compañero y por la familia si se considera necesario.</p> <p>Evaluación de los riesgos del embarazo durante el cuidado prenatal, reevaluación de éste en cada contacto existente.</p> <p>Monitorización del bienestar físico y emocional materno durante el parto, alumbramiento y puerperio.</p> <p>Ofrecer fluidos orales durante el parto y alumbramiento.</p> <p>Respetar la elección informada de la paciente acerca del sitio en donde dar a luz.</p> <p>Dar cuidados durante el parto y alumbramiento en los lugares más periféricos donde un parto sea posible y seguro, y donde la mujer se encuentre segura y cómoda.</p> <p>Respetar la privacidad de la mujer en la habitación de parto.</p> <p>Apoyo por parte de las matronas durante el parto y nacimiento.</p> <p>Respetar la elección de la mujer respecto a los acompañantes durante el parto y nacimiento.</p> <p>Dar a la parturienta toda la información y explicaciones que ella desee.</p> <p>Uso de métodos no invasivos y no farmacológicos de alivio del dolor, como masajes y técnicas de relajación.</p> <p>Monitorización fetal con auscultación intermitente.</p>	<p>Uso rutinario de enemas.</p> <p>Uso rutinario de depilación púbica.</p> <p>Uso rutinario de infusiones intravenosas.</p> <p>Inserción profiláctica de vías intravenosas.</p> <p>Exploraciones rectales.</p> <p>Uso rutinario de la posición supina durante el parto.</p> <p>Uso de pelvimetrías radiológicas.</p> <p>Administración de oxitócicos en cualquier momento del parto, de tal modo que su efecto no pueda ser controlado.</p> <p>Uso rutinario de la posición de litotomía.</p> <p>Empujes sostenidos y constantes (maniobra de Valsalva) durante el expulsivo.</p> <p>Masajes y estiramientos del periné durante el expulsivo.</p>	<p>Métodos no farmacológicos de alivio del dolor durante el parto, como hierbas, inmersión en el agua y estimulación nerviosa.</p> <p>Amniotomía temprana de rutina en la fase de dilatación.</p> <p>Presión sobre el fondo uterino durante el parto.</p> <p>Maniobras relacionadas con la protección del periné y el manejo de la cabeza fetal en el momento del nacimiento.</p> <p>Manipulación activa del feto al nacer.</p> <p>Oxitocina de rutina, tracción controlada del cordón, o combinación de estos dos durante el alumbramiento.</p> <p>Pinzamiento temprano del cordón umbilical.</p> <p>Estimulación de los pezones para incrementar la contractilidad uterina durante el alumbramiento.</p>	<p>Restricción de la ingesta de fluidos y sólidos durante el parto.</p> <p>Control del dolor por agentes sistémicos.</p> <p>Control del dolor con anestesia epidural.</p> <p>Monitorización electrónica fetal.</p> <p>Usar máscaras y batas estériles al atender al parto.</p> <p>Exploraciones vaginales repetidas y frecuentes especialmente por más de un miembro del equipo.</p> <p>Aumentación con oxitocina.</p> <p>Movilización de la parturienta a otra habitación una vez ha alcanzado la dilatación completa.</p> <p>Sondaje de la vejiga urinaria.</p> <p>Aconsejar a la mujer que empiece a empujar antes de que se haya diagnosticado la dilatación completa o de que la mujer sienta que tiene ganas de empujar.</p>

Tabla 18a. Principales actos identificados en las 4 categorías de la OMS (WHO, 1996)

CATEGORIA A	CATEGORIA B	CATEGORIA C	CATEGORIA D
<p>Uso único de materiales desechables y descontaminación apropiada de materiales reutilizables durante el parto y nacimiento.</p> <p>Uso de guantes en las exploraciones vaginales, durante el nacimiento del niño y mientras se manipule la placenta.</p> <p>Libertad de movimientos y posición durante el parto.</p> <p>Animar a adoptar la posición no supina durante el parto.</p> <p>Monitorización cuidadosa del progreso del parto.</p> <p>Empleo profiláctico de oxitocina en el alumbramiento de mujeres con riesgo de desarrollar una hemorragia postparto.</p> <p>Asepsia al cortar el cordón.</p> <p>Prevención de hipotermia neonatal.</p> <p>Contacto "piel con piel " temprano entre la madre y el hijo, y ayuda con la iniciación de la lactancia materna, dentro de la primera hora postparto.</p> <p>Examen rutinario de la placenta y membranas</p>	<p>Uso de comprimidos orales de ergometrina en el alumbramiento, para prevenir o controlar una hemorragia.</p> <p>Uso rutinario de ergometrina parenteral en el alumbramiento.</p> <p>Lavado uterino de rutina después del parto.</p> <p>Exploración manual de rutina del útero después del parto</p>		<p>Rigidez en cuanto a la duración estipulada del expulsivo, sobre una hora, si las condiciones maternas y fetales son óptimas.</p> <p>Partos instrumentales y cesáreas.</p> <p>Uso rutinario de la episiotomía.</p> <p>Exploración manual del útero después del alumbramiento</p>

Tabla 18b. Principales actos identificados en las 4 categorías de la OMS (WHO, 1996)

En 2002 la OMS publica una guía de manejo de las complicaciones del embarazo y el parto, con el objetivo de reducir la mortalidad y morbilidad materna y neonatal, en apoyo de la Iniciativa por la Maternidad Saludable. El manejo integrado del embarazo y el parto (IMPAC) es el componente técnico de esta estrategia. Se orienta principalmente a una mejor capacitación del personal de salud mediante la utilización de guías y estándares, a las intervenciones necesarias para mejorar la respuesta del sistema de atención de salud a las necesidades de las mujeres embarazadas y sus recién nacidos, y a la educación en salud y la promoción de actividades para mejorar actitudes y prácticas de la comunidad y la familia con relación al embarazo y al parto.

En 2006 la OMS publica otra guía que ofrece recomendaciones basadas en la evidencia para guiar a los profesionales sanitarios en el manejo de las mujeres durante el embarazo, parto, puerperio y post aborto, y de los recién nacidos durante sus primeras semanas de vida. Es una guía para la toma de decisiones clínicas. Se facilita la recopilación, análisis, clasificación y uso de información relevante por lo que sugiere preguntas clave, observaciones esenciales o exámenes, y recomienda intervenciones apropiadas basadas en la evidencia. La guía concluye que todo este enfoque es compatible con la detección precoz de las complicaciones y el inicio de tratamiento temprano y adecuado (WHO, 2006).

Un caso particular dentro de las guías y recomendaciones de sociedades es el apoyo a la lactancia materna. La lactancia sufrió individualmente el mismo proceso evolutivo de tecnificación que se está exponiendo para la atención global al parto normal. Actualmente se pretende fomentar la lactancia y la experiencia de la mujer durante el parto. La OMS (2006) concluye que el éxito de la lactancia influye sobre su motivación con respecto a ésta y la facilidad con la que pueda iniciarla la mujer. Los reflejos de búsqueda y succión en el recién nacido son especialmente intensos inmediatamente después de un parto normal, momento en que normalmente la madre está deseando tocar y ver a su hijo. En esos momentos es beneficioso favorecer el contacto directo piel con piel entre la madre y el niño y permitir que éste succione el pecho de la madre, lo cual contribuirá a reforzar el vínculo inicial madre-hijo y estimulará la secreción láctea. Además, los movimientos de succión del niño estimularán la liberación de oxitocina, que facilitará la expulsión de la placenta y las contracciones uterinas de la tercera fase del parto. Se debe limpiar y secar al recién nacido (no es necesario bañarle) y ponerlo sobre el abdomen de la madre (Declaración Conjunta de WHO-UNICEF, 1989). Los “Diez Pasos Hacia una Feliz Lactancia Natural” (WHO, 1998) surgen de un documento de la OMS para promover la lactancia materna, dadas las dificultades y resistencias mostradas por el personal sanitario en fomentar esta práctica durante su actividad asistencial. Son requisito para obtener la acreditación otorgada por la Iniciativa para la Humanización de la Asistencia al nacimiento y la Lactancia, IHAN (hasta 2009 conocida en España como Iniciativa Hospital Amigo del Niño). En 2007, la OMS y UNICEF actualizaron los requisitos para que los hospitales obtuvieran esta

acreditación, añadiendo a los 10 pasos originales otros 3 nuevos criterios globales, uno de obligatorio cumplimiento y dos opcionales a criterio de las circunstancias de cada país: cumplimiento del Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de Leche Materna, Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) y alimentación infantil (opcional), y humanización de la asistencia a la madre durante el parto (opcional).

La alimentación con leches artificiales ha ganado mucho terreno, a pesar de las ventajas biopsicológicas de la lactancia natural. Cada vez que se administre un alimento o bebida distintos de la leche materna a un bebé amamantado, debe haber motivos médicos aceptables. La administración de alimentos prelácteos o suplementos aumenta el riesgo de infección en el niño. Los suplementos aumentan el riesgo de diarrea y otras infecciones, como la meningitis y la sepsis neonatal. Los chupetes y las tetinas pueden ser perjudiciales, pues transmiten infecciones, reducen el tiempo de succión en el pecho interfiriendo con la lactancia a demanda, y posiblemente alteran la dinámica oral. El uso de tetinas y chupetes en las maternidades transmite la impresión de que los profesionales sanitarios los consideran seguros, aumentando la probabilidad de que los padres los introduzcan o los sigan usando. Su uso debería ser minimizado, y completamente evitado si es posible, para dejar de transmitir mensajes contradictorios a las familias (MSC, 2008).

Respecto a la asistencia al parto, puerperio y lactancia es necesario trasladar estas recomendaciones y guías mencionadas a la actividad obstétrica del día a día en los servicios de salud. Y más en concreto, al ámbito sanitario español, donde tiene lugar el presente trabajo. Aun con los esfuerzos de las diferentes organizaciones sanitarias, las guías no se traducen en un cambio brusco de la asistencia al parto. Esto se puede ver fácilmente tanto a nivel social como a nivel presupuestario. A pesar de que cada vez se reduce más la tasa de fecundidad en nuestro entorno, con familias de sólo uno ó dos hijos, el menor número de partos no se traduce en un menor gasto sanitario, como se mostró anteriormente por el contrario éste aumenta cada vez más. Es verdad que en los últimos años ha aumentado la edad a la que las mujeres inician su primer embarazo (comprobándose una relación entre

mayor edad de la madre y la aparición de complicaciones durante el parto), pero la mayor medicalización que ha experimentado el proceso de parto es un hecho contrastado.

Ante la situación actual de variabilidad en la atención al parto normal en España, y el debate público suscitado tanto entre usuarias como profesionales respecto a una mayor humanización del proceso asistencial y un menor intervencionismo. El MSC estableció como objetivo general el potenciar la atención al parto normal en el SNS, mejorando la calidad asistencial y manteniendo los niveles de seguridad actuales (MSC, 2008). Los objetivos específicos, por su parte, son:

- Promover el uso de prácticas clínicas basadas en el mejor conocimiento disponible.
- Fomentar la consideración del parto como un proceso fisiológico a la vez que su reconocimiento como acontecimiento singular y único en la vida de las mujeres y las familias, y en las relaciones de pareja.
- Incorporar la participación activa de las gestantes en la toma de decisiones informadas en la atención al parto, para que las mujeres sean y se sientan protagonistas y responsables del parto.
- Ofrecer cuidados individualizados basados en las necesidades de cada mujer, respetando sus decisiones, siempre que no comprometan la seguridad y el bienestar de la madre y la criatura.
- Reorientar la formación del personal de la medicina y la enfermería (en especialización y formación continuada) implicado en la atención al parto, para que sean capaces de incorporar los contenidos de esta estrategia en su trabajo.
- Fomentar el desarrollo de investigaciones orientadas a mejorar los modelos de provisión de servicios para la asistencia al parto.

En el Plan Estratégico de Igualdad de Oportunidades (2008–2010) del Instituto de la Mujer, vigente en la actualidad, el tercer objetivo se dirige a la salud de las mujeres en el embarazo, parto y puerperio, y aconseja:

- Impulsar la aplicación de las recomendaciones internacionales sobre los derechos de las mujeres embarazadas. Favorecer la implicación de los padres en los programas de preparación a la maternidad/paternidad y de salud infantil, para que compartan el cuidado de sus hijas e hijos.
- Realizar un estudio sobre la práctica de las cesáreas en el SNS, que permita conocer las circunstancias en las que se practica y el papel de profesionales y usuarias en la toma de decisiones.

El Observatorio de Salud de la Mujer del MSC, se plantea un área dirigida específicamente a la atención al embarazo, parto y puerperio, donde se promueven las siguientes medidas:

- Implantación de iniciativas de atención humanizada al parto normal en los que se consideren las recomendaciones de la OMS, la participación de las mujeres y la adecuación del entorno físico para su comodidad y seguridad.
- Implantación de iniciativas para la promoción de la lactancia materna desde el respeto a las decisiones informadas de las mujeres y a la solidaridad mediante la donación segura de leche materna.
- Implantación de protocolos basados en la evidencia científica en la atención al embarazo, parto y puerperio, para disminuir las intervenciones innecesarias y la variabilidad en la práctica clínica, especialmente en el uso de ecografías y controles, las cesáreas, episiotomía y rasurado perineal.
- Implantación de iniciativas de atención multicultural al embarazo, parto y puerperio.

Estas acciones se vienen desarrollando desde el año 2006, destinando el MSC parte de sus fondos de cohesión a actuaciones de los servicios de salud para mejorar la atención al parto y el nacimiento. Fruto de la línea de trabajo conjunto entre el Observatorio de Salud de la Mujer y las Autonomías ha surgido la Estrategia de Atención al Parto Normal. En este marco se han elaborado varios documentos, como la publicación de dicha estrategia en el 2008, la Guía de Estándares y recomendaciones de las Maternidad Hospitalaria, en el 2010 y la Guía de Práctica clínica sobre la atención al parto normal en el 2010.

Como se ha comprobado, la asistencia al parto está siendo objeto de una revisión en los últimos años, con el fin de eliminar intervenciones que no han demostrado eficacia, fomentar una mayor libertad para la madre a la hora de opinar sobre el transcurso de su parto, y proporcionar un mayor apoyo emocional. Con estos fines es evidente que el escuchar a las madres para adaptar el servicio a sus necesidades es primordial. Retomando el camino desde la tecnificación paternalista hacia el protagonismo de la mujer en el proceso de embarazo y parto, se debe apuntar que en los últimos años la participación de las mujeres embarazadas en la toma de decisiones ha cobrado especial relevancia en la relación con el sistema sanitario. Las decisiones que éstas tomen deben basarse en la información que les aporten los profesionales, y que debe ser completa y personalizada, considerando las razones, los beneficios, los riesgos y los resultados acerca de las mejores prácticas existentes para lograr los mejores resultados. Esta información se debe transmitir en un lenguaje comprensible, de un modo oportuno a las necesidades de las mujeres, en el momento adecuado y en el formato idóneo. De esta manera las embarazadas podrán dar un consentimiento informado y decidir entre las opciones posibles. Según sus preferencias, creencias y pautas culturales, las madres podrán consensuar con los profesionales las conductas y cuidados a seguir. Conociendo la eficacia de las prestaciones participan en las decisiones y acuerdan un plan de acción determinado. Esta co-responsabilidad posibilita orientar adecuadamente las expectativas de las usuarias y probablemente reducir las reclamaciones ante resultados adversos o no esperados.

La incorporación a la práctica médica del consentimiento informado constituyó un avance importante, pero esto no es suficiente para involucrar a la usuaria en las decisiones. La conformidad libre, voluntaria y consciente luego de recibir información adecuada es utilizada habitualmente como instrumento jurídico, pero no garantiza la participación activa de las usuarias en la toma de decisiones (MSC, 2008). El proceso de decisiones conjuntas implica la participación activa de la población usuaria en la toma de decisiones, donde se comparte información no sesgada, se analizan e incorporan los valores de los usuarios respecto a beneficios y potenciales perjuicios, se acuerda en un plan de cuidados clínicos y se comparte

la responsabilidad de sus resultados. En la práctica, la autonomía de las mujeres está limitada por las circunstancias y la prestación de cuidados disponibles. Todas las mujeres sienten que la preocupación por su bebé o por su propia salud debería tener prioridad sobre preferencias personales. Y también hay que tener en cuenta que las decisiones no son estáticas ni definitivas, sino que pueden flexibilizarse..

En España, desde el año 2002 se encuentra vigente la Ley Básica Reguladora de la Autonomía del Paciente y Derechos y Deberes en Materia de Información y Documentación Clínica (LBRAP), que define el principio de autonomía de pacientes y establece el marco en que se aplica el consentimiento informado. El MSC (2008) en su Estrategia de Atención al Parto Normal recomienda establecer los mecanismos para garantizar a todas las usuarias hagan uso de su derecho a tomar decisiones informadas en pleno conocimiento de los riesgos y beneficios de su situación de salud, elaborar un modelo de toma de decisiones médicas y diseñar instrumentos que permitan la cuantificación de la participación de la población usuaria.

Como se está exponiendo, este enfoque centrado en la toma conjunta de decisiones debe complementarse con un marco legal y otro sociosanitario, que abarque una estructura de información (profesionales de referencia, consultas) y unas pautas a seguir (modo de transmitir la información, soporte físico, momento). A ello han contribuido los servicios nacionales de salud y los ministerios (como se expuso anteriormente) y también las sociedades sanitarias. En este aspecto, la OMS (Recomendación Categoría A, 1996) insiste en que matronas profesionales deben estar familiarizadas con las tareas de apoyo y médicas, y deben realizarlas con competencia y sensibilidad. Una de estas tareas consiste en ofrecer a la mujer toda la información que ella desee y necesite. Tanto la OMS como la guía NICE (2007) destacan la importancia de la información en el alivio del dolor, y un buen apoyo durante el embarazo y el parto por parte de la matrona, ya que ello puede reducir la necesidad de usar analgésicos y así mejorar la experiencia del nacimiento. Por ejemplo, ambas organizaciones expresan la necesidad de consentimiento en los exámenes vaginales.

La SEGO (2008) no cree que deba existir un documento de consentimiento informado para asistir el parto sino un documento informativo (que tras su firma serviría de consentimiento informado) en el que la mujer solicita ser asistida en ese Hospital a la vista de la información recibida previa al parto. El consentimiento informado y firmado por el paciente ha de serlo con la antelación suficiente para tomar decisiones (en la Comunidad Valenciana por ejemplo, se pide una antelación de al menos 24 horas), y en situaciones de urgencia (y el parto lo puede ser), basta con dar la información apropiada y dejar constancia de la misma en la historia para cualquier intervención. Por tanto, tampoco parece apropiado que existan documentos de consentimiento informado para situaciones específicas, salvo que esa indicación sea electiva y se haga con suficiente antelación. Sería por ejemplo en el caso de la inducción del parto por embarazo prolongado, de la anestesia epidural solicitada previamente, o de la cesárea electiva por dos cesáreas anteriores o similar. En todo caso, el documento informativo o el consentimiento informado no deben obviar la información necesaria ni evitan la reclamación y la posible condena si se hace mal.

Como se ha expuesto en este epígrafe, se puede hablar de un gran cambio en el enfoque a la atención del parto, puerperio y lactancia en esta década, cuyos aspectos principales son el abandono de la tecnificación excesiva, y la información a la paciente para la toma de decisiones conjuntas. El motor de estos cambios ha sido el propio colectivo de embarazadas y los informes de sociedades científicas sanitarias. Estos colectivos y sociedades han logrado estimular a los gobiernos para que adapten sus políticas y estrategias sanitarias hacia la protección de esta humanización en la asistencia al parto, e incluso hayan desarrollado marcos legales que respalden estas medidas. Si las prácticas obstétricas que proponen las organizaciones son las acertadas, es debido a un gran esfuerzo de revisión y búsqueda de la mejor evidencia científica disponible, que se ha plasmado en diferentes documentos, guías y publicaciones. Por tanto, en el próximo epígrafe se describirán las informaciones y documentos que han presentado diferentes organizaciones y grupos de trabajo, y que han tenido mayor impacto en la atención al parto normal.

3.5. Evidencia científica de las prácticas obstétricas

Como se ha expuesto en el anterior apartado, si las sociedades científicas y médicas han podido proponer la utilización o la retirada de prácticas obstétricas, ha sido gracias a la aparición de publicaciones y documentos que reflejaron una evidencia científica hasta entonces inexistente. Gracias a estos trabajos y revisiones, la asistencia hospitalaria al parto va evolucionando desde una tecnificación excesiva hacia una mayor humanización. En este epígrafe se mencionan las principales fuentes de información y conocimiento obstétrico que han contribuido al desarrollo de guías y protocolos de asistencia en las diferentes fases del embarazo, parto y puerperio y se responderán al final del mismo a las preguntas clínicas propias de cada fase del parto en varias tablas resumen.

Uno de los referentes actuales en conocimiento médico es la Biblioteca Cochrane, la cual está especializada en revisiones sistemáticas de la evidencia científica existente hasta el momento actual. Sus revisiones sistemáticas unifican respuestas cuando existen varios estudios sobre un tema, o cuando los resultados de los estudios son contradictorios. Respecto al proceso de atención al embarazo y al parto, existen actualmente 359 revisiones realizadas por estos grupos de trabajo Cochrane. De ellas se seleccionan las más relevantes respecto al parto normal, que responden a si determinadas prácticas se deben realizar o no y se plasman.

En el Reino Unido, el sistema Nacional de Salud británico (NHS) posee el National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE). Este instituto se encarga de revisar la evidencia científica disponible hasta el momento, y publicar diferentes guías de manejo para distintos problemas médicos y sociosanitarios. En Septiembre de 2007 se publicó una guía NICE de cuidados intraparto, para mujeres y recién nacidos. Recoge una serie de recomendaciones para la atención al parto normal, que abarcan desde maniobras médicas hasta el uso de medicación y tecnología. Centra el cuidado en la madre y el bebé, así como en las familias y en la humanización de la asistencia al parto. Hace partícipes a las madres en la toma de decisiones relevantes, tanto en planificación del parto como en la asistencia final.

Destaca como criterio principal la buena comunicación con las madres y con las familias, para llevar a cabo esta toma de decisiones.

Ya en España, el Ministerio de Ciencia e Innovación publicó en 2009 un informe, en colaboración con la “Axencia de Avaliación de Tecnoloxías Sanitarias de Galicia (Avalia-t)”, en el que se expone una amplia revisión bibliográfica sobre el estado actual de la asistencia al parto de las mujeres sanas. Para la evaluación global de las guías utilizó una herramienta de la Colaboración internacional AGREE (Appraisal of Guidelines Research & Evaluation) destinada a asesorar la calidad de las guías clínicas. De las 162 referencias iniciales, únicamente dos guías cumplieron los criterios de inclusión establecidos en el apartado de metodología: la guía NICE (“Intrapartum care”, NHS, 2007) ya mencionada, y la guía “Management of labor” del Institute for Clinical Systems Improvement (ICSI, 2007) de Minnesota (Estados Unidos). La que obtuvo la mayor puntuación en todas las áreas fue la guía NICE, con una evaluación global de “muy recomendada”, y con puntuación de “alto” en la mayoría de los ítems. La calidad de elaboración de esta guía y el que sus preguntas clínicas se ajustasen muy bien a las planteadas por el grupo elaborador hizo que se considerase a la guía NICE como de referencia. También se nutren de las citadas revisiones Cochrane, la Guía práctica de cuidados del parto normal documento publicado por la OMS en 1996 y la Estrategia de Atención al Parto Normal publicada por el MSC en el 2008 entre otras. Dada las amplias y selectas fuentes de que emplea esta publicación nos hemos basado en ella para elaborar unas tablas resumen de cuidados en el parto normal.

A continuación se presentan las citadas tablas que reflejan la respuesta a distintas preguntas clínicas sobre la atención al parto, contestadas con la evidencia citada. Pretende ser una herramienta útil y ágil de consulta, así como un resumen válido e integrador de las guías y revisiones mencionadas anteriormente.

CUIDADOS DURANTE EL PARTO		
PREGUNTAS CLÍNICAS	BIBLIOGRAFÍA	CONCLUSIONES
RELACIÓN ENTRE PROFESIONAL Y PARTURIENTA	- Guía NICE*	- Las mujeres presentan mayor bienestar cuando son tratadas con respeto y de forma amable y tranquilizadora. - La percepción de tener el control y poder tomar decisiones se relaciona con una mejor sensación emocional.
ACOMPañAMIENTO	- OMS**, MSC*** - Hodnett, Gates, Hofmeyr, Sakala, 2007, Cochrane Database Syst Rev ¹	- Favorece partos vaginales espontáneos y reduce el número de cesáreas y paros vaginales instrumentales.
INGESTA DE SÓLIDOS Y LÍQUIDOS	- OMS, NICE - Guía de la American Society of Anesthesiologists Task Force on Obstetric Anesthesia, 2007.	- La ingesta de líquidos claros mejora el confort y la satisfacción sin aumentar complicaciones. - La ingesta de sólidos aumenta el riesgo de vómitos y complicaciones en las mujeres.
<p>En adelante, y en las próximas tablas :</p> <p>*NICE : National Institute for Health and Clinical Excellence, del Servicio Nacional de Salud Británico, 2007</p> <p>**OMS : Organización Mundial de la Salud, 1996</p> <p>***MSC : Ministerio de Sanidad y Consumo de España, 2008</p> <p>1 : Cochrane Database Syst Rev : Revisiones sistemáticas originales de la Colaboración Cochrane, también disponibles las traducciones al español (Biblioteca Cochrane Plus) con acceso desde la página web del MSC.</p>		

Tabla 19a. Evidencias científicas en respuesta a preguntas clínicas del parto y puerperio

ALIVIO DEL DOLOR DURANTE EL PARTO		
PREGUNTAS CLÍNICAS	BIBLIOGRAFÍA	CONCLUSIONES
ALIVIO DEL DOLOR	- Guía NICE - Smith, Collins, Cyna, Crowther, 2006, Cochrane Database Syst Rev.	-La experiencia de la mujer durante el parto es variable, la actitud y el comportamiento de los profesionales es el factor que más influye en la satisfacción materna por encima incluso del dolor y la analgesia.
MÉTODOS NO FARMACOLÓGICOS		
Inmersión en el agua	- NICE, OMS	- Reduce el dolor intraparto y la utilización de analgesia neuroaxial. - No evidencia del momento adecuado de inmersión.
Masaje	- NICE, OMS - Smith, Collins, Cyna, Crowther, 2006, Cochrane Database Syst Rev.	- Limitada evidencia sugiere que disminuye el dolor medido por la mujer y la ansiedad expresada.
Terapia de relajación	- NICE	
Inyección de agua estéril	- NICE	- Cuando existe dolor lumbar en trabajo de parto, puede ser una alternativa para paliar el dolor.
Electroestimulación transcutánea	- NICE	- No es una analgesia efectiva en el parto establecido. No existe un nivel alto de evidencia sobre el efecto en fase latente.
MÉTODOS FARMACOLÓGICOS		
Óxido Nitroso	- MSC	- Nivel moderado de evidencia. Produce alivio del dolor pero puede provocar náuseas y cefalea. No evidencia daño fetal.
Opioides - Petidina - Tramadol - Meptazinol - Pentazocina	- OMS - Elbourne, Wiseman, 2000, Cochrane Database Syst Rev.	- Petidina opioide más popular. Mejor que placebo, alta puntuación en escala VAS, efectos adversos maternos y neonatales cuestionan su adecuación. - El resto no ventajas sobre petidina.
ANALGESIA REGIONAL (ANR)		
ANR frente a otros tipos de analgesia farmacológica o no	- NICE, OMS - Anim-Somuah, Smyth, Howell, 2005, Cochrane Database Syst Rev.	- Parece ser el método más eficaz, 1 ^{as} etapas más cortas. Se asocia a 2 ^{as} etapas más prolongadas y aumento de partos instrumentados, (cesáreas OMS), inducción oxitocina e hipotensión materna.
Efectividad de las diferentes técnicas de ANR	- NICE - Hughes, Simmons, Brown, Cyna, 2003, Cochrane Database Syst Rev. - American Society of Anesthesiologists Task Force on Obstetric Anesthesia 2007.	- Proporciona comienzo analgesia más rápido o a bajas dosis, aunque se asocia a mayores tasas de prurito.

Continúa en la página siguiente

ALIVIO DEL DOLOR DURANTE EL PARTO		
PREGUNTAS CLÍNICAS	BIBLIOGRAFÍA	CONCLUSIONES
Influencia del modo de administración de la analgesia	- NICE - Ministerio de Salud del Gobierno de Chile, 2007, Guía de Analgesia del Parto.	- La infusión continua parece aumentar la cantidad total de analgesia necesaria y podría aumentar la satisfacción de la mujer. - La PCEA parece reducir la necesidad de recordatorio de anestesia. - No diferencias en el tipo de nacimiento, duración del parto, efectos adversos o resultados neonatales.
Influencia del analgésico local empleado en la analgesia epidural	- NICE	- Dosis reducida de anestésico local parece tan eficaz como dosis altas. - Concentraciones altas producen mayor bloqueo motor, aumento partos instrumentados, e hipotensión materna. - Opioides con bajas concentraciones de anestésico local (ej. 2µg fentanilo + <0,125% bupivacaina) da menos bloqueo motor y menos partos instrumentados.
Influencia del uso de opioides y coadyuvantes neuroaxiales sobre el parto	- NICE	- Opioides intratecales provocan mayor prurito. - Una única dosis intratecal es segura, efectiva y presenta alto grado de satisfacción en las mujeres. - Existen restricciones por la limitada duración de la analgesia y no es aconsejable en paros largos y con complicaciones.
Analítica previa	- ASA **** Task Force on Obstetric Anesthesia, 2007.	- La decisión debe ser individualizada, basada en la historia, examen físico y signos clínicos.
Soluciones intravenosas previas a la ANR	- NICE - Hofmeyr, Cyna, Middleton, 2004, Cochrane Database Syst Rev.	- No evidencias en anestesia espinal-epidural o bajas dosis de anestesia epidural. - En anestesia epidural a dosis altas reduce hipotensión materna y anomalías FC fetal.
Momento de aplicación	- NICE - Jefferies, 2007, Institute for Clinical Systems Improve.	- Puede administrarse tanto en la 1ª como 2ª fase del parto si que por ello se produzcan cambios en la duración de las etapas, tipo de parto o Apgar del recién nacido.
Monitorización	- NICE - Anim-Somuah, Smyth, Howell, 2005, Cochrane Database Syst Rev.	- Se encontraron como efectos adversos maternos hipotensión, retención urinaria, pirexia y prurito.
Refuerzo perineal	- NICE	- Dosis bajas de anestésicos parecen ser tan efectivas como elevadas y presente menos efectos adversos. La suma de opioides a los anestésicos provoca mayor bloqueo motor, pero incrementa partos instrumentados e hipotensión materna.

**** ASA : American Studies Association

Tabla 19b. Evidencias científicas en respuesta a preguntas clínicas del parto y puerperio

MONITORIZACIÓN FETAL DURANTE EL PARTO		
PREGUNTAS CLÍNICAS	BIBLIOGRAFÍA	CONCLUSIONES
EFFECTIVIDAD DE LOS MÉTODOS DE MONITORIZACIÓN FETAL	<ul style="list-style-type: none"> - NICE, MSC, OMS - SEGO**** - Alfirevic, Devane, Gyte, 2006, Cochrane Database Syst Rev. - Neilson, 2006, Cochrane Database Syst Rev. - Uranga, Urman, Lomuto, Martínez, Weisburd, García et al, 2004, MSArg***** 	<ul style="list-style-type: none"> - La monitorización electrónica continua fetal desciende el índice de crisis convulsivas neonatales pero impacto sobre incidencia parálisis cerebral. Aumenta el número de cesáreas y partos instrumentados. Se usará cuando se observen riesgos en el parto.
<p>En adelante, y en las próximas tablas :</p> <p>****SEGO : Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia, 2008</p> <p>*****MSArg : Ministerio de Salud de Argentina</p>		

Tabla 19c. Evidencias científicas en respuesta a preguntas clínicas del parto y puerperio

FASE DE DILATACIÓN		
PREGUNTAS CLÍNICAS	BIBLIOGRAFÍA	CONCLUSIONES
MOMENTO DE ADMISIÓN	NICE	<ul style="list-style-type: none"> - La evaluación precoz en comparación con un ingreso precoz reduce los índices de intervenciones médicas e incrementa la satisfacción de las mujeres.
AMNIOSCOPIA	<ul style="list-style-type: none"> - Locatelli, Regalia, Patregnani, Ratti Toso, Ghidini, 2005. - Levran, Shoham, Geranek, Greenwald, Mashiach, 1988. - Poulain, Mercier, 2008. 	<ul style="list-style-type: none"> - No parece método recomendable para evaluar el estado del líquido meconial.
REGISTRO CARDIO-TOCOGRÁFICO EN LA ADMISION	- NICE	<ul style="list-style-type: none"> - No existe evidencia de que sea beneficioso. Más propensión a procedimientos intervencionistas, partos instrumentados y cesárea en comparación con sólo auscultación.
ENEMA	<ul style="list-style-type: none"> - OMS, NICE, MSC, SEGO - Reveiz, Gaitan, Cuervo, 2007, Cochrane Database Syst Rev. 	<ul style="list-style-type: none"> - No existe evidencia de que mejore de que mejore las tasas de infección neonatal o maternos o resultados como dehiscencia de la episiotomía, duración del trabajo de parto o satisfacción materna.
RASURADO PERINEAL	<ul style="list-style-type: none"> - OMS, NICE, MSC, SEGO - Basevi, Lavender, 2001, Cochrane Database Syst Rev. 	<ul style="list-style-type: none"> - No existe diferencia en la tasa de infección entre mujeres rasuradas y no rasuradas. - Aparición de irritación, ardor, enrojecimiento, rasguñas, prurito.
ATENCIÓN INDIVIDUALIZADA	<ul style="list-style-type: none"> - NICE, OMS, MSC, SEGO - Hodnett, Gates, Hofmeyr, Sakala, 2007, Cochrane Database Syst Rev. 	<ul style="list-style-type: none"> - Las mujeres que reciben apoyo continuo presentan menor probabilidad de recibir analgesia, parto vaginal instrumentado o cesárea, menos insatisfacción y mayor probabilidad de parto vaginal espontáneo.
MOVILIDAD Y POSICIÓN	- OMS, MSC, SEGO	<ul style="list-style-type: none"> - La mujer deberá adoptar aquella postura en la que se encuentre más cómoda.

Continúa en la página siguiente

FASE DE DILATACIÓN		
PREGUNTAS CLÍNICAS	BIBLIOGRAFÍA	CONCLUSIONES
AMNIORREXIS ARTIFICIAL RUTINARIA	- OMS, MSC, SEGO - Smyth, Alldred, Markham, 2007, Cochrane Database Syst Rev.	- No debe recomendarse en partos vaginales que progresan de forma normal.
OXITOCINA RUTINARIA	- NICE, OMS - Uranga, 2004.	- No debe utilizarse salvo indicaciones válidas y estricto control. - Aumenta frecuencia y fuerza de las contracciones, implica monitorización continua del neonato. Se deberá ofrecer analgesia epidural antes de que comiencen los efectos. Tiempo entre incremento de dosis no >30'. A las 4 horas examen vaginal si <2cm. de progreso valorar cesárea, si ≥2 cm. examen vaginal cada 4 horas.
INMERSIÓN	- Cluett, Burns, 2009, Cochrane database Syst Rev.	- Reduce el dolor y la necesidad de analgesia regional.
FRECUENCIA DE EXPLORACIONES	- NICE, OMS, MSC, SEGO	- Mayor riesgo de infecciones a mayor número de exploraciones.
EFFECTIVIDAD PARTOGRAMA	- OMS - Guía NICE de Caesarean Section, 2004.	- Su uso aumenta partos vaginales y reduce morbilidad materna.

Tabla 19d. Evidencias científicas en respuesta a preguntas clínicas del parto y puerperio

FASE DE EXPULSIVO		
PREGUNTAS CLÍNICAS	BIBLIOGRAFÍA	CONCLUSIONES
POSICIÓN	<ul style="list-style-type: none"> - NICE, MSC, OMS, SEGO - Gupta, 2004. - CuervaCarbajal, Márquez-Calderon, 2006. 	<ul style="list-style-type: none"> - Posición supina produce mayor número de partos instrumentales, aumenta el dolor, y puede elevar la incidencia de alteraciones en la frecuencia cardiaca fetal. - La posición de manos en rodillas disminuye el dolor y no aumenta los efectos adversos. - La utilización de sillas o taburetes (pero no la posición vertical) se asocia con pérdidas sanguíneas >0,5 litros.
PREVENCIÓN DEL TRAUMA GENITAL	<ul style="list-style-type: none"> - NICE - Beckmann, Garrett; 2006, Cochrane Database Syst Rev. - East, Begg, Henshall, Marchant, Wallace; 2007, Cochrane Database Syst Rev. 	<ul style="list-style-type: none"> - Masaje o aplicación de compresas calientes no mejoran los resultados sobre el periné (masaje perineal a partir 35 semanas reduce el trauma perineal). - El tratamiento con frío reduce la respuesta inflamatoria y niveles de dolor perineal. - Técnicas de control perineal pueden utilizarse para facilitar el nacimiento espontáneo. - Anestésico local en spray no reduce dolor pero puede asociarse a una reducción del traumatismo perineal.
PUJOS	<ul style="list-style-type: none"> - NICE, OMS 	<ul style="list-style-type: none"> - Pujos espontáneos aumentan seguridad y efectividad del parto, favorecen partos vaginales, reducen instrumentalización y tiempo de pujo.
MOMENTO DE PUJAR	<ul style="list-style-type: none"> - NICE, OMS 	<ul style="list-style-type: none"> - Pujos sostenidos y dirigidos son perjudiciales (OMS). - Con analgesia regional, los espontáneos (cuando mujer tenga ganas o cabeza fetal llegue a suelo pélvico) aumentan seguridad y efectividad del parto, favorecen partos vaginales, reducen instrumentalización y tiempo de pujo.
MANIOBRA DE KRISTELLER	<ul style="list-style-type: none"> - OMS, SEGO - . MSArg, 2004. 	<ul style="list-style-type: none"> - No existen estudios que avalen su efectividad.
EPISIOTOMÍA	<ul style="list-style-type: none"> - NICE, OMS, MSC, SEGO 	<ul style="list-style-type: none"> - Utilización rutinaria no beneficiosa.
SUTURA DEL PERINÉ	<ul style="list-style-type: none"> - NICE, MSC - Kettle, Hills, Ismail, 2007, Cochrane Database Syst Rev. 	<ul style="list-style-type: none"> - La sutura continua reduce significativamente el dolor, el riesgo de dehiscencia y satisface más a las mujeres. - La discontinua puede aumentar la dispaurenia. - La no sutura en trauma perineal grado I o II se asocia a peor cicatrización.
MATERIAL MÁS ADECUADO	<ul style="list-style-type: none"> - NICE, MSC - Kettle, Johanson, 2000, Cochrane Database Syst Rev. 	<ul style="list-style-type: none"> - Mejor resultado con sutura reabsorbible. - Reabsorbible más rápida y ventajosa.

Tabla 19e. Evidencias científicas en respuesta a preguntas clínicas del parto y puerperio

FASE DE ALUMBRAMIENTO		
PREGUNTAS CLÍNICAS	BIBLIOGRAFÍA	CONCLUSIONES
MANEJO ACTIVO (oxitocina, y pinzamiento, corte temprano y tracción controlada del cordón umbilical).	<ul style="list-style-type: none"> - NICE, OMS, MSC - Prendiville, Elbourne, McDonald, 2000, Cochrane Database Syst Rev. 	<ul style="list-style-type: none"> - Reduce el riesgo de hemorragia materna y acorta el tiempo de duración de la 3ª etapa del parto.
FÁRMACOS UTEROTÓNICOS	<ul style="list-style-type: none"> - NICE, OMS, MSC - Elbourne, Prendiville, Carroli, Wood, McDonald, 2001, Cochrane Database Syst Rev. - McDonald, Abbott, Higgins, 2004, Cochrane Database Syst Rev. - Gülmezoglu, Forna, Villar, Hofmeyr, 2007, Cochrane Database Syst Rev. - Liabsuetrakul, Choobun, Peeyananjarassri, Islam, 2007, Cochrane Database Sys Rev. - Mousa, Alfirevic , 2007, Cochrane Database Syst Rev. - Su, Chong, Samuel, 2007, Cochrane Database Syst Rev. - Gülmezoglu, Forna, Villar, Hofmeyr, 2004, Cochrane Database Syst Rev. 	<ul style="list-style-type: none"> -Todas las intervenciones consiguieron menor pérdida de sangre que placebo. - Oxitocina y Carbetocina provocaron menos efectos adversos.
PINZAMIENTO DEL CORDÓN UMBILICAL	NICE, OMS, MSC	<ul style="list-style-type: none"> -Pinzamiento tardío del cordón mejora estado hematológico del recién nacido, ya que policitemia único efecto adverso. -Parto con complicaciones más indicado pinzamiento temprano.

Tabla 19f. Evidencias científicas en respuesta a preguntas clínicas del parto y puerperio

CUIDADOS INMEDIATOS DEL RECIÉN NACIDO TRAS EL PARTO		
PREGUNTAS CLÍNICAS	BIBLIOGRAFÍA	CONCLUSIONES
CONTACTO PIEL CON PIEL ENTRE MADRE Y RECIÉN NACIDO	<ul style="list-style-type: none"> - NICE, MSC, OMS, SEGO - Demott, Bick, Norman, Ritchie, Turnbull, Adams, 2006. - Moore, Anderson, Bergman, 2007, Cochrane Database Syst Rev. 	<ul style="list-style-type: none"> - Beneficios sobre la duración de la lactancia, termorregulación neonatal y vínculo madre-hijo.
FAVORECER EL ATRAPAMIENTO ESPONTÁNEO DEL PEZÓN	<ul style="list-style-type: none"> - NICE, MSC, UNICEF***** - Demott, 2006. - Moore, 2007, Cochrane Database Syst Rev. 	<ul style="list-style-type: none"> - Los recién nacidos sanos a término presentan comportamiento de alimentación en la 1ª hora de vida. - El contacto temprano piel con piel con succión se asocia a una mayor duración de la lactancia.
BAÑO DEL RECIÉN NACIDO	<ul style="list-style-type: none"> - Cunningham, Leveno, Bloom, Hauth, Gilstrap, Wenstrom, 2006. - Jiménez, 2002. - Lund, Kuller, Lane, Lott, Raines, 1999. 	<ul style="list-style-type: none"> - Es razonable posponer el baño hasta la estabilización de la temperatura del recién nacido, y únicamente limpiar el exceso de vórnix con suavidad.
ASPIRACIÓN NASOFARÍNGEA	<ul style="list-style-type: none"> - OMS 	<ul style="list-style-type: none"> - La mecánica respiratoria y el ritmo cardiaco no se benefician de la aspiración oro-nasofaríngea.
PROFILAXIS OCULAR	<ul style="list-style-type: none"> - Workowski, Berman, 2006. - Jiménez, 2002. 	<ul style="list-style-type: none"> - Debe realizarse con pomadas de tetraciclina o eritromicina para prevenir oftalmia por gonococo y chlamydia. - El momento idóneo varía entre artículos.
PROFILAXIS CON VITAMINA K INTRAMUSCULAR	<ul style="list-style-type: none"> - NICE - Demott, 2006. - Puckett, Offringa, 2000, Cochrane Database Syst Rev. 	<ul style="list-style-type: none"> - Una dosis única de 1 mg de vitamina K intramuscular parece ser efectiva para prevenir la hemorragia por déficit vitamina, tanto temprana como tardía. - Dosis y momento no determinado. - La vía intramuscular es más efectiva.
<p>En adelante, y en las próximas tablas : ***** UNICEF : United Nations Children's Fund</p>		

Tabla 19g. Evidencias científicas en respuesta a preguntas clínicas del parto y puerperio

Basándose en este informe de la asistencia al parto de las mujeres sanas del Ministerio de Sanidad y Consumo de España, este mismo organismo en colaboración con el Servicio de Evaluación de Tecnologías Sanitarias del País Vasco (Osteba), y la “Axencia de Avaliación de Tecnoloxías Sanitarias de Galicia (Avalia-t)”, publica en 2010 una guía de atención al parto normal (Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre la atención al parto normal, 2010), con dos versiones: una dirigida a profesionales y otra a mujeres embarazadas y a los futuros padres, así como a sus acompañantes y familiares. Pretende acercar toda la información referente a la evidencia científica en la atención al parto en un lenguaje orientado a sus destinatarios y es la publicación más reciente del ministerio en este campo.

Para finalizar este capítulo, se puede concluir que la atención al proceso de parto, puerperio y lactancia es una de las más relevantes dentro de cualquier sistema sanitario, tanto a nivel económico como de presión asistencial. Y que precisamente esta presión asistencial y el empeño de algunos profesionales, apoyados en el desarrollo de la investigación y la evidencia científica, han ido modelando la asistencia desde un enfoque casi totalmente tecnificado hacia un protagonismo de las pacientes, avaladas por un sistema que les garantiza una información y una toma conjunta de decisiones. Se está avanzando en la aplicación de por parte de los servicios sanitarios de esta evidencia científica a su complejo entramado humano y material, y a sus diferentes circuitos de asistencia a la mujer embarazada. Pese a la existencia de marcos legales que integran las recomendaciones de las sociedades científicas en la práctica obstétrica diaria es necesario un mayor apoyo institucional que escuche las necesidades de profesionales y usuarios para ayudar a avanzar en los déficits que se puedan presentar.

La gran cantidad de aspectos concretos asistenciales, el hecho de que el parto normal se debe considerar un proceso fisiológico y no una enfermedad, y el componente humano y familiar de una experiencia vital tan intensa, hacen que sea muy importante encontrar oportunidades de mejora y de calidad en la asistencia. Si no se dirigiese desde un enfoque de calidad, serían inevitables un sinnúmero de situaciones y aspectos negativos para la madre y el recién nacido, o para sus

expectativas. Y si no se dirigiese desde un enfoque de marketing, pronto los medios disponibles se verían desbordados y desaprovechados.

Para abordar este enfoque de calidad, en el próximo apartado se iniciará un recorrido por la revisión bibliográfica de trabajos que han investigado la satisfacción y la calidad en la asistencia al parto, puerperio y lactancia tanto desde una metodología cualitativa como cuantitativa.

4. EVALUACIÓN DE LA CALIDAD EN EL ÁREA DE MATERNIDAD

Tras haber recorrido los aspectos más destacados de la atención al parto, puerperio y lactancia en nuestro medio sanitario, y expuesta la idiosincrasia de este proceso asistencial (recursos, medios, objetivos, fases, etc.), se pretende en este capítulo abordar una aproximación a un enfoque de calidad aplicado a esta área concreta de la salud. Para ello, se desgranarán los principales componentes que puedan influir en el concepto final de calidad en la asistencia al parto, puerperio y lactancia. Estos componentes pueden ser muy diversos, presentando algunos de ellos características cuantitativas y mesurables, mientras que otros pueden ser el resultado de expectativas o de vivencias subjetivas e intransferibles de las usuarias del servicio. De hecho, la experiencia de dar a luz siempre tendrá un componente individual, familiar y humano, que debe ser tenido en cuenta a la hora de prestar la asistencia. Ambos enfoques, cuantitativo y cualitativo, parecen ser importantes en el estudio del proceso. Por ello, combinar los dos puede ser una forma interesante de detectar oportunidades de mejora y de definir la calidad global de este proceso.

Como se expondrá en este capítulo, diferentes grupos de trabajo se han planteado previamente el estudio de la asistencia al parto, y han desarrollado herramientas basadas en los componentes que a su juicio la conformaban, centrándose en uno de ellos o abordando varios a la vez, pero el concepto final de calidad, sobre todo en los pioneros no siempre resulta claro (Green, Coupland & Kitzinger, 1990; Gupton, Beaton, Sloan, & Bramadat, 1991; Hodnett & Simmons-Tropea, 1987).

Esta problemática se encuadra en el contexto histórico y actual de la atención al parto. Durante el último siglo la preocupación principal del ámbito sanitario era la disminución de la mortalidad materna y fetal en el proceso de atención al parto (SERGAS, 2007; IASIST, 2005). Para lograr este objetivo se puso especial énfasis en intervenciones e innovaciones médicas, característica que se ha prolongado hasta

nuestros días. Actualmente es aceptado (OMS, 1996; NICE, 2007) que en muchos países los índices de mortalidad ya no se pueden optimizar más, y por tanto el objetivo asistencial debe ser permitir el curso natural del proceso, incidiendo en la reducción de la morbilidad y el aumento de la calidad técnica y funcional, salvaguardando tanto a la madre como a su hijo. Esta evolución desde un concepto meramente cuantitativo, con indicadores clínicos que miden la calidad científico-técnica, hacia una tendencia a la subjetividad, abrió las puertas a otros conceptos como pueden ser el tener en cuenta la calidad percibida por las usuarias del servicio, o la satisfacción de dichas usuarias con la atención recibida.

Como se puede deducir de todo lo expuesto en el presente trabajo, la asistencia al parto y el puerperio tienen unas características específicas y diferenciales dentro de la prestación de servicios sanitarios, que hacen que intentar medir en éste la calidad percibida sea algo complejo (Rudman, El-Khouri & Waldenström, 2008). El proceso del parto incorpora procesos psicológicos y fisiológicos, influenciados por factores contextuales, sociales, políticos y culturales que requieren un abordaje de carácter integral (Larkin, Begley & Devane, 2009). Esto no es banal, pues diversos autores (Mira y Aranaz, 2000; Lavender, Walkinshaw & Walton, 1999; Hodnett, Lowe, Hannah, Willan, Stevens, Weston, et al, 2002) han expuesto que la importancia de evaluar la satisfacción en el parto radica no sólo como indicador de calidad y de coste-efectividad del cuidado materno sino también por sus implicaciones para la salud y el bienestar de la madre y de su hijo. La opinión de los futuros padres, sus demandas y deseos no han sido objeto de un estudio exhaustivo en la literatura científica, pero sí ha habido aportaciones importantes que configuran el estado actual del tema (Mackey, 1995; Smith, 2001; Waldenstrom, Rudman & Hildingsson, 2006).

Para profundizar un poco más en estos factores que se están abordando, los siguientes epígrafes harán un breve recorrido que intenta reflejar las aportaciones de cada uno de los estudios y contextualizarlos dentro de las diferentes iniciativas.

4.1. Factores que afectan a la calidad percibida y a la satisfacción

Como se está exponiendo, diversos factores influyen en lo que percibe la usuaria como calidad asistencial, y pueden provocar una mayor o menor satisfacción con la atención recibida. Esto se entiende si por ejemplo una usuaria vive una experiencia que no cumple con los estándares que las guías proponen, muy desagradable o muy distinta a lo que esperaba. La bibliografía existente al respecto (Munstedt, Von Georgi, Eichel, Kullmer & Zygmunt, 2000; Hodnett & Simmons-Tropea, 1987; Lowe, 1993; Dennis, 2006) coincide en señalar los siguientes factores determinantes en la evaluación del parto y el puerperio: las expectativas previas, el alivio del dolor, el acompañamiento, la autoeficacia, el autocontrol, el apoyo, la participación activa, la duración de la estancia hospitalaria, y el contacto precoz y permanente entre madre y recién nacido. Una parte de las investigaciones realizadas en el área de obstetricia se han centrado en valorar cómo uno de esos factores afecta al transcurso del parto, más que en una valoración global del proceso. A continuación se repasa la evidencia aportada por los trabajos que cumple estas características.

4.1.1 El cumplimiento de expectativas

Como se ha mencionado en los epígrafes anteriores, una de las aproximaciones al concepto de calidad percibida de un servicio se estableció como el resultado de la comparación entre el servicio que se esperaba y el servicio experimentado. Esta comparación se basa en un análisis de las expectativas, que son creencias sobre la probabilidad de características o atributos de un servicio, que pueden cambiar con la adición de nueva información o con el contacto con los proveedores del servicio (Grönroos, 1984). Por ejemplo, la participación en la toma de decisiones, el control del trabajo de parto y el alivio del dolor forma parte de las expectativas de las mujeres embarazadas (Lally, Murtagh, Macphail & Thomson, 2008).

Una mujer que se enfrenta por primera vez a un parto tiene una serie de expectativas, y poca experiencia. En este caso, la información que se le aporta

limita la diferencia entre las expectativas y la experiencia, y potencialmente ayuda a lograr una mayor satisfacción con el trabajo de parto (Lally, 2008).

Al igual que en los siguientes epígrafes, debe apuntarse que cada uno de los aspectos de la calidad fueron rápidamente puestos en relación con otros, al comprender la gran limitación de un modelo unifactorial. En el caso de las expectativas, diversos estudios (Green, 1990; Green & Baston, 2003) las relacionaron con el control interno (control del comportamiento durante las contracciones y ruido emitido) y el control externo (sentimiento de control sobre lo que el personal hace, participación en las decisiones de emergencia y de no emergencia). Los sentimientos de control y la información se asocian consistentemente con resultados psicológicos positivos (la realización personal, la satisfacción, el bienestar emocional, y las palabras que las mujeres utilizan para describir a sus bebés). Para llegar a estos resultados 825 mujeres completaron tres cuestionarios, dos antes del parto y otro seis semanas después, y en función de éstos se concluye que las expectativas del control influyen en este sentimiento durante el parto.

Profundizando en las expectativas, un estudio posterior (Gupton, Beaton, Sloan, & Bramadat, 1991) intentó dividir las en cuatro subescalas: la capacidad para hacer frente al proceso del parto, el soporte proporcionado por enfermería, el soporte proporcionado por la pareja, e intervención médica a la que será sometida, que se plasman en un cuestionario de expectativas de parto durante el embarazo (CEQ). La consistencia interna obtuvo un alfa de Cronbach de 0,82 (0,65-0,84). Este cuestionario fue posteriormente utilizado en otro estudio en Hong Kong (Ip, Chien & Chan, 2003), que vuelve a remarcar la relación significativa entre las expectativas de la madre y el sentimiento de control durante el parto, también las relaciona con su capacidad para afrontar el dolor y su implicación en la toma de decisiones. Los autores insisten en ayudar a las madres durante su educación a desarrollar expectativas realistas y positivas. Un grupo de investigación (Marín, Bullones, Carmona, Carretero, Moreno y Peñacoba, 2008) está desarrollando una aplicación de este cuestionario en España.

En otros trabajos (Munstedt, 2000) surgió el interés por conocer no sólo las expectativas de las mujeres embarazadas sino también las de sus parejas. A pesar de identificarse tres áreas principales de interés comunes en ambos cónyuges (la gestión y el equipo obstétrico, las normas médicas, y las comodidades del hospital), con un alfa de Cronbach de 0,82, los futuros padres daban más importancia a la reputación del hospital, a altos estándares médicos y ciertas comodidades del hospital, mientras que la gestión, el equipo obstétrico y las normas médicas eran más importantes para las mujeres embarazadas. Las madres deseaban que las instituciones ofrecieran un evento para hacer preguntas y visitar sus estancias antes del parto, libertad de posición durante el parto y estar acompañadas durante el parto.

En resumen, las expectativas de las usuarias influyen claramente en la satisfacción, y pueden relacionarse con la calidad del servicio, pero no son suficientes para explicar toda la magnitud de este concepto. Por eso nuevos estudios desarrollaron otros factores implicados.

4.1.2. La sensación de control

Como ya se apuntó en el epígrafe anterior, el sentimiento de control sobre el propio comportamiento y sobre el ambiente durante el parto constituye uno de los factores que afectan al cumplimiento de expectativas y a la satisfacción durante el parto (Green, 1990; Ip, 2003). Un modo de aumentar el sentimiento de control de las madres es facilitar su participación en la toma de decisiones (Gibbins & Thomson, 2001), lo cual se logra con las actitudes positivas de los profesionales y la información que dan durante el embarazo y el parto. En este contexto destaca el desarrollo de una escala para medir la sensación de control durante el parto, la "Labor Agency Scale" (LAS) (Hodnett, 1987). Esta escala consta de 29 ítems y 7 opciones de respuesta tipo Likert. En ella se interroga sobre medidas de control, creencias sobre el dominio, la autoeficacia, las emociones, y el comportamiento. En sus resultados evidencia una relación inversa entre la ansiedad y el control. Se ha utilizado para medir los conocimientos y la funcionalidad de la madre, o la

necesidad de analgesia y anestesia. Se pudo evidenciar que el aumento en la puntuación de la escala se relacionaba con un descenso de la necesidad de anestesia y analgesia. Su alfa de Cronbach fue de 0,91.

Esta escala LAS se ha empleado en otros estudios (Blanch, Lavender, Walkinshaw & Alfirevic, 1998; Labrecque Nouwen, Bergeron & Rancourt, 1999; Goffinet, Dreyfus, Carbonne, Magnin & Cabrol, 2003), y traducido a diversos idiomas, conservando un alfa de Cronbach mayor de 0,85 en cada una de las versiones. Es destacada como una de las escalas más representativas en el campo del embarazo, parto y postparto siendo mencionada por la guía NICE (NHS, 2007) y por el Ministerio de Sanidad y Política Social (2009).

Otro cuestionario desarrollado en una línea similar a la anterior escala es el cuestionario W-DEQ, de control personal y esperanza o experiencia de entrega (Wijma, Wijma & Zar, 1998). Este cuestionario permite investigar el temor a dar a luz, tanto antes como después del parto. Pregunta a las madres, con seis opciones de respuesta tipo Likert, acerca de cómo fue su comportamiento, desde si perdió el control de si misma hasta si se atrevió a entregar el control de su cuerpo. La fiabilidad de consistencia interna fue $\geq 0,87$. Posteriormente fue adaptada para otros estudios (Christiaens & Bracke, 2007; Wiklund, Edman, Ryding, & Andolf, 2008).

Una última aproximación al factor del autocontrol es el trabajo de Ford (Ford, Ayers & Wright, 2009). Este autor propone una escala llamada SCiB, que pretende medir la percepción materna de apoyo y control en el nacimiento, basándose en los datos obtenidos del análisis de 10 entrevistas semiestructuradas postparto. Consta de 33 preguntas que se dividen en tres subescalas en la línea de los estudios precedentes: control interno, externo y apoyo del personal. Obtuvo un alfa de Cronbach de 0,86-0,93.

Tampoco este factor parece explicar por sí solo el total de la influencia sobre la calidad percibida ni sobre la satisfacción. De hecho, en este mismo epígrafe se apunta a otro factor íntimamente relacionado con la sensación de control, como es

la sensación de autoeficacia. En el siguiente epígrafe se explicará la importancia de ésta última y la relación que halló entre ellas la bibliografía existente.

4.1.3. La percepción de autoeficacia

Como se apunta en el anterior epígrafe, la sensación de control mejora la satisfacción de las usuarias, pero está entrelazada con la experiencia y la información recibida, y debe estar encaminada a reforzar la sensación de que lo que se está haciendo encamina al mejor desenlace. La autoeficacia percibida hace referencia a las creencias de las personas acerca de sus propias capacidades para el logro de determinados resultados. Los individuos que muestran altos niveles de autoeficacia tendrían un repertorio mucho más amplio de recursos a su disposición para hacer frente a situaciones nuevas o que puedan suponer un stress. Clásicamente se ha postulado (Bandura, 1977) que los factores que deberían tener un mayor efecto en la autoeficacia deberían ser la paridad (número de embarazos previos de cada mujer), seguida por el conocimiento, el apoyo y la ansiedad.

Más tarde, un estudio al respecto (Lowe, 1989), dio origen a un inventario de autoeficacia en el parto (CBSEI). Esta herramienta se compone de 62 artículos, con respuestas basadas en una escala de Likert de 10 puntos. La validez del CBSEI fue apoyada por la correlación significativa con variables como la conciencia generalizada de eficacia, la autoestima, la salud y el control interno, y una significativa correlación negativa con factores como la indefensión. También obtuvo puntuaciones significativamente más altas de eficacia para multíparas que nulíparas. Tiene un alfa de Cronbach de 0,86 a 0,96 (Lowe, 1993).

Se han hecho versiones de este cuestionario en Estados Unidos (Sinclair & O'Boyle, 1999), Australia (Drummond & Rickwood, 2008), o España (Cunqueiro, Comeche & Docampo, 2009). Los autores de estas versiones recomiendan la utilidad del CBSEI en la práctica de la partería como una herramienta para la identificación de las mujeres que requieren apoyo adicional en el trabajo de parto y el embarazo.

La percepción de la autoeficacia cobra un valor incluso mayor en el caso de la lactancia materna. Uno de los puntos críticos actuales en el parto y posparto es la interrupción temprana de la lactancia (Dennis & Faux, 1999). La confianza en la maternidad es un factor importante para la continuación de la lactancia materna. De nuevo usando la teoría de autoeficacia como marco conceptual (Dennis, 1999, 2003) desarrolló y validó un cuestionario de autoeficacia (BSES) para medir la confianza en las madres que amamantan por primera vez. Su validez predictiva se ha demostrado con correlaciones positivas entre las puntuaciones obtenidas y los patrones de alimentación infantil 6 semanas después del parto. Este instrumento podría ser utilizado para identificar a las madres con baja confianza en la lactancia materna, ya que estarían en alto riesgo de interrumpirla prematuramente (Dennis, 2006). Paralelamente, y haciendo eco de este concepto, se validó en Australia (Creedy, Dennis, Blyth, Moyle, Pratt & De Vries, 2003) utilizando las opiniones de las madres para introducir medidas correctoras destinadas a mejorar la información referente a la lactancia natural.

Pero como se viene explicando en estos epígrafes, pronto la bibliografía existente (Anarte, Esteve, López, Ramírez & Camacho, 2006) unió necesariamente este factor de autoeficacia a otros aspectos que debían estar íntimamente relacionados con él, y que podrían interferir en su percepción, como puede ser el dolor. No sólo el dolor en el parto podría afectar a la sensación de autoeficacia y de autocontrol, sino que también a la inversa sentimientos positivos respecto a estrategias cognitivas y de comportamiento en el parto ayudarían a aceptar y soportar el dolor. Como se verá en el próximo epígrafe, los niveles altos de autoeficacia predicen niveles más bajos de dolor durante el parto.

4.1.4. El manejo del dolor

Ya se ha introducido la importancia del dolor y su manejo de cara a la sensación de control y autoeficacia, que a su vez pueden condicionar la calidad percibida y la satisfacción con el proceso asistencial al parto y puerperio. El dolor es un factor que puede presentarse a lo largo del embarazo pero destaca fundamentalmente

durante el proceso del parto. Debido a las características humanas, subjetivas y culturales propias de este proceso, alguna bibliografía existente (Chang, Chen & Chen, 2002) sugiere que el dolor percibido en el trabajo de parto se correlaciona más con factores psicológicos que con factores físicos.

La bibliografía también se ha hecho eco (Lally, Murtagh, Macphail, & Thomson, 2008) de que existe un desajuste entre las expectativas respecto al dolor de parto y las experiencias reales. Según los autores que profundizaron en este aspecto, si se quiere mejorar la experiencia del trabajo de parto, las mujeres deben estar bien preparadas durante el embarazo, y entonces será más probable que tengan expectativas realistas de los niveles de dolor y aumenten la confianza. Las mujeres deben ser informadas para asegurarse de que están preparadas para lo que realmente puede ocurrir y darles las herramientas para lidiar con esto. No hay que subestimar el dolor pero tampoco exagerarlo (Waldenstrom, Hildingsson, Rubertsson & Radestad, 2004) y probablemente si las mujeres esperan el peor dolor imaginable entonces van a terminar teniendo una experiencia dolorosa y negativa, en contraste con las mujeres cuya visión sea más optimista.

La gestión del dolor no depende por tanto sólo del tipo o la intensidad del dolor experimentado (Heitman, Birdwell & Bennett, 1995). Situaciones tales como el estrés, la ansiedad o la depresión, pueden modificar los umbrales de tolerancia al dolor. No se han encontrado diferencias en el miedo al parto al final del embarazo (Alehagen, Wijma & Wijma, 2006) entre las mujeres que recibieron analgesia epidural y las que no, incluso el miedo posparto fue mayor en las mujeres que habían recibido analgesia epidural. De hecho, existe bibliografía que afirma que el uso habitual de la anestesia epidural no mejora significativamente la satisfacción con la experiencia del parto (Ranta, Spalding, Kangas-Saarela, Jokela, Hollmen, Jouppila et al. 1995).

Al hilo de esta variabilidad en la percepción del dolor, se debe subrayar que es una sensación subjetiva, muy difícil de medir o de cuantificar y comparar. Existen herramientas que dan información sobre el nivel de dolor que sufre una persona, y que se han empleado en el estudio del dolor en el parto. Los instrumentos más

utilizados han sido la escala visual analógica (VAS) (Chang, 2002), y el cuestionario McGill Pain Questionnaire (MPQ) (Lazaro, Caseras, Torrubia & Banos, 2003). En otros casos se ha utilizado la valoración de conductas no verbales para evaluar el dolor de parto (Bonnell & Boureau, 1985).

En resumen, la bibliografía actual (Brander & Beinder, 2007) concluye que la atención individual, la participación de las mujeres en el proceso del parto, y el tratamiento del dolor, han tenido una influencia mayor que el tipo de analgesia en la satisfacción con el nacimiento.

A partir de este momento, y una vez sentados los factores de subjetividad que pueden condicionar la percepción de calidad y la satisfacción con el servicio recibido, este capítulo se centrará en un abordaje más global del concepto de calidad a la atención al parto. Enlazando con este primer apartado, la primera visión tendrá un enfoque cualitativo, para luego centrarse en aspectos más medibles y estandarizados del proceso (enfoque cuantitativo).

4.2. La evaluación de la calidad de la atención al parto desde una perspectiva cualitativa

Tras exponer en el anterior apartado la importancia que tienen los factores y aspectos subjetivos que influyen en la satisfacción de la atención al parto y puerperio, cabe plantearse que una aproximación al concepto de calidad en este proceso asistencial debe abarcar necesariamente un componente cualitativo, y no sólo un esquema cuantitativo. De lo contrario se perdería una información muy relevante basada en la vivencia de las mujeres. Como se verá en este epígrafe, una buena forma de aproximarse a la percepción de las usuarias es permitiendo su libre expresión, por ejemplo en reuniones de grupos focales. A continuación se hará un recorrido por la principal bibliografía existente al respecto, destacando las principales ideas y vivencias subjetivas que surgieron de los estudios cualitativos.

El interés acerca de las creencias de las mujeres sobre lo que constituye la calidad de los servicios de maternidad ha llevado a buscar, identificar y comparar las percepciones de las mujeres, realizando entrevistas y grupos focales con madres y con los profesionales que las atienden (Proctor, 1998; Young 2008; Tiedje, Price & You, 2008, Foster, McLachlan, Rayner, Yelland., Gold, & Rayner, 2008).

En esta línea (Proctor, 1998) se han identificado dimensiones de la calidad compartidas por usuarias y profesionales: (1) las creencias sobre la importancia de la relación entre las dos partes, (2) los atributos deseados en el personal, y (3) el medio ambiente en el que se llevaba a cabo la atención. Pero también se identificaron diferencias como: (4) subestimar por parte del profesional la importancia de la información en la etapa prenatal, y (5) postnatal, (6) de la continuidad de la atención (misma persona) durante el parto, (7) de la necesidad de control y confianza materna, y (8) de la participación de la pareja en la prestación de la atención. Complementariamente (Young, 2008), existe la necesidad de (1) una mayor participación de los padres y los proveedores de salud en los cursos prenatales, (2) de tener la oportunidad de preguntar más sobre el trabajo de parto, (3) de apoyo emocional para el cambio de roles tras el parto, y (4) más ocasiones para que las madres se apoyen mutuamente.

Para los principales autores (Proctor, 1998; Young, 2008; Tiedje, 2008) las mujeres desean tener acceso tanto a la alta tecnología como a una atención cercana, a información, al control y a la confianza, lo que se refleja en la repetición de estos temas en los diversos estudios. El periodo postnatal temprano ha sido objeto de estudio pretendiendo favorecer la discusión sobre temas como la duración de la estancia hospitalaria, los profesionales, el apoyo social, la continuidad de la atención y el descanso.

La ansiedad en torno a la paternidad es un punto de vista predominante (Foster, 2008). Las mujeres están en general preocupadas por la seguridad de su nuevo bebé, y la falta de confianza en sí mismas, en relación con su capacidad para cuidar de su hijo. Existe la idea de que la presencia física y la disponibilidad de apoyo profesional ayudó a resolver estos problemas, y esto fue especialmente cierto en el

caso de las mujeres con su primer hijo. El autor concluye que los proveedores de atención deberían reconocer esta necesidad y garantizar la atención individualizada para hacer frente a cada mujer y familia con preocupaciones particulares.

La experiencia de las mujeres de dar a luz en casa también ha sido objeto de estudio (Sjöblom, Nordstrom & Edberg, 2006). Conceptos como "tener fe en la propia competencia", "apoyo a la elección en sus propios términos", y "estar en casa" surgen en las entrevistas. Los autores concluyen que las mujeres deberían tener la oportunidad de dar a luz con apoyo y en un entorno tranquilo, rodeadas de gente que puedan ayudar si es necesario.

Ya en territorio nacional, en Cataluña se realizó un estudio (Goberna, Palacio, Banús, Linares, Salas, 2008) sobre la percepción de las mujeres de la asistencia al nacimiento mediante cuatro grupos focales. Surgió nuevamente la valoración positiva de la tecnología sanitaria como medio que proporciona seguridad. Por ejemplo, la monitorización fetal continua aporta seguridad a pesar de causar malestar e incomodidad. En relación con la necesidad de anestesia se generaron diferentes opiniones en relación con la valoración personal del significado del dolor. Las mujeres encontraron la carga asistencial como la principal dificultad en la consecución de una atención personalizada y un trato individual.

Para concluir, se ha comprobado cómo la metodología cualitativa, en concreto los grupos focales, han sido utilizados en el contexto de la atención al parto. Además del diagnóstico de situación, los datos obtenidos también se podrían emplear (completados con una revisión bibliográfica) para identificar deficiencias en la atención, o para elaborar un cuestionario que evalúe los componentes de la calidad en la asistencia al parto. Al final de este epígrafe se muestra una tabla que resume los principales estudios cualitativos mencionados.

LUGARES Y FECHAS	AUTORES	DISEÑO DE LOS GRUPOS	TEMAS IDENTIFICADOS
Inglaterra 1998	Proctor	7 Grupos focales (38 mujeres embarazadas y recientes madres) 11 Grupos focales (47 matronas)	<ul style="list-style-type: none"> - Relación entre madres y profesionales. - Atributos del personal. - Atributos medioambiente. - Información prenatal. - Información postnatal. - Continuidad de atención. - Necesidad de control. - Confianza en la matrona. - Participación pareja.
U.S. 2008	Tiedje	2 Grupos focales (12 madres) Cuestionario (185 madres)	<ul style="list-style-type: none"> - Confianza. - Información. - Control.
Inglaterra 2008	Young	2 Grupos focales (profesionales) Entrevistas (11 madres)	<ul style="list-style-type: none"> - Mayor participación en clases preparto tanto padres como visitantes de salud. - Más oportunidad de preguntar. - Más oportunidad de apoyo mutuo emocional entre madres.
Australia 2008	Foster	8 Grupos focales y 4 entrevistas (8 embarazadas, 42 madres, 2 cónyuges)	<ul style="list-style-type: none"> - Preocupación por la seguridad de su bebé. - Carencia de confianza en sí mismas para cuidar del bebé. - Presencia física y apoyo de profesionales ayudó a resolverlo.

Tabla 20. Resumen de la principal bibliografía cualitativa y de grupos focales en calidad de la atención al parto

4.3. La evaluación de la calidad de la atención al parto desde una perspectiva cuantitativa

Tras resumir las ideas resultantes del enfoque cualitativo de la calidad percibida y la satisfacción en el parto y puerperio, se comenta a continuación la aproximación cuantitativa a la asistencia al parto. Como se ha expuesto, muchos de esos puntos surgen casi espontáneamente entre las ideas que exponen libremente las madres. Ambos aspectos son complementarios, y no se excluyen al intentar abordar el concepto de calidad, porque si ya de por sí la diferencia entre satisfacción y calidad es compleja, en el proceso del parto y puerperio lo es todavía más, dada la gran implicación emocional en la experiencia de consumo y la dificultad para valorar por parte del usuario las decisiones médicas.

Con el fin de conseguir un resultado más medible y cuantitativo, que se centre en datos más objetivos de la asistencia al parto se han desarrollado distintos trabajos (Goodman, Mackey & Tavakoli, 2004; Christiaens & Bracke, 2007; Janssen, Dennis & Reime, 2006) en cuyos resultados se pueden encontrar varios factores determinantes en la evaluación del parto: alivio del dolor, acompañamiento, autoeficacia, expectativas previas, autocontrol, apoyo, participación activa, contacto precoz y permanente del recién nacido y la madre, etc.

Estos cuestionarios tienen una vocación multidimensional, centrada en el estudio de la satisfacción. No suelen diferenciar entre calidad técnica y funcional, ni introducir preguntas de cumplimientos normativos. La percepción subjetiva de los procedimientos obstétricos, la participación en la toma de decisiones, y otras variables de apoyo psicosocial pueden tener una influencia mayor en la experiencia de parto que los parámetros obstétricos (Stadlmayr, Schneider, Amsler, Burgin & Bitzer, 2004).

Los resultados concernientes a la satisfacción del parto son difíciles de comparar debido a la falta de uso de escalas internacionales. En la literatura existen varios cuestionarios que intentan indagar en la experiencia del parto (Salmon, Miller, Drew, 1990; Mackey, 1995; Smith, 2001) pero no una uniformidad de criterios. Uno de los primeros, creado en Inglaterra (Salmon, 1990) se denominó la lista de los elementos de Salmon (SIL). Preguntaba a las mujeres acerca del cumplimiento de sus expectativas, su adaptación emocional y las molestias físicas a través de 20 ítems puntuados de 1 a 7, correlacionándolos con variables obstétricas. Su alfa de Cronbach es de 0,61 a 0,83. Este cuestionario fue traducido al alemán para aplicarlo en Suiza (Stadlmayr, Bitzer, Hosli, Amsler, Leupold, Schwendke-Kliem et al, 2001; Stadlmayr, ., 2004) añadiéndole una dimensión más, la experiencia de emociones negativas. En general, la varianza explicada por las variables obstétricas investigadas de por sí es baja, pero destaca la idea de que la analgesia epidural y la cesárea electiva no necesariamente mejoran los sentimientos positivos de evaluación en el posparto inmediato.

Una de las escalas que destaca en este ámbito tanto por sus características psicométricas como por su difusión en la literatura es la denominada escala de

satisfacción de parto de Mackey (MCSRS) (Mackey, 1995). Pretende evaluar la satisfacción de la madre a través de 34 ítems divididos en cinco subescalas: satisfacción consigo misma, con su compañero, con el bebé, con enfermería, y con el médico. Los encuestados indican su grado de satisfacción o insatisfacción con una escala tipo Likert de cinco puntos. Su alfa de Cronbach es de 0,94. Más adelante, se volvió a utilizar (Goodman, 2004), completándola con la escala de control personal Labor Agency Scale ya mencionada (Hodnet & Simmons-Tropea, 1987), y la escala de dolor de McGill. El dolor, el control personal, las expectativas, y la autoeficacia explicaron el 35% de la varianza, pero el control personal fue la única estadísticamente significativa que explicó la variación de la satisfacción.

Esta línea de investigación se continuó más adelante en Bélgica y Holanda (Christiaen & Bracke, 2007), y también se están desarrollando adaptaciones en castellano (Marín, Bullones, Carmona, Carretero, Moreno y Peñacoba, 2008; Delgado-García, B. E., Pardo-Moya, S., Vázquez-Verdera, L., Fernández-Villalba, P., Orts-Cortés, M. I., & Caballero-Perez, ., 2010).

Otro instrumento fiable y válido que surgió para evaluar la satisfacción de las mujeres con su trabajo de parto (Smith, 2001) es el cuestionario de satisfacción del parto (WOMBLSQ). Aparte de la satisfacción general, distinguió 10 dimensiones en las distintas versiones de su cuestionario: (1) profesional de apoyo, (2) las expectativas de las mujeres, (3) la evaluación del ambiente en el trabajo de parto inicial, (4) sosteniendo al bebé, (5) el apoyo de su esposo / pareja, (6) el alivio del dolor en el trabajo, (7) el alivio del dolor inmediatamente después del trabajo, (8) conocimientos de los cuidadores, (9) el medio ambiente de trabajo, y (10) el control en el trabajo. En estas 10 dimensiones se reparten 30 preguntas con respuesta tipo Likert de 7 puntos. Obtuvo un alfa de Cronbach de 0,86-0,89. Cabe destacar en este estudio que las mujeres cuyo trabajo de parto fue inducido era menos probable que cumplieran sus expectativas.

Trabajos posteriores corroboran los ya mencionados factores predictivos de la percepción que las mujeres tienen del parto. Por ejemplo, otro estudio (Bryanton, Gagnon, Johnston & Hatem, 2008) propone como principales: (1) el tipo de

nacimiento, (2) grado de conocimiento, (3) la relajación y el control, (4) utilidad del apoyo de la pareja, y (5) estar juntos con el niño después del nacimiento. De los predictores de un parto de calidad, la mayoría son susceptibles a las intervenciones de enfermería. Por ejemplo, ante el aumento de la sensibilización de los pacientes, la relajación, el aumento de control, la promoción del apoyo del compañero, y la provisión de oportunidades inmediatas de las mujeres para estar con sus bebés.

Otro de los elementos que ha suscitado investigación tiene que ver con el postparto (Janssen, Dennis & Reime, 2006). Las mujeres valoran por separado los cuidados antes y después del nacimiento, aun cuando el mismo grupo de personal lo proporcione. Esto sugiere que las necesidades de cada mujer en relación con los cuidados de enfermería son diferentes entre estos dos periodos.

Llegado este punto, surge el objetivo de desarrollar herramientas en el ámbito hospitalario que midan las cuestiones pertinentes a la calidad de la asistencia tanto en el parto y como en el posparto, en relación a la satisfacción con la atención interdisciplinaria. Destaca la escala CONFORTS (Jansen, 2006), una exhaustiva escala para medir la satisfacción con la atención al parto y postparto en el hospital. Consta de 40 ítems con 5 respuestas likert, distribuidos en seis subescalas: (1) la confianza en el cuidado del recién nacido, (2) la atención de enfermería después del parto, (3) participación en la toma de decisiones, (4) el ambiente físico, (5) el respeto de la intimidad, y (6) la atención de enfermería en el trabajo de parto. El alfa de Cronbach fue de 0,95. La escala fue capaz de discriminar entre multíparas y primíparas, y entre las mujeres atendidas en las Unidades de Trabajo de Parto, Parto y Recuperación (UTPR) frente a las atendidas en salas separadas. Actualmente, se encuentra en fase final de validación la traducción española (Vivanco, 2009).

Otro estudio enfocado al parto y al posparto (Rudman, El-Khoury & Waldenström, 2008) investigó las experiencias de mujeres sobre la atención hospitalaria a través de una escala más resumida, de 18 ítems, que también aborda los principales aspectos reflejados en la escala CONFORTS. Se distribuye en (1) la atención

proporcionada por la matrona, (2) el tiempo dedicado a control físico, (3) la información y apoyo proporcionados, y (4) la lactancia materna. El enfoque multifacético utilizado en este estudio proporciona detalles sobre quién estaba satisfecha y con qué. La mitad de las mujeres se mostraron satisfechas con la mayoría de aspectos de la atención, y la otra mitad no estaban satisfechos con un aspecto o más. Se demostró que las mujeres no necesariamente están satisfechas o insatisfechas con la atención en un sentido general.

Otros trabajos estudian sólo el postparto, el contenido de los cuestionarios que emplean es similar pero varía la orientación. Unas veces (Hildingsson, 2007) se discriminan los principales factores asociados a la insatisfacción de las nuevas madres: (1) el personal antipático y poco útil, (2) la falta de apoyo del personal, (3) que no se permita a los nuevos padres pasar la noche, (4) la insatisfacción con los propios controles postnatales de la mujer, y (5) con el apoyo práctico a la lactancia materna. Esto no es una novedad, pues como ya se había apuntado en otros epígrafes, los padres desean participar más en el cuidado del recién nacido. Otras veces (Schwappach, Blaudszum, Conen, Eichler, Hochreutener & Koeck, 2004) se refleja los temas del posparto en que las nuevas madres eran más propensas a expresar que se sentían poco o nada informadas: (1) los ejercicios de suelo pélvico, (2) la gestión del sangrado vaginal, y (3) las alternativas de alimentación del lactante. La mayoría de las madres y los recién nacidos fueron dados de alta con un nivel de información que por lo menos garantizaba una transición suave hacia el seguimiento de la atención materna.

Para finalizar, se debe resumir que los principales estudios que profundizaron de forma cuantitativa en la satisfacción con la asistencia al parto, lo hicieron mediante el desarrollo de cuestionarios de elaboración propia. La siguiente tabla mostrará un resumen esquemático de los estudios anteriormente expuestos. Estas escalas o cuestionarios coinciden en algunas dimensiones, pero podrían tener muchas más. Otros autores las emplearon más tarde en sus trabajos, resumiéndolas y adaptándolas a su entorno de trabajo, pero en general no existe un cuestionario/s referencia.

En el siguiente apartado de este capítulo se expondrán iniciativas concretas llevadas a cabo en distintos países para establecer un programa de evaluación y seguimiento de la asistencia al parto y puerperio, basándose algunos de ellos en las escalas y trabajos ya mencionados (Waldeström, Rudman & Hildingsson, 2006; Brown & Lumley, 1994, 1998; Christiaens & Bracke, 2007).

AUTORES, LUGAR Y FECHA	ALFA DE CRONBACH	ESCALAS EMPLEADAS	MEDIDAS	TRABAJOS QUE LAS EMPLEARON
Hodnett Canadá 1987	0,91 - 0,98	Labor Agency Scale (LAS)	<ul style="list-style-type: none"> - Medidas de control. - Creencia sobre dominio. - Autoeficiencia. - Emociones. - Comportamiento. 	Branch, 1998 Labrecque, 1998 Goodman, 2004
Salmon Reino Unido 1990	0,64 - 0,83	Salmon's list (SIL) Experiencia de parto	<ul style="list-style-type: none"> - Cumplimiento. - Angustia emocional. - Molestias físicas. 	Stadlmayr, 2001, 2004
Green Inglaterra 1990	—	Expectativas, control, eventos durante el parto y resultados psicológicos.	<ul style="list-style-type: none"> - Expectativas de control de su comportamiento. - Expectativas de control durante las contracciones. - Preocupación antenatal por el dolor. - Control del comportamiento durante las contracciones. - Control de lo que el personal les hace. - Sentirse involucrada en las decisiones de emergencia / no emergencia. - Sentiste tratada con respeto. - Cumplimiento. - Satisfacción. - Bienestar emocional (EPDS*). - Palabras con que las mujeres describen a sus hijos. 	Green, 2003
Gupton Canadá 1991	0,82	Expectativas de parto (CEQ).	<ul style="list-style-type: none"> - Capacidad para hacer frente al dolor. - Soporte de enfermería. - Soporte de la pareja. - Intervención médica. 	Wan-Yim Ip, 2003
Lowe U.S. 1993	0,86 - 0,96	Inventario de autoeficacia "Yo parto" (CBSEI)	<ul style="list-style-type: none"> - Resultados de expectativas. - Autoeficacia para hacer frente al parto. 	Sinclair, 1999 Rudman, 2003 Wan-Yim Ip, 2007 Drummond, 2008 Klossandi, 2008 Cunqueiro, 2009
Wijma Suecia 1998	0,87	Cuestionario de expectativas / experiencia de entrega y control personal (W-DEQ)	<ul style="list-style-type: none"> - Temor a dar a luz. - Control personal. 	Christiaens, 2007 Wiklund, 2008

Continúa en la página siguiente

AUTORES, LUGAR Y FECHA	ALFA DE CRONBACH	ESCALAS EMPLEADAS	MEDIDAS	TRABAJOS QUE LAS EMPLEARON
Mackey U.S. 1995	0,94	Escala de Mackey de satisfacción de parto (MCSRS)	<ul style="list-style-type: none"> - Satisfacción consigo misma. - Con el compañero. - Con el bebé. - Con enfermería. - Con el médico. - En general. 	Goodman y Mackey, 2004 Delgado: intento de validación en Alicante, 2010
Dennis Canadá 1999	0,96	Escala autoeficacia lactancia (BSES)	<ul style="list-style-type: none"> - Creencias personales. - Técnica. 	Creedy, 2003 Dennis, 2006
Munstedt Alemania 2000	0,78 - 0,84	Expectativas.	<ul style="list-style-type: none"> - Gestión y equipo obstétrico. - Normas médicas. - Comodidades del hospital. 	—
Smith Reino Unido 2001	0,86 - 0,89	Cuestionario multidimensional de satisfacción del parto WOMBLSQ4	<ul style="list-style-type: none"> - Satisfacción general. - Personal de apoyo. - Expectativas. - Conocimiento de cuidadores. - Dolor. - Trabajo. - Evaluación de hogar. - Dolor tras trabajo. - Sostenimiento bebé. - Control. - Apoyo del compañero. 	—
Janssen Canadá 2006	0,95	Test de satisfacción CONFORTS	<ul style="list-style-type: none"> - Confidencias en el cuidado del nacimiento. - Cuidado de enfermería en parto y entrega. - Respeto a la privacidad. - Posibilidad de elección. - Cuidado enfermería postparto. - Medioambiente físico. 	Vivanco: fase final validación en Madrid, 2009
Hildsson Suecia 2007	No calcula el alfa	Satisfacción postparto	<ul style="list-style-type: none"> - Utilidad y amabilidad del personal. - Apoyo del personal. - Presencia del acompañante (pernoctar). - Controles postnatales. - Apoyo práctico lactancia. 	—
*EPDS : Edinburgh Postnatal Depression Scale				

Tabla 21. Resumen de la principal bibliografía cualitativa y de grupos focales en calidad de la atención al parto.

4.4. La evaluación de la atención al parto en diferentes países

Como se apuntó al final del epígrafe anterior, las escalas y cuestionarios para evaluar la calidad y la satisfacción de la asistencia al parto se han convertido en instrumentos útiles para evaluar la asistencia sanitaria. Durante los últimos años, las instituciones sanitarias han mostrado interés por conocer el estado de la atención al embarazo, parto, puerperio y lactancia con una visión más holística y detallada de la calidad. Se han desarrollado estudios a nivel nacional, promovidos por los gobiernos y ministerios, con el fin de mejorar la gestión de los servicios relacionados con estos procesos (Public Health Agency of Canada, 2009; Healthcare Commission, 2007; Declerq, Sakara, Corry & Applebaum, 2006). Esto ha abierto un nuevo horizonte de posibilidades, e incluso algunos trabajos de investigación han podido estudiar el estado de la atención al parto cronológicamente en su región, o bien han podido comparar distintos sistemas sanitarios entre sí (Waldeström, Rudman & Hildingsson, 2006; Brown, 1994, 1998; Christiaens & Bracke, 2007).

A continuación se hará un breve recorrido por los principales países que han adoptado iniciativas en este sentido, exponiendo el estado actual y el desarrollo que ha alcanzado en este tipo de investigación.

4.4.1. El ejemplo de Suecia

Uno de los países en los que existe un grupo activo de trabajo sobre calidad en la asistencia al parto es Suecia. En los últimos años (Waldeström, 1998, ; 2006; Waldenstrom, Hildingsson, Rubertsson & Radestad, 2004) han recopilado datos de múltiples fuentes, como cuestionarios al inicio del embarazo, registros hospitalarios, o cuestionarios después del nacimiento, como la escala de ansiedad “Cambridge Worry” y la escala de depresión de Edimburgo.

Se ha investigado el riesgo de no estar satisfecho con la atención durante el parto y el postparto, y se ha puesto en relación con las condiciones sociodemográficas, el

bienestar físico y emocional en el embarazo temprano, y los resultados, la organización, y la evaluación subjetiva de la mujer del trabajo de parto. Se encontraron entre otros los siguientes factores de riesgo de insatisfacción: (1) el sufrimiento con muchos síntomas físicos, (2) la transferencia del recién nacido al área neonatal, (3) la duración de la estancia menor de un día, o bien mayor o igual a 5 días, (4) la falta de información después del parto, (5) la falta de apoyo de la matrona, (6) la poca participación en la toma de decisiones, y (7) el tiempo insuficiente para apoyar la lactancia materna (Waldeström, 2006).

La investigación llevada a cabo en este país escandinavo refuerza la idea de que las mejoras del parto deberían centrarse en el apoyo de la matrona durante el mismo. Además, las madres sienten la necesidad de hablar de temas relacionados con la experiencia del parto, y de la lactancia, debería cuidarse este aspecto introduciendo y evaluando los distintos modelos de apoyo postparto (Waldeström, 2006).

4.4.2. El parto en los Países Bajos y Bélgica

Otro ejemplo de investigación en la calidad y satisfacción de la asistencia al parto es el caso de los países del Benelux. Aunque Bélgica y los Países Bajos tienen una geografía e historia en común, sus sistemas de atención de salud son divergentes. En el sistema belga la atención de maternidad corresponde al modelo regido fundamentalmente por el ginecólogo, y la gran mayoría de las mujeres consultan a un obstetra inmediatamente. En cambio, en el sistema holandés los cuidadores primarios funcionan como vigías remitiendo a las mujeres a la atención secundaria en los casos de baja probabilidad de parto normal, y por tanto el parto domiciliario es una práctica dominante.

Dicho esto, la bibliografía se hace eco de estas diferencias, y analiza los datos de las mujeres belgas y holandesas que pueden influir en su distinta evaluación tras el parto (Christiaens, 2007). Emplea entre otras la escala de satisfacción de Mackey (Goodman, 2004) y el cuestionario de experiencia / expectativas de entrega Wijma (Wijma, 1998) que se mencionó anteriormente. Como resultados principales, el

factor que más influyó en la satisfacción con el parto fue el cumplimiento de las expectativas. Al comparar las mujeres belgas y holandesas, el cumplimiento de las expectativas es igualmente importante para la satisfacción del parto de ambos grupos. Respecto a las mujeres de Bélgica, fue más fácil que se cumplieran sus expectativas que en las holandesas. Este dato se explicaría porque casi un tercio de todos los partos previstos en el hogar terminaron en el hospital (Christiaens, 2007). En ambos colectivos, la experiencia de control personal contribuye a reducir el impacto del dolor en el trabajo de parto, en concordancia con los estudios mencionados en los anteriores epígrafes (Green, 1990; Ip, 2003). Las mujeres con alta autoeficacia mostraron más satisfacción con la matrona, el médico, y los aspectos relacionados con la experiencia del parto. Los autores proponen en este caso un empoderamiento de las mujeres, en vez de la gestión del parto por medio de analgésicos, como camino a una experiencia satisfactoria del nacimiento.

4.4.3. Canadá

Como se apuntó al inicio de este apartado, algunos gobiernos adaptaron esta metodología de escalas y cuestionarios para realizar un análisis y una evaluación continua de la calidad y de la asistencia al parto en sus países. Este es por ejemplo el caso de Canadá, donde existe el Sistema Canadiense de Vigilancia Perinatal (CPSS) de la Agencia de Salud Pública de Canadá (PHAC), el cual supervisa de forma rutinaria los indicadores de salud perinatal disponibles, utilizando bases de datos administrativas y encuestas de salud de la población. En este contexto surgió la Encuesta de las Experiencias de la Maternidad (MES) de Canadá (PHAC, 2009), para examinar las experiencias y percepciones durante el embarazo, el parto y el postparto temprano entre las mujeres que dan a luz en el país, y que no se reflejaba hasta entonces en los indicadores de salud perinatal de la PHAC.

Para confeccionar el informe final, se llevaron a cabo entrevistas telefónicas en una muestra aleatoria estratificada por provincias y territorios, de 8.542 mujeres que dieron a luz en 2006. Respondieron 6.421 mujeres. Un poco más de la mitad de las mujeres informaron sobre su experiencia general de trabajo de parto y nacimiento

como "muy positiva", aumentando notablemente este porcentaje en las mujeres atendidas por matronas respecto a otros prestadores de servicios de salud. En cuanto a la interacción con los proveedores de atención de salud, cerca de tres cuartas partes de las mujeres estaban "muy satisfechas". Los hallazgos en cuanto a prácticas obstétricas sugieren una mayor utilización respecto a lo recomendado por la evidencia actual, de determinadas intervenciones en el embarazo y el parto, y una menor adhesión a varias de las prácticas relacionadas con las cuestiones centradas en la familia, descritas por la IHAN. Por ejemplo, muchas mujeres reportaron el uso continuo de la monitorización fetal electrónica a pesar de la evidencia que soporta la auscultación intermitente en un parto normal. Fueron frecuentes las episiotomías, el uso de enemas, el rasurado púbico, iniciar y acelerar el trabajo de parto, la posición supina para el parto y el uso de estribos. .El identificar prácticas que se realizan en los servicios médicos. es una de las claves para identificar puntos de mejora y para erradicar de la práctica habitual los actos médicos o cuidados que no gozan del suficiente respaldo de la evidencia científica disponible . (o que incluso los contraindica).

Para finalizar, el porcentaje de lactancia materna exclusiva hallado fue mucho menor de lo deseable. A pesar de que las tasas de inicio son relativamente altas en ocasiones se daba a las madres muestras de leche de fórmula, o no se proporcionaba un alojamiento conjunto, aspectos que condicionaron la continuidad de la lactancia materna al alta.

4.4.4. Australia

Aunque no se llevó a cabo a nivel nacional, es de interés mencionar la revisión de los servicios de maternidad que se realizó en el estado de Victoria (Australia) en 1989 y nuevamente en 1993 (Brown, 1994), recogiendo datos sobre la satisfacción con la atención al parto y puerperio. Se empleó un cuestionario enviado por correo al que respondieron 1336 madres. Se recabó información sobre hechos y opiniones de las mujeres respecto a la atención médica: evaluación general de la atención, acceso a la información, participación en la toma de decisiones, confianza y aliento

ofrecido por cuidadores, utilidad de parteras y médicos, determinación de situación de riesgo, e intervención obstétrica.

Los resultados (Brown, 1994; Brown., Darcy, & Bruinsma, 2002) evidenciaron una insatisfacción mucho mayor con la atención prenatal y postnatal que con la atención prestada durante el parto. Se demostró la importancia de la información, la participación en la toma de decisiones, y las relaciones con los cuidadores para la satisfacción global de las mujeres con la atención durante el parto. La medida en que las mujeres percibían que habían tenido algo que decir en la toma de decisiones está directamente relacionada con su calificación global de atención durante el parto. Las mujeres que asistieron a centros de nacimiento tuvieron significativamente más probabilidades de haber tenido una voz activa sobre las decisiones durante su parto que las mujeres atendidas por obstetras.

De las dos fases de este estudio, la primera encuesta se llevó a cabo en conjunción con la revisión ministerial de los servicios de maternidad. La segunda tuvo lugar tres años después de la publicación del informe final de la revisión, y coincidió con un período de reducciones presupuestarias sustanciales en los hospitales públicos de Victoria. Entre las dos encuestas (Brown, 1998), la proporción de mujeres que emitieron comentarios críticos sobre los cuidadores se duplicó. Los resultados de estos estudios muestran como los estándares de la atención están comprometidos por el entorno económico y político en el que se lleven a cabo, algo que ya se había apuntado en el presente trabajo cuando se abordó la importancia de los recursos necesarios para la asistencia al parto, y las políticas y estrategias de gestión necesarias para su puesta en marcha y control de calidad.

4.4.5. Reino Unido

Uno de los países con más experiencia en la evaluación de los servicios sanitarios y en la confección de guías y documentos de consenso es el Reino Unido. Como se explicó en anteriores apartados, el Servicio Nacional de Salud británico (NHS) cuenta con el National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE), y con la

Healthcare Commission para la revisión continua de la mejor evidencia científica actual y de los cuidados que ofrece el NHS. En 2009, la Healthcare Commission pasó a formar parte de otro organismo denominado Care Quality Commission (CQC). Antes de esta unificación, la Healthcare Commission distribuyó en 2007 (mediante correo postal) un cuestionario sobre la experiencia de cuidado en la maternidad a 45.000 mujeres de toda Inglaterra, de las que contestaron 26.000. Se preguntó acerca del primer contacto con un profesional al comienzo del embarazo, los chequeos y cribados que le sucedieron, cuidados y tratamientos durante el parto y el puerperio, la información proporcionada durante todo el proceso, y sobre la relación con los profesionales de la salud.

Para resumir los principales resultados (Healthcare Commission, 2007), se puede decir que la gran mayoría de las madres vio por primera vez un profesional de la salud con respecto a su embarazo tan pronto como quiso, pero en muchas ocasiones no hubo una continuidad con el mismo profesional o partera durante sus controles prenatales. También la gran mayoría de las mujeres calificaron la atención general durante el parto y el nacimiento de "excelente", "muy buena" o "buena" y afirmaron que siempre se les habló de forma que lo pudieran entender, pero a muchas de ellas no siempre se le dio la información que necesitaron y no siempre fueron tratadas con amabilidad y comprensión. Un cuarto de las encuestadas informaron que se habían sentido abandonadas por los profesionales en algún momento del parto, que estaban preocupadas, y que no siempre sintieron que estaban participando en las decisiones sobre su cuidado.

De este estudio se puede destacar otro de los puntos críticos que el presente trabajo abordará más adelante, como es el hecho del trato humano por parte de los profesionales y de la información que éstos dan a las madres. En el caso del Reino Unido destacan los resultados recogidos respecto al postparto por la falta de información y explicaciones, el trato poco amable y comprensivo y los pobres niveles de limpieza en las instalaciones hospitalarias. Un cuarto de las recientes madres refieren que sus cuidadores no les habían prestado asesoramiento constante, ayuda práctica o el apoyo activo y el estímulo en lo que respecta a la alimentación de su bebé (materna o con biberón).

4.4.6. Estados Unidos

Otros países canalizaron estos cuestionarios de calidad o satisfacción en el parto a través de organismos externos o privados. En el caso de los Estados Unidos (U.S.), la organización sin ánimo de lucro Childbirth Connection se encargó de realizar en 2002 y 2006 sendas encuestas nacionales denominadas “Listening to Mothers I & II”. La metodología empleada fue similar en ambas y así por ejemplo, la segunda de ellas consistió en un cuestionario realizado por vía telefónica y principalmente por Internet, al que respondieron 1.573 mujeres que habían dado a luz en 2005 en U.S. En él se exploraron las actitudes de las mujeres, sentimientos y conocimientos acerca de sus cuidados de maternidad y la frecuencia de muchos aspectos de la maternidad y la atención antes y después del parto.

El informe final (Declercq, 2006) refleja cómo las madres adquieren conocimientos principalmente a través de tests caseros, libros y programas de televisión, siendo el soporte sanitario para la capacitación psicológica extremadamente limitado. Puso de manifiesto que en muchas ocasiones las madres no tienen conocimientos suficientes ni participan en la toma de decisiones. Se sienten débiles, miedosas y sometidas a múltiples interferencias respecto a la lactancia. Se llevó a cabo un cuidado tecnológicamente excesivo durante el parto: monitorización fetal continua, varios tactos vaginales, colocación de una vía, analgesia epidural o espinal, sondaje urinario, etc. La mitad de las mujeres experimentó uno ó más métodos de inducción del parto. La mayoría de los recién nacidos no estuvo en contacto piel con piel con sus madres la primera hora tras el nacimiento. A un tercio de los niños y madres que pretendían lactancia exclusiva se les dio leche de fórmula o chupetes.

Estos resultados aumentaron la comprensión de muchos aspectos de la maternidad en los U.S. y permitió identificar oportunidades de mejora, como se pretende en el presente trabajo para el ámbito español. Antes de profundizar en los otros trabajos ya existentes este ámbito nacional, se procederá a resumir en

una tabla los principales estudios de los otros países que se han mencionado en este epígrafe.

LUGAR Y FECHA	AUTORES	TÍTULOS DE LOS CUESTIONARIOS	TEMAS ESTUDIADOS
Australia (Victoria) 1993	Brown	Satisfaction with care in labor and birth.	<ul style="list-style-type: none"> - Evaluación de la atención. - Acceso a la información. - Participación en la toma de decisiones. - Confianza y aliento recibidos. - Utilidad personal.
Suecia 2006	Waldeström	Women's opinions and risk factors for not being satisfied.	<ul style="list-style-type: none"> - Entorno sociodemográfico. - Bienestar físico y emocional en embarazo. - Resultados del parto. - Organización de la atención. - Evaluación subjetiva del cuidado. - Separación madre-hijo. - Duración de la estancia. - Medioambiente físico. - Apoyo paterno. - Participación en la toma de decisiones. - Apoyo a la lactancia.
U.S. 2006	Childbirth Connection	Listening to mothers II.	<ul style="list-style-type: none"> - Planificación y experiencia del embarazo. - Experiencia de parto. - Cuidados en la primera atención. - Inducción del parto. - Cuidados de soporte. - Intervenciones de bienestar y alivio del dolor. - Episiotomía. - Libertades y restricciones. - Modo de nacimiento. - Sentimientos. - Postparto inmediato. - Promoción del parto normal. - Duración de la estancia. - En casa con un nuevo bebé. - Empleo y seguro de salud. - Elección, control, conocimientos y decisiones tomadas.
Reino Unido 2007	Health Care Commission	Women's experiences of maternity care.	<ul style="list-style-type: none"> - Primer contacto con un profesional. - Chequeos y cribados en el embarazo. - Cuidados y tratamiento en el parto. - Periodos que la mujer está sola. - Posición para el parto. - Episiotomía. - Contacto piel con piel. - Cuidados y tratamiento postparto. - Examen del bebé y chequeo postnatal. - Ayuda a la alimentación y al aseo del bebé. - Asesoramiento sobre anticoncepción. - Elección y participación de la mujer en su cuidado. - Información proporcionada. - Relaciones con los profesionales. - Ambiente hospitalario.

Continúa en la página siguiente

LUGAR Y FECHA	AUTORES	TÍTULOS DE LOS CUESTIONARIOS	TEMAS ESTUDIADOS
Canadá 2006	Public Health Agency of Canada	What mothers say: The canadian maternity experiences survey.	<ul style="list-style-type: none"> - Embarazo. - Parto. - Lugar de nacimiento. - Viaje al lugar de nacimiento. - Atención: tipo de profesional y continuidad. - Tipo de parto. - Posición para el parto. - Comienzo y aceleración. - Tipo de monitorización fetal. - Rasurado, enema y empuje. - Episiotomía y manejo del dolor. - Soporte. - Contacto piel con piel. - Experiencia de parto y satisfacción con el cuidado. - Postparto. - Duración de la estancia. - Tasa de lactancia materna. - Información y asistencia a la lactancia. - Contacto en casa y satisfacción con los cuidados postparto. - Información sobre el postparto. - Permiso de maternidad. - Salud materna. - Depresión postparto y soporte. - Salud infantil. - Posición para dormir. - Circuncisión.

Tabla 22. Resumen de las encuestas nacionales existentes en diferentes países sobre la calidad y satisfacción en la asistencia al parto

4.4.7. España

Como se ha introducido en el anterior epígrafe, tras comprobar las iniciativas existentes en otros países, se pretende ahora exponer la principal bibliografía surgida de trabajos en el ámbito nacional español. Ya se ha señalado en anteriores capítulos la importancia de la Estrategia de Atención al Parto Normal en el Sistema Nacional de Salud, la cual ha auspiciado la aparición en España de iniciativas y grupos de trabajo que estudian la atención al parto, aunque por el momento estos estudios son muy escasos y se limitan a pacientes de una sola comunidad autónoma. Un ejemplo de estos trabajos es el caso de Asturias, donde se ha llevado a cabo una encuesta de opinión sobre la atención maternal y neonatal (Consejería de Salud y Servicios Sanitarios del Principado de Asturias, 2010). Esta encuesta analiza, desde el punto de vista de las madres que han recurrido a los servicios

sanitarios, la realidad de la atención prestada y en muchos casos su grado de adecuación a las evidencias publicadas.

En este estudio asturiano participaron 3.253 mujeres que habían parido en los hospitales públicos del Principado de Asturias, principalmente durante el primer semestre del año 2009. La información se recabó mediante encuesta telefónica e investiga ocho grandes categorías: (1) los resultados del parto y el nacimiento, (2) la atención durante el embarazo, (3) el proceso de parto, (4) la atención hospitalaria después del parto, (5) los cuidados especiales a la criatura recién nacida, (6) su alimentación, (7) la valoración global de la atención recibida y (8) las características sociodemográficas de las usuarias.

Entre los resultados analizados, el informe destaca que la valoración de la atención recibida durante el embarazo es positiva en el 91,6 % de los casos, (el 61,4 % la considera buena y el 30,3 % excelente). Sin embargo, el 3,4 % de las mujeres presenta una opinión contraria al respecto ya que ha señalado que en su opinión la información recibida fue “mala” o “muy mala”. Las mujeres que más partos anteriores habían tenido son las que menos informadas se consideraban, y las clases preparto les fueron útiles al 79% de las madres, pero deseaban una mayor disponibilidad de horarios. Se observa una alta satisfacción de las usuarias respecto a la atención que se les proporcionó durante el parto, ya que el 88,2 % de las madres emitió una opinión positiva al respecto, siendo destacable que el 47,3 % la valore como excelente. El 77,3% recibió analgesia epidural o similar durante el parto y un 33,8% métodos naturales para el alivio del dolor. Durante el parto 83,9% adoptaron la postura de tumbadas con piernas en estribos y el 11,8% sentadas. De entre las mujeres que parieron mediante parto vaginal, el 74,1 % ha indicado que contó con la opción de tener la presencia de compañía (una persona de su confianza) durante todo el proceso de parto y nacimiento. En relación a la atención recibida tras el parto, queda patente que para el 46,9 % de las usuarias ésta fue buena, apoyando esta opinión aun en mayor medida el 26,2 % la valora como excelente. En el otro extremo se observa que para el 7,1 % de las usuarias la información fue “mala”, correspondiendo el 6,6 % a aquellas mujeres para las que esta información debe calificarse como “muy mala”.

De todo lo expuesto hasta aquí se deriva que los diferentes sistemas de evaluación resultan en ocasiones confusos en sus planteamientos teóricos, excesivamente complejos, poco fiables metodológicamente, y sobre todo poco discriminativos en la priorización de necesidades a mejorar. Todo ello los convierte en herramientas poco manejables en la práctica diaria, e incluso poco comparables entre sí, al no quedar clara la relación entre lo que se mide y el concepto de calidad.

Surge por tanto la necesidad de elaborar un estudio de la calidad en el parto, puerperio y lactancia con una metodología rigurosa que parta del conocimiento bibliográfico actual y lo contextualice en la comunidad gallega. Se trata de un momento idóneo dado que se está haciendo un esfuerzo institucional con la implantación del Plan de Atención Integral a la Salud de la Mujer (SERGAS, 2007), que comprende entre otros un proyecto de mejora de la atención a la mujer durante el parto, puerperio y lactancia materna, y la incorporación de los centros sanitarios a una atención más humanizada y menos intervencionista



PARTE EMPÍRICA

5. OBJETIVOS

Para comprender el planteamiento empírico que se va a describir a continuación, se debe considerar el presente trabajo como la suma de dos apartados distintos, debido al empleo de dos metodologías diferentes (cuantitativa y cualitativa), pero cuyo planteamiento es común y complementario, y dirigido a la mejor comprensión y valoración de la satisfacción de las usuarias de los servicios de maternidad. Por tanto, los dos apartados responden a objetivos comunes, que se exponen a continuación.

5.1. OBJETIVO GENERAL

El objetivo general es analizar, desde el punto de vista de la mujer, el proceso de prestación de la asistencia sanitaria al Parto (dilatación, expulsivo y alumbramiento) y Puerperio, así como la promoción, protección y ayuda en la Lactancia materna, en la red de hospitales públicos del SERGAS.

La información que del presente estudio se derive ha de traducirse no solo en una descripción objetiva y precisa de la realidad (desde el punto de vista de las usuarias del servicio), sino también en un diagnóstico del funcionamiento de éste en el Sistema Sanitario Público Gallego, en recomendaciones concretas en términos de gestión y en la elaboración de una herramienta de gestión que ayude en el control y mejora periódica de la calidad del servicio.

5.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

OBJETIVO 1: Evaluación y Mejora de la Calidad del Servicio

Como primer paso para alcanzar este objetivo se pretende identificar y caracterizar los procesos que definen el Servicio. Conocer el servicio, desde el punto de vista del usuario, identificando y analizando aquellas fases y/o elementos “clave”.

Este esqueleto organizacional nos facilitará llevar a cabo una evaluación de la calidad percibida de la atención al parto, puerperio y lactancia en los hospitales del SERGAS. Se evaluará el grado de cumplimiento de las expectativas de las usuarias identificando aquellos elementos que generan una mayor insatisfacción, y se destacarán aquellos elementos positivos y negativos de lo que se pretende se deriven áreas de mejora. Todo ello enfocado hacia un diagnóstico y una gestión del propio servicio y de los recursos.

OBJETIVO 2: Promover una Humanización Progresiva del Servicio

El segundo cometido se materializa en el estudio de los valores, actitudes, motivaciones e intereses de las madres gallegas.

Conocer cuál es la cantidad y calidad de la información que las madres poseen, sobre todo en lo tocante a cuestiones de actualidad como el Parto Natural, el parto menos medicalizado o la epidural... así como su opinión real acerca de ellos.

La Lactancia Materna es uno de esos temas que en este estudio se pretende indagar conociendo los motivos por los que las madres optan por un tipo de alimentación u otro, así como los factores que pueden condicionar el éxito o el fracaso de la lactancia materna.

OBJETIVO 3: Elaborar una herramienta de mejora continua de la calidad

De forma complementaria, la realización de este estudio esperamos que derive en la elaboración de un instrumento con propiedades psicométricas conocidas y aceptables (tanto en términos de fiabilidad como de validez) para evaluar la calidad del servicio de atención al parto, puerperio y lactancia de nuestros hospitales, desde el punto de vista, el sentir y las percepciones de sus propias usuarias. Proveer a la Administración Sanitaria de herramientas rigurosas y, al mismo tiempo, sencillas, con las que poder llevar a cabo un seguimiento periódico del servicio, incorporando a la gestión información proveniente del usuario y favoreciendo así la mejora continua.

Los objetivos señalados se pueden abordar desde dos perspectivas diferentes y complementarias. Un primer estudio que emplea una técnica cualitativa mediante la realización de grupos focales y un segundo con una metodología cuantitativa, mediante la aplicación de un cuestionario a las madres.



ESTUDIO I

6. ESTUDIO CUALITATIVO

Se procede a continuación a exponer la parte cualitativa del presente trabajo. Intenta aproximarse más a la vivencia y a la opinión que tienen las usuarias que dieron a luz en los hospitales del sistema sanitario público gallego.

Tanto en este apartado como en el del segundo estudio, se recorrerán sistemáticamente los objetivos, metodología, y principales resultados, para posteriormente extraer conclusiones conjuntas y globales.

6.1. OBJETIVOS

Este primer estudio se centra en analizar, desde el punto de vista de la usuaria, el funcionamiento de la asistencia al parto y al puerperio en los hospitales públicos gallegos.

Vinculado a este objetivo fundamental, es propósito también de este estudio abordar empíricamente la polémica suscitada en los últimos años acerca de una posible medicalización excesiva del servicio, con la intención de conocer de primera mano las opiniones, necesidades, expectativas y valores de las principales implicadas: las madres.

La información que del presente estudio se derive ha de traducirse no sólo en una descripción objetiva y precisa de la realidad (desde el punto de vista de las usuarias del servicio), sino también en un diagnóstico del funcionamiento de éste en el SERGAS y en recomendaciones concretas en términos de gestión que, sin duda, redundarán en un servicio de mayor calidad.

El objetivo general señalado puede desglosarse en dos objetivos más concretos o, lo que es lo mismo, en la necesidad de dar respuesta a dos problemas particulares:

por un lado, posibilitar la Evaluación y Mejora de la Calidad del Servicio; y, por otro, Promover una Humanización Progresiva del mismo.

OBJETIVO 1: Evaluación y Mejora de la Calidad del Servicio

Este primer cometido puede desglosarse en dos apartados complementarios:

A) Identificar y caracterizar los procesos que definen el Servicio

Como primer paso es necesario conocer y comprender bien el servicio, desde el punto de vista del usuario, reinterpretarlo y redefinirlo, si fuera preciso. Bajo el enfoque de la Gestión por Procesos es fundamental ~~de~~ identificar y analizar aquellas fases y/o elementos “clave” del servicio que pretendemos evaluar y mejorar. Asimismo, es interesante conocer cuáles son las expectativas previas de las mujeres, qué es lo que esperan encontrar. Sólo de este modo podrá entenderse su Satisfacción o Insatisfacción final y articular soluciones adecuadas.

B) Evaluar los Procesos: Diagnóstico del Servicio y Estrategias de Mejora

Una vez identificados y caracterizados los procesos “clave” es el momento de evaluar su funcionamiento, tanto a nivel general como para cada uno de los hospitales que participan en este estudio. En dicha evaluación serán destacados aquellos elementos positivos y negativos y se establecerán áreas de mejora. Se evaluará el grado de cumplimiento de las expectativas de las usuarias y se identificarán aquellos elementos que generan una mayor insatisfacción, todo ello enfocado hacia un diagnóstico y una gestión del propio servicio y de los recursos.

OBJETIVO 2: Promover una Humanización Progresiva del Servicio

El segundo cometido se materializa en el estudio de los valores, actitudes, motivaciones e intereses de las propias madres gallegas a partir de la respuesta a preguntas como: ¿qué entienden por Parto Natural?, ¿qué entienden por parto menos medicalizado?, ¿demandan realmente un parto menos medicalizado?, ¿qué cambios sugieren?, ¿cómo es para ellas el parto ideal?, ¿qué es lo deseable?, ¿cómo valoran el uso de la tecnología en la asistencia al parto?, ¿qué elementos podrían considerarse superfluos y cuáles centrales y necesarios?, ¿en qué consistiría para

las propias madres una mayor humanización del parto?, ¿qué tendrían que poner ellas de su parte y qué el hospital y la propia Sanidad Pública?.

De forma complementaria es importante conocer cuál es la cantidad y calidad de la información que las madres poseen, sobre todo en lo tocante a elementos como la epidural, la episiotomía, la oxitocina, la cesárea... así como su opinión real acerca de ellos.

Por último, se aborda también la Lactancia Materna. Las autoridades sanitarias internacionales, preocupadas por las consecuencias negativas para la salud materna e infantil, en la Declaración de Innocenti de 1990 se marcaron el objetivo de recuperar la *cultura de la lactancia materna*. El *Plan Estratégico Europeo para la Protección, Promoción y Apoyo a la Lactancia Materna* (presentado en Dublín en 2004) reconoce que la lactancia materna es una de las mejores herramientas para mejorar la salud de los niños/as e insta a los gobiernos a coordinar y dar continuidad a las iniciativas locales y regionales para la promoción de la lactancia materna en los países de Europa. Con este estudio se pretende indagar también los motivos de las madres para optar por un tipo de alimentación u otro, así como los factores que pueden condicionar el éxito o el fracaso de la lactancia materna, obteniendo también información directa de las actitudes, intereses, valores y motivaciones al respecto. Se pretende conocer las ventajas o beneficios que las mujeres atribuyen a la lactancia materna, así como los inconvenientes y las dificultades o barreras con las que suelen encontrarse. En definitiva, se espera poder calibrar mejor el problema y encontrar algunas claves para que el SERGAS pueda contribuir a extender esta práctica entre la población.

6.2. METODOLOGÍA

Para dar cuenta de los objetivos planteados se recurrió a una metodología de tipo cualitativo. Como es bien sabido, los estudios CUANTITATIVOS permiten conocer una población de manera fidedigna y pormenorizada, únicamente sondeando a una pequeña parte representativa de la misma. Con su aplicación, por lo general

costosa y lenta, el investigador es capaz de tener un conocimiento descriptivo y más o menos fiel de los problemas objeto de estudio, siempre con un margen de error conocido y aceptable.

Por su parte, los estudios CUALITATIVOS permiten llevar a cabo un análisis más profundo de los temas abordados, incorporando de forma vívida las percepciones del individuo (consumidor o usuario de un servicio). A través del uso de las técnicas cualitativas (grupos focales, entrevista, observación, etc.) el investigador es capaz de acercarse a las motivaciones, valores, actitudes, intereses y expectativas de los sujetos, en definitiva, a la propia experiencia del individuo, obteniendo información enormemente valiosa y, en ocasiones, de interés estratégico para la gestión. Este tipo de estudios, renunciando a cierto grado de validez externa (en la medida en que los resultados no pueden ser expresados con un margen de error conocido), resultan de gran utilidad, ya que permiten disponer en un intervalo de tiempo reducido de explicaciones válidas y soluciones ad hoc a problemas concretos de una organización o servicio (Ulin, Priscilla; Robinson, Elizabeth. Tolley & Elizabeth, 2006; Halcomb, Gholizadeh, DiGiacomo, Phillips & Davidso, 2007).

Desde el punto de vista metodológico, en un estudio cualitativo las posibles carencias en términos de representatividad muestral son suplidas por el investigador gracias a una cuidada selección y captación de los participantes, atendiendo siempre a los segmentos o targets de interés para el estudio. Por su parte, las posibles amenazas a la objetividad y fiabilidad de la información extraída son solventadas a través de diferentes estrategias: (1) la estandarización máxima del procedimiento (atenuando el posible efecto de variables extrañas), (2) una adecuada triangulación de resultados (al participar más de un investigador), (3) el registro objetivo de la información (grabación y transcripción del discurso) y, (4) la experiencia del investigador y su capacidad empática (tanto en lo referente a los participantes, como al problema de investigación planteado), así como su capacidad de análisis y de síntesis de la información extraída (Cohen & Crahtree, 2008; Wong, 2008)

La filosofía de este primer estudio era trabajar con grupos de mujeres que habían sido madres recientemente y que, a través del relato y debate de sus experiencias, habrían de ayudarnos a analizar los problemas planteados desde diferentes perspectivas, a reflexionar y disponer, finalmente, de una visión más real y cercana a la usuaria del servicio, posibilitando un diagnóstico más realista del funcionamiento del mismo. Al mismo tiempo, este contacto directo y distendido con las madres debería contribuir a generar soluciones creativas e integrales, que habrían de traducirse en pautas de actuación concretas a nivel de gestión.

6.2.1. Participantes

Se realizaron 14 Grupos Focales con mujeres que habían dado a luz en el transcurso del año 2008 en hospitales del SERGAS. Las sesiones tuvieron lugar en un hotel céntrico y conocido de las ciudades seleccionadas, en los meses de Mayo y Junio de 2009. En cada reunión participaron un mínimo de 7 y un máximo de 9 mujeres, dimensiones idóneas para la dinámica grupal y para la consecución de los objetivos planteados. Para la participación en los grupos focales se establecieron tres condiciones:

1. Haber dado a luz en 2008
2. Haber dado a luz en un hospital del SERGAS.
3. No haber dado a luz mediante cesárea programada.

En los grupos se incluyeron mujeres de diferentes edades y residentes en diferentes provincias, ámbitos (urbano, semi-urbano y rural) y zonas de la geografía gallega. Las reuniones se realizaron en 14 localidades diferentes, tratando con ello de abordar distintas realidades y tipos de centro. Los hospitales y perfiles considerados se recogen en la siguiente tabla.

GRUPO	TIPO DE CENTRO	PERFIL PARTICIPANTES
COMPLEJO HOSPITALARIO ARQUITECTO MARCIDE-NOVOA SANTOS	Hospital de tamaño medio-bajo (entre 700 y 1400 partos/año; 1224 partos en 2008)	Perfil de usuaria semi-urbana, residente en localidades de la Comarca de Ferrol (Ferrol, Narón, Neda, Fene, ...)
COMPLEJO HOSPITALARIO DE OURENSE	Hospital de tamaño medio (entre 1400 y 2400 partos/año; 1603 partos en 2008)	Perfil de usuaria urbana, residente en la capital de Ourense
HOSPITAL PROVINCIAL DE PONTEVEDRA	Hospital de tamaño medio (entre 1400 y 2400 partos/año; 1734 partos en 2008)	Perfil de usuaria semi-urbana, residente en localidades del área de influencia de Pontevedra (Poio, Marín, Bueu, Vilaboa, ...)
COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO A CORUÑA	Hospital de tamaño grande (más de 2400 partos/año; 2954 partos en 2008)	Perfil de usuaria urbana, residente en Coruña y área metropolitana
COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO DE SANTIAGO DE COMPOSTELA	Hospital de tamaño grande (más de 2400 partos/año; 2653 partos en 2008)	Perfil de usuaria urbana, residente en Santiago y área metropolitana
COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO DE VIGO	Hospital de tamaño grande (más de 2400 partos/año; 4328 partos en 2008)	Perfil de usuaria urbana, residente en Vigo y área metropolitana
COMPLEJO HOSPITALARIO XERAL CALDE	Hospital de tamaño medio-bajo (entre 700 y 1400 partos/año; 1297 partos en 2008)	Perfil de usuaria rural, residente en localidades próximas a Lugo (Begonte, Sarria, Vilalba, ...)
HOSPITAL COMARCAL DA BRABANZA	Hospital de tamaño pequeño (menos de 700 partos/año; 430 partos en 2008)	Perfil de usuaria semi-urbana, residente en localidades de la Comarca del Brabanza (Ribeira, Puebla, Porto do Son, ...)
HOSPITAL COMARCAL DE MONFORTE	Hospital de tamaño pequeño (menos de 700 partos/año; 202 partos en 2008)	Perfil de usuaria rural residente en localidades de la comarca de Lemos (Monforte, Chantada, O Sabiñao, Sober, ...)
HOSPITAL COMARCAL DO SALNÉS	Hospital de tamaño pequeño (menos de 700 partos/año; 610 partos en 2008)	Perfil de usuaria semi-urbana, residente en localidades de la Comarca del Salnés (Cambados, Catoira, Sanxenxo, Vilanova, ...)
HOSPITAL COMARCAL DE VALDEORRAS	Hospital de tamaño pequeño (menos de 700 partos/año; 180 partos en 2008)	Perfil de usuaria rural residente en localidades de la comarca de Valdeorras (O Barco, A Rúa, ...)
HOSPITAL DA COSTA	Hospital de tamaño pequeño (menos de 700 partos/año; 419 partos en 2008)	Perfil de usuaria rural o semi-urbano residente en localidades del norte de Lugo (Burela, Viveiro, Foz, Ribadeo, Lourenzã, ...)
HOSPITAL DE VERÍN	Hospital de tamaño pequeño (menos de 700 partos/año; 143 partos en 2008)	Perfil de usuaria rural residente en localidades de la comarca de Verín (Verín, Vilardebós, Cualedro, Monterrei ...)
HOSPITAL VIRXE DA XUNQUEIRA	Hospital de tamaño pequeño (menos de 700 partos/año; 229 partos en 2008)	Perfil de usuaria semi-urbana, residente en localidades de la Comarca de Finisterre (Finisterre, Muros, Cee, Esteiro, Corcubián, ...)

Tabla 23. Hospitales y Perfiles seleccionados

Se establecieron cuotas por Grupos de Edad, de manera proporcional a los datos poblacionales facilitados por el propio SERGAS, tal y como se recoge en la tabla 24.

HOSPITAL	Menor o igual a 20 años	Entre 21 y 30 años	Entre 31 y 35 años	Mayor de 35 años	TOTAL
COMPLEJO HOSPITALARIO ARQUITECTO MARCIDE - PROFESOR NOVOA SANTOS	1	3	4	1	9
COMPLEJO HOSPITALARIO DE OURENSE	1	2	4	1	8
COMPLEJO HOSPITALARIO DE PONTEVEDRA	1	2	3	2	8
COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO A CORUÑA	1	2	3	2	8
COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO DE SANTIAGO DE COMPOSTELA	1	2	4	1	8
COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO DE VIGO	1	1	3	1	6
COMPLEJO HOSPITALARIO XERAL-CALDE	1	2	4	1	8
HOSPITAL COMARCAL DA BARBANZA	1	2	4	1	8
HOSPITAL COMARCAL DE MONFORTE	1	1	5	2	9
HOSPITAL COMARCAL DO SALNÉS	1	2	4	1	8
HOSPITAL COMARCALDE VALDEORRAS	1	3	3	1	8
HOSPITAL DA COSTA	1	1	4	1	7
HOSPITAL DE VERÍN	1	2	5	1	9
HOSPITAL VIRXE DA XUNQUEIRA	1	2	4	1	8
TOTAL	14	27	54	17	112

Tabla 24. Participantes por Hospital y Grupo de Edad

6.2.2. Captación

La captación de los participantes se llevó a cabo mediante contacto telefónico, unos días antes de la fecha establecida para la realización de cada sesión. La selección de los casos se realizó de manera aleatoria, a partir de una base de datos *Excel* facilitada por el SERGAS, debiendo ser firmado previamente un documento de confidencialidad por parte de los investigadores.

Teniendo en cuenta las dificultades encontradas por parte de las madres seleccionadas para asistir a las reuniones de grupo (sobre todo en las zonas rurales), así como diferentes tipos de incidencias (no constaba el teléfono en la base de datos, no era correcto, cambio de domicilio, etc.) fue necesario seleccionar de la base de datos hasta un total de 1800 casos, 15-16 por cada participante que se necesitaba inicialmente.

Se realizaron al menos dos contactos telefónicos (una semana antes y un día antes de cada sesión) para intentar garantizar la asistencia a las sesiones por parte de las mujeres seleccionadas. En previsión de posibles inconvenientes de última hora, fueron citadas en la ciudad y hotel seleccionado 9 madres por grupo.

En las tablas 25a-25d se muestra el perfil de las madres que finalmente tomaron parte en cada sesión.

GRUPO 1: COMPLEJO HOSPITALARIO ARQUITECTO MARCIDE –NOVOA SANTOS			
EDAD	NÚMERO HIJOS	TIPO DE PARTO	LACTANCIA
20	1	Vaginal	No
28	1	Vaginal	Sí
29	2	Vaginal	Sí
30	2	Vaginal	Sí
31	2	Vaginal	Sí
32	2	Vaginal	Sí
33	1	Vaginal	Sí
34	1	Cesárea	Sí
43	1	Cesárea	Sí
GRUPO 2: COMPLEJO HOSPITALARIO DE OURENSE			
EDAD	NÚMERO HIJOS	TIPO DE PARTO	LACTANCIA
18	1	Vaginal	No
29	1	Vaginal	No
29	1	Vaginal	Sí
31	1	Vaginal	Sí
33	2	Vaginal	Sí
34	4	Cesárea	Sí
36	1	Vaginal	Sí
GRUPO 3: COMPLEJO HOSPITALARIO DE PONTEVEDRA			
EDAD	NÚMERO HIJOS	TIPO DE PARTO	LACTANCIA
20	1	Vaginal	Sí
24	2	Vaginal	Sí
29	1	Vaginal	Sí
31	2	Vaginal	Sí
33	1	Cesárea	Sí
34	1	Vaginal	Sí
38	4	Vaginal	Sí
42	3	Cesárea	Sí
GRUPO 4: COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO A CORUÑA			
EDAD	NÚMERO HIJOS	TIPO DE PARTO	LACTANCIA
25	1	Vaginal	Sí
28	1	Vaginal	Sí
31	1	Instrumental	Sí
33	1	Vaginal	Sí
34	3	Vaginal	Sí
35	1	Cesárea	Sí
36	1	Vaginal	Sí
42	2	Vaginal	Sí

Tabla 25a. Perfil de las participantes en el estudio

GRUPO 5: COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO DE SANTIAGO DE COMPOSTELA			
EDAD	NÚMERO HIJOS	TIPO DE PARTO	LACTANCIA
17	1	Vaginal	No
22	2	Vaginal	No
24	1	Cesárea	No
30	1	Vaginal	Sí
30	1	Cesárea	Sí
31	1	Vaginal	Sí
33	2	Vaginal	No
33	3	Cesárea	No
35	1	Cesárea	Sí
GRUPO 6: COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO DE VIGO			
EDAD	NÚMERO HIJOS	TIPO DE PARTO	LACTANCIA
20	1	Vaginal	Sí
32	1	Vaginal	Sí
33	2	Vaginal	Sí
33	2	Vaginal	Sí
35	2	Vaginal	No
40	2	Vaginal	Sí
GRUPO 7: COMPLEJO HOSPITALARIO XERAL CALDE			
EDAD	NÚMERO HIJOS	TIPO DE PARTO	LACTANCIA
20	1	Vaginal	Sí
27	1	Vaginal	Sí
30	1	Vaginal	Sí
32	1	Cesárea	Sí
33	2	Vaginal	Sí
34	2	Vaginal	Sí
35	1	Vaginal	Sí
40	1	Cesárea	Sí
GRUPO 8: HOSPITAL COMARCAL DA BARBANZA			
EDAD	NÚMERO HIJOS	TIPO DE PARTO	LACTANCIA
18	1	Cesárea	Sí
21	1	Cesárea	No
30	3	Vaginal	No
31	1	Instrumental	Sí
32	2	Vaginal	Sí
33	2	Cesárea	Sí
35	1	Cesárea	Sí
37	2	Vaginal	Sí

Tabla 25b. Perfil de las participantes en el estudio

GRUPO 9: HOSPITAL COMARCAL DE MONFORTE			
EDAD	NÚMERO HIJOS	TIPO DE PARTO	LACTANCIA
20	1	Vaginal	Sí
30	2	Vaginal	Sí
32	1	Vaginal	Sí
34	1	Cesárea	Sí
34	3	Cesárea	Sí
34	1	Cesárea	Sí
34	2	Vaginal	Sí
36	1	Vaginal	Sí
38	1	Vaginal	Sí
GRUPO 10: HOSPITAL COMARCAL DO SALNÉS			
EDAD	NÚMERO HIJOS	TIPO DE PARTO	LACTANCIA
18	1	Vaginal	No
29	3	Vaginal	Sí
30	1	Vaginal	No
31	2	Cesárea	Sí
31	1	Vaginal	Sí
35	2	Vaginal	Sí
35	2	Vaginal	Sí
GRUPO 11: HOSPITAL COMARCAL DE VALDEORRAS			
EDAD	NÚMERO HIJOS	TIPO DE PARTO	LACTANCIA
25	1	Vaginal	Sí
27	1	Vaginal	Sí
28	1	Vaginal	Sí
29	2	Vaginal	Sí
31	1	Cesárea	No
31	1	Vaginal	Sí
32	3	Vaginal	Sí
36	2	Vaginal	Sí
GRUPO 12: HOSPITAL DA COSTA			
EDAD	NÚMERO HIJOS	TIPO DE PARTO	LACTANCIA
24	1	Cesárea	Sí
29	1	Vaginal	Sí
31	2	Instrumental	Sí
32	1	Vaginal	Sí
33	1	Vaginal	Sí
33	2	Vaginal	Sí
40	2	Vaginal	Sí

Tabla 25c. Perfil de las participantes en el estudio

GRUPO 13: HOSPITAL DE VERÍN			
EDAD	NÚMERO HIJOS	TIPO DE PARTO	LACTANCIA
19	1	Cesárea	Sí
22	1	Vaginal	Sí
27	1	Vaginal	Sí
31	1	Cesárea	Sí
31	1	Cesárea	No
31	2	Cesárea	Sí
34	1	Vaginal	No
35	2	Vaginal	Sí
39	2	Cesárea	Sí
GRUPO 14: HOSPITAL VIRXE DA XUNQUEIRA			
EDAD	NÚMERO HIJOS	TIPO DE PARTO	LACTANCIA
24	1	Vaginal	Sí
29	2	Vaginal	No
31	1	Instrumental	Sí
33	1	Vaginal	Sí
34	3	Vaginal	No
34	1	Vaginal	Sí
38	1	Vaginal	Sí
38	1	Cesárea	Sí

Tabla 25d. Perfil de las participantes en el estudio

La muestra final estuvo compuesta por un total de 112 madres, con edades comprendidas entre los 17 y los 43 años ($\bar{X}=30.93$; $S_x=5.57$), todas ellas residentes en la Comunidad Autónoma de Galicia. El 65.8% había dado a luz mediante parto Vaginal y el 25.2% por cesárea no programada. Además, en el 55.9% de los casos se trataba de su primer y único parto. Por último, el 76.6% optaron por alimentar a su bebé con lactancia materna.

6.2.3. Materiales

Para hacer posible la posterior transcripción y análisis de la información, las sesiones fueron grabadas en *audio*, con la debida aprobación de las asistentes, garantizando la confidencialidad de la información. Se optó por prescindir de la grabación en vídeo por considerar que ello podría condicionar la exposición espontánea, crítica y sincera de las opiniones de las participantes, al tratarse de un tema *a priori* muy personal.

Como apoyo al debate se utilizaron diferentes materiales (cartulinas, pegatinas, rotuladores y gráficos) con los que se pretendía alcanzar una mayor implicación en el análisis de los problemas objeto de estudio y, al mismo tiempo, lograr un mayor dinamismo de las sesiones. Se utilizó también una pizarra o papelógrafo, en el que en diferentes momentos el investigador-moderador realizaba una puesta en común de las diferentes opiniones vertidas, recogiendo así las ideas más relevantes que iban surgiendo.

6.2.4. Procedimiento

Las sesiones se estructuraron en seis grandes bloques, partiendo de las cuestiones más generales, hasta ir profundizando de manera progresiva en los elementos específicos objetos de estudio. Al comienzo de cada sesión el moderador realizaba una breve presentación en la que se planteaban a grandes rasgos los propósitos de la reunión y el procedimiento a seguir, intentando además crear un ambiente distendido, una actitud empática en las participantes y una alta implicación en el debate.

🔗 BLOQUE I: Descripción General de la Experiencia

La primera media hora de cada sesión estaba encaminada a fomentar un clima de diálogo y la participación de todos los asistentes. En un primer momento se les pedía que relatasen su experiencia, los recuerdos más sobresalientes y que hiciesen una valoración general de la atención que habían recibido en el hospital. Este primer bloque favorecía que las participantes se desprendieran de la posible timidez o desconfianza inicial, así como de cualquier actitud hostil o reivindicativa. Asimismo, en este primer momento iban aflorando ya, de manera espontánea, distintos elementos que perdurarían a lo largo de la sesión y que constituirían los pilares perceptuales de cada grupo.

🔗 BLOQUE II: Información y Expectativas Previas

En un segundo bloque se preguntó a las asistentes acerca de las expectativas e información que poseían con relación al parto y a los momentos que habrían de vivir en el hospital. ¿Qué sabían realmente del servicio y los momentos que iban a vivir en él?, ¿de dónde habían obtenido la información?, ¿qué sabían de los diferentes tipos de parto, de la epidural, de la monitorización, de la dilatación, de las cesáreas, ...?, ¿qué déficits de información se detectan?, ¿de qué falacias y falsas expectativas se partió?, ¿qué se esperaban encontrar?, ¿cuáles eran sus expectativas?, ¿cuál fue el grado de cumplimiento de éstas?, ¿qué áreas o elementos generaron una mayor discrepancia?

🔗 BLOQUE III: Secuencialización y Caracterización del Servicio


En el tercer bloque el grupo está ya en disposición de describir y caracterizar de manera más precisa del Servicio, identificando los elementos y momentos especialmente relevantes, así como las figuras profesionales que pudieran tener un protagonismo mayor. ¿Cómo es la entrada/llegada al servicio?, ¿cómo fue la admisión?, ¿qué primeras dificultades se detectan a este nivel?, ¿cuáles son los pasos subsiguientes?, ¿con qué personas del servicio se establece contacto en cada fase?, ¿qué perfiles de profesionales intervienen en cada momento?, ¿cuáles son más relevantes?, ¿cómo se valora ese contacto en cada caso?, ¿cómo son vivenciados los momentos de la dilatación, el expulsivo, el alumbramiento?, ¿cómo es el primer contacto con el bebé?, ¿cómo se experimenta la separación de éste?, ¿cómo se vivencia el puerperio?, ¿qué dificultades tienen las mujeres en este momento?, ¿qué demandan?, ¿cómo es el inicio de la lactancia?, ¿qué dificultades sobrevienen a este nivel?, ¿cómo tiene lugar el alta médica?, ¿cómo es la salida del hospital y la llegada al domicilio?, ¿qué sensaciones caracterizan esta fase?, ¿qué tipo de dudas o dificultades concretas se experimentan?

Para facilitar la reflexión y el análisis sistemático de la información, en este tercer bloque se pedía a las participantes que reflejasen en una cartulina los momentos o fases por los que fueron pasando, desde su llegada al hospital hasta el abandono del mismo. A continuación se les pedía que identificasen con pegatinas de diferentes colores (verde, ámbar y rojo) aquellos momentos o situaciones


especialmente positivas, mejorables y negativas experimentadas a lo largo de su estancia en el centro. El análisis de la información vertida en las cartulinas habría de permitir una revisión y secuencialización del proceso de prestación del servicio, desde el punto de vista de sus propias usuarias, identificando los momentos, personas y elementos “clave” del mismo, así como las principales fuentes de malestar o insatisfacción (cuadro 1).

NOMBRE:


ENTRADA **SALIDA**



Momento o situación especialmente agradable o positiva



Momento o situación que no fue excesivamente agradable, que puede corregirse



Momento o situación especialmente desagradable o negativa

Cuadro 1. Tarea realizada para la Secuencialización y Caracterización del Servicio

Una vez que las participantes habían terminado de realizar la tarea, se procedía a una puesta en común, recogiendo en la pizarra aquellos elementos especialmente positivos o gratificantes, los elementos mejorables y también aquellos aspectos o situaciones especialmente negativas destacados por las madres.

🔗 BLOQUE IV: del Servicio

En el cuarto bloque se intentaba precisar más en la evaluación del funcionamiento del servicio, intentando realizar un diagnóstico estratégico del mismo, identificando puntos fuertes, puntos débiles y áreas de mejora. Para ello se recurrió a dos nuevas tareas. En la primera de ellas se pedía a las participantes que rellenasen un cuadro con los elementos positivos, los elementos negativos, lo verdaderamente importante y las posibles recomendaciones (cuadro 2).

<p>✓ ASPECTOS POSITIVOS (lo que más te agradó, lo que funciona mejor, los profesionales que mejor te atendieron...):</p> <p>-</p> <p>-</p> <p>-</p>
<p>✓ ASPECTOS NEGATIVOS (lo que menos te agradó, lo que funciona peor, los profesionales que peor te atendieron...):</p> <p>-</p> <p>-</p> <p>-</p>
<p>✓ LO VERDADERAMENTE IMPORTANTE (a qué cosas le das más valor, qué le pides tú a un hospital si vas a dar a luz ...):</p> <p>-</p> <p>-</p> <p>-</p>
<p>✓ RECOMENDACIONES (tú empezarías por...):</p> <p>-</p> <p>-</p> <p>-</p>

Cuadro 2. Tarea realizada para la Valoración del Servicio

A continuación, se les pedía que intentasen realizar una reflexión más profunda, trasladando dicha información a un gráfico IPA (*Importance-Performance Analysis*), de uso estratégico en el ámbito del Marketing de Servicios (Abalo, Varela y Rial, 2006; Abalo, Varela y Manzano, 2007; Rial, Rial, Varela y Real, 2008).

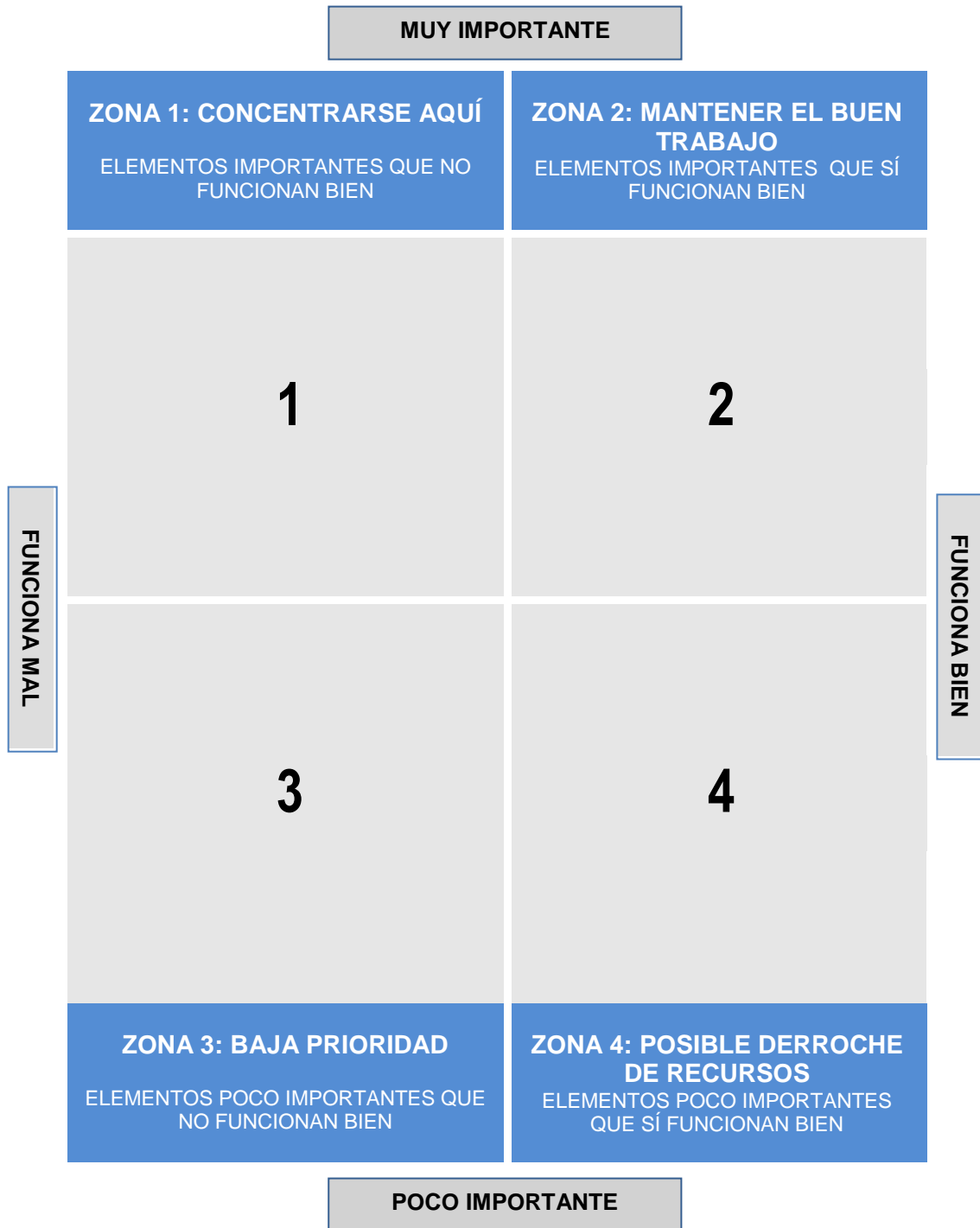


Figura 10. Tarea realizada para el Diagnóstico Estratégico del Servicio. Gráfico IPA (*Importance-Performance Analysis*)

🔗 BLOQUE V: Medicalización del Parto

Si bien a lo largo de la sesión era probable que se aludiera de manera espontánea a diferentes elementos que reflejan una excesiva medicalización del parto y, en general, del servicio de maternidad, en este quinto bloque se intentaba precisar más, tratando de definir las diferentes opiniones de las madres al respecto. De manera específica se abordaron elementos como la anestesia epidural, la monitorización, la cesárea o la episiotomía.

🔗 BLOQUE VI: Lactancia Materna

En este sexto y último bloque temático se intentaba abordar la controversia suscitada en torno a la lactancia materna, explorando la importancia que las madres le otorgan, sus valores, intereses y motivaciones, así como las barreras y/o dificultades con las que suelen encontrarse. Finalmente, se intentaban identificar estrategias que pudieran contribuir a un aumento de esta práctica.

6.3 RESULTADOS

6.3.1. Descripción de la Experiencia

En una primera etapa las propias madres fueron relatando de forma espontánea cómo había sido su experiencia, de modo que pudiesen aflorar los elementos en los que habría que centrar la atención. Entre dichos elementos cabe mencionar, en primer lugar, el TIEMPO. Se ha podido comprobar que para buena parte de las mujeres el hecho de que el proceso sea lo más rápido posible es fundamental. Por tanto, es de suma importancia gestionar bien el Tiempo. Para la mujer lo deseable es tener un parto lo más rápido posible, por lo que cualquier complicación que dilate el proceso genera incertidumbre y ansiedad, incidiendo negativamente en el propio proceso.

Se ha podido comprobar que para la inmensa mayoría de las madres la estancia en un hospital público implica la disponibilidad de excelentes profesionales y equipamientos, lo cual les confiere seguridad. Sin embargo, un alto desempeño a

este nivel (magníficos profesionales y magnífico equipamiento) no garantiza una buena calidad del servicio y, mucho menos, la satisfacción final de los/as usuarios/as. La mejora en la calidad del servicio pasa por incorporar a su gestión el punto de vista del/a usuario/a. En consecuencia, paralelamente a los criterios médicos, deben tenerse en cuenta las necesidades de las propias madres y sus características personales. Sin empatía, sin ponerse en el lugar de la madre y de las familias, es imposible dispensar un servicio integral y de calidad. Los logros a este nivel se verán traducidos de forma inmediata en una mayor humanización de la asistencia al parto.

Es importante señalar que la gran piedra angular en este reto de mejora del servicio es el propio personal (facultativos, matronas, enfermeras...). Además de su capacitación técnica y su profesionalidad, debe caracterizarse por un alto grado de EMPATÍA y un TRATO cercano a la usuaria. La mujer espera del profesional que le ayude a traer al mundo a sus hijos, que nazcan sanos, que le confiera seguridad y que le ayude a manejar el dolor y la ansiedad adecuadamente.

La información es otro de los elementos clave para mejorar el servicio. Resulta fundamental que los profesionales sean conscientes de la incertidumbre en la que se mueven las mujeres y de sus demandas constantes de información que, por otra parte, debe transmitirse de la manera más sencilla y clara posible. Las madres necesitan estar informadas permanentemente de lo que les está pasando. Es fundamental no obviar esta necesidad y darle una respuesta adecuada.

Al hilo de esta necesidad de información, conviene recalcar también que las mujeres demandan un mayor protagonismo en la toma de decisiones. No hay que decidir por ellas, sino informar y aconsejar. Se ha podido detectar una enorme falta de empatía por parte de algunos profesionales y un exceso de autoridad en la gestión de todo el proceso, lo cual se traduce a menudo en una fuente de malestar e incluso de conflicto. Es importante que las mujeres tengan información veraz, para que puedan tomar decisiones y corresponsabilizarse junto a los profesionales de la evolución del parto, de manera que ella y su familia sean los verdaderos protagonistas del nacimiento de su propios hijos/as.

6.3.2. Secuencialización y Diagnóstico del Servicio

Se ha podido comprobar que el proceso de consumo de un servicio como el de maternidad es algo muy particular y personal, por lo que requiere (en la medida de lo posible) una atención personalizada e individualizada. No hay dos partos iguales, ni dos madres iguales, ni siquiera dos bebés iguales. Los tiempos de cada uno, el umbral de dolor de cada persona, su capacidad de sufrimiento, sus valores y expectativas, así como las posibles complicaciones, hacen que cada parto sea un hecho único e irrepetible. Ello no quiere decir que no sea posible identificar elementos comunes a buena parte de los casos. Desde un punto de vista experiencial, hemos podido comprobar que las madres tienden a estructurar el proceso en torno a tres tipos de elementos:

- 1) Las **dependencias** físicas en las que están en cada momento
- 2) Los **acontecimientos y sensaciones** que van viviendo
- 3) Los diferentes **profesionales** con los que se van encontrando

Teniendo en cuenta estos tres elementos, se podrían considerar las diferentes etapas del proceso asistencial bajo el siguiente esquema:

❶ ENTRADA URGENCIAS: ADMISIÓN

Lo que se demanda es agilidad, una atención inmediata y un tránsito rápido a la siguiente fase del proceso. El contacto inicial es con celadores y personal de admisión. No se admiten demoras, preguntas improcedentes, ni comentarios fuera de lugar. Algunas mujeres cuestionan incluso la propia entrada al servicio de maternidad por urgencias y sugieren alguna otra posibilidad que les genere menos ansiedad.

② CONSULTA GINECÓLOGO/A

Lo que se demanda es empatía, información y seguridad. Tiene lugar un primer contacto con los/as ginecólogos/as y no se admiten esperas injustificadas, desconsideraciones, falta de profesionalidad, ni dudas.

③ SALA DE DILATACIÓN

Lo que se demanda es seguridad, sensación de control y un trato humano. Es especialmente importante proporcionar información breve y relevante de cómo va a ser el proceso, para el manejo de la incertidumbre. También son fundamentales dos elementos más: el acompañamiento por parte de algún familiar (la mujer no debe sentirse nunca sola) y la gestión del dolor. A este nivel cobra un enorme protagonismo la anestesia Epidural. En este tercer momento del proceso la mujer toma contacto con dos nuevos profesionales: la MATRONA y el ANESTESISTA. La matrona es otro de los elementos “clave” del servicio. El establecimiento de un vínculo de familiaridad y confianza es fundamental, ya que va a permitir reducir la ansiedad de la mujer y proporcionarle buena parte de la seguridad y el apoyo emocional que necesita. Es muy importante la capacidad de la matrona para enseñar a manejar la situación, a controlar el dolor, a respirar, a empujar y, en definitiva, a que la propia mujer sea capaz de interpretar con naturalidad todo lo que le está pasando y afrontarlo con cierta tranquilidad.

Mención particular merece permitir cierta flexibilidad de movimientos, así como la disponibilidad de determinados elementos de ayuda (p.ej.: masajes, pelota de bobath, la telemetría, taburetes de partos...) o el uso selectivo y justificado de la oxitocina, etc.

El momento de la dilatación resulta clave, ya que en muchas ocasiones dura horas, el dolor es intenso y la inquietud manifiesta. La correcta administración de la epidural, por un lado, y el establecimiento de unas condiciones de tranquilidad y familiaridad, por otro, condicionan la valoración de esta fase. Si se administra la epidural en el momento adecuado, con la información

oportuna y permitimos que las mujeres estén acompañadas y cómodas, habremos ganado un punto decisivo.

④ SALA DE PARTOS

Este es el momento culminante del proceso donde el interés por el bebé pasa a primer plano. Lo que se demanda es seguridad y rapidez. Los profesionales deben intentar conferir sensación de control y tranquilidad a la madre. Es importante también la información sobre el buen estado del bebé (cada segundo sin información es una eternidad para la madre) y facilitar un contacto inmediato y continuo con éste, aspecto de gran valor emocional. Vuelve a ser importante de nuevo la presencia de un familiar. Por su parte, la matrona tiene un especial protagonismo. De la profesionalidad y empatía de la matrona va a depender la tranquilidad de la madre en el momento decisivo. Tiene también un papel central en los cuidados de la madre (puntos de sutura, revisión de la placenta,...), lo cual va a condicionar su recuperación posterior. Una mala práctica a este nivel constituye una clara fuente de insatisfacción y puede condicionar la valoración global del servicio.

⑤ SALA DE RECUPERACIÓN

En esta fase se demanda tranquilidad. Es importante que las instalaciones no se vean afectadas por un exceso de actividad y que se garantice el descanso de la madre. La presencia del acompañante y de la familia vuelve a ser fundamental. Este es un momento íntimo, donde el personal debe estar accesible y vigilante, pero en un segundo plano.

⑥ PLANTA (HABITACIÓN)

La comodidad, la posibilidad de disponer de habitación individual, el trato familiar y el descanso marcan la estancia en la planta de maternidad. Cobran protagonismo dos cuestiones: la alimentación y cuidados del bebé (con todas las dificultades que conlleva la lactancia materna) y los cuidados de la madre (especialmente en casos de cesárea). El papel del ginecólogo/a es capital, a quien se le pide ante todo, tiempo, interés y profesionalidad. Del resto del personal se demanda una respuesta rápida y amable, además de paciencia e

interés a la hora de atender y resolver adecuadamente las demandas del usuario. Es muy importante que dispongan de la formación adecuada en cuidados puerperales y puericultura, para resolver las dudas que se le plantean. La formación continua es trascendental y, en consecuencia, su capacidad de informar y ayudar de manera eficaz a las madres.

7 ALTA HOSPITALARIA

En esta última fase se demanda agilidad, buena información (útil, clara y completa) con relación a cuestiones como la alimentación y cuidados del bebé, así como de las revisiones (tanto del pediatra, como del ginecólogo), garantizando así la continuidad de los cuidados. Se agradece también un trato cordial y un interés manifiesto por resolver las frecuentes dudas que plantean las usuarias. Es importante evitar retrasos innecesarios o inesperados, así como problemas burocráticos (firma del alta por el facultativo, pruebas pendientes de realización, el médico no pasa visita hasta el mediodía, etc.).

Un último elemento al que se hace referencia de forma generalizada y que es causa de malestar, es el retraso que actualmente sufren las madres a la hora de acceder a la revisión ginecológica. Éstas manifiestan el deseo de poder realizar una revisión ginecológica en los 2 primeros meses posteriores al parto.

En la siguiente figura se representan las distintas fases del proceso. Hay que advertir, no obstante, que el *flujograma* puede ser un poco diferente según cada hospital. En general la entrada tiene lugar bien por admisión o urgencias de obstetricia; luego se pasa a monitorización y exploración (para decidir el ingreso o no); a continuación, si está en trabajo de parto franco, pasa a dilatación (si no se le da el alta o, en caso de estar de parto, se ingresa en planta); una vez en dilatación, cuando alcanza la fase de expulsivo, en la mayoría de hospitales se pasan al paritorio (para un parto vaginal eutócico o para un parto vaginal instrumentado) o al quirófano (para prueba de parto o cesárea); a continuación, en la mayoría de los casos se pasa a una sala de recuperación postparto (distinta a la que pasan las de cesáreas) o a la misma sala que hicieron la dilatación; finalmente

se suben a planta tanto la madre como su bebé (juntos en la misma cama o por separado, según la rutina de cada hospital).

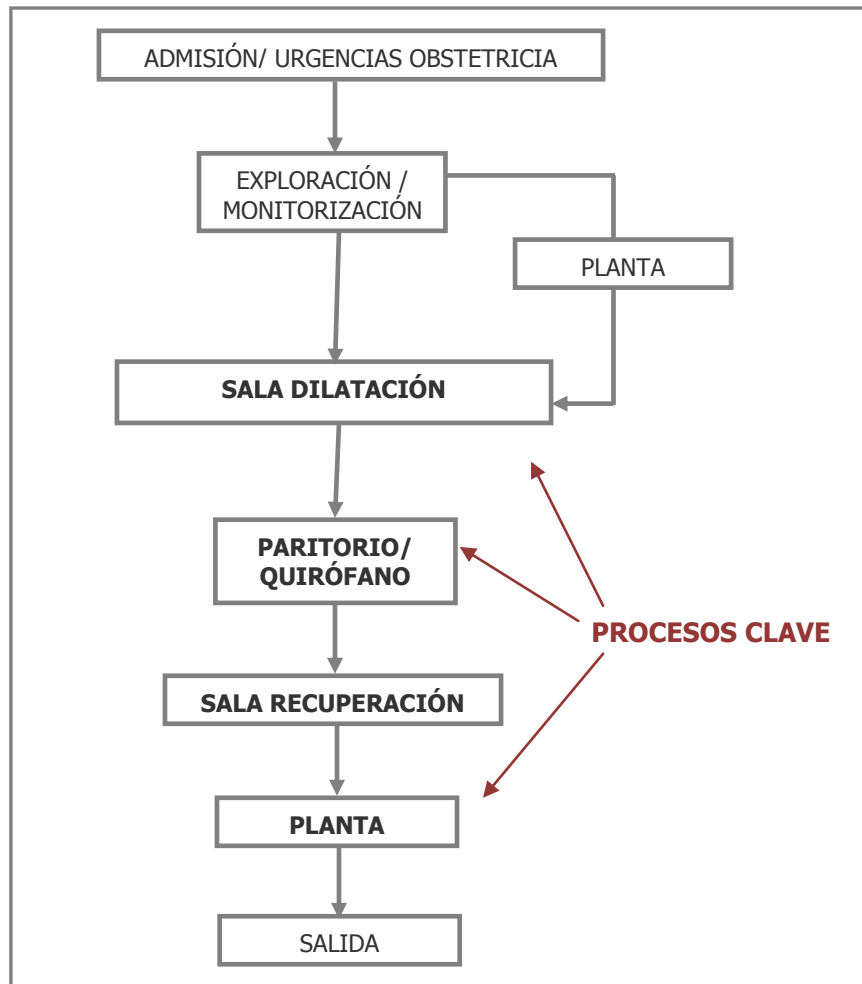


Figura 11. Caracterización del servicio e identificación de procesos clave

Como se puede observar, las tres fases especialmente conflictivas son la Fase de Dilatación, la Fase del Expulsivo y Alumbramiento (en el paritorio quirófono) y la Fase de estancia en Planta. En ellas tienen lugar una serie de sub-procesos que suelen ser fuente de conflicto o insatisfacción por parte de la usuaria y que se han ido desgranando y ejemplificando a lo largo de todo el informe.

En las tablas 26a-26e se recogen, de manera resumida, los principales elementos que las usuarias de los 14 hospitales incluidos en el estudio identifican como positivos (puntos fuertes) ó negativos (puntos débiles). Por su parte, en las tablas

27a-27d se recogen aquellos elementos que se consideran más relevantes, junto con las recomendaciones realizadas para cada hospital.

Los resultados son similares en los diferentes hospitales, si bien cada uno presenta ciertas particularidades. En general las matronas y el personal de enfermería son elementos que se identifican como puntos fuertes del servicio, lo contrario de lo que sucede con algunos facultativos. En ocasiones adolecen de cierta empatía y se les reclama un trato más próximo, afable y, sobre todo que se detengan más a informar a las madres, haciéndolas partícipes de las diferentes decisiones a tomar. La lactancia materna y, en concreto, la información y la ayuda efectiva en esa labor se suele mencionar como uno de los principales déficits del servicio, aunque (al igual que en el caso de los facultativos) existen diferencias entre centros. Un claro elemento de discordia es la presencia de la pareja y/o la familia acompañando a la madre. Tal y como se ha destacado con anterioridad, éste se configura como un elemento capital en todo el proceso.

Con relación a aquellos elementos que las usuarias consideran más importantes no existen grandes variaciones entre hospitales. La empatía por parte del personal, un trato humano y cálido, la seguridad en el proceso, la información, un buen manejo del dolor, la presencia de la pareja/acompañante y la ayuda efectiva en la lactancia y cuidados del bebé constituyen las grandes preocupaciones de las madres.

En lo referente a las recomendaciones que hacen las madres, éstas son diversas: desde separar más el área de maternidad del resto de áreas del hospital, hasta ejercer un control más estricto sobre el desempeño del personal, garantizando una asistencia de calidad. Se reclama también un esfuerzo mayor por informar más y mejor, así como hacer partícipe a la madre de buena parte de las decisiones que le afecten directamente, otorgándole la potestad de la decisión final cuando le corresponda.

Hospital	Aspectos POSITIVOS	Aspectos NEGATIVOS
FERROL	Atención y trato de la matrona y la ginecóloga Personal de paritorio Epidural Poder tener a mi niño conmigo en todo momento Habitaciones individuales en el paritorio y dilatación. Lo que mejor funciona es el servicio de limpieza. Intentaron no hacerme una episiotomía y al final lo consiguieron Mucha ayuda de las matronas Comida Me pusieron al bebé enseguida sobre el pecho. Me dejaron darle el pecho antes de las 2 horas de nacido.	La falta de información en cada proceso El trato del personal de planta Por cesárea, no poder dar Lactancia Materna al momento Coordinación entre el personal. Mayor comunicación entre ellos. Comida Durante la dilatación, oír los gritos de otras mamás que están de parto. Episiotomía La separación con el niño Falta de empatía por parte de los profesionales No respetaron mi deseo de Lactancia Materna exclusiva y le dieron suplemento alimenticio En planta parece que están en contra de la Lactancia Materna y no saben responder tus dudas sobre ésta.
OURENSE	Trato del personal en general y Profesionalidad Poder estar con un familiar al lado Los momentos vividos en la Sala de Recuperación El primer contacto con el bebé Cursos de preparación al parto El equipamiento, la tecnología	Que no me explicaran nada (ginecólogos, matronas), que me ignorasen No garantizar la presencia de un familiar, que dependa del equipo que te toque El trato poco humano de alguna matrona Poca flexibilidad en la postura durante dilatación y expulsivo No siempre atiende el mismo ginecólogo durante el embarazo Las instalaciones viejas, los baños, las camas... Poca ayuda con el bebé en la habitación
PONTEVEDRA	Acompañamiento continuo de algún familiar o pareja Los profesionales del paritorio Calidad profesional y humana del equipo de partos Acompañamiento del bebé en todo momento Información, atención... durante todo el proceso Posibilidad de bañarse y tener espacio propio para poder moverse	Falta de información en la planta de ingreso Habitación reducida Ausencia de un pediatra para informar sobre el estado del bebé Ventilación Demasiado tiempo en dilatación para tener el parto por cesárea finalmente Mayor amabilidad con las madres y mayor información No permitir acompañamiento

Tabla 26a. Elementos Positivos y Elementos Negativos del servicio

Hospital	Aspectos POSITIVOS	Aspectos NEGATIVOS
A CORUÑA	<p>Trato del personal Matrona Revisiones y médicos en planta Comunicación Personal Sanitario – Paciente Habitación individual Contacto piel con piel con el RN Acompañamiento Paritorio y sala de dilatación amplios Buen trato del personal en planta</p>	<p>El trato en Urgencias y en Planta Trato de matronas y enfermeras de planta Control de las horas de visita que no se respetan Poca información Trato de las ginecólogas Mucho calor en el hospital Llevar al RN a la cuna térmica “por protocolo” Rasurado Enema No poder beber durante la dilatación</p>
SANTIAGO	<p>La matrona Poder vivir la experiencia con mi marido Algunos Ginecólogos/as Que nos dejaran solos en la dilatación El trato de las enfermeras, auxiliares y celadores</p>	<p>Algún Ginecólogo. Trato poco humano, prepotencia, brusquedad,... Alguna enfermera Poca información, pocas explicaciones, no me cuentan nada ni me consultan Escasa formación del personal en puericultura Entrada por urgencias (inquietud, tensión,...) Dolor exagerado Retraso del alta por mala planificación de las pruebas al bebé Mala coordinación entre Planta y Consulta</p>
VIGO	<p>Matrona Profesionalidad del personal Trato amable Compañía durante el parto Intimidad en planta Atención de los enfermeros en prácticas</p>	<p>Trato en ciertas fases del servicio Instalaciones Atención de los tocólogos Atención de los ecógrafos. Falta de información. Matrona muy desagradable No poder estar acompañada por las mañanas Atención de los centros de salud La espera al ingreso en planta No todos los profesionales funcionan igual. Trato negativo.</p>

Tabla 26b. Elementos Positivos y Elementos Negativos del servicio

Hospital	Aspectos POSITIVOS	Aspectos NEGATIVOS
LUGO	Trato del personal (Matronas, enfermeras y celadores) El afecto y seguridad que te dan Agilidad a la hora de parto Que puedas pedir la epidural Comida Atención al bebé Primer contacto con el bebé Poder estar acompañada de tu marido	Falta de explicaciones. Manejo de la incertidumbre y apoyo psicológico No poner la epidural a pesar de haberla solicitado. Retraso del anestésista o ponerla tarde Poca ayuda e información sobre el cuidado del bebé en la habitación Trato del personal, especialmente ginecólogo y anestésista Imposibilidad de descansar (excesivas visitas, distintos tipos de paciente en la misma habitación) Instalaciones y material antiguo, falta de equipamiento Falta seguimiento y apoyo tras salir del hospital Separar madre del bebé al nacer durante demasiado tiempo
BARBANZA	Enfermeras Atención Matronas Ginecólogos Anestésista Cesárea solo cuando sea necesario Comida antes de dar a luz Disponibilidad de Epidural Contacto piel con piel con el RN	Trato con Matronas No valoran cuando tienes dolor No permitieron el acompañamiento a lo largo de todo el proceso No permiten ir al baño No ayudan en la movilización Separación de enfermos No hay UVI Pediátrica Habitaciones compartidas Trato con Enfermeras Enemas
MONFORTE	Trato del personal durante el parto Comida Epidural Instalaciones Cambios de turno Servicio de Reanimación Zona agradable de dilatación y parto Matrona Poca masificación en el hospital Ayuda para evitar la cesárea y favorecer un parto natural Posibilidad de acompañamiento permanente de un familiar	Falta de atención del personal sanitario Mala atención de enfermeros en planta Matrona del ambulatorio Mala coordinación entre ginecólogos y matronas La falta de formación e información antes del parto Desinformación Falta de ropa para los recién nacidos Ausencia de timbre en la sala de basales Falta de cortinas en las habitaciones Falta de personal a ciertas horas

Tabla 26c. Elementos Positivos y Elementos Negativos del servicio

Hospital	Aspectos POSITIVOS	Aspectos NEGATIVOS
SALNÉS	La matrona Preocupación por la lactancia materna y ayuda Información Atención del personal Enfermeras	La atención de los médicos Sobrecarga de trabajo, excesivas prisas Servicio Pediatría Que no sea la misma matrona la que siga tu embarazo El aseo, las habitaciones Compartir habitación y planta
VALDEORRAS	Matrona, ayuda profesional y moral antes y después del parto Las clases de educación del parto El trato de todo el personal de maternidad Matronas, enfermeros y celadores Ginecología. Control del bebé y de la madre Permitir que te acompañe tu marido en todo momento Habitación individual, la intimidad es fundamental En cuanto avisas que quieres bajar a dilatación, acuden y te llevan a dilatación.	Las enfermeras tanto en paritorio como en planta Pocas habitaciones individuales No atienden a los bebés después de dar a luz El poco tacto que tienen contigo los médicos cuando vienen de visita a las habitaciones. El ginecólogo no informa ni suficiente, ni correctamente. No poder ver como bañaban a mi hijo Servicio técnico Comida sin sal No tenían cierto medicamento (Eritroproyotina) y no querían solicitarlo porque era demasiado caro
BURELA	Atención de la matrona Trato del personal en Prematuros Atención de las enfermeras Trato agradable de los ginecólogos Permitir acompañamiento Disponibilidad de Epidural Comida Buena comunicación entre profesionales y pacientes	Trato de algunos profesionales, indiferencia con la que pueden llegar a tratarte Falta de información Trato de las enfermeras No permitir que el padre esté presente durante las revisiones Trato de ginecóloga Atención en Planta Sala de espera con equipamiento insuficiente Falta de información sobre lactancia

Tabla 26d. Elementos Positivos y Elementos Negativos del servicio

Hospital	Elementos RELEVANTES	RECOMENDACIONES
<p>VERÍN</p>	<p>Los médicos y los enfermeros me trataron muy bien La matrona Atención del personal Ginecóloga Instalaciones Comida Profesionales de planta</p>	<p>Mal funcionamiento de las guardias. Matronas Atención del personal muy deficiente y desagradable Quirófano muy básico y poco higiénico Tardan demasiado tiempo en poner la epidural No hay separación del servicio de Maternidad con otros servicios. No hay control post-parto El personal sanitario en muchas ocasiones entra en las habitaciones sin la ropa adecuada. Mayor profesionalidad Falta de habitaciones</p>
<p>CEE</p>	<p>Matrona Trato del personal durante el parto Trato e información aportada por el ginecólogo/a Profesionalidad Acompañamiento permanente de tu marido o familiar Sala de partos</p>	<p>La epidural Demasiado tiempo de dilatación Falta de atención y acompañamiento por parte del ginecólogo/a La matrona no debería estar dando su opinión sobre la elección del parto natural justo en ese momento. Falta de información</p>

Tabla 26e. Elementos Positivos y Elementos Negativos del servicio

Hospital	Aspectos RELEVANTES	RECOMENDACIONES
FERROL	<p>Mayor profesionalidad y coordinación entre los profesionales Sensibilidad y empatía por parte del personal Más información Respetar y prestar atención a las opiniones de las madres Mayor respeto a las madres primerizas Mejores instalaciones Rapidez en la atención Dar las ecografías a las madres</p>	<p>Mayor empatía por parte de los profesionales Mayor formación en Lactancia Materna Reciclar periódicamente al personal Evaluaciones periódicas sobre la profesionalidad del personal Capacidad del personal para trabajar en equipo Habitaciones individuales Mayor profesionalidad Horario de visitas más flexible para impedir que se produzcan aglomeraciones. Los Hospitales deben estar preparados para partos más naturales Mayor atención al post-parto Realizar ecografías en 3D, por lo menos una a todas las embarazadas Mejorar el servicio de neonatos, valorando la posibilidad de mantener a los bebés con sus madres</p>
OURENSE	<p>Trato más humano (matronas, ginecólogos, enfermeros, pediatras, admisión). Empatía Profesionalidad, buena formación Gestión de la información Garantizar la presencia de un familiar Mayor naturalización del proceso Mejora de infraestructuras</p>	<p>Garantizar la calidad de la atención al usuario y un buen trato Proporcionar información durante el parto Garantizar la presencia de un familiar Modernizar el material de cara a una asistencia más natural o de baja intervención del parto Habitaciones separadas</p>
PONTEVEDRA	<p>Cantidad y calidad de la información Mayor atención al bebé Buen trato del personal Trato adecuado a la situación personal del paciente Un equipo médico altamente cualificado Mayor intimidad Especial ayuda a las madres primerizas</p>	<p>Ampliar las habitaciones Mejorar el trato del personal Ayudar a comprender todas las situaciones e informar de manera personalizada Mejorar el aparcamiento Preocuparse por la comodidad de la madre Mayor vigilancia Mayor atención por parte de las enfermeras Atención siempre del mismo ginecólogo Habitaciones individuales Supervisar el estado de salud de los niños en el alta Apoyo y atención periódica, seguimiento post-parto</p>

Tabla 27a. Elementos Relevantes y Recomendaciones

Hospital	Aspectos RELEVANTES	RECOMENDACIONES
A CORUÑA	Personal más humano Información y atención Buenas instalaciones Empatía y comprensión Presencia del Recién Nacido con la madre todo el tiempo Favorecer la lactancia materna Favorecer el parto natural	Mayor y mejor atención al paciente Más personal Mejorar las instalaciones Más anestesistas Preocuparse porque te sientas cómoda y tranquila No permitir que haya tanta gente en las habitaciones (control de visitas) Preguntar a la madre antes de intervenir. Dar opciones cuando las hay No separar madre e hijo Ayudar en la lactancia materna
SANTIAGO	Buena atención a la madre y al bebé Trato más Humano y respeto como persona Información Acompañamiento de la pareja Realización de las Pruebas estrictamente necesarias Potestad para tomar ciertas decisiones Profesionalidad	Ejercer un control más estricto sobre la atención y el desempeño del personal (especialmente algunos ginecólogos). Garantizar la profesionalidad. Otorgar más importancia a la información que se da a la mujer. Hacer partícipe a la mujer de las decisiones, otorgándole la potestad de la decisión final cuando le corresponda. Realizar una labor informativa y de ayuda práctica con relación a la lactancia materna y los cuidados del bebé.
VIGO	Trato personalizado y más empático, más humano Amabilidad en la atención Intimidad Acompañamiento Profesionalidad Más información y mejor comunicación Ayuda a la lactancia Mayor coordinación entre el centro de salud y los hospitales	El buen trato, más humano y cordial Atención adecuada, sin prisas Ser claros en los diagnósticos, con lenguaje entendible para los pacientes No generalizar, cada mujer es un caso particular y <i>cada una siente y padece de forma diferente</i> Coordinar los datos médicos del hospital con los del ambulatorio Menor tiempo de espera al ingreso Utilizar nuevas tecnologías y mejores equipamientos Contratar personal joven Sala de espera diferenciada para urgencias generales y urgencias ginecológicas Mejorar la información al paciente Método “canguro” para poder coger al niño aunque esté en la UCI Permitir amamantar a los niños de UCI desde el primer momento

Tabla 27b. Elementos Relevantes y Recomendaciones

Hospital	Aspectos RELEVANTES	RECOMENDACIONES
LUGO	<p>Atención personalizada, empatía y flexibilidad Gestión de la información Seguridad para madre y bebé, con disponibilidad de los medios técnicos pertinentes Profesionalidad y formación del personal Alternativas al parto medicalizado, cierta flexibilidad y medios Instalaciones más acogedoras y familiares, habitaciones más amplias e individuales Tranquilidad y sensación de control Poder estar acompañada en todo momento</p>	<p>Garantizar un buen trato del personal Proporcionar información durante todo el proceso Personalizar la atención Instalaciones más modernas, cómodas y tranquilas Mejor equipamiento Garantizar la profesionalidad y una buena formación del personal Uso racional de la intervención médica en el parto normal. Utilizar los recursos médicos en caso necesario, no por sistema.</p>
BARBANZA	<p>Buen trato, personal, humanizado, comprensión Información Permitir Acompañamiento continuo Contacto piel con piel después del nacimiento del RN Medios técnicos y humanos para asegurar salud del RN Capacidad de reacción y toma de decisiones del equipo Disponibilidad de Epidural Delimitar zona de maternidad</p>	<p>Ampliar las diferentes maneras de parir Más formación psicológica humana de los profesionales Más explicaciones e información a las madres Más personal sanitario Más ginecólogos Permitir a las parejas acompañar a las parturientas en todo momento Mayor amabilidad en el trato Delimitar la zona de maternidad y separarla de los enfermos que acuden al hospital Implantar una UVI pediátrica Mejor trato de las matronas a la hora de dar a luz, considerando las circunstancias particulares de cada madre.</p>
MONFORTE	<p>Atención más humana por parte del personal Aumento de las plantillas para suplir bajas y vacaciones Mejor gestión de las sustituciones Personal disponible 24horas Información a la madre de lo que le hacen a ella y al bebé Más profesionalidad Matrona atenta y cuidadosa Acompañamiento permanente de familiar o pareja Permiten estar con el bebé desde que nace</p>	<p>Aumento de la plantilla: que haya anestesistas y ginecólogos disponibles Personal especializado y motivado Más información y ayuda durante el parto y la lactancia Métodos para reducir el dolor Intentar mejorar el trato, más humano y sensible Atención siempre del mismo personal Coordinación entre atención primaria, ginecólogo y matrona Cursos de atención al paciente para el personal sanitario Personal disponible de las 24 horas al día Exigencia por parte de los directivos para que las enfermeras atiendan a los pacientes atentamente y explicando lo que hacen Ofrecer un parto más natural</p>

Tabla 27c. Elementos relevantes y recomendaciones

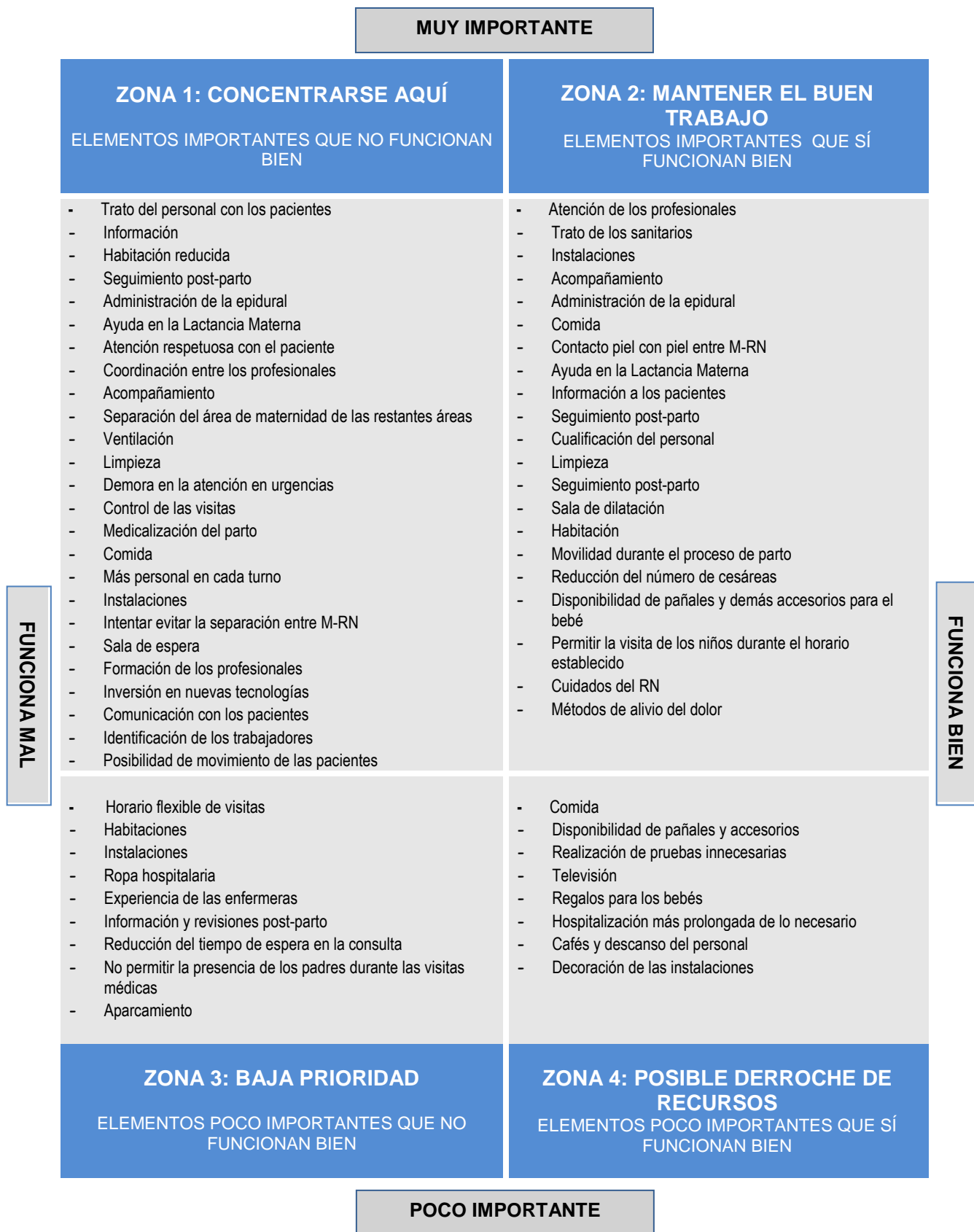
Hospital	Aspectos RELEVANTES	RECOMENDACIONES
SALNÉS	<p>Atención/Cuidados del niño Atención/Cuidados de la madre Tranquilidad Alimentación del bebé Trato Ubicar el área de maternidad en un bloque independiente</p>	<p>Posibilidad de separar más el servicio de Obstetricia/Maternidad del resto de especialidades de la planta de hospitalización en la que está maternidad.</p>
VALDEORRAS	<p>El trato de todo el personal Profesionalidad Diferentes alternativas en métodos de relajación y dilatación Mayor respeto por la opinión del paciente Las habitaciones más grandes y más íntimas Más información Más ayuda para darle el pecho al bebé</p>	<p>Más habitaciones individuales, que favorezcan la intimidad Métodos alternativos de alivio del dolor Mejor ropa tanto para el bebé como para la mamá Respeto de las decisiones del paciente Mejorar la atención del personal Mejorar la cualificación del personal Ofertar cursos de atención al paciente para las enfermeras de planta</p>
BURELA	<p>Más información Trato a los pacientes Empatía por parte de los profesionales Permitir que el acompañamiento constante de la pareja o familiar</p>	<p>Ampliar la sala de espera y el número de sillas Permitir acompañamiento durante el parto y revisiones Más información en general Mejora en el trato y la atención por parte del personal (ginecólogo, matrona, enfermeras,...) Disminuir el tiempo de espera Actualización de los conocimientos por parte de los profesionales (nuevas técnicas, avances en partos,...)</p>

Tabla 27d. Elementos relevantes y recomendaciones

Hospital	Elementos RELEVANTES	RECOMENDACIONES
VERÍN	<p>Amabilidad y educación del personal Mayor profesionalidad Cuando pidés la cesárea o la epidural que te la pongan y consideren tus necesidades Mayor agilidad del personal sanitario cuando los necesitas Más información Mayores medios técnicos para los niños en caso de que haya alguna complicación Espacio reservado en el hospital para Maternidad Más atención a las mamás primerizas Mayor formación y preparación por parte de los profesionales</p>	<p>Necesidad de un área de Maternidad independiente del resto de áreas del hospital Preparación del personal adecuadamente Matronas Ecógrafo en paritorio Realizar ecografías justo antes de dar a luz por si hay algún problema con el bebé Mayor empatía de los profesionales Más recursos técnicos en Verín para atender a los niños en caso de que haya complicaciones</p>
CEE	<p>Profesionalidad y Trato humano Compañía en todo momento de mi marido o familiar Atención con sensibilidad, para poder parir de la forma más natural, posturas para poder dilatar mejor... Que me alivien lo máximo posible el dolor</p>	<p>Mayor información por parte de todos los profesionales Separación de las habitaciones de maternidad de otros enfermos Epidural Trato personalizado Cambiar la bañera para poder dar a luz en el agua Más visitas previas a las matronas para que te informan, ya que son ellas las que estarán contigo durante el parto Que puedas cambiar la postura durante el parto Comida más variada</p>

Tabla 27e. Elementos relevantes y recomendaciones

Por último, la realización de un Análisis de Importancia-Valoración (IPA) ha permitido llevar a cabo un diagnóstico estratégico del funcionamiento del área de maternidad, poniendo en relación los elementos que el usuario considera más importantes, con el desempeño alcanzado en cada uno de ellos. La integración de los resultados obtenidos en los catorce hospitales ha permitido elaborar un gráfico resumen que puede resultar de utilidad para la gestión de estos servicios en nuestra comunidad.



FUNCIONA MAL

FUNCIONA BIEN

Figura 12. Gráfico IPA para el Diagnóstico Estratégico del Servicio

Existen dos cuadrantes o áreas que centran la atención de las usuarias y que deben ser considerados de manera especial por los responsables del servicio. La primera de ellas (*Zona 1: Concentrarse Aquí*) recoge aquellos elementos de gran importancia para la usuaria y que no están siendo gestionados de manera correcta; señalan por tanto, aquellos elementos de necesaria mejora. Son varios los elementos que se mencionan, desde la necesidad de un trato más humano, de proporcionar más información a la mujer a lo largo de todo el proceso y hacerla partícipe de las decisiones, hasta mejorar la ayuda a la lactancia, garantizar el acompañamiento familiar, etc.

La segunda área estratégica (*Zona 2: Mantener el Buen Trabajo*) recoge aquellos aspectos que son igualmente importantes para la usuaria pero que sí están funcionando bien, por lo que es conveniente seguir en esa línea. Se hace referencia explícita a la labor de las Matronas y del Personal de Enfermería, al Equipamiento y las Instalaciones, la Monitorización, la Formación de nuestros Profesionales y la Seguridad que todo ello confiere. Se alude también a la Epidural.

En cuanto a las dos zonas restantes, *a priori* menos relevantes, las participantes tienen mayores dificultades en su caracterización. Apenas es posible identificar algún elemento que implique un posible derroche de recursos (una estancia en el hospital más larga de lo necesario o la realización de pruebas innecesarias). Por su parte, como elementos de baja prioridad (aunque mejorables) se alude al control de las visitas y la incomodidad de los baños y habitaciones, entre otros aspectos.

Cabe señalar además la existencia de elementos, como es el caso de la comida, las instalaciones, la formación y profesionalidad del personal o el trato de éste, que aparecen en más de un cuadrante. Ello es debido, precisamente, a las diferencias existentes entre hospitales, lo que provoca que en ocasiones lo que en un caso se considera un elemento de baja prioridad, en otro pasa a ser considerado como un posible derroche de recursos ó incluso un elemento en el que es preciso mantener el buen trabajo.

6.3.3. Medicalización del Parto

Respecto a la demanda de un parto más humanizado y menos medicalizado, no todas las madres que han participado en este estudio, son conscientes de la polémica suscitada en los últimos años. Más bien parece que el nivel de información al respecto es reducido, sobre todo en áreas rurales y semiurbanas. Tampoco se ha podido advertir un malestar manifiesto a este nivel. Las opiniones vertidas no revelan un rechazo frontal a la atención que actualmente se dispensa. La valoración global que las usuarias hacen de ésta es, por lo general, bastante positiva. Cuando se hace referencia a una posible “deshumanización del parto” los comentarios se dirigen más bien hacia la necesidad de dispensar un trato más humano por parte del personal y un servicio de mayor calidad, orientado al usuario/a.

La importancia que las madres dan a gestionar bien el Dolor convierte la epidural en uno de los elementos que a tal efecto centra buena parte de las expectativas de la usuaria. La epidural es un logro al que la mujer no está dispuesta a renunciar. Ello no quiere decir que no se pueda o no se deba racionalizar su uso e informar de posibles efectos no deseados.

6.3.4. Lactancia materna

Con relación a la Lactancia Materna, se puede decir que existe una buena predisposición por parte de las madres gallegas hacia ésta. Además de encajar con sus valores, desde su punto de vista pesan muchas más las ventajas que los inconvenientes, por lo que casi todas lo intentan. No obstante, se ha podido comprobar que se trata de un tema especialmente complejo, por las dificultades que implica en la práctica. Ha quedado patente que buena parte de las madres lo experimentan como algo realmente difícil.

En muchos casos no disponen ni de la información, ni de las habilidades suficientes para superar tales dificultades. A menudo no encuentran tampoco en el personal

sanitario la ayuda necesaria para aprender cómo tienen que hacer las cosas a la hora de la verdad, siendo prioritario que el personal esté cualificado para proporcionar una ayuda eficaz de cara a lograr una lactancia materna exitosa. Ante esta situación es frecuente un sentimiento de impotencia, que suele ir en aumento, de manera que la ansiedad y el cansancio ahogan paulatinamente el éxito de la lactancia. Tal impotencia y la enorme preocupación por la salud del bebé, genera una excesiva responsabilidad, un exceso de presión y una enorme frustración, que termina en abandono y, en muchos casos, en abatimiento y sentimiento de culpa. La secuencia descrita se recoge en la tabla 28.

1	DIFICULTADES
2	FALTA DE INFORMACIÓN Y DE HABILIDADES: No sé cómo hacerlo, no sé si lo estoy haciendo bien, qué debo hacer
3	FALTA DE APOYO: No me escuchan, no me entienden, no me aclaran nada, se contradicen, cada uno me dice una cosa, no me enseñan cómo tengo que hacerlo
4	IMPOTENCIA: Mi leche no vale, no le llega nada... qué hago ahora
5	FRUSTRACIÓN: Esto es horrible, pobre niño, está pasando hambre por mi culpa
6	ABANDONO: mejor darle el biberón porque así no podemos seguir

Tabla 28. Secuencia de abandono de la Lactancia Materna

6.4. CONCLUSIONES

Este primer estudio se planteó con la intención de dar respuesta a dos objetivos concretos: por un lado, la Evaluación y Mejora de la Calidad del Servicio de Atención al Parto, Puerperio y Lactancia en los hospitales públicos gallegos; por otro lado, promover una atención más humana en la Asistencia al Parto en nuestros centros.

Hoy en día sabemos que los nuevos modelos de calidad y de excelencia (Normas ISO 9001, Modelo Europeo EFQM, Calidad Total...) asumen que no es posible alcanzar un servicio de Calidad si no la tiene realmente para el usuario, por lo que se han tenido que desarrollar necesariamente medidas válidas de la Calidad Percibida por parte de éste. En consecuencia, podemos afirmar que los dos objetivos planteados tienen una vinculación muy estrecha: en la medida que logremos humanizar el servicio estaremos aumentando su nivel de calidad. Lograremos un servicio de calidad únicamente si éste es diseñado y prestado de acuerdo a las verdaderas necesidades y expectativas de sus usuarios/as. Por tanto, es necesario preguntarse ¿en qué debe consistir tal humanización del servicio?, ¿qué valoran y demandan realmente las madres?, ¿cuáles son sus principales necesidades en el contexto del parto?. Una vez que dispongamos de respuestas válidas y fiables a tales cuestiones, estaremos en disposición de preguntarnos cómo están funcionando nuestros servicios, por debajo o por encima de lo exigido por el propio usuario y cerca o lejos de las recomendaciones de la OMS. En otras palabras, estaremos en disposición de Evaluar la Calidad del Servicio, identificando puntos fuertes y débiles y recomendando estrategias concretas de mejora asistencial.

Para alcanzar los objetivos planteados se recurrió a una metodología de tipo cualitativo, que permite llevar a cabo un análisis profundo, incorporando de forma vívida las percepciones del individuo, siendo capaz de acercarse a las motivaciones, valores, actitudes, intereses y expectativas de los sujetos, obteniendo información enormemente valiosa. De este modo, disponemos de una visión más real y cercana a la usuaria del servicio, posibilitando un diagnóstico más realista del funcionamiento del

mismo. Al mismo tiempo, este contacto directo y distendido con las madres debería contribuir a generar soluciones creativas, integrales y viables, que habrían de traducirse en pautas de actuación desde el punto de vista de la gestión.

🔗 Identificación y caracterización de los procesos que definen el servicio

Se obtuvo un flujograma del proceso del servicio común para los catorce hospitales, a pesar de la existencia de características diferenciales en cada uno de ellos. En general la entrada tiene lugar bien por admisión o urgencias de obstetricia. Luego se pasa a monitorización y exploración (para decidir el ingreso o no). A continuación, si está en trabajo de parto franco, pasa a dilatación (si no se le da el alta o, en caso de estar de parto, se ingresa en planta). Una vez en dilatación, cuando alcanza la fase de expulsivo, en la mayoría de hospitales se pasan al paritorio (para un parto vaginal eutócico o para un parto vaginal instrumentado) o al quirófano (para prueba de parto o cesárea). A continuación, en la mayoría de los casos se pasa a una sala de recuperación postparto (distinta a la de quirófano que pasan las de cesáreas) o a la misma sala que hicieron la dilatación. Finalmente se sube a planta, madre y bebé (juntos en la misma cama o por separado, según la rutina de cada hospital). Se pudo observar, que las dos fases especialmente conflictivas son la Fase de Dilatación y la Fase de hospitalización en Planta de Obstetricia o Maternidad.

En la SALA DE DILATACIÓN el acompañamiento por parte de algún familiar y la función de la matrona para ayudar a manejar la situación y controlar el dolor son fundamentales. Cobra especial importancia proporcionar información de cómo va a ser el proceso, y la gestión del dolor. Un uso adecuado de la anestesia Epidural, permitir la flexibilidad postural y de movimientos así como la disponibilidad de determinados elementos de ayuda son elementos clave.

En el momento de estar en PLANTA (HABITACIÓN), además del descanso y un trato familiar, cobran protagonismo dos cuestiones: la alimentación y cuidados del bebé

(con todas las dificultades que conlleva la lactancia materna) y los cuidados de la madre. Para dar respuesta a estas necesidades se reclama la formación adecuada y continua en cuidados puerperales y puericultura del personal.

🔗 Evaluación del Proceso

Una vez analizada e integrada toda la información, fue posible establecer que los elementos que las usuarias consideran más importantes no sufren grandes variaciones entre hospitales, si bien cada uno presenta ciertas particularidades.

Aquellos elementos en los que habría que concentrar los esfuerzos, por ser de gran importancia para la usuaria y que posiblemente no estén siendo gestionados de manera correcta (áreas de necesaria mejora) son fundamentalmente cuatro:

1. La necesidad de un trato más empático y humano.
2. La necesidad de proporcionar más información a la mujer a lo largo de todo el proceso y de hacerla partícipe de las decisiones.
3. La necesidad de favorecer un mejor manejo del dolor a las madres, administrando la epidural en los tiempos y dosis adecuados (para lo cual es fundamental la disponibilidad de anestesistas suficientes en plantilla), y ofertando métodos alternativos.
4. Mejorar las infraestructuras, tanto en lo referido a instalaciones (salas de espera, habitaciones, UTPR, etc.) y equipamientos.

Otros elementos que generan cierta discordia y presenta una enorme variabilidad entre hospitales son:

- ✓ Las posibilidades de acompañamiento. La participación de la preja y de la familia, la posibilidad de vivir un momento tan trascendente al lado de los suyos es recalcada por las madres.

- ✓ La ayuda a la lactancia y al cuidado del recién nacido es otra de las necesidades constatadas donde es preciso realizar un esfuerzo especial, incluso más allá del alta hospitalaria.
- ✓ La libertad de movimientos y posturas, así como la flexibilidad en la ingesta de líquidos implica una actitud menos directiva por parte del personal y una mayor naturalización del proceso y comodidad para la madre.

Una segunda área estratégica recoge aquellos aspectos que son igualmente importantes para la usuaria pero que sí estarían funcionando bien, por lo que se recomienda mantener el buen trabajo. Se hace referencia explícita a la labor de las Matronas y del Personal de Enfermería, las mejoras experimentadas en muchos hospitales en lo que se refiere a Equipamiento e Instalaciones, la Monitorización, la Formación de los Profesionales y la Seguridad que todo ello confiere. Se alude también a la Epidural y la implantación progresiva en diferentes centros de nuevos métodos de alivio del dolor (uso de pelotas, bañera, duchas, masajes, acupuntura,...). En general las matronas constituyen uno de los elementos que se identifican como puntos fuertes del servicio, si bien el resto de las figuras profesionales (personal de enfermería y facultativos) generan valoraciones dispares. En ocasiones se critica que adolecen de cierta empatía y se les reclama un trato más próximo, afable y, sobre todo, que se detengan más a informar a las madres, haciéndolas partícipes de las diferentes decisiones a tomar.

🔗 Medicalización del Parto

Conseguir que todo el proceso se desenvuelva en unas condiciones de máxima seguridad y mínima incertidumbre es una preocupación común para las usuarias, que acuden al hospital con el convencimiento de que ésta premisa es satisfecha. En este contexto es fundamental la disponibilidad de las infraestructuras, medios técnicos y equipamientos oportunos. La medicalización y la tecnología confiere seguridad al

proceso pero, no cabe duda de que además un uso racional de los mismos confiere *calidad* al servicio y *satisfacción* a sus usuarias.

Del mismo modo la información, la participación de la mujer en la toma de decisiones y la consideración de sus valores y preferencias es un camino en el que queda un largo trecho por recorrer, pero en el que se están dando pasos importantes. El manejo del dolor, promoviendo una mayor comodidad y libertad de movimientos durante la dilatación y el expulsivo, y un uso racional de la epidural constituye otro de los grandes retos para el futuro inmediato. La importancia que las madres dan al manejo del dolor convierte la epidural en uno de los elementos que centra sus expectativas. La epidural es un logro al que la mujer no está dispuesta a renunciar. Ello no quiere decir que no se pueda o no se deba racionalizar su uso de forma progresiva, proporcionando en todo momento información completa y veraz de sus pormenores. Los resultados encontrados en el presente estudio llevan a pensar que con una buena labor de información, una atención personalizada, permitiendo que la madre esté acompañada de la persona que ella misma elija, favoreciendo la deambulación y una mayor flexibilidad postural y un trato más humano, es probable que muchas madres puedan prescindir de la epidural.

Por otra parte, resulta en cierto modo sorprendente el hecho de que las mujeres valoren como positivas algunas actuaciones que la evidencia científica recomienda desechar, como es el caso de la monitorización continua en los partos de bajo riesgo, la administración de enemas, el rasurado o la propia episiotomía. Posiblemente ello sea debido a un déficit de información, o a la persistencia de una cultura del parto donde este tipo de elementos tienen aún un arraigo considerable. En ese sentido, sería importante que incorporar estas cuestiones a los planes de formación de los profesionales y a los propios protocolos, transmitiéndoselos progresivamente a la mujer.

🔗 Lactancia

Se ha podido constatar que la información y ayuda efectiva en la lactancia materna constituyen aspectos deficitarios en muchos de los centros de nuestra comunidad, aunque existen diferencias importantes. Cabe destacar que esta necesidad se mantiene una vez que tiene lugar el alta hospitalaria, condicionando el mantenimiento de la lactancia y que en ocasiones se responde gracias a la ayuda de asociaciones.

Para afrontar el problema de la lactancia las propias madres han sugerido dos tipos de medidas: Informar y Formar.

① En primer lugar informar bien (cursos preparto, consulta de la matrona, actividades y materiales de divulgación...). Tanto a madres como a padres debemos informar de:

- ¿Cuándo se da el pecho?
- ¿Cómo?
- ¿Cuántas veces?
- ¿Cada cuánto tiempo?
- ¿Cuáles son las necesidades del bebé?
- ¿Cuáles son las dificultades habituales?
- ¿Qué hacer en cada caso?
- ¿Qué utensilios resultan útiles?
- ¿Cómo se manejan?

Es necesario sensibilizar a la población de las ventajas de la lactancia materna pero, al mismo tiempo, desmitificar y desdramatizar. Existen muchos mitos falsos sobre el amamantamiento que sólo se pueden eliminar con información veraz y ayuda eficaz. Es labor de los profesionales que están al lado de la madre proporcionar esa ayuda e información. En la actualidad están resultando muy útiles los grupos de autoayuda, como es el caso del grupo de madres lactantes.

- ② En segundo lugar, es preciso incidir en la formación del personal (matronas, enfermeras, pediatras...) a tres niveles:
- Aspectos emocionales vinculados a la lactancia materna
 - Habilidades de comunicación
 - Aspectos técnicos (el personal debe tener capacidad para resolver problemas y constituirse además en una fuente de información veraz y coherente)
 - Aspectos éticos. Reforzar su rol de ayuda y asesoramiento en la toma de decisiones (que corresponde a la propia mujer)

🔗 Promover la humanización del servicio

Por último, el principal hallazgo de este trabajo haya sido posiblemente la necesidad de promover una atención al parto cada vez más racional y humana. Los avances y el camino recorrido en los últimos años (especialmente en algunos centros), demuestran que una buena gestión y una orientación al usuario permite que ello sea posible. La realización de este estudio con participantes de diferentes perfiles y áreas geográficas, ha servido para conocer de primera mano sus preocupaciones y expectativas en este proceso vital de la mujer, que es el parto y nacimiento de un hijo/a:

- ✓ Seguridad
- ✓ Información
- ✓ Cierta Autoridad o Capacidad para tomar de decisiones
- ✓ Familiaridad, Tranquilidad
- ✓ Apoyo emocional (familia, pareja)
- ✓ Amabilidad, empatía

La empatía por parte del personal, un trato humano y cálido es uno de los grandes puntos *clave* sobre los que pivota la satisfacción del usuario. Las matronas, el personal de enfermería y los facultativos son las figuras principales en este sentido, aquellos a los que más recurre la madre en su búsqueda. La importancia de responder a esta

llamada de apoyo en un momento clave de la vida de una mujer, que la hace especialmente sensible, es manifiesta. Al mismo tiempo, los conocimientos médicos, la profesionalidad del personal y los medios técnicos confieren la confianza necesaria para todo el proceso.

Un claro elemento de discordia en muchos hospitales es la presencia de la pareja y/o la familia acompañando a la mujer. La importancia de la participación de la familia, la posibilidad de que la madre pueda vivir el parto al lado de los suyos es recalcada madres en sucesivas ocasiones.

En ese sentido podría caracterizarse el PARTO IDEAL, como un parto...:

- ✓ Sin complicaciones, seguro
- ✓ Sin mucho dolor
- ✓ Ágil, rápido
- ✓ Con mayor libertad de movimientos
- ✓ Acompañada, al lado de los suyos
- ✓ Bien informada, con la menor incertidumbre posible

Otras sugerencias o recomendaciones que las propias madres hacen de cara a la mejora del servicio van desde separar el área de maternidad del resto de áreas del hospital (otorgándole un estatus diferencial, no como *pacientes*), hasta ejercer un control más estricto sobre el desempeño del personal, garantizando una asistencia de calidad, mejorando su formación y ejerciendo un mayor control de las visitas (favoreciendo con ello el descanso), etc.

Por último, se demanda de manera unánime un renovado esfuerzo por informar más, mejor y de forma regular a las madres, haciéndoles partícipes en todo momento de las decisiones que le afectan y otorgándole la potestad que le corresponde.

	ESTUDIO II

7. ESTUDIO CUANTITATIVO

Una vez comentada la parte cualitativa del presente trabajo, se procede ahora a exponer el enfoque cuantitativo, que resultará complementario al primero, y aportará datos de cumplimiento de la evidencia clínica, satisfacción de las usuarias y posibles áreas de mejora. En la posterior discusión se pondrán en relación ambos estudios y con otros previos de otros autores.

7.1. OBJETIVOS

El objetivo de este segundo estudio empírico es llevar a cabo una evaluación objetiva, lo más completa y precisa posible de la calidad percibida de la atención al parto, puerperio y lactancia en los hospitales del SERGAS. Ello permitirá la realización de un diagnóstico estratégico del funcionamiento del servicio, identificando sus posibles fortalezas y/o debilidades, y orientando la gestión de los mismos.

De forma complementaria, la realización de este estudio esperamos que derive en la elaboración de un instrumento con propiedades psicométricas conocidas y aceptables (tanto en términos de fiabilidad como de validez) para evaluar la calidad del servicio de atención al parto, puerperio y lactancia de nuestros hospitales, desde el punto de vista, el sentir y las percepciones de sus propias usuarias. Un segundo cometido es, por lo tanto, proveer a la Administración Sanitaria de herramientas rigurosas y, al mismo tiempo, sencillas, con las que poder llevar a cabo un seguimiento periódico del servicio, incorporando a la gestión información proveniente del usuario y favoreciendo así la mejora continua.

7.2. METODOLOGIA

7.2.1. Diseño

Para dar cuenta de los objetivos planteados se optó por la utilización de una metodología selectiva, que consistió en la realización de una encuesta entre las usuarias del servicio a evaluar. Así pues, la población o universo de referencia del estudio quedó constituido por aquellas mujeres cuyo parto hubiese tenido lugar en cualquiera de los 14 hospitales del Servizo Galego de Saúde, en el transcurso del año 2008, población que se cifra en torno a los 18.000 madres.

El tamaño de la muestra fue de 699 individuos. Para garantizar el máximo de validez externa posible, se utilizó un muestreo aleatorio estratificado con afijación proporcional por Hospital y Grupo de Edad. En tales condiciones, las estimaciones a realizar permiten garantizar un error máximo a nivel global de $\pm 3.6\%$. La ficha técnica del estudio se recoge en el siguiente cuadro.

<p>Ámbito: Galicia Universo: Finito (N aproximado: 18000 partos ocurridos en el Sergas durante 2008) Tipo de muestreo: Aleatorio estratificado con afijación proporcional según Hospital y Grupo de Edad Hipótesis peor: $p=q=0.50$ Error máximo deseado: $\pm 3.6\%$ Nivel de significación: $\alpha= 0.05$ Tamaño de la muestra: 699 mujeres Recogida de la información: Entrevista telefónica asistida por ordenador (CATI) Trabajo de campo: Junio de 2009</p>

Cuadro 3. Ficha técnica del estudio

Dado que el objetivo fundamental del presente trabajo era evaluar la calidad de la atención al parto *normal*, fueron establecidos una serie de criterios de inclusión y de exclusión, tal y como se recoge en el cuadro 4.

<p>CRITERIOS DE INCLUSIÓN:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ RN nacidos en 2008 en hospitales públicos del SERGAS ▪ Con 37 o más semanas de gestación y menos de 42 semanas <p>CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Partos extramuros ▪ RN con cromosomopatías ▪ RN prematuros, pre término, ectópicos, abortos, cesáreas programadas ▪ RN > ó = 42 semanas de gestación y gemelares

Cuadro 4. Criterios de inclusión y exclusión

7.2.2. Procedimiento

El procedimiento por el que se optó para la recogida de la información fue la entrevista telefónica. Para su realización se utilizó un cuestionario elaborado específicamente para este estudio (ver anexo), a partir de una revisión de la literatura existente sobre el tema, ya mencionada en la parte teórica, los datos aportados por los grupos focales y las aportaciones de expertos en el tema consultados. Dicho cuestionario estaba encabezado por una pequeña *introducción*, encaminada a lograr la no siempre fácil implicación de las entrevistadas y la mayor sinceridad posible en sus respuestas. Se incluyeron también una serie de cuestiones de tipo *sociodemográfico* y se reservó un espacio para que las entrevistadoras pudiesen hacer constar cualquier tipo de observación o incidencia que pudiera llevar a invalidar algún cuestionario. Las entrevistas fueron realizadas por un equipo de 6 entrevistadoras (todas ellas con la debida formación en la realización de este tipo de estudios). La duración de cada entrevista fue muy variable, aunque por lo general esta duraba entre 20 y 30 minutos.

Se llevó a cabo también una sesión formativa para el manejo y pilotaje del cuestionario, con el fin de unificar los criterios y procedimientos a la hora de recoger la información. Además, se designó un coordinador de campo encargado de la supervisión diaria de la recogida de datos, así como su posterior codificación y depuración.

El total de entrevistas realizadas inicialmente fue de 719, aunque fueron invalidadas 20, bien por una excesiva presencia de datos missing o por desequilibrar las cuotas muestrales establecidas. El trabajo de campo fue realizado durante el mes de Junio de 2009. En las tablas siguientes se recogen las cuotas poblacionales y muestrales definidas a partir de las variables de estratificación consideradas (Hospital y el Grupo de Edad).

HOSPITAL	Menores de 25 años	Entre 25 y 35 años	Mayores de 35 años	TOTAL
Complejo Hospitalario Universitario de Vigo (CHUVI)	363	2592	1372	4327
Complejo Hospitalario Universitario da Coruña (CHUAC)	263	1700	991	2954
Complejo Hospitalario Universitario de Santiago (CHUS)	197	1564	891	2652
Complejo Hospitalario de Pontevedra (CHOP)	198	1076	459	1733
Complejo Hospitalario de Ourense (CHOU)	160	884	558	1602
Complejo Hospitalario Xeral Calde	130	721	445	1296
Complejo Hospitalario Arquitecto Marcide-Profesor Novoa Santos	143	749	331	1223
Hospital Comarcal do Salnés	60	401	149	610
Hospital da Costa	50	246	123	419
Hospital Comarcal da Barbanza	48	274	108	430
Hospital Virxe da Xunqueira	25	146	58	229
Hospital Comarcal de Monforte	19	118	64	201
Hospital Comarcal de Valdeorras	20	110	50	180
Hospital de Verín	27	82	33	142
TOTAL	1703	10663	5632	17998

Tabla 29. Cuotas poblacionales definidas para el muestreo

HOSPITAL	Menores de 25 años	Entre 25 y 35 años	Mayores de 35 años	TOTAL
Complejo Hospitalario Universitario de Vigo (CHUVI)	14	101	53	168
Complejo Hospitalario Universitario da Coruña (CHUAC)	10	66	39	115
Complejo Hospitalario Universitario de Santiago (CHUS)	8	61	34	103
Complejo Hospitalario de Pontevedra (CHOP)	8	42	17	67
Complejo Hospitalario de Ourense (CHOU)	6	34	22	62
Complejo Hospitalario Xeral Calde	5	28	17	50
Complejo Hospitalario Arquitecto Marcide-Profesor Novoa Santos	6	29	12	47
Hospital Comarcal do Salnés	2	16	6	24
Hospital da Costa	2	9	5	16
Hospital Comarcal da Barbanza	2	11	4	17
Hospital Virxe da Xunqueira	1	6	2	9
Hospital Comarcal de Monforte	1	5	2	8
Hospital Comarcal de Valdeorras	1	4	2	7
Hospital de Verín	1	3	2	6
TOTAL	67	415	217	699

Tabla 30. Cuotas muestrales definidas para el estudio

7.2.3. Descripción de la muestra

La muestra estuvo compuesta por un total de 699 mujeres, con edades comprendidas entre los 17 y 50 años ($\bar{X}=32,67$; $S_x=5,36$). La distribución de la muestra por las variables sociodemográficas como *Grupo de Edad*, *Nivel de Estudios*, *Nacionalidad* y otras variables de interés, se recogen en las siguientes figuras.

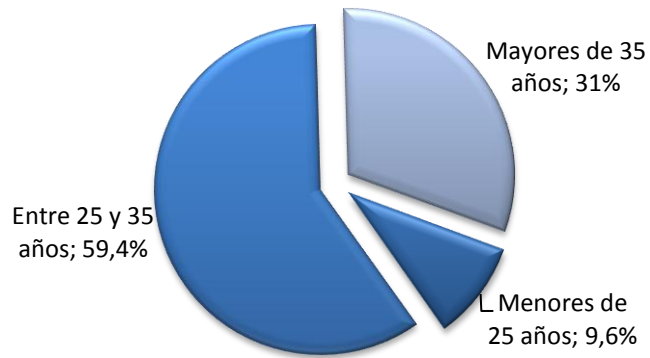


Figura 13. Distribución de la muestra según la EDAD

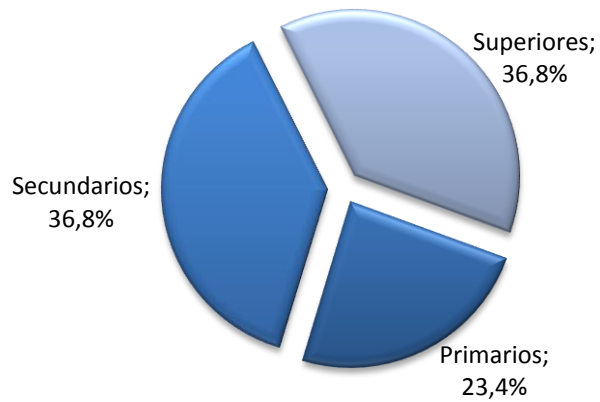


Figura 14. Distribución de la muestra según el NIVEL DE ESTUDIOS

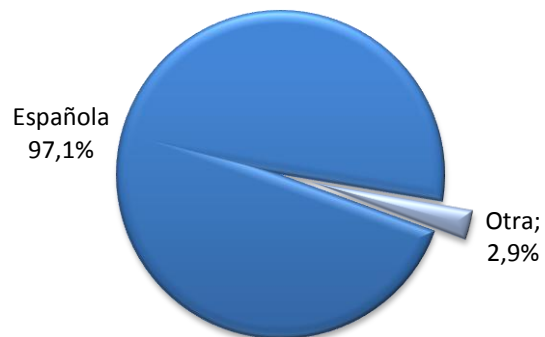


Figura 15. Distribución de la muestra según NACIONALIDAD

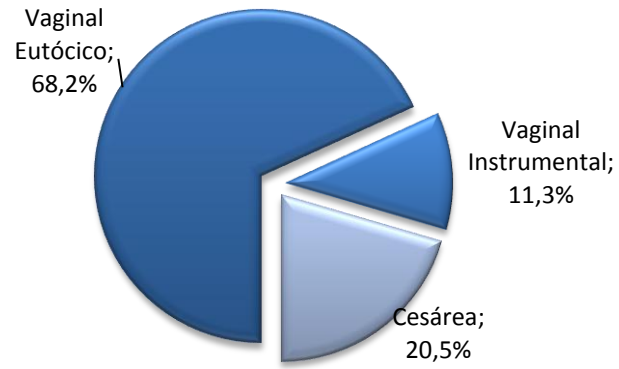


Figura 16. Distribución de la muestra según TIPO DE PARTO

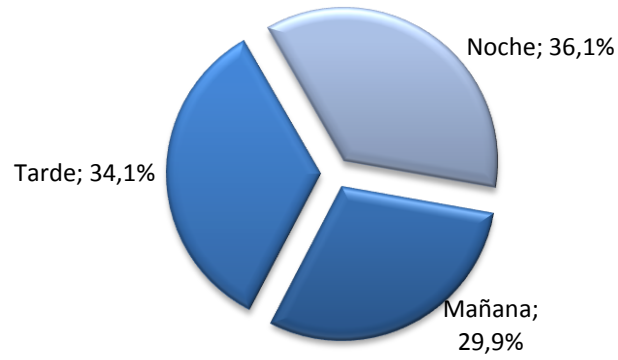


Figura 17. Distribución de la muestra según TURNO EN EL QUE TUVO LUGAR EL PARTO



Figura 18. Distribución de la muestra según EXPERIENCIA PREVIA CON EL PARTO

7.3. RESULTADOS

7.3.1. Evaluación de Procesos e Indicadores

Para facilitar la lectura e interpretación de los resultados del presente estudio, se ha optado por seguir un orden de exposición análogo al proceso de maternidad, comenzando con los elementos que tienen que ver con los controles prenatales y los cursos de Educación Maternal o Preparación al Parto.

A) Controles prenatales

Una primera lectura de los resultados deja entrever que la asistencia a los controles prenatales es un hábito compartido por casi la totalidad de la población objeto de estudio. Únicamente un 3.6% de las entrevistadas no realizó controles prenatales. Los argumentos ofrecidos son muy variados, destacando sobre todo la *falta de tiempo*.

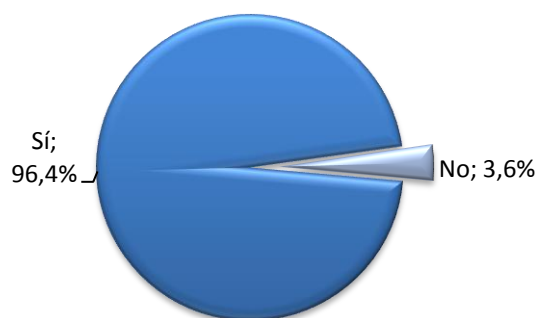


Figura 19. ¿Acudió Ud. A los controles prenatales?

Para el primer control del embarazo, la mayoría de las mujeres acudieron a su médico de familia (49.2%). Sin embargo, un 28.3% afirman que en primer lugar visitaron a su ginecólogo, mientras que un 21.8% acudieron a la matrona.

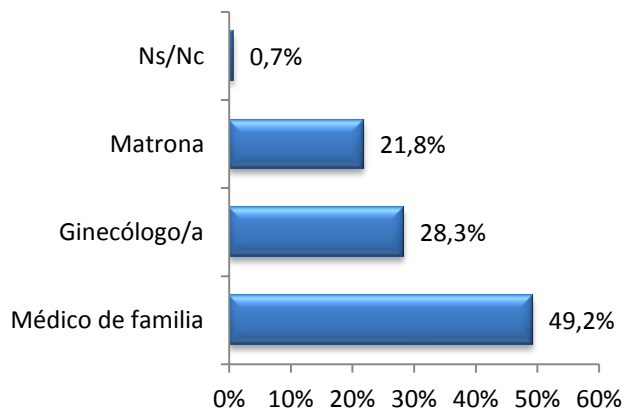


Figura 20. ¿A qué profesional acudió en primer lugar para el control del embarazo?

Prácticamente todas las mujeres que acudieron a su médico de familia o matrona para realizar el primer control del embarazo, eligieron profesionales del SERGAS. No obstante, cuando esa primera visita se realiza a un ginecólogo, en el 39.6% de los casos se trata de un ginecólogo privado.

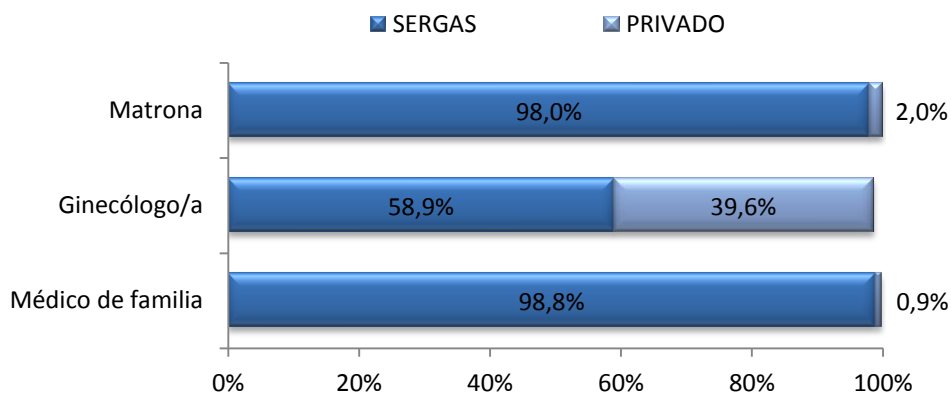


Figura 21. Este profesional, ¿pertenece al SERGAS o era Privado?

Por término medio las mujeres acuden a esa primera consulta de control, entre las 5 y 6 semanas de gestación.

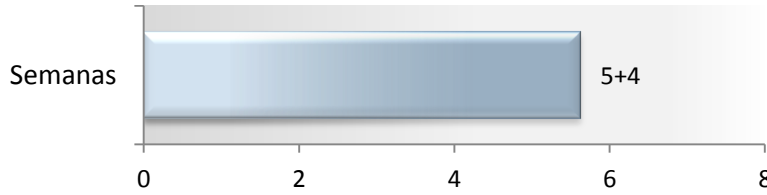


Figura 22. ¿De cuántas semanas estaba Ud. Embarazada cuando acudió a esa primera consulta?

Independientemente del profesional que haya atendido la primera consulta, en la mayoría de los casos ha sido el ginecólogo del SERGAS la persona que ha llevado o supervisado el proceso del embarazo (82.2%). En menor medida, un 59.2% mencionan también a la matrona como profesional encargado de supervisar el embarazo. Los médicos de familia y enfermeras pasan a un plano claramente secundario.

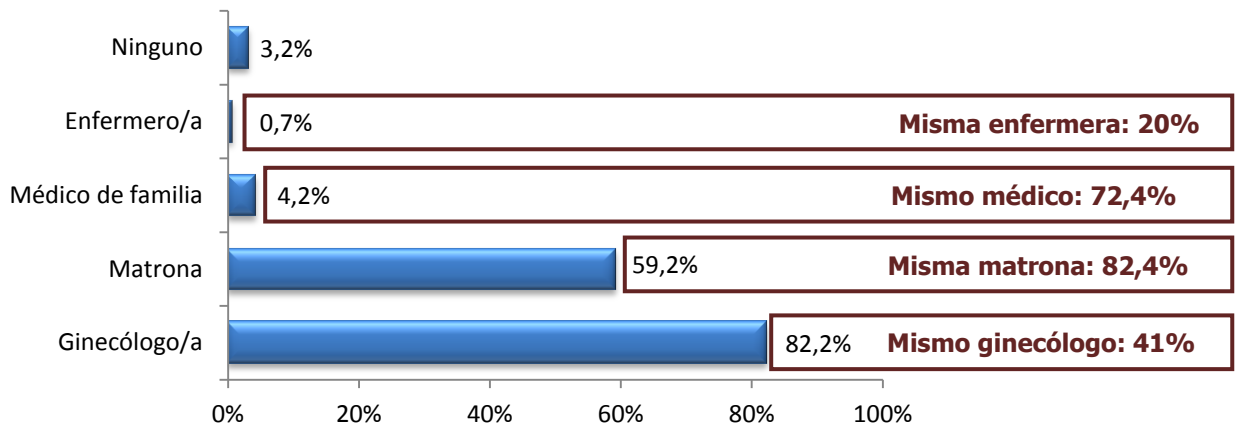


Figura 23. ¿Qué profesional del SERGAS le llevó el embarazo? ¿Siempre el mismo?

Un dato importante es que en el 59% de los casos las madres acuden a más de un ginecólogo a lo largo del embarazo. No sucede lo mismo con la matrona, que es siempre la misma en el 82.4% de los casos. En cuanto a los cursos de Preparación al Parto, más de la mitad de las entrevistadas asistieron a éstos (56.3%), principalmente en centros de salud. Tan sólo un 3.1% afirma haber recibido dicho curso en una clínica privada.



Figura 24. ¿Acudió a algún curso de Educación Maternal o de Preparación para el Parto?

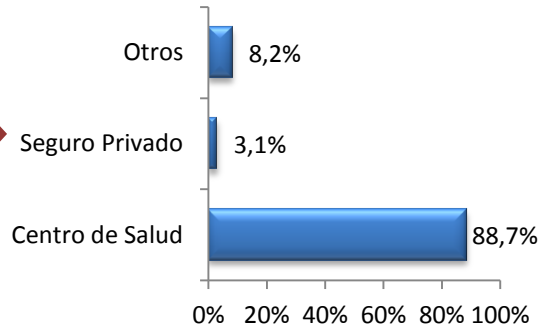


Figura 25. ¿A dónde?

Las mujeres que acudieron a los cursos de Preparación al Parto valoran de forma muy positiva este tipo de iniciativas (4.32 en una escala de 5 puntos). El 91.7% los consideran *buenos o muy buenos*). Se registra un porcentaje muy bajo de mujeres que valoran de forma negativa estos cursos (2.9%). El problema al que aluden tiene que ver sobre todo con carencias a nivel de información (“no te informan bien”).

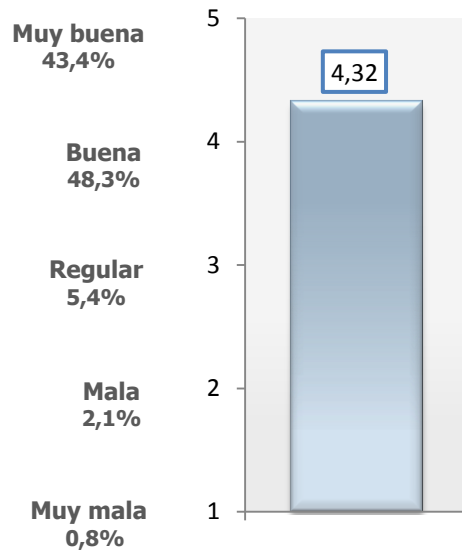


Figura 26. ¿Qué valoración hace de estos cursos?

Las mujeres que no acudieron a los cursos de Educación Maternal lo atribuyen sobre todo a la *falta de tiempo* (25.7%), a razones laborales (21.1%), al hecho de haber asistido en embarazos anteriores (17.8%) o a la falta de interés (9.5%).

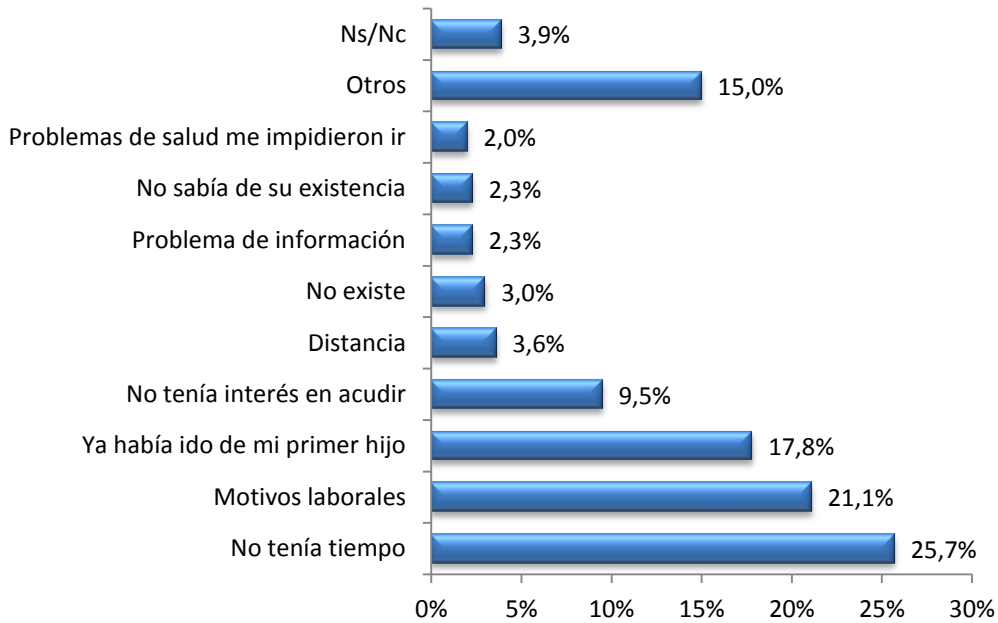


Figura 27. ¿Por qué no acudió a algún curso de Educación Maternal o de Preparación para el Parto?

Por lo que se refiere a la valoración de los controles, en primer lugar conviene mencionar que sólo en un 40.5% de los casos los profesionales del SERGAS preguntaron a las embarazadas por sus preferencias para el parto (acompañantes, métodos para el alivio del dolor, lactancia...). Más de la mitad no fueron preguntadas acerca de tales cuestiones. Las que sí fueron consultadas, se les preguntó sobre todo acerca de sus intenciones con la epidural (65.6%) y con la lactancia (27.4%).

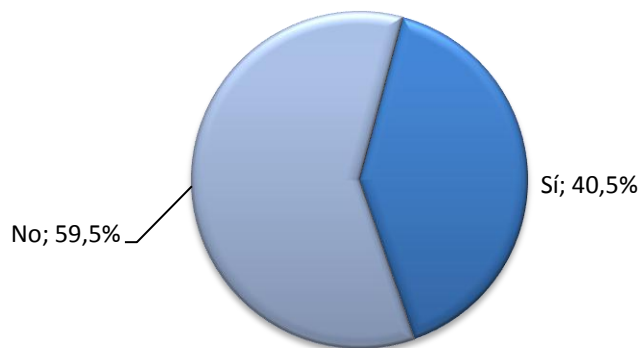


Figura 28. ¿Le preguntaron por sus preferencias para el parto?

En cuanto a la información proporcionada por los profesionales del SERGAS en los controles prenatales, ésta recibe una valoración relativamente alta (3.83 en una escala de 5 puntos). De manera complementaria, cabe señalar que el 78.7% de las mujeres consultadas valora la información recibida en los controles prenatales como *Buena* o *Muy Buena*. Las que se muestran descontentas a este nivel aluden sobre todo a que la información es realmente escasa y poco personalizada.

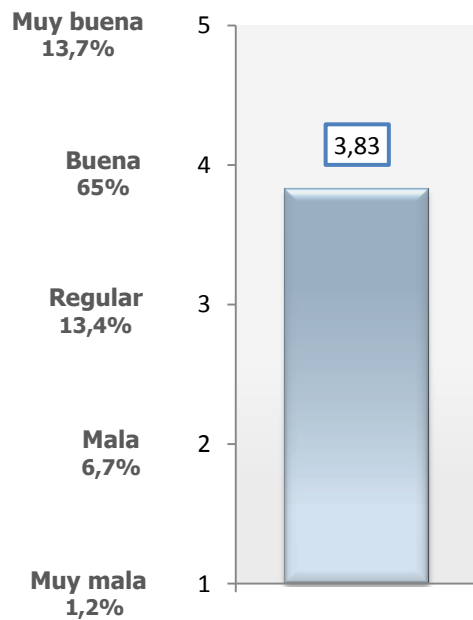


Figura 29. ¿Los profesionales que le atendieron en los controles prenatales le informaron de todo lo que Ud. necesitaba saber?

Por último, tanto la valoración general de la atención recibida por los profesionales del SERGAS en estos controles prenatales, como de las instalaciones y equipamientos a los que se tiene acceso han sido valoradas de manera positiva (4.06 sobre 5 en el caso de los profesionales y 3.90 de las instalaciones y equipamientos).

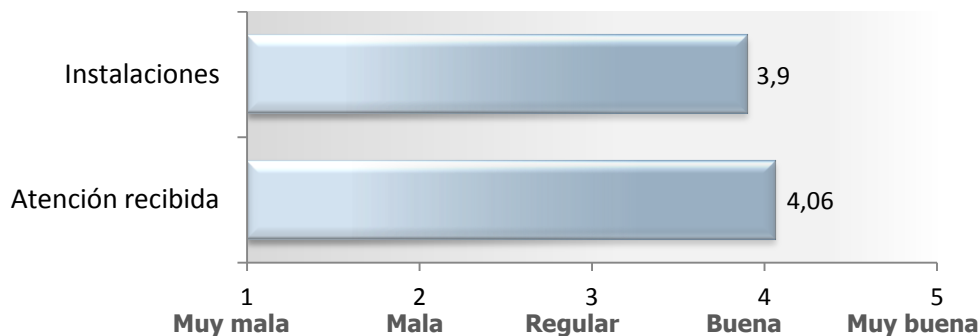


Figura 30. Valoración de la atención recibida por los profesionales y de las instalaciones y equipamientos del SERGAS en los controles sanitarios

B) Ingreso

El objetivo que persigue este segundo bloque es el de dar respuesta a todas aquellas cuestiones relacionadas con el ingreso, habida cuenta de que supone un momento capital del proceso de parto y, en consecuencia, de la prestación del servicio.

En primer lugar cabe señalar que en el 81.5% de los casos el ingreso se realiza a través del área de urgencias del hospital; sólo el 14.2% son ingresos programados.

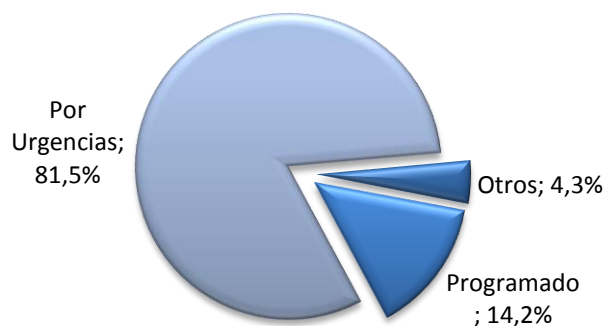


Figura 40. ¿Cómo fue su ingreso para dar a luz?

Una vez realizado el ingreso, el procedimiento habitual suele incluir la escucha del latido del bebé (89%), la monitorización y realización de un test basal (89%) y la realización de un tacto vaginal (83.9%). En un 30.3% de los casos fue realizada también una analítica.

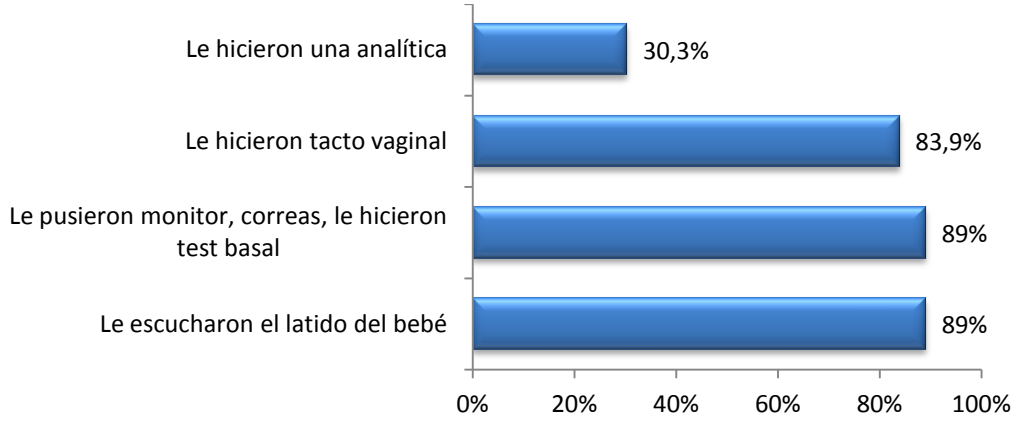


Figura 41. Procedimientos realizados en el momento del ingreso

A juicio de las usuarias el ingreso se realizó de forma ágil en buena parte de los casos (81.6%). No obstante, es preciso señalar que prácticamente en 2 de cada 10 casos las mujeres tuvieron que sufrir esperas aparentemente innecesarias, o bien el ingreso no fue todo lo cómodo que hubiesen deseado.

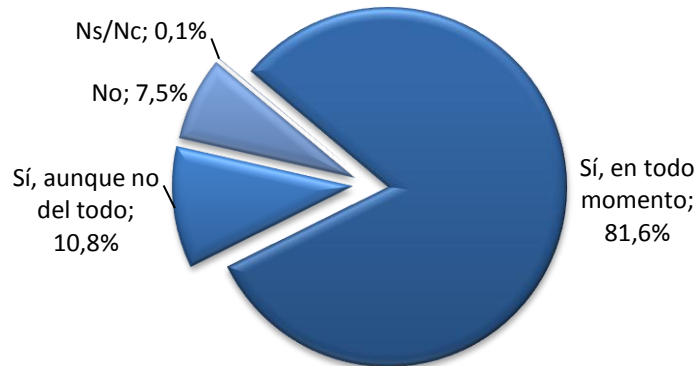


Figura 42. ¿El ingreso se realizó con agilidad, sin esperas innecesarias?

De igual modo que en los controles prenatales, se pidió a las madres que hicieran una valoración de los profesionales del SERGAS que las atendieron durante el ingreso, así como de las instalaciones y equipamientos del hospital a los que tuvieron acceso en ese momento.

La valoración de la atención proporcionada por el personal es muy positiva, algo mayor incluso que la obtenida en el caso de los controles prenatales (4.13 frente a 4.06). Las instalaciones siguen manteniendo también valoraciones elevadas (3.95).

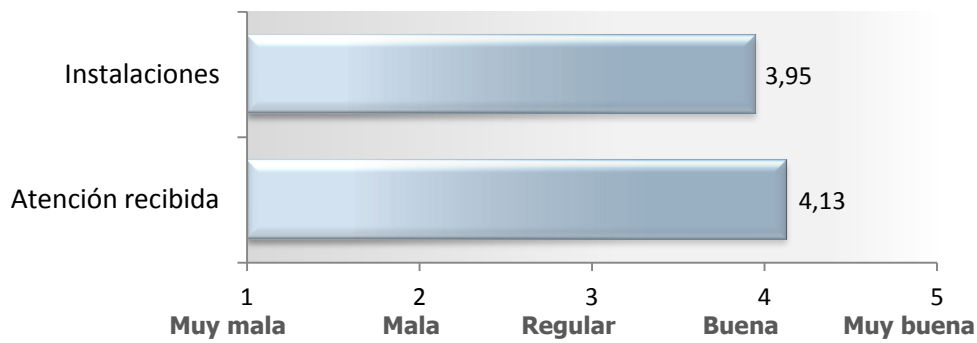


Figura 43. Valoración de la atención recibida por los profesionales y las instalaciones y equipamientos del hospital durante el ingreso

C) Parto (dilatación, expulsivo y alumbramiento)

Este tercer bloque de análisis aborda lo que sería el parto propiamente dicho, desde la dilatación hasta el alumbramiento. Por ello, se plantean cuestiones relacionadas con la propia experiencia del parto, los procedimientos médicos asociados y los métodos de alivio del dolor utilizados en cada caso, así como la valoración de los profesionales que acompañaron a las embarazadas durante el proceso.

Como es obvio, el inicio del parto no es igual para todas las embarazadas. En la mayoría de los casos el parto empezó de forma natural (70.1%), aunque para 3 de cada 10 éste tuvo que ser provocado por los profesionales.



Figura 44. ¿Cómo fue el inicio del parto?

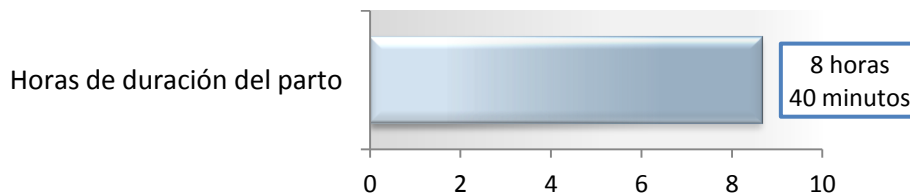


Figura 45. ¿Cuánto tiempo duró su parto aproximadamente?

A pesar de la enorme variabilidad existente (desde unos minutos hasta 3 días; Desv. Típica= 8.53), se puede decir que la duración media de los partos es de 8-9 horas (desde que la mujer se pone de parto hasta que nace bebé). Cabe añadir además que el 75% de los partos dura menos de 12 horas.

Tras el nacimiento, en el 76.4% de los casos el bebé es colocado desnudo sobre el cuerpo de la madre, generalmente de forma inmediata, nada más nacer. Sin embargo, un 23.6% de las madres no tuvieron la ocasión de sentir ese primer contacto piel con piel con su bebé después del alumbramiento.

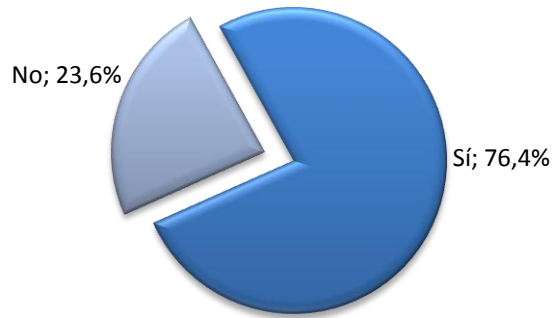


Figura 46. ¿Tras el nacimiento le pusieron el bebé desnudo sobre su cuerpo, en contacto piel con piel?

Por otra parte, casi en el 60% de los casos el bebé es separado de su madre en las dos primeras horas de vida, generalmente para pesarlo, medirlo o bañarlo. Aunque la duración de esta separación es enormemente variable (Desv. Típica=40.78), debido a que en ocasiones el bebé tiene que ser ingresado en el área de neonatos, dicha separación dura por lo general 2 horas (valor que asume tanto la Moda como la Mediana) y sólo en el 25% de los casos supera las 5 horas.

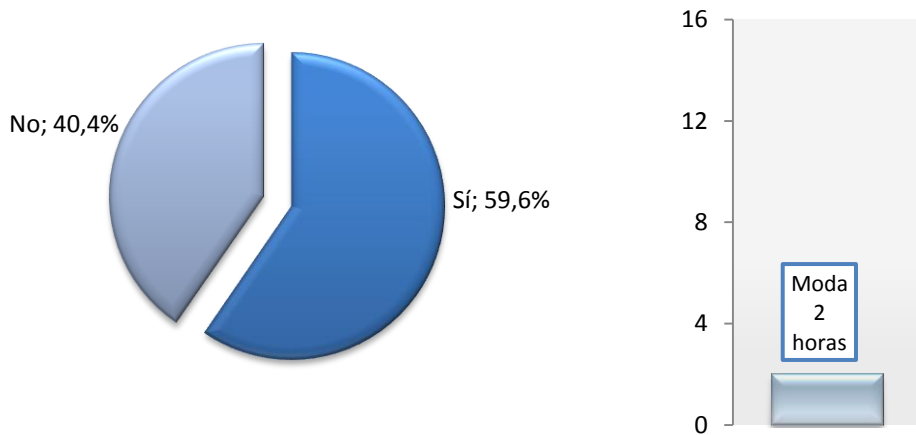


Figura 47. ¿Lo separaron de Ud. en las 2 primeras horas de vida?

Figura 48. ¿Cuánto tiempo duró la separación?

El hecho de que las mujeres puedan estar acompañadas por aquellas personas que ellas deseen a lo largo de todo el proceso de parto constituye como es sabido un elemento fundamental. En ese sentido, los resultados de este estudio revelan que la estancia en planta y el ingreso son los momentos en los que las madres disfrutaron más de esta posibilidad (92.5% de acompañamiento continuo en planta y 82.6% en el ingreso).

El momento especialmente crítico en este sentido es el propio parto (expulsivo y alumbramiento), ya que el 35.9% de las mujeres consultadas afirman que no permitieron el acceso de su acompañante en ese momento.

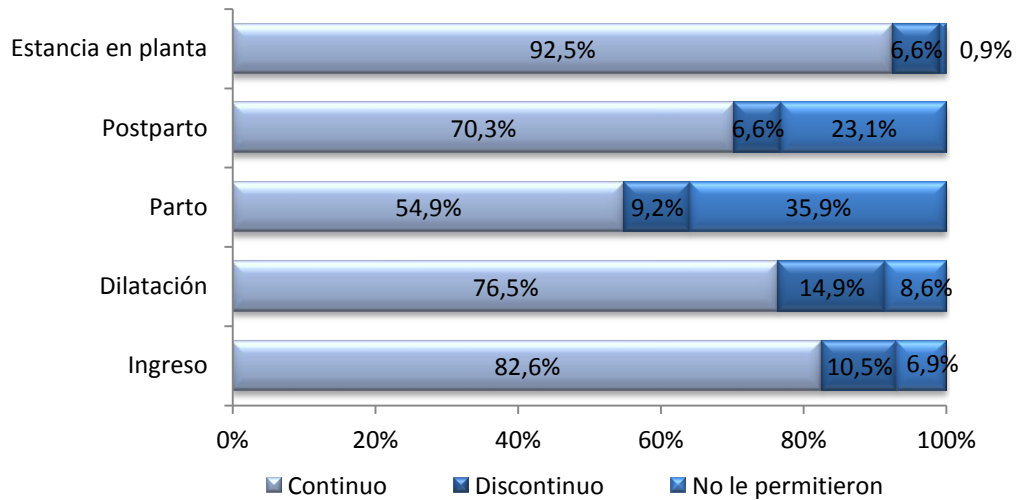


Figura 49. ¿Le permitieron estar acompañada por la persona que Ud. misma eligió durante...?

El dato anterior debe ser matizado con el hecho de que tan sólo le fue denegada la presencia del acompañante al 7.7% de las mujeres que lo solicitaron de manera expresa. Esta negativa se produjo sobre todo durante el parto, el expulsivo e incluso en el ingreso.

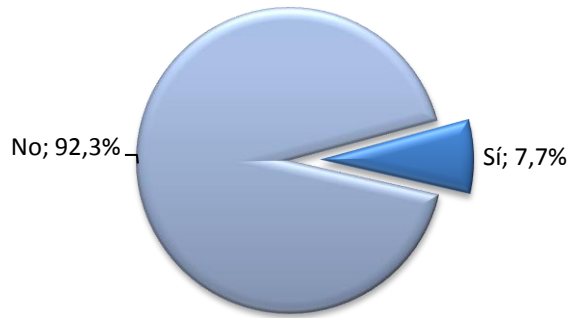


Figura 50. ¿Hubo algún momento en el que Ud. solicitó la presencia de un acompañante y no se lo permitieron?

La matrona se erige como la figura principal en la atención al parto, estando presente en el momento del expulsivo en 9 de cada 10 casos (91.2%). Otra de las figuras principales la constituyen las auxiliares de enfermería (presentes en el 91% de los casos). El ginecólogo únicamente asistiría al 67.6% y el anestesista intervendría tan solo en el 40.6%.

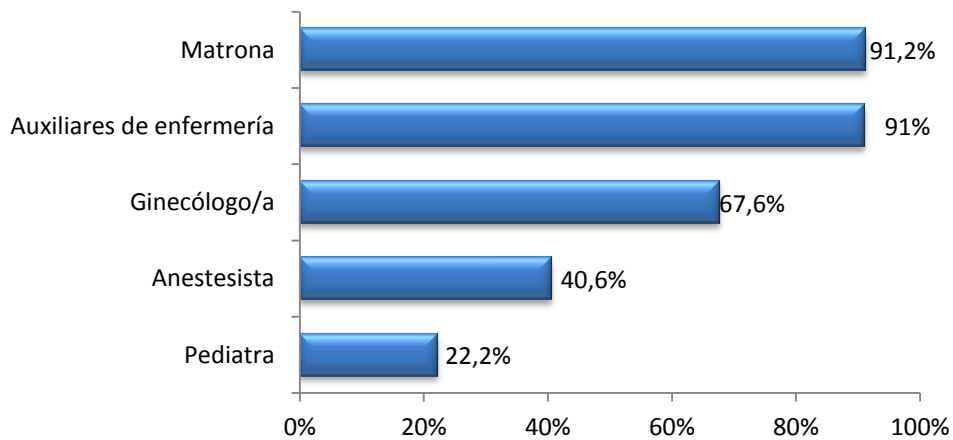


Figura 51. ¿Cuáles de los siguientes profesionales le atendieron durante el expulsivo?

Por lo que se refiere a la LIBERTAD DE MOVIMIENTOS, en el momento de la dilatación más de la mitad de las embarazadas (56.5%) señalan que sí pudieron moverse con libertad y adoptar la posición que les resultase más cómoda. Sin embargo, un 25.3% afirma que se vieron totalmente restringidas en ese sentido.

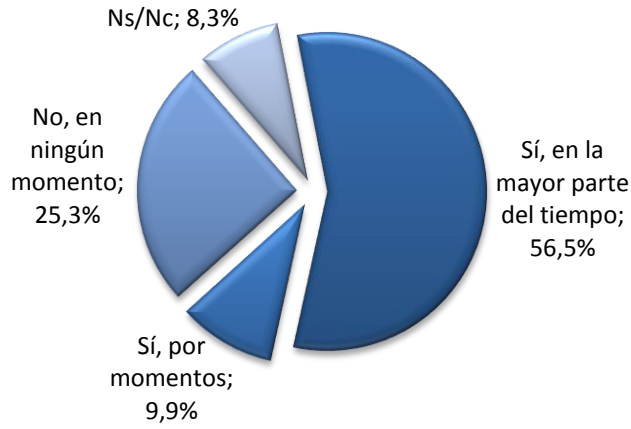


Figura 52. ¿Durante la dilatación le permitieron moverse y adoptar la posición que le resultaba más cómoda?

Las restricciones posturales y de movilidad aumentan considerablemente en el expulsivo, hasta un 59.8%.

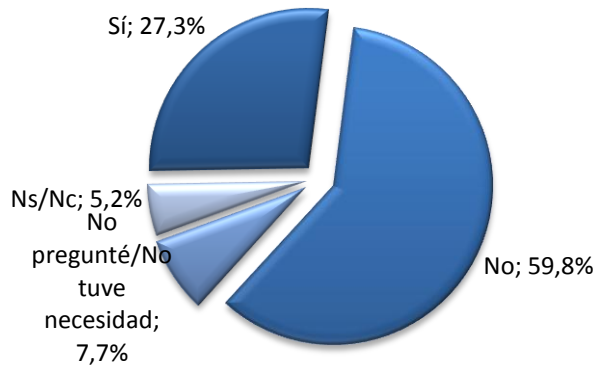


Figura 53. ¿En el expulsivo le permitieron adoptar la postura en la que se sentía más cómoda?

Por otra parte, la POSTURA HABITUAL EN EL EXPULSIVO suele ser “tumbada con las piernas sobre un potro” (64.8%), aunque en el 32.5% de los casos la madre está acostada.

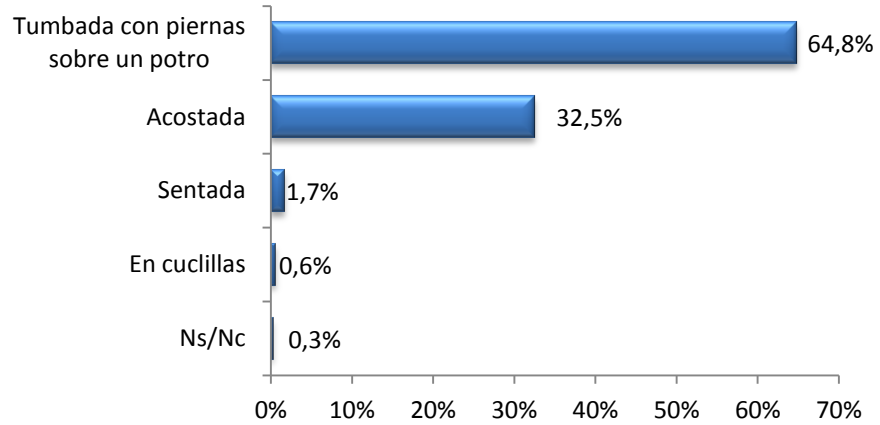


Figura 54. ¿En qué posición estaba Ud. cuando nació el bebé?

En cuanto a la posibilidad de INGERIR LÍQUIDOS durante el proceso, al 64% de las madres no le permitieron beber durante la dilatación. El porcentaje es casi idéntico en el caso del postparto inmediato (63.6%).

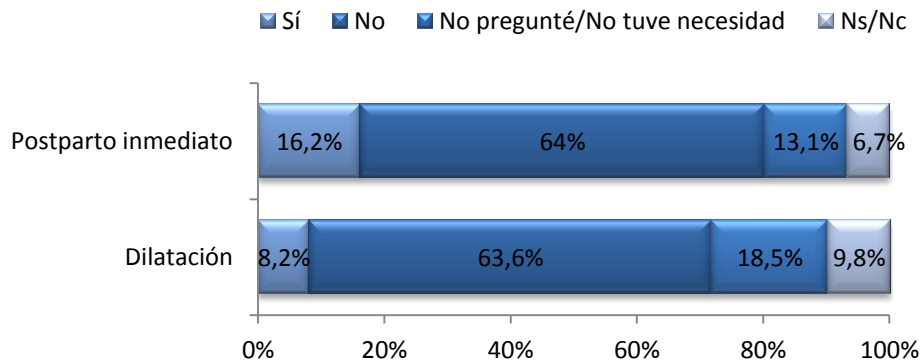
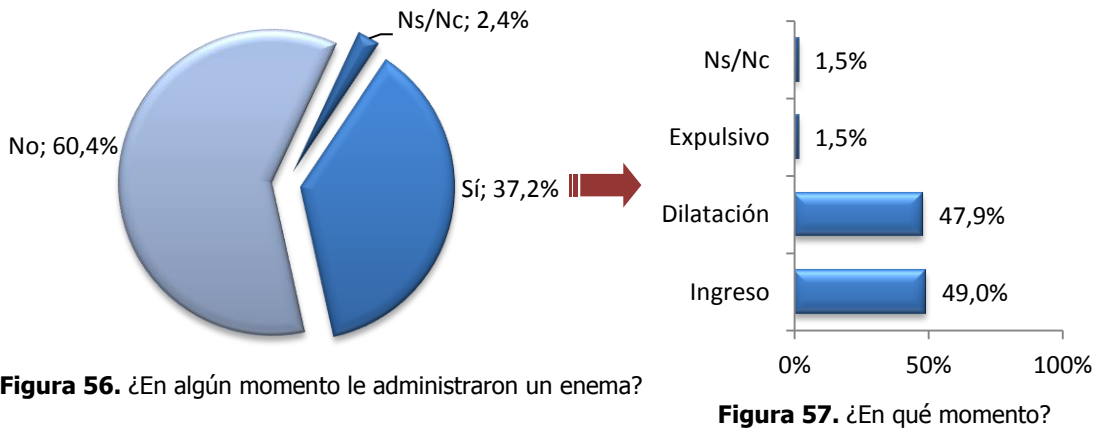


Figura 55. ¿Le permitieron ingerir líquidos?

Un 37.2% de las mujeres consultadas señala que en algún momento del proceso les fue administrado un enema, fundamentalmente en el ingreso y la dilatación.



Sólo el 62.5% de las mujeres a las que se administró un enema fueron informadas de las razones por las que se hacía y únicamente al 37.8% se les pidió su consentimiento.

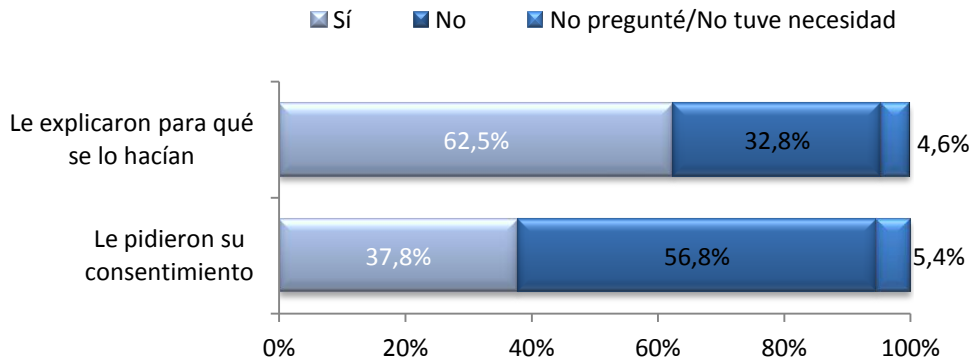


Figura 58. ¿Le explicaron para que se lo hacían o le pidieron su consentimiento?

En un 45.2% de los casos las mujeres fueron RASURADAS; de las cuales un 23.2% fue un rasurado público y un 20.1% perineal. El rasurado fue realizado sobre todo durante la dilatación y en el expulsivo.

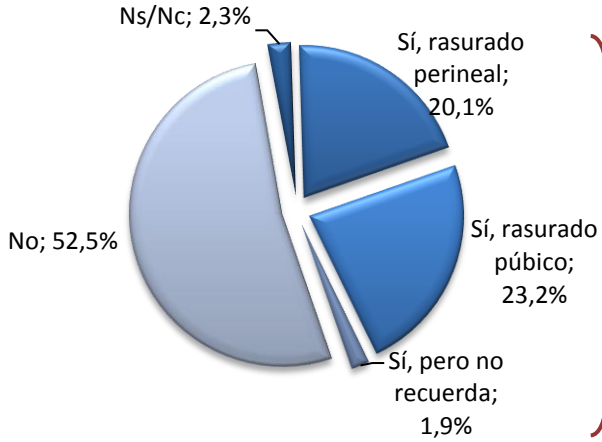


Figura 59. ¿En qué momento le rasuraron?

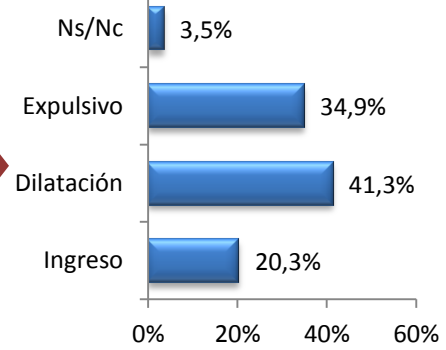


Figura 60. ¿En qué momento?

Por lo general no se da ningún tipo de explicación a las madres (sólo en el 37.8% de los casos) ni se les pide su consentimiento (24.4%).

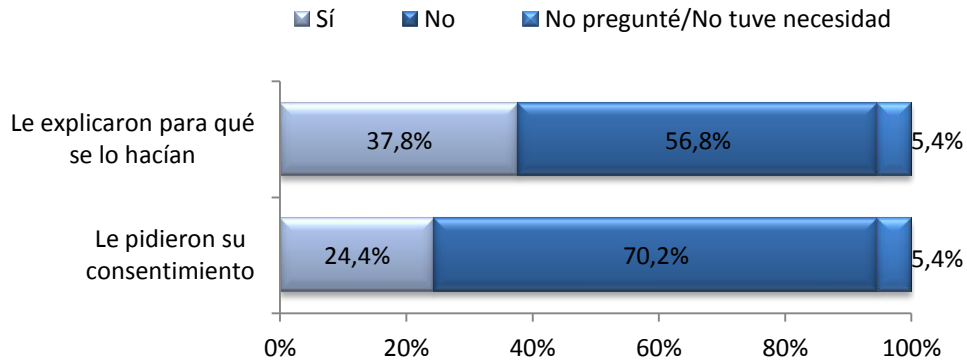


Figura 61. ¿Le explicaron para que se lo hacían o le pidieron su consentimiento?

Otra de las prácticas más comunes en la atención al parto normal en nuestros hospitales es PONER UNA VÍA a las mujeres (82.5% de los casos), sobre todo en el ingreso y la dilatación.

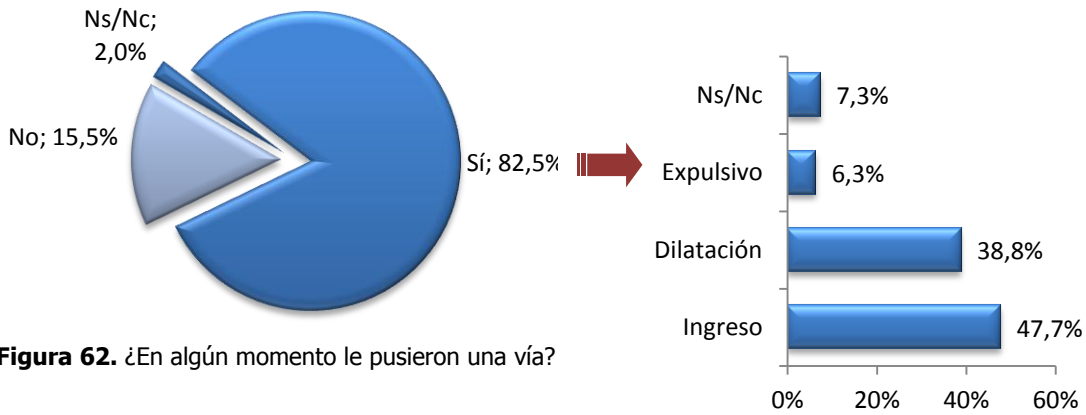


Figura 62. ¿En algún momento le pusieron una vía?

Figura 63. ¿En qué momento?

Al igual que en los casos anteriores la información y el consentimiento es muy bajo (50.4% y 29.6%, respectivamente).

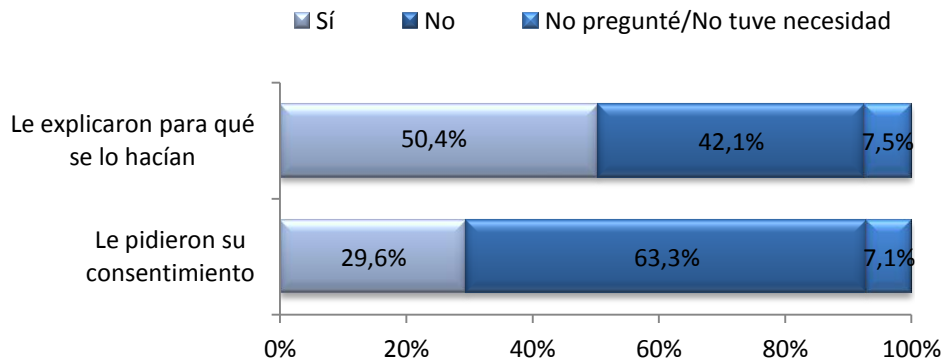


Figura 64. ¿Le explicaron para que se lo hacían o le pidieron su consentimiento?

Otra de las prácticas habituales es la administración de la OXITOCINA. En este caso se correspondería con el 44.8% de las mujeres consultadas. En 3 de cada 4 casos suele ser administrada en la dilatación.

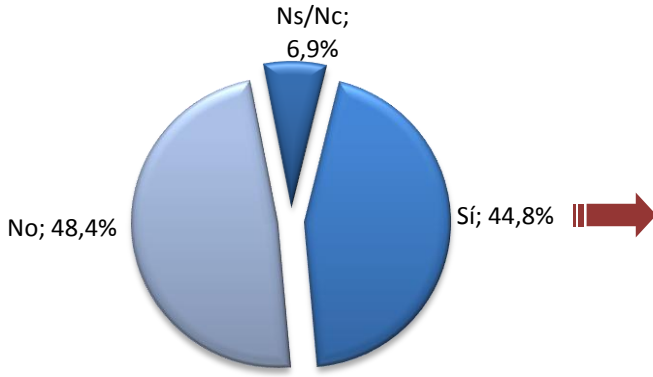


Figura 65. ¿En algún momento le administraron Oxitocina?

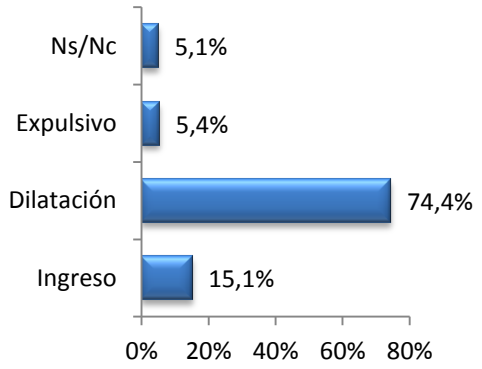


Figura 66. ¿En qué momento?

La información a las madres parece ser mayor en esta ocasión (73.1%), pero no así la petición de consentimiento (38.1%).

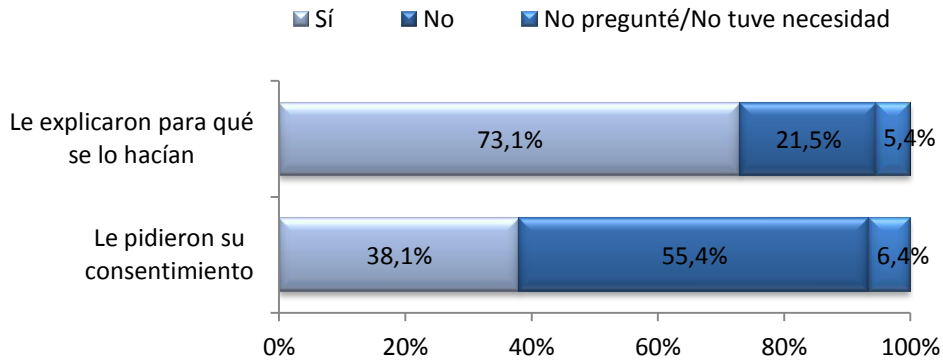


Figura 67. ¿Le explicaron para que se lo hacían o le pidieron su consentimiento?

Por último, cabe añadir que en la mitad de los partos normales fue practicada una episiotomía (52.6%).

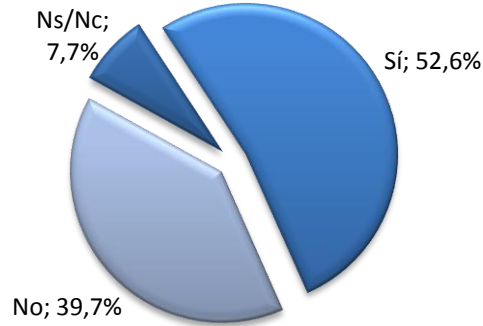


Figura 68. En el momento de nacer el bebé ¿le hicieron una episiotomía?

Cabe añadir además que en 1 de cada 5 episiotomías (18.9%) las mujeres tuvieron algún problema como consecuencia de ésta, generalmente dolor posterior e inflamación por los puntos.

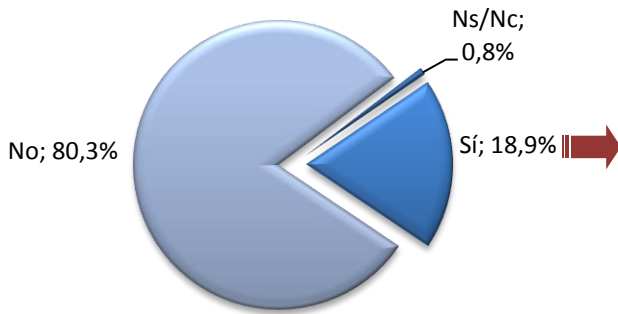


Figura 69. ¿Tuvo algún problema como consecuencia de la episiotomía?

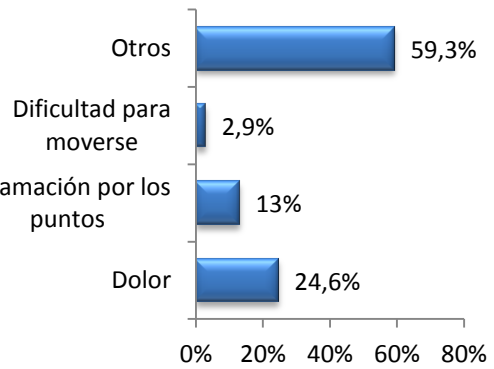


Figura 70. ¿De qué tipo?

A pesar de la variedad de métodos de alivio del dolor disponibles en nuestros días, la analgesia epidural y/o raquídea es claramente la más recurrida en los hospitales gallegos. En el 68.6% de los denominados partos normales se administró analgesia epidural o raquídea. El recurso a los calmantes es una práctica común en el 24.7% de los casos. El resto de opciones presentan un porcentaje de mención muy reducido.

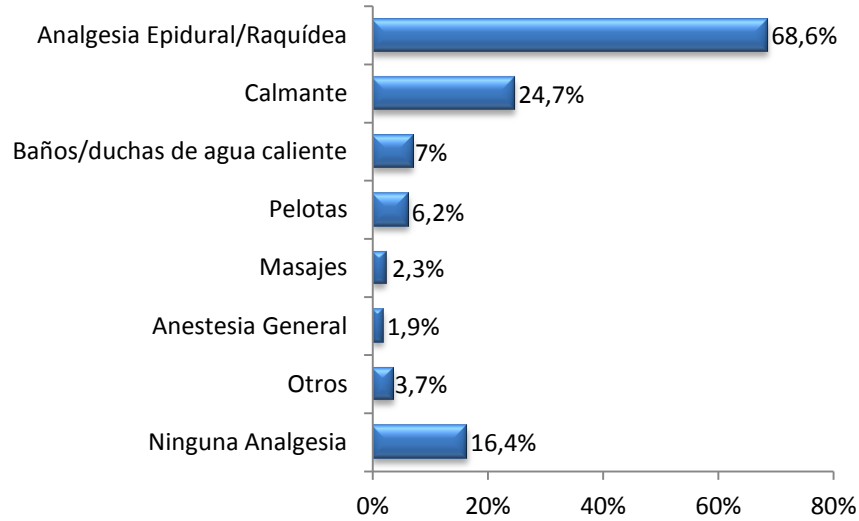


Figura 71. Métodos aplicados para el alivio del dolor

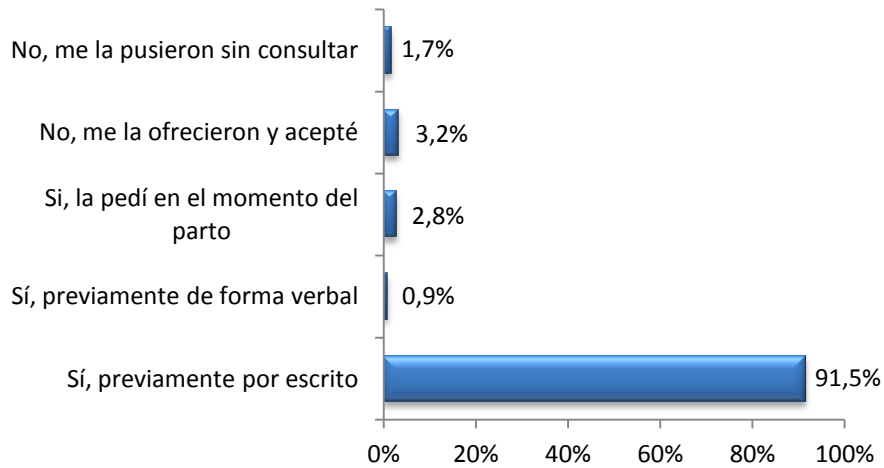


Figura 72. En caso de haberle sido administrada la epidural, ¿la solicitó usted?

Como se puede observar en la figura anterior, en los hospitales gallegos la administración de la epidural suele ir acompañada de una solicitud previa por escrito (91.5%) y de información específica a las madres, explicándoles su funcionamiento (89.6%).

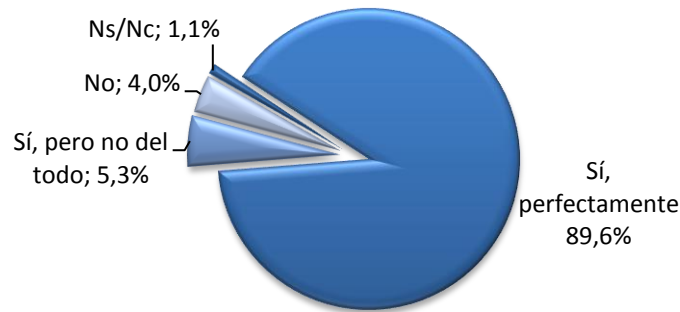
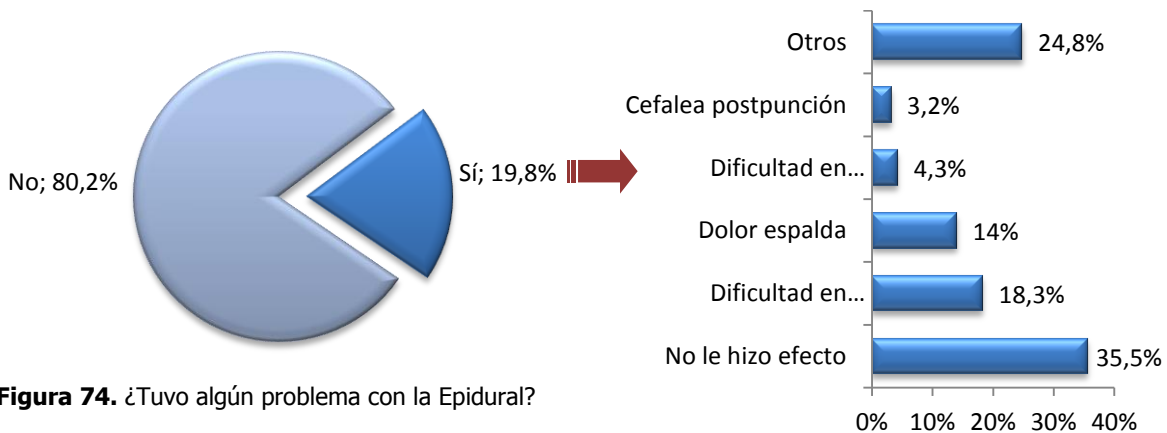


Figura 73. ¿Le informaron de su funcionamiento?

De manera complementaria, cabe añadir que la administración de analgesia epidural o raquídea no suele entrañar complicaciones, ya que así lo manifiesta el 80.2% de las mujeres que hicieron uso de ella. La mayoría de las incidencias registradas tienen que ver con la falta de efectividad en ocasiones (35.5%), las dificultades encontradas durante su administración (18.3%) y dolor de espalda tras el parto (14.0%). El resto de la problemática se caracteriza por tener una presencia residual.



Es preciso añadir además que el 86.8% de las mujeres a las que le fue administrada anestesia epidural volvería a solicitarla en futuros partos.



Figura 76. Si tuviera otro parto, ¿volvería a poner la epidural?

La valoración de la atención recibida por parte de los profesionales con los que las madres tienen contacto más directo en esta fase del parto es muy positiva (4.29 sobre 5), y algo similar puede decirse de las instalaciones y equipamientos (4.07). En ambos casos superan los obtenidos en los controles prenatales y en el ingreso.

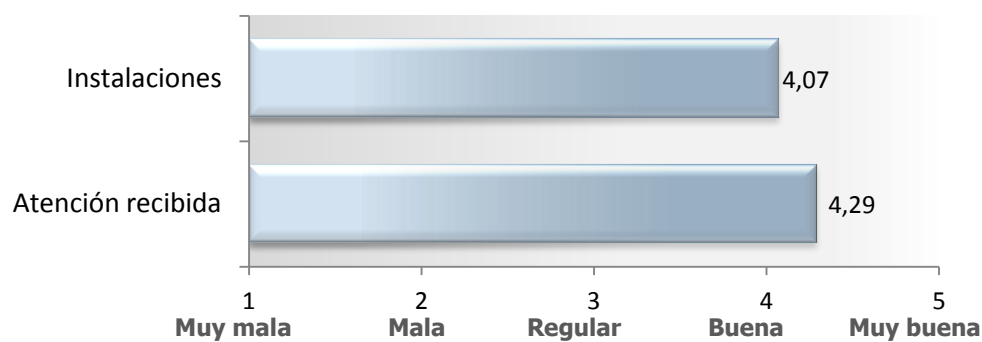


Figura 77. Valoración de la atención recibida por los profesionales y de las instalaciones y equipamientos del SERGAS durante el Parto

D) Postparto y estancia en planta

Los resultados y la información que se exponen en este cuarto apartado hacen referencia al postparto y la estancia en planta. En él se abordan cuestiones como el control de las visitas, la duración de la estancia en planta y la valoración de los profesionales e instalaciones a este nivel.

En primer lugar, la opinión mayoritaria es que los controles de visitas son adecuados (76.3%). No obstante, convendría reparar en el hecho de que para 1 de cada 4 usuarias ello no es así.

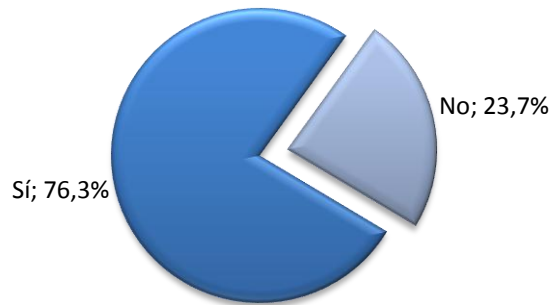


Figura 78. ¿Durante su estancia en planta cree que el control de las visitas fue adecuado?

De forma masiva (81.1%) las madres afirman que el personal de enfermería acudía siempre en un tiempo razonable a la habitación cuando se les llamaba.

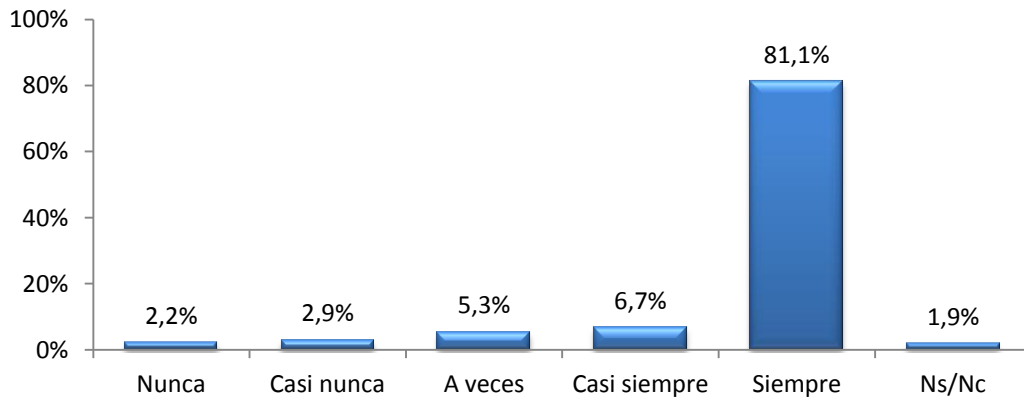


Figura 79. ¿El personal acudía a la habitación en un tiempo razonable cuando Ud. les llamaba?

En un parto normal la estancia habitual de las madres en el hospital es de 3-4 días (desde el ingreso hasta el alta médica). Para el 82.8% de las entrevistadas el tiempo que permanecieron en el hospital fue el adecuado.

	Media	Mediana	Moda	D. Típica
ESTANCIA EN EL HOSPITAL	4.06	3	3	3.43

Tabla 31. ¿Cuánto tiempo estuvo en el hospital en total (desde el ingreso al alta)?

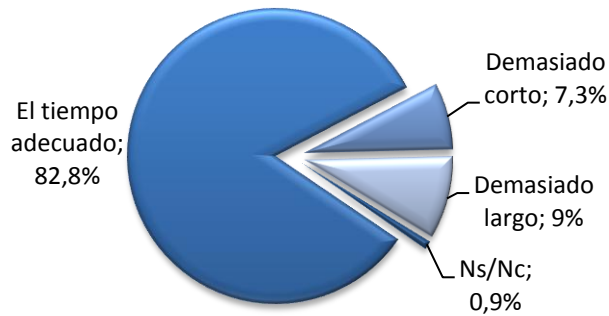


Figura 80. ¿Cree usted que el tiempo que tuvo que estar en el hospital fue...?

Como se puede apreciar en el siguiente gráfico, las valoraciones de las usuarias siguen siendo positivas, aunque descienden de modo significativo respecto al parto, tanto en lo referido a los profesionales ($t=6.91$; $p<0.001$), como a las instalaciones y equipamientos ($t=10.56$; $p<0.001$).

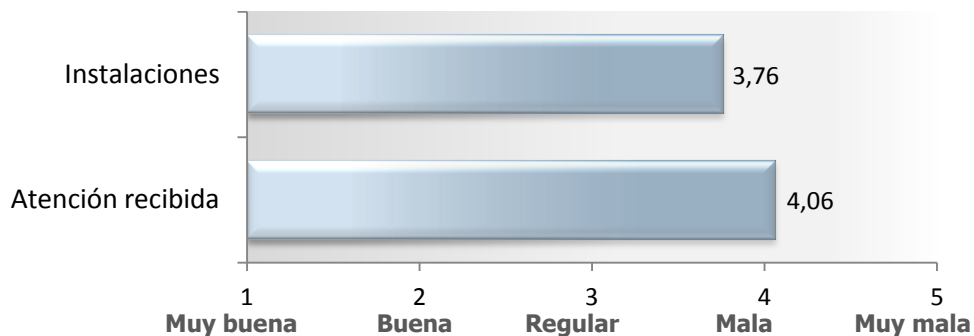


Figura 81. Valoración de la atención recibida por los profesionales y de las instalaciones y equipamientos del SERGAS durante el Postparto y Estancia en planta

E) Lactancia y cuidados del bebé

Otro bloque de enorme interés para el estudio es el relacionado con la lactancia y los cuidados del bebé. En él se abordan cuestiones como la información proporcionada por el personal, la ayuda prestada a las madres, las posibles complicaciones o la necesidad de ingreso en la unidad de neonatos.

El 41.7% de las mujeres consultadas afirman no haber recibido información clara por parte del personal de planta, acerca de cómo deberían realizar los cuidados y la alimentación de su bebé.

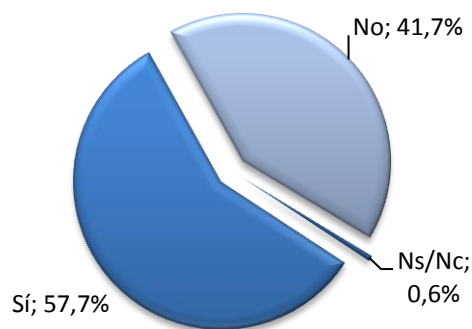


Figura 82. ¿Le explicaron con claridad cómo debía cuidar y alimentar a su bebé?

Aunque fuese solo en una ocasión, el 80.7% de las mujeres afirman haber dado el pecho a sus bebé.

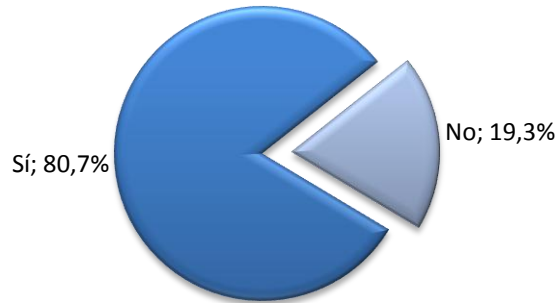


Figura 83. ¿Llegó a dar el pecho a su bebé (aunque sólo fuera una vez)?

De éstas, un 32.1% reconocen haber tenido dificultades con la lactancia materna; principalmente relacionadas con el rechazo del bebé, la aparición de grietas en los pezones o falta de leche.

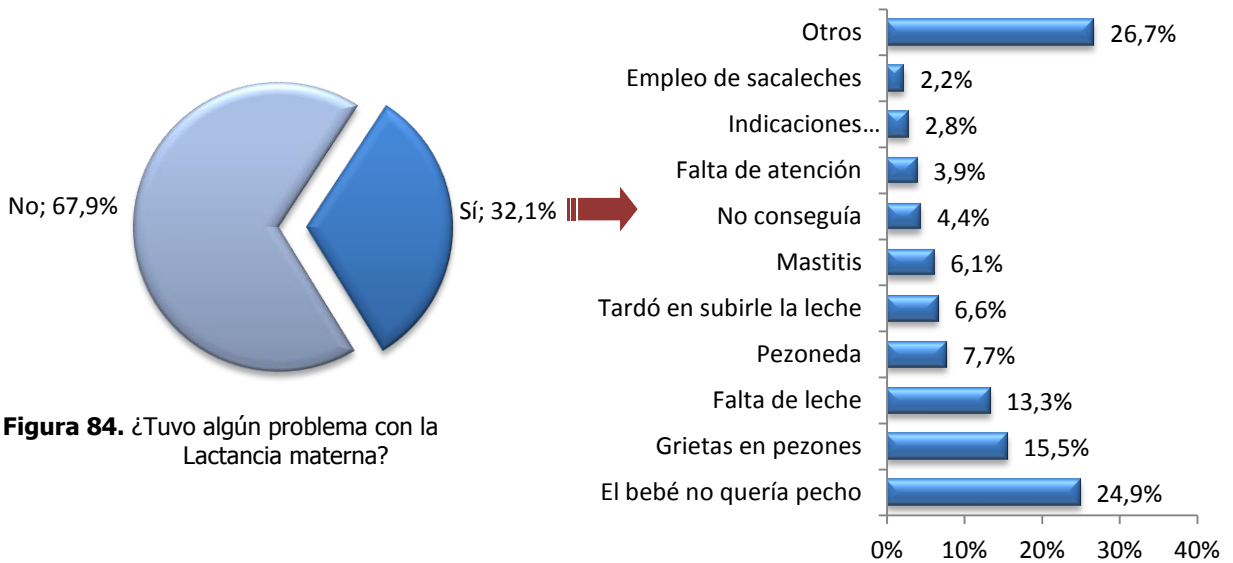


Figura 84. ¿Tuvo algún problema con la Lactancia materna?

Figura 85. ¿De qué tipo?

La valoración que las mujeres que optaron por la lactancia materna hacen de la ayuda recibida por parte del personal de planta es discreta (3.54 sobre 5), revelando otro de los elementos del servicio de necesaria mejora.

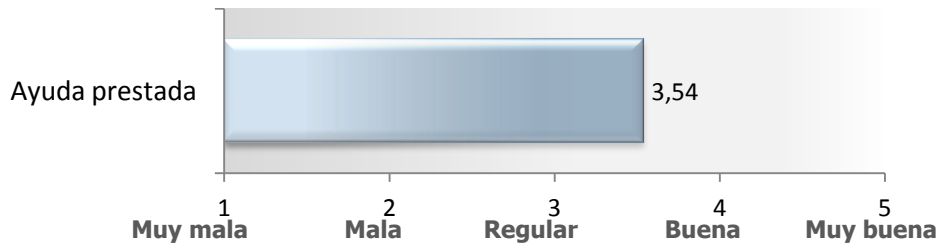


Figura 86. Valoración de la ayuda prestada por el personal del hospital para la lactancia materna

Por lo que se refiere al tipo de alimentación que suele recibir el bebé al alta médica, en el 61.9% de los casos es lactancia materna en exclusiva, en el 26.0% lactancia artificial y en el 12.1% restante se combinan ambas opciones. Como vemos, las dificultades experimentadas por la madre hacen que el porcentaje de lactancia materna se reduzca de un 80.7% inicial a un 61.9%. Una posible interpretación de estos datos es que la labor de los profesionales del hospital tiene un margen de acción de casi un 20% de casos en los que la lactancia materna podría incrementarse a través de una información adecuada y una ayuda efectiva a las madres.

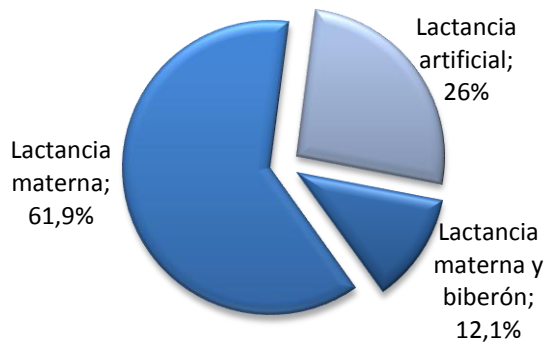


Figura 87. ¿Qué tipo de alimentación recibía su bebé al Alta?

Por lo que se refiere a los cuidados del bebé, las madres valoran muy positivamente la ayuda prestada por los diferentes profesionales, prueba de ello es que la valoración media alcanza un 4.25 en una escala de 5 puntos.

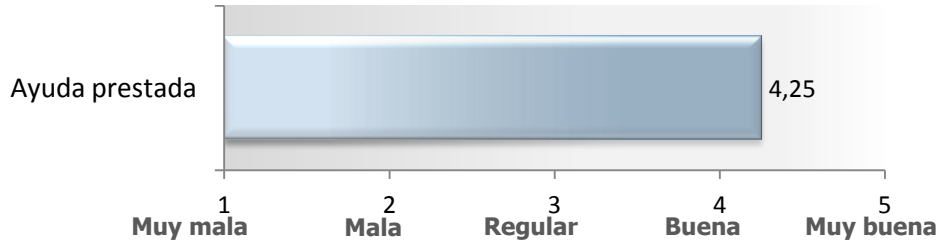


Figura 88. Valoración de la ayuda prestada por el personal del hospital en los cuidados del bebé

Tan sólo en el 9.8% de los partos considerados normales, fue necesario el ingreso del RN en la una unidad de neonatos. En 1 de cada 3 casos la información proporcionada a los padres se considera deficitaria. Además en el 69.1% sólo se le permitió el acceso en los horarios de visita.

Figura 89. ¿Tuvo que quedar ingresado su bebé en la unidad de neonatos?

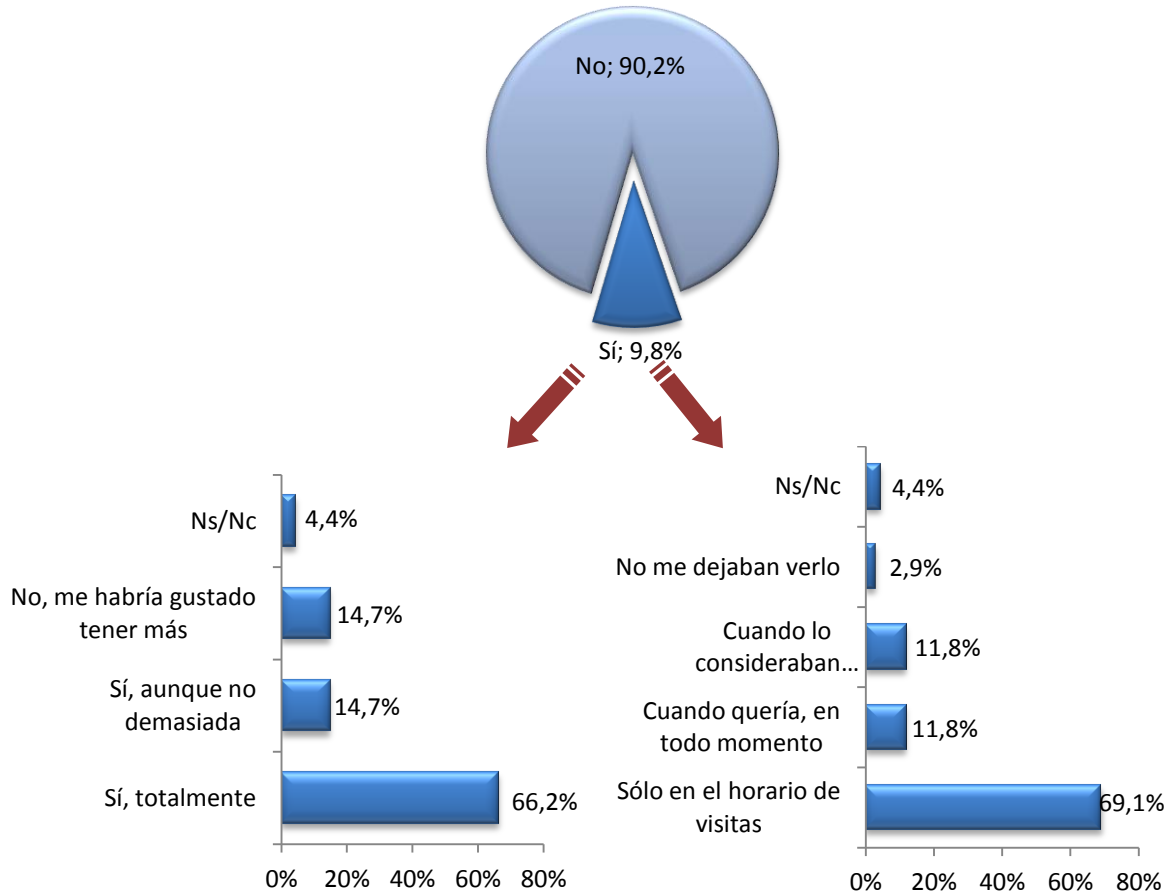


Figura 90. ¿Le dieron a Ud. o a su pareja información suficiente sobre por qué su bebé fue ingresado?

Figura 91. ¿Le permitieron estar con su bebé...?

F) Puerperio

Como última etapa del proceso, el puerperio también ha sido uno de los focos de interés del presente estudio. En este caso se ha intentado conocer en qué medida las madres acuden en las semanas posteriores al parto a sus matronas y/o médicos de familia del SERGAS en búsqueda de consejo o una valoración de su estado de salud.

Tal y como se puede apreciar en la figura siguiente, existe un alto porcentaje de madres que visitaron a los profesionales médicos con la finalidad de pedir consejos acerca de sus propios cuidados o el de su bebé, o para que les hiciesen una valoración del estado de de salud.

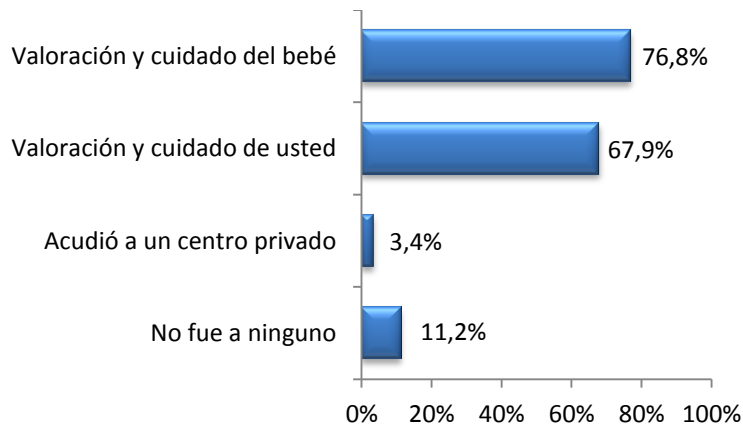


Figura 92. ¿Acudió usted a su matrona y/o médico de familia del SERGAS, para que le dieran consejos para su cuidado y los cuidados del bebé, o bien para valorar su estado de salud o la del bebé?

7.3.2. Valoración Global, Satisfacción y Cumplimiento de Expectativas

En general, un 87.4% de las mujeres consultadas valoran la atención recibida en el hospital como *Buena* o *Muy Buena*. En términos cuantitativos, la valoración media a nivel global es de 4.09 sobre 5.

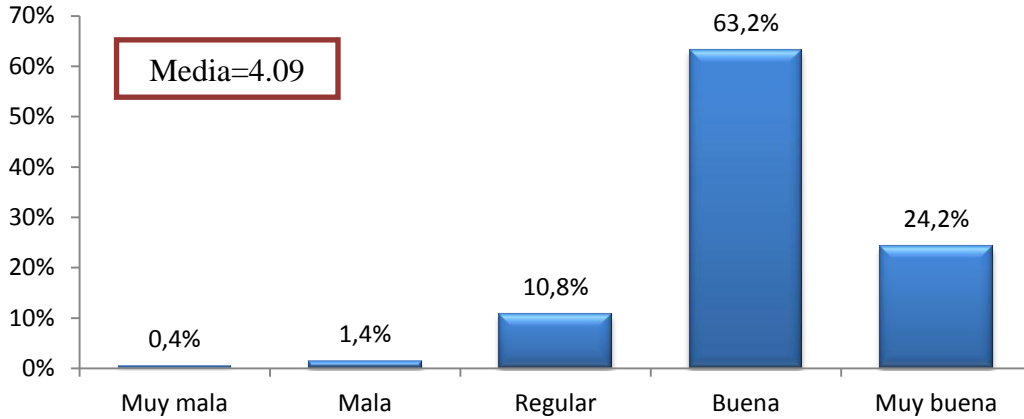


Figura 93. Valoración general de la atención recibida durante la estancia en el hospital

Para la mayor parte de las mujeres, el servicio del hospital y la atención dispensada respondieron a sus expectativas. Para el 47.9% la atención recibida fue *como esperaban*. Un 39.4% adicional reconoce que fue incluso *mejor* o *mucho mejor* de lo que ellas esperaban y tan solo en un 12.6% se vieron defraudadas.

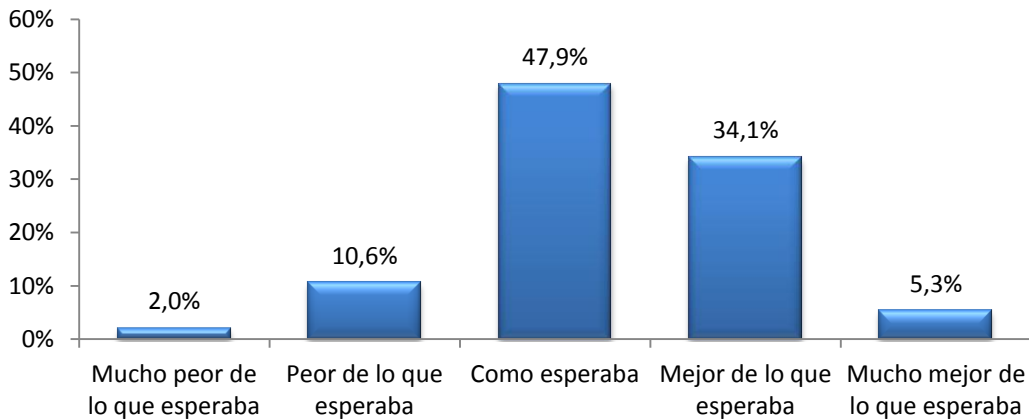


Figura 94. Grado de cumplimiento de las expectativas con la atención recibida

A nivel global las mujeres que acudieron en 2008 a un hospital del SERGAS para dar a luz se muestran bastante satisfechas con la atención. El nivel de satisfacción medio es (7.62 en una escala de 0 a 10).

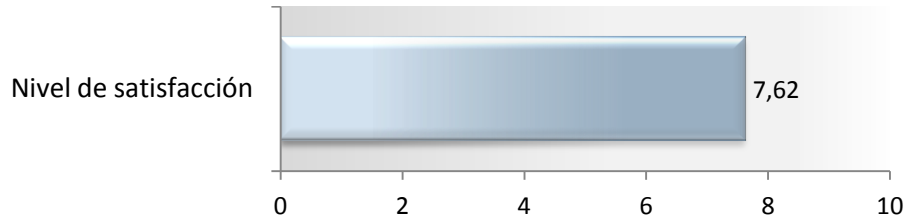


Figura 95. Nivel de satisfacción con la atención recibida en el hospital.

	Media	Mediana	Moda	D. Típica
SATISFACCIÓN GLOBAL	7.62	8	8	1.65

Tabla 32. Estadísticos descriptivos para la satisfacción Global

Con el objetivo de profundizar un poco más en el posible nivel de satisfacción de las usuarias de las áreas o servicios de maternidad, se preguntó si en caso de tener otro hijo/a acudirían al mismo hospital. Tal y como se recoge en la siguiente figura, la respuesta mayoritaria es positiva (91.7% de los casos). El porcentaje de rechazo es muy reducido (8.2%), alegando principalmente problemas de trato por parte del personal y la poca atención dispensada.



Figura 96. ¿Volvería a este hospital para dar a luz?

Por último, si se lleva a cabo una comparativa por Fases, en general, aunque tanto el Personal como las Instalaciones y Equipamientos obtienen valoraciones positivas, los mejores resultados se obtienen siempre para el Personal, sobre todo en el Parto (dilatación, expulsivo y alumbramiento) y en lo referido a los cuidados del bebé. En el caso de las Instalaciones se obtiene una valoración relativamente baja en la estancia en planta.

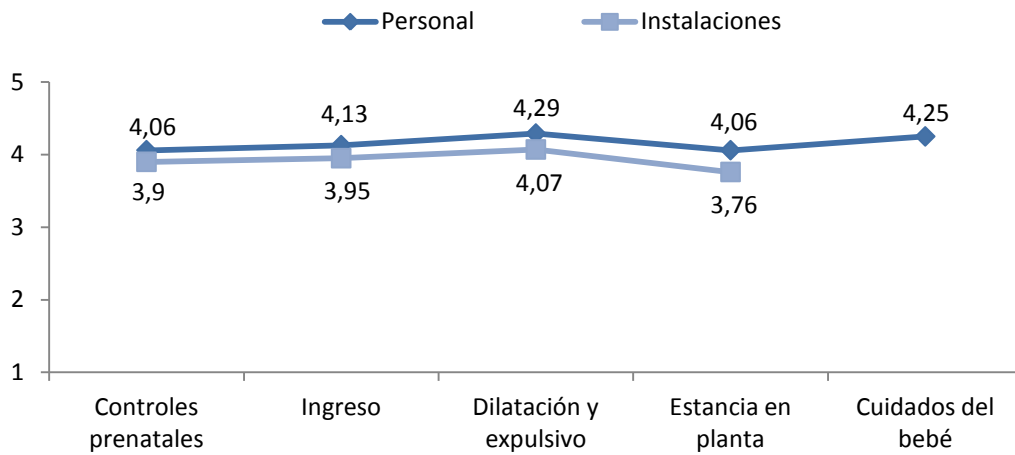


Figura 97. Resumen comparativo de las valoraciones del personal y las instalaciones del hospital durante el proceso del embarazo y parto del bebé

7.3.3. Evaluación de la Calidad Percibida

Un último objetivo de este segundo estudio empírico era desarrollar un instrumento con propiedades psicométricas aceptables (tanto en términos de fiabilidad como de validez) que pudiera ser utilizado de forma regular para evaluar la calidad del servicio de atención al parto, puerperio y lactancia de nuestros hospitales, desde el punto de vista, el sentir y las percepciones de las propias usuarias.

A pesar de que en el presente estudio se ha evaluado un número elevado de elementos de diferente índole, desde un punto de vista psicométrico la intención era elaborar un instrumento lo más parsimonioso posible, compuesto únicamente por los ítems más relevantes y que hubiesen demostrado poseer una elevada fiabilidad y validez. La medida que pretendíamos elaborar no solo debía captar en esencia cómo estaba siendo la calidad del servicio prestado en los hospitales gallegos, sino que además debía resultar lo más práctica posible, posibilitando un uso regular de la misma. En consecuencia, la propuesta de escala cuyas propiedades querían analizarse estaba compuesta por un total de 14 elementos, agrupados en 3 grandes dimensiones (tabla 33).

La primera de ellas recogía cuatro aspectos relacionados con las Instalaciones y Equipamientos (*Comodidad, Ambiente, Higiene y Equipamientos*); la segunda, seis aspectos vinculados a la Atención del Personal (*Agilidad, Trato, Información, Atención y Cuidados al bebé, ayuda efectiva para el Cuidado de la Madre y Ayuda efectiva para la Lactancia*); y, la tercera, cuatro elementos que denominamos “Procesos Clave” (*Libertad de movimientos, Acompañamiento, Medicalización del parto y Analgesia*).

El formato de respuesta utilizado era una escala ordinal de 5 puntos. Lo que a las usuarias se les pedía era que evaluaran cada uno de los elementos por separado, desde “1” (Muy Mal) a “5” (Muy Bien”).

DIMENSIÓN I: INSTALACIONES Y EQUIPAMIENTOS	
Ítem 1	COMODIDAD y AMPLITUD DE LAS INSTALACIONES (que el hospital disponga de salas y habitaciones suficientemente amplias y cómodas)
Ítem 2	AMBIENTE TRANQUILO e ÍNTIMO (que su estancia en el hospital transcurra en un ambiente tranquilo y de cierta intimidad)
Ítem 3	HIGIENE y LIMPIEZA (de las salas, la habitación, los baños, ...)
Ítem 4	EQUIPAMIENTO (que el hospital disponga de los medios técnicos adecuados para garantizar que el parto transcurra en las condiciones idóneas)
DIMENSIÓN II: ATENCIÓN DEL PERSONAL	
Ítem 5	AGILIDAD o RAPIDEZ en atenderle , evitando esperas innecesarias
Ítem 6	TRATO DEL PERSONAL (que el personal del hospital traten a la usuaria con amabilidad y respeto, le escuche...)
Ítem 7	INFORMACIÓN recibida por parte del personal (completa, clara...)
Ítem 8	ATENCIÓN y CUIDADOS DEL BEBÉ por parte de los profesionales
Ítem 9	Ayuda efectiva para MI CUIDADO PERSONAL (a la hora de hacerme las curas, puntos, asearme, levantarme, etc.)
Ítem 10	Ayuda efectiva para la LACTANCIA (contar con personal debidamente formado para que me ayuden a darle el pecho al bebé y alimentarlo adecuadamente)
DIMENSIÓN III: PROCESOS CLAVE	
Ítem 11	Posibilidad de tener LIBERTAD DE MOVIMIENTOS durante el parto
Ítem 12	ACOMPañAMIENTO (posibilidad de estar acompañada en todo momento por la persona que Ud. decida)
Ítem 13	Posibilidad de tener un PARTO POCO MEDICALIZADO , lo más natural posible, con métodos de alivio alternativos, sin oxitocina de rutina, ...
Ítem 14	ANALGESIA (que se utilicen las técnicas oportunas para el alivio del dolor)

Tabla 33. Elementos que componen la Escala abreviada de Calidad Percibida

A continuación se presentan los resultados obtenidos a nivel psicométrico. Primero se presentarán los descriptivos para cada elemento, seguidamente los resultados correspondientes a la estructura factorial o validez de Constructo, seguidos de la consistencia interna y, finalmente, la validez de criterio y/o validez predictiva.

A) Descriptivos de la escala inicial

En la siguiente tabla se recoge la media y desviación típica de cada ítem, junto con el índice de homogeneidad corregido (IHC) - correlación entre el elemento y el total de la escala sin el elemento y el valor del alfa de Cronbach para el total de la escala si se prescinde del elemento.

ELEMENTOS DEL SERVICIO		Media	Desv. típica	IHC	α (si se elimina el elemento)
DIMENSIÓN I: INSTALACIONES Y EQUIPAMIENTOS					
Ítem 1	Comodidad y Amplitud de las instalaciones	3.82	0.70	0.37	0.86
Ítem 2	Intimidad y Tranquilidad del Ambiente	3.62	0.85	0.49	0.85
Ítem 3	Higiene y Limpieza	4.16	0.57	0.42	0.85
Ítem 4	Equipamientos	4.04	0.56	0.41	0.85
DIMENSIÓN II: ATENCIÓN DEL PERSONAL					
Ítem 5	Agilidad/Rapidez de la atención	3.95	0.80	0.62	0.84
Ítem 6	Trato	4.10	0.85	0.64	0.84
Ítem 7	Información al usuario/paciente	3.77	0.88	0.68	0.84
Ítem 8	Atención y cuidados al bebé	4.30	0.68	0.55	0.85
Ítem 9	Ayuda efectiva en mi cuidado personal	3.84	0.84	0.65	0.84
Ítem 10	Ayuda efectiva en la lactancia	3.66	1.11	0.58	0.85
DIMENSIÓN III: PROCESOS CLAVE					
Ítem 11	Libertad de movimientos	3.63	0.90	0.52	0.85
Ítem 12	Acompañamiento	4.24	0.67	0.43	0.85
Ítem 13	Medicalización del parto	3.80	0.79	0.39	0.86
Ítem 14	Analgesia y manejo del dolor	3.96	0.89	0.41	0.86

Tabla 34. Descriptivos para los elementos que componen la Escala abreviada de Calidad Percibida

Tal y como se puede observar, en general las puntuaciones medias obtenidas son bastante elevadas, destacando especialmente el ítem 8 (Atención y Cuidados del Bebé), el ítem 12 (Acompañamiento) y el ítem 3 (Higiene y Limpieza). Por su parte, las

puntuaciones más bajas corresponden a los ítems 2 (Intimidad y Tranquilidad del Ambiente), 11 (Libertad de Movimientos) y 10 (Ayuda efectiva en la Lactancia).

Por lo que se refiere a la variabilidad, todos los ítems presentan desviaciones típicas inferiores a 1 (lo que revela el relativo acuerdo en las respuestas de las usuarias), especialmente a la hora de evaluar aspectos como la Higiene y Limpieza o los Equipamientos. El elemento donde parece existir mayor controversia es el referido a la Ayuda efectiva en la Lactancia, respecto al cual cabe suponer diferencias notables de unos casos a otros.

A nivel global cabe señalar también que algunos ítems como el 1 o el 13 resultan menos consistentes con el resto de la escala. No obstante, su eliminación no significaría una mayor consistencia global de ésta.

B) Validez de Constructo

Con el objetivo de estudiar la validez de constructo de la escala se realizó un Análisis Factorial Confirmatorio (AFC) de primer nivel. El modelo de partida quedaría especificado gráficamente tal y como se recoge en la figura 230. En él se defiende la existencia de tres grandes dimensiones del servicio y que supuestamente evalúa la escala: la primera de ellas, las Instalaciones y Equipamiento, aglutina 4 indicadores o variables observables; la segunda, la Atención del Personal, estaría representada por 6 indicadores; mientras que la tercera, que denominamos Procesos Clave, incluiría 4 elementos.

Para la estimación de los parámetros se utilizó el método de Máxima Verosimilitud, ya que proporciona estimaciones consistentes, eficientes y no sesgadas y, con un tamaño de muestra como el nuestro es capaz de facilitar la convergencia de las estimaciones con los parámetros aún en ausencia de normalidad (Bollen, 1989). Los análisis fueron

realizados mediante el programa Amos 7, implementado en el paquete estadístico SPSS.

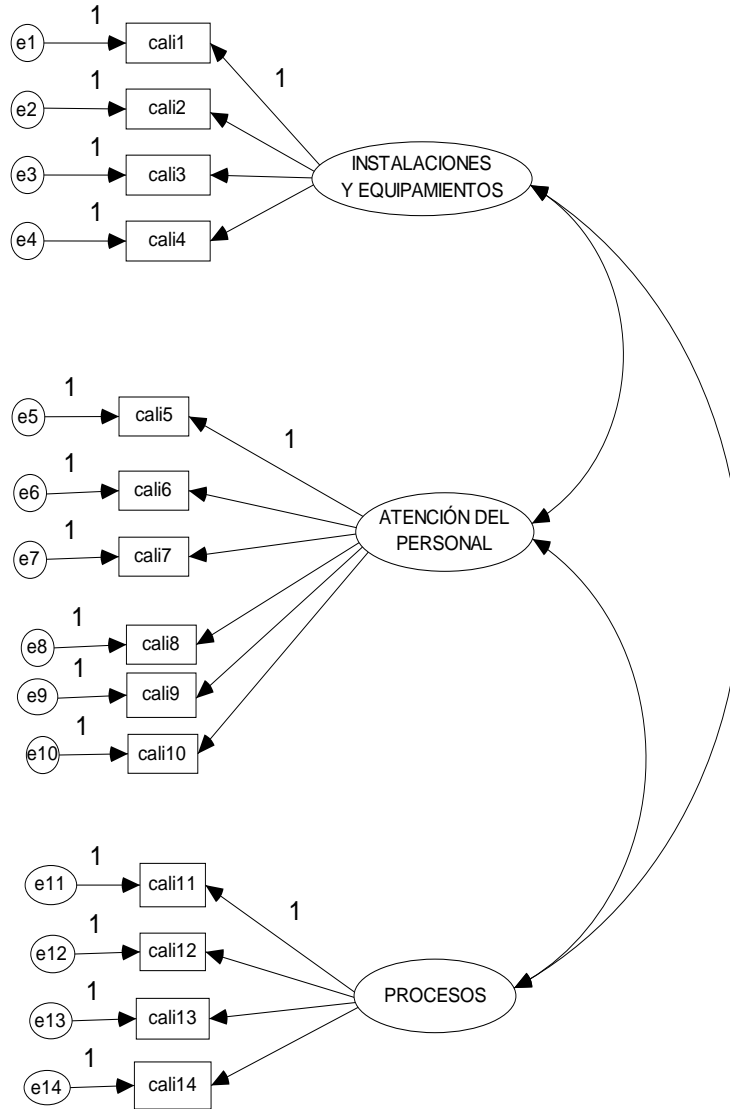


Figura 98. Modelo teórico AFC inicial

En la figura 99 se presentan las estimaciones estandarizadas del modelo inicial, mientras que en la tabla 35 se recogen diferentes medidas de ajuste entre el modelo teórico y los datos empíricos recogidos. Como es sabido, a pesar de la amplia difusión del contraste χ^2 , éste *tiende a informar* de un mal ajuste cuando la muestra supera las

200 observaciones, por lo que siguiendo las recomendaciones de Byrne y Ragin (2009) y Hu y Bentler (1999), se han utilizado índices de ajuste complementarios.

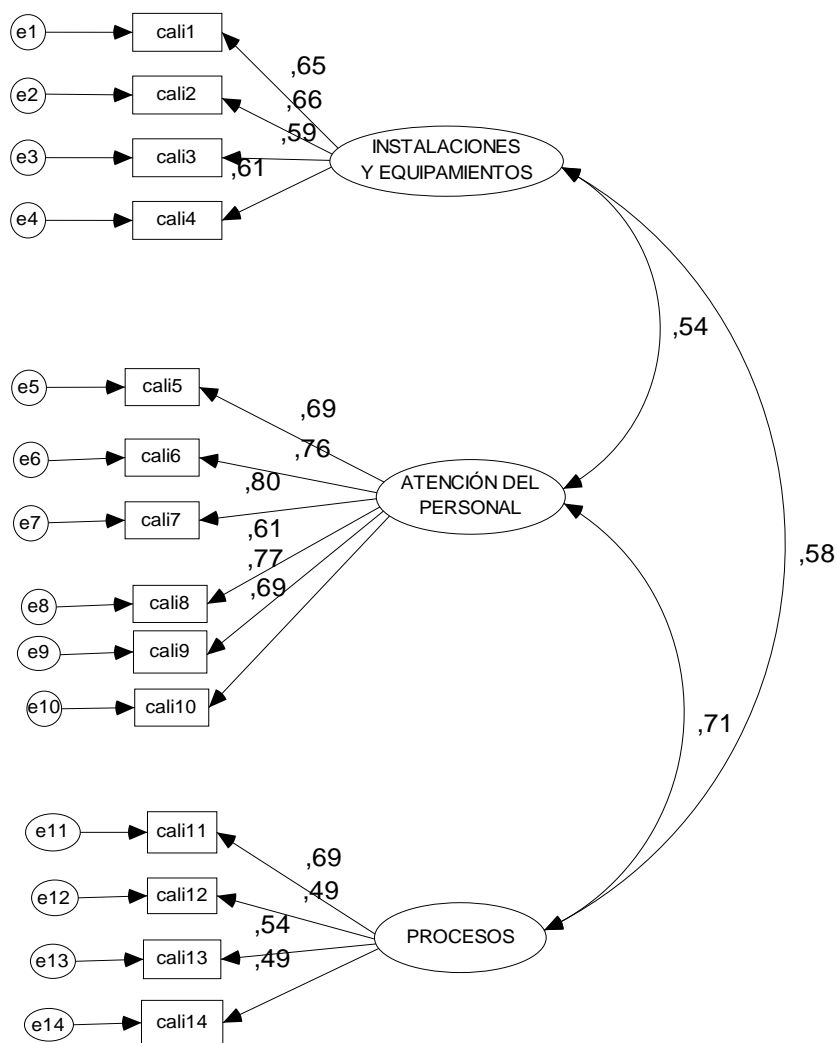


Figura 99. Parámetros estimados del modelo AFC inicial

	χ^2	gl	p	χ^2 /gl	NFI	CFI	GFI	RMSEA
Modelo inicial	206.02	74	<.001	2.78	0.90	0.93	0.93	0.06

Tabla 35. Índices de ajuste del modelo AFC inicial

A pesar de que el contraste χ^2 resulta significativo, el valor del NFI, el CFI y el GFI superan el umbral de 0.9, mientras que el RMSEA está por debajo del límite de 0.08, lo que revela un ajuste aceptable del modelo teórico a los datos empíricos. No obstante, una revisión detallada de la matriz de residuos, así como de los índices de modificación ofrecidos por el programa aconseja reespecificar el modelo en algunos términos.

Como resultado, se optó por liberar tres nuevos parámetros relativos a la covariación entre $e5-e6$, $e8-e10$ y $e8-e12$, incorporando dichas relaciones al modelo. Como se puede ver en la siguiente figura, sus estimadores resultaron en los tres casos significativos y coherentes con el sustento teórico del modelo. En buena medida resulta lógico pensar en la existencia de una fuerte relación entre la valoración que las madres hacen del trato recibido (ítem 6) y la agilidad en la atención (ítem 5); la valoración de la ayuda recibida en la lactancia y la valoración de los cuidados del bebé (ítem 8), o la posibilidad de estar acompañada de los familiares en el momento necesario (ítem 12).

Finalmente, en la comparan los indicadores de bondad de ajuste alcanzados para el modelo inicial y el modelo reespecificado.

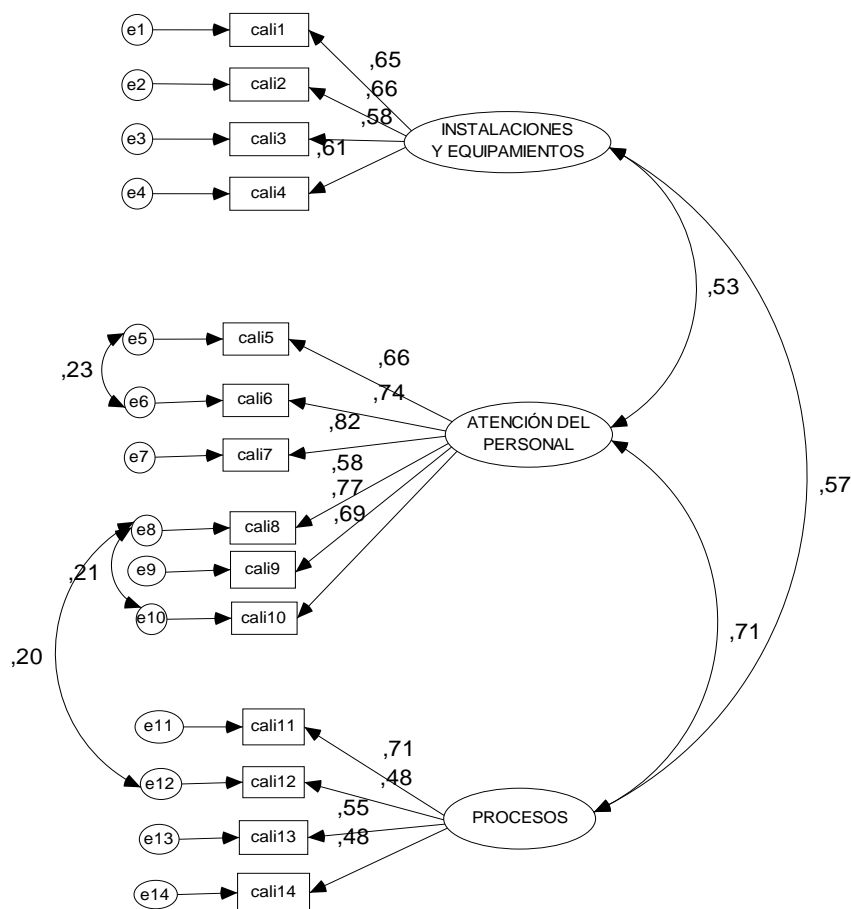


Figura 100. Parámetros estimados del modelo AFC reespecificado

	χ^2	gl	p	χ^2 /gl	NFI	CFI	GFI	RMSEA
Modelo inicial	206.02	74	<.001	2.78	0.90	0.93	0.93	0.06
Modelo reespecificado	155.83	71	<.001	2.19	0.93	0.96	0.95	0.05

Tabla 36. Índices de ajuste del modelo AFC inicial y reespecificado

Como se puede observar, el valor del estadístico χ^2 experimenta un descenso significativo ($\Delta\chi^2= 50.19$; $p<.001$). Se constata también una mejoría del NFI, el CFI y el GFI, que sobrepasan ampliamente el umbral de 0.9, mientras que el RMSEA está próximo se sitúa en 0.05. Estos resultados denotan un ajuste muy aceptable del nuevo modelo a los datos empíricos.

C) Consistencia interna

Una vez confirmada la estructura factorial de la escala, se procedió a estudiar su fiabilidad, a través de la consistencia interna. En la tabla siguiente se muestra el valor del coeficiente α de Cronbach tanto para el conjunto de la escala como para cada una de sus tres dimensiones por separado.

INSTALACIONES	PERSONAL	PROCESOS	GLOBAL
0.71	0.86	0.63	0.86

Tabla 37. Consistencia interna de la escala y sus dimensiones

Los resultados pueden considerarse más que aceptables, obteniéndose un α de 0.86 a nivel global. El peor resultado corresponde a la dimensión *Procesos Clave* ($\alpha=0.63$). No obstante, conviene señalar que está constituida sólo por 4 elementos y además estos hacen referencia a aspectos *a priori* bastante heterogéneos del servicio (Libertad de movimientos, Acompañamiento, Medicalización y Analgesia).

D) Validez de criterio

Llegados a este punto es plausible afirmar que la medida de la que disponemos para evaluar la Calidad Percibida del servicio posee unas propiedades psicométricas satisfactorias, tanto desde el punto de vista de su consistencia interna como de su validez de constructo. No obstante, con la intención de completar los análisis realizados se procedió a estudiar la relación entre la Calidad Percibida y la valoración de la experiencia por parte de las usuarias. Para ello se llevó a cabo un análisis causal de estructuras de covarianza, a partir del modelo reespecificado, al que se incorporó una medida de la valoración de la *Experiencia* por parte de las usuarias, compuesta

por tres indicadores: Valoración General de la Atención recibida, Satisfacción Global y grado de Cumplimiento de las Expectativas. Tal y como se recoge en la figura siguiente, se dispone de un modelo causal recursivo, con una variable latente endógena, definida por tres indicadores o variables observables.

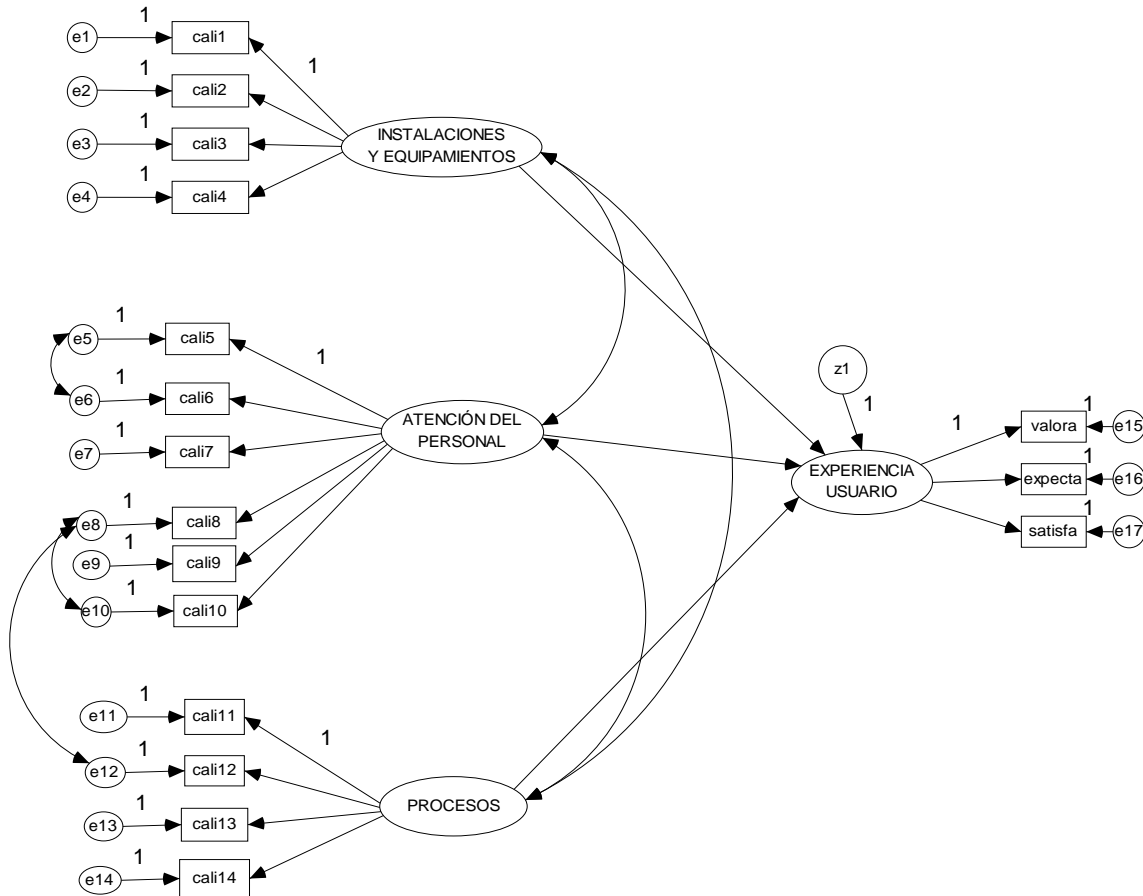


Figura 101. Modelo teórico causal

Al igual que el Análisis Factorial Confirmatorio, el análisis se llevó a cabo utilizando el Método de Máxima Verosimilitud. Los parámetros estimados se recogen en la figura siguiente.

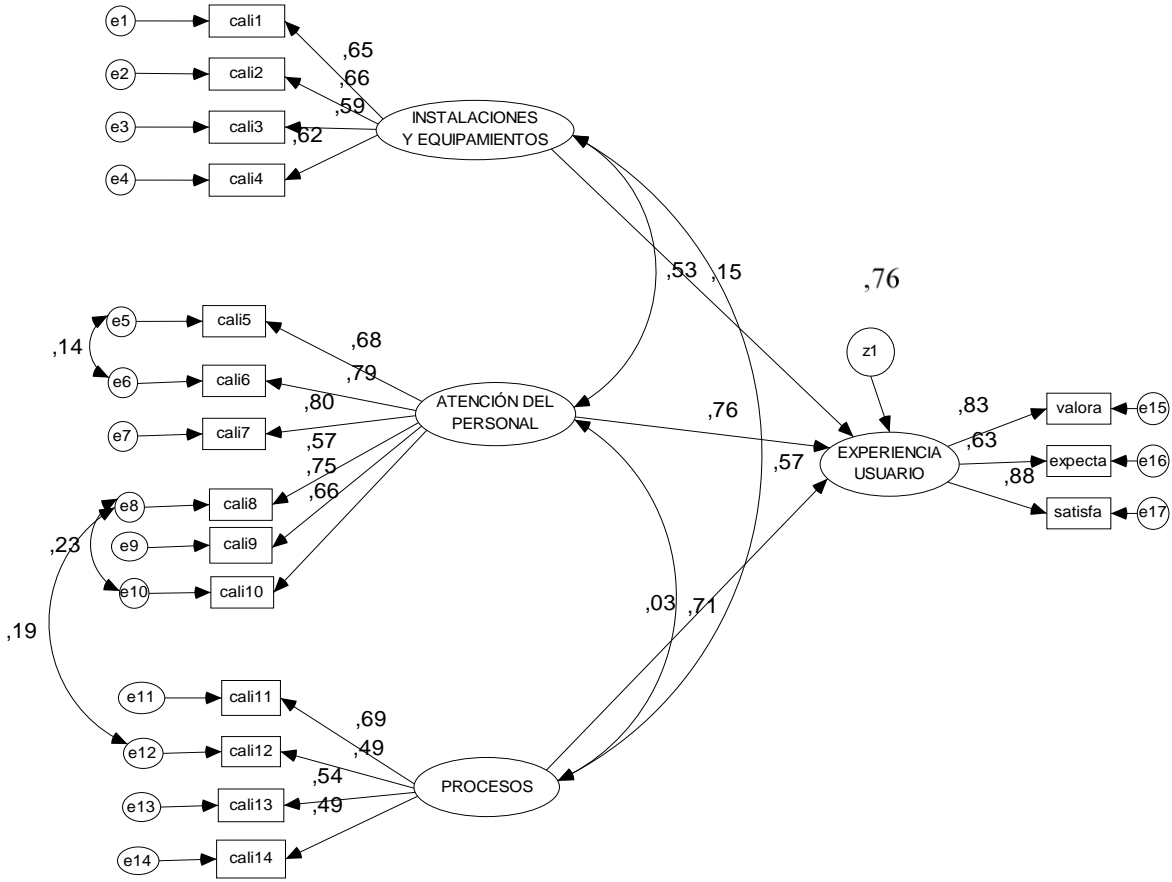


Figura 102. Parámetros estimados para el modelo causal

Como se puede observar en la tabla 38, el ajuste del modelo a los datos empíricos es satisfactorio, sin embargo uno de los parámetros no resulta estadísticamente significativo ($t=0.36$; $p=0.71$). Los resultados revelan que la dimensión *Procesos Clave* no posee un peso estadísticamente significativo sobre la Experiencia de las usuarias con el servicio. La consecuente reespecificación del modelo (prescindiendo de dicha dimensión), se recoge en la figura 103, con los parámetros ya estimados. Los niveles de ajuste se presentan en la tabla 38.

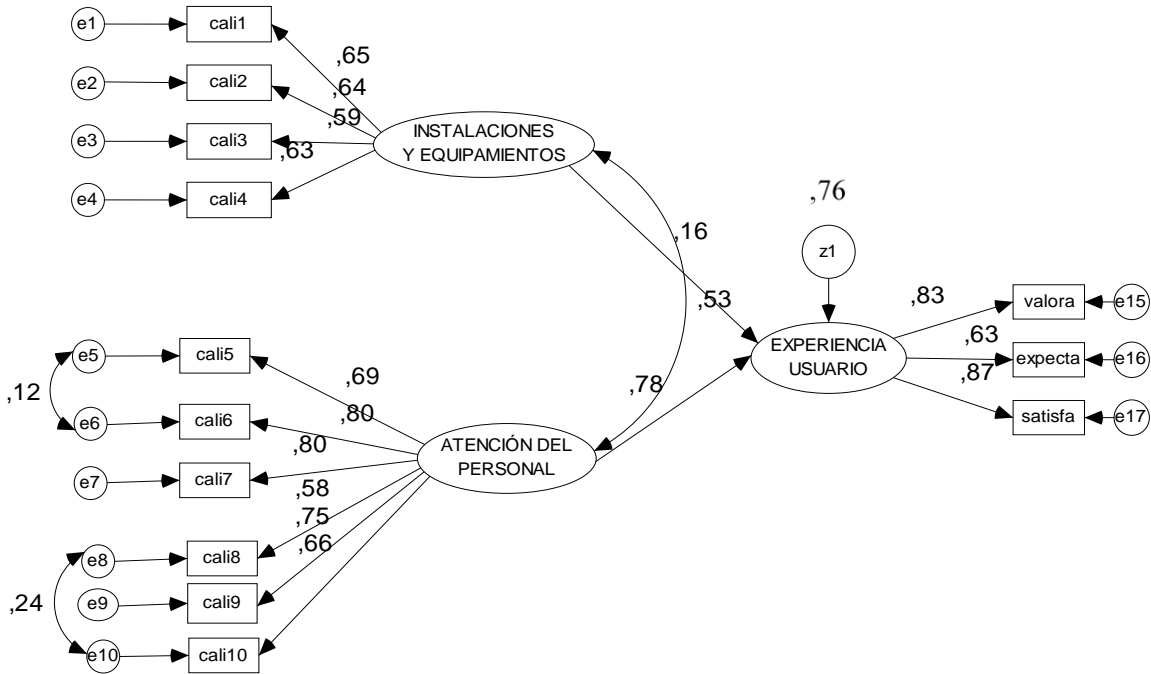


Figura 103. Parámetros estimados para el modelo causal reespecificado

	χ^2	gl	p	$\chi^2/$ gl	NFI	CFI	GFI	RMSEA
Modelo inicial	254.03	110	<.001	2.30	0.92	0.95	0.93	0.06
Modelo reespecificado	170.67	60	<.001	2.84	0.94	0.93	0.96	0.06

Tabla 38. Índices de ajuste del modelo causal reespecificado

Los resultados obtenidos revelan que las dimensiones *Instalaciones/Equipamientos* y *Atención del Personal* son capaces de explicar conjuntamente más del 75% de la varianza de la *Experiencia* de las madres con el servicio ($R^2=0.76$). Además, el mayor coeficiente de regresión asociado a la dimensión *Atención del Personal* ($\gamma=0.78$) refleja que sus elementos poseen un peso mayor que los referidos a las *Instalaciones* ($\gamma=0.53$) en la conformación de la satisfacción de las usuarias y el cumplimiento de sus expectativas.

En definitiva, el principal resultado que se deriva de los análisis llevados a cabo es la presentación de una Escala Abreviada de Calidad Percibida de la Atención al Parto,

Puerperio y Lactancia, que posee unas propiedades psicométricas muy satisfactorias (tanto en términos de fiabilidad como de validez).

Al mismo tiempo, la realización de un Análisis Causal de Estructuras de Covarianzas ha permitido constatar la estrecha relación existente entre los elementos que recoge la escala y la Satisfacción final de las usuarias, el cumplimiento de sus expectativas y, en definitiva, la valoración de su *Experiencia* con el área de obstetricia del hospital, alcanzando una capacidad explicativa superior al 75%.

A pesar de que todos los elementos del servicio presentan valoraciones positivas, no todos tendrían la misma relevancia. Los elementos relacionados con la ATENCIÓN DEL PERSONAL (y sobre todo el trato dispensado por éste), son los que condicionan en mayor medida la Satisfacción final de las madres con el servicio. En un segundo plano estarían las INSTALACIONES y en tercer lugar los elementos que habíamos denominado “PROCESOS CLAVE” (acompañamiento, libertad de movimientos, medicalización del parto y analgesia), claramente ensombrecidos por la importancia que se le concede al contacto con los profesionales.

7.4. CONCLUSIONES

Este segundo estudio fue diseñado con el objetivo de evaluar la calidad de la atención al parto, puerperio y lactancia que actualmente se dispensa en los hospitales del Servicio Galego de Saúde. Para llevar a cabo la evaluación mencionada, dada la complejidad del servicio y su carácter multidimensional, fueron analizados diferentes fases y elementos del servicio, desde los controles prenatales hasta el alta médica, desde la labor del personal de enfermería hasta la labor de los diferentes facultativos.

Los principales resultados obtenidos se resumen en siete puntos.

❶ CONTROLES PRENATALES Y CURSOS DE PREPARACIÓN AL PARTO

La inmensa mayoría (96.1%) de las mujeres que dan a luz en nuestros hospitales acuden de forma regular a los controles prenatales. El médico de familia es el profesional al que suelen acudir para realizar el primer control prenatal (49.2%), seguido del ginecólogo (28.3%) y de la matrona (21.8%). Prácticamente todas las mujeres que acudieron a su médico de familia o matrona para realizar el primer control del embarazo, lo hicieron en centros del SERGAS.

Por término medio las mujeres acuden a la primera consulta de control, entre las 5 y 6 semanas de gestación. Independientemente del profesional al que hayan acudido en esa primera consulta, en la mayoría de los casos ha sido el ginecólogo del SERGAS la persona que ha llevado o supervisado todo el embarazo (82.2%).

Un dato interesante es que en el 59% de los casos las madres acuden a más de un ginecólogo a lo largo del embarazo. No sucede lo mismo con la matrona, que es siempre la misma en el 82.4% de los casos.

Tan sólo en un 40.5% de los casos los profesionales del SERGAS preguntaron a las mujeres por sus preferencias para el parto (acompañantes, métodos para el alivio del

dolor, lactancia...). Más de la mitad (59.5%) no fueron preguntadas por tales cuestiones. Las que sí fueron consultadas, se les preguntó sobre todo acerca de sus intenciones respecto a la Epidural (65.6%) y a la lactancia (27.4%).

En cuanto a la información proporcionada por los profesionales del SERGAS en los controles prenatales, ésta recibe una valoración relativamente alta (3.83 en una escala de 5 puntos). De manera complementaria, cabe señalar que el 78.7% de las mujeres consultadas valora la información recibida en los controles prenatales como Buena o Muy Buena.

Tanto la valoración de la atención recibida por parte de los profesionales del SERGAS en los controles prenatales, como de las instalaciones y equipamientos fueron valoradas de manera positiva (4.06 sobre 5 en el caso de los profesionales y 3.90 de las instalaciones y equipamientos).

Por último, más de la mitad de las entrevistadas acudió también a cursos de preparación del parto (56.3%), principalmente en centros de salud. Las mujeres que no acudieron a los cursos de Educación Maternal lo atribuyen sobre todo a la *falta de tiempo* (25.7%), a razones laborales (21.1%), al hecho de haber asistido en embarazos anteriores (17.8%). La valoración de estos cursos es muy positiva (4.32 en una escala de 5 puntos). El 91.7% los considera además buenos o muy buenos.

❷ INGRESO

En el 81.5% de los casos el ingreso se realiza a través del área de urgencias del hospital; sólo el 14.2% son ingresos programados. A juicio del 81.6% de las usuarias el ingreso se realizó de forma ágil. No obstante, es preciso señalar que prácticamente en 2 de cada 10 casos las mujeres tuvieron que sufrir esperas aparentemente innecesarias, o bien el ingreso no fue todo lo cómodo que hubiesen deseado.

Una vez realizado el ingreso, el procedimiento habitual de atención a las embarazadas suele incluir la escucha del latido del bebé (89%), la monitorización y realización de un test basal (89%) y la realización de un tacto vaginal (83.9%). En un 30.3% de los casos fue realizada también una analítica.

La valoración de la atención proporcionada por el personal es muy positiva, algo mayor incluso que la obtenida en el caso de los controles prenatales (4.13 frente a 4.06). Las instalaciones siguen manteniendo también valoraciones elevadas (3.95 frente a 3.90).

❸ PARTO (DILATACIÓN, EXPULSIVO Y ALUMBRAMIENTO)

En la mayoría de los casos el proceso de parto se inició de forma natural (70.1%). El porcentaje de partos inducidos asciende casi a un 30%.

La duración del parto es muy variable, aunque lo más frecuente es que éste dure entre 8 y 9 horas. Cabe añadir además que el 75% de los partos dura menos de 12 horas.

Tras el nacimiento, en el 76.4% de los casos el bebé es colocado desnudo sobre el cuerpo de la madre, generalmente nada más nacer. No obstante, casi en el 60% de los casos el bebé es separado de su madre en las dos primeras horas de vida, generalmente para pesarlo, medirlo o bañarlo. Dicha separación suele durar por lo general 2 horas y sólo en 1 de cada 4 casos supera las 5 horas, fundamentalmente debido a complicaciones.

La posibilidad de acompañamiento durante la estancia en planta y en el ingreso es casi total (92.5% y 82.6%, respectivamente). El momento especialmente crítico en este sentido es el propio parto (expulsivo y alumbramiento), ya que el 35.9% de las mujeres consultadas afirman que no permitieron el acceso de su acompañante en ese momento.

En lo referente a las prácticas habituales adoptadas en el parto normal, cabe señalar en primer lugar que en el momento de la dilatación más de la mitad de las embarazadas (56.5%) pudieron moverse con libertad y adoptar la posición que les resultase más cómoda. Sin embargo, un 25.3% afirma que se vieron totalmente restringidas en ese sentido. Las restricciones posturales y de movilidad aumentan considerablemente en el expulsivo, hasta un 59.8%. La POSTURA HABITUAL EN EL EXPULSIVO suele ser “tumbada con las piernas sobre un potro” (64.8%), aunque en el 32.5% de los casos la madre está acostada.

En cuanto a la posibilidad de INGERIR LÍQUIDOS, las restricciones a día de hoy parecen ser grandes. Al 64% de las madres no le permitieron beber durante la dilatación. El porcentaje es similar en el caso del postparto inmediato (63.6%).

Una práctica que a día de hoy aún no ha caído definitivamente en desuso es la administración de ENEMAS. Un 37.2% de las mujeres consultadas señala que en algún momento del proceso les fue administrado un enema, fundamentalmente en el ingreso y la dilatación. Sólo el 62.5% fueron informadas de las razones por las que se hacía y únicamente al 37.8% se les pidió su consentimiento.

En un 45.2% de los casos las mujeres fueron RASURADAS, generalmente durante la dilatación o en el expulsivo. Por lo general no se da ningún tipo de explicación a las madres (sólo en el 37.8% de los casos), ni se les pide su consentimiento (24.4%).

Otra de las prácticas más comunes en la atención al parto normal es la canalización de la vía i/V (82.5% de los casos), sobre todo en el ingreso y la dilatación. Al igual que en los casos anteriores la información y el consentimiento es muy bajo (50.4% y 29.6%, respectivamente).

Hay que añadir también que al 44.8% de las mujeres le fue administrada OXITOCINA; en 3 de cada 4 casos durante la dilatación. La información a las madres parece ser mayor en esta ocasión (73.1%), pero no así la petición de consentimiento (38.1%).

Otro dato de interés es que en la mitad de los partos normales fue practicada una episiotomía (52.6%). En 1 de cada 5 episiotomías (18.9%) las mujeres tuvieron algún problema como consecuencia de ésta, generalmente dolor posterior e inflamación por los puntos.

Por lo que se refiere a los métodos de alivio del dolor utilizados en nuestros hospitales, la analgesia epidural y/o raquídea es claramente la más recurrida (68.6% de los denominados partos normales). El recurso a los calmantes es una práctica común en el 24.7% de los casos. El resto de opciones presentan una frecuencia muy reducida (menos del 10% de casos).

La administración de la epidural suele ir acompañada de una solicitud previa por escrito (91.5%) y de información específica a las madres, explicándoles su funcionamiento (89.6%). Por lo general no suele entrañar complicaciones, ya que así lo manifiesta el 80.2% de las mujeres que hicieron uso de ella. Las incidencias registradas tienen que ver con la falta de efectividad en ocasiones, las dificultades encontradas durante su administración y el dolor de espalda posterior al parto. Es preciso añadir que el 86.8% de las mujeres a las que le fue administrada la epidural volvería a solicitarla.

La valoración de la atención recibida por parte de los profesionales con los que las madres tienen contacto directo en esta fase del parto es muy positiva (4.29 sobre 5), y algo similar puede decirse de las instalaciones y equipamientos (4.07). En ambos casos superan los obtenidos en los controles prenatales y en el ingreso.

4 POSTPARTO Y ESTANCIA EN PLANTA

En un parto normal la estancia habitual de las madres en el hospital es de 3-4 días (desde el ingreso hasta el alta médica). Para el 82.8% de las entrevistadas el tiempo que permanecieron en el hospital fue el adecuado.

Con relación al control de visitas la opinión mayoritaria es que éste es adecuado (76.3%). No obstante, convendría reparar en el hecho de que para 1 de cada 4 usuarias ello no es así, convirtiéndose en un claro elemento de mejora.

De forma masiva (81.1%) las madres afirman que el personal de enfermería acudía siempre en un tiempo razonable a la habitación cuando se les llamaba.

La valoración de los profesionales y las infraestructuras en esta fase sigue siendo positiva, aunque desciende de modo significativo respecto al parto (4.06 y 3.76, respectivamente).

⑤ LACTANCIA Y CUIDADOS DEL BEBÉ

El 80.7% de las mujeres afirman haber iniciado la lactancia materna. De éstas, 1 de cada 3 manifiestan haber tenido dificultades, principalmente relacionadas con el rechazo del bebé, la aparición de grietas en los pezones o falta de leche.

En el momento del alta sólo el 61.9% de los casos continúan con lactancia materna en exclusiva. Las dificultades experimentadas hacen que el porcentaje de lactancia materna se reduzca en casi un 20%. Dicho porcentaje constituye un reto para los profesionales, cuya labor de información y ayuda efectiva a las madres puede resultar decisiva.

De forma complementaria, cabe señalar que un 41.7% de las mujeres consultadas manifiestan no haber recibido información clara por parte del personal de planta de cómo deberían realizar los cuidados y la alimentación de su bebé. La valoración que las mujeres que optaron por la lactancia materna hacen de la ayuda recibida por parte del personal de planta es discreta (3.54 sobre 5), revelando otro de los elementos del servicio de necesaria mejora.

Sin embargo, por lo que se refiere a los cuidados del bebé, las madres valoran muy positivamente la ayuda prestada por los diferentes profesionales (4.25 en una escala de 5 puntos).

Por último, aproximadamente el 9.8% de los partos considerados normales implican el ingreso del RN en la unidad de neonatos. En 1 de cada 3 casos la información proporcionada a los padres se considera deficitaria. Además en el 69% sólo se permitió el acceso en los horarios de visita.

⑥ VALORACIÓN GENERAL Y SATISFACCIÓN DE LAS USUARIAS

En general, un 87.4% de las mujeres consultadas valoran la atención recibida en el hospital como Buena o Muy Buena. En términos cuantitativos, la valoración media a nivel global es de 4.09 sobre 5.

Para la mayor parte de las mujeres, el servicio del hospital y la atención dispensada respondieron a sus expectativas. Para el 47.9% la atención recibida fue como esperaban. Un 39.4% adicional reconoce que fue incluso mejor o mucho mejor de lo que ellas esperaban y tan solo en un 12.6% se vieron defraudadas.

En la misma línea, el nivel de satisfacción medio alcanzado es de 7.62 en una escala de 0 a 10. Además el 91.7% de las madres volverían a elegir el mismo hospital si tuviesen un nuevo parto.

Independientemente de la fase considerada, las valoraciones del Personal son siempre mejores que las otorgadas a las Instalaciones y Equipamientos, especialmente en la dilatación, expulsivo y alumbramiento. En el caso de las Instalaciones se obtiene una valoración bastante discreta en la estancia en planta.

7 ESCALA DE CALIDAD PERCIBIDA

Por último, los resultados obtenidos a nivel psicométrico permiten presentar una escala de calidad percibida de interés para la gestión sanitaria, dada su brevedad (tan solo 14 ítems), fácil aplicación, fiabilidad y elevada capacidad explicativa, posibilitando un seguimiento objetivo y, al mismo tiempo sencillo, del servicio.

Los resultados sirven también para recalcar la enorme importancia que el factor humano y el trato dispensado por el personal posee en la configuración de un servicio realmente de Calidad, capaz de satisfacer verdaderamente las expectativas de las usuarias. De ello se deriva que más allá de contar con buenas instalaciones y equipamientos, de supervisar procesos o elementos *a priori* decisivos como el Acompañamiento, la Libertad de Movimientos, la Medicalización del Parto o la Analgesia, los responsables del área de obstetricia de nuestros hospitales y sus diferentes profesionales deben conceder una atención especial al componente humano que implica la experiencia de parto y, en consecuencia, poner un énfasis especial en los elementos emocionales de la interacción con ésta.

8. DISCUSIÓN

Como se ha mencionado a lo largo de este trabajo, actualmente se considera que la sostenibilidad de un Sistema Sanitario se supedita a la buena gestión de los recursos disponibles, y a ajustes coherentes con los avances científicos. Para garantizar una atención de calidad es preciso conocer la opinión de los usuarios acerca de los servicios sanitarios y de las eventuales necesidades no resueltas.

Este estudio fue diseñado con el objetivo de evaluar de forma lo más completa y precisa posible la calidad percibida de la atención al parto, puerperio y lactancia que actualmente se dispensa en los hospitales del SERGAS. Para llevar a cabo esta evaluación, dada la complejidad del servicio y su carácter multidimensional, fueron analizadas las diferentes fases del proceso de atención, los elementos del servicio, y la labor del personal. Siguiendo esta línea de exposición, se abordarán las conclusiones clasificándolas en estas fases y categorías.

CONTROLES PRENATALES Y CURSOS DE PREPARACIÓN AL PARTO

En el presente trabajo cuestiones básicas de seguridad en el embarazo como son el acudir precozmente al primer control de embarazo y de forma regular a los controles prenatales, han obtenido elevados niveles de cumplimiento. Por término medio las mujeres acuden a la primera consulta de control, entre las 5 y 6 semanas de gestación, y la inmensa mayoría (96.1%) de las mujeres que dan a luz en nuestros hospitales acuden de forma regular a los controles prenatales.

Existe una uniformidad en este tipo de resultados en encuestas realizadas en entornos similares, tanto a nivel nacional (Consejería de Salud y Servicios Sanitarios del Principado de Asturias, 2010) como internacional (Health Care Commission, 2007). Refleja que estos conceptos han calado en la sociedad como importantes para el bienestar de la madre y del recién nacido, lo que supone un éxito por parte del

Sistema Sanitario en su transmisión. La falta de tiempo y motivos laborales son la razón esgrimida en mayor medida en caso de no asistir, lo que supone que la conciliación familiar sigue siendo una asignatura pendiente en la sociedad occidental. El médico de familia es el profesional al que se suele acudir para realizar el primer control prenatal (49.2%), seguido del ginecólogo (28.3%) y de la matrona (21.8%). Prácticamente todas las mujeres que acudieron a su médico de familia o matrona para realizar el primer control del embarazo, lo hicieron en centros del SERGAS. Esta tendencia a que el médico de familia sea el primer profesional al que se acuda en el embarazo, también se da con porcentajes similares en el ámbito nacional (Consejería de Salud y Servicios Sanitarios del Principado de Asturias, 2010), pero varía respecto a otros lugares como Inglaterra, influenciado por la organización en los distintos países de la asistencia al parto (Healthcare Commission, 2007; MSC, 2008).

El papel de la Atención Primaria tanto a la hora del primer control como en el seguimiento del embarazo normal es más predominante en Inglaterra. Allí, el 78% acuden a su médico de familia para el primer control frente al 49,2% del presente trabajo. Posteriormente, los ginecólogos británicos supervisan el 69% de los embarazos, frente al 82,2% observado (Healthcare Commission, 2007). La gestión del parto por estos profesionales no ve menguada la seguridad y el éxito del proceso, pero sí aumenta los índices de satisfacción de las usuarias (Del Mar, O'Connor, 1994; Douglas, Cervin, Bower, 2007). Posiblemente la cercanía, accesibilidad y continuidad de cuidados que ofrece este tipo de atención beneficia la valoración que realizan las madres de la atención.

Un dato interesante es que en el 59% de los casos las madres acuden a más de un ginecólogo a lo largo del embarazo. No sucede lo mismo con la matrona, que es siempre la misma en el 82.4% de los casos.

El no ser vistas por un mismo profesional es un déficit que debería ser subsanado por la influencia que esto tiene en la calidad de la atención. Encuestas previas (Department of Health/Partnerships for Children, Families and Maternity, 2007)

reflejan que las madres que fueron vistas por el mismo profesional en sus controles prenatales eran más propensas a informar de que habían sido tratadas con respeto, amabilidad y que se le había aportado la adecuada información. En esta línea, trabajos previos (Proctor, 1998) han identificado que aunque profesionales y futuras madres compartan la creencia sobre la importancia de la relación entre las dos partes, en ocasiones el profesional subestima la importancia de la información en la etapa prenatal, y de la continuidad de la atención durante el parto. Esta circunstancia unida al poco tiempo en cada consulta posiblemente redunde en falta de seguridad en la madre, razón que puede explicar que asistan a ginecólogos privados, generando un doble gasto innecesario (el 39,6 % asisten a ginecólogos privados).

Tan sólo en un 40.5% de los casos los profesionales del SERGAS preguntaron a las mujeres por sus preferencias para el parto (acompañantes, métodos para el alivio del dolor, lactancia...) frente al 67% de las inglesas que se sienten siempre incluidas en las decisiones sobre su atención prenatal (Healthcare Commission, 2007). La información que se da durante el embarazo y el parto facilita la participación en la toma de decisiones y es un modo de aumentar el sentimiento de control de las madres (Gibbins, 2001). Es lógico pensar en la necesidad de motivación, organización y mayor tiempo en la consulta para mejorar este hecho.

Cuando sí se les preguntó, principalmente fue acerca de sus intenciones respecto a la analgesia epidural (65.6%). Esta desproporción entre el interés por conocer el parecer de la madre en este aspecto frente a otros métodos de alivio del dolor o temas como la lactancia, pueden reflejar la tendencia a poner énfasis en aspectos que institucionalizan el parto frente a su humanización. Las clases preparto parecen mejorar el conocimiento de las mujeres y pueden ser una defensa frente a la medicalización del parto (Spinelli, Baglio, Donati, Grandolfo & Osborn, 2003).

La lactancia se abordó solamente con un 27.4% de las madres, frente al 78% de las inglesas que discutieron durante el embarazo de la alimentación del bebé con la matrona (Healthcare Commission, 2007). El éxito de la lactancia comienza por hablar

con las madres y aclarar sus dudas al respecto. El 90% de las encuestadas inglesas tenían el nombre y el número de teléfono de una comadrona con la que ponerse en contacto durante el embarazo, práctica que no se realiza en nuestro entorno.

Más de la mitad de las entrevistadas asistieron a los cursos preparto (56.3%), principalmente en centros de salud. Las mujeres que no acudieron a los cursos de Educación Maternal lo atribuyen sobre todo a la falta de tiempo (25.7%), a razones laborales (21.1%), al hecho de haber asistido en embarazos anteriores (17.8%) o a la falta de interés (9.5%), argumentación similar a la que se dio para no asistir a controles prenatales o a la que dieron las madres asturianas (Consejería de Salud y Servicios Sanitarios del Principado de Asturias, 2010). Curiosamente, de éstas últimas las que más partos anteriores habían tenido son las que menos informadas se consideraban. Ambos grupos de mujeres coinciden en desear mayor flexibilidad en la elección del horario.

En otros entornos como Inglaterra acude un porcentaje similar a clases preparto, y para la mayoría de ellas éstos eran a una hora conveniente del día (86%), pero existe un 36% a las que no les ofrecieron clases prenatales (Healthcare Commission, 2007). Coinciden con las usuarias de nuestro sistema sanitario en que éste no siempre se adecua a las necesidades de las familias: compatibilidad de horarios, necesidad de una mayor participación de los padres y los proveedores de salud en los cursos prenatales, o necesidad de crear más ocasiones para que las madres se apoyen mutuamente (Young, 2008).

En cuanto a la información proporcionada por los profesionales del SERGAS en los controles prenatales, ésta recibe una valoración relativamente alta (3.83 en una escala de 5 puntos). De manera complementaria, cabe señalar que el 78.7% de las mujeres consultadas valora la información recibida en los controles prenatales como buena o muy buena. En el ámbito nacional, un 89,9% de las asturianas valoró positivamente la información proporcionada (Consejería de Salud y Servicios Sanitarios del Principado de Asturias, 2010). La bibliografía existente (Lally, 2008) también se hace eco de que

existe un desajuste entre las expectativas respecto al dolor de parto y las experiencias reales. Según los autores que profundizaron en este aspecto, si se quiere mejorar la experiencia del trabajo de parto, las mujeres deben estar bien preparadas durante el embarazo, y entonces será más probable que tengan expectativas realistas de los niveles de dolor, y aumenten la confianza. Las mujeres deben ser informadas para asegurarse de que están preparadas para lo que realmente puede ocurrir y darles las herramientas para lidiar con esto.

La encuesta británica Infant Feeding Survey (Bolling, 2006) identificó que una de las razones por las que la mujer deja de amamantar en un plazo de seis semanas tras el parto es la falta de información que se le da durante el embarazo. Esto pone de relieve la importancia de la información prenatal sobre el éxito de la lactancia materna.

Tanto la valoración de la atención recibida por parte de los profesionales del SERGAS en los controles prenatales, como de las instalaciones y equipamientos, fueron valoradas de manera positiva (4.06 sobre 5 en el caso de los profesionales y 3.90 para las instalaciones y equipamientos).

INGRESO

En el 81.5% de los casos el ingreso se realiza a través del área de urgencias del hospital. Sólo el 14.2% son ingresos programados. A juicio del 81.6% de las usuarias el ingreso se realizó de forma ágil. No obstante, es preciso señalar que prácticamente en 2 de cada 10 casos las mujeres señalaron esperas aparentemente innecesarias, o bien el ingreso no fue todo lo cómodo que hubiesen deseado. Muchas de las madres desearían ingresar por un área diferente al de urgencias, como solución a estos problemas.

Una vez realizado el ingreso, el procedimiento habitual de atención a las embarazadas suele incluir la escucha del latido del bebé (89%), la monitorización y realización de un test basal (89%) y la realización de un tacto vaginal (83.9%). En un 30.3% de los casos fue realizada también una analítica. Según las principales sociedades científicas,

el método de elección para la monitorización del feto durante un parto normal es la auscultación intermitente. En Canadá, el 85% de los hospitales indicaron que a casi todas las mujeres se les había realizado un test basal inicial (PHAC, 2009). En los Estados Unidos, la monitorización fetal fue utilizada en algún momento durante el parto en el 94% de los casos (Declerq, 2006). Esta tendencia generalizada de recurrir a esta fuente de información frente a la auscultación y la palpación del profesional puede deberse a razones como inexperiencia, respaldo legal frente a posibles problemas, o falta de personal. Según la SEGO (2007), el control clínico mediante auscultación intermitente sólo es admisible si se dispone de una matrona por parto.

La valoración de la atención proporcionada por el personal es muy positiva, algo mayor incluso que la obtenida en el caso de los controles prenatales (4.13 frente a 4.06). Las instalaciones siguen manteniendo también valoraciones elevadas (3.95 frente a 3.90).

PARTO (DILATACIÓN, EXPULSIVO Y ALUMBRAMIENTO)

En la mayoría de los casos el proceso de parto se inició de forma natural (70.1%). La duración del parto es muy variable, aunque lo más frecuente es que éste dure entre 8 y 9 horas.

Recibir apoyo continuo en el trabajo de parto, ayuda a tener un trabajo más corto, parto vaginal espontáneo y ser menos propensos a utilizar analgesia (OMS, 1996; MSC, 2008; Hodnett, 2007). La posibilidad de acompañamiento durante el ingreso y la estancia en planta es casi total en el presente estudio (92.5% y 82.6%, respectivamente). Sin embargo, en los momentos especialmente críticos del expulsivo y del alumbramiento, el 35.9% de las mujeres consultadas afirman que no se permitió el acceso de su acompañante. El acompañamiento durante el parto parece una práctica más instaurada en otros países. Por ejemplo, el 92,3% de las canadienses tenía a su pareja con ellas durante el parto (PHAC, 2009). El 96% de las estadounidenses habían recibido algún tipo de cuidado de soporte por su pareja, y un

82% también por parte del personal de enfermería durante la dilatación y el parto (Declerq, 2006).

La dilatación es una fase del proceso especialmente conflictiva, en la que además del acompañamiento por parte de algún familiar, es especialmente importante proporcionar información breve y relevante de cómo va a ser el proceso, para el manejo de la incertidumbre y la gestión del dolor. Es muy importante la capacidad de la matrona para enseñar a manejar la situación, a controlar el dolor, a respirar, a empujar y, en definitiva a que la propia mujer sea capaz de interpretar con naturalidad todo lo que le está pasando y afrontarlo con cierta tranquilidad. Se demanda seguridad, sensación de control y un trato humano.

Mención particular merece permitir la flexibilidad postural y de movimientos, así como la disponibilidad de determinados elementos de ayuda (p.ej.: masajes, pelota de Bobath, la telemetría, taburetes de partos...) o el uso selectivo y justificado de la oxitocina, demandas presentes ya en trabajos previos (Munstedt, 2000). Más de la mitad de las embarazadas (56.5%) pudieron moverse con libertad y adoptar la posición que les resultase más cómoda. Sin embargo, un 25.3% afirma que se vieron totalmente restringidas en ese sentido. Este porcentaje es algo menor al obtenido en otras encuestas como la realizada en la Comunidad Asturiana (70% gozaron de libertad, Consejería de Salud y Servicios Sanitarios del Principado de Asturias, 2010) ó en Inglesa (61%, Healthcare Commission, 2007). Una medida sin coste económico, que en la práctica sólo puede verse limitada por falta de espacio o cuando se somete a la madre a medidas como monitorización continua ó canalización de vía. Constituye otro ejemplo de la frecuencia con la que el intervencionismo no justificado y aparentemente banal genera más intervencionismo, y aumenta el dolor y la duración del parto necesitándose un mayor alivio farmacológico.

Las restricciones posturales y de movilidad aumentan considerablemente en el expulsivo, hasta un 59.8%. La postura habitual en el expulsivo suele ser “tumbada con las piernas sobre un potro” (64.8%), aunque en el 32.5% de los casos la madre está

acostada. Este tipo de postura predominante en nuestro país (83,9%, Consejería de Salud y Servicios Sanitarios del Principado de Asturias 2010), ha sido superada en otros países de nuestro entorno (el 27% de los casos en Inglaterra, Healthcare Commission, 2007). La OMS (1996) recomienda que no se use de modo rutinario la posición supina para el parto, debido a las ventajas de una posición vertical o de decúbito lateral, en comparación con ésta. (se asocian con una segunda etapa de trabajo de parto acortada, una pequeña reducción en los partos vaginales asistidos, menos episiotomías, baja notificación de dolor materno, y menos patrones anormales de frecuencia cardíaca fetal, aunque aumentó la pérdida de sangre y de desgarros de periné). Se refleja pues la necesidad de formar a los profesionales en la atención al parto en posición no supina y dotar los servicios de infraestructuras adecuadas así como de informar a las madres de los beneficios e inconvenientes de diferentes modos de afrontar el parto.

En cuanto a la posibilidad de ingerir líquidos, las restricciones a día de hoy parecen ser grandes. Al 64% de las madres no les permitieron beber durante la dilatación. El porcentaje es similar en el caso del postparto inmediato (63.6%). La ingesta de líquidos claros mejora el confort y la satisfacción sin aumentar las complicaciones (OMS, 1996; NICE, 2008; Guía de la American Society of Anesthesiologists Task Force on Obstetric Anesthesia, 2007).

Una práctica que a día de hoy ha reducido su frecuencia pero sin haber caído definitivamente en desuso es la administración de enemas. Un 37.2% de las mujeres consultadas señala que en algún momento del proceso les fue administrado un enema, fundamentalmente en el ingreso y la dilatación. Sólo el 62.5% fueron informadas de las razones por las que se hacía y únicamente al 37.8% se les pidió su consentimiento. Los enemas o supositorios no reducen las tasas de infección maternas o resultados como dehiscencia de la episiotomía, duración del trabajo de parto o satisfacción materna, y además son incómodas (OMS, 1996; NICE, 2008; MSC, 2008; SEGO, 2007; Reveiz, 2007). Como sucede con otras prácticas mencionadas, a pesar de seguir vigentes en nuestro país (37,9%, Consejería de Salud y Servicios

Sanitarios del Principado de Asturias, 2010) apenas se usan en otros países. Una encuesta de 2007 sobre políticas y prácticas de rutina en los hospitales canadienses que facilitan atención materno-infantil, encontró que el 88% de los hospitales tenía como política "no enema ni supositorio en la admisión", y el 96% de los hospitales tenían como política "no afeitar al ingreso" (Hanvey, Levitt, Kaczorowski, Chalmers, Heaman, Bartholomew; 2009).

Según los datos del presente estudio un 45.2% de las mujeres fueron rasuradas, generalmente durante la dilatación o en el expulsivo. Por lo general no se da ningún tipo de explicación a las madres (37.8%) ni se les pide su consentimiento (24.4%). No hay pruebas que apoyen que el rasurado prevenga infecciones. Además, hay pruebas de que el afeitado causa incomodidad, microlaceración, irritación y picazón cuando crece el pelo (OMS, 1996; NICE, 2008; MSC, 2008; SEGO, 2006; Basevi. 2001). En Canadá, el 19,1% de las madres informó de un afeitado púbico o perineal (PHAC, 2009), y otro 3% sufrió rasurado púbico en EEUU (Declerq, 2006).

Otro dato de interés es que en más de la mitad de los partos normales se haya practicado una episiotomía (52.6%), lo que provocó en 1 de cada 5 casos (18.9%), algún tipo de problema como consecuencia, generalmente dolor posterior e inflamación por los puntos. Los esfuerzos por reducir esta práctica en otros países están dando fruto. Así, el informe Canadian Perinatal Health Report, (PHAC, 2008) refleja que la tasa en este país descendió del 31,1% en 1995-1996 al 20,4% en 2004-2005, una disminución relativa del 34%. En Inglaterra la tasa fue del 24% en 2007 (Healthcare Commission, 2007)).

Se ha comprobado que al 44.8% de las mujeres le fue administrada oxitocina, y en 3 de cada 4 casos sucedió durante la dilatación. La información a las madres parece ser mayor en esta ocasión (73.1%), pero no así la petición de consentimiento (38.1%). La guía NICE (2008), recomienda que las mujeres sean advertidas de que la oxitocina incrementará la frecuencia y la fuerza de sus contracciones, que su uso implicará que el neonato sea monitorizado continuamente, y se deberá ofrecer analgesia epidural

antes de que comiencen los efectos de la oxitocina. El intervencionismo que conlleva esta práctica debería estar claramente justificado. En EEUU (Declercq, 2006) un 47% de los partos recibió oxitocina (el 55% de los partos vaginales y el 30% de las cesáreas).

Por lo que se refiere a los métodos de alivio del dolor utilizados en los hospitales, del estudio, la analgesia epidural y/o raquídea es claramente la más recurrida (68.6% de los partos normales). Sólo se recurre a los calmantes en el 24.7% de los casos. El resto de opciones presentan una frecuencia muy reducida (menos del 10% de casos). La administración de la epidural suele ir acompañada de una solicitud previa por escrito (91.5%) y de información específica a las madres, explicándoles su funcionamiento (89.6%). Por lo general no suele entrañar complicaciones, ya que así lo manifiesta el 80.2% de las mujeres que hicieron uso de ella. Las incidencias registradas tienen que ver con la falta de efectividad en ocasiones, las dificultades encontradas durante su administración y el dolor de espalda posterior al parto. Es preciso añadir que el 86.8% de las mujeres a las que les fue administrada analgesia epidural volverían a solicitarla, y la mayoría de las mujeres (81,1%) que tenían una anestesia epidural o espinal creyeron que era "muy útil".

Existen cifras parecidas de uso de analgesia epidural en la bibliografía (el 77,3% de los partos vaginales en la Comunidad Asturiana (Consejería de Salud y Servicios Sanitarios del Principado de Asturias, 2010); el 71% en EEUU (Declercq, 2006); el 57,3% en Canadá (PHAC, 2009)). El grado de aceptación puede reflejar el tipo de oferta y gestión de la epidural que realizan los profesionales junto con el reducido uso que se hace de métodos no farmacológicos para el alivio del dolor. Por ejemplo, en Canadá, en donde casi una cuarta parte de las mujeres con un parto vaginal o que intentaron un parto vaginal utilizó sólo técnicas de alivio del dolor sin medicamentos (y un 68,9% utilizó ambas), registra una de las tasas más bajas de epidural (PHAC, 2009). Debido a las características humanas, subjetivas y culturales propias de este proceso, alguna bibliografía (Chang, 2002) sugiere que el dolor percibido en el trabajo de parto se correlaciona más con factores psicológicos que con factores físicos, y

determina (Brander, 2007) que la atención individual, la participación de las mujeres en el proceso del parto, y el tratamiento del dolor, pueden tener una influencia mayor que el tipo de analgesia en la satisfacción con el nacimiento.

Las propias madres del presente trabajo declaran que ante una correcta gestión del dolor, con métodos alternativos, acompañamiento, trato amable, información continua..., muchas de ellas estarían dispuestas a la vivencia del parto sin epidural. El aumento de la sensación de control durante el parto, se relaciona con un descenso de la necesidad de anestesia y analgesia (Hodnett, 1987).

Alrededor de tres cuartas partes (77%) de las mujeres coincidieron en que habían recibido suficiente información sobre las técnicas de manejo del dolor antes del parto. Pero como se ha visto en la mayoría de los procesos, estas técnicas no se acompañan de la información ni el consentimiento correspondiente. La información es un derecho (Ley 41/2002, de autonomía del paciente) y debe ser completa, oportuna y comprensible. Promover la participación de las mujeres en todo el proceso y en la toma de decisiones sobre las prácticas clínicas que se le apliquen es crucial. Esto mejora la salud integral de las mujeres, la relación entre profesionales y usuarias, la satisfacción en general, y disminuye las acciones judiciales emprendidas con motivo o sospecha de mala práctica (MSC, 2008).

Proporcionar a las mujeres información suficiente es importante para fomentar su participación en las decisiones sobre su cuidado y tratamiento. Del mismo modo la información, la participación de la mujer en la toma de decisiones, y la consideración de sus valores y preferencias, es un camino en el que queda un largo trecho por recorrer, pero en el que se están dando pasos importantes. Posiblemente este déficit de información, y la persistencia de elementos como la monitorización continua en los partos de bajo riesgo, la administración de enemas, el rasurado o la propia episiotomía tienen aún un arraigo considerable, y ello explica el hecho de que las mujeres valoren en el actual trabajo y en otros previos (Goberna, 2008) como positivas algunas actuaciones que la evidencia científica recomienda desechar. En ese

sentido, sería importante incorporar estas cuestiones a los planes de formación de los profesionales, a los protocolos del servicio y a los cursos preparto. Por último, se demanda de manera unánime un renovado esfuerzo por informar más, mejor y de forma regular a las madres, haciéndoles partícipes en todo momento de las decisiones que le afectan y otorgándole la potestad que le corresponde.

Tras el nacimiento, en la mayoría de los casos el bebé es colocado desnudo sobre el cuerpo de la madre, generalmente de forma inmediata, nada más nacer (76.4%), pero también prácticamente la mayoría, casi en el 60% de los casos el bebé es separado de su madre en las dos primeras horas de vida, generalmente para pesarlo, medirlo o bañarlo. Esta situación se repite en otras comunidades como la asturiana, donde se registró (Consejería de Salud y Servicios Sanitarios del Principado de Asturias, 2010) un contacto piel con piel inmediatamente en el 76% de los casos, pero el 74,6% se mantienen menos de 30 minutos. Una medida de coste cero que supone tantos beneficios para el vínculo materno-fetal, para la termorregulación del bebé, y para el éxito de la lactancia (NICE, 2006, 2008; MSC, 2008; OMS, 1996; SEGO, 2008; Moore, 2007), no debería verse afectada por cuestiones como la costumbre, la comodidad o la desinformación de quien no permite su cumplimiento.

La valoración de la atención recibida por parte de los profesionales con los que las madres tienen contacto directo en esta fase del parto es muy positiva (4.29 sobre 5), y algo similar puede decirse de las instalaciones y equipamientos (4.07). En ambos casos superan los obtenidos en los controles prenatales y en el ingreso. La valoración positiva se repite en sucesivas encuestas de temática similar En Asturias (Consejería de Salud y Servicios Sanitarios del Principado de Asturias, 2010), el 88,2% de las mujeres valoraron positivamente la atención en el parto (frente al 91,6% en el embarazo y 73,2% en el postparto). En Canadá, cerca de tres cuartas partes de las mujeres estaban "muy satisfechas" con el respeto demostrado por los profesionales (78,5%), la percepción de competencia de los proveedores de cuidado de la salud (75,9%), la preocupación demostrado por su privacidad y la dignidad (75,6%), y con su participación personal en la toma de decisiones (72,6%) (PHAC, 2009).

POSTPARTO Y ESTANCIA EN PLANTA

Según los datos recogidos en el presente trabajo la estancia habitual de las madres en el hospital es de 3-4 días (desde el ingreso hasta el alta médica). Para el 82.8% de las entrevistadas el tiempo que permanecieron en el hospital fue el adecuado. Este periodo de tiempo es un poco mayor al de la mayoría de partos vaginales en España. En 2005 la variación de la estancia media hospitalaria para la atención de partos vaginales muestra un rango de variación que va desde los 2,3 a los 3,5 días (MSC, 2009). El dato del presente estudio seguramente se deba a que no se excluyeron los partos normales que acabaron en cesáreas (20,5%) y que alargan la estancia media.

Los beneficios asociados a una corta estancia en el hospital incluyen una reducción en los costes asistenciales y un postparto centrado en la familia que se produce en el hogar. Para minimizar el riesgo de efectos adversos se debe acompañar de servicios de seguimiento, tales como visitas a domicilio después del parto y recursos de apoyo a la lactancia, que no se dan en nuestro entorno.

La estancia en planta de maternidad (habitación), se ve marcada por la comodidad, la posibilidad de disponer de habitación individual, el trato familiar y el descanso. Cobran protagonismo dos cuestiones: la alimentación y cuidados del bebé (con todas las dificultades que conlleva la lactancia materna), y los cuidados de la madre (especialmente en casos de cesárea). El papel del ginecólogo/a es capital, a quien se le pide ante todo tiempo, interés y profesionalidad. Del resto del personal se demanda una respuesta rápida y amable, además de paciencia e interés a la hora de atender y resolver adecuadamente las demandas del usuario. Es muy importante que dispongan de la formación adecuada en cuidados puerperales y puericultura, para resolver las dudas que las madres se plantean. La formación continua es trascendental para estos profesionales, y en consecuencia su capacidad de informar y ayudar de manera eficaz a las madres.

Con relación al control de visitas la opinión mayoritaria es que éste es adecuado (76.3%). No obstante, convendría reparar en el hecho de que para 1 de cada 4 usuarias ello no es así, convirtiéndose en un claro elemento de mejora. En la estancia en la unidad de maternidad que sucede al parto se debe favorecer el descanso y la intimidad (SEGO, 2007).

Según algunos autores (Forster, 2008), la ansiedad en torno a la paternidad es un punto de vista predominante en estos momentos. Las mujeres están en general preocupadas por la seguridad de su bebé, y la falta de confianza en sí mismas, en relación con su capacidad para cuidar de su hijo. Existe la idea de que la presencia física y la disponibilidad de apoyo profesional ayudó a resolver estos problemas, y esto fue especialmente cierto en el caso de las mujeres con su primer hijo.

La valoración de los profesionales y las infraestructuras en esta fase sigue siendo positiva, aunque desciende de modo significativo respecto al parto (4.06 y 3.76, respectivamente).

LACTANCIA Y CUIDADOS DEL BEBÉ

La lactancia materna es reconocida internacionalmente como el método óptimo de alimentación infantil por sus beneficios sobre el crecimiento infantil, la inmunidad y el desarrollo cognitivo (Kramer, Aboud, Mironova, Vanilovich, Platt, Matush et al ,2008).

Según el presente estudio, aunque la mayoría de las mujeres (80.7%) iniciaron la lactancia materna, en el momento del alta sólo el 61.9% continúan con lactancia materna exclusiva. De las mujeres que iniciaron la lactancia materna, 1 de cada 3 manifiestan haber tenido dificultades, principalmente relacionadas con el rechazo del bebé, la aparición de grietas en los pezones, o la falta de leche. De forma complementaria, cabe señalar que un 41.7% de las mujeres consultadas manifiestan no haber recibido información clara por parte del personal de planta sobre cómo deberían realizar los cuidados y la alimentación de su bebé. La valoración que las

mujeres que optaron por la lactancia materna hacen de la ayuda recibida por parte del personal de planta es discreta (3.54 sobre 5), revelando otro de los elementos del servicio de necesaria mejora. El hecho de que el porcentaje de lactancia materna se reduzca en casi un 20% constituye un reto para los profesionales, cuya labor de información y ayuda efectiva a las madres puede resultar decisiva.

Uno de los puntos críticos actuales en el parto y postparto es la interrupción temprana de la lactancia (Dennis, 1999; 2003), siendo la confianza en la maternidad un factor importante para su continuidad. Este es un factor susceptible de mejora por el sistema. Haciendo un recorrido por diferentes países se puede observar que la adhesión a la lactancia no es uniforme. De las mujeres canadienses que iniciaron la lactancia materna en 2005, el porcentaje que declaran mantener cualquier tipo de lactancia materna a los seis meses posteriores al parto fue la misma que la reportada en el mismo año para Finlandia (51%), superior al Reino Unido (21%), los Países Bajos (25%) e Italia (38%), e inferior a las tasas en Suecia (74%), Noruega (80%) y Moldavia (81%) (WHO; 2005b). Estos estudios coinciden en que una adhesión a la lactancia materna es posible si se acompaña de las medidas de apoyo a la maternidad adecuadas.

Para afrontar el problema de la lactancia, las propias madres han sugerido dos tipos de medidas: informar y formar. En primer lugar informar bien (cursos preparto, consulta de la matrona, actividades y materiales de divulgación...). En la actualidad están resultando muy útiles los grupos de autoayuda, como es el caso de los grupos de madres lactantes. La formación del personal (matronas, enfermeras, pediatras...) debería incidir en los aspectos emocionales vinculados a la lactancia materna, habilidades de comunicación, aspectos técnicos (el personal debe tener capacidad para resolver problemas y constituirse además en una fuente de información veraz y coherente) y aspectos éticos. Reforzar su rol de ayuda y asesoramiento en la toma de decisiones (que corresponde a la propia mujer). Sin embargo, por lo que se refiere a los cuidados del bebé, las madres valoran muy positivamente la ayuda prestada por los diferentes profesionales (4.25 en una escala de 5 puntos).

Por último, aproximadamente el 9.8% de los partos considerados normales implican el ingreso del recién nacido en la unidad de neonatos. En 1 de cada 3 casos la información proporcionada a los padres se considera deficitaria. Además, en el 69% sólo se permitió el acceso en los horarios de visita. El Grupo de Trabajo PrevInfad de la Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria (AEPAP), englobado en el Programa de Actividades Preventivas y de Promoción de la Salud (PAPPS) de la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria (SEMFYC), recomienda que los servicios de neonatología deben permitir la entrada libre de los padres para que así el recién nacido enfermo pueda disfrutar del contacto con ellos durante todo el tiempo que éstos lo deseen (Pallás-Alonso, 2006). Esto favorecerá la lactancia materna y ayudará a un mejor desarrollo del niño enfermo.

VALORACIÓN GENERAL Y SATISFACCIÓN DE LAS USUARIAS

El 87.4% de las mujeres consultadas valoran la atención recibida en el hospital como buena o muy buena. En términos cuantitativos, la valoración media a nivel global es de 4.09 sobre 5. Para la mayor parte de las mujeres, el servicio del hospital y la atención dispensada respondieron a sus expectativas. Para el 47.9% la atención recibida fue como esperaban. Un 39.4% adicional reconoce que fue incluso mejor o mucho mejor de lo que ellas esperaban y tan solo un 12.6% se vieron defraudadas. La importancia de este punto estriba, según la bibliografía reciente (Lally, 2008; Ip, 2003), en que las expectativas de las usuarias influyen claramente en la satisfacción, y pueden relacionarse con la calidad del servicio y con el sentimiento de control durante el parto, con su capacidad para afrontar el dolor y su implicación en la toma de decisiones. En la misma línea, el nivel de satisfacción medio alcanzado es de 7.62 en una escala de 0 a 10. Además, el 91.7% de las madres volverían a elegir el mismo hospital si tuviesen un nuevo parto.

Independientemente de la fase considerada, las valoraciones del personal son siempre mejores que las otorgadas a las instalaciones y equipamientos, especialmente en la

dilatación, expulsivo y alumbramiento. En el caso de las instalaciones se obtiene una valoración bastante discreta en la estancia en planta. En general, las matronas constituyen uno de los elementos que se identifican como puntos fuertes del servicio. El resto de las figuras profesionales (personal de enfermería y facultativos) generan valoraciones dispares. En ocasiones se critica que adolecen de cierta empatía y se les reclama un trato más próximo, afable, y sobre todo que se detengan más a informar a las madres, haciéndolas partícipes de las diferentes decisiones a tomar.

Analizando estos resultados, los elementos en los que probablemente habría que concentrar los esfuerzos, por ser de gran importancia para la usuaria y que posiblemente no estén siendo gestionados de manera correcta (áreas de necesaria mejora) son fundamentalmente cinco: (1) la necesidad de un trato más empático y humano, (2) la necesidad de proporcionar más información a la mujer a lo largo de todo el proceso y de hacerla partícipe de las decisiones, (3) la necesidad de favorecer un mejor manejo del dolor a las madres, (4) las posibilidades de acompañamiento, y (5) la ayuda a la lactancia y al cuidado del recién nacido donde es preciso realizar un esfuerzo especial, incluso más allá del alta hospitalaria.

La libertad de movimientos y posturas, así como la flexibilidad en la ingesta de líquidos implica una actitud menos directiva por parte del personal y una mayor naturalización del proceso y comodidad para la madre.

ESCALA ABREVIADA DE CALIDAD PERCIBIDA

Como se señaló ya en otros apartados de este trabajo, una gestión de calidad es sinónimo de mejora continua a todos los niveles, afectando tanto a las personas como a los procesos (Mira, 1999), y se vincula de forma casi inherente al concepto de satisfacción del paciente (Vivas, 1994), convirtiéndose en el principal pilar de ésta el conocimiento de la opinión de los usuarios y de las eventuales necesidades no resueltas. Este enfoque conlleva la necesidad de disponer de herramientas de escucha activa, que permitan incorporar las percepciones de pacientes y/o usuarios a la propia

gestión. Contar con su opinión, además de ser de gran utilidad a la hora de implantar cambios ajustados a sus necesidades, permite aumentar su satisfacción (Castelo-Zas, 2010).

Como se pudo comprobar en la parte teórica de este trabajo, la literatura existente sobre atención al parto comenzó indagando aspectos concretos que podrían influir en la satisfacción de las madres con éste proceso. Fueron objeto de estudio entre otros, las expectativas de las usuarias respecto a diferentes aspectos del parto (Gupton, 1991; Munstedt; 2000), la sensación de control (Hodnett, 1987; Wijma, 1998; Ford, 2009) y la autoeficacia de las madres durante el parto (Lowe, 1993). Pero ya se expuso que ninguno de estos factores explica por sí solo el total de la calidad percibida ni de la satisfacción. Dada la complejidad y subjetividad del proceso aparecieron estudios cualitativos (Proctor, 1998; Young 2008; Tiedje, 2008) que pusieron de relieve los deseos de las madres de tener acceso a una atención cercana, a información, al control y a la confianza.

Más adelante se ha constatado en la parte teórica que, con el fin de conseguir un resultado más medible y cuantitativo que se centre en datos más objetivos de la asistencia al parto, se desarrollaron distintos cuestionarios que intentan indagar en la experiencia del parto (Salmon, 1990; Mackey, 1995; Smith, 2001; Bryanton, 2008) y postparto (Jansen, 2006; Hildingsson, 2007). La mayoría de estos cuestionarios tienen alfas de Cronbach elevadas, pero generalmente son demasiado largos y poco prácticos o manejables, sin determinar por qué preguntan sobre unos aspectos y no sobre otros.

Habiendo revisado estas escalas y cuestionarios, los resultados obtenidos a nivel psicométrico en el presente trabajo dan pie a plantear en este punto la propuesta de una nueva escala de calidad percibida breve, de tan solo 14 ítems, de fácil aplicación, que posee unas propiedades psicométricas satisfactorias tanto desde el punto de vista de su consistencia interna como de su validez de constructo. Estos resultados apoyan también la enorme importancia que el factor humano y el trato dispensado por el

personal posee en la configuración de un servicio realmente de Calidad (global y con mayúsculas), capaz de satisfacer verdaderamente las expectativas de las usuarias.

Se podría afirmar que, más allá de contar con buenas instalaciones y equipamientos, de supervisar procesos o elementos a priori decisivos como el acompañamiento, la libertad de movimientos, la medicalización del parto o la analgesia, los responsables del área de Obstetricia de nuestros hospitales y sus diferentes profesionales deben conceder una atención especial al componente humano que implica la experiencia de parto, y en consecuencia poner un énfasis especial en los elementos emocionales de la interacción con ésta, datos que refuerzan ideas reportadas en trabajos ya mencionados tanto cuantitativos (Bryanton, 2008) como cualitativos (Proctor, 1998; Young 2008; Tiedje, 2008).

Aunque en la presente escala propuesta no se ha discriminado entre mujeres múltiparas y primíparas, datos que sí tuvieron en cuenta otros trabajos (Rudman, 2008), la utilización de dicha escala supondría un diagnóstico estratégico del funcionamiento del servicio, identificando sus posibles fortalezas y debilidades, y orientando la gestión en un futuro inmediato de enorme potencial para la gestión sanitaria, dada su fiabilidad y elevada capacidad explicativa, posibilitando un seguimiento objetivo a largo plazo.

Por tanto, la escala abreviada de 14 ítems desarrollada fruto de este trabajo de investigación se presenta como un instrumento de enorme potencial para la evaluación de la atención al parto, puerperio y lactancia en los hospitales públicos del Sistema Nacional de Salud, tanto para autoevaluación continua como para evaluación comparada con otras unidades del país y, por ende, una herramienta útil para la gestión sanitaria.



**REFERENCIAS
BIBLIOGRÁFICAS**

- Constitución Española (1978).
- Ley 3/1986, de 25 de Abril, de Medidas Especiales en Materia de Salud Pública (1986).
- Ley 14/1986, General de Sanidad de 25 de Abril (1986).
- Tratado Constitutivo de la Comunidad Europea (modificado por el tratado de Niza). Título XIII. Salud Pública, Art. 152 (2001).
- Ley 16/2003 de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud (2003).
- Abalo, J., Varela, J., & Manzano, V. (2007). Important values for Importance-Performance Analysis: A formula for spreading out values derived from preference rankings. *Journal of Business Research*, 60, 115-121.
- Abalo, J., Varela, J., & Rial, A. (2006). El Análisis de Importancia-Valoración aplicado a la gestión de servicios. *Psicothema*, 18(4), 730-737.
- Abitbol, M. M., Castillo, I., Taylor, U. B., Rochelson, B. L., Shmoys, S., & Monheit, A. G. (1993). Vaginal birth after cesarean section: the patient's point of view. *Am Fam Physician*, 47(1), 129-134.
- Alehagen, S., Wijma, B., & Wijma, K. (2006). Fear of childbirth before, during, and after childbirth. *Acta Obstet Gynecol Scand*, 85(1), 56-62.
- Alfirevic, Z., Devane, D., & Gyte, G. M. (2006). Continuous cardiotocography (CTG) as a form of electronic fetal monitoring (EFM) for fetal assessment during labour. *Cochrane Database Syst Rev*, 3, CD006066.
- Alfonso, J. L. (1991). *Servicios de salud. Técnicas avanzadas de marketing y planificación sanitaria*. Barcelona: Doyma.
- Al-Mailam, F. F. (2005). The effect of nursing care on overall patient satisfaction and its predictive value on return-to-provider behavior: a survey study. *Qual Manag Health Care*, 14(2), 116-120.
- Altamore, G., Álvarez, F. R., & Lorenzo, S. (1999). Implantación de un sistema de gestión integrada de procesos en la Fundación Hospital Alcorcón. *Rev Calidad Asistencial*, 14, 265-272.
- American Society of Anesthesiologists Task Force on Obstetric Anesthesia. (2007). Practice guidelines for obstetric anesthesia: an updated report by the American Society of Anesthesiologists Task Force on Obstetric Anesthesia. *Anesthesiology*, 106(4), 843-863.
- Amyx, D., Mowen, J. C., & Hamm, R. (2000). Patient satisfaction: a matter of choice. *Journal of Services Marketing*, 14(7), 557-572.
- Anarte, M. T., Esteve, R., López, A. E., Ramírez, C., & Camacho, L. (2006). The role of cognition in the modulation of pain: assessment of beliefs in patients with chronic pain. *Revista Española de Neuropsicología*, 3(4), 46-62.
- Anim-Somuah, M., Smyth, R., & Howell, C. (2005). Epidural versus non-epidural or no analgesia in labour. *Cochrane Database Syst Rev*(4), CD000331.
- Antoñanzas, A., & Magallón, R. (1997). Medición de la calidad: criterios, normas, estándares, requisitos, indicadores. In P. J. Saturno, J. J. Gascón, & P. Parra (Eds.), *Calidad asistencial en atención primaria*. Madrid: Du Pont Pharma.
- Aranaz, J. M., Aibar, C., Vitaller, J., & Mira, J. J. (2008). *Gestión Sanitaria. Calidad y seguridad de los pacientes* (1 ed., Vol. 1). Madrid: Fundación Mapfre.
- Arcelay, A., Sanchez, E., Hernandez, L., Inclan, G., Bacigalupe, M., Letona, J., et al. (1999). Self-assessment of all the health centres of a public health service through the European Model of total quality management. *Int J Health Care Qual Assur Inc Leadersh Health Serv*, 12(2-3), 54-58.
- Asubonteng, P., McCleary, K. J., & Swan, J. E. (1996). SERVQUAL revisited: a critical review of service quality. *Journal of Services Marketing*, 10(6), 62-81.

- Aubert-Gamet, V., & Cova, B. (1999). Servicescapes: from modern non-places to postmodern common places. *Journal of Business Research*, 4(1), 37-45.
- Avedis Donabedian Foundation - Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations. (1998). *Estándares de acreditación de Hospitales Barcelona*. Barcelona: Ed. Fundación Avedis Donabedian.
- Babakus, E., & Boller, G. W. (1992). An empirical assessment of the SERVQUAL scale. *Journal of Business Research*, 24(3), 253-268.
- Bailham, D., Slade, P., & Joseph, S. (2007). Principal components analysis of the Perceptions of Labour and Delivery Scale and revised scoring criteria. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 22(3), 1991-1992.
- Bailit, J. L., Love, T. E., & Mercer, B. (2004). Rising cesarean rates: are patients sicker? *Am J Obstet Gynecol*, 191(3), 800-803.
- Baker, J., Grewal, D., & Parasuraman, A. (1994). The influence of store environment on quality inferences and store image. *Journal of the Academy of Marketing Science*, 22(4), 328-339.
- Ballen, L. E., & Fulcher, A. J. (2006). Nurses and doulas: complementary roles to provide optimal maternity care. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*, 35(2), 304-311.
- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: toward a unifying theory of behavioral change. *Psychol Rev*, 84(2), 191-215.
- Bansal, M. K. (2004). Optimising value and quality in general practice within the primary health care sector through relationship marketing: a conceptual framework. *Int J Health Care Qual Assur Inc Leadersh Health Serv*, 17(4-5), 180-188.
- Barroso-Castro, C., & Martin-Armario, E. (1999). *Marketing relacional*. Pozuelo de Alarcón (Madrid): ESIC Editorial.
- Basevi, V., & Lavender, T. (2001). Routine perineal shaving on admission in labour. *Cochrane Database Syst Rev*(1), CD001236.
- Bebko, C. P. (2000). Service intangibility and its impact on consumer expectations of service quality. *Journal of Services Marketing*, 14(1), 9-26.
- Beckmann, M. M., & Garrett, A. J. (2006). Antenatal perineal massage for reducing perineal trauma. *Cochrane Database Syst Rev*(1), CD005123.
- Beebe, K. R., Lee, K. A., Carrieri-Kohlman, V., & Humphreys, J. (2007). The effects of childbirth self-efficacy and anxiety during pregnancy on prehospitalization labor. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*, 36(5), 410-418.
- Behague, D. P., Victora, C. G., & Barros, F. C. (2002). Consumer demand for caesarean sections in Brazil: informed decision making, patient choice, or social inequality? A population based birth cohort study linking ethnographic and epidemiological methods. *Bmj*, 324(7343), 942-945.
- Belizan, M., Meier, A., Althabe, F., Codazzi, A., Colomar, M., Buekens, P., et al. (2007). Facilitators and barriers to adoption of evidence-based perinatal care in Latin American hospitals: a qualitative study. *Health Education Research*, 22(6), 839.
- Bennett, R., & Rundle-Thiele, S. (2004). Customer satisfaction should not be the only goal. *Journal of Services Marketing*, 18(7), 514-523.
- Bergeron, V. (2007). The ethics of cesarean section on maternal request: a feminist critique of the American College of Obstetricians and Gynecologists' position on patient-choice surgery. *Bioethics*, 21(9), 478-487.
- Berry, L. L., & Parasuraman, A. (1993). *Marketing de servicios: la calidad como meta*. Barcelona: Parramón.
- Bigné, E., Moliner, M. A., & Sánchez, J. (2003). Perceived quality and satisfaction in multiservice organisations: the case of Spanish public services. *Journal of Services Marketing*, 17(4), 420-442.

- Bitner, M. J. (1990). Evaluating service encounters: the effects on physical surroundings and employee responses. *Journal of Marketing*, 54(2), 69-82.
- Bitner, M. J. (1992). Servicescapes: the impact of physical surroundings on customers and employees. *Journal of Marketing*, 56(2), 57-71.
- Blanch, G., Lavender, T., Walkinshaw, S., & Alfirevic, Z. (1998). Dysfunctional labour: a randomised trial. *Br J Obstet Gynaecol*, 105(1), 117-120.
- Blázquez-Rodríguez, M. I. (2009). Ideologías y prácticas de género en la atención sanitaria del embarazo, parto y puerperio: el caso del área 12 de la Comunidad de Madrid (tesis). Universitat Rovira I Virgili, Tarragona.
- Boelen, C., Haq, C., Hunt, V., Rivo, M., & Shahady, E. (2002). Improving health systems: the contribution of family medicine. A guidebook. Singapore: World Organization of Family Doctors (Wonca) and the World Health Organization (WHO).
- Bollen, K. A. (1989). Structural equations with latent variables. New York: John Wiley & Sons.
- Bolling, K. (2006). Infant Feeding Survey 2005: Early Results. London: National Statistics. The Information Centre. NHS.
- Bonnel, A. M., & Boureau, F. (1985). Labor pain assessment: validity of a behavioral index. *Pain*, 22(1), 81-90.
- Booms, B. H., & Bitner, M. J. (1981). Marketing strategies and organisation structures for service firms. In A. M. Association (Ed.), *Marketing services* (pp. 47-51). Chicago: American Marketing Association.
- Borquez, H. A., & Wieggers, T. A. (2006). A comparison of labour and birth experiences of women delivering in a birthing centre and at home in the Netherlands. *Midwifery*, 22(4), 339-347.
- Boulding, W., Kalra, A., Staelin, R., & Zeithaml, V. A. (1993). A dynamic process model of service quality: from expectations to behavioral intentions. *Journal of Marketing Research*, 30, 7-27.
- Bowers, B. B. (2002). Mothers' experiences of labor support: exploration of qualitative research. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*, 31(6), 742-752.
- Brady, M. K., & Cronin, J. (2001). Some new thoughts on conceptualizing perceived service quality: A hierarchical approach. *Journal of Marketing*, 65(3), 34-49.
- Brady, M. K., Cronin, J., & Brand, R. R. (2002). Performance-only measurement of service quality: a replication and extension. *Journal of Business Research*, 55(1), 17-31.
- Bramadat, I. J., & Driedger, M. (1993). Satisfaction with childbirth: theories and methods of measurement. *Birth*, 20(1), 22-29.
- Bramson, L., Lee, J. W., Moore, E., Montgomery, S., Neish, C., Bahjri, K., et al. (2010). Effect of early skin-to-skin mother--infant contact during the first 3 hours following birth on exclusive breastfeeding during the maternity hospital stay. *J Hum Lact*, 26(2), 130-137.
- Brander, D., & Beinder, E. (2007). The impact of epidural analgesia on birth experience. *Z Geburtshilfe Neonatol*, 211(2), 76-81.
- Brooks, H., & Sullivan, W. J. (2002). The importance of patient autonomy at birth. *Int J Obstet Anesth*, 11(3), 196-203.
- Brown, S., Darcy, M. A., & Bruinsma, F. (2002). Having a baby in Victoria 1989-2000: continuity and change in the decade following the Victorian Ministerial Review of Birthing Services. *Aust N Z J Public Health*, 26(3), 242-250.
- Brown, S., & Lumley, J. (1994). Satisfaction with care in labor and birth: a survey of 790 Australian women. *Birth*, 21(1), 4-13.
- Brown, S., & Lumley, J. (1998). Changing childbirth: lessons from an Australian survey of 1336 women. *Br J Obstet Gynaecol*, 105(2), 143-155.

- Brown, T. J., Churchill Jr, G. A., & Peter, J. P. (1993). Improving the measurement of service quality. *Journal of Retailing*, 69(1), 137-139.
- Bruggemann, O. M., Osis, M. J., & Parpinelli, M. A. (2007). Support during childbirth: perception of health care providers and companions chosen by women. *Rev Saude Publica*, 41(1), 44-52.
- Bruinsma, F., Brown, S., & Darcy, M. A. (2003). Having a baby in Victoria 1989-2000: women's views of public and private models of care. *Aust N Z J Public Health*, 27(1), 20-26.
- Bryanton, J., Gagnon, A. J., Johnston, C., & Hatem, M. (2008). Predictors of women's perceptions of the childbirth experience. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*, 37(1), 24-34.
- Burgoon, J. K., Birk, T., & Pfau, M. (1990). Nonverbal behaviors, persuasion, and credibility. *Human Communication Research*, 17(1), 140-169.
- Byrne, D. (1998). *Complexity Theory and the Social Sciences: an introduction*. London: Routledge.
- Byrne, D., & Ragin, C. C. (2009). *The SAGE Handbook of Case-Based Methods*. London: SAGE Publications Ltd.
- Calleja, A., & Gauci, S. P. (1999). Service quality attributes of maternity care services: the prospective consumer's perspective. *Health Serv Manage Res*, 12(1), 36-44.
- Calnan, M. (1988). Towards a conceptual framework of lay evaluation of health care. *Soc Sci Med*, 27(9), 927-933.
- Campero, L., Garcia, C., Diaz, C., Ortiz, O., Reynoso, S., & Langer, A. (1998). "Alone, I wouldn't have known what to do": a qualitative study on social support during labor and delivery in Mexico. *Soc Sci Med*, 47(3), 395-403.
- Carman, J. M. (1990). Consumer perception of service quality: an assessment of SERVQUAL dimensions. *Journal of Retailing*, 66, 33-55.
- Carman, J. M. (2000). Patient perceptions of service quality: combining the dimensions. *Journal of Services Marketing*, 14, 337-352.
- Carroli, G., Belizan, J., & Stamp, G. (1999). Episiotomy for vaginal birth. *Birth*, 26(4), 263.
- Carroli, G., & Mignini, L. (2009). Episiotomy for vaginal birth. *Cochrane Database Syst Rev*(1), CD000081.
- Castelo-Zas, S., Valenciano-González, A., Taboada-Gómez, J., & Bastida-Remetería, R. (2010). Mejoras en los servicios generales de un hospital a raíz de las encuestas a pacientes. *Rev Calidad Asistencial*, 25(5), 275-280.
- Centro de Salud del Coll d'en Rebassa. (2007). *Implantación de un sistema de certificación de la calidad ISO 9001:2000 de la International Organization for Standardization en el Centro de Salud del Coll d'en Rebassa (Palma de Mallorca)*. Palma de Mallorca: Gerencia de Atención Primaria de Mallorca.
- Chalmers, B., Dzakpasu, S., Heaman, M., & Kaczorowski, J. (2008). The Canadian maternity experiences survey: an overview of findings. *J Obstet Gynaecol Can*, 30(3), 217-228.
- Chamberlain, G., Wraight, A., & Crowley, P. (1999). Birth at home. *Pract Midwife*, 2(7), 35-39.
- Chamberlain, M., Soderstrom, B., Kaitell, C., & Stewart, P. (1991). Consumer interest in alternatives to physician-centred hospital birth in Ottawa. *Midwifery*, 7(2), 74-81.
- Chang, C. S., Weng, H. C., Chang, H. H., & Hsu, T. H. (2006). Customer satisfaction in medical service encounters -- a comparison between obstetrics and gynecology patients and general medical patients. *J Nurs Res*, 14(1), 9-23.
- Chang, M. Y., Chen, S. H., & Chen, C. H. (2002). Factors related to perceived labor pain in primiparas. *Kaohsiung J Med Sci*, 18(12), 604-609.

- Choi, K. S., Lee, H., Kim, C., & Lee, S. (2005). The service quality dimensions and patient satisfaction relationships in South Korea: A comparison across gender, age, and types of service. *Journal of Services Marketing*, 19(3), 140-149.
- Christiaens, W., & Bracke, P. (2007). Assessment of social psychological determinants of satisfaction with childbirth in a cross-national perspective. *BMC Pregnancy Childbirth*, 7, 26.
- Christiaens, W., & Bracke, P. (2009). Place of birth and satisfaction with childbirth in Belgium and the Netherlands. *Midwifery*, 25(2), e11-19.
- Chumpitaz, R., & Paparoidamis, N. G. (2004). Service quality and marketing performance in business-to-business markets: exploring the mediating role of client satisfaction. *Managing Service Quality*, 14(2/3), 235-248.
- Churchill, G., & Surprenant, C. (1982). An investigation into the determinants of customer satisfaction. *Journal of Marketing Research*, 19(4), 491-504.
- Cluett, E. R., & Burns, E. (2009). *Immersion in water in labour and birth*, Cochrane Database Syst Rev. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.
- Cohen, D. J., & Crabtree, B. F. (2008). Evaluative criteria for qualitative research in health care: controversies and recommendations. *Ann Fam Med*, 6(4), 331-339.
- Cohen, J. R. (2005). Patient satisfaction with the prenatal care provider and the risk of cesarean delivery. *Am J Obstet Gynecol*, 192(6), 2029-2032; discussion 2032-2024.
- Consejería de Salud y Servicios Sanitarios del Principado de Asturias. Dirección General de Salud Pública y Participación. (2010). *Atención maternal y neonatal: I Encuesta de opinión: Consejería de Salud y Servicios Sanitarios del Principado de Asturias*.
- Consellería de Sanidade, & Xunta de Galicia. (2007). *Plan de Atención Integral á Saúde da Muller de Galicia*. Santiago de Compostela: Xunta de Galicia.
- Corry, M. P. (2004). Recommendations from Listening to Mothers: the first national U.S. survey of women's childbearing experiences. *Birth*, 31(1), 61-65.
- Cranley, M. S., Hedahl, K. J., & Pegg, S. H. (1983). Women's perceptions of vaginal and cesarean deliveries. *Nurs Res*, 32(1), 10-15.
- Creasy, J. M. (1997). Women's experience of transfer from community-based to consultant-based maternity care. *Midwifery*, 13(1), 32-39.
- Creedy, D. K., Dennis, C. L., Blyth, R., Moyle, W., Pratt, J., & De Vries, S. M. (2003). Psychometric characteristics of the breastfeeding self-efficacy scale: data from an Australian sample. *Res Nurs Health*, 26(2), 143-152.
- Cristobal, I. (2010). Prevención de la hemorragia intraparto y calidad asistencial. *Rev Calidad Asistencial*, 25(4), 186-187.
- Cronin Jr, J. J., Brady, M., & Hult, G. T. (2000). Assessing the effects of quality, value and customer satisfaction on consumer behavioral intentions in service environments. *Journal of Retailing*, 76(2), 193-218.
- Cronin Jr, J. J., & Taylor, S. A. (1992). Measuring service quality: a reexamination and extension. *Journal of Marketing*, 56(3), 56-68.
- Cronin Jr, J. J., & Taylor, S. A. (1994). SERVPERF versus SERVQUAL: reconciling performance-based and perceptions-minus-expectations measurement of service quality. *Journal of Marketing*, 58, 125-131.
- Crow, R., Gage, H., Hampson, S., Hart, J., Kimber, A., Storey, L., et al. (2002). The measurement of satisfaction with healthcare: implications for practice from a systematic review of the literature. *Health Technol Assess*, 6(32), 1-244.

- Cuerva-Carvajal, A., & Márquez-Calderón, S. (2006). Fase expulsiva del parto: comparación entre la posición de la mujer, vertical frente a horizontal, a través de los resultados maternos y fetales. Revisión sistemática de la literatura. Sevilla: Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias. Consejería de Salud. Junta de Andalucía.
- Cunningham, F., Leveno, K., Bloom, S., Hauth, J., Gilstrap III, L., & Wenstrom, K. (2006). Anatomía y Fisiología. Capítulo 6: Parto. In *Obstetricia de Williams* (22ª ed. ed., pp. 151-186). México (DF): McGraw-Hill.
- Cunqueiro, M. J., Comeche, M. I., & Docampo, D. (2009). Childbirth Self-Efficacy Inventory: psychometric testing of the Spanish version. *J Adv Nurs*, 65(12), 2710-2718.
- Czepiel, J. A. (1990). Service encounters and service relationships. *Journal of Business Research*, 20(1), 13-21.
- Dabholkar, P. (1995). A contingency framework for predicting causality between customer satisfaction and service quality. *Advances in Consumer Research*, 22, 101-108.
- Dabholkar, P., Thorpe, D. I., & Rentz, J. O. (1996). A measure of service quality for retail stores. *Journal of the Academy of Marketing Science*, 24(1), 3-16.
- Daniel, J., Pascual, I., Espelt, P., Grifoll, J., Basora, J., & Pous, A. (1999). Gestión por procesos en un equipo de atención primaria. *Rev Calidad Asistencial*, 14, 247-254.
- Davies, G. A., Hahn, P. M., & McGrath, M. M. (1996). Vaginal birth after cesarean. Physicians' perceptions and practice. *J Reprod Med*, 41(7), 515-520.
- De Jonge, A., & Lagro-Janssen, A. L. (2004). Birthing positions. A qualitative study into the views of women about various birthing positions. *J Psychosom Obstet Gynaecol*, 25(1), 47-55.
- Declercq, E. R., Sakala, C., Corry, M. P., & Applebaum, S. (2006). Listening to Mothers II: Report of the Second National U.S. Survey of Women's Childbearing Experiences. New York: Childbirth Connection.
- Del Mar, C., & O'Connor, V. (1994). General practitioners in public obstetrics--an underutilized resource. *Aust N Z J Obstet Gynaecol*, 34(1), 35-38.
- Delgado, A., López, L. A., & Luna, J. D. (1995). Influencia del modelo organizativo en la satisfacción de los usuarios. *Aten Primaria*, 16, 314-321.
- Delgado-García, B. E., Pardo-Moya, S., Vázquez-Verdera, L., Fernández-Villalba, P., Orts-Cortés, M. I., & Caballero-Perez, P. (2010). Satisfacción Materna con la Vivencia del Parto: Traducción, adaptación y validación al español de la "Mackey Childbirth Satisfaction Rating Scale", Congreso nacional de la Asociación de Matronas de la Comunidad Valenciana y la Federación de Asociaciones de Matronas de España. Valencia: Asociación de Matronas de la Comunidad Valenciana.
- Deming, W. E. (1986). *Out of the crisis*. Cambridge (MA): MIT, Center for Advanced Educational Services.
- Demott, K., Bick, D., Norman, R., Ritchie, G., Turnbull, N., & Adams, C. (2006). *Clinical Guidelines and Evidence Review for Post Natal Care: routine post natal care of recently delivered women and their babies*. London: National Collaborating Centre For Primary Care And Royal College Of General Practitioners.
- Den Hertog, D. N., Van Muijen, J. J., & Koopman, P. L. (1997). Transactional versus transformational leadership: an analysis of the MLQ. *Journal of Occupational Psychology*, 70, 19-34.
- Dennis, C. L. (2003). The breastfeeding self-efficacy scale: psychometric assessment of the short form. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*, 32(6), 734-744.
- Dennis, C. L. (2006). Identifying predictors of breastfeeding self-efficacy in the immediate postpartum period. *Res Nurs Health*, 29(4), 256-268.
- Dennis, C. L., & Faux, S. (1999). Development and psychometric testing of the Breastfeeding Self-Efficacy Scale. *Res Nurs Health*, 22(5), 399-409.

- Department of Health. (2007). *Maternity Matters: Choice, access and continuity of care in a safe service*. London: Department of Health. NHS.
- Dias, M. A., & Deslandes, S. F. (2006). Patients' expectations concerning childbirth care at a public maternity hospital in Rio de Janeiro, Brazil: challenges for the humanization of obstetric care. *Cad Saude Publica*, 22(12), 2647-2655.
- Diaz, R. (2002). Satisfacción del paciente: principal motor y centro de los servicios sanitarios. *Rev Calidad Asistencial*, 17, 22-29.
- Dickinson, J. E., Paech, M. J., McDonald, S. J., & Evans, S. F. (2003). Maternal satisfaction with childbirth and intrapartum analgesia in nulliparous labour. *Aust N Z J Obstet Gynaecol*, 43(6), 463-468.
- Domingues, R. M., Santos, E. M., & Leal Mdo, C. (2004). Aspects of women's satisfaction with childbirth care in a maternity hospital in Rio de Janeiro. *Cad Saude Publica*, 20 Suppl 1, S52-62.
- Donabedian, A. (1980). *Explorations in Quality Assessment and Monitoring: The Definitions of Quality and Approaches to its Assessment*. Ann Arbor (MI): Health Administration Press.
- Donabedian, A. (1986). Criteria and standards for quality assessment and monitoring. *QRB Qual Rev Bull*, 12(3), 99-108.
- Donavan, D. T., Brown, T. J., & Mowen, J. C. (2004). Internal benefits of service worker-customer orientation: job satisfaction, commitment, and organizational citizenship behaviors. *Journal of Marketing*, 68(1), 128-146.
- Douglas, S., Cervin, C., & Bower, K. N. (2007). What women expect of family physicians as maternity care providers. *Can Fam Physician*, 53(5), 875-879, 874.
- Douglas, T. J., & Fredendall, L. D. (2004). Evaluating the Deming management model of total quality in services. *Decision sciences*, 35(3), 393-422.
- Drummond, J., & Rickwood, D. (1997). Childbirth confidence: validating the Childbirth Self-Efficacy Inventory (CBSEI) in an Australian sample. *J Adv Nurs*, 26(3), 613-622.
- Dunn, E. A., & O'Herlihy, C. (2005). Comparison of maternal satisfaction following vaginal delivery after caesarean section and caesarean section after previous vaginal delivery. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*, 121(1), 56-60.
- Dzakpasu, S., Kaczorowski, J., Chalmers, B., Heaman, M., Duggan, J., & Neusy, E. (2008). The Canadian maternity experiences survey: design and methods. *J Obstet Gynaecol Can*, 30(3), 207-216.
- East, C. E., Begg, L., Henshall, N. E., Marchant, P., & Wallace, K. (2007). Local cooling for relieving pain from perineal trauma sustained during childbirth. *Cochrane Database Syst Rev*(4), CD006304.
- Edwin, R. T., Vanora, H., Ann-Marie, R., Wendy, G., & Ann, F. (2003). Maternity Satisfaction Studies and Their Limitations: "What Is, Must Still Be Best". *Birth*, 30(2), 75-82.
- Eiriz, V., & Figueiredo, J. A. (2005). Quality evaluation in health care services based on customer-provider relationships. *Int J Health Care Qual Assur Inc Leadersh Health Serv*, 18(6-7), 404-412.
- Elbourne, D., & Wiseman, R. A. (2000). Types of intra-muscular opioids for maternal pain relief in labour. *Cochrane Database Syst Rev*(2), CD001237.
- Elbourne, D. R., Prendiville, W. J., Carroli, G., Wood, J., & McDonald, S. (2001). Prophylactic use of oxytocin in the third stage of labour. *Cochrane Database Syst Rev*(4), CD001808.
- Engel, G. L. (1977). The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science*, 196(4286), 129-136.
- Engel, G. L. (1980). The clinical application of the biopsychosocial model. *Am J Psychiatry*, 137(5), 535-544.
- Epp, J. (1986). Achieving health for all. A framework for health promotion. *Health Promot*, 1(4), 419-428.

- European Observatory on Health Systems and Policies Series. (2005). *Primary Care in the Driver's Seat? Organizational reform in European primary care* (1 ed.). Maidenhead (UK): Open University Press - McGraw Hill.
- Evans, S., & Jeffrey, J. (1995). Maternal learning needs during labor and delivery. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*, 24(3), 235-240.
- Fariñas-Álvarez, C., Ansorena-Pool, L., Álvarez-Díez, E., Herrera-Carral, P., Valdor-Arriarán, M., Piedra-Antón, L., et al. (2008). ¿Es posible una red de benchmarking entre hospitales públicos? Proceso de creación de la Red. *Rev Calidad Asistencial*, 23(5), 199-204.
- Federación de Asociaciones de Matronas de España. (2007). *Iniciativa Parto Normal. Documento de consenso*. Barcelona: Federación de Asociaciones de Matronas de España.
- Ferrándiz-Santos, J., Lorenzo-Martínez, S., Navarro-Royo, C., Alguacil-Pau, A. I., Morón-Merchante, J., & Pardo-Hernández, A. (2010). Utilización de los ejes transversales del modelo EFQM en el ámbito sanitario público. *Rev Calidad Asistencial*, 25(3), 120-128.
- Finkelstein, B. S., Harper, D. L., & Rosenthal, G. E. (1998). Does length of hospital stay during labor and delivery influence patient satisfaction? Results from a regional study. *Am J Manag Care*, 4(12), 1701-1708.
- Fisch, J. M., English, D., Pedaline, S., Brooks, K., & Simhan, H. N. (2009). Labor induction process improvement: a patient quality-of-care initiative. *Obstet Gynecol*, 113(4), 797-803.
- Fishbein, M., & Ajzen, I. (1975). *Belief, Attitude, Intention and Behavior: An Introduction to Theory and Research*. Reading (MA): Addison-Wesley.
- Fitzpatrick, R. (1991a). Surveys of patients satisfaction: I--Important general considerations. *Bmj*, 302(6781), 887-889.
- Fitzpatrick, R. (1991b). Surveys of patient satisfaction: II--Designing a questionnaire and conducting a survey. *Bmj*, 302(6785), 1129-1132.
- Fleissig, A. (1993). Are women given enough information by staff during labour and delivery? *Midwifery*, 9(2), 70-75.
- Ford, E., Ayers, S., & Wright, D. B. (2009). Measurement of maternal perceptions of support and control in birth (SCIB). *J Womens Health (Larchmt)*, 18(2), 245-252.
- Ford, R. C., Bach, S. A., & Fottler, M. D. (1997). Methods of measuring patient satisfaction in health care organizations. *Health Care Manage Rev*, 22(2), 74-89.
- Forster, D. A., McLachlan, H. L., Rayner, J., Yelland, J., Gold, L., & Rayner, S. (2008). The early postnatal period: exploring women's views, expectations and experiences of care using focus groups in Victoria, Australia. *BMC Pregnancy Childbirth*, 8, 27.
- Freitas Wde, M., Coelho Ede, A., & da Silva, A. T. (2007). Fatherhood: The male experience from a gender focus. *Cad Saude Publica*, 23(1), 137-145.
- Fuentes, M. (2008). Faltan comadronas para humanizar el parto. *Mujer y salud*, 29, 6-10.
- Galego, P., Gutiérrez, A. M., Puime, P., López-Fernández, M. D., García-Quintáns, A., & Castro, R. (2004). Calidad en el sistema sanitario público de Galicia. *Rev Calidad Asistencial*, 19, 169-176.
- Galotti, K. M., Pierce, B., Reimer, R. L., & Luckner, A. E. (2000). Midwife or doctor: a study of pregnant women making delivery decisions. *J Midwifery Womens Health*, 45(4), 320-329.
- Galvez, M. (2003). Continuidad asistencial. Análisis conceptual, de los actores y amenazas. Propuestas y alternativas. *Medicina de Familia (And)*, 4(1), 58-66.

- García-Aparicio, J., Herrero-Herrero, J., Corral-Gudino, L., & Jorge-Sánchez, R. (2010). Calidad percibida por los usuarios de un servicio de Medicina Interna tras 5 años de aplicación de una encuesta de satisfacción. *Rev Calidad Asistencial*, 25, 97-105.
- Geary, M., Fanagan, M., & Boylan, P. (1997). Maternal satisfaction with management in labour and preference for mode of delivery. *J Perinat Med*, 25(5), 433-439.
- Gibbins, J., & Thomson, A. M. (2001). Women's expectations and experiences of childbirth. *Midwifery*, 17(4), 302-313.
- Glass, T. A., & McAtee, M. J. (2006). Behavioral science at the crossroads in public health: extending horizons, envisioning the future. *Soc Sci Med*, 62(7), 1650-1671.
- Goberna-Tricas, J., Palacio-Tauste, A., Banús-Giménez, M. R., Linares-Sancho, S., & Salas-Casas, D. (2008). Tecnología y humanización en la asistencia al nacimiento. La percepción de las mujeres. *Matronas Prof.*, 9(1), 5-10.
- Goffinet, F., Dreyfus, M., Carbonne, B., Magnin, G., & Cabrol, D. (2003). Survey of the practice of cervical ripening and labor induction in France. *J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris)*, 32(7), 638-646.
- Gonzalez, N., Quintana, J. M., Bilbao, A., Escobar, A., Aizpuru, F., Thompson, A., et al. (2005). Development and validation of an in-patient satisfaction questionnaire. *Int J Qual Health Care*, 17(6), 465-472.
- Goodman, P., Mackey, M. C., & Tavakoli, A. S. (2004). Factors related to childbirth satisfaction. *J Adv Nurs*, 46(2), 212-219.
- Goulet, C., Gevry, H., Gauthier, R. J., Lepage, L., Fraser, W., & Aita, M. (2001). A controlled clinical trial of home care management versus hospital care management for preterm labour. *Int J Nurs Stud*, 38(3), 259-269.
- Graneheim, U. H., & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Educ Today*, 24(2), 105-112.
- Green, J. M., & Baston, H. A. (2003). Feeling in control during labor: concepts, correlates, and consequences. *Birth*, 30(4), 235-247.
- Green, J. M., Coupland, V. A., & Kitzinger, J. V. (1990). Expectations, experiences, and psychological outcomes of childbirth: a prospective study of 825 women. *Birth*, 17(1), 15-24.
- Griffiths, F. (2002). *Complexity and Healthcare. An introduction*. Oxford (MS): Radcliffe Medical Press.
- Grönroos, C. (1978). A Service-Oriented Approach to Marketing of Services. *European Journal of Marketing*, 12(8), 588-601.
- Grönroos, C. (1982). *Strategic Management and Marketing in the Service Sector*. Helsingfors: Swedish School of Economics and Business Administration.
- Grönroos, C. (1984). A Service Quality Model and its Marketing Implications. *European Journal of Marketing*, 18(4), 36-44.
- Grönroos, C. (1990). *Services Management and Marketing*. Lexington (MA): Lexington Books.
- Grönroos, C. (1994). From Marketing Mix to Relationship Marketing: Towards a Paradigm Shift in Marketing. *Management Decision*, 32(2), 4-20.
- Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre la atención al parto normal. (2010). *Guía de Práctica Clínica sobre la atención al parto normal*. Vitoria-Gasteiz: Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Política Social. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias del País Vasco. (OSTEBA). Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Galicia (Avalia-t).
- Gulmezoglu, A. M., Forna, F., Villar, J., & Hofmeyr, G. J. (2004). Prostaglandins for prevention of postpartum haemorrhage. *Cochrane Database Syst Rev*(1), CD000494.
- Gulmezoglu, A. M., Forna, F., Villar, J., & Hofmeyr, G. J. (2007). Prostaglandins for preventing postpartum haemorrhage. *Cochrane Database Syst Rev*(3), CD000494.

- Gummesson, E. (2002). *Total Relationship Marketing* (2nd ed. ed.). Woburn (MA): Butterworth-Heinemann.
- Gupta, A., McDaniel, J. C., & Kanthi-Herath, S. (2005). Quality management in service firms: sustaining structures of total quality service. *Managing Service Quality*, 15(4), 389-402.
- Gupta, J. K., & Hofmeyr, G. J. (2004). Position for women during second stage of labour. *Cochrane Database Syst Rev*(1), CD002006.
- Gupton, A., Beaton, J., Sloan, J., & Bramadat, I. (1991). The development of a scale to measure childbirth expectations. *Can J Nurs Res*, 23(2), 35-47.
- Halcomb, E. J., Gholizadeh, L., DiGiacomo, M., Phillips, J., & Davidson, P. M. (2007). Literature review: considerations in undertaking focus group research with culturally and linguistically diverse groups. *J Clin Nurs*, 16(6), 1000-1011.
- Hall, J. A., & Dornan, M. C. (1988). Meta-analysis of satisfaction with medical care: description of research domain and analysis of overall satisfaction levels. *Soc Sci Med*, 27(6), 637-644.
- Hanvey, L., Levitt, C., Kaczorowski, J., Chalmers, B., Heaman, M., & Bartholomew, S. (2009). *Canadian Hospital Maternity Policies and Practices Survey 2007*. Ottawa: Public Health Agency of Canada.
- Harvey, S., Rach, D., Stainton, M. C., Jarrell, J., & Brant, R. (2002). Evaluation of satisfaction with midwifery care. *Midwifery*, 18(4), 260-267.
- Hausknecht, D. R., Sweeney, J. C., Soutar, G. N., & Johnson, L. W. (1998). After I had made the decision... toward a scale to measure cognitive dissonance. *Journal of Consumer Satisfaction, Dissatisfaction and Complaining Behaviour*, 11, 119-127.
- Haywood-Farmer, J. (1988). A conceptual model of service quality. *International Journal of Operations and Production Management*, 8(6), 19-29.
- Health Promotion International. (1986). A discussion document on the concept and principles of health promotion. *Health Promot. Int.*, 1(1), 73-76.
- Healthcare Commission. (2007). *Women's experiences of maternity care in the NHS in England*. London: Care Quality Commission.
- Heikkinen, E., Kuusinen, J., & Ruoppila, I. (1995). *Preparation for Aging*. New York: Plenum Pub Corp.
- Heitman, D. E., Birdwell, S. W., & Bennett, D. L. (1995). Patient satisfaction as an outcome indicator of pain management during labor and delivery. *Hosp Pharm*, 30(7), 589-595.
- Hendrix, M., Evers, S., Basten, M., Nijhuis, J., & Severens, J. (2009). Cost analysis of the Dutch Obstetric system: low-risk nulliparous women preferring home or short-stay hospital birth - a prospective non-randomised controlled study. *BMC Health Services Research*, 9(1), 211.
- Hickson, G. B., Clayton, E. W., Entman, S. S., Miller, C. S., Githens, P. B., Whetten-Goldstein, K., et al. (1994). Obstetricians' prior malpractice experience and patients' satisfaction with care. *Jama*, 272(20), 1583-1587.
- Hildingsson, I., Waldenstrom, U., & Radestad, I. (2003). Swedish women's interest in home birth and in-hospital birth center care. *Birth*, 30(1), 11-22.
- Hildingsson, I. M. (2007). New parents' experiences of postnatal care in Sweden. *Women Birth*, 20(3), 105-113.
- Hodnett, E. D. (2002a). Pain and women's satisfaction with the experience of childbirth: a systematic review. *Am J Obstet Gynecol*, 186(5 Suppl Nature), S160-172.
- Hodnett, E. D., Downe, S., Edwards, N., & Walsh, D. (2005). Home-like versus conventional institutional settings for birth. *Cochrane Database Syst Rev*(1), CD000012.
- Hodnett, E. D., Gates, S., Hofmeyr, G. J., & Sakala, C. (2007). *Continuous support for women during childbirth*, *Cochrane Database Syst Rev*. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.

- Hodnett, E. D., Lowe, N. K., Hannah, M. E., Willan, A. R., Stevens, B., Weston, J. A., Ohlsson A., Gafni A., Muir H. A., Myr T. R., Stremler R. (2002). Effectiveness of nurses as providers of birth labor support in North American hospitals: a randomized controlled trial. *Jama*, 288(11), 1373-1381.
- Hodnett, E. D., & Simmons-Tropea, D. A. (1987). The Labour Agency Scale: psychometric properties of an instrument measuring control during childbirth. *Res Nurs Health*, 10(5), 301-310.
- Hofmeyr, G., Cyna, A., & Middleton, P. (2004). Prophylactic intravenous preloading for regional analgesia in labour. *Cochrane Database Syst Rev*(4), CD000175.
- Hofmeyr, G. J., Abdel-Aleem, H., & Abdel-Aleem, M. A. (2008). Uterine massage for preventing postpartum haemorrhage. *Cochrane Database Syst Rev*(3), CD006431.
- Hu, L. T., & Bentler, P. M. (1995). Evaluating model fit. In R. H. Hoyle (Ed.), *Structural equation modeling: Concepts, issues, and applications* (pp. 76-99). Thousand Oaks (CA): SAGE Publications.
- Hu, L. T., & Bentler, P. M. (1999). Cut-off criteria for fit indexes in covariance structure analysis: Conventional criteria versus new alternatives. *Structural Equation Modelling*, 6, 1-55.
- Hughes, D., Simmons, S. W., Brown, J., & Cyna, A. M. (2003). Combined spinal-epidural versus epidural analgesia in labour. *Cochrane Database Syst Rev*(4), CD003401.
- Humet, C. (2001). Reflexiones sobre la Calidad Asistencial en el cambio de siglo. *Rev Calidad Asistencial*, 16, 5-7.
- Hummers-Pradier, E., Beyer, M., Chevallier, P., Eilat-Tsanani, S., Lionis, C., Peremans, L., et al. (2009). *Research Agenda for General Practice / Family Medicine and Primary Health Care in Europe. Maasthicht (NL): European General Practice Research Network, EGPRN.*
- Hundley, V., Ryan, M., & Graham, W. (2001). Assessing women's preferences for intrapartum care. *Birth*, 28(4), 254-263.
- Iacobucci, D., Grayson, K., & Ostrom, A. (1994). The calculus of service quality and customer satisfaction: theoretical and empirical differentiation and integration. In T. A. Swartz, D. E. Bowen, & S. W. Brown (Eds.), *Advances in services marketing and management: research and practice*, Vol. 3 (pp. 1-67). Greenwich (UK): JAI Press.
- IASIST. (2005). *Hospitales Top 20 '10*. In IASIST (Ed.), *Hospitales Top 20 Benchmarks para la excelencia 2010* (1 ed., pp. 1-46). Barcelona: UBM Medica.
- Ibern, P. (1992). La medida de la satisfacción en los servicios sanitarios. *Gac Sanit*, 6, 176-185.
- Ip, W. Y., Chien, W. T., & Chan, C. L. (2003). Childbirth expectations of Chinese first-time pregnant women. *J Adv Nurs*, 42(2), 151-158.
- Ip, W. Y., Chung, T. K., & Tang, C. S. (2008). The Chinese Childbirth Self-Efficacy Inventory: the development of a short form. *J Clin Nurs*, 17(3), 333-340.
- Janssen, P. A., Dennis, C. L., & Reime, B. (2006). Development and psychometric testing of The Care in Obstetrics: Measure for Testing Satisfaction (COMFORTS) scale. *Res Nurs Health*, 29(1), 51-60.
- Jefferies, J. (2007). *Health care guideline: Management of labor* (2nd ed. ed.). Bloomington (MN): Institute for Clinical Systems Improvement.
- Jiménez, R. (2002). Cuidados del recién nacido normal. In A. Delgado (Ed.), *Protocolos diagnósticos y terapéuticos de neonatología en Pediatría*. Madrid: Asociación Española de Pediatría.
- Johnson, T. R., Callister, L. C., Freeborn, D. S., Beckstrand, R. L., & Huender, K. (2007). Dutch women's perceptions of childbirth in the Netherlands. *MCN Am J Matern Child Nurs*, 32(3), 170-177.
- Judd, V. C. (1987). Differentiate with the 5th P: People. *Industrial Marketing Management*, 16, 241-247.
- Jung, H. P., Van Horne, F., Wensing, M., Hearnshaw, H., & Grol, R. (1998). Which aspects of general practitioners' behaviour determine patients' evaluations of care? *Soc Sci Med*, 47(8), 1077-1087.

- Junta de Andalucía. (2005). Embarazo, Parto y Puerperio: Proceso Asistencial Integrado. Sevilla.
- Kannan, V. R., Tan, K. C., Handfield, R. B., & Ghosh, S. (1999). Tools and techniques of quality management: an empirical investigation of their impact on performance. *Quality Management Journal*, 6(3), 34-49.
- Kaplan, R. S., & Norton, D. (2001). *The strategy-focused organisation: how balanced scorecard companies thrive in the new business environment*. Boston: Harvard Business School Press.
- Kark, S. L., & Kark, E. (1983). An alternative strategy in community health care: community-oriented primary health care. *Isr J Med Sci*, 19(8), 707-713.
- Kelly, A. J., Alfirevic, Z., & Dowswell, T. (2009). Outpatient versus inpatient induction of labour for improving birth outcomes. *Cochrane Database Syst Rev*(2), CD007372.
- Kendall, M., Murray, S. A., Carduff, E., Worth, A., Harris, F., Lloyd, A., et al. (2009). Use of multiperspective qualitative interviews to understand patients' and carers' beliefs, experiences, and needs. *Bmj*, 339(oct14_3), b4122-.
- Kenny, P., King, M. T., Cameron, S., & Shiell, A. (1993). Satisfaction with postnatal care--the choice of home or hospital. *Midwifery*, 9(3), 146-153.
- Kerber, K. J., de Graft-Johnson, J. E., & Bhutta, Z. A. (2007). Continuum of care for maternal, newborn, and child health: from slogan to service delivery. *Lancet*, Volume 370(9595), 1358-1369.
- Kettle, C., Hills, R. K., & Ismail, K. M. (2007). Continuous versus interrupted sutures for repair of episiotomy or second degree tears. *Cochrane Database Syst Rev*(4), CD000947.
- Kettle, C., & Johanson, R. B. (2000). Absorbable synthetic versus catgut suture material for perineal repair. *Cochrane Database Syst Rev*(2), CD000006.
- Kohler, D. L., Bellenger, D. N., & Whyte, G. E. (1990). The role of birthing centers in hospital marketing. *Health Care Manage Rev*, 15(3), 71-77.
- Kotler, P. (1991). *Marketing management*. Englewood Cliffs (NJ): Prentice-Hall.
- Kramer, M. S., Aboud, F., Mironova, E., Vanilovich, I., Platt, R. W., Matush, L., et al. (2008). Breastfeeding and child cognitive development: new evidence from a large randomized trial. *Arch Gen Psychiatry*, 65(5), 578-584.
- Kravitz, R. L. (1996). Patients' expectations for medical care: an expanded formulation based on review of the literature. *Med Care Res Rev*, 53(1), 3-27.
- Krieger, N., & Fee, E. (1994). Social class: the missing link in U.S. health data. *Int J Health Serv*, 24(1), 25-44.
- Labrecque, M., Nouwen, A., Bergeron, M., & Rancourt, J. F. (1999). A randomized controlled trial of nonpharmacologic approaches for relief of low back pain during labor. *J Fam Pract*, 48(4), 259-263.
- Lally, J. E., Murtagh, M. J., Macphail, S., & Thomson, R. (2008). More in hope than expectation: a systematic review of women's expectations and experience of pain relief in labour. *BMC Med*, 6, 7.
- Lalonde, M. (1974). *A new perspective on the health of Canadians. A working document*. Ottawa: Government of Canada.
- Lamata, F., Conde, J., Martínez, B., & Horno, M. (1994). *Marketing Sanitario*. Madrid: Díaz de Santos.
- Lang, A. J., Sorrell, J. T., Rodgers, C. S., & Lebeck, M. M. (2006). Anxiety sensitivity as a predictor of labor pain. *Eur J Pain*, 10(3), 263-270.
- Larkin, P., Begley, C. M., & Devane, D. (2009). Women's experiences of labour and birth: an evolutionary concept analysis. *Midwifery*, 25(2), e49-e59.
- Lavender, T., Hofmeyr, G. J., Neilson, J. P., Kingdon, C., & Gyte, G. M. (2006). Caesarean section for non-medical reasons at term. *Cochrane Database Syst Rev*, 3, CD004660.
- Lavender, T., Wallymahmed, A. H., & Walkinshaw, S. A. (1999). Managing labor using partograms with different action lines: a prospective study of women's views. *Birth*, 26(2), 89-96.

- Lawrence, A., Lewis, L., Hofmeyr, G. J., Dowswell, T., & Styles, C. (2009). Maternal positions and mobility during first stage labour, *Cochrane Database Syst Rev*. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.
- Lazaro, C., Caseras, X., Torrubia, R., & Banos, J. E. (2003). Measurement of postoperative pain: analysis of the sensitivity of various self-evaluation instruments. *Rev Esp Anesthesiol Reanim*, 50(5), 230-236.
- Lee, H., Lee, Y., & Yoo, D. (2000). The determinants of perceived service quality and its relationship with satisfaction. *Journal of Services Marketing*, 14(3), 217-231.
- Levrán, D., Shoham, Z., Geranek, M., Greenwald, M., & Mashiach, S. (1988). The value of amnioscopy in surveillance of postdate pregnancy. *Aust N Z J Obstet Gynaecol*, 28(4), 271-274.
- Liabsuetrakul, T., Choobun, T., Peeyananjarassri, K., & Islam, Q. M. (2007). Prophylactic use of ergot alkaloids in the third stage of labour. *Cochrane Database Syst Rev*(2), CD005456.
- Link, B. G., Northridge, M. E., Phelan, J. C., & Ganz, M. L. (1998). Social epidemiology and the fundamental cause concept: on the structuring of effective cancer screens by socioeconomic status. *Milbank Q*, 76(3), 375-402, 304-375.
- Lledo, R., Rodriguez, T., Trilla, A., Cararach, V., Restuccia, J. D., & Asenjo, M. A. (2000). Perceived quality of care in pregnancy assessment before and after delivery. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*, 88(1), 35-42.
- Locatelli, A., Regalia, A. L., Patregnani, C., Ratti, M., Toso, L., & Ghidini, A. (2005). Prognostic value of change in amniotic fluid color during labor. *Fetal Diagn Ther*, 20(1), 5-9.
- Longworth, L., Ratcliffe, J., & Boulton, M. (2001). Investigating women's preferences for intrapartum care: home versus hospital births. *Health Soc Care Community*, 9(6), 404-413.
- Lorenzola, S., Bacigalupe, M., & Arcelay, A. (2002). Aplicación de la gestión por procesos a las unidades de atención al usuario. *Rev Calidad Asistencial*, 17, 353-357.
- Lovelock, C. H. (1991). *Services marketing* (2nd ed. ed.). Englewood Cliffs (NJ): Prentice-Hall.
- Lowe, N. K. (1989). Explaining the pain of active labor: the importance of maternal confidence. *Res Nurs Health*, 12(4), 237-245.
- Lowe, N. K. (1993). Maternal confidence for labor: development of the Childbirth Self-Efficacy Inventory. *Res Nurs Health*, 16(2), 141-149.
- Lucas, A. (2004). Information for women after CS: are they getting enough? *RCM Midwives*, 7(11), 472-475.
- Lund, C., Kuller, J., Lane, A., Lott, J. W., & Raines, D. A. (1999). Neonatal skin care: the scientific basis for practice. *Neonatal Netw*, 18(4), 15-27.
- Lundgren, I., Berg, M., & Lindmark, G. (2003). Is the childbirth experience improved by a birth plan? *J Midwifery Womens Health*, 48(5), 322-328.
- Lupe, P. J., & Gross, T. L. (1986). Maternal upright posture and mobility in labor--a review. *Obstet Gynecol*, 67(5), 727-734.
- Lytle, R. S., & Mokwa, M. P. (1992). Evaluating health care quality: the moderating role of outcomes. *J Health Care Mark*, 12(1), 4-14.
- Mackey, M. C. (1995). Women's evaluation of their childbirth performance. *Matern Child Nurs J*, 23(2), 57-72.
- MacKinnon, K., McIntyre, M., & Quance, M. (2005). The meaning of the nurse's presence during childbirth. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*, 34(1), 28-36.
- Mano, H., & Oliver, R. (1993). Assessing the dimensionality and structure of the consumption experience: evaluation, feeling and satisfaction. *Journal of Consumer Research*, 20(3), 451-466.
- Manogin, T. W., Bechtel, G. A., & Rami, J. S. (2000). Caring behaviors by nurses: women's perceptions during childbirth. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*, 29(2), 153-157.

- Marín, M., Bullones, R., Carmona, M., Carretero, A., Moreno, M., & Peñacoba, P. (2008). Influencia de los factores psicológicos en el embarazo, parto y puerperio. Un estudio longitudinal. *Nure Investigación*, 37.
- Martell, L. K. (2003). Postpartum women's perceptions of the hospital environment. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*, 32(4), 478-485.
- Martínez-Tur, V., Peiró, J. M., & Ramos, J. (2001). Calidad de servicio y satisfacción del cliente. Madrid: Síntesis.
- Mateos, M., Dierssen-Sotos, T., Rodríguez-Cundín, M. P., Robles-García, M., & Llorca, J. (2009). Diferencias en la satisfacción percibida según el sexo en los pacientes ingresados en los hospitales del Servicio Cántabro de Salud. *Rev Calidad Asistencial*, 24(3), 104-108.
- Matthews, R., & Callister, L. C. (2004). Childbearing women's perceptions of nursing care that promotes dignity. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*, 33(4), 498-507.
- McCrea, B. H., & Wright, M. E. (1999). Satisfaction in childbirth and perceptions of personal control in pain relief during labour. *J Adv Nurs*, 29(4), 877-884.
- McDonald, S., Abbott, J. M., & Higgins, S. P. (2004). Prophylactic ergometrine-oxytocin versus oxytocin for the third stage of labour. *Cochrane Database Syst Rev*(1), CD000201.
- McKinlay, J. B. (1995). The new public health approach to improving physical activity and autonomy in older populations. In *Preparation for aging* (pp. 87-103). New York: Plenum Publishing Corp.
- McLennan, M. T., Alten, B., Melick, C., Hoehn, M., & Young, J. (2005). Patients' satisfaction with and attitudes toward vaginal delivery. *J Reprod Med*, 50(10), 740-744.
- Melender, H. L. (2006). What constitutes a good childbirth? A qualitative study of pregnant Finnish women. *J Midwifery Womens Health*, 51(5), 331-339.
- Membrado, J. (1999). La gestión empresarial a través del modelo europeo de excelencia de la E.F.Q.M. Madrid: Díaz de Santos.
- Mercer, R. T., Hackley, K. C., & Bostrom, A. G. (1983). Relationship of psychosocial and perinatal variables to perception of childbirth. *Nurs Res*, 32(4), 202-207.
- Ministerio de Igualdad. (2007). Plan Estratégico de Igualdad de Oportunidades. Madrid: Gobierno de España.
- Ministerio de Salud. (2007). Guía Clínica Analgesia del Parto. Santiago de Chile: Ministerio de Salud. Gobierno de Chile.
- Ministerio de Sanidad y Consumo. (2001). Modelo de Calidad Total del Sistema Nacional de Salud. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo.
- Ministerio de Sanidad y Consumo. (2008). Estrategia de atención al parto normal en el Sistema Nacional de Salud (1 ed., Vol. S). Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo.
- Ministerio de Sanidad y Consumo. (2009). Informe Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud 2006-2010. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo.
- Ministerio de Sanidad y Política Social. (2009). Maternidad Hospitalaria: Estándares y recomendaciones (1 ed., Vol. I). Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social.
- Ministerio de Sanidad y Política Social. (2010a). Sistema de Información Sanitaria: Portal Estadístico del SNS, 2010, from <http://www.msc.es/estadEstudios/estadisticas/sisInfSanSNS/home.htm>
- Ministerio de Sanidad y Política Social. (2010b). Barómetro Sanitario, 2009. Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social.
- Mira, J. J., & Aranaz, J. (2000). La satisfacción del paciente como una medida del resultado de la atención sanitaria. *Med Clin (Barc)*, 114 Suppl 3, 26-33.

- Mira, J. J., Buil, J. A., Rodríguez-Marín, J., & Aranaz, J. (1997). Calidad percibida del cuidado hospitalario. *Gac Sanit*, 11(4), 176-189.
- Mira, J. J., Lorenzo, S., Rodríguez-Marín, J., Aranaz, J., & Sitges, E. (1998). La aplicación del modelo europeo de gestión de la calidad total al sector sanitario: ventajas y limitaciones. *Rev Calidad Asistencial*, 13, 92-97.
- Mira, J. J., Lorenzo, S., Rodríguez-Marín, J., & Buil, J. A. (1999). Concepto y modelos de calidad. Hacia una definición de calidad asistencial. *Papeles del Psicólogo*, 74, 3-11.
- Moffat, M. A., Bell, J. S., Porter, M. A., Lawton, S., Hundley, V., Danielian, P., et al. (2007). Decision making about mode of delivery among pregnant women who have previously had a caesarean section: A qualitative study. *Bjog*, 114(1), 86-93.
- Moneta, J., Okninska, A., Wielgos, M., Przybos, A., Szymusik, I., & Marianowski, L. (2001a). Patient's preferences concerning the course of labor. *Ginekol Pol*, 72(12), 1010-1018.
- Montes, M. J. (2007). Las culturas del nacimiento: Representaciones y prácticas de las mujeres gestantes, comadronas y médicos (tesis). Universitat Rovira I Virgili, Tarragona.
- Montgomery, A. A., Emmett, C. L., Fahey, T., Jones, C., Ricketts, I., Patel, R. R., et al. (2007). Two decision aids for mode of delivery among women with previous caesarean section: randomised controlled trial. *Bmj*, 334(7607), 1305.
- Moore, E. R., Anderson, G. C., & Bergman, N. (2007). Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants. *Cochrane Database Syst Rev*(3), CD003519.
- Moore, R., Moore, M. L., & Capella, M. (2005). The impact of customer-to-customer interactions in a high personal contact service setting. *Journal of Services Marketing*, 19(7), 482-491.
- Morgan, B. M., Bulpitt, C. J., Clifton, P., & Lewis, P. J. (1982). Analgesia and satisfaction in childbirth (the Queen Charlotte's 1000 Mother Survey). *Lancet*, 2(8302), 808-810.
- Morison, S., Percival, P., Hauck, Y., & McMurray, A. (1999). Birthing at home: the resolution of expectations. *Midwifery*, 15(1), 32-39.
- Mousa, H. A., & Alfirevic, Z. (2007). Treatment for primary postpartum haemorrhage. *Cochrane Database Syst Rev*(1), CD003249.
- Munstedt, K., von Georgi, R., Eichel, V., Kullmer, U., & Zygmunt, M. (2000). Wishes and expectations of pregnant women and their partners concerning delivery. *J Perinat Med*, 28(6), 482-490.
- Narotzky, S. (1995). *Mujer, mujeres y género*. Madrid: Consejo Superior de Investigaciones Científicas.
- National Collaborating Centre for Women's and Children's Health. (2004). *Caesarean Section*. London: National Institute for Clinical Excellence, NHS.
- Neilson, J. P. (2006). Fetal electrocardiogram (ECG) for fetal monitoring during labour. *Cochrane Database Syst Rev*, 3, CD000116.
- NHS National Institute for Health and Clinical Excellence. (2007). *Intrapartum care. Care of healthy women and their babies during childbirth* (1 ed., Vol. 55). London: NHS.
- Nielsen, P. E., Goldman, M. B., Mann, S., Shapiro, D. E., Marcus, R. G., Pratt, S. D., et al. (2007). Effects of teamwork training on adverse outcomes and process of care in labor and delivery: a randomized controlled trial. *Obstet Gynecol*, 109(1), 48-55.
- Nutting, P. A., Wood, M., & Conner, E. M. (1985). Community-oriented primary care in the United States. A status report. *Jama*, 253(12), 1763-1766.
- Nystedt, A. R. N. M., Hogberg, U. M. D. P., & Lundman, B. P. R. N. (2008). Women's experiences of becoming a mother after prolonged labour. *Journal of Advanced Nursing*, 63(3), 250-258.

- O'Neill, M., & Palmer, A. (2004). Cognitive dissonance and the stability of service quality perceptions. *Journal of Services Marketing*, 18(6), 433-449.
- Olin, R. M., & Faxelid, E. (2003). Parents' needs to talk about their experiences of childbirth. *Scand J Caring Sci*, 17(2), 153-159.
- Oliver, R. L. (1977). Effect of expectation and disconfirmation of postexposure product evaluations: an alternative interpretation. *Journal of Applied Psychology*, 62(4), 480-486.
- Oliver, R. L. (1980). A cognitive model of antecedents and consequence of satisfaction decisions. *Journal of Marketing Research*, 17, 460-469.
- Oliver, R. L. (1989). Processing of the satisfaction response in consumption: a suggested framework and research propositions. *Journal of Consumer Satisfaction, Dissatisfaction, and Complaining Behavior*, 2, 1-16.
- Oliver, R. L. (1993). Cognitive, affective, and attribute bases of the satisfaction response. *Journal of Consumer Research*, 20(3), 418-430.
- Oliver, R. L. (1997). *Satisfaction: A Behavioral Perspective on the Consumer*. New York: McGraw-Hill.
- Oliver, R. L. (2010). *Satisfaction: A Behavioral Perspective on the Consumer* (2nd ed. ed.). Armonk (NY): M. E. Sharpe.
- Olsen, O., & Jewell, M. D. (2000). Home versus hospital birth. *Cochrane Database Syst Rev*(2), CD000352.
- O'Meara, C. (1993). An evaluation of consumer perspectives of childbirth and parenting education. *Midwifery*, 9(4), 210-219.
- Organisation for Economic Co-operation and Development. (2004). *Towards high-performing Health Systems: The OECD Health Project*. Paris: OECD.
- Ortigosa-Guerrero, R., & De La Torre-Palomo, M. T. (2007). *Guía de práctica clínica. Asistencia al parto normal*. Antequera (Málaga): Hospital de Antequera.
- Osborne, D. E., & Gaebler, T. (1994). *La reinención del gobierno. La influencia del espíritu empresarial en el sector público*. Barcelona: Paidós Ibérica.
- Ottawa Charter, & World Health Organization. (1986). Ottawa charter for health promotion. *Can J Public Health*, 77(6), 425-430.
- Page Jr, T. J., & Spreng, R. A. (2002). Difference scores versus direct effects in service quality measurement. *Journal of Service Research*, 5, 292-302.
- Pallás-Alonso, C. R. (2006). *PrevInfad (AEPap)/PAPPS infancia y adolescencia: Promoción de la lactancia materna: Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria*.
- Palmer, A., & O'Neill, M. (2003). The effects of perceptual processes on the measurement of service quality. *Journal of Services Marketing*, 17(3), 254-274.
- Parasuraman, A., Zeithaml, V., & Berry, L. (1988). SERVQUAL: A multiple-item scale for measuring consumer perceptions of service quality. *Journal of Retailing*, 64(1), 12-40.
- Parasuraman, A., Zeithaml, V., & Berry, L. (1991). Refinement and reassessment of SERVQUAL scale. *Journal of Retailing*, 67(4), 420-450.
- Parasuraman, A., Zeithaml, V., & Berry, L. (1994). Alternative scales for measuring service quality: a comparative assessment based on psychometric and diagnostic criteria. *Journal of Retailing*, 70(3), 201-230.
- Parasuraman, A., Zeithaml, V. A., & Berry, L. L. (1985). A conceptual model of service quality and its implications for future research. *Journal of Marketing*, 49, 41-50.
- Park, K. J., & Peterson, L. M. (1991). Beliefs, practices, and experiences of Korean women in relation to childbirth. *Health Care Women Int*, 12(2), 261-269.

- Parratt, J., & Fahy, K. (2003). Trusting enough to be out of control: a pilot study of women's sense of self during childbirth. *Aust J Midwifery*, 16(1), 15-22.
- Parry, D. C. (2008). "We wanted a birth experience, not a medical experience": exploring Canadian women's use of midwifery. *Health Care Women Int*, 29(8), 784-806.
- Pearl, K. (2004). Birth planning--is it beneficial to pregnant women? *Aust J Midwifery*, 17(1), 27-29.
- Pena-Martí, G., & Comunian-Carrasco, G. (2007). Fundal pressure versus controlled cord traction as part of the active management of the third stage of labour. *Cochrane Database Syst Rev*(4), CD005462.
- Perez-Fernandez, J. A. (1994). *Gestión de la calidad empresarial*. Madrid: ESIC Editorial.
- Pérez-Jover, V., Mira, J. J., Mira, J. J., Tomás, O., Nebot, C., & Rodríguez-Marín, J. (2010). «Buenas prácticas» y satisfacción del paciente. *Rev Calidad Asistencial*, 25, 348-355.
- Philip, G., & Hazlett, S. A. (1997). The measurement of service quality: a new P-C-P attributes model. *International Journal of Quality and Reliability Management*, 14(3), 260-286.
- Pickering, W. G. (1993). Patient satisfaction: an imperfect measurement of quality medicine. *J Med Ethics*, 19(2), 121-122.
- Poulain, P., & Mercier, C. (2008). Fetal assessment of the labor admission in low risk pregnancies. *J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris)*, 37 Suppl 1, S16-22.
- Prendiville, W. J., Elbourne, D., & McDonald, S. (2000). Active versus expectant management in the third stage of labour. *Cochrane Database Syst Rev*(3), CD000007.
- Proctor, S. (1998). What determines quality in maternity care? Comparing the perceptions of childbearing women and midwives. *Birth*, 25(2), 85-93.
- Proctor, S., & Wright, G. (1998). Consumer responses to health care: women and maternity services. *Int J Health Care Qual Assur Inc Leadersh Health Serv*, 11(4-5), 147-155.
- Proyecto de la UE sobre la Promoción de la Lactancia en Europa. (2004). *Protección, promoción y ayuda de Lactancia en Europa: plan estratégico*. Luxembourg: Comisión Europea, Dirección Pública de Salud y Control de Riesgos.
- Public Health Agency of Canada. (2008). *Canadian Perinatal Health Report*. Ottawa: Public Health Agency of Canada.
- Public Health Agency of Canada. (2009). *What Mothers Say: The Canadian Maternity Experiences Survey (Survey report)*. Ottawa: Public Health Agency of Canada.
- Puckett, R. M., & Offringa, M. (2000). Prophylactic vitamin K for vitamin K deficiency bleeding in neonates. *Cochrane Database Syst Rev*(4), CD002776.
- Quintana, J., Gonzalez, N., Bilbao, A., Aizpuru, F., Escobar, A., Esteban, C., et al. (2006). Predictors of patient satisfaction with hospital health care. *BMC Health Services Research*, 6(1), 102.
- Ranta, P., Spalding, M., Kangas-Saarela, T., Jokela, R., Hollmen, A., Jouppila, P., et al. (1995). Maternal expectations and experiences of labour pain--options of 1091 Finnish parturients. *Acta Anaesthesiol Scand*, 39(1), 60-66.
- Rawaf, S., De Maeseneer, J., & Starfield, B. (2008). From Alma-Ata to Almaty: a new start for primary health care. *Lancet*, 372(9647), 1365-1367.
- Raynes-Greenow, C. H., Roberts, C. L., McCaffery, K., & Clarke, J. (2007). Knowledge and decision-making for labour analgesia of Australian primiparous women. *Midwifery*, 23(2), 139-145.
- Redondo-Martín, S., Bolaños-Gallardo, E., Almarez-Gómez, A., & Maderuelo-Fernández, J. A. (2005). Perceptions and Expectations of Primary Health Care: a New Form of Identifying Improvements. *Aten Primaria*, 36, 358-363.

- Revez, L., Gaitan, H. G., & Cuervo, L. G. (2007). Enemas during labour. *Cochrane Database Syst Rev*(4), CD000330.
- Rial, A., Rial, J., Real, E., & Varela, J. (2008). An application of Importance-Performance. Analysis (IPA) to the management of Sport Centres. *Managing Leisure*, 13(3&4), 179-188.
- Rich, A. (1996). *Nacida de mujer*. Valencia: Cátedra.
- Rose, G. (1985). Sick individuals and sick populations. *Int J Epidemiol*, 14(1), 32-38.
- Rose, G., & Day, S. (1990). The population mean predicts the number of deviant individuals. *Bmj*, 301(6759), 1031-1034.
- Rose, G. A. (1992). *The strategy of preventative medicine*. New York: Oxford University Press.
- Rose, R. C., Uli, J., Abdul, M., & Ng, K. L. (2004). Hospital service quality: a managerial challenge. *Int J Health Care Qual Assur Inc Leadersh Health Serv*, 17(2-3), 146-159.
- Rosenthal, G. E., Hammar, P. J., Way, L. E., Shipley, S. A., Doner, D., Wojtala, B., et al. (1998). Using hospital performance data in quality improvement: the Cleveland Health Quality Choice experience. *Jt Comm J Qual Improv*, 24(7), 347-360.
- Rozenberg, P. (2004). Evaluation of cesarean rate: a necessary progress in modern obstetrics. *J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris)*, 33(4), 279-289.
- Rudman, A. (2007). *Women's satisfaction with intrapartum and postpartum care (thesis)*. Karolinska Institutet, Stockholm.
- Rudman, A., El-Khoury, B., & Waldenstrom, U. (2007). Women's satisfaction with intrapartum care - a pattern approach. *J Adv Nurs*, 59(5), 474-487.
- Rudman, A., El-Khoury, B., & Waldenstrom, U. (2008). Evaluating multi-dimensional aspects of postnatal hospital care. *Midwifery*, 24(4), 425-441.
- Rust, R. T., & Oliver, R. L. (1994). Service quality: Insights and managerial implications from the frontier. In R. T. Rust & R. L. Oliver (Eds.), *Service Quality: New Directions in Theory and Practice* (pp. 1-19). Thousand Oaks (CA): SAGE Publications.
- Rust, R. T., & Zahorik, A. J. (1993). Customer satisfaction, customer retention and market share. *Journal of Retailing*, 69(2), 193-215.
- Sadler, L. C., Davison, T., & McCowan, L. M. (2001). Maternal satisfaction with active management of labor: a randomized controlled trial. *Birth*, 28(4), 225-235.
- Salmon, P., Miller, R., & Drew, N. C. (1990). Women's anticipation and experience of childbirth: the independence of fulfillment, unpleasantness and pain. *Br J Med Psychol*, 63 (Pt 3), 255-259.
- Sancho-Royo, D. (2007). *La prestación del servicio público: ¿Qué es lo que el ciudadano entiende por calidad?* Barcelona: Generalitat de Catalunya.
- Sarasua, I., Clausen, C., & Frunchak, V. (2009). Mothers' experiences with breastfeeding management and support: a quality improvement study. *Breastfeed Rev*, 17(1), 19-27.
- Sassi Matthias, M., & Babrow, A. S. (2007). Problematic integration of uncertainty and desire in pregnancy. *Qual Health Res*, 17(6), 786-798.
- Saturno, P. J. (1995). Los métodos de participación del usuario en la evaluación y mejora de la calidad de los servicios sanitarios. *Rev Esp Salud Pública*, 69, 163-175.
- Saturno, P. J. (2005). Modelos de gestión de la calidad aplicados a la Atención Primaria. Opina la Universidad, IV Jornadas de la Calidad en Atención Primaria de Castilla y León. Burgos: Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria SEMERGEN.

- Saturno, P. J., Imperatori, E., & Corbellá, A. (1990). Evaluación de la Calidad Asistencial en Atención Primaria. Experiencias en el marco de la Cooperación Ibérica: Diseños de Proyectos. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo.
- Saturno, P. J., Quintana, O., & Varo, J. (1997). Tratado de calidad asistencial en atención primaria. Madrid: Du Pont Pharma.
- Saura, R. M. (1999). Indicadores de Calidad Asistencial en Ginecología y Obstetricia. Madrid: Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia.
- Scharitzer, D., & Korunka, C. (2000). New public management: evaluating the success of total quality management and change management interventions in public services from the employees' and customers' perspectives. *Total Quality Management & Business Excellence*, 11(7), 941-953.
- Schwappach, D. L., Blaudszun, A., Conen, D., Eichler, K., Hochreutener, M. A., & Koeck, C. M. (2004). Women's experiences with low-risk singleton in-hospital delivery in Switzerland. *Swiss Med Wkly*, 134, 103-109.
- Senlle, A. (1993). La calidad total en los servicios y en la administración pública. Barcelona: Gestión 2000.
- Servicio Andaluz de Salud. Consejería de Salud. (2008). Encuesta de satisfacción a usuarios 2008. Sevilla: Servicio Andaluz de Salud.
- Sewell, N. (1997). Continuous quality improvement in acute health care: creating a holistic and integrated approach. *Int J Health Care Qual Assur Inc Leadersh Health Serv*, 10(1), 20-26.
- Shapiro, J. L. (1999). Satisfaction with obstetric care. Patient survey in a family practice shared-call group. *Can Fam Physician*, 45, 651-657.
- Shetty, A., Burt, R., Rice, P., & Templeton, A. (2005). Women's perceptions, expectations and satisfaction with induced labour--a questionnaire-based study. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*, 123(1), 56-61.
- Shields, N., Turnbull, D., Reid, M., Holmes, A., McGinley, M., & Smith, L. N. (1998). Satisfaction with midwife-managed care in different time periods: a randomised controlled trial of 1299 women. *Midwifery*, 14(2), 85-93.
- Sieber, S., Germann, N., Barbir, A., & Ehlert, U. (2006). Emotional well-being and predictors of birth-anxiety, self-efficacy, and psychosocial adaptation in healthy pregnant women. *Acta Obstet Gynecol Scand*, 85(10), 1200-1207.
- Simkin, P. (1991). Just another day in a woman's life? Women's long-term perceptions of their first birth experience. Part I. *Birth*, 18(4), 203-210.
- Sinclair, M., & O'Boyle, C. (1999). The Childbirth Self-Efficacy Inventory: a replication study. *J Adv Nurs*, 30(6), 1416-1423.
- Singata, M., Tranmer, J., & Gyte, G. M. (2009). Restricting oral fluid and food intake during labour. *Cochrane Database Syst Rev*(1), CD003930.
- Sjoblom, I., Nordstrom, B., & Edberg, A. K. (2006). A qualitative study of women's experiences of home birth in Sweden. *Midwifery*, 22(4), 348-355.
- Skelton, A. G. (1997). The relationship among cost, quality, and competition: an analysis of obstetrics services in Missouri hospitals. *J Health Care Finance*, 24(1), 30-44.
- Smith, C. A., Collins, C. T., Cyna, A. M., & Crowther, C. A. (2006). Complementary and alternative therapies for pain management in labour. *Cochrane Database Syst Rev*(4), CD003521.
- Smith, J. E., Fisher, D. L., & Endorf-Olson, J. J. (2000). Integrating patient satisfaction into performance measurement to meet improvement challenges. *Jt Comm J Qual Improv*, 26(5), 277-286.
- Smith, L. F. P. (2001). Development of a multidimensional labour satisfaction questionnaire: dimensions, validity, and internal reliability. *Qual Health Care*, 10(1), 17-22.

- Smyth, R. M., Alldred, S. K., & Markham, C. (2007). Amniotomy for shortening spontaneous labour. *Cochrane Database Syst Rev*(4), CD006167.
- Solomon, M. R., Surprenant, C., Czepiel, J. A., & Gutman, E. G. (1985). A role theory perspective on dyadic interactions: the service encounter. *Journal of Marketing*, 49(1), 99-111.
- Soltani, H., Dickinson, F., & Symonds, I. (2005). Placental cord drainage after spontaneous vaginal delivery as part of the management of the third stage of labour. *Cochrane Database Syst Rev*(4), CD004665.
- Somers-Smith, M. J. (1999). A place for the partner? Expectations and experiences of support during childbirth. *Midwifery*, 15(2), 101-108.
- Spencer, B., & Crosby, L. (1997). Linking quality attributes with customer purchasing decisions: a comparison of two methods. *Quality Management Journal*, 5(1), 35-45.
- Spinelli, A., Baglio, G., Donati, S., Grandolfo, M. E., & Osborn, J. (2003). Do antenatal classes benefit the mother and her baby? *J Matern Fetal Neonatal Med*, 13(2), 94-101.
- Spitzer, M. C. (1995). Birth centers. Economy, safety, and empowerment. *J Nurse Midwifery*, 40(4), 371-375.
- Spurgeon, P., Hicks, C., & Barwell, F. (2001). Antenatal, delivery and postnatal comparisons of maternal satisfaction with two pilot Changing Childbirth schemes compared with a traditional model of care. *Midwifery*, 17(2), 123-132.
- Stadlmayr, W., Bitzer, J., Hosli, I., Amsler, F., Leupold, J., Schwendke-Kliem, A., et al. (2001). Birth as a multidimensional experience: comparison of the English- and German-language versions of Salmon's Item List. *J Psychosom Obstet Gynaecol*, 22(4), 205-214.
- Stadlmayr, W., Schneider, H., Amsler, F., Burgin, D., & Bitzer, J. (2004). How do obstetric variables influence the dimensions of the birth experience as assessed by Salmon's item list (SIL-Ger)? *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*, 115(1), 43-50.
- Starfield, B. (1994). Is primary care essential? *Lancet*, 344(8930), 1129-1133.
- Starfield, B. (1998). *Primary Care: Balancing Health Needs, Services and Technology*. New York: Oxford University Press.
- Starfield, B., Shi, L., & Macinko, J. (2005). Contribution of primary care to health systems and health. *Milbank Q*, 83(3), 457-502.
- Su, L. L., Chong, Y. S., & Samuel, M. (2007). Oxytocin agonists for preventing postpartum haemorrhage. *Cochrane Database Syst Rev*(3), CD005457.
- Sundaram, D. S., & Webster, C. (2000). The role of nonverbal communication in service encounters. *Journal of Services Marketing*, 14(5), 378-391.
- Sundstrom, E., & Altman, I. (1989). Physical environments and work-group effectiveness. *Research in Organizational Behaviour*, 11, 175-209.
- Suñol, R., & Humet, C. (2002). Garantía de calidad y acreditación en España. In S. E. d. S. P. y. A. Sanitaria (Ed.), *Informe SESPAS 2002 (Vol. 1)*. Valencia: Conselleria de Sanitat.
- Sureshchandar, G. S., Rajendran, C., & Anantharaman, R. N. (2002a). Determinants of customer-perceived service quality: a confirmatory factor analysis approach. *Journal of Services Marketing*, 16(1), 9-34.
- Swinehart, K. D., & Smith, A. E. (2004). Customer focused health-care performance instruments: making a case for local measures. *Int J Health Care Qual Assur Inc Leadersh Health Serv*, 17(1), 9-16.
- Taylor, S. A., & Baker, T. L. (1994). An assessment of the relationship between service quality and customer satisfaction in the formation of consumer's purchase intentions. *Journal of Retailing*, 70, 163-178.
- Tiedje, L. B., Price, E., & You, M. (2008). Childbirth is changing: what now? *MCN Am J Matern Child Nurs*, 33(3), 144-150.

- Tomes, A. E., & Chee Peng Ng, S. (1995). Service quality in hospital care: the development of an in-patient questionnaire. *Int J Health Care Qual Assur*, 8(3), 25-33.
- Tse, D. K., & Wilton, P. C. (1988). Models of consumer satisfaction formation: an extension. *Journal of Marketing Research*, 25(2), 204-212.
- Tumblin, A., & Simkin, P. (2001). Pregnant women's perceptions of their nurse's role during labor and delivery. *Birth*, 28(1), 52-56.
- Turner, P. D., & Pol, L. G. (1995). Beyond patient satisfaction. Broaden the scope of quality measurement by integrating the marketing view with other perspectives. *J Health Care Mark*, 15(3), 45-53.
- U.S. Department of Health, E., and Welfare,. (1979). *Healthy people: the Surgeon General's report on health promotion and disease prevention*. Washington: U.S. Department of Health, Education, and Welfare.
- Ulin, P. R., Robinson, E. T., & Tolley, E. E. (2006). *Investigación aplicada en salud pública. Métodos cualitativos (O. P. d. l. Salud, Trans.)*. Washington (DC): Organización Paramericana de la Salud.
- United Nations. (1994). *Report of the International Conference on Population and Development*. Cairo: United Nations.
- Uranga, A., Urman, J., Lomuto, C., Martínez, I., Weisburd, M. J., & García, O. (2004). *Guía para la atención del parto normal en maternidades centradas en la familia*. Buenos Aires: Ministerio de Salud de la Nación. Gobierno de la República Argentina.
- Van Campen, C., Sixma, H., Friele, R. D., Kerssens, J. J., & Peters, L. (1995). Quality of care and patient satisfaction: a review of measuring instruments. *Med Care Res Rev*, 52(1), 109-133.
- Varela, J., Prat, R., Voces, C., & Rial, A. (2006). Una nueva escala para la evaluación de la calidad de los servicios de hostelería. *Psicothema*, 18(1), 135-142.
- Varela, J., Rial, A., & García-Cueto, E. (2003). Presentación de una escala de satisfacción con los servicios sanitarios de atención primaria. *Psicothema*, 15(4), 656-661.
- Velasco, J., & Campins, J. A. (1997). *Gestión de calidad I. Garantía y consolidación*. Madrid: Pirámide.
- Vilares, M. J., & Coelho, P. S. (2003). The employee-customer satisfaction chain in the ECSI model. *European Journal of Marketing*, 37(11/12), 1703-1722.
- Vivanco, M. (2009). Análisis de la satisfacción de las madres durante el trabajo de parto y puerperio inmediato en un hospital público de tercer nivel de la Comunidad de Madrid. Validación y adaptación transcultural de la escala de satisfacción COMFORTS. *Reduca (Enfermería, Fisioterapia y Podología)*, 1(2), 275-299.
- Vivas, D. (1994). Mejora continuada de la calidad de los servicios de salud: los gráficos del control estadístico del proceso. *Papeles de gestión sanitaria (Vol. 1(3))*. Valencia: MCQ Ediciones.
- Voces, C. (2005). *Modelización de la calidad de servicio y la lealtad del cliente en hostelería (tesis no publicada)*. Santiago de Compostela: Universidad de Santiago de Compostela.
- Waldenstrom, U. (1998). Continuity of carer and satisfaction. *Midwifery*, 14(4), 207-213.
- Waldenstrom, U. (1999b). Experience of labor and birth in 1111 women. *J Psychosom Res*, 47(5), 471-482.
- Waldenstrom, U., Hildingsson, I., Rubertsson, C., & Radestad, I. (2004). A negative birth experience: prevalence and risk factors in a national sample. *Birth*, 31(1), 17-27.
- Waldenstrom, U., Rudman, A., & Hildingsson, I. (2006). Intrapartum and postpartum care in Sweden: women's opinions and risk factors for not being satisfied. *Acta Obstet Gynecol Scand*, 85(5), 551-560.
- Ward, K. F., Rolland, E., & Patterson, R. A. (2005). Improving outpatient health care quality: understanding the quality dimensions. *Health Care Manage Rev*, 30(4), 361-371.
- Wardle, S. (1994). The Mid-Staffordshire survey. Getting consumers' views of maternity services. *Prof Care Mother Child*, 4(6), 170-174.

- Westbrook, R. A. (1980). Intrapersonal affective influences on consumer satisfaction with products. *Journal of Consumer Research*, 7(1), 49-54.
- Wheatley, E. W. (1997). Patient expectations and marketing programming for OB/GYN services. *Health Mark Q*, 14(3), 35-52.
- Wiegers, T. A., Keirse, M. J., Berghs, G. A., & van der Zee, J. (1996). An approach to measuring quality of midwifery care. *J Clin Epidemiol*, 49(3), 319-325.
- Wijma, K., Wijma, B., & Zar, M. (1998). Psychometric aspects of the W-DEQ; a new questionnaire for the measurement of fear of childbirth. *J Psychosom Obstet Gynaecol*, 19(2), 84-97.
- Wiklund, I., Edman, G., Ryding, E. L., & Andolf, E. (2008). Expectation and experiences of childbirth in primiparae with caesarean section. *Bjog*, 115(3), 324-331.
- Wilcock, A., Kobayashi, L., & Murray, I. (1997). Twenty-five years of obstetric patient satisfaction in North America: a review of the literature. *J Perinat Neonatal Nurs*, 10(4), 36-47.
- Willcocks, S., & Conway, A. (2000). Responding to diversity: the Primary Care Group in the NHS. *Int J Health Care Qual Assur Inc Leadersh Health Serv*, 13(6-7), 308-315.
- Wonca Europe. (2005). *The European definition of General Practice / Family Medicine: Wonca Europe*.
- Wong, L. P. (2008). Focus group discussion: a tool for health and medical research. *Singapore Med J*, 49(3), 256-260; quiz 261.
- Woodruff, R. B., Cadotte, E., & Jenkins, R. (1983). Modeling consumer satisfaction processes using experience-based norms. *Journal of Marketing Research*, 20, 296-304.
- Woodward, J., & Kelly, S. M. (2004). A pilot study for a randomised controlled trial of waterbirth versus land birth. *Bjog*, 111(6), 537-545.
- Workowski, K. A., & Berman, S. M. (2006). Sexually transmitted diseases treatment guidelines, 2006. *MMWR Recomm Rep*, 55(RR-11), 1-94.
- World Health Organization. (1978). *Declaration of Alma-Ata*. Alma-Ata: World Health Organization.
- World Health Organization. (1985). Appropriate technology for birth. *Lancet*, 2(8452), 436-437.
- World Health Organization. (1996). *Care in normal birth : a practical guide*. Geneva: World Health Organization.
- World Health Organization. (1998). *Pruebas científicas de los 10 pasos hacia una lactancia natural*. División de salud y desarrollo del niño. Geneva: World Health Organization.
- World Health Organization. (1999). *Care in normal birth : a practical guide*. Geneva: World Health Organization.
- World Health Organization. (2002). *Manejo de las complicaciones del embarazo y parto: Guía para obstétricas y médicos*. Geneva: World Health Organization.
- World Health Organization. (2005a). *The Bangkok Charter for health promotion in a globalized world*. Geneva: World Health Organization.
- World Health Organization. (2005b). *The European health report 2005: public health action for healthier children and populations*. Copenhagen: World Health Organization.
- World Health Organization. (2006). *Principios de cuidado integrado para embarazo, parto y puerperio*. Geneva: World Health Organization.
- World Health Organization. (2007). *WHO Recommended Interventions for Improving Maternal and Newborn Health*. Geneva: World Health Organization.
- World Health Organization. (2008). *The World Health Report 2008: primary health care: now more than ever*. Geneva: World Health Organization.

- World Health Organization, & United Nations Children's Fund. (1989). Protección, fomento y apoyo de la lactancia materna: papel especial de los servicios de maternidad. Geneva: World Health Organization.
- World Health Organization, & United Nations Children's Fund. (2003). Estrategia mundial para la alimentación del lactante y del niño pequeño. Geneva: World Health Organization.
- Yasin, M. M., Alavi, J., Kunt, M., & Zimmerer, T. W. (2004). TQM practices in service organizations: an exploratory study into the implementation, outcome and effectiveness. *Managing Service Quality*, 14(5), 377 - 389.
- Yi, Y. (1990). A critical review of consumer satisfaction. In V. Zeithaml (Ed.), *Review of Marketing* (pp. 68-123). Chicago: American Marketing Association.
- Young, E. (2008). Maternal expectations: do they match experience? *Community Practitioner*, 81(10), 27.
- Zeithaml, V., Parasuraman, A., & Berry, L. (1993). Calidad total en la gestión de servicios. Madrid: Díaz de Santos.
- Zeithaml, V. A., Berry, L. L., & Parasuraman, A. (1988). Communication and Control Processes in the Delivery of Service Quality. *Journal of Marketing*, 52(2), 35-48.
- Zeithaml, V. A., Berry, L. L., & Parasuraman, A. (1993). The nature and determinants of customer expectations of service. *Journal of the Academy of Marketing Science*, 21, 1-12.
- Zeithaml, V. A., Berry, L. L., & Parasuraman, A. (1996). The behavioral consequences of service quality. *Journal of Marketing*, 60(2), 31-46.
- Zhou, L. (2004). A dimension-specific analysis of performance-only measurement of service quality and satisfaction in China's retail banking. *Journal of Services Marketing*, 18(7), 534-546.
- Zifko-Baliga, G. M., & Krampf, R. F. (1997). Managing perceptions of hospital quality. Negative emotional evaluations can undermine even the best clinical quality. *Mark Health Serv*, 17(1), 28-35.

ANEXO I : LISTADO DE ACRÓNIMOS

- ABHC : Association for Benchmarking HealthCare
- AENOR : Asociación Española de Normalización y Certificación
- AEPAPA : Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria
- AFC : Análisis Factorial Confirmatorio
- AGREE : Appraisal of Guidelines Research and Evaluation
- AAO : American association of Hospitals
- ANR : Analgesia Regional
- ASA : American Studies Association
- Avalia-t : Axencia de Avaliación de Tecnoloxías Sanitarias de Galicia
- BSES : Breastfeeding Self-Efficacy Scale
- CBSEI : Childbirth Self-Efficacy Inventory
- CCAA : Comunidades Autónomas
- CEQ : Childbirth Expectations Questionnaire
- cm : centímetros
- CONFORTS : scale The Care in Obstetrics: A Measure For Testing Satisfaction scale.
- CPSS : Canadian Perinatal Surveillance System
- CQC : Care Quality Commission
- ENAC : Entidad Nacional de Acreditación
- EFQM : European Foundation for Quality Management
- EGPRN : European General Practice Research Workshop
- EPDS : Edinburgh postnatal depression Scale
- FAD : Fundación Avedis Donabedian
- FAME : Federación de Asociación de Matronas de España
- hCG : hormona Gonadotropina Coriónica
- ICSI : Institute for Clinical Systems Improvement
- IHAN : Iniciativa para la Humanización de la Asistencia al Nacimiento y la lactancia
- IHC : Índice de Homogeneidad Corregido
- IMPAC : Manejo Integrado del embarazo y el parto
- INSALUD : Instituto Nacional de Salud
- IPA : Análisis de Importancia Valoración
- ISO : International Organization for Standardization
- JCAH : Joint Commission on Accreditation of Hospitals
- JCAHO : Joint Commission on Accreditation of Hospitals Health Care Organizations

- LAS : Labor Agency Scale
- LBRAP : Ley Básica Reguladora de la Autonomía del Paciente y Derechos y Deberes en materia de información y documentación clínica
- MBPS : Modelo Biopsicosocial
- MES : Encuesta de Experiencias de la Maternidad
- NHS : National Health Service (Servicio Nacional de Salud Británico)
- NICE : National Institute for Health and Clinical Excellence
- MCSRS : Mackey Childbirth Satisfaction Rating Scale
- MPQ : Mc Gill Pain Questionnaire
- MSArg : Ministerio de Salud Argentino
- MSC : Ministerio de Sanidad y Consumo
- OMS : Organización Mundial de la Salud
- OSTEBA : Servicio de Evaluación de Tecnologías Sanitarias del País Vasco
- PAPPS : Programa de Actividades Preventivas y de Promoción de la Salud
- PHAC : Public Health Agency of Canada
- PIB : Producto Interior Bruto
- RN : Recién nacido
- SCIB : Measurement of maternal perceptions of Support and Control in Birth
- SECA : Sociedad Española de Calidad Asistencial
- SEMFYC : Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria
- SEGO : Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia
- SERGAS : Servizo Galego de Saúde
- SERVQUAL : Expectations Measurement of Service Quality
- SERVPERF : Perception Measurement of Service Quality
- SIL : Salmon's Items List
- TQM : Total Quality Management
- TQS : Total Quality Service
- UMH : Unidad de Maternidad Hospitalaria
- UNICEF : United Nations Children's foundation Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia
- US : United States
- UTPR : Unidad de Trabajo de parto, Parto y Recuperación
- VAS : Escala Visual Analógica
- VIH : Virus de Inmunodeficiencia Humana
- W-DEQ : Wijma Delivery Expectancy Experience Questionnaire
- WOMBLSQ : Women's Views of Birth Labour Satisfaction Questionnaire

ANEXO II : CUESTIONARIO DE EVALUACIÓN DE LA CALIDAD PERCIBIDA



Estudio de Evaluación de la Calidad Percibida de la Atención al Parto, Puerperio y Lactancia en los Hospitales Públicos de la Comunidad Gallega



Cuestionario nº: _____ Entrevistadora _____

Buenos días/tardes, desde la Universidad de Santiago, en colaboración con la Consellería de Sanidade, estamos realizando un estudio para conocer la OPINIÓN SOBRE EL FUNCIONAMIENTO DE LOS SERVICIOS DE MATERNIDAD DE LOS HOSPITALES GALEGOS, CON EL FIN DE PODER MEJORALO. Si dispone de cinco minutos, le agradeceríamos que nos respondiese a unas preguntas. Toda la información es absolutamente CONFIDENCIAL.

BLOQUE 1: FILTRO Y CLASIFICACION

P1. ¿Dio Ud. a luz en 2008 en un hospital del SERGAS? Sí No Fin de la entrevista

P2. ¿Podría decirme en qué hospital dio a luz?

P3. ¿Qué tipo de parto tuvo? (cerciorarse bien de que no sea cesárea programada)

Vaginal Normal
 Vaginal Instrumental Con Fórceps Con Ventosas Con Espátulas NS/NR
 Porcesárea
 No programada
 Programada Fin de la entrevista

P4. ¿Dio a luz a un solo bebé o a más de uno? Uno solo Más de uno Fin de la entrevista

P5. Fecha del parto: ___/___/___ P6. Hora del parto: (___:___)

P7. ¿De cuántas semanas estaba Ud. embarazada cuando nació su bebe?

P8. ¿Cuánto pesó al nacer?

P9. ¿Podría decirme si se trataba de su primer parto? Sí No

P10. ¿Cuántos hijos tiene? (biológicos vivos)

P11. ¿Podría decirme su nivel de estudios? Primarios Secundarios Superiores

P12. ¿Podría decirme su edad?

P13. ¿Cuál es su nacionalidad? _____ P14. ¿En qué país ha nacido? _____

BLOQUE 2: CONTROL PRENATAL

P15. ¿Acudió Ud. a los controles prenatales?

Sí
 No ¿Por qué razón no acudió?

P16. ¿A qué profesional acudió en primer lugar para el control del embarazo?

Médico de familia
 Ginecólogo/a
 Matrona
 Enfermera
 Del SERGAS
 Privado

P17. ¿De cuántas semanas estaba Ud. embarazada cuando acudió a esa primera consulta?
 NS/NR

P18. ¿Qué profesional del SERGAS le llevó el embarazo? (leer opciones y marcar el/los que proceda/n. Luego preguntar si fue siempre el mismo)

Médico de familia
 Ginecólogo/a
 Matrona
 Enfermera
 Ninguno

SI NO
 ¿Siempre El mismo médico?
 ¿Siempre El mismo ginecólogo?
 ¿Siempre la misma matrona?
 ¿Siempre la misma enfermera?

P19. ¿Acudió Ud. a algún curso de Educación Maternal o de Preparación para el Parto?

Si ¿A dónde?
 Centro de salud
 Seguro Privado
 Otros ¿Cuál? _____

¿Qué valoración hace de estos cursos?

Muy mala
 Mala
 Regular
 Buena
 Muy buena
 ¿Por qué?

No ¿Por qué no acudió? _____

P20. A lo largo del embarazo, en los controles prenatales del SERGAS ¿le preguntaron por sus preferencias para el parto (persona acompañante, métodos para el alivio del dolor, lactancia...)?

Si No No realizó controles en el SERGAS
 ¿De qué cuestiones? _____

P21. ¿Considera que los profesionales que le atendieron en los controles prenatales del SERGAS le informaron de todo lo que Ud. necesitaba saber? ¿qué valoración hace de la información recibida?

Muy mala
 Mala
 Regular
 Buena
 Muy buena
 ¿Por qué? ¿De qué tipo de cuestiones le hubiese gustado disponer de más información?

P22. En general, ¿cómo considera que fue la atención recibida por los profesionales del SERGAS, en los controles prenatales?

Muy mala Mala Regular Buena Muy buena

P23. ¿Y qué valoración hace de las instalaciones y equipamientos del SERGAS a los que Ud. tuvo acceso en los controles prenatales?

Muy mala Mala Regular Buena Muy buena

BLOQUE 3: INGRESO

P24. Su ingreso para dar a luz fue...

Programado,
 Por urgencias
 Otros ¿Cuál? _____

P25. ¿En el momento del ingreso le...? (leer una a una y marcar las que proceda)

Pusieron el monitor, correas, le hicieron un test basa?
 Le escucharon el latido del bebe (latido fetal)?
 Le hicieron un tacto vaginal?
 Le hicieron una analítica?

P26. ¿El ingreso se realizó con agilidad, sin esperas innecesarias?

Sí, en todo momento
 Sí, aunque no del todo
 No
 NS/NR

P27. En general, ¿cómo considera que fue la atención recibida por parte de los profesionales del hospital durante el ingreso?

Muy mala Mala Regular Buena Muy buena

P28. ¿Y qué valoración hace de las instalaciones y equipamientos del hospital a los que tuvo acceso durante el ingreso?

Muy mala Mala Regular Buena Muy buena

BLOQUE 4: PARTO (DILATACION, EXPULSIVO Y ALUMBRAMIENTO)

P29. ¿Cómo fue el inicio del parto?

Espontáneo, empezó de forma natural Inducido, me lo provocaron

P30. ¿Cuánto tiempo duró su parto aproximadamente? (desde que se puso de parto hasta que nació el bebé?)

Horas _____ Minutos _____

P31. ¿Durante la dilatación le permitieron moverse y adoptar la posición que le resultara más cómoda?

Sí, en la mayor parte del tiempo
 Sí, por momentos
 No, en ningún momento
 NS/NR

P32. ¿En el expulsivo le permitieron adoptar la postura en la que sintiese más cómoda?

Sí No No pregunté/no tuve necesidad NS/NR

P33. ¿En qué posición estaba Ud. cuando nació el bebé? (leer opciones y marcar la/s que proceda)

Sentada
 De lado
 De pie
 En cuclillas
 De rodillas
 Acostada
 Tumbada con las piernas sobre un potro
 Otras → ¿Cuál? _____
 NS/NR

P34. ¿Le permitieron ingerir líquidos durante...

La dilatación? Sí No No pregunté/no tuve necesidad NS/NR?
 El Postparto inmediato? Sí No No pregunté/no tuve necesidad NS/NR

P35. ¿En algún momento le administraron un enema?

Sí → ¿En qué momento? Ingreso Dilatación Expulsivo NS/NR

¿Le explicaron para qué se lo hacían? Sí No NS/NR
 ¿Le pidieron su consentimiento? Sí No NS/NR

No
 NS/NR

P36. ¿En algún momento le rasuraron?

Sí → Rasurado Púbito Rasurado Perineal (vulva)
 ¿En qué momento? Ingreso Dilatación Expulsivo NS/NR

¿Le explicaron para qué se lo hacían? Sí No NS/NR
 ¿Le pidieron su consentimiento? Sí No NS/NR

No
 NS/NR

P37. ¿En algún momento le pusieron una vía?

Sí → ¿En qué momento? Ingreso Dilatación Expulsivo NS/NR

¿Le explicaron para qué se lo hacían? Sí No NS/NR
 ¿Le pidieron su consentimiento? Sí No NS/NR

No
 NS/NR

P38. ¿En algún momento le administraron Oxitocina? (explicar que es un fármaco que se pone en el gotero para provocar las contracciones)

Sí → ¿En qué momento? Ingreso Dilatación Expulsivo NS/NR

¿Le explicaron para qué se lo hacían? Sí No NS/NR
 ¿Le pidieron su consentimiento? Sí No NS/NR

No
 NS/NR

P39. En el momento de nacer el bebé ¿le hicieron una episiotomía (le cortaron)?

Sí No NS/NR

¿Tuvo algún problema como consecuencia de ésta?

Sí → ¿De qué tipo?
 No
 NS/NR

P40. A continuación voy a mencionarle una serie de métodos para el alivio del dolor y Ud. debe decirme los que recuerda que le hayan aplicado. (leer opciones y marcar la/s que proceda).

Le dieron un calmante (por vía oral, intravenosa o intramuscular)	
Le dieron Masajes	
Baños/duchas de agua caliente	
Uso de una pelota	
Analgesia epidural o raquídea	
Anestesia general	
Otros ¿cual?	
No me pusieron ninguna analgesia	

P40a. En caso de haberle sido administrada la epidural... ¿la solicitó Ud? (leer opciones y marcar la que proceda. De no haberle puesto Epidural pasar a P41)

Sí, previamente, por escrito
 Sí, previamente, de forma verbal
 Sí, la pedí en el momento del parto
 No, me la ofrecieron y acepté
 No, me la pusieron sin consultar

P40b. ¿Le informaron de su funcionamiento? (leer opciones y marcar la que proceda)

Sí, perfectamente
 Sí, pero no del todo
 No
 NS/NR

P40c. ¿Tuvo algún problema con la Epidural?

Sí → ¿De qué tipo?
 No

P40d. Si tuviera otro parto ¿volvería a poner la epidural? Sí No

P41. ¿Tras el nacimiento le pusieron el bebé desnudo sobre su cuerpo, en contacto piel con piel?

Sí → ¿Cuándo?
 Inmediatamente, nada más nacer
 Antes de la 1ª hora de vida (pero no inmediatamente, se lo llevaron y me lo dieron después)
 Entre la 1ª y 2ª hora de vida
 Después de la 2ª hora de vida
 Me lo dieron vestido

No

P42. ¿Lo separaron de Ud. en las 2 primeras horas de vida? ¿se lo llevaron en algún momento para pesarlo, bañarlo, ...?

Sí → ¿Cuánto tiempo duró la separación aproximadamente? _____ Horas/minutos
 No

P43. Le permitieron estar acompañada por la persona que Ud. misma eligió durante... (Entrevistador: leer opciones y marcar la/s que proceda. Luego preguntar si fue continuo o no)

	Continuo	Discontinuo
El ingreso		
La dilatación		
El Parto (expulsivo y alumbramiento)		
El Postparto, la recuperación		
Durante la estancia en planta		

P44. ¿Hubo algún momento en el que Ud. solicitó la presencia de un acompañante y no se lo permitieron?

Sí No → ¿En qué momento?

P45. ¿Cuáles de los siguientes profesionales le atendieron durante el expulsivo (leer opciones y marcar la/s que proceda)

Matrona	<input type="checkbox"/>
Ginecólogo/a	<input type="checkbox"/>
Anestesiista	<input type="checkbox"/>
Pediatra	<input type="checkbox"/>
Auxiliares de enfermería	<input type="checkbox"/>

P46. En general, ¿cómo considera que fue la atención recibida por parte de los profesionales del hospital durante la dilatación y el expulsivo?

Muy mala Mala Regular Buena Muy buena

P47. ¿Y qué valoración hace de las instalaciones y equipamientos del hospital a los que tuvo acceso durante la dilatación y el expulsivo?

Muy mala Mala Regular Buena Muy buena

BLOQUE 5: POSTPARTO Y ESTANCIA EN PLANTA

P48. ¿Durante su estancia en planta cree que el control de las visitas fue adecuado? Sí No

P49. ¿El personal acudía a la habitación en un tiempo razonable cuando Ud. les llamaba?

Siempre Casi siempre A veces Casi nunca Nunca NS/NR

P50. ¿Cuánto tiempo estuvo en el hospital en total (desde el ingreso al alta)? (recoger los días. Si es preciso con fracciones. Ej: dos días y medio)

P51. ¿Cree usted que el tiempo que tuvo que estar en el hospital fue...

Demasiado largo Demasiado corto
 El tiempo adecuado NS/NR

P52. En general, ¿cómo considera que fue la atención recibida por parte de los profesionales del hospital durante su estancia en planta?

Muy mala Mala Regular Buena Muy buena

P53. ¿Y qué valoración hace de las instalaciones y equipamientos del hospital a los que tuvo acceso durante su estancia en planta?

Muy mala Mala Regular Buena Muy buena

BLOQUE 6: LACTANCIA Y CUIDADOS DEL BEBE

P54. Al llegar a planta ¿le explicaron con claridad cómo debía cuidar y alimentar a su bebé?

Sí No NS/NR

P55. ¿Llegó a dar el pecho a su bebé (aunque sólo fuera una vez)?

Sí No → ¿Se produjo alguna complicación a la hora de darle el pecho al bebé?
 Sí No → ¿De qué tipo?

La ayuda prestada por el personal del hospital para la lactancia materna fue...
 Muy mala Mala Regular Buena Muy buena

P56. ¿Qué tipo de alimentación recibía su bebé al Alta? (Entrevistador: leer opciones y marcar la que proceda)

Sólo leche materna (Lactancia materna)
 Lactancia materna y artificial (biberón)
 Solo lactancia artificial (biberón)
 NS/NR

P57. ¿Tuvo que quedar ingresado su bebé en la unidad de neonatos?

Sí No → ¿Le dieron a usted y/o a su pareja información suficiente sobre por qué su bebé fue ingresado?
 Sí, totalmente
 Sí, aunque no demasiada
 No, me habría gustado tener más información
 No, no necesitaba información
 NS/NR
¿Le permitieron estar con el bebé...? Entrevistador: leer opciones y marcar las que proceda
 Cuando quería, en todo momento
 Sólo en el horario de visitas
 Cuando lo consideraban oportuno, no me daban mayores explicaciones
 No me dejaban verlo
 NS/NR

No

P58. En general, ¿cómo considera que fue la atención de los profesionales del hospital en los cuidados al bebé?

Muy mala Mala Regular Buena Muy buena

BLOQUE 7: PUERPERIO

P59. En los 15 días después del parto acudió Ud. a su matrona y/o a su médico de familia del SERGAS, para que le dieran consejos para su cuidado y los cuidados del bebé, o bien para valorar su estado de salud o la del bebé (preguntar por separado)

Valoración y cuidado del bebé
Valoración y cuidado de Ud.

Acudió a un centro privado
No fue a ninguno

BLOQUE 8: VALORACION GENERAL Y SATISFACCION

P60. En general, diría que la atención recibida durante todo el tiempo que estuvo en el hospital fue...

Muy mala Mala Regular Buena Muy buena

P61. Y respecto a lo que Ud. esperaba fue...

Muy peor de lo que esperaba Peor de lo que esperaba Como esperaba Mejor de lo que esperaba Mucho mejor de lo que esperaba

P62. Teniendo en cuenta todo lo que me ha contado a lo largo de esta entrevista, diría que su nivel de satisfacción con la atención recibida en el hospital, de 0 a 10 es...

P63. ¿Qué mejoraría o que cambiaría?

P64. ¿Y en sentido positivo, qué destacaría?

P65. Si llegase a tener otro bebé y le dan la oportunidad de elegir el hospital donde dar a luz, ¿volvería a este hospital?

Sí No → ¿Por qué no?

BLOQUE 9: IMPORTANCIA-VALORACIÓN

P66. Para terminar, le voy a preguntar por una serie de cuestiones muy concretas referidas a la Atención al Parto que uno espera recibir en un hospital y debe decirme qué importancia tiene para Ud. cada una de ellas (Entrevistador: leer las diferentes opciones de respuesta y marcar la que proceda. No leer la última).

COMODIDAD y AMPLITUD DE LAS INSTALACIONES (que el hospital disponga de salas y habitaciones suficientemente amplias y cómodas)	Ninguna importancia	Muy Poca Importancia	Alguna Importancia	Bastante Importancia	Mucha importancia	NS
AMBIENTE TRANQUILO e ÍNTIMO (que su estancia en el hospital transcurra en un ambiente tranquilo y de cierta intimidad)	Ninguna importancia	Muy Poca Importancia	Alguna Importancia	Bastante Importancia	Mucha importancia	NS
HIGIENE y LIMPIEZA (de las salas, la habitación, los baños, ...)	Ninguna importancia	Muy Poca Importancia	Alguna Importancia	Bastante Importancia	Mucha importancia	NS
Cantidad, calidad y variedad de la COMIDA (servicio de hostelería)	Ninguna importancia	Muy Poca Importancia	Alguna Importancia	Bastante Importancia	Mucha importancia	NS
EQUIPAMIENTO (que el hospital disponga de los medios técnicos adecuados para garantizar que el parto transcurra en las condiciones idóneas)	Ninguna importancia	Muy Poca Importancia	Alguna Importancia	Bastante Importancia	Mucha importancia	NS
AGILIDAD o RAPIDEZ en atenderle , evitando esperas innecesarias	Ninguna importancia	Muy Poca Importancia	Alguna Importancia	Bastante Importancia	Mucha importancia	NS
TRATO DEL PERSONAL (que el personal del hospital la <u>traten</u> con amabilidad y respeto, le escuche...)	Ninguna importancia	Muy Poca Importancia	Alguna Importancia	Bastante Importancia	Mucha importancia	NS
INFORMACIÓN recibida por parte del personal (completa, clara...)	Ninguna importancia	Muy Poca Importancia	Alguna Importancia	Bastante Importancia	Mucha importancia	NS
Recibir ayuda efectiva para MI CUIDADO PERSONAL (a la hora de hacerme las curas, puntos, asearme, levantarme, etc.)	Ninguna importancia	Muy Poca Importancia	Alguna Importancia	Bastante Importancia	Mucha importancia	NS
ATENCIÓN y CUIDADOS DEL BEBÉ por parte de los profesionales	Ninguna importancia	Muy Poca Importancia	Alguna Importancia	Bastante Importancia	Mucha importancia	NS
Recibir ayuda efectiva para la LACTANCIA (contar con personal debidamente formado para que me ayuden a darle el pecho al bebé y alimentarlo adecuadamente)	Ninguna importancia	Muy Poca Importancia	Alguna Importancia	Bastante Importancia	Mucha importancia	NS
Posibilidad de tener LIBERTAD DE MOVIMIENTOS durante el parto	Ninguna importancia	Muy Poca Importancia	Alguna Importancia	Bastante Importancia	Mucha importancia	NS
ACOMPañAMIENTO (posibilidad de estar acompañada en todo momento por la persona que Ud. decida)	Ninguna importancia	Muy Poca Importancia	Alguna Importancia	Bastante Importancia	Mucha importancia	NS
Posibilidad de tener un PARTO POCO MEDICALIZADO , lo más natural posible, con métodos de alivio alternativos, sin <u>oxitocina</u> de rutina, ...	Ninguna importancia	Muy Poca Importancia	Alguna Importancia	Bastante Importancia	Mucha importancia	NS
ANALGESIA (que se utilicen las técnicas oportunas para el alivio del dolor)	Ninguna importancia	Muy Poca Importancia	Alguna Importancia	Bastante Importancia	Mucha importancia	NS
Atención y cuidados del GINECÓLOGO/A	Ninguna importancia	Muy Poca Importancia	Alguna Importancia	Bastante Importancia	Mucha importancia	NS
Atención y cuidados de la MATRONA	Ninguna importancia	Muy Poca Importancia	Alguna Importancia	Bastante Importancia	Mucha importancia	NS
Atención y cuidados de las ENFERMERAS	Ninguna importancia	Muy Poca Importancia	Alguna Importancia	Bastante Importancia	Mucha importancia	NS
Atención y cuidados del PEDIATRA	Ninguna importancia	Muy Poca Importancia	Alguna Importancia	Bastante Importancia	Mucha importancia	NS
Atención y cuidados del ANESTESISTA	Ninguna importancia	Muy Poca Importancia	Alguna Importancia	Bastante Importancia	Mucha importancia	NS

P67. Y por último, me gustaría que me dijese cómo fue la atención recibida en el hospital, en lo referido a cada uno de los elementos que acabamos de ver. En concreto, con relación a la ANALGESIA... En su caso qué valoración hace (Entrevistador: leer las diferentes opciones de respuesta y marcar la que proceda. No leer la última).

COMODIDAD y AMPLITUD DE LAS INSTALACIONES (que el hospital disponga de salas y habitaciones suficientemente amplias y cómodas)	Muy Mala	Mala	Regular	Buena	Muy Buena	NS
AMBIENTE TRANQUILO e ÍNTIMO (que su estancia en el hospital transcurra en un ambiente tranquilo y de cierta intimidad)	Muy Mala	Mala	Regular	Buena	Muy Buena	NS
HIGIENE y LIMPIEZA (de las salas, la habitación, los baños, ...)	Muy Mala	Mala	Regular	Buena	Muy Buena	NS
Cantidad, calidad y variedad de la COMIDA (servicio de hostelería)	Muy Mala	Mala	Regular	Buena	Muy Buena	NS
EQUIPAMIENTO (que el hospital disponga de los medios técnicos adecuados para garantizar que el parto transcurra en las condiciones idóneas)	Muy Mala	Mala	Regular	Buena	Muy Buena	NS
AGILIDAD o RAPIDEZ en atenderle , evitando esperas innecesarias	Muy Mala	Mala	Regular	Buena	Muy Buena	NS
TRATO DEL PERSONAL (que el personal del hospital la <u>traten</u> con amabilidad y respeto, le escuche...)	Muy Mala	Mala	Regular	Buena	Muy Buena	NS
INFORMACIÓN recibida por parte del personal (completa, clara...)	Muy Mala	Mala	Regular	Buena	Muy Buena	NS
Recibir ayuda efectiva para MI CUIDADO PERSONAL (a la hora de hacerme las curas, puntos, asearme, levantarme, etc.)	Muy Mala	Mala	Regular	Buena	Muy Buena	NS
ATENCIÓN y CUIDADOS DEL BEBÉ por parte de los profesionales	Muy Mala	Mala	Regular	Buena	Muy Buena	NS
Recibir ayuda efectiva para la LACTANCIA (contar con personal debidamente formado para que me ayuden a darle el pecho al bebé y alimentarlo adecuadamente)	Muy Mala	Mala	Regular	Buena	Muy Buena	NS
Posibilidad de tener LIBERTAD DE MOVIMIENTOS durante el parto	Muy Mala	Mala	Regular	Buena	Muy Buena	NS
ACOMPAÑAMIENTO (posibilidad de estar acompañada en todo momento por la persona que Ud. decida)	Muy Mala	Mala	Regular	Buena	Muy Buena	NS
Posibilidad de tener un PARTO POCO MEDICALIZADO , lo más natural posible, con métodos de alivio alternativos, sin <u>oxitocina</u> de rutina, ...	Muy Mala	Mala	Regular	Buena	Muy Buena	NS
ANALGESIA (que se utilicen las técnicas oportunas para el alivio del dolor)	Muy Mala	Mala	Regular	Buena	Muy Buena	NS
La atención y cuidados del GINECÓLOGO/A	Muy Mala	Mala	Regular	Buena	Muy Buena	NS
La atención y cuidados de la MATRONA	Muy Mala	Mala	Regular	Buena	Muy Buena	NS
La atención y cuidados de las ENFERMERAS/OS	Muy Mala	Mala	Regular	Buena	Muy Buena	NS
La atención y cuidados del PEDIATRA	Muy Mala	Mala	Regular	Buena	Muy Buena	NS
La atención y cuidados del ANESTESISTA	Muy Mala	Mala	Regular	Buena	Muy Buena	NS

