

**“Estudio etnográfico rápido sobre las barreras y facilitadores a
la implementación de una unidad dirigida por matronas en la
sanidad pública en España”**

Laura Peña Ortega

Lucia Rocca-Ihenacho

Soledad Carreguí

Midwifery Unit Network

Trabajo presentado para FISABIO, proyecto NAIXEM

Enero 2024

Índice

Lista de Figuras	3
Resumen	4
Abreviaturas	5
Capítulo 1 – Introducción	7
1.1 Contexto	7
1.2 Justificación	9
1.2.1 Brecha entre la evidencia y la práctica	11
1.3 Pregunta de investigación	11
1.4 Meta y Objetivos	11
Capítulo 2 – Metodología	12
2.1 Diseño de la investigación	12
2.2 Fundamento filosófico	13
2.3 Metodología de la investigación	13
2.4 Aprobación ética	14
2.5 Ubicación	14
2.6 Población y recogida de datos	15
2.8 Análisis de datos	17
2.9 Técnicas para reforzar la fiabilidad	17
Capítulo 3 – Hallazgos	18
3.1 Disponibilidad para la implementación	19
3.1.1 Nivel individual	19
3.1.1.1 Pertenencia y Autonomía	19
3.1.1.2 Auto-eficacia	19
3.1.1.3 Exposición al cambio / Validez	20
3.1.2 Nivel de Equipo	20
3.1.2.1 Filosofía de trabajo compartida	20
3.1.2.2 Confianza interprofesional y respeto mutuo	21
3.1.2.3 Comunicación efectiva	21
3.1.3 Nivel de organización	22
3.1.3.1 Liderazgo transformacional	22
3.1.3.2 Cultura de la organización	22
3.1.3.3 Visión definida	22
3.2 Factores influyentes	23
3.2.1 Barreras	23
3.2.1.1 Jerarquías marcadas	23

3.2.1.2 Cultura medicalizada	23
3.2.1.3 Ausencia de políticas	24
3.2.1.4 Recursos limitados	24
3.2.2 Facilitadores	25
3.2.2.1 Demanda	25
3.2.2.2 Apoyo institucional	25
3.2.2.3 Apoyo político (ventana de oportunidades)	25
3.2.2.4 Establecimiento de contactos	26
3.2.2.5 Evidencia concluyente	26
3.2.2.6 Formación y Experiencia	27
Capítulo 4 – Discusión	28
Capítulo 5 - Fortalezas y limitaciones del estudio	33
Capítulo 6 – Conclusión	34
Apéndices	36
Apéndice 1 – Aprobación ética española	36
Apéndice 2 – Aprobación externa, City, University of London	38
Apéndice 3 – Preguntas de la entrevista semi-estructurada	39
Listado de referencias	41

Lista de Figuras

Figura 1 – Características de los participantes entrevistados	16
Figura 2 – Análisis temático reflexivo (Braun & Clarke, 2020)	17
Figura 3 – Modelo conceptual	18

Resumen

Contexto:

A nivel global, existe una creciente preocupación por las intervenciones obstétricas innecesarias que carecen de beneficios claros. La comunidad científica reconoce que las unidades lideradas por matronas (UMs) o centros de nacimientos (CNs) son entornos seguros y económicamente eficaces para los embarazos de bajo riesgo. A pesar de la evidencia internacional, la implementación de los CNs en el sector sanitario público español se enfrenta a diversas dificultades, que se hacen manifiestas en la importante brecha existente entre la evidencia y la práctica, con sólo una UM actualmente operativa.

Metodología:

La metodología de etnografía rápida utilizada, usa el análisis de documentos, las observaciones de los participantes y las entrevistas semi-estructuradas para explorar las barreras y los facilitadores asociados a la introducción de una UM en el sistema sanitario público español. El estudio emplea el análisis temático reflexivo para la interpretación sistemática de los datos con el uso de marcos consolidados para examinar la disponibilidad a la implementación a niveles individual, de equipo y de organización.

Hallazgos:

Los hallazgos se describen en dos categorías centrales: la Preparación para la implementación y Factores influyentes. El éxito de la Unidad Obstétrica (UO) de La Plana en la reducción de las tasas de intervención y en la preparación para la implantación del CN se atribuye, entre otras características, a un liderazgo transformacional, al compromiso con la mejora y a una filosofía compartida. Los factores favorables incluyen la colaboración de las partes interesadas, el apoyo institucional y político, la creación de redes externas y el aumento de la demanda. Los retos comprenden la superación de las dificultades debidas a una cultura medicalizada, estructuras jerárquicas, recursos humanos limitados y la falta de una política gubernamental de apoyo a los CNs.

Conclusión:

El estudio pone de relieve la compleja interacción de factores que influyen en el éxito de la implantación del CN. Los resultados enfatizan la necesidad de apoyo continuo, compromiso con la mejora y colaboración de las partes interesadas para un éxito sostenible. Se recomienda a los responsables de la formulación de políticas que alineen las normativas con la evidencia, fomentando las condiciones propicias para los modelos de atención dirigidos por matronas en el sistema sanitario público español. Aunque exclusivos a la OU del estudio, los hallazgos tienen una relevancia general que puede

informar contextos similares y guiar a los responsables políticos en la implementación de las intervenciones necesarias más allá del ámbito local.

Abreviaciones

CA – Comunidad Autónoma

CFIR – Marco Consolidado para la Investigación de la Implementación (siglas en inglés: Consolidated Framework for Implementation Research)

SdM – Supervisora de Matronas

UM / CN – Unidad Liderada por Matronas o Centro de Nacimientos

MdS – Ministerio de Sanidad

MUNet – Red de Unidades Lideradas por Matronas (siglas en inglés: Midwifery Unit Network)

NHS – Sistema Nacional de Salud en Reino Unido (siglas en inglés: National Health System)

NICE – Instituto Nacional de Salud y Excelencia en Cuidados (siglas en inglés: National Institute of Health and Care Excellence)

UO – Unidad Obstétrica

OP – Observación de Participante

ATR – Análisis temático reflexivo

SNS – Sistema Nacional de Salud (España)

OMS – Organización Mundial de la Salud

Comunidad Autónoma

Las Comunidades Autónomas (CCAA) de España son divisiones políticas y administrativas que gozan de cierto grado de autonomía legislativa y ejecutiva. Cada Comunidad Autónoma (CA) tiene su propio gobierno parlamento y presidente, lo que les permite gestionar y regular ciertos aspectos de sus asuntos internos sin dejar de formar parte del Estado español. Tienen autoridad para legislar sobre asuntos como la educación, la sanidad, el transporte y la cultura dentro de su territorio.

Unidad liderada por Matronas

Se trata de un centro sanitario en el que las matronas asumen la responsabilidad profesional principal de atender a mujeres sanas con embarazos de bajo riesgo, ofreciendo un entorno que se ajusta a una filosofía de atención bio-psico-social. Las

unidades lideradas por matrona (UM) pueden ser independientes (UMI) o estar integradas o adyacentes (UMA) en un servicio hospitalario. También pueden ser denominadas Centros de Nacimientos o Casas de Partos.

- UMA – UM adyacente – Comparte las mismas instalaciones o está adyacente a la unidad obstétrica, lo que permite un acceso rápido a intervenciones médicas en caso necesario.
- UMI – UM independiente – funciona de forma independiente y no está conectada físicamente con servicios obstétricos. El traslado a una UO se hace en ambulancia.

Unidad Obstétrica

Es una unidad de atención al parto dentro de un hospital en la que los obstetras están disponibles para proporcionar atención médica en caso necesario. También se conocen como sala de partos o paritorios.

Capítulo 1 - Introducción

Este capítulo introduce la investigación, presentando el contexto, el ámbito en el que se desenvuelve y la evidencia científica disponible sobre el lugar de atención al parto.

El problema principal es identificado a fin de justificar este estudio etnográfico de carácter cualitativo, al tiempo que se tienen en cuenta la evidencia y la política nacional e internacional. El capítulo expondrá también la pregunta de investigación y la meta y los objetivos del estudio.

1.1 Contexto

El nacimiento es un acontecimiento que cambia la vida, y la atención que reciben las mujeres durante el parto tiene un efecto duradero en su salud y en la salud de su bebé y de su familia (Olza et al., 2018).

Las Unidades de Matronas o Centros de Nacimientos (CNs) son entornos de parto de bajo riesgo en los que las matronas trabajan de forma autónoma, proporcionando atención intraparto como principales profesionales de la salud, integrando la filosofía bio-psico-social de los cuidados (Rocca-Ihenacho et al., 2018).

Los CNs han sido identificadas como el entorno de parto óptimo para mujeres y personas con embarazos sanos y sin complicaciones (Birthplace in England Collaborative Group, 2011; Scarf et al., 2018; Homer et al., 2019). Los CNs se asocian a mejores resultados clínicos, a ser económicamente eficientes, y por su positivo impacto a la satisfacción tanto de los usuarios del servicio como la del personal (Macfarlane et al., 2014; Sandall et al., 2016; McCourt et al., 2018; Scarf et al., 2018).

La Midwifery Unit Network (MUNet) define los CNs como "un lugar que ofrece cuidados de maternidad a mujeres sanas con embarazos sin complicaciones, en el que las matronas asumen la principal responsabilidad profesional de la atención". Los CNs pueden estar situadas lejos (Independiente) o junto (Adyacente) a una unidad obstétrica" (Rocca-Ihenacho et al., 2018).

El estudio Birthplace en el Reino Unido no encontró diferencias significativas en los resultados perinatales y neonatales entre las mujeres que eligieron dar a luz en un CN y aquellas optaron dar a luz en una unidad obstétrica (UO). Aun así, las tasas de episiotomía, uso de epidural, uso de oxitocina, parto instrumental, hemorragia posparto que requirió transfusión de sangre e ingreso neonatal en la unidad de cuidados intensivos neonatales, fueron significativamente menores entre las mujeres que

recibieron atención en entornos liderados por matronas (Birthplace in England Collaborative Group, 2011; Sandall et al., 2016; Scarf et al., 2018). En consecuencia, en el Reino Unido, el Instituto Nacional de Salud y Excelencia en los Cuidados (NICE, por sus siglas en inglés) recomienda que las mujeres de bajo riesgo planifiquen su parto en entornos liderados por matronas (NICE, 2014).

En 2016, la revista científica, *The Lancet*, denunció que la medicalización del parto ha llevado al uso excesivo de intervenciones obstétricas, un fenómeno conocido como “demasiado, demasiado pronto”, que ahora se considera una pandemia mundial (Miller et al., 2016). Aunque se ha demostrado que las intervenciones obstétricas mejoran los resultados maternos y neonatales cuando surgen complicaciones, su uso rutinario puede tener potencialmente consecuencias perjudiciales para las madres y los recién nacidos (Miller et al., 2016; Sandall et al., 2016). La evidencia científica sugiere que el uso excesivo de tecnología puede conducir a prácticas dañinas en lugar de mejorar la seguridad (Fox et al., 2019).

En 1996, la Organización Mundial de la Salud (OMS) publicó sus Directrices sobre las Prácticas Adecuadas Basadas en la Evidencia en el Parto Normal, con el objetivo de reducir el uso de intervenciones obstétricas innecesarias durante el parto normal (OMS; 1996). Esta normativa introdujo el concepto de parto humanizado, que considera el parto como un acontecimiento fisiológico y subraya la importancia de la atención centrada en la mujer. La OMS destaca el papel de las matronas a la hora de proporcionar una atención de alta calidad, que mejore el bienestar y la seguridad de la madre y el bebé (OMS, 2018). En 2020, la OMS reconocía el papel central de las matronas y recomendaba a gobiernos y sistemas de salud su inversión en matronas y en modelos de cuidados liderados por matronas para mejorar la atención sanitaria materna.

Las políticas y la evidencia científica internacionales sugieren que los CNs pueden reducir las intervenciones obstétricas innecesarias, proporcionar una atención de alta calidad centrada en la mujer y mejorar los resultados perinatales y las experiencias de las usuarias de los servicios (Macfarlane et al., 2014; NICE, 2014; Sandall et al., 2016). Los CNs son un ejemplo de integración de los modelos de cuidados liderados por matronas en los sistemas sanitarios vigentes. Los datos procedentes de investigaciones realizadas en países de ingresos altos, como el Reino Unido, Irlanda, Noruega, Australia y Japón, han demostrado que los CNs son intervenciones sanitarias efectivas (Renfrew et al., 2019; Edmonds et al., 2020).

En el ámbito global, los responsables políticos reconocen las ventajas de ampliar la profesión de matrona y la infraestructura de apoyo a las matronas (Renfrew et al., 2014; Nove et al., 2021). Varios países, como Canadá, Nueva Zelanda y Australia, han invertido en matronas y sus modelos de atención (Renfrew et al., 2019) para reducir las tasas de intervenciones obstétricas (Birthplace in England Collaborative Group et al., 2011) y, al mismo tiempo, disminuir los costes de unos sistemas sanitarios ya de por sí sobrecargados (Homer et al., 2014).

En Europa, los estudios han demostrado que la atención liderada por matronas para un embarazo y parto saludables está más establecida en algunos países que en otros (Rocca-Ihenacho et al., 2018; Batinelli et al., 2023), y los modelos de atención varían mucho entre los países y dentro de ellos (Macfarlane et al., 2016). Esta variación se debe a diversos factores, entre ellos las diferencias culturales y las políticas sanitarias.

1.2 Justificación

El sistema sanitario español, Sistema Nacional de Salud (SNS), fue creado con arreglo a la Ley General de Sanidad de 1986 para proporcionar cobertura universal y acceso gratuito a la asistencia sanitaria. Financiado principalmente a través de contribuciones tributarias. El embarazo, el parto y la atención neonatal son gratuitos en los hospitales públicos, con un 78% de los nacimientos atendidos en este sector. El sistema sanitario privado coexiste con el público y se ha expandido de forma progresiva en los últimos diez años (Bernal-Delgado et al., 2018).

En 2002, el SNS se descentralizó, otorgando autonomía a 17 Comunidades Autónomas (CCAA) para gestionar sus servicios sanitarios y mejorar la igualdad y el acceso (García-Armesto et al., 2010). Aunque en 2008 el Ministerio de Sanidad (MdS) publicó directrices para regular los servicios de maternidad, las disparidades en la calidad de la atención persisten entre las distintas CCAA e incluso entre hospitales de la misma zona. Lo que indica que la geografía y el tipo de hospital influyen más en los resultados que el proceso del parto en sí (Recio-Alcalde, 2015; Bernal-Delgado et al., 2018).

Davis-Floyd (1994) describe cómo la institucionalización del parto y el modelo biomédico, que considera el embarazo y el parto como procesos patológicos, han llevado a un aumento de los niveles de intervención, a menudo a expensas de la autonomía de las mujeres. El modelo biomédico dependiente de la tecnología domina la atención a la maternidad en España dentro de una cultura basada en la aversión al riesgo (Escuriet et al., 2014). Sin embargo, la evidencia científica sugiere que las mujeres prefieren el modelo de atención bio-psico-social, en el que el parto se enmarca como una experiencia psicológica, cultural y emocional (Downe et al., 2016).

Las matronas se debaten entre los modelos biomédico y psicosocial a la hora de apoyar a las mujeres en el parto (Davis-Floyd, 2007). Aunque las matronas son profesionales con autonomía reconocida (ICM, 2005), su autonomía se ve limitada por las jerarquías establecidas y la falta de apoyo institucional (Ruiz y Limonero, 2013; Martín-Arribas et al., 2020).

En 2008, en respuesta a la demanda de las asociaciones de usuarias de servicios y de profesionales, el MdS publicó la Estrategia de Atención al Parto Normal (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2008). Esta estrategia se comprometió con el concepto del parto como un proceso fisiológico, promoviendo un modelo holístico de atención centrado en las necesidades de la madre y en la toma de decisiones compartida. Sin embargo, no abordó cuestiones organizativas ni modelos alternativos de atención al parto fisiológico. Posteriormente, en 2010 se publicaron las Guías de Práctica Clínica para la Asistencia al Parto Normal, presentando evidencia científica concluyente para apoyar la atención al parto normal y descartando prácticas no basadas en la evidencia (Ministerio de Sanidad y Política Social, 2010). No obstante, estas directrices tampoco tuvieron en cuenta los modelos de atención alternativos ni los servicios liderados por matronas dentro del SNS español.

En la actualidad, la atención a la maternidad en España sigue estando muy medicalizada, con más del 98% de los partos en paritorios con tecnología avanzada, a pesar de que más del 40% de los embarazos se consideran de bajo riesgo (Martín-Arribas et al., 2020).

En la misma línea que los estudios internacionales, una investigación llevada a cabo en Cataluña en la que se compararon los cuidados liderados por matronas frente a los liderados por obstetras en embarazos de bajo riesgo demostró que las mujeres que recibieron cuidados liderados por matronas presentaron tasas más bajas de intervenciones médicas, alivio médico del dolor y desgarros perineales graves, sin resultados adversos más elevados (Martín-Arribas et al., 2022).

A pesar de la evidencia global que apoya el impacto positivo de las matronas (Renfrew et al., 2019), en España prevalece la atención obstétrica. A diferencia de la mayoría de los países europeos, las matronas españolas requieren un título de enfermería antes de acceder a la formación de matrona, especializándose como enfermeras obstétrico-ginecológicas en entornos hospitalarios de alta complejidad con un enfoque biomédico. La escasez de matronas en España, agravada por la suspensión durante diez años de la formación de matronas en 1986, acrecienta estos retos, con sólo 31,6 matronas por cada 100.000 mujeres, en comparación con la media europea de 69,8 matronas por cada 100.000 mujeres (Goberna-Tricas, 2023).

1.2.1. Brecha entre la evidencia y la práctica

Aunque los CNs son reconocidas como el estándar de oro para la atención materna de bajo riesgo (Birthplace in England Collaborative Group, 2011; NICE, 2014; Scarf et al., 2018; Homer et al., 2019), su implementación y sostenibilidad se enfrentan a desafíos, particularmente en áreas donde aún no son prevalentes (Walsh et al., 2020; Hunter et al., 2022). En el SNS español solo existe un CN, lo que pone de manifiesto una brecha entre la evidencia y la práctica.

Según las ciencias de la implementación, se puede tardar hasta diecisiete años en lograr la innovación cuando se implementa la práctica basada en la evidencia (Balas & Boren, 2000; Morris et al., 2011). Esto pone de manifiesto la complejidad de la implementación en la atención sanitaria, que se ve influida por diversas barreras institucionales, ambientales y culturales (Schaefer & Welton, 2018; De Leo et al., 2019).

Existe un interés creciente por reducir la medicalización en el parto (Ministerio de Salud y Consumo, 2008; Miller et al., 2016) y satisfacer la demanda por una asistencia respetuosa por parte de las usuarias de los servicios (López-Toribio et al., 2021). Para salvar la brecha entre la evidencia y la práctica, es necesario estudiar las barreras y los facilitadores de las prácticas fisiológicas (McFarlane et al., 2014). Esto presenta una oportunidad ideal para explorar la implementación de un CN en el SNS español.

Esta investigación pretende comprender la cultura organizativa y los factores necesarios para permitir la transformación de los servicios de maternidad. Esto podría facilitar la expansión de los CNs en el país y mejorar el acceso a servicios de matronas de calidad para mujeres y embarazadas.

1.3 Pregunta de investigación

"¿Cuáles son las barreras y los facilitadores para la implantación de una unidad liderada por matronas dentro del sistema sanitario público en España?"

1.4 Meta y objetivos

Meta:

La meta principal de esta investigación es explorar las barreras y los facilitadores asociados con la implementación de un CN dentro del SNS español.

Otras metas de este estudio incluyen:

- Proporcionar una amplia interpretación de los aspectos socioculturales, institucionales y contextuales que influyen en la integración de una unidad liderada por matronas (MU por su acrónimo en inglés) en el SNS.

- Investigar las barreras y los facilitadores percibidos por los usuarios de los servicios, los proveedores y otras partes interesadas.

Objetivos:

- Realizar una revisión bibliográfica sobre la implementación de CNs para informar la recopilación y análisis de datos para este estudio.
- Colaborar con el equipo multidisciplinar y las partes interesadas durante el periodo de observación a fin de examinar exhaustivamente su filosofía y cultura organizativa, empleando una rigurosa recopilación de datos mediante la observación de participantes y no participantes, notas de campo y entrevistas semi-estructuradas.
- Investigar la dinámica de trabajo, el enfoque y la estructura asistencial que han llevado a la UO del estudio a alcanzar bajas tasas de intervención.
- Conocer las perspectivas y experiencias de los principales actores implicados o afectados por la implantación de la MU.

Este capítulo ha servido de introducción, enmarcando la investigación dentro del discurso global sobre la atención a la maternidad y preparando el terreno para una exploración en profundidad del contexto español.

Capítulo 2 - Metodología

Este capítulo examina la justificación de la adopción de la etnografía rápida como enfoque de investigación para este estudio cualitativo, exponiendo sus fundamentos filosóficos y abordando los aspectos críticos de la reflexividad y la posicionalidad en el proceso de investigación. Asimismo, se explican las características del entorno de investigación y la metodología exhaustiva empleada para la recogida, el proceso y el análisis de los datos.

2.1 Diseño de la investigación

Esta investigación cualitativa utiliza la etnografía rápida, abarcando la observación de participantes, notas de campo y entrevistas semi-estructuradas con las partes interesadas. El uso posterior del análisis temático reflexivo (Braun y Clarke, 2020) garantiza un enfoque sistemático para comprender e interpretar los datos adquiridos, al

tiempo que se mantiene el rigor, la transparencia y la fiabilidad a través del proceso analítico.

2.2 Fundamento filosófico

El fundamento filosófico de este estudio de etnografía rápida se basa en una ontología realista y una epistemología constructivista.

La ontología realista, a menudo descrita como el *"estudio del ser"* (Crotty, 1998), sugiere que la realidad existe independientemente de la percepción o interpretación humana. Su objetivo es comprender las estructuras esenciales que dan forma a los fenómenos sociales, haciendo hincapié en una percepción objetiva del mundo exterior (Moon y Blackman, 2017).

La epistemología es el estudio del conocimiento, *"una forma de entender y explicar cómo sé lo que sé"* (Crotty, 1998). La epistemología constructivista subraya que los individuos construyen el conocimiento a través de interacciones e interpretaciones del mundo social. El constructivismo hace hincapié en la importancia del contexto, el lenguaje, las relaciones de poder y las distintas perspectivas para comprender los fenómenos sociales (Denzin y Lincoln, 2005). De este modo, la investigadora reconoce que los resultados son una construcción en colaboración del conocimiento con los participantes en la investigación (Crotty, 1998), al tiempo que reconoce su propia posición y sus sesgos.

2.3 Metodología de la investigación

Este estudio cualitativo explora la cultura organizativa y las experiencias de los profesionales y las partes interesadas involucradas en la implementación de un CN adyacente en un hospital público en España. La etnografía rápida permite la investigación de los elementos organizativos, culturales y sociales que contribuyen a la implantación de nuevos programas sanitarios (Vindrola-Padros y Vindrola-Padros, 2018).

La etnografía, como método, facilita el estudio de la cultura dentro de un entorno específico al obtener una perspectiva interna de los comportamientos e interacciones de las personas (Atkinson, 2007).

Este estudio etnográfico adopta un enfoque interpretativo y una indagación naturalista, haciendo hincapié en la importancia del contexto para comprender el comportamiento y la experiencia humana desde la perspectiva del participante (Beuving & Vris, 2015).

La especificidad de cada estudio etnográfico reside en las características individuales del investigador, el entorno y los participantes. Sin embargo, también puede contribuir a generar conocimientos más amplios al ofrecer perspectivas que pueden ser relevantes

para contextos similares e informar a los responsables políticos de las intervenciones necesarias más allá del ámbito local (Black et al., 2021).

2.4 Aprobación ética

El 1 de junio de 2023 se obtuvo el informe favorable del Comité Ético de Investigación Clínica del hospital universitario objeto de estudio, al que siguió la aprobación del Comité Ético de City, University of London, el 19 de junio de 2023. Ambas aprobaciones se incluyen en los apéndices 1 y 2 de esta tesis.

2.5 Entorno

La Unidad Obstétrica (UO) de este estudio está situada en el Hospital Universitari de La Plana, un hospital público regional de Castellón, en la Comunidad Valenciana en España. El Hospital de La Plana (HLP) atiende a unas 190.000 personas con 1.228 nacimientos registrados en 2022 (Generalitat Valenciana, 2023). Cabe destacar que la UO alcanzó una reducida tasa de cesáreas del 17,26% en 2022, lo que supone una cifra inferior a las medias regional (24,31%) (Generalitat Valenciana, 2023) y nacional (25%). Por el contrario, las tasas del sector privado a nivel nacional alcanzan el 38%, superando algunos hospitales privados regionales el 50-60% (Farrés et al., 2021; Requena-Aguilar & Sánchez, 2022).

Como unidad de maternidad de nivel 2, la UO atiende embarazos de 35 a 42 semanas, transfiriendo los casos de mayor riesgo a un hospital de nivel 3.

Durante más de dos décadas, el equipo de maternidad ha recibido reconocimiento nacional e internacional por sus resultados proporcionando una atención intraparto basada en la evidencia y el respeto (Sampedro, 2023). A pesar de haberse convertido en un centro de referencia, con un 18% de partos de mujeres "de fuera del área" en 2022 (La Plana, 2023), la organización reconoce las barreras persistentes para el parto fisiológico dentro de la UO.

Para hacer frente a esta situación, el equipo es pionero en el establecimiento de un CN adyacente con el objetivo de gestionar el 30% de la carga de trabajo de la UO, lo que equivale a aproximadamente 300 partos anuales. Esta transición de un modelo médico a un modelo de atención liderado por matronas presenta un contexto único para examinar las barreras y los facilitadores asociados a este tipo de implementaciones en el sistema sanitario español.

2.6 Población y recogida de datos

La investigación consistió en una amplia exploración, que incluyó a diversas partes interesadas del servicio de maternidad de La Plana, examinando opiniones del personal clínico, administrativo, de gestión y de apoyo, así como de las usuarias del servicio. La supervisora de matronas (SdM) desempeñó un papel fundamental, facilitando el acceso a la unidad y a los participantes y promoviendo la información sobre el estudio.

Al comienzo de cada turno, se presentó el estudio y una copia digital con toda la información y el formulario de consentimiento se proporcionó al personal de guardia. Sólo se conservaron las notas de los participantes que devolvieron los formularios de consentimiento firmados. La unidad de maternidad, que funcionaba en turnos de 24 horas con diferentes equipos diarios, facilitó un amplio espectro de perspectivas. La UO, unidad asistencial de urgencias, atención al parto y consultas, proporcionó un entorno idóneo para la observación de participantes (OP), el principal método de recogida de datos en etnografía (O'Reilly, 2012).

La observación de turnos completos en días diferentes en la unidad de maternidad, las clínicas obstétricas y las clínicas de matronas de primaria aportó una visión holística del servicio. Poder presenciar una sesión universitaria impartida por la supervisora de matronas y a un evento con las partes interesadas enriqueció aún más el trabajo de observación. Durante los meses de junio y julio, 15 días o 120 horas de OP constituyeron la base de las perspectivas experienciales.

Además, se realizaron dieciséis entrevistas semi-estructuradas con matronas, obstetras, directivos y representantes de las usuarias de servicios. Las entrevistas grabadas y transcritas se sometieron a un análisis temático reflexivo (Braun y Clarke, 2006) para su interpretación. Algunas entrevistas se realizaron en la unidad, pero la mayoría tuvieron lugar a distancia, por video-conferencia, entre los meses de julio y septiembre. El índice de respuesta fue inferior al esperado debido a los compromisos personales de los participantes y a las vacaciones de verano. El número de participantes entrevistados se determinó en función de la saturación teórica (Hennink & Kaiser, 2021), que se alcanzó cuando no surgieron códigos nuevos en el ATR.

El estudio recopiló información demográfica de los participantes, incluido el género, la ocupación y la experiencia previa en CNs (véase la Figura 1). Las entrevistas duraron entre 20 y 60 minutos. Las transcripciones no se devolvieron a los participantes para su corrección, pero las grabaciones se escucharon dos veces más contrastándolas con las transcripciones para garantizar su exactitud.

Figura 1. Características de los participantes entrevistados

Posición	Nº de participantes	Género	Nº
Matronas de la UO	5	Mujeres	13
Matronas de primaria	1	Hombre	3
Estudiantes de matrona	1		
Dirección (1 médico + 2 enfermeras)	3	Experiencia en CNs	Nº
Representantes de las usuarias de servicios	3	Yes	2
Obstetras	3	No	14
Total	16		

La familiarización con el entorno y los participantes fue crucial para llevar a cabo este estudio. La investigadora principal, realizó todas las OPs y entrevistas y su transcripción, lo que permitió su familiarización con los datos recopilados. Contar con un diario reflexivo fue valioso para recapacitar sobre su posición durante la recogida y el análisis de los datos.

Las preguntas para las entrevistas semi-estructuradas se basaron en el Marco Consolidado para la Investigación de la Implementación (CFIR, por sus siglas en inglés), un marco utilizado en estudios previos sobre la implementación de servicios de matronas (Darling et al., 2021; Batinelli et al., 2023). Esta elección permitió una comparación exhaustiva de los datos, teniendo en cuenta el contexto, las barreras y los facilitadores a niveles micro, meso y macro (Damschroder et al., 2009), en consonancia con la pregunta de investigación. Aunque el guión de la entrevista carecía de validación, la utilización de CFIR garantizó una exploración íntegra de diversas características manteniendo el rigor de la entrevista.

La seguridad de los datos se priorizó durante todo el proceso, las transcripciones se anonimizaron y se asignaron códigos únicos a los participantes. Los datos recopilados se digitalizaron diariamente y se subieron a un archivo OneDrive protegido con contraseña al que sólo se podía acceder a través de la City, University of London, lo que garantizó la seguridad de los datos.

Reuniones regulares entre las autoras contando con el apoyo de expertos en la materia, facilitó el debate de las dudas que surgieron durante el proceso y su resolución, garantizando que la investigación se llevara a cabo de forma sistemática.

2.8 Análisis de datos

La estrategia de análisis de datos implicó el análisis temático reflexivo (ATR) (Braun y Clarke, 2006 y 2020), utilizando el software NVivo 14. El ATR propone 6 fases (Figura 2) para un análisis sistemático de los datos, guiado por la pregunta de investigación y la literatura existente, con el fin de generar códigos y temas que ayuden a la investigación a comprender y comparar los datos.

Figura 2. Análisis temático reflexivo (Braun y Clarke, 2020)

- Fase 1 - Familiarización con los datos y redacción de notas de familiarización.
- Fase 2 - Codificación sistemática de los datos.
- Fase 3 - Generación de temas iniciales a partir de los datos codificados y cotejados.
- Fase 4 - Desarrollo y revisión de los temas.
- Fase 5 - Perfeccionamiento, definición y denominación de los temas.
- Fase 6 - Redacción del informe

El proceso implicó explorar repetidamente los datos a través de lecturas recurrentes, codificación inicial, identificación de temas y refinamiento. Además, para mejorar la solidez del análisis, se integró en el proceso el marco de Rafferty de la capacidad para el cambio (Rafferty et al., 2013) en el proceso de análisis. Este marco proporcionó un enfoque estructurado para comprender la capacidad para el cambio a nivel individual, de equipo y de organización, sirviendo como una lente valiosa para interpretar y refinar los temas emergentes. La aplicación combinada del ATR y el marco de capacidad para el cambio de Rafferty contribuyó a una comprensión integral de los factores que influyen en la implementación de la unidad liderada por matronas en el contexto de este estudio.

2.9 Técnicas para mejorar la fiabilidad

La triangulación, que implica la incorporación de múltiples fuentes de datos como entrevistas, datos de observación y documentación del entorno, ha mejorado la credibilidad y fiabilidad de este estudio. Las discusiones con expertos y el uso de la reflexividad han proporcionado confirmabilidad. Los datos y hallazgos fueron discutidos entre las autoras para garantizar la exactitud y autenticidad de las interpretaciones.

En conclusión, este capítulo ha descrito la metodología para la exploración integral de la implementación de un CN dentro del SNS español utilizando la etnografía rápida, la epistemología constructivista y el análisis temático reflexivo. Todo ello teniendo en cuenta la posición de la investigadora principal y las consideraciones éticas, esenciales para la integridad del estudio.

Capítulo 3 – Hallazgos

Este capítulo presenta los hallazgos del análisis de datos bajo dos categorías centrales principales: Capacidad para La Implementación (características contextuales que promueven la implementación de la MU a nivel individual, de equipo y de organización) y Factores Influyentes para la implementación (barreras y facilitadores identificados por los participantes que influyen en la preparación para la implementación). (La Figura 3 ilustra el modelo conceptual desarrollado más adelante en este capítulo).

Figura 3. Modelo Conceptual

Capacidad para la Implementación

Nivel Individual

- Pertenencia y autonomía
- Auto-eficacia
- Exposición al cambio / Validez

Nivel de Equipo

- Filosofía de trabajo compartida
- Confianza interprofesional y respeto mutuo
- Comunicación efectiva

Nivel de Organización

- Liderazgo transformacional
- Cultura de la organización - Compromiso con la mejora de la calidad
- Visión definida

Centro de Nacimientos
(Midwifery Unit)

Factores Influyentes

Facilitadores

- Demanda
- Apoyo institucional
- Apoyo político
- Establecimiento de contactos
- Evidencia concluyente
- Formación y Experiencia

Barreras

- Jerarquías marcadas
- Cultura medicalizada
- Ausencia de políticas
- Recursos limitados

NVivo 14 fue el sistema de asistencia al proceso de ATR (Braun y Clarke, 2006). Se formularon 54 códigos, que se agruparon en 26 temas iniciales. A continuación, se revisaron en relación con la pregunta de investigación y se desarrollaron.

El uso de CFIR (Damschroder et al., 2013) para elaborar las preguntas de la entrevista semi-estructurada resultó ser una herramienta valiosa a la hora de examinar los factores relacionados con la implementación a niveles micro, meso y macro. Sin embargo, el marco CFIR resultaba demasiado complejo para presentar los resultados de un estudio exploratorio con una recopilación de datos limitada. Durante sesiones de supervisión, se destacó la importancia de explorar los componentes del grupo dentro del contexto y se propuso el uso del marco de capacidad para el cambio de Rafferty (Rafferty et al., 2013). Este marco explora la preparación desde las perspectivas individual, grupal y de organización, considerando los aspectos cognitivos y afectivos, el estilo de liderazgo y el papel de las emociones en la cultura organizativa y el cambio. El marco de Rafferty permitió interpretar y refinar los temas iniciales en cinco temas finales con sus correspondientes subtemas, todos ellos agrupados en las dos categorías principales descritas, como se detalla en la Figura 3.

3.1 Disponibilidad para la implementación

3.1.1 Nivel individual:

3.1.1.1 Pertenencia y autonomía

El personal de la UO de La Plana demostró aptitud de pertenencia y compromiso con el apoyo al parto fisiológico y la mejora de la atención al paciente, con participación en auditorías e investigación. Un grupo de trabajo formado por matronas, obstetras y pediatras estaba colaborando y planificando la implementación del CNs, como comentó un obstetra:

"Creamos un grupo de trabajo para desarrollar todos los protocolos, guías y demás, y se pretendía que fuera multidisciplinar... Todos estamos revisando la literatura y redactando protocolos de asistencia" (PI-Obs2-F).

La autonomía de las matronas era altamente valorada, lo que fomentaba considerablemente los niveles de satisfacción y retención. Las matronas destacaron las ventajas de ejercer en todo su ámbito de competencias e informaron de un alto nivel de autonomía, como señaló la siguiente matrona:

"Creo que aquí tenemos bastante autonomía... No podría ir a ningún otro sitio; de hecho, ¡llevo trabajando aquí más de 10 años!". (PI-MW3-F).

El compromiso y la motivación del personal fueron cualidades esenciales que contribuyeron a crear convicciones individuales positivas sobre la organización y un espíritu de equipo colaborador.

3.1.1.2 Autoeficacia

A pesar de carecer de experiencia de trabajo en CNs, la mayoría del personal de La Plana consideraba poseer la formación y las aptitudes necesarias para proporcionar cuidados liderados por matronas:

"Creo que aquí se dan las condiciones adecuadas. Nuestro servicio de obstetricia y nuestras matronas han obtenido el reconocimiento nacional e internacional por sus buenas prácticas. Por lo tanto, creo que este es el centro ideal para poner en marcha el CNs" (PI-MNG3-M), mencionó un directivo del servicio.

El liderazgo transformacional ha sido crucial para promover el aprendizaje y mejorar las competencias del personal:

"Y si tienes el apoyo adecuado [liderazgo], puedes hacer las cosas bien. Si no, no podríamos haber llegado a este punto" (PI-MW3-F).

La combinación de liderazgo transformacional y pertenencia ha creado un fuerte sentimiento de autoeficacia entre el personal.

3.1.1.3 Exposición al cambio/Validez

El personal ya había estado trabajando por el cambio y consideraba que la aplicación de la innovación sería beneficiosa tanto para los individuos como para el equipo:

"Creo que nos enriquecerá a todos [el CN], profesional y personalmente. Nosotras [las obstetras] no trabajaremos allí, pero de alguna manera, repercutirá positivamente en nuestro crecimiento profesional y personal, y también beneficiará a la UO" (PI-Obs2-F), observó una obstetra.

El consenso y la motivación entre los profesionales pusieron de relieve la buena disposición de los participantes para implementar la unidad de matronas:

"Será complicado encontrar otro departamento de salud, otro hospital, donde exista tal consenso entre los profesionales y tal motivación por parte de las matronas para implementarlo" (PI-MNG3-M).

3.1.2 Nivel de equipo:

3.1.2.1 Filosofía de trabajo compartida

El equipo de La Plana consideraba el embarazo y el parto como acontecimientos fisiológicos y se centraba en practicar con la evidencia científica. Esta filosofía se reforzaba mediante la socialización del personal nuevo:

"La mayoría de las matronas van en esta línea [comparten la misma filosofía], pero los ginecólogos también... incluso la gente que viene de fuera va descubriendo otra forma de trabajar, con resultados tan buenos o incluso mejores que los hospitales de donde vienen" (PI-Obs2-F).

El equipo compartía una filosofía bio-psico-social de los cuidados.

3.1.2.2 Confianza interpersonal y respeto mutuo

El equipo fomentaba relaciones positivas basadas en el respeto y la confianza, esenciales para prestar una atención humanizada:

"Aquí trabajamos en equipo, basándonos en el respeto y la confianza. Esto es fundamental porque si los que tienen que prestar este servicio no se ponen de acuerdo, no va a funcionar" (PI-Obs2-F).

Los profesionales reconocían el papel crucial y la contribución del equipo médico a la hora de implantar con éxito un CN y sugerían una mayor colaboración para mejorar aún más la dinámica del equipo:

"Algunos [obstetras] estamos más a favor que otros. Pero, en general, todos estamos de acuerdo que es una buena idea [el CN]. Y además nuestra jefa también lo ha apoyado" (PI-Obs2-F).

Las usuarias del servicio valoraban ser tratadas con autonomía y respeto:

"Hay demanda de gente que desea ser tratada bien en el parto... Ahora mismo, esto no está disponible en todos los hospitales, así que no se arriesgan; van a parir a La Plana, porque si no, es jugársela" (PI-SU2-F).

3.1.2.3 Comunicación eficaz

El liderazgo había establecido una comunicación e intercambio de información efectivas, dando prioridad a la colaboración en la toma de decisiones, como comentó esta obstetra:

"Aquí las matronas tienen mucha autonomía y poder de decisión, y la mayoría de las decisiones son compartidas; trabajamos en equipo" (PI-Obs2-F).

El grupo de trabajo multidisciplinar daba prioridad a la comunicación, valorando las perspectivas diversas:

"Hemos creado un chat en el que informamos a todos los que trabajan en la UO sobre lo que estamos haciendo, para que todo quede claro. La gente siempre aporta algo en lo que no habíamos pensado; cualquier visión nueva siempre es positiva" (PI-MW2-F).

La colaboración en la toma de decisiones se lograba mediante una comunicación y un intercambio de información eficientes.

3.1.3 Nivel de organización:

3.1.3.1 Liderazgo transformacional

El proyecto estaba dirigido y defendido por la supervisora de matronas, que demostró dedicación, visión y capacidad de comunicación:

"Es importante que la persona que dirige crea en el proyecto. Y ella [la supervisora] está comprometida con ello. Creo que si al final esto es una realidad, es gracias a ella" (PI-MW2-F).

El apoyo visible de la supervisora en la planta mantenía la filosofía asistencial y la moral del personal:

"Hoy había mucho trabajo en la unidad... la supervisora fue a una sala de partos... luego fue a ayudar a una de las estudiantes... Su presencia no se percibía como autoritaria sino como de apoyo y aliento" (Diario reflexivo).

Todos los participantes consideraron el liderazgo crucial para apoyar la iniciativa.

3.1.3.2 Cultura organizativa - Compromiso con la mejora de la calidad

La organización se enorgullece de sus logros y de sus esfuerzos por mejorar:

"La filosofía que hemos mantenido aquí es el deseo de mejorar... No nos limitamos a pensar que lo que hacemos está bien, sino que se puede hacer mejor" (PI-MW4-M), comentó una matrona.

Los usuarios de los servicios también reconocieron y elogiaron este compromiso:

"Desde hace años, esta unidad está reconocida como el hospital con la mejor unidad de maternidad, con los mejores resultados, los partos más respetados de la Comunidad Valenciana..." (PI-SU1-F).

El compromiso con la mejora de la calidad y el deseo de mejorar contribuyeron a la creencia de que la institución era un lugar ideal para el CN.

3.1.3.3 Visión definida

Se ponía de manifiesto una visión clara de la trayectoria de la unidad y una filosofía bien definida:

"La UO de La Plana lleva muchos años trabajando por un modelo de parto en el que la mujer sea la protagonista. Luchando por reducir el intervencionismo, trabajando más desde la evidencia y menos desde la autoridad médica que domina la experiencia de la maternidad en este país" (PI-MW5-F), comentó una matrona.

Los obstetras compartían esta visión:

"La UO se fundó con esa visión de respetar la fisiología. Y se ha implantado con una visión más respetuosa y fisiológica, por lo que es natural asumir este proyecto" (PI-Obs1-F).

La UO mostró una dedicación a la atención centrada en la mujer, enfocada en las necesidades individualizadas.

3.2 Factores influyentes

3.2.1 Barreras:

3.2.1.1 Jerarquías marcadas

Las jerarquías existentes en las organizaciones sanitarias del país se percibían como un obstáculo para los modelos de cuidados liderados por matronas:

"Creo que otros entornos hospitalarios están marcados por la autoridad y la jerarquía. Yo no tengo esa percepción en La Plana, y creo que esto es favorable" (PI-MW5-F), observó una matrona.

A escala nacional y regional, la ausencia de apoyo de la organización a los servicios de matronas se identificó como un obstáculo importante; un directivo explicó:

"En España, existe una desconfianza generalizada por parte del equipo médico en que sean las matronas quienes lleven a cabo toda la gestión y la prestación de cuidados de los CNs" (PI-MNG3-M).

3.2.1.2 Cultura medicalizada

El impacto del patriarcado sigue siendo evidente en el sistema sanitario y en la sociedad española, con una tendencia a considerar el cuerpo de la mujer como defectuoso y el parto como arriesgado, perpetuando el modelo tecnocrático en los servicios de maternidad. Esto fue destacado por los participantes refiriéndose a la situación nacional:

"Creo que es un problema de egos. Cuando la mujer ingresa en el hospital, pierde el protagonismo porque todo se desvirtúa... todo es al revés, todo al servicio de la medicina, de la medicalización" (PI-SU3-F), identificó una usuaria del servicio.

Los participantes destacaron la importancia de reorientar la educación hacia la concienciación del parto como un proceso fisiológico:

"La sociedad está mal preparada; me incluyo profundamente en esto. Todavía vivimos en un modelo muy tecnocrático del parto, y dar a luz... nos parece arriesgado. Seguramente tendrá que cambiar para que aprendamos a sentirnos cómodas dando a luz en una casa de partos" (PI-MW5-F).

3.2.1.3 Ausencia de políticas

Las guías clínicas obsoletas se reconocieron como un obstáculo que debía mejorarse antes de la apertura del CN. Destacando la necesidad de guías actualizadas, el grupo de trabajo estaba involucrado en la creación y actualización de protocolos para ambas unidades:

"Los protocolos están muy desactualizados y, por supuesto, hay una sensación de malestar en el servicio por ello... Así que ahora llevamos meses revisando la bibliografía" (PI-MW3-F).

Del mismo modo, se consideraba esencial el apoyo de la política gubernamental a nivel nacional:

"La Estrategia de Parto Normal del Ministerio es de 2008, así que tiene ya un tiempo... pero no hemos visto muchos cambios... la normativa y las políticas que rigen nuestro sistema sanitario juegan un papel fundamental" (PI-STMW-F).

La falta de protocolos actualizados y de políticas gubernamentales se percibieron como retos importantes.

3.2.1.4 Recursos limitados

Aunque se hayan asignado fondos y un espacio para la construcción del centro, la falta de espacio y de recursos humanos en la organización se consideraron obstáculos importantes:

"Tenemos un problema estructural dentro del hospital... la falta de espacio. Y luego los recursos humanos para mantener el CN... el problema es que no hay suficientes profesionales a nivel nacional" (PI-MNG2-F), afirmó un directivo.

Esto tenía repercusiones en la continuidad de la atención, como señaló una usuaria del servicio:

"Bueno, en la sala de partos hay una atención maravillosa, y luego vas a planta y todo cambia... Hay enfermeras de todas las especialidades menos matronas" (PI-SU2-F).

La escasez de profesionales de matronas a ámbito nacional planteaba retos a la hora de implantar el CN.

3.2.2 **Facilitadores:**

3.2.2.1 Demanda

Se identificó una creciente demanda por parte de las usuarias de los servicios de un modelo de atención respetuoso hacia la autonomía de las mujeres:

"Creo que lo más importante ha sido la demanda de las mujeres... las mujeres vienen aquí de fuera porque saben que ofrecemos una atención más acorde con lo que buscan" (PI-MW2-F).

También las matronas demandaban un CN, ya que la carga de trabajo en la UO a menudo afectaba a su capacidad para ofrecer una atención individualizada:

"A veces tenemos el problema de que hay mucho trabajo y no puedes atender a estas mujeres tan bien como deberías... la atención individualizada no siempre es posible aquí [la UO]" (PI-MW1-F).

Las exigencias de los profesionales y de los usuarios de los servicios se consideraban un factor favorecedor importante.

3.2.2.2 Apoyo institucional

La colaboración de la organización y la participación de las partes interesadas se identificaron como factores clave:

"También hubo un apoyo explícito de la jefa del servicio de obstetricia y de muchos obstetras. El equipo pediátrico también ha prestado un gran apoyo. La dirección ha apoyado a los principales actores y les ha ayudado cuando lo han necesitado" (PI-MNG3-M).

El apoyo y la colaboración de la dirección de la organización habían sido imprescindibles para que el proyecto saliera adelante.

3.2.2.3 Apoyo político (oportunidad)

El apoyo político ha facilitado la aprobación del proyecto dentro del SNS. El liderazgo ha desempeñado un papel crucial en la obtención del respaldo político:

"Todo es un poco político. Se creó una ventana de oportunidad cuando un grupo político local escuchó a la supervisora y decidió sacarlo adelante [el proyecto]... El entonces Ministro de Sanidad, un obstetra, también mostró su apoyo... En el parlamento regional, todos los grupos parlamentarios aprobaron el proyecto excepto uno, el de extrema derecha" (PI-MW2-F).

Sin embargo, se señaló como posible obstáculo el reciente cambio de gobierno:

"Pero no veo que ninguno de los partidos que formarán parte del gobierno valenciano sea muy favorable a los derechos de las mujeres en general. Y, me temo que habrá un paso atrás en estos temas [mejora de los servicios de salud de la mujer]" (PI-MNG3-M).

El desarrollo y la implantación del CN estaban sujetos a la influencia política. La política también influía directamente en el apoyo organizativo.

3.2.2.4 Establecimiento de contactos

Las relaciones con organizaciones externas, asociaciones profesionales y de usuarias de servicios y universidades han sido fundamentales para facilitar el intercambio de conocimientos, el desarrollo y el apoyo al proyecto:

"Creo que genera bastante consenso social [la apertura del CN]; el ayuntamiento y otras instituciones, incluidas las Cortes Valencianas, se han manifestado a favor. Además, instituciones públicas y privadas han contribuido a su prestigio, que ha sido muy importante para que avance" (PI-MNG3-M).

El compromiso de seguir los estándares estipulados por la Red de Unidades Lideradas por Matronas (MUNet, por su acrónimo en inglés) ha dotado al proyecto con solidez y credibilidad:

"Es esencial que cualquier centro que se abra se adhiera a unos estándares de calidad específicos. MUNet ha proporcionado estos estándares, orientación y formación, garantizando una atención segura y de alta calidad, respaldada por la evidencia y la experiencia" (PI-MW2-F).

El apoyo externo ha mejorado el estatus y el reconocimiento del proyecto.

3.2.2.5 Evidencia firme que respalda la implementación de los CNs

La evidencia científica que sitúa los cuidados liderados por matronas como el "estándar de oro" para los embarazos de bajo riesgo, se identificó como un factor favorable:

"Es mucho dinero, pero no tanto en comparación con otros costes sanitarios. A largo plazo, la mejora de los resultados y la satisfacción pueden reducir los costes... es como la salud pública o la medicina preventiva" (PI-Obs1-F).

Los datos recopilados internamente demostrando la rentabilidad y la mejora de los resultados cuando se utiliza un enfoque fisiológico del parto han sido significativos a la hora de obtener apoyo.

3.2.2.6 Formación y experiencia

La formación multidisciplinar y la experiencia se reconocieron como elementos cruciales para apoyar el parto fisiológico. La UO de La Plana ofrecía un desarrollo profesional y de competencias continuo:

"Mi forma de trabajar ha cambiado. De hacer las cosas porque siempre se han hecho así, a utilizar la evidencia y adaptar mi práctica a las necesidades y elecciones de la mujer... Poder ir y observar cómo trabajan en los CNs de Inglaterra fue esclarecedor para mí; cambió mi percepción" (PI-MW2-F).

La formación del equipo, la educación y la exposición a modelos establecidos liderados por matronas han influido positivamente en la actitud del personal a la hora de adoptar el cambio.

En este capítulo se ha presentado una visión general de la capacidad de implementación y los factores influyentes para incorporar un modelo de atención liderado por matronas en el escenario de investigación. Los resultados ponen de relieve los factores individuales, de equipo y de organización que determinan la disposición al cambio y el importante papel de las barreras y los facilitadores en el proceso de implementación. La inclusión de citas directas de los participantes a lo largo de la presentación de los resultados proporciona una comprensión matizada de las perspectivas y experiencias de las partes implicadas.

Capítulo 4 - Discusión

Este estudio etnográfico rápido revela información crucial sobre la implantación de un CN en un hospital público de España, destacando el papel de los aspectos fundamentales de la preparación para la implantación y revelando las complejidades y los numerosos factores que influyen en el proceso de cambio.

La capacidad para el cambio ha sido ampliamente estudiada en la sanidad y otros sectores como elemento crucial para el éxito de la implementación, la mejora y la innovación (Weiner, 2009; Damschroder et al., 2009; Rafferty et al., 2013). Sin embargo, debido a su naturaleza compleja y multidimensional, aún no se ha establecido una definición consensuada de la capacidad para el cambio (Holt et al., 2007).

Según Weiner (2009), la capacidad de cambio se refiere a la preparación psicológica y de comportamiento de los miembros de la organización para conseguir la transformación organizacional. El marco utilizado en este estudio (Rafferty et al., 2013) amplía esta definición identificando determinantes significativos de la disposición a nivel individual, de equipo y de organización.

La UO de La Plana ha exhibido características distintivas clave para su papel pionero de implementar un CN dentro de la sanidad pública. Estos atributos incluyen el liderazgo transformacional, el compromiso con la mejora de la calidad, una filosofía de trabajo compartida orientada a la atención centrada en la mujer y una cultura de organización colaborativa con una visión definida.

Varios estudios ingleses han hecho hincapié en la importancia del liderazgo para lograr el cambio organizativo y desarrollar un CN que funcione con éxito, garantizando al mismo tiempo la calidad de la atención (McCourt et al., 2014; Rocca-Ihenacho et al., 2018; Walsh et al., 2020; Batinelli et al., 2022). Nuestro estudio se alinea con esta tendencia, donde los participantes unánimemente identificaron a la supervisora de matronas como la principal impulsora de la implementación.

El liderazgo transformacional está estrechamente vinculado a la teoría feminista (Barker & Young, 1994). Se argumenta que los líderes transformacionales tienen habilidades similares a las de las matronas que apoyan y proporcionan cuidados centrados en la mujer (Byrom & Downe, 2007). Este estilo de liderazgo y la colaboración equitativa han demostrado ser cruciales para impulsar la excelencia y el cambio en la atención sanitaria (Dougall et al., 2018). El estudio de Darling sobre el primer CN en Canadá exigía a los sistemas sanitarios que invirtieran en el desarrollo de las habilidades de liderazgo de las matronas por sus evidentes beneficios para la transformación y la mejora colaborativas (Darling et al., 2021).

Participantes en La Plana reconocieron estas características de liderazgo como exclusivas a su entorno, en contraposición con otras unidades que se adhieren a jerarquías y a un modelo biomédico patriarcal, limitando la autonomía de las matronas (Davis-Floyd, 2007). En España, estudios anteriores han informado de que las estructuras jerárquicas obstaculizan el desarrollo de los cuidados dirigidos por matronas (Escuriat-Peiró et al., 2015; Martin-Arribas et al., 2020). Asimismo, un estudio canadiense sobre los servicios de matronas hizo eco de estos problemas de colaboración y de la necesidad de una clara gestión (Clavel et al., 2015). Nuestro informe ha distinguido el apoyo y la colaboración de los líderes del servicio de maternidad como factores facilitadores esenciales a la hora de implementar innovación en la organización, en consonancia con el análisis situacional de Batinelli en Italia (Batinelli et al., 2023) y el estudio etnográfico de McCourt sobre los CNs en Inglaterra (McCourt et al., 2014). Ambos estudios destacaron el papel fundamental del equipo obstétrico y la colaboración dentro de la organización.

El liderazgo influye directamente en la cultura de la organización, que, a su vez, afecta a la calidad de la atención prestada y a la satisfacción tanto de las usuarias de los servicios como de los profesionales (Freemantle, 2013). La cultura organizativa de la UO de La Plana ha presentado rasgos facilitadores para la implementación del CN. Su filosofía de trabajo compartida, su compromiso con la mejora y la adopción de prácticas sustentadas en la evidencia científica han sido decisivas para lograr mejores resultados

y obtener el reconocimiento regional y nacional. El trabajo colaborativo, el respeto mutuo y la confianza interpersonal, tal y como destacan Rocca-Ihenacho y sus colegas (2021), son fundamentales para que una unidad liderada por matronas funcione con eficacia y son características significativas para garantizar una atención a la maternidad segura y de alta calidad (Sandall et al., 2016; Liberati et al., 2021).

Los participantes en este estudio han mostrado aptitudes de pertenencia y autoeficacia. Los profesionales estaban motivados para alcanzar la excelencia y compartían el orgullo de ser reconocidos como centro de referencia para la atención a la maternidad. Esto se ha visto reflejado en una mayor demanda de servicios por parte de las usuarias, una mayor autonomía de las matronas y la retención del personal. Al igual que en estudios anteriores, estas características relacionan la cultura de la organización, el liderazgo transformacional y la fidelidad profesional con la mejora de la calidad asistencial y la satisfacción de las usuarias (Monje-Amor et al., 2019; Stevens et al., 2022; Rocca-Ihenacho, 2023).

La implementación del CN en La Plana había sido instigada por una visión definida de proporcionar una atención holística basada en el modelo bio-psico-social, centrada en la mujer y que fomentaba la fisiología y el respeto. Estos aspectos coinciden con los impulsores del estudio de Darling (2021). Por el contrario, los estudios ingleses (McCourt et al., 2018; Walsh et al., 2020) describieron la apertura de los CNs en Inglaterra motivadas principalmente por los cambios contextuales, la reconfiguración de los servicios tras el cierre de UOs y la política gubernamental.

A pesar de la amplia evidencia que sugiere que los modelos de atención dirigidos por matronas son efectivos para embarazos de bajo riesgo (Scarf et al., 2018; Homer et al., 2019), España aún no ha introducido políticas nacionales que apoyen la implementación de estos modelos dentro del SNS. Este estudio ha identificado la ausencia de políticas gubernamentales como un obstáculo, resonando con los hallazgos de Walsh et al. (2018) y Batinelli et al. (2022), enfatizando el papel crucial de las directivas nacionales, la investigación y las políticas en el fortalecimiento de la implementación de los CNs.

Las matronas de La Plana se mostraron partidarias de la ampliación del CN, con el fin de poder ejercer plenamente su profesión. La percepción de una mayor demanda, tanto por parte de los profesionales como de las usuarias de los servicios, se presenta como un factor facilitador, un sentimiento que ha sido reflejado también en una investigación catalana sobre las perspectivas de las matronas acerca de los factores que favorecen un parto normal en las UOs (Martin-Arribas et al., 2020). Esta apreciación en el estudio

catalán se vinculaba a la idea de que una población mejor educada sobre el parto había contribuido a la demanda de modelos de atención alternativos. No obstante, todos los participantes en el estudio de La Plana han insistido en la creciente necesidad de disponer de información más accesible para el público, haciéndose eco con el estudio de Batinelli (2023) en apoyo de la implementación de los CNs en Europa.

Debido a la concepción generalizada del parto como un proceso arriesgado, el modelo medicalizado con acceso a la tecnología, suele considerarse una opción más segura y fiable (Downe & McCourt, 2008; Wong et al., 2017; Martin-Arribas et al., 2020). Este estudio ha identificado esta idea como un obstáculo para abandonar el modelo tecnocrático en España. A este factor se le suma la formación deficiente de las matronas, predominantemente influenciada por las prácticas obstétricas, con una falta de exposición al liderazgo y a modelos de cuidados dirigidos por matronas ya observados en otros estudios investigando los factores implicados en la implementación de un enfoque fisiológico al parto (Wong et al., 2017; Martin-Arribas et al., 2020; Darling et al., 2021b).

Aunque la práctica en los paritorios se ha percibido como un obstáculo al concepto fisiológico del nacimiento (Darling et al., 2021b), la UO de La Plana ha promovido activamente la educación multidisciplinar e invertido en formación para implementar cuidados basados en la evidencia para asegurar un enfoque al parto fisiológico en sus instalaciones. El compromiso con el desarrollo continuo, la mejora y la promoción de la formación multidisciplinar han destacado como componentes vitales para alcanzar la excelencia, alineándose con las recomendaciones de McCourt et al. (2011) y Rocca-Ihenacho (2023).

Además, los esfuerzos del equipo se han extendido más allá de las fronteras locales. Han establecido vínculos con organizaciones internacionales, como MUNet, y han adquirido una valiosa experiencia y comprensión de diversos modelos de matronas visitando unidades de maternidad en otros países donde estos modelos están ya establecidos. La creación de redes y colaboraciones externas son cruciales para el éxito de la implementación de innovaciones (Greenhalgh et al., 2004; Damschroder et al., 2009; Rafferty et al., 2013). Los datos procedentes de instituciones externas en las que los CNs están bien integradas en los servicios de maternidad han capacitado a la organización para adoptar e integrar este modelo de atención. La evidencia científica ha demostrado mejores resultados para las madres y los bebés y destacan la rentabilidad de este modelo de atención para un sistema sanitario que opera dentro de límites financieros limitados (Escuriet-Pieró et al., 2015).

Mediante el establecimiento de conexiones con profesionales de la atención primaria, universidades y asociaciones de usuarias, La Plana ha garantizado una mejor comunicación en torno a las necesidades y perspectivas de las usuarias y ha mejorado sus relaciones y su difusión. El compromiso y la participación de las partes interesadas en la toma de decisiones, la planificación y la evaluación de los servicios de maternidad se saben son imperativos para mejorar la aceptación, el acceso y la equidad (CQC, 2022). El enfoque multifacético adoptado por La Plana es un ejemplo del compromiso holístico necesario para implantar con éxito una nueva gestión de la maternidad en el entorno público sanitario.

En el momento del estudio, se estaban celebrando elecciones locales y nacionales en España. Los participantes percibieron el cambio político como un posible obstáculo o retraso para la ejecución del proyecto. El apoyo político ha sido crucial para implementar el CN en la institución y asignar fondos al proyecto. Esto concuerda con los factores facilitadores encontrados en la implementación del primer CN adyacente en Canadá (Darling et al., 2021) y el estudio de Batinelli que apoya la implementación de CNs en Europa (2023), destacando así el papel de la política en el éxito del proyecto.

Por último, de forma similar a estudios españoles anteriores (Martin-Arribas et al., 2020; Alcaide & Arranz, 2022), este análisis ha identificado la falta de recursos humanos como una barrera significativa para instaurar el CN. Estudios nacionales han destacado la necesidad de ampliar la plantilla de matronas en el SNS (Escuriet-Peiró et al., 2015; Martin-Arribas et al., 2020; Martin-Arribas et al., 2022; Recio-Alcaide & Arranz, 2022) para garantizar un mayor acceso a los cuidados liderados por matronas durante el parto, así como mejorar la continuidad de los cuidados y aumentar la calidad de los servicios de maternidad.

En resumen, este capítulo ha proporcionado un análisis exhaustivo de los polifacéticos factores que influyen en la implementación de un CN en un hospital público de España, destacando el papel del liderazgo, la cultura de la organización y el compromiso con la mejora de la calidad como las principales características que definen la capacidad para el cambio. El aumento de la demanda respaldado por la evidencia científica, la colaboración externa y el apoyo institucional y político se han reconocido como factores facilitadores. Sin embargo, el cambio político se ha señalado como un posible obstáculo, junto a una cultura medicalizada, las jerarquías predominantes en el sistema sanitario, las limitaciones de recursos y las brechas en las políticas gubernamentales locales y

nacionales. La síntesis resalta la compleja interacción de estos factores a la hora de configurar el éxito de la implementación de los CNs en el SNS español.

Capítulo 5 - Fortalezas y limitaciones del estudio

Contar con el apoyo de un equipo académico de expertos durante el proceso de investigación ha contribuido a garantizar el rigor metodológico, la calidad académica y el cumplimiento de las normas éticas de este estudio.

Es importante señalar que los antecedentes profesionales de la investigadora profesional han podido introducir sesgos, ya que ésta poseía nociones preconcebidas y experiencia con la eficacia de los modelos de atención liderados por matronas. Su experiencia como matrona en ambos países ha facilitado un análisis comparativo de las prácticas, políticas y retos de las matronas en cada nación.

El enfoque etnográfico rápido ha facilitado una exploración en profundidad del proceso de implementación del CN, captando perspectivas en tiempo real que examinan elementos organizativos, culturales y sociales. Este enfoque integral proporciona una comprensión holística de la compleja dinámica que supone instaurar un nuevo programa sanitario. Aunque este estudio se centra en las características de un único hospital público de España, los hallazgos proporcionan perspectivas que pueden ser relevantes en contextos similares, contribuyendo a la generación de un conocimiento más amplio. La replicación del estudio en otros contextos ayudará a mejorar la validez externa de los resultados.

El documento original ha sido escrito en inglés, el hecho de utilizar dos idiomas, español e inglés, para la recopilación y el análisis de los datos puede haber constituido que se pasaran por alto algunos matices.

El uso de múltiples fuentes de datos, incluidos el análisis de documentos, las observaciones y las entrevistas con las principales partes interesadas, refuerza la fiabilidad de las conclusiones. No obstante, se trata de un estudio exploratorio con una recopilación de datos limitada. Es importante reconocer que el estudio no explora plenamente las perspectivas de otras partes interesadas importantes, como

responsables políticos, responsables gubernamentales de sanidad, políticos y otros profesionales sanitarios relevantes.

Capítulo 6 - Conclusión

El estudio enfatiza el papel crucial de la predisposición organizativa en el proceso de implementación e investiga los diversos factores que afectan a dicha predisposición.

La investigación llevada a cabo en uno de los hospitales públicos pioneros de España revela las características que han facilitado su posición como líderes en la incorporación de un CN.

Se destaca la importancia de la disponibilidad para la implementación de la organización y del liderazgo transformacional para implantar con éxito un CN. El estudio también se interesa por el impacto adicional que tienen la cultura organizativa, la calidad asistencial y la satisfacción de las partes interesadas.

El informe identifica el énfasis en el desarrollo y la mejora de calidad continuada, junto con la financiación en formación multidisciplinar y liderazgo de matronas, como estrategias clave para alcanzar la excelencia.

El estudio reconoce las características únicas del hospital público estudiado, su cultura organizativa, su compromiso con la práctica basada en la evidencia y su enfoque en el parto fisiológico. Todas estas características han contribuido a su reconocimiento regional y nacional como centro de excelencia para el parto normal. También destaca el importante papel de las redes externas, la colaboración, el compromiso con las partes interesadas y el apoyo institucional y político a la hora de implantar este innovador modelo asistencial.

No obstante, esta investigación también identifica algunos retos, como la ausencia de políticas gubernamentales de apoyo a los modelos de cuidados liderados por matronas en España, las estructuras jerárquica aún predominantes en las instituciones sanitarias y la percepción cultural generalizada del parto como un proceso peligroso. Otros obstáculos persistentes son la insuficiencia de recursos humanos, con una escasez nacional de matronas, y la limitada exposición y formación de las matronas a estos modelos de atención.

Los gobiernos y los responsables de políticas deberían trabajar juntos para mejorar las condiciones y la integración de la profesión de matrona en España, garantizando al

mismo tiempo políticas y normativas basadas en la evidencia disponible más actualizada, que promuevan modelos de cuidados liderados por matronas para embarazos de bajo riesgo

Hasta la fecha, este es el primer estudio de estas características realizado en el sistema sanitario público español. Esto pone de manifiesto la necesidad de realizar más investigaciones en este campo en el país y de implicar a más partes interesadas.

La compleja interacción de los factores que influyen en el proceso de implementación pone de manifiesto la necesidad de un apoyo continuado, el compromiso con la mejora, la distribución de recursos y la colaboración de las partes interesadas para seguir mejorando y sustentar el suceso de los modelos de cuidados liderados por matronas dentro del sistema sanitario público español.

DICTAMEN DEL COMITÉ DE ÉTICA DE INVESTIGACION (CEI)

D^a Maria Julia Gómez Salvador Secretaria del Comité de Ética de Investigación del Departamento de Salud de La Plana

CERTIFICA

Que este Comité ha evaluado la propuesta del Investigador Principal **Laura Peña Ortega**, de la modificación sustancial 1/2023 de fecha 21/11/2023, correspondiente al Proyecto **"Estudio etnográfico rápido sobre barreras y facilitadores para la implementación de una Unidad Liderada por Matronas en el sistema Sanitario Público de España"** versión 1.0 de fecha 26/05/2023.

Y considera que;

El CEI del Hospital Universitario de la Plana, en su reunión del día 30 de noviembre de 2023 (Acta nº 9) tras la evaluación de la siguiente modificación sustancial:

Modificación sustancial nº 1/2023.

Documentos modificados: **Memoria económica vinculada proyecto ESTRATEGIAS MODELOS PARA LA MEJORA DE LA SEGURIDAD, FUNCIONALIDAD Y ESPERIENCIA DE USUARIO EN CENTROS DE NACIMIENTO (NAIX-EM)**

Emite un

DICTAMEN FAVORABLE.

Para que conste en Vila-real a 30 de noviembre de 2023

Secretaria del CEI



Fdo.: Mª Julia Gómez Salvador

Presidente de CEI



Fdo.: Roberto Izquierdo Maria

Apéndice 2 - Autorización externa de City, University of London

Ethics ETH2223-2258: Laura Pena Ortega (External approval)

Date Created	06 Jun 2023
Date Submitted	06 Jun 2023
Academic Staff	Laura Pena Ortega
Category	Postgraduate Taught Student
Supervisor	Dr Lucia Rocca-Ihenacho
Project	Rapid-ethnographic study on the barriers and facilitators for the implementation of a midwife-led unit in the public health system in Spain
School	School of Health & Psychological Sciences
Department	Midwifery & Radiography
Current status	Registered

Ethics application

Project details

EP1) Project title

Rapid-ethnographic study on the barriers and facilitators for the implementation of a midwife-led unit in the public health system in Spain

EP2) Principal Applicant

[Laura Pena Ortega](#)

EP3) Co-Applicant(s) (City)

EP4) External Co-Applicant(s)

Name

Soledad Carreguí

Affiliation

Maternity Unit Matron

EP5) Supervisor(s)

[Dr Lucia Rocca-Ihenacho](#)

EP6) Project start date

19 Jun 2023

EP7) Estimated project end date

22 Jan 2024

EP8) Is City acting as the Sponsor, i.e. responsible for managing this project?

Apéndice 3 - Preguntas de la entrevista semi-estructurada

Guía de entrevista individual semi-estructurada siguiendo el marco CFIR (Damschroder et al., 2009).

Características de los participantes (con fines demográficos)

¿Puede hablarme de su puesto en el Sistema Nacional de Salud y de su experiencia con la atención a la maternidad?

¿Cuánto tiempo lleva en este puesto?

¿Tiene alguna experiencia trabajando/utilizando CNs?

Características de la intervención

1) En sus propias palabras, ¿cuáles son las principales características de un CN, y en qué se diferencian del paritorio actual?

¿Considera que el modelo del CN es complejo/sencillo? ¿Por qué?

¿Por qué cree que La Plana es el lugar donde se está implementando un CN?

¿Qué factores han permitido que se implante ahora?

¿Cómo cree que puede adaptarse el modelo CN a su contexto y por qué?

¿Qué hay de los costes de implantación y funcionamiento del CN? ¿Cómo cree que se justifican?

Marco interno

2) ¿Cómo percibe los valores del equipo dentro de la organización?

¿Cómo cree que los valores del equipo determinan la aplicación del CN?

¿En qué se diferencia la cultura de La Plana de la de otras organizaciones?

¿Quién cree que ha sido clave para que esto ocurra (y por qué)?

¿Cómo cree que influye el liderazgo en la implementación del CN?

¿Qué factores y recursos dentro de la organización han permitido/afectado la implementación?

(Sugerencias: Políticas, disposiciones y competencias del personal, procesos de derivación, procedimientos de transferencia, preparación, cultura, valores del equipo, comunicación)

Marco externo

3) ¿Qué influencias externas (políticas y normativas) han apoyado el cambio y cuáles lo han obstaculizado?

¿Cómo puede afectar el clima político a la implementación del CN?

(Sugerencias: presión de los compañeros, grupos de usuarios de servicios,

Personas implicadas

4) ¿Qué opina de la implementación del CN en el sector público?

¿Se le ocurre algún obstáculo para la implementación del CN en el sector público?

¿Y facilitadores?

¿Qué beneficios aportará el CN? ¿Por qué cree que es importante?

Dentro del sector público, ¿qué factores favorecerían y cuáles dificultarían su consecución?

Proceso

5) ¿Puede describir las estrategias que se han utilizado para apoyar la implementación del CN? ¿Cree que han sido eficaces? ¿En qué sentido?

¿Se le ocurren otras estrategias de implementación que podrían ser eficaces para promover la adopción de los CNs en el sector sanitario público?

6) ¿Conoce los estándares para los CNs? ¿Cree que han desempeñado algún papel en el proceso de implantación?

En su opinión, ¿qué características son esenciales para que un CN funcione bien?

(Sugerencia: liderazgo; comunicación; liderazgo obstétrico, neonatal y de matronas; autonomía de las matronas; propiedad; trabajo en equipo multidisciplinar; habilidades y formación; desarrollo continuo).

Lista de Referencias

Atkinson, P. (2007) *Ethnography: Principles in practice*. 3rd edn. Oxon: Routledge.

Balas, E.A., Boren, S.A. (2000) 'Managing clinical knowledge for health care improvement'. In: J. Bemmell, and A.T. McCray (eds) *Yearbook of medical informatics 2000: patient-centered systems*. Schattauer Verlagsgesellschaft, Stuttgart, Germany, pp 65–70

Barker, A.M. and Young, C.E. (1994) 'Transformational leadership: The feminist connection in postmodern organisations'. *Holistic Nursing Practice*, 9(1), pp.16–25.

Batinelli, L., McCourt, C., Bonciani, M. and Rocca-Ihenacho, L. (2023) 'Implementing midwifery units in a European country: Situational analysis of an Italian case study'. *Midwifery*, 116, p.103534. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.midw.2022.103534>.

Batinelli, L., Thael, E., Leister, N., McCourt, C., Bonciani, M. and Rocca-Ihenacho, L. (2022) 'What are the strategies for implementing primary care models in maternity? A systematic review on midwifery units'. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 22(1), pp.1–21. Disponible en: <https://bmcpregnancychildbirth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12884-022-04410-x>.

Bernal-Delgado, E., García-Armesto, S., Oliva, J., Sánchez Martínez, F.I., Repullo, J.R., Peña-Longobardo, L.M., Ridao-López, M. and Hernández-Quevedo, C. (2018) 'Spain: Health system review'. *Health Systems in Transition*, 20(2):1-183. Disponible en: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/330195/HiT-20-2-2018-eng.pdf?sequence=11>. [Consultado: 11 Enero 2024].

Beuving, J. and Vries, G. C. (2015) *Doing qualitative research: the craft of naturalistic inquiry*. Amsterdam: Amsterdam University Press.

Birthplace in England Collaborative Group, Brocklehurst P, Hardy P, Hollowell J, Linsell L, Macfarlane A, McCourt C, Marlow N, Miller A, Newburn M, Petrou S, Puddicombe D, Redshaw M, Rowe R, Sandall J, Silverton L, Stewart M. (2011) 'Perinatal and maternal outcomes by planned place of birth for healthy women with low risk pregnancies: the

Birthplace in England national prospective cohort study'. *British Medical Journal*, 343.
Disponibile en: [doi: https://doi.org/10.1136/bmj.d7400](https://doi.org/10.1136/bmj.d7400).

Black, G. B., van Os, S., Machen, S., & Fulop, N. J. (2021) 'Ethnographic research as an evolving method for supporting healthcare improvement skills: a scoping review'. *BMC medical research methodology*, 21(1), 274. Disponible en: <https://doi.org/10.1186/s12874-021-01466-9>.

Braun, V., & Clarke, V. (2006) 'Using thematic analysis in psychology'. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77–101. Disponible en: <https://doi.org/10.1191/1478088706qp063oa>.

Crotty, M. (1998) *The foundation of social research: Meaning and perspective in the research process*. Thousand Oaks, CA: Sage.

Braun, V. and Clarke, V. (2020) 'One size fits all? What counts as quality practice in (reflexive) thematic analysis?'. *Qualitative research in psychology*, 18(3), pp.328-352.
Disponibile en: <https://doi.org/10.1080/14780887.2020.1769238>.

Byrom, S., Byrom, A. and Downe, S. (2011) 'Transformational leadership and midwifery: a nested narrative review'. *Essential midwifery practice: leadership, expertise and collaborative working*, p.23. Disponible en: <https://doi.org/10.1002/9781118784990.ch2>.

Care Quality Commission (CQC) (2022) 'Safety, equity and engagement in maternity services'. London: CQC. Disponible en: <https://www.cqc.org.uk/publications/themes-care/safety-equity-engagement-maternity-services>. [Consultado: 11 Enero 2024].

Clavel, N., Paquet, C. and Blais, R. (2015) 'Facilitating the Implementation of Midwifery Services: The Case of Montérégie, Quebec'. *Canadian Journal of Midwifery Research & Practice*, 14(2), pp.8-16. Disponible en: https://www.researchgate.net/profile/Nathalie-Clavel/publication/336120463_Facilitating_the_implementation_of_midwifery_services_The_case_of_Monteregie_Quebec/links/5eb9c088299bf1287f7fb360/Facilitating-the-implementation-of-midwifery-services-The-case-of-Monteregie-Quebec.pdf.

[Consultado: 11 Enero 2024].

Damschroder, L.J. and Hagedorn, H.J. (2011) 'A guiding framework and approach for implementation research in substance use disorders treatment'. *Psychology of addictive behaviors*, 25(2), p.194. Disponible en: <https://doi.org/10.1037/a0022284>.

Darling, E.K., Easterbrook, R., Grenier, L.N., Malott, A., Murray-Davis, B. and Mattison, C.A. (2021) 'Lessons learned from the implementation of Canada's first alongside midwifery unit: A qualitative explanatory study'. *Midwifery*, 103, p.103146. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.midw.2021.103146>.

Darling, F., McCourt, C. and Cartwright, M. (2021b) 'Facilitators and barriers to the implementation of a physiological approach during labour and birth: A systematic review and thematic synthesis'. *Midwifery*, 92, p.102861. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.midw.2020.102861>.

Davis-Floyd R. (1994) 'Culture and birth: the technocratic imperative' *The Birth Gazette*, 11 1:24–5. Disponible en: <http://www.davis-floyd.com/wp-content/uploads/2016/11/Culture-and-Birth.pdf> [Consultado: 11 Enero 2024].

Davis-Floyd, R. (2007) 'Daughter of time: the postmodern midwife (Part 1)'. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 41(4), pp.705-710. Disponible en: [DOI: 10.1590/S0080-62342007000400023](https://doi.org/10.1590/S0080-62342007000400023).

De Leo, A., Bayes, S., Geraghty, S. and Butt, J. (2019) 'Midwives' use of best available evidence in practice: An integrative review'. *Journal of Clinical Nursing*, 28(23-24), pp.4225-4235. Disponible en: <https://doi.org/10.1111/jocn.15027>.

Denzin, N. K., and Lincoln, Y. S. (2005) 'Introduction: The discipline and practice of qualitative research'. In N. Denzin, & Y. Lincoln (Eds.), *The SAGE handbook of qualitative research* (3rd ed). Thousand Oaks, CA: Sage. pp. 1-32

Dougall, D., Lewis, M. & Ross, S. (2018) 'Transformational change in health and care: reports from the field'. *King's Fund*. Disponible en: [https://www.kingsfund.org.uk/sites/default/files/2018-05/Transformational change Kings Fund May 2018 0.pdf](https://www.kingsfund.org.uk/sites/default/files/2018-05/Transformational%20change%20Kings%20Fund%20May%202018%200.pdf). [Consultado: 11 Enero 2024].

Downe, S., Finlayson, K., Tunçalp, Ö. and Metin Gülmezoglu, A. (2016) 'What matters to women: a systematic scoping review to identify the processes and outcomes of antenatal care provision that are important to healthy pregnant women'. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 123(4), pp.529-539. Disponible en: <https://obgyn.onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/1471-0528.13819>. [Consultado 09 Enero 2024].

Downe, S. and McCourt, C. (2008) From being to becoming: reconstructing childbirth knowledge, in *Normal Childbirth: Evidence and Debate*. London: Churchill Livingstone.

Edmonds, J.K., Ivanof, J. and Kafulafula, U. (2020) 'Midwife led units: transforming maternity care globally'. *Annals of Global Health*, 86(1). Disponible en: <https://doi.org/10.5334/aogh.2794>. [Consultado: 11 Enero 2024].

Escuriet, R., Pueyo, M., Biescas, H., Colls, C., Espiga, I., White, J., Espada, X., Fusté, J. and Ortún, V. (2014) 'Obstetric interventions in two groups of hospitals in Catalonia: a cross-sectional study'. *BMC pregnancy and childbirth*, 14(1), pp.1-11. Disponible en: <https://bmcpregnancychildbirth.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2393-14-143>. [Consultado 09 Enero 2024].

Escuriet-Peiró, R., Goberna-Tricas, J., Pueyo-Sanchez, M.J., Garriga-Comas, N., Úbeda-Bonet, I., Caja-López, C., Espiga-López, I. and Ortún-Rubio, V. (2015) 'Impact of maternity care policy in Catalonia: a retrospective cross-sectional study of service delivery in public and private hospitals' *BMC Pregnancy and Childbirth*, 15(1), pp.1-10. Disponible en: <https://bmcpregnancychildbirth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12884-015-0446-y>. [Consultado: 11 Enero 2024].

Farrés, A., Albarracín, A., Serra, B. and Prats, P. (2021) 'Caesarean rate in selected hospital network of private sector: A retrospective study'. *Journal of Healthcare Quality Research*, 36(6), pp.317-323. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.jhqr.2021.06.006>.

Fox, H., Callander, E., Lindsay, D. and Topp, S. (2019) 'Evidence of overuse? Patterns of obstetric interventions during labour and birth among Australian mothers'. *BMC pregnancy and childbirth*, 19(1), pp.1-8. Disponible en: <https://bmcpregnancychildbirth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12884-019-2369-5>. [Consultado: 11 Enero 2024].

Freemantle, D., (2013) 'Part 1: The cultural web—A model for change in maternity services'. *British Journal of Midwifery*, 21(9), pp.648–653. Disponible en: <https://doi.org/10.12968/bjom.2013.21.9.648>.

García-Armesto, S., Abadía-Taira, M.B., Durán, A., Hernández-Quevedo, C. and Bernal-Delgado, E. (2010) 'Spain: Health system review' *Health Systems in Transition*, 12(4):1–295. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/330332/HiT-12-4-2010-eng.pdf?sequence=5&isAllowed=y> [Consultado: 11 Enero 2024].

Generalitat Valenciana, (2023) *Memoria de Gestión Conselleria de Sanidad Universal y Salud Pública 2022*. Disponible en: https://www.san.gva.es/documents/d/portal-estadistico/memoria_2022_es. [Consultado: 11 Enero 2024].

Goberna-Tricas, J.G. (2023) 'Ante la falta de matronas, debemos cuestionarnos el modelo formativo'. *MUSAS. Revista de Investigación en Mujer, Salud y Sociedad*, 8(1), pp.1-3. Disponible en: <https://revistes.ub.edu/index.php/MUSAS/article/view/42951/39570>. [Consultado: 09 Enero 2024].

Greenhalgh, T., Robert, G., Macfarlane, F., Bate, P. and Kyriakidou, O. (2004) 'Diffusion of innovations in service organizations: systematic review and recommendations'. *The milbank quarterly*, 82(4), pp.581-629. Disponible en: <https://doi.org/10.1111/j.0887-378X.2004.00325.x>.

Hennink, M. and Kaiser, B.N. (2022) 'Sample sizes for saturation in qualitative research: A systematic review of empirical tests'. *Social science & medicine*, 292, p.114523. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2021.114523>.

Holt, D.T., Armenakis, A.A., Feild, H.S. and Harris, S.G. (2007) 'Readiness for organisational change: The systematic development of a scale'. *The Journal of Applied Behavioral Science*, 43(2), pp.232-255. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.midw.2021.103146>.

Homer, C.S., Cheah, S.L., Rossiter, C., Dahlen, H.G., Ellwood, D., Foureur, M.J., Forster, D.A., McLachlan, H.L., Oats, J.J., Sibbritt, D. and Thornton, C. (2019)

'Maternal and perinatal outcomes by planned place of birth in Australia 2000–2012: a linked population data study'. *BMJ open*, 9(10), p.e029192. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1136/bmjopen-2019-029192>.

Homer, C.S., Friberg, I.K., Dias, M.A.B., ten Hoop-Bender, P., Sandall, J., Speciale, A.M. and Bartlett, L.A. (2014) 'The projected effect of scaling up midwifery'. *The Lancet*, 384(9948), pp.1146-1157. Disponible en: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)60790-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(14)60790-X).

Hunter, B., Thomas, G., Wilhelmová, R., Trendafilova, P., Blaževičienė, A., Lynch, L. and Jokinen, M. (2022) 'Strengthening global midwifery education to improve quality maternity care: Co-designing the World Health Organization Midwifery Assessment Tool for Education (MATE)'. *Nurse Education in Practice*, 63, p.103376. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.nepr.2022.103376>.

International Confederation of Midwives (ICM), (2005) *International definition of the midwife*. Disponible en: <https://www.internationalmidwives.org/assets/files/definitions-files/2023/07/08/ en international-definition-of-the-midwife.pdf>. [Consultado: 19 Enero 2024].

Liberati, E.G., Tarrant, C., Willars, J., Draycott, T., Winter, C., Kuberska, K., Paton, A., Marjanovic, S., Leach, B., Lichten, C. and Hocking, L. (2021) 'Seven features of safety in maternity units: a framework based on multisite ethnography and stakeholder consultation'. *BMJ Quality & Safety*, 30(6), pp.444–456. Disponible en: <https://qualitysafety.bmj.com/content/qhc/30/6/444.full.pdf>. [Consultado: 11 Enero 2024].

López-Toribio, M., Bravo, P. and Llupià, A. (2021) 'Exploring women's experiences of participation in shared decision-making during childbirth: a qualitative study at a reference hospital in Spain'. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 21(1), pp.1-12. Disponible en: <https://doi.org/10.1186/s12884-021-04070-3>.

MacFarlane, A.J., Blondel, B., Mohangoo, A.D., Cuttini, M., Nijhuis, J., Novak, Z., Ólafsdóttir, H.S., Zeitlin, J. and Euro-Peristat Scientific Committee. (2016) 'Wide differences in mode of delivery within Europe: risk-stratified analyses of aggregated routine data from the Euro-Peristat study'. *BJOG: An International Journal of Obstetrics*

& *Gynaecology*, 123(4), pp.559-568. Disponible en: <https://doi.org/10.1111/1471-0528.13284>.

Macfarlane, A.J., Rocca-Ihenacho, L. and Turner, L.R. (2014) 'Survey of women' s experiences of care in a new freestanding midwifery unit in an inner city area of London, England: 2. Specific aspects of care'. *Midwifery*, 30(9), pp.1009-1020. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.midw.2014.05.008>.

Martin-Arribas, A., Escuriet, R., Borràs-Santos, A., Vila-Candel, R. and González-Blázquez, C. (2022) 'A comparison between midwifery and obstetric care at birth in Spain: Across-sectional study of perinatal outcomes'. *International Journal of Nursing Studies*, 126, p.104129. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2021.104129>.

Martín-Arribas, A., Vila-Candel, R., O'connell, R., Dillon, M., Vila-Bellido, I., Beneyto, M.Á., De Molina-Fernández, I., Rodríguez-Conesa, N., González-Blázquez, C. and Escuriet, R. (2020) 'Transfers of care between healthcare professionals in obstetric units of different sizes across Spain and in a hospital in Ireland: The midconbirth study'. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(22), p.8394. Disponible en: <https://www.mdpi.com/1660-4601/17/22/8394>. [Consultado 09 Enero 2024].

McCourt, C., Rance, S., Rayment, J. and Sandall, J. (2011) *Birthplace qualitative organisational case studies: how maternity care systems may affect the provision of care in different birth settings Birthplace in England research programme. Final report part 6*. HMSO. Disponible en: https://www.npeu.ox.ac.uk/assets/downloads/birthplace/Birthplace_Report_6_-_Qualitative_organisational_case_studies.pdf. [Consultado 09 Enero 2024].

McCourt, C., Rance, S., Rayment, J. and Sandall, J. (2018) 'Organising safe and sustainable care in alongside midwifery units: findings from an organisational ethnographic study'. *Midwifery*, 65, pp.26-34. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.midw.2018.06.023>.

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

https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK259636/pdf/Bookshelf_NBK259636.pdf.

[Consultado 14 Enero 2024].

Miller, S., Abalos, E., Chamillard, M., Ciapponi, A., Colaci, D., Comandé, D., Diaz, V., Geller, S., Hanson, C., Langer, A. and Manuelli, V. (2016) 'Beyond too little, too late and too much, too soon: a pathway towards evidence-based, respectful maternity care worldwide'. *The Lancet*, 388(10056), pp.2176-2192. Disponible en:

[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)31472-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)31472-6).

Ministerio de Sanidad y Consumo (MSC) (2008) *Strategy for Assistance at Normal Childbirth in the National Health System 2007*. Disponible en:

<https://www.sanidad.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/estrategiaPartoNormalEnglish.pdf>. [Consultado 09 Enero 2024].

Ministerio de Sanidad y Política Social (2010) *Guía de Práctica Clínica sobre la Atención al Parto Normal. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Política Social*. Disponible en: https://portal.guiasalud.es/wp-content/uploads/2018/12/GPC_472_Parto_Normal_Osteba_compl.pdf. [Consultado 09 Enero 2024].

Moon, K., and Blackman, D. (2014) 'A Guide to Understanding Social Science Research for Natural Scientists'. *Conservation Biology*, 28: 1167-1177. Disponible en: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/cobi.12326/full>. [Consultado 16 Enero 2024].

Monje-Amor, A., Vázquez, J.P.A. and Faíña, J.A. (2020) 'Transformational leadership and work engagement: Exploring the mediating role of structural empowerment'. *European Management Journal*, 38(1), pp.169-178. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.emj.2019.06.007>.

Morris, Z.S., Wooding, S., Grant, J. (2011) 'The answer is 17 years, what is the question: understanding time lags in translational research'. *J R Soc Med* 104(12):510–520. Disponible en: <https://doi.org/10.1258/jrsm.2011.110180>.

National Institute for Health and Care Excellence (NICE) (2014) *Intrapartum care of healthy women and their babies*. Clinical Guideline, CG190. Disponible en:

<https://www.nice.org.uk/guidance/cg190/resources/intrapartum-care-for-healthy-women-and-babies-pdf-35109866447557>. [Consultado 11 Enero 2024].

Nove, A., ten Hoop-Bender, P., Boyce, M., Bar-Zeev, S., de Bernis, L., Lal, G., Matthews, Z., Mekuria, M. and Homer, C.S. (2021) 'The State of the World's Midwifery 2021 report: findings to drive global policy and practice'. *Human resources for health*, 19, pp.1-7. Disponible en: https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/21-038-UNFPA-SoWMy2021-Report-ENv4302_0.pdf. [Consultado 14 Enero 2024].

O'Reilly, K. (2012) *Ethnographic methods*. Oxon: Routledge.

Olza, I., Leahy-Warren, P., Benyamini, Y., Kazmierczak, M., Karlsdottir, S.I., Spyridou, A., Crespo-Mirasol, E., Takács, L., Hall, P.J., Murphy, M. and Jonsdottir, S.S. (2018) 'Women's psychological experiences of physiological childbirth: a meta-synthesis'. *BMJ open*, 8(10), p.e020347. Disponible en: <https://bmjopen.bmj.com/content/bmjopen/8/10/e020347.full.pdf>. [Consultado 04 Enero 2024].

Rafferty, A.E., Jimmieson, N.L. and Armenakis, A.A. (2013) 'Change readiness: A multilevel review'. *Journal of Management*, 39(1), pp.110–135. Disponible en: <https://doi.org/10.1177/0149206312457417>.

Research organisation (2023) *Activitat Sala de Parts*, Unpublished data. Research organisation.

Recio-Alcaide, A. (2015) 'La atención al parto en España: Cifras para reflexionar sobre un problema' *Dilemata*, (18), pp.13-26. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5106931> [Consultado 11 Enero 2024].

Recio-Alcaide, A. and Arranz, J.M. (2022) 'An impact evaluation of the strategy for normal birth care on caesarean section rates and perinatal mortality in Spain'. *Health Policy*, 126(1), pp.24-34. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2021.11.003>.

Renfrew, M., Ateva, E., Dennis-Antwi, J.A., Davis, D., Dixon, L., Johnson, P., Kennedy, H.P., Knutsson, A., Lincetto, O., McConville, F. and McFadden, A. (2019) 'Midwifery is

a vital solution: what is holding back global progress?' *Birth*, 46(3), pp.396-399.

Disponible en: <https://doi.org/10.1111/birt.12442>.

Renfrew, M.J., McFadden, A., Bastos, M.H., Campbell, J., Channon, A.A., Cheung, N.F., Silva, D.R.A.D., Downe, S., Kennedy, H.P., Malata, A. and McCormick, F. (2014) 'Midwifery and quality care: findings from a new evidence-informed framework for maternal and newborn care'. *The Lancet*, 384(9948), pp.1129-1145. Disponible en: [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(14\)60789-3/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(14)60789-3/fulltext). [Consultado 09 Enero 2024].

Requena Aguilar, A., Sánchez, R. (2022) 'El mapa de las cesáreas en España: los hospitals que abusan de los partos quirúrgicos'. *elDiario.es*, 16 October. Disponible en: https://www.eldiario.es/sociedad/mapa-tasa-cesareas-espana-hospitales-abusan-partos-quirurgicos_1_9545161.html. [Consultado 06 Enero 2024].

Rocca-Ihenacho, L. (2023) 'An ethnographic study of the philosophy, culture and practice in an urban freestanding midwifery unit'. *Practising Midwife*, (26)11, pp 26-30. Disponible en: [doi: 10.55975/DQCR5128](https://doi.org/10.55975/DQCR5128).

Rocca-Ihenacho, L., Batinelli, L., Thael, E., Rayment, J., Newburn, M. and McCourt, C. (2018) 'Midwifery unit standards'. London: London City University. Disponible en: <https://www.midwiferyunitnetwork.org/mu-standards/>. [Consultado 06 Enero 2024].

Rocca-Ihenacho, L., Yuill, C. & McCourt, C. (2021) 'Relationships and trust: Two key pillars of a well-functioning freestanding midwifery unit'. *Birth*, 48(1), pp.104–113. Disponible en: <https://doi.org/10.1111/birt.12521>.

Ruiz, M.R. and Limonero, J.T. (2014) 'Professional attitudes towards normal childbirth in a shared care unit'. *Midwifery*, 30(7), pp.817-824. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.midw.2013.07.003>.

Sampedro, S. (2023) 'Sanidad destinará 3.3 millones de euros a crear la primera "casa de partos" de la Comunidad Valenciana'. *El Español*, 2 April. Disponible en: <https://www.elespanol.com/alicante/vivir/salud/20230402/sanidad-destinara-millones->

primera-partos-comunidad-valenciana/753174703_0.html. [Consultado 06 Enero 2024].

Sandall, J., Soltani, H., Gates, S., Shennan, A. and Devane, D. (2016) 'Midwife-led continuity models versus other models of care for childbearing women'. *Cochrane database of systematic reviews*. Disponible en:

<https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD004667.pub5/full>.

[Consultado 06 Enero 2024].

Scarf, V.L., Rossiter, C., Vedam, S., Dahlen, H.G., Ellwood, D., Forster, D., Foureur, M.J., McLachlan, H., Oats, J., Sibbritt, D. and Thornton, C. (2018) 'Maternal and perinatal outcomes by planned place of birth among women with low-risk pregnancies in high-income countries: a systematic review and meta-analysis'. *Midwifery*, 62, pp.240-255. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.midw.2018.03.024>.

Schaefer, J.D. and Welton, J.M. (2018) 'Evidence based practice readiness: A concept analysis'. *Journal of nursing management*, 26(6), pp.621-629. Disponible en:

<https://doi.org/10.1111/jonm.12599>.

Stevens, J.R., Sabin, L.L., Onyango, M.A., Sarker, M. and Declercq, E. (2022) 'Midwifery centers as enabled environments for midwifery: A quasi experimental design assessing women's birth experiences in three models of care in Bangladesh, before and during covid', *PLOS ONE*, 17(12), p. e0278336. Disponible en:

<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0278336>.

Vindrola-Padros, C. and Vindrola-Padros, B. (2018) 'Quick and dirty? A systematic review of the use of rapid ethnographies in healthcare organisation and delivery'. *BMJ Quality & Safety*, 27(4), pp.321-330. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1136/bmjqs-2017-007226>.

Walsh, D., Spiby, H., McCourt, C., Grigg, C., Coleby, D., Bishop, S., Scanlon, M., Culley, L., Wilkinson, J., Pacanowski, L. and Thornton, J. (2020) 'Factors influencing the utilisation of free-standing and alongside midwifery units in England: a qualitative research study'. *BMJ open*, 10(2), p.e 033895. Disponible en:

<http://dx.doi.org/10.1136/bmjopen-2019-033895>.

Weiner, B.J. (2009) 'A theory of organizational readiness for change'. *Implementation Science*, 4(1), pp.1-9. Disponible en: <https://doi.org/10.1186/1748-5908-4-67>.

Wong, C.Y., He, H.G., Shorey, S. and Koh, S.S. (2017) 'An integrative literature review on midwives' perceptions on the facilitators and barriers of physiological birth'. *International Journal of Nursing Practice*, 23(6), p.e12602. Disponible en: <https://doi.org/10.1111/ijn.12602>.

World Health Organization (1996) *Care in normal birth: a practical guide. Report of a Technical Working Group. Reproductive Health and Research*. Disponible en: https://szoptatas.info/sites/default/files/Care_in_Normal_Birth-A_Practical_Guide-WHO1996.pdf. [Consultado 16 Enero 2024].

World Health Organization (2018) *WHO recommendations on intrapartum care for a positive childbirth experience*. Available at: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241550215>. [Consultado 06 Enero 2024].

World Health Organization (2020). *Year of the nurse and the midwife: 2020*. Disponible en: <https://www.who.int/campaigns/year-of-the-nurse-and-the-midwife-2020>. [Consultado 16 Enero 2024].