



Centros de Nacimiento: del modelo a la realidad

Guía de implementación NAIXEM

Resultado del Proyecto de Investigación “Estrategias y modelos para la mejora de la seguridad, funcionalidad y experiencia de usuario en centros de nacimiento” (GVA. INNEST/2023/93 INNEST/2023/50, INNEST/2023/62, INNEST/2023/93, INNEST/2023/98, INNEST/2023/233, INNEST/2023/234) dentro del Programa de Proyectos Estratégicos en Cooperación, financiado por la Unión Europea en el marco del Programa Fondo Europeo de Desarrollo Regional (FEDER), Comunitat Valenciana 2021-2027. Investigadora Principal: Soledad Carreguí Vilar.

ISBN: 978-84-482-7129-9

Edita:  GENERALITAT
VALENCIANA

Coordinación científica

Soledad Carreguí Vilar
IP Proyecto NAIKEM
FISABIO

Coordinación científica adjunta

Juan Serra Lluch
Lucia Rocca-Ihenacho

Autores

La autoría de cada capítulo se especifica al inicio del mismo.

Soledad Carreguí Vilar, Juan Serra Lluch, Lucia Rocca-Ihenacho, Judith Janssen, Andrea Codoñer Canet, Ana Sanchez Alonso, M^a José Palomares Blanco, M^a Teresa Parra Soriano, Sandra Castell Folch, Marta Valerio, Marina Daniele, Louisa Hope Jackson, Laura Peña Ortega, Francisca Fernandez Guillén, Eva M. Álvarez Isidro, Marina Puyuelo Cazorla, Javier Cortina Maruenda, Mónica Val Fiel, Carlos J. Gómez Alfonso, Ana Torres Barchino, Diego Martín de Torres, Laura Iglesias Barras, Carla Zollinger, M^a José Mas Jiménez, Celeste Sanahuja Edo, M^a Vicenta Ros Aranda, Laura Martí Gozalbo, Maria Nemesio Tordera, Teresa Esclapés Gimenez, Maria Notario Lara, Marie Lewis, Amparo Lopez-Vicente, Ricard Barberà-Guillem, Júlia García Bayarri, Sara Moreno Tarín.

En esta guía, los autores utilizan de forma predominante el término “mujeres” para referirse a la población objeto de atención, en coherencia con la mayor parte de la evidencia científica disponible. No obstante, se reconoce y respeta la diversidad de identidades y realidades, incluyendo a todas las personas gestantes. Por ello, el contenido de esta guía está dirigido a cualquier persona que pueda estar embarazada, con un enfoque inclusivo y respetuoso.

Diseño y maquetación

Joanrojeski Estudi Creatiu



© 2026 [Proyecto NAIKEM]

Esta obra está bajo una licencia **Creative Commons Atribución–No Comercial 4.0 Internacional (CC BY-NC 4.0)**.

Se permite compartir (copiar y redistribuir el material en cualquier medio o formato) y adaptar (remezclar, transformar y crear a partir del material), siempre que se reconozca adecuadamente la autoría y no se realice un uso comercial de la obra.

Para más información sobre los términos de la licencia:

<https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/>



IVACE+i INSTITUTO VALENCIANO
DE COMPETITIVIDAD
E INNOVACIÓN



Financiado por
la Unión Europea



Esta obra completa debe ser citada como:

“Carreguí Vilar, S., Serra-Lluch, J., & Rocca-Ihenacho, L. (Eds.). (2026). *Centros de nacimiento: del modelo a la realidad. Guía de implementación NAIXEM*. Generalitat Valenciana – Proyecto NAIXEM. ISBN 978-84-482-7129-9.”

Los capítulos individuales deben citarse siguiendo el formato:

“Autor/a del capítulo. (2026). Título del capítulo. En S. Carreguí Vilar, J. Serra-Lluch, & L. Rocca-Ihenacho (Eds.), *Centros de nacimiento: del modelo a la realidad. Guía de implementación NAIXEM* (pp. xx–xx). Generalitat Valenciana – Proyecto NAIXEM.”

Prefacio y prólogos

PREFACIO INVESTIGADORA PRINCIPAL NAIXEM

El nacimiento es un acontecimiento trascendental en la vida de las mujeres, de sus recién nacidos y de sus familias, y constituye también un momento clave para los sistemas sanitarios, en tanto que refleja de manera muy clara sus valores, prioridades y modelos de atención. En este contexto, el proyecto estratégico NAIXEM nace con la convicción de que es posible y necesario avanzar hacia modelos de atención al nacimiento más respetuosos, seguros, equitativos y centrados en las personas, sin renunciar en ningún caso a la calidad clínica ni a la eficiencia del sistema.

Los Centros de Nacimiento representan una innovación organizativa y asistencial de gran relevancia. Se trata de espacios liderados por matronas que ofrecen atención al parto de baja complejidad basada en la fisiología, la continuidad asistencial y el respeto a los tiempos, decisiones y necesidades de las mujeres. La evidencia científica internacional ha demostrado de forma consistente que este modelo se asocia a excelentes resultados clínicos, altos niveles de satisfacción y una utilización más adecuada de las intervenciones, contribuyendo a mejorar la calidad de la atención y la experiencia del nacimiento. No es casualidad que organismos internacionales como la Organización Mundial de la Salud (OMS) recomienden explícitamente los modelos de continuidad de atención liderados por matronas, reconociendo los múltiples beneficios que aportan tanto a las mujeres y los recién nacidos como a los propios sistemas sanitarios.

Sin embargo, a pesar de esta sólida base de evidencia, la implementación de Centros de Nacimiento sigue siendo un reto en muchos contextos. Las barreras no son únicamente clínicas o económicas, sino también organizativas, culturales y profesionales. Transformar un modelo de atención implica revisar prácticas arraigadas, redefinir roles, generar confianza entre profesionales y construir una visión compartida en torno al cuidado del nacimiento. Es precisamente en este espacio donde esta Guía de Implementación NAIXEM adquiere todo su sentido y valor.

Esta obra es el resultado de más de dos años de trabajo intenso, colaborativo y profundamente comprometido. Su objetivo es claro: ofrecer un recurso facilitador para gestores, responsables sanitarios y profesionales que deseen emprender la implementación de Centros de Nacimiento en sus departamentos de salud, aportando rigor técnico, evidencia científica, herramientas prácticas y una visión integradora del proceso. Aunque los Centros de Nacimiento son, por definición, espacios liderados por matronas, su éxito depende necesariamente de la implicación, colaboración y alineación de todo el equipo asistencial. Obstetras, pediatras, anestesistas, personal de enfermería, equipos de emergencias, atención primaria y servicios sociales deben compartir una misma visión centrada en las mujeres, sus recién nacidos y sus familias, entendiendo el nacimiento como un proceso vital, fisiológico y profundamente humano.

NAIXEM ha sido también un proyecto de innovación en el sentido más amplio del término. Innovar en salud no consiste únicamente en desarrollar nuevas tecnologías, sino en repensar los modelos de atención para que respondan mejor a las necesidades reales de la población. La innovación aplicada al bienestar y a la salud es un motor esencial de progreso social: mejora los resultados clínicos, fortalece la confianza en los sistemas sanitarios, reduce desigualdades y contribuye a construir sociedades más justas, saludables y sostenibles. Apostar por modelos de atención innovadores, basados en la evidencia y en los derechos de las personas, es apostar por el futuro.

Nada de lo que recoge esta guía habría sido posible sin la colaboración de un amplio y diverso grupo de entidades y personas. Quiero expresar mi más sincero agradecimiento a todos los socios del proyecto NAIXEM: a los investigadores de la ETS de Arquitectura y la ETS de Ingeniería Aeroespacial y Diseño Industrial de València, por su aportación fundamental en el diseño de espacios que cuidan, acompañan y humanizan; al Instituto Tecnológico de la Cerámica, por su contribución al desarrollo de soluciones innovadoras y sostenibles; y a las empresas Hidromasajes ECA, Fustecma y Ablaze, cuya implicación

y capacidad de innovación han sido clave para demostrar que es posible materializar los Centros de Nacimiento con rigor, calidad y excelencia.

Un agradecimiento muy especial merece la Fundación FISABIO, por confiar en mí como investigadora principal de este proyecto estratégico y por apoyar una iniciativa que apuesta de forma decidida por la innovación, la evidencia y la mejora de la atención a la salud de las mujeres. Gracias también a **Laura Belenguer, por su excelente trabajo y a todas las mujeres y asociaciones** como Mamare, Mametes i mes, Amamanta, **a las compañeras matronas y al conjunto de profesionales sanitarios del Departamento de Salud del Hospital Universitario La Plana**, así como entidades científicas como el Instituto de Biomecánica de Valencia (IBV), City St George's University of London, Midwifery Unit Network que han participado activamente en la reflexión, el análisis y la redacción de esta guía, compartiendo experiencias, conocimientos y miradas diversas. Y, por supuesto, a las administraciones públicas que han respaldado el proyecto y han hecho posible que NAIXEM avance desde la idea hasta la realidad.

El camino no ha sido fácil. Han sido más de dos años de trabajo intenso, superando numerosas dificultades, conciliando tiempos, disciplinas y perspectivas distintas. Pero el esfuerzo colectivo ha merecido la pena. Hoy podemos decir, con orgullo y responsabilidad, que esta guía y todo el trabajo desarrollado en el marco de NAIXEM son una realidad tangible, pensada no solo para el presente, sino para el futuro de nuestra sociedad.

Confío en que esta obra sirva de inspiración, de apoyo y de impulso para seguir transformando la atención al nacimiento, situando en el centro a las mujeres, a sus bebés y a sus familias, y contribuyendo a construir sistemas sanitarios más humanos, más justos y más respetuosos con uno de los momentos más importantes de la vida.

Soledad Carregui Vilar
IP Proyecto NAIXEM

Enhorabuena por la publicación de la Guía Naixem para la implementación de Centros de Nacimiento. Se trata de un logro importante para ampliar y fortalecer los modelos de atención liderados por matronas (MMOC).

Los Centros de Nacimiento son un pilar fundamental de estos modelos. La evidencia es clara: para las mujeres y sus familias, mejoran los resultados de salud y la experiencia del parto; para las matronas, aumentan la satisfacción laboral y favorecen su permanencia en el trabajo; y para los sistemas de salud, representan una inversión rentable, fortalecen la resiliencia y contribuyen a generar confianza en los profesionales y en el propio sistema, tanto a corto como a largo plazo.

La Guía Naixem es una herramienta clave que permitirá a todos los actores implicados ampliar estos modelos de atención, en un momento especialmente oportuno. Cada vez existe más evidencia sobre el impacto positivo en la salud y el retorno económico de invertir en estos modelos y en los Centros de Nacimiento.

En el contexto actual, marcado por múltiples crisis —como el cambio climático, conflictos inesperados y violentos, crisis económicas o retrocesos en los derechos de las mujeres—, invertir en estos modelos de atención resulta más urgente que nunca. Los sistemas de salud deben ser más ágiles y resilientes, lo que implica fortalecer los servicios comunitarios y los modelos de atención cercanos a la población.

El mundo en el que vivimos exige pensar de forma creativa, utilizar de manera eficiente los recursos disponibles y adaptarnos basándonos en la mejor evidencia científica, así como en las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y en los estándares y competencias globales de la Confederación Internacional de Matronas (ICM). Estos estándares definen lo necesario para que la matronería alcance todo su potencial al servicio de las mujeres, las personas con diversidad de género, las comunidades y los sistemas de salud, y constituyen un elemento central de esta guía.

La Guía Naixem se basa en experiencias reales y en la evidencia sobre la implementación de Centros de Nacimiento en la región. Ofrece a matronas, sistemas de salud y comunidades una guía fundamentada en la evidencia y la práctica para aprovechar fortalezas y superar barreras en la creación de estos centros.

Las matronas son expertas en la salud de las mujeres y en los procesos fisiológicos. Por ello, su liderazgo en la definición de estándares para los Centros de Nacimiento es lógico y necesario, y merece ser celebrado. Las matronas y las mujeres trabajan en colaboración, diseñando conjuntamente los cuidados y promoviendo un enfoque centrado en la mujer.

Actualmente, en Europa, los modelos de atención obstétrica, basados en enfoques más medicalizados y centrados en el riesgo, son los más habituales en la organización de los servicios de maternidad. Aunque este modelo es adecuado y necesario para entre un 10 % y un 15 % de las mujeres, no debería ser el modelo por defecto para todas. La evidencia demuestra que la colaboración interprofesional, basada en el respeto mutuo y en la derivación adecuada entre matronas y obstetras, ofrece los mejores resultados y constituye la opción más sostenible y eficiente.

Con la elaboración de esta Guía Naixem, las matronas garantizan que los Centros de Nacimiento se fundamenten en la evidencia que respalda estos modelos de atención. Además, abren un camino para que estos modelos crezcan, se consoliden en la práctica y permitan a las mujeres acceder a una atención individualizada, respetuosa y basada en la filosofía de cuidados de la matronería.

Este manual también establece una base sólida para ampliar los Centros de Nacimiento, asegurando que se alineen con los estándares y competencias globales de la ICM. Proporciona un referente común de calidad y seguridad, refuerza la rendición de cuentas y empodera a las matronas para defender con confianza su ámbito profesional.

Asimismo, facilita a las mujeres el acceso a información clara y transparente sobre la atención, para que puedan tomar decisiones informadas.

Este es un espacio propio de la matronería, definido por su filosofía y por las necesidades de las mujeres. ¡Enhorabuena!

Daniela Drandic

Human Rights in Childbirth

La **Federación de Asociaciones de Matronas de España (FAME)** celebra la publicación de la guía Centros de Nacimiento: del modelo a la realidad, un documento que supone un paso relevante en el avance hacia modelos de atención al nacimiento basados en la evidencia científica, el respeto a la fisiología y los derechos de las mujeres y sus familias.

Esta guía constituye una herramienta de gran valor para comprender, desarrollar e implementar Centros de Nacimiento de forma rigurosa, segura y coherente con los sistemas sanitarios actuales. Los Centros de Nacimiento, liderados por matronas, representan una opción consolidada a nivel internacional para mujeres con embarazos de bajo riesgo, y permiten ofrecer una atención que integra seguridad, acompañamiento profesional y bienestar emocional.

Todas las mujeres deben tener la oportunidad de participar activamente en las decisiones relacionadas con la atención que reciben durante el proceso de parto, incluida la elección del lugar en el que este se desarrolla. En este sentido, la presente guía contribuye a generar un marco común de conocimiento, favoreciendo el consenso profesional y social necesario para su adecuada implantación.

Desde FAME felicitamos a las autoras por el rigor, el compromiso y la calidad de este trabajo, confiando en que esta guía tenga un impacto significativo tanto a nivel nacional como internacional y contribuya al desarrollo de Centros de Nacimiento como parte integrada y reconocida de la atención al nacimiento.

María José Caravaca Berenguer

Presidenta de la Federación de Asociaciones de España (FAME)

La organización de la atención al nacimiento constituye uno de los indicadores más elocuentes de la orientación ética, clínica y estratégica de un sistema de salud. No se trata únicamente de garantizar resultados seguros, que son irrenunciables, sino de definir cómo se equilibra la tecnología con la fisiología, la intervención con el acompañamiento y la eficiencia con el respeto a la autonomía de las mujeres.

En nuestro entorno, los indicadores de salud materna y neonatal sitúan al sistema público en estándares elevados de seguridad. Sin embargo, la evaluación de los sistemas sanitarios no puede limitarse a los resultados de morbilidad. El concepto actual de calidad asistencial integra también la experiencia de las personas usuarias, la adecuación y proporcionalidad de las intervenciones, la reducción de la variabilidad clínica injustificada y la sostenibilidad organizativa. En este marco, la atención al parto constituye un espacio estratégico donde calidad, eficiencia y equidad deben articularse desde un enfoque de derechos, garantizando el ejercicio pleno de los derechos sexuales y reproductivos.

El trabajo que se presenta formula una propuesta de transformación estructurada de la atención al nacimiento, sustentada en la evidencia y alineada con los principios de la política sanitaria pública. No plantea una ruptura con el entorno hospitalario, sino una reorganización integrada que incorpora los Centros de Nacimiento liderados por matronas como parte de la red asistencial pública. La evidencia internacional es consistente: para mujeres con embarazos de baja complejidad, estos dispositivos ofrecen resultados clínicos equivalentes en términos de seguridad, reducen intervenciones innecesarias y mejoran de manera significativa la experiencia del parto.

Desde la planificación sanitaria, este enfoque permite una asignación más adecuada de recursos, diferenciando circuitos de baja y alta complejidad y reservando la tecnología hospitalaria intensiva para las situaciones que realmente la requieren. Contribuye a disminuir la medicalización evitable, fortalecer la continuidad de cuidados y optimizar la organización del sistema en su conjunto.

La propuesta sitúa también la autonomía profesional de las matronas en el lugar que le corresponde dentro del sistema, en coherencia con las recomendaciones internacionales y el marco normativo vigente. Su implementación exige liderazgo institucional, cultura organizativa alineada y planificación deliberada, ya que la evidencia por sí sola no garantiza el cambio.

Transformar la atención al nacimiento no implica cuestionar los logros alcanzados, sino consolidarlos y proyectarlos hacia prácticas de mayor valor clínico y social. Supone reconocer que la calidad incluye la experiencia, que la seguridad es compatible con la fisiología y que la sostenibilidad del sistema exige intervenciones proporcionadas y coherentes con un enfoque de derechos.

Este libro ofrece una hoja de ruta rigurosa para avanzar en esa dirección. Confío en que contribuya a impulsar decisiones responsables y fundamentadas en favor de una atención al nacimiento más segura, más eficiente y plenamente centrada en las mujeres.

Porque la manera en que acompañamos el inicio de la vida refleja, en última instancia, la madurez y la coherencia de nuestro sistema sanitario.

Dr. Ramon Escuriet

Matrón y Director del Pla de Salut Afectiva, Sexual i Reproductiva del Departament de Salut de Catalunya.

El proyecto NAIKEM se enmarca en una voluntad de transformación mediante la promoción de Centros de Nacimiento liderados por matronas, donde las mujeres sean protagonistas activas de su proceso. Su apuesta por integrar innovación tecnológica, diseño cerámico y colaboración entre instituciones sanitarias, universidades y empresas abre una vía interesante para mejorar los entornos de maternidad. La monitorización inalámbrica, la creación de espacios que favorecen el movimiento, la intimidad o el uso del agua caliente son elementos que pueden contribuir a reducir intervenciones innecesarias, el dolor y los riesgos asociados. La evidencia científica es clara: los entornos menos medicalizados y más respetuosos con la fisiología favorecen mejores experiencias y, en muchos casos, mejores resultados.

Más desde nuestra experiencia acompañando a miles de mujeres y familias, sabemos que la humanización del parto no puede depender únicamente del diseño arquitectónico ni de la incorporación de nuevas tecnologías. Una bañera, una luz cálida o un dispositivo inalámbrico no garantizan por sí mismos un parto respetado. Lo que transforma la experiencia no es el objeto, sino la cultura asistencial que lo sostiene. Humanizar implica reconocer a las mujeres como sujetos de derecho, garantizar su autonomía, ofrecer información veraz y comprensible, respetar los tiempos de la fisiología y asegurar un trato digno en todo momento. Implica también profesionales formadas, condiciones laborales adecuadas y estructuras organizativas que permitan cuidar sin prisas ni presiones.

En los últimos años, los centros de nacimientos han surgido como una alternativa a los hospitales tradicionales, presentándose como espacios más íntimos y centrados en la fisiología. Sin embargo, su mera existencia no asegura la transformación que necesitamos. Si no se regulan, si no se auditan, si no escuchan las voces de las mujeres, pueden reproducir las mismas lógicas de control, infantilización y medicalización innecesaria que criticamos en otros entornos. La violencia obstétrica no desaparece por cambiar de edificio; desaparece cuando cambian las prácticas, las actitudes y las relaciones de poder.

Por ello defendemos que cualquier centro de nacimientos —público o privado— debe asentarse sobre pilares sólidos: respeto absoluto a la Ley de Autonomía del Paciente; garantías efectivas de partos libres de violencia obstétrica; protocolos basados en evidencia y auditorías independientes; participación activa de las mujeres y de las asociaciones de usuarias; y accesibilidad universal, para que no se conviertan en un privilegio de unas pocas, sino en una opción real dentro del sistema público de salud.

Ojalá este libro contribuya a abrir conversaciones necesarias, a cuestionar inercias y a impulsar un debate honesto sobre qué significa realmente humanizar el nacimiento. Si el diseño y la tecnología se integran en un modelo asistencial respetuoso, centrado en la mujer y basado en la fisiología, serán herramientas valiosas. Si no, corremos el riesgo de quedarnos en la superficie.

El parto y el nacimiento merecen compromiso, coherencia y una defensa firme de la dignidad como principio irrenunciable. Y ese cambio solo será posible si lo construimos juntas, escuchando y amplificando la voz de las mujeres.

El Parto es Nuestro

Rakel, Ana, Mireia y Edurne
Junta Directiva

ABREVIATURAS

- AABC.** American Association of Birth Centers
- AAP.** American Academy of Pediatrics
- ACOG.** American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG)
- AE.** Atención hospitalaria Especializada
- AEP.** Asociación Española de Pediatría
- AFI.** Auscultación Fetal Intermitente
- AINEs.** Antiinflamatorios No Esteroideos
- AMU.** Alongside Midwifery Units (Unidades lideradas por matronas adosadas al Hospital)
- ANF.** Análisis de las Necesidades de Formación
- AFI.** Auscultación Fetal Intermitente
- AP.** Atención Primaria
- BS.** Bilirrubina Sérica
- BTC.** Bilirrubina Transcutánea
- CABC.** Commission for the Accreditation of Birth Centers
- CASIA.** Confort, Apropiación, Seguridad, Intimidad y Activación
- CASP.** Critical Appraisal Skills Programme
- CE.** Conformité Européenne
- CEI.** Comité de Ética de Investigación
- CFIR.** Consolidated Framework for Implementation Research
- CID.** Coagulación Intravascular Diseminada
- CINHAL.** Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature
- CMV.** Citomegalovirus
- CN.** Centros de Nacimiento
- CPC.** Desarrollo Profesional Continuo
- CPP.** Contacto Piel con Piel
- CST.** Cesárea
- CTG.** Cardiotocógrafo
- EA.** Equipo Avanzado
- EB.** Exceso de Bases
- EC.** Equipo Consultor de guardia
- ECP.** Embarazo Cronológicamente Prolongado
- EHRN.** Enfermedad Hemorrágica del RN
- EM.** Equipo multidisciplinar
- EMA.** European Midwives Association
- EMBASE.** Excerpta Medica Database
- EMCARE.** Elsevier's Emcare Nursing and Allied Health Database
- EMUA.** Acreditación de Unidades lideradas por matronas
- EV.** Endovenosa

- EVA.** Escala Visual Analógica
- FCF.** Frecuencia Cardíaca Fetal
- FIGO.** International Federation of Obstetrics & Gynecology
- FIV.** Fecundación In Vitro
- FMU.** Freestanding Midwifery Units (Unidades lideradas por matronas separadas del Hospital)
- FR.** Frecuencia Respiratoria
- GBEDN.** Global Birth Environment Design Network
- GPCA.** Gestaciones, Partos, Cesáreas, Abortos (Fórmula Obstétrica)
- HC.** Historia Clínica
- HCD.** Human Centered Design (Diseño Centrado en el ser Humano)
- HPP.** Hemorragia Posparto
- IBV.** Instituto de Biomecánica de Valencia
- ICM.** International Confederation of Midwives
- IHAN.** Iniciativa para la Humanización de la Asistencia al Nacimiento y la Lactancia
- IM.** Intramuscular
- IMC.** Índice de Masa Corporal
- IV.** Intravenoso
- KPIs.** Key Performance Indicators (Indicadores Clave de Desempeño)
- LA.** Líquido Amniótico
- LA.** Lactancia artificial
- LATCH.** Latch, Audible swallowing, Type of nipple, Comfort, Hold
- LI.** Leche infantil (fórmula)
- LM.** Lactancia Materna
- LOPS.** Ley de Ordenación de Profesiones Sanitarias
- Lpm.** Latido por minuto
- MaG.** Matrona de Guardia
- MCTG.** Monitorización Cardiotocográfica
- MEDLINE.** Medical Literature Analysis and Retrieval System Online
- MEFC.** Monitorización Electrónica de la Frecuencia Cardíaca Fetal
- MEPP.** Movilización Externa Pasiva de la Pelvis
- Mg.** miligramo
- MH.** Maternidades Hospitalarias
- MIDIRS.** Midwives Information & Resource Service
- MU.** Midwifery Unit o Unidad Liderada por matronas (ULM)
- MLC.** Midwife-Led Continuity of Care (Continuidad de cuidados liderada por matronas)
- MUNet.** Midwifery Unit Network
- MUSA.** Midwifery Unit Self Assessment Tool
- NAIXEM /NAIX-EM Proyecto estratégico en cooperación.** Estrategias y Modelos para la mejora de la Seguridad, funcionalidad y experiencia de usuario en Centros de Nacimiento. Convocatoria 2023. Nº Expediente: INNEST/2023/62

NHS. National Health Service

NICE. National Institute for Health and Care Excellence

NPT. Normalization Process Theory

OASIS. Obstetric Anal Sphincter Injuries

OCDE. Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico

OCI. Orificio Cervical Interno

OMS. Organización Mundial de la Salud

OR. Odds Ratio

ORAXMU. Organisational readiness assessment for midwifery Units in public maternity systems (Preparación organizativa para las Unidades lideradas por matronas)

P. Percentil

PANI. Presión Arterial No Invasiva

PAP. Periodo Activo de Parto

PDSA. Planificar Hacer Estudiar Actuar

PEG. Pequeño para la Edad Gestacional

PF. Plan de Formación

PFE. Peso Fetal Estimado

PG. Prostaglandinas

PH. Potencial de Hidrógeno

PRISMA. Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and MetaAnalyses

PROSPERO. International Prospective Register of Systematic Reviews

PTC. Pinzamiento Tardío de Cordón

QI. Quality Improvement

RCIU. Retraso del Crecimiento Intrauterino

RCP. Reanimación Cardio Pulmonar

REAIM. Reach, Effectiveness, Adoption, Implementation, Maintenance

Rh. Rhesus (Factor Rh, Grupo sanguíneo)

RN. Recién Nacido/a

RPBF. Riesgo de Pérdida de Bienestar Fetal

RPM. Rotura Prematura de Membranas

rPPG. Fotopletismografía remota

SAG. Streptococo Agalactiae (igual SGB)

SatO2 /SpO2. Saturación de Oxígeno

SC. Subcutánea

SG. Semanas Gestacionales

SGB. Streptococcus del Grupo B

SNS. Sistema Nacional de Salud

SpHb. noninvasive total hemoglobin monitoring

SPIDER. Sample, Phenomenon of interest, Design, Evaluation, Research type

SVB. Soporte Vital Básico

SVN. Soporte Vital Neonatal
TA. Tensión Arterial
TAd. Tensión Arterial diastólica
TAs. Tensión Arterial sistólica
TCAE. Técnico Cuidados Auxiliares de Enfermería
TCC. Tracción Controlada de Cordón
TENS. Transcutaneous Electrical Nerve Stimulation (Estimulación Nerviosa Eléctrica Transcutánea)
TEP. Tromboembolismo Pulmonar
TME. Trastornos Musculoesqueléticos
TOC. Trastorno Obsesivo Compulsivo
TRA. Tratamiento de Reproducción Asistida
TVP. Trombosis Venosa Profunda
UCLH. University College London Hospitals
UI. Unidades Internacionales
ULM. Unidad Liderada por Matronas (en inglés MU Midwifery Unit)
UNICEF. United Nations Children 's Fund (Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia)
UNFPA. United Nations Population Fund (Fondo de Población de las Naciones Unidas)
UO. Unidad Obstétrica (paritorio)
UPV. Universitat Politècnica de València
UTPR. Unidad de Trabajo de Parto, Parto, Alumbramiento y Recuperación
VIH. Virus de la Inmunodeficiencia Humana
VPP. Ventilación con Presión Positiva
VVP. Vía Venosa Periférica
WC. Water Closet (baño)
WHO. World Health Organization

Los anexos de esta guía están disponibles en línea en el siguiente enlace, accesible mediante el código QR.



CAPÍTULO 1. ANTECEDENTES Y JUSTIFICACIÓN

- 25 1. Introducción
- 26 2. ¿Por qué el modelo de cuidados continuados en los Centros de Nacimiento?
- 34 3. ¿Qué son los Centros de Nacimiento?
- 37 4. Principios básicos de la continuidad asistencial en los Centros de Nacimiento
- 39 5. Contexto histórico y desarrollo internacional de los Centros de Nacimiento
- 43 6. Bibliografía

CAPÍTULO 2. EVIDENCIA SOBRE LOS RESULTADOS CLÍNICOS, EXPERIENCIAS DE USUARIAS Y COSTE-EFECTIVIDAD DE LOS CENTROS DE NACIMIENTO

- 49 1. Evidencia sobre los resultados clínicos materno-neonatales en los Centros de Nacimiento
- 51 2. Evidencia cualitativa sobre la experiencia en Centros de Nacimiento
- 56 3. Experiencias de las usuarias del servicio en los CN
- 59 4. Análisis de coste-efectividad en la implementación de los Centros de Nacimiento en Europa
- 64 5. Conclusión global sobre la evidencia existente
- 64 6. Bibliografía

CAPÍTULO 3. CONSTRUYENDO ESPACIOS DE AUTONOMÍA PARA LA PRÁCTICA DE LAS MATRONAS

- 73 1. Competencias de la matrona
- 75 2. Autonomía profesional de la matrona y colaboración multidisciplinar
- 76 3. Prescripción médica
- 77 4. Manejo de ecografía
- 78 5. Situaciones que requieren valoración o intervención médica
- 79 6. Lex artis y responsabilidad profesional
- 80 7. Normas de funcionamiento interno para equipos asistenciales
- 80 8. Conclusión
- 80 9. Preguntas frecuentes
- 83 10. Bibliografía

CAPÍTULO 4. FORTALECIENDO LA AUTONOMÍA DE LAS MUJERES EN EL PROCESO DE IMPLEMENTACIÓN DE LOS CN

- 87 1. Autonomía de la mujer
- 87 2. Derecho a la información
- 87 3. Derecho a decidir y consentimiento informado
- 90 4. Derecho a elegir entre las alternativas disponibles
- 91 5. Valor del protocolo médico
- 92 6. Protección de la intimidad
- 92 7. Protección de la dignidad
- 93 8. Derecho a identificar a los asistentes

93	9. Perspectiva internacional sobre la protección de derechos
94	10. Preguntas frecuentes
95	11. Recomendaciones y buenas prácticas
101	12. Bibliografía

CAPÍTULO 5. COMPRENDER LA PREPARACIÓN ORGANIZATIVA PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE CN: DE LA REVISIÓN SISTEMÁTICA A LA APLICACIÓN PRÁCTICA

105	1. Introducción
105	2. Concepción de la idea de investigación
106	3. Análisis inicial de la bibliografía sobre la preparación organizativa
107	4. Diseño de la revisión sistemática
108	5. Realización de la metasíntesis
110	6. Correspondencia con el marco CFIR actualizado
111	7. De la investigación al desarrollo de la herramienta ORAxMU
112	8. Introducción a la herramienta de preparación organizativa para la implementación de CN (ORAxMU)
113	9. Justificación de una herramienta de preparación específica
113	10. Fundamentos conceptuales de ORAxMU
114	11. Proceso de desarrollo de ORAxMU
115	12. Estructura, puntuación e interpretación
116	13. Uso previsto y participación (enfoque 360°)
116	14. Marco de orientación al usuario de ORAxMU
117	15. Casos para su uso
117	16. Fortalezas y limitaciones de la herramienta ORAxMU
118	17. Desarrollo futuro
118	18. Conclusión
119	19. Bibliografía

CAPÍTULO 6. PLANIFICACIÓN Y ORGANIZACIÓN PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE UN CENTRO DE NACIMIENTO

123	1. Conocimiento del sistema sanitario y su importancia en la planificación de los Centros de Nacimiento
125	2. Gobernanza y modelo organizativo
126	3. Justificación de la implementación de los CN
127	4. Gobernanza y modelo organizativo
133	5. Organigrama
135	6. Director/a del proyecto: rol estratégico dentro de la estructura organizativa
137	7. Inclusión y representación de usuarias y comunidad local
138	8. Recursos humanos
143	9. Liderazgo y cultura de seguridad
145	10. Prestaciones de un Centro de Nacimiento
147	11. Bibliografía

CAPÍTULO 7. CRITERIOS ARQUITECTÓNICOS Y DE DISEÑO PARA CENTROS DE NACIMIENTO BASADOS EN LA PERSONA SIGUIENDO EL MODELO CASIA

- 151 1. Arquitectura y diseños que cuidan en tres escalas: edificio, espacios interiores y producto
- 152 2. Una metodología de investigación centrada en las personas
- 163 3. Requerimientos subjetivos de un Centro de Nacimiento
- 164 4. El modelo CASIA: confort, apropiación, seguridad, intimidad y activación
- 166 5. Conclusiones
- 167 6. Bibliografía

CAPÍTULO 8. CRITERIOS ARQUITECTÓNICOS PARA EL EDIFICIO NAIXEM

- 173 1. Introducción
- 177 2. Integración de las evidencias en el diseño arquitectónico del edificio NAIXEM
- 182 3. El proceso de trabajo por fases en el prototipo de Centro de Nacimiento Edificio NAIXEM
- 194 4. Conclusiones
- 195 5. Agradecimientos
- 195 6. Bibliografía

CAPÍTULO 9. CRITERIOS ARQUITECTÓNICOS PARA ESPACIOS INTERIORES: SALA DE NACIMIENTO Y HABITACIÓN POSPARTO

- 199 1. Sala de nacimiento
- 209 2. Habitación posparto
- 220 3. Conclusiones
- 220 4. Agradecimientos
- 221 5. Bibliografía

CAPÍTULO 10. INVESTIGACIÓN Y DISEÑO DE LA BAÑERA DE PARTO “NEW LIFE”

- 225 Antecedentes
- 228 1. Materiales y métodos
- 230 2. Identificación de requerimientos funcionales de la bañera. Superficies y dimensiones
- 235 3. Resultados: la bañera “New Life”
- 238 4. Conclusiones
- 238 5. Agradecimientos
- 239 6. Bibliografía

CAPÍTULO 11. PROPUESTA DE GUÍA ASISTENCIAL PRÁCTICA PARA LA ATENCIÓN AL PARTO EN UN CENTRO DE NACIMIENTO (PARTE 1)

- 243 1. Propósito y enfoque del capítulo
- 244 2. Objetivos
- 244 3. Términos y definiciones

245	4. Población diana
253	5. Ámbito de aplicación
253	6. Recursos humanos
253	7. Recursos materiales
255	8. Asistencia prenatal
256	9. Triaje, ingreso y admisión en el Centro de Nacimiento
262	10. Atención a la fase latente de parto
266	11. Atención al parto
281	12. Bibliografía

CAPÍTULO 12. PROPUESTA DE GUÍA ASISTENCIAL PRÁCTICA PARA LA ATENCIÓN AL PARTO EN UN CENTRO DE NACIMIENTO (PARTE 2)

287	1. Propósito y enfoque del capítulo
287	2. Asistencia al puerperio
310	3. Medicamentos utilizados en la atención en el CN
323	4. Bibliografía

CAPÍTULO 13. REQUISITOS DE FORMACIÓN Y EVALUACIÓN DE LAS NECESIDADES DE FORMACIÓN DEL EQUIPO PROFESIONAL

328	1. Introducción
328	2. Antecedentes y justificación
331	3. Tipos de desarrollo profesional continuo y formación en el ámbito de la asistencia sanitaria
333	4. Estándares de las unidades lideradas por matronas y requisitos formativos
338	5. Recomendaciones de los estándares de las unidades lideradas por matronas sobre la tutoría y la orientación
340	6. Evaluación de las necesidades de formación (ANF) y plan de formación (PF) para los servicios de maternidad y Centros de Nacimiento
344	7. Estudio de caso: exploración de las percepciones de los participantes sobre un programa de formación de «expertos en Centros de Nacimiento» en España
351	8. Liderazgo en las unidades lideradas por matronas
353	9. Conclusiones
353	10. Bibliografía

CAPÍTULO 14. BARRERAS Y FACILITADORES PARA LA IMPLEMENTACIÓN Y SOSTENIBILIDAD DE LOS CENTROS DE NACIMIENTO

359	1. Introducción
360	2. Evidencia sobre la implementación de las ULM en Europa
361	3. Factores que influyen en la implementación de un Centro de Nacimiento en la Comunidad Valenciana (estudio de caso de Ortega et al. 2024)
363	4. Herramientas que facilitan la implementación y la sostenibilidad de los CN
365	5. Midwifery Unit Network (MUNet): una comunidad profesional orientada a la práctica
366	6. Estándares europeos de Centros de Nacimiento
369	7. Herramienta y marco de autoevaluación de las ULM (MUSA)
370	8. Acreditación europea de unidades lideradas por matronas (EMUA)

- 371 9. Herramienta de evaluación de la preparación organizativa de los Centros de Nacimiento (ORAXMU)
- 372 10. Conclusiones
- 373 11. Bibliografía

CAPÍTULO 15. EVALUACIÓN DE LA ATENCIÓN AL NACIMIENTO: INDICADORES CLÍNICOS Y NECESIDADES IDENTIFICADAS

- 377 1. Indicadores clínicos en el Centro de Nacimiento
- 384 2. Utilidad de la herramienta MUSA (Midwifery Unit Self-Assessment)
- 384 3. La humanización del nacimiento
- 385 4. El estudio NAIXEM: de dónde salen los datos
- 388 5. Necesidades de las mujeres en un parto respetuoso
- 391 6. Necesidades de las matronas para poder ofrecer parto respetuoso
- 392 7. Convergencias entre mujeres y matronas: criterios clave de calidad
- 393 8. Indicadores de satisfacción en el proceso de parto
- 395 9. Propuesta de aplicación
- 396 10. Conclusiones: aspectos a considerar
- 397 11. Implicaciones para el diseño de Centros de Nacimiento
- 401 12. Bibliografía

CAPÍTULO 16. LA COMUNICACIÓN EN LOS CENTROS DE NACIMIENTO Y SU PLAN ESTRATÉGICO

- 405 1. Importancia de la comunicación en el modelo de atención de los Centros de Nacimiento
- 405 2. Estrategias de comunicación para fortalecer relaciones en los servicios de maternidad
- 409 3. Hoja de ruta en la comunicación de un Centro de Nacimiento
- 411 4. Bibliografía

CAPÍTULO 17. CUIDAR LOS ESPACIOS, ACOMPAÑAR LOS PROCESOS: CLAVES PARA UNA ATENCIÓN SEGURA Y HUMANIZADA EN LOS CENTROS DE NACIMIENTO

- 415 Introducción
- 416 Parte I. Cuidar a quien cuida. La ergonomía como recurso en los Centros de Nacimiento
- 416 1.1 Ergonomía en el acompañamiento al nacimiento: pautas para un entorno seguro y funcional
- 422 1.2 Diez claves ergonómicas para la práctica diaria en la sala de nacimiento
- 424 Parte 2. Monitorización (de constantes vitales) en el parto humanizado
- 424 2.1 La monitorización durante el parto
- 424 2.2 Soluciones de monitorización en contextos de parto fisiológico
- 427 2.3 Claves para una monitorización respetuosa en el parto en agua
- 427 3. Bibliografía

430 FILIACIONES AUTORES

439 MEMORIA GRÁFICA DEL PROYECTO NAIXEM

Capítulo 1

Antecedentes y justificación



“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”.

Ibone Olza (1)

Autoras:

Soledad Carreguí, Lucia Rocca-Ihenacho, Andrea Codoñer, Ana Sanchez,
M^a José Palomares, M^a Teresa Parra, Sandra Castell, Judith Janssen.

25	1. INTRODUCCIÓN
25	1.1 Objetivos
26	1.2 ¿A quién va dirigida?
26	1.3 Visión y misión
26	2. ¿POR QUÉ EL MODELO DE CUIDADOS CONTINUADOS EN LOS CENTROS DE NACIMIENTO?
26	2.1. Antecedentes y situación actual
30	2.2 Definición de modelo asistencial de cuidados continuados por matronas
31	2.3 Análisis y limitaciones de modelos asistenciales actuales existentes en España
31	2.3.1 Atención antenatal y posnatal en AP y atención al parto en hospital
32	2.3.2 Atención obstétrica privada
32	2.3.3 Atención por equipo de matronas de parto en casa
32	2.3.4 Atención integrada AP y equipo Centro de Nacimiento
33	2.4 Otros modelos internacionales de atención liderada por matronas
33	2.4.1 Modelo “caseloading”
33	2.4.2 Atención por matronas en equipo
34	2.5 ¿A qué modelo hace referencia esta guía?
34	3. ¿QUÉ SON LOS CENTROS DE NACIMIENTO?
35	3.1 Tipos de Centros de Nacimiento
36	3.2 ¿Qué diferencias existen entre un Centro de Nacimiento anexo hospitalario (AMU) y una sala de parto natural?
36	3.3 Diferencias entre un Centro de Nacimiento y una Casa de Parto
37	4. PRINCIPIOS BÁSICOS DE LA CONTINUIDAD ASISTENCIAL EN LOS CENTROS DE NACIMIENTO
39	5. CONTEXTO HISTÓRICO Y DESARROLLO INTERNACIONAL DE LOS CENTROS DE NACIMIENTO
39	5.1 Del parto domiciliario al parto hospitalario (siglo XIX–1970s)
40	5.2 Primeras Casas de Maternidad y unidades lideradas por matronas (siglo XIX–1950s)
40	5.3 La consolidación del parto medicalizado (1950s–1980s)
41	5.4 Emergencia de los Centros de Nacimiento modernos (1970s–2000)
41	5.5 Retos contemporáneos para la consolidación de Centros de Nacimiento
42	5.6 Situación actual en España
43	6. BIBLIOGRAFÍA

1. INTRODUCCIÓN

Nos complace presentar esta Guía como una herramienta operativa y funcional, desarrollada por un grupo de expertos enmarcados en el proyecto de innovación NAIXEM y en colaboración con la asociación *Midwifery Unit Network* (MU-Net) y la *City St George's University of London*.

El objetivo del documento es apoyar el diseño y la implementación de modelos de continuidad de cuidados centrados en la mujer y liderados por matronas, haciendo hincapié especialmente en el Sistema Nacional de Salud Español, a través de la implementación de Centros de Nacimiento en la red pública sanitaria.

Los modelos de atención continuada por matronas son deseables dados los mejores resultados obtenidos para las madres y sus neonatos, así como las experiencias más positivas reportadas por las mujeres y sus familias (2–5). También sabemos que las matronas pueden ejercer con mayor seguridad sus competencias y que los modelos de cuidados continuados que ofrecen facilitan y fomentan relaciones enriquecedoras y continuas con las mujeres a las que cuidan (6, 7).

Para ello, se pretende proporcionar un enfoque coherente con la seguridad, la calidez y el respeto que reclaman las mujeres en nuestra sociedad actual. Una atención de mayor proximidad que abarque la implicación de la participación comunitaria como elemento clave a la hora de planificar y gestionar los servicios que ofrece nuestro sistema sanitario. Todo ello constituye un reto que precisa de apoyo y habilidades de gestión eficaces que animen a los servicios de salud a considerar la continuidad de cuidados de las matronas como un camino a seguir para alinearse con las expectativas de la comunidad y del personal.

1.1 Objetivos

Para avanzar hacia un modelo de atención más cercano y centrado en la mujer, esta Guía tiene como objetivos:

- 1 Mejorar y enriquecer la atención a la maternidad para las mujeres y las familias.
- 2 Apoyar a los servicios de maternidad en el desarrollo y la aplicación de modelos de gestión basados en resultados y en concepto de valor (8).
- 3 Aumentar las oportunidades de colaboración interprofesional.
- 4 Poner en valor y fomentar las capacidades y competencias de las matronas en los servicios de maternidad.
- 5 Proporcionar información necesaria para el éxito y la sostenibilidad de los modelos de cuidados continuados en los Centros de Nacimiento.

1.2 ¿A quién va dirigida?

Esta guía práctica está dirigida a profesionales de la salud, gestores sanitarios, planificadores de políticas públicas, arquitectos especializados en salud, asociaciones de mujeres y personas interesadas en promover modelos innovadores y humanizados de atención al parto. Ofrece una herramienta clara, operativa y basada en evidencia para planificar, implementar y consolidar Centros de Nacimiento liderados por matronas, que garanticen continuidad de cuidados y una atención centrada en las mujeres y sus decisiones. La guía responde a la necesidad de avanzar hacia un sistema de salud más equitativo, respetuoso y seguro, alineado con los estándares internacionales de calidad y derechos reproductivos (9).

1.3 Visión y misión

La Guía se fundamenta en la siguiente visión y misión, que orientan su enfoque y su contenido y que se presentan a continuación:

Visión: Promover un modelo de atención al parto basado en la continuidad de los cuidados liderados por matronas, que garantice a todas las mujeres un entorno seguro, respetuoso y humanizado, donde puedan vivir el nacimiento como una experiencia positiva, empoderadora y centrada en sus decisiones. Aspiramos a que cada mujer cuente con al menos un Centro de Nacimiento accesible, integrado en la red pública de salud, que ofrezca atención de calidad, con respaldo profesional y articulado con el sistema hospitalario, contribuyendo así a reducir la medicalización innecesaria y a mejorar los resultados en salud materna y neonatal.

Misión: Ofrecer una herramienta práctica y basada en evidencia para guiar a gestores sanitarios, profesionales de la salud y responsables políticos en la planificación, diseño, implementación y evaluación de Centros de Nacimiento liderados por matronas, integrados en el sistema público de salud. La guía busca facilitar decisiones informadas, promover modelos organizativos sostenibles y garantizar a las mujeres una atención segura, respetuosa, centrada en sus necesidades y fundamentada en la continuidad asistencial.

2. ¿POR QUÉ EL MODELO DE CUIDADOS CONTINUADOS EN LOS CENTROS DE NACIMIENTO?

2.1. Antecedentes y situación actual

España es, desde el punto de vista estadístico, uno de los países más seguros para dar a luz. Sin embargo, las voces de las mujeres referentes a los servicios de maternidad han puesto de manifiesto muchas necesidades, físicas, psicológicas y sociales, que no se cubren sistemáticamente (10).

A estas necesidades no cubiertas se suma un elevado intervencionismo. España tiene una tasa alta de intervenciones obstétricas. Ocupa la decimotercera posición en Europa en realización de cesáreas. En la sanidad pública, la tasa en 2022 fue del 22,4% (58.740 cesáreas frente a 203.251 partos vaginales) mientras que en la privada ascendió al 34,5% (20.624 cesáreas y 39.145 partos

vaginales). Cabe destacar que 8 de cada 10 partos son atendidos en el Sistema Público de Salud, de modo que cualquier actuación orientada a mejorar la atención en este nivel tendrá un impacto significativo en la salud y el bienestar de las mujeres (11).

La tasa de cesáreas se utiliza como un indicador de buena práctica clínica, y tasas bajas suelen asociarse con una adecuada atención al embarazo y parto. En 1985, la OMS señaló que una tasa en torno al 10–15 % podría considerarse razonable a nivel poblacional. En sus declaraciones más recientes, la OMS advierte que no existe una tasa “ideal” aplicable universalmente y que el objetivo debe ser garantizar que las cesáreas se realicen únicamente cuando estén clínicamente indicadas utilizando la clasificación de Robson para monitorizar y evaluar (12). En España, como en otros países europeos, las tasas están muy por encima del porcentaje de referencia sugerido históricamente.



Figura 1. Fuente: OCDE. Health Statistics, 2021. Informe anual del Sistema Nacional de Salud, 2023

Gráfico 5-26 Tasa de cesáreas frente al total de partos atendidos según pertenencia del hospital al SNS y comunidad autónoma. España, 2022¹¹¹

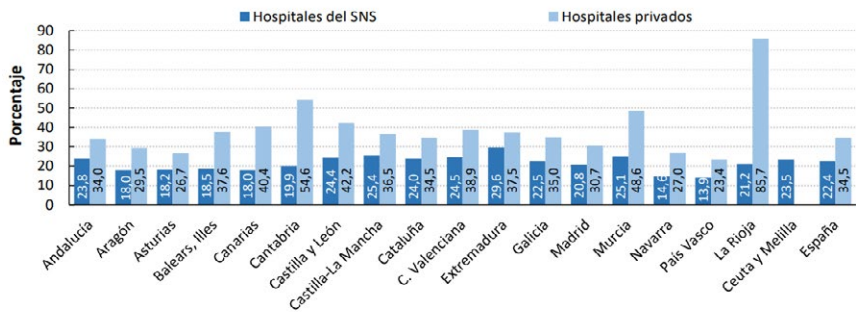
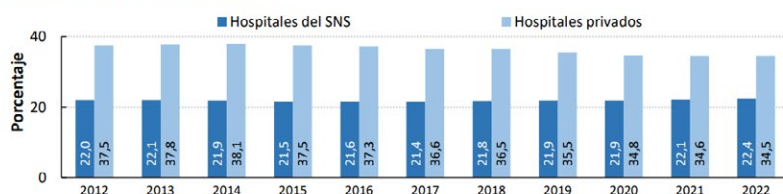


Figura 2. Fuente: Informe anual del Sistema Nacional de Salud, 2023. Tasa de cesáreas frente el total de partos atendidos según pertenencia del hospital al SNS y comunidad autónoma. España 2022

Gráfico 5-27 Evolución de la tasa de cesáreas frente al total de partos atendidos según pertenencia del hospital al SNS. España, 2012-2022¹¹¹



¹¹¹ Fuente de datos: Ministerio de Sanidad. Sistemas de Información de Atención Especializada.

¹¹² Observaciones: Se entienden por parto la expulsión o extracción desde el claustro materno del producto viable de la concepción. Se considera feto viable aquel que tiene un peso al nacer igual o superior a 500 gramos.

Figura 3. Fuente: Informe anual del Sistema Nacional de Salud, 2023.

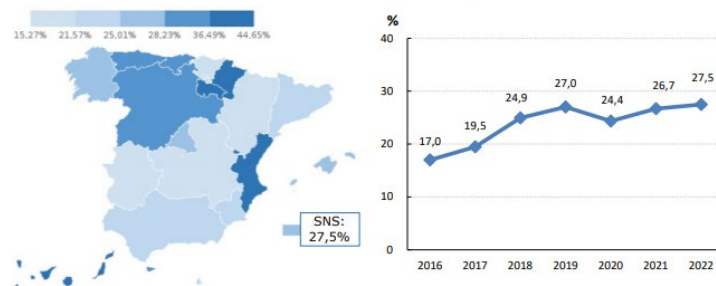
Evolución de la tasa de cesáreas frente el total de partos atendidos según pertenencia del hospital al SNS. España, 2012-2022.

Otros indicadores también muestran una tendencia creciente: El trauma obstétrico (desgarros perineales severos) en partos vaginales no instrumentados aumentó 0,3 puntos porcentuales entre 2012 y 2022, y se sitúa en un 5,29% en los partos vaginales instrumentados. En el año 2018, la tasa de episiotomías, aunque haya decrecido en los últimos años fue de un 27,5%, cifra que manifiesta un margen de mejora en la práctica asistencial (13).

Asimismo, resulta preocupante el aumento de las inducciones de parto: en 2022, el 27,5% de los partos fueron inducidos, y entre 2016-2022, este porcentaje se incrementó un 61,8%. Dado que la inducción no está exenta de riesgos, su uso debe sustentarse siempre en una indicación obstétrica clara.

Tasa de inducción médica del parto en hospitales del SNS

Gráfico 5-30 Tasa de inducción médica del parto (oxitocina y otros) en hospitales del SNS según comunidad autónoma, y evolución temporal del total nacional. España, 2016-2022^{115, 117}



¹¹⁵ Fuente de datos: Ministerio de Sanidad. Registro de Actividad Sanitaria Especializada (RAE-CMBD).

¹¹⁶ Observaciones: se entienden por trauma obstétrico los desgarros perineales severos (GIII y GIV).

¹¹⁷ Observaciones: la tasa de inducción médica del parto es el porcentaje de partos vaginales en los que se ha inducido médicamente la maduración cervical antes del inicio espontáneo del parto, administrando oxitocina u otras sustancias farmacológicas.

Figura 4. Fuente: Informe anual del Sistema Nacional de Salud, 2023.

Tasa de inducción médica del parto (oxitocina y otros) en hospitales del SNS según comunidad autónoma y evolución temporal del total nacional. España, 2016-2022)

Todo ello evidencia un amplio margen de mejora asistencial para reducir la distancia entre las preferencias de las mujeres y los servicios disponibles, garantizando modelos de atención seguros, eficaces y alineados con las mejores prácticas clínicas.

Diversos estudios, incluidos metaanálisis y revisiones sistemáticas, han puesto de manifiesto los beneficios del modelo de cuidados continuados liderado por matronas en el seguimiento del embarazo (3,14,15).

La OMS también recomienda la continuidad asistencial dirigida por matronas como una intervención del sistema sanitario para mejorar la aceptación y la calidad de la atención prenatal (16).

El modelo de cuidados continuados por matronas constituye el pilar asistencial de los Centros de Nacimiento y está ampliamente respaldado por la evidencia científica internacional como una estrategia eficaz, segura y coste-efectiva para la atención a mujeres con embarazos de baja complejidad.

Las revisiones sistemáticas y metaanálisis disponibles, incluyendo la revisión Cochrane (3), muestran que este modelo se asocia con una mayor probabilidad de parto vaginal espontáneo y una reducción significativa de intervenciones innecesarias, como las cesáreas, los partos instrumentales y las episiotomías. Asimismo, las mujeres que reciben cuidados continuados por matronas presentan menor riesgo de parto prematuro y alcanzan niveles más altos de satisfacción con la experiencia del embarazo, parto y posparto, refiriendo una atención más respetuosa y centrada en sus necesidades.

En cuanto a los resultados perinatales, la evidencia indica que no existen diferencias significativas en mortalidad neonatal o perinatal en comparación con otros modelos asistenciales, lo que confirma la seguridad de esta modalidad de atención para mujeres con embarazos de baja complejidad.

Desde la perspectiva económica, el modelo de continuidad liderado por matronas también ha demostrado ser más eficiente en términos de coste-efectividad, al reducir los costes asociados a la atención prenatal e intraparto y obtener, además, mejores resultados clínicos que contribuyen a una atención de mayor calidad y seguridad (17,18).

Estos beneficios se observan tanto en países de altos ingresos como en países de ingresos medios y bajos, donde la implementación de modelos de continuidad ha contribuido a mejorar los indicadores de salud materna y neonatal y a promover el acceso equitativo a cuidados respetuosos y culturalmente adecuados.

En síntesis, los cuidados continuados por matronas ofrecen múltiples ventajas que hacen de este modelo la base idónea para los Centros de Nacimiento (ver capítulo 2):

- Mejores resultados clínicos maternos y neonatales.
- Reducción de intervenciones innecesarias.
- Mayor satisfacción y experiencias positivas por parte de las mujeres.
- Eficiencia económica.
- Refuerzo de la relación de confianza entre matronas y mujeres.
- Promoción de una atención más humanizada, segura y respetuosa.

2.2 Definición de modelo asistencial de cuidados continuados por matronas

Para que un modelo se considere un modelo de atención liderado por matronas, es esencial que las matronas profesionales sean las principales proveedoras de la atención a las mujeres y sus recién nacidos en todos los ámbitos de la atención materna y neonatal. Estos servicios incluyen la atención pregestacional, prenatal, intraparto y posparto. Las matronas prestan cuidados de forma autónoma y en colaboración con equipos interdisciplinarios. Existen sistemas de derivación bien establecidos y mecanismos de colaboración interprofesional para garantizar la continuidad de los cuidados en el caso de complicaciones (19).

Es importante distinguir entre modelo de cuidados continuados y continuidad del cuidador, conceptos que a menudo se confunden. Según la literatura (20):

Continuidad asistencial

Se refiere al trabajo de un equipo de profesionales que comparten una misma filosofía y un mismo marco asistencial, así como un flujo constante de información. Sin embargo, no existe un cuidador designado para toda la atención. Suele haber una matrona referente, habitualmente la de Atención Primaria (AP), que trabaja de forma integrada con las matronas del equipo de Centro de Nacimiento. Es conveniente que la matrona de AP colabore como matrona de apoyo en el CN para favorecer esta integración.

Continuidad del cuidador

También llamada “continuidad relacional”. Se define como la atención proporcionada por un profesional designado que acompaña a la mujer durante todo el proceso asistencial, incluso cuando se necesita la intervención de otros profesionales. Un elemento definitorio de este modelo es que el mismo cuidador sea quien preste o coordine los cuidados a lo largo de todo el episodio asistencial.

Modelo de atención

Es un término descriptivo que indica cómo se prestan determinados servicios sanitarios para garantizar una atención centrada en la mujer, segura e innovadora. Esto implica que sea flexible, adaptada al contexto local y proporcionada por el profesional sanitario adecuado, en el momento adecuado y en el lugar adecuado.

La terminología empleada para describir los modelos de atención a la maternidad puede variar considerablemente entre contextos, ya que debe contemplar tanto la perspectiva obstétrica como la de las matronas y adaptarse a las particularidades locales.

Los modelos de atención continuada por matronas se definen como enfoques en los que una matrona conocida y de confianza, o un pequeño equipo de matronas, actúa como cuidadora principal de las mujeres y sus bebés a lo largo de todo el proceso asistencial, desde el periodo prenatal hasta el posparto, incluida la asistencia al parto (14).

Este modelo proporciona cuidados constantes y apoyo emocional durante el

embarazo, parto y las semanas posteriores. Favorece relaciones personales continuas, una gestión eficaz de los cuidados y un intercambio fluido de información lo que permite ofrecer una atención más personalizada e integrada. La OMS recomienda estos modelos en contextos donde los servicios de matronería están bien establecidos y coordinados (21–23).

2.3 Análisis y limitaciones de modelos asistenciales actuales existentes en España

En España existen diversos modelos de atención al parto, pero el modelo de cuidados continuados proporcionados por matronas se ofrece de forma muy limitada. Incluso en algunos Centros de Nacimiento donde podría esperarse esta atención, su implementación es solo parcial o incipiente.

Algunos de los modelos existentes pretenden, en cierta manera, que la matrona sea la profesional principal en la atención. Otros, en cambio, priorizan la continuidad en la gestión del cuidado, en la gran mayoría de ocasiones por obstetras, aunque se traten de gestaciones de baja complejidad, especialmente en el sector privado. A continuación, se describen los modelos existentes.

2.3.1 Atención antenatal y posnatal en AP y atención al parto en hospital

Las mujeres tienen asignada una matrona de cabecera para el periodo pre- y posnatal. Las matronas cuidan a las mujeres de forma autónoma cuando el proceso es fisiológico, y colaboran con el equipo multidisciplinar, incluido el obstetra, cuando surgen situaciones de mayor complejidad. En el momento del parto son otras matronas las que se encargan del cuidado de la mujer.

El cuidado del puerperio durante la estancia en el hospital no suele proporcionarse por las matronas en la gran mayoría de hospitales por falta de dotación de matronas en la planta de hospitalización. La visita puerperal y el alta hospitalaria la proporciona el obstetra que transfiere el cuidado a la matrona de Atención Primaria. El modelo de atención se centra en servicios ambulatorios, pero existe una falta de continuidad con el equipo asistencial hospitalario ya que en la mayoría de las ocasiones la mujer no conoce previamente a los profesionales que le atenderán y acompañarán durante su proceso de parto. Así también existe una falta de cuidados especializados de calidad durante el puerperio hospitalario.

Las mujeres dan a luz y reciben atención hospitalaria no planificada por parte de matronas que trabajan en las unidades obstétricas o paritorios convencionales, donde coexisten procesos asistenciales tanto de baja como de elevada complejidad, un aspecto que favorece una mayor medicalización durante el proceso.

En nuestro sistema este modelo se lleva utilizando en las últimas décadas. En un entorno público, este modelo funciona con el apoyo del equipo obstétrico/médico.

- Atención antenatal: Atención Primaria y hospital
- Atención intraparto: Hospital
- Atención Posnatal: Hospital, Atención Primaria o domicilio

2.3.2 Atención obstétrica privada

La atención prenatal, intraparto y posparto corre a cargo de un obstetra que ejerce en una consulta privada. El obstetra a menudo tiene matronas colaboradoras, autónomas o asignadas por compañías de seguros privados para apoyar la práctica privada tanto durante la gestación (educación maternal) como en el cuidado durante el parto, aunque la figura que suele asistir el parto es el obstetra. Este modelo supone un mayor número de intervenciones innecesarias y por tanto un mayor número de resultados como cesáreas, partos instrumentados, episiotomías e ingresos neonatales.

En ocasiones los cuidados se duplican ya que las mujeres también asisten al control prenatal y posnatal en el entorno de la matrona de Atención Primaria.

- Atención antenatal: Consulta privada, Hospital, Centro de Salud
- Atención intraparto: Hospital (privado)
- Atención Posnatal: Hospital, Consulta privada, Centro de Salud

2.3.3 Atención por equipo de matronas de parto en casa

La atención prenatal suele estar a cargo de la matrona de Atención Primaria y/o del obstetra, según las necesidades de la mujer y la organización del equipo. En el segundo o tercer trimestre, el equipo de matronas de parto en casa realiza visitas domiciliarias y consultas prenatales personalizadas. La asistencia al parto es proporcionada por el propio equipo de parto en casa, que acompaña a la mujer durante todo el proceso. En caso de necesidad de transferencia, esta se realiza al hospital público o privado elegido por la mujer. El puerperio se atiende en el domicilio, aunque en ocasiones la atención se solapa con la matrona de Atención Primaria.

Este modelo promueve la continuidad de cuidados y una atención muy personalizada entre las matronas y las mujeres, ofreciendo una asistencia de calidad elevada. Sin embargo, actualmente en nuestro país este servicio es privado y en la gran mayoría de ocasiones no existe una integración adecuada con el equipo de asistencia hospitalaria en el caso que la mujer precise una transferencia por posibles complicaciones.

2.3.4 Atención integrada AP y equipo Centro de Nacimiento

En este modelo, la atención prenatal hasta la semana 32-36 aprox. corre a cargo de la matrona de Atención Primaria, en el caso que la gestante sea de baja complejidad y desee dar a luz en el Centro de Nacimiento. A partir de ese momento, se deriva a las matronas del Centro de Nacimiento, quienes asumen la atención en consulta, parte de la educación para la maternidad y la paternidad, el acompañamiento y la asistencia al parto, así como los cuidados del puerperio inmediato hasta el alta. Posteriormente, el cuidado se transfiere nuevamente a la matrona de Atención Primaria.

Si durante el proceso surgen complicaciones, la mujer es derivada a un nivel asistencial superior. Esta transición se realiza mediante un sistema de integración previamente planificado, que permite valorar conjuntamente la opción más adecuada para garantizar la seguridad de la mujer y de su bebé.

Este modelo promueve y facilita la interrelación y el conocimiento previo entre las matronas y las mujeres, lo que contribuye a generar confianza y empatía. Este vínculo mejora la calidad y la seguridad de la atención, y favorece una experiencia positiva del nacimiento al integrar una visión holística, centrada en la mujer y su familia.

Aunque la continuidad total de cuidados sería la situación ideal, su implementación completa resulta compleja en la práctica. Por ello, se adopta un modelo híbrido: la matrona de AP atiende hasta la semana 32 y, a partir de ahí, intervienen las matronas del CN.

2.4 Otros modelos internacionales de atención liderada por matronas

A nivel internacional se han desarrollado otros modelos de atención que aportan perspectivas complementarias. Algunos de ellos se presentan a continuación.

2.4.1 Modelo “caseloading”

En este modelo, la atención prenatal, intraparto y posparto es proporcionada por una matrona principal conocida, responsable de un número determinado y reducido de mujeres (*caseload*). Esta matrona cuenta con el apoyo de matronas secundarias, que ofrecen cobertura cuando es necesario y colaboran con el equipo médico si se identifican factores de riesgo.

Las matronas trabajan bajo un sistema de autogestión de la carga asistencial, fuera del modelo tradicional de turnos, y reciben un salario anual, estando disponibles y localizadas las 24 horas del día para garantizar la continuidad asistencial. Este enfoque permite ofrecer un alto nivel de continuidad con una cuidadora de referencia a lo largo de todo el proceso de maternidad.

En los sistemas públicos donde se aplica, la matrona principal actúa con apoyo obstétrico/médico claramente identificado, lo que asegura la integración del modelo dentro del marco asistencial y la seguridad de las mujeres y sus recién nacidos.

- Atención anteparto: En domicilio, centros comunitarios de atención primaria o Centro de Nacimiento
- Atención intraparto: En domicilio, Centro de Nacimiento o en modalidad de parto ambulatorio en sala de partos del hospital, sin ingreso y atendido por matronas externas al centro
- Atención posparto: En domicilio, centros comunitarios de atención primaria o Centro de Nacimiento

2.4.2 Atención por matronas en equipo

La atención prenatal, intraparto y posnatal es proporcionada por un equipo reducido de matronas, que trabaja de manera coordinada y comparte una misma filosofía de cuidados. El tamaño del equipo puede variar, y cada matrona asume responsabilidades compartidas para garantizar la continuidad y la coherencia de los cuidados. Estos equipos gestionan un número definido de mujeres según el tamaño del equipo. En caso de identificarse factores de riesgo o complicacio-

nes, el equipo se coordina con profesionales médicos y obstétricos siguiendo circuitos de derivación previamente establecidos con los hospitales de referencia.

Este modelo combina el trabajo por turnos con una continuidad asistencial ampliada, ya que las mujeres son atendidas por un grupo estable de matronas que se conocen entre sí y comparten la responsabilidad del cuidado. En los sistemas públicos este modelo suele contar con un apoyo obstétrico/médico claramente identificado e integrado en la ruta asistencial.

- Atención anteparto: En domicilio o en centros comunitarios de atención primaria que pueden ser públicos, concertados o gestionados por equipos de matronas de forma independiente
- Atención intraparto: En domicilio, hospital, Centro de Nacimiento o en modalidad de parto ambulatorio en sala de partos del hospital, sin ingreso y atendido por matronas externas al centro
- Atención posparto: En domicilio, centros comunitarios de atención primaria o Centro de Nacimiento

2.5 ¿A qué modelo hace referencia esta guía?

Esta guía se enmarca dentro del modelo de atención basada en la continuidad de cuidados por matronas, específicamente en el contexto de los Centros de Nacimiento (CN).

Teniendo en cuenta los distintos modelos asistenciales y priorizando una financiación pública, el modelo de cuidados al que hace referencia esta guía es el modelo de continuidad de cuidados por las matronas del Centro de Nacimiento en coordinación con las matronas de Atención Primaria. Este enfoque garantiza una continuidad de cuidados por un equipo reducido de matronas durante el embarazo, parto y posparto. La descripción detallada se abordará en el capítulo dedicado a los procedimientos asistenciales.

3. ¿QUÉ SON LOS CENTROS DE NACIMIENTO?

Los Centros de Nacimiento (CN) son unidades asistenciales lideradas por matronas (ULM), orientadas a la atención del embarazo, parto y posparto de mujeres con criterios de bajo riesgo y enfocadas en una filosofía de asistencia biopsicosocial (24). Estos espacios se caracterizan por ofrecer un entorno confortable y menos medicalizado, la atención es proporcionada y coordinada por matronas, con un enfoque integral que garantiza seguridad, respeto, autonomía y acompañamiento continuo. El acompañamiento durante el parto se organiza con un modelo de atención individualizada bajo una ratio 1:1, es decir, una matrona por cada mujer en trabajo de parto. Los Centros de Nacimiento son parte de los modelos de asistencia primaria por matronas y lugares de nacimiento liderado por matronas (25).

Aunque las matronas son las principales profesionales responsables de los cuidados en este entorno, es fundamental mantener la colaboración multidisciplinaria, con obstetras y neonatólogos de enlace consultados para tomar decisiones organizativas y clínicas críticas de apoyo al CN (24). Así pues, estos centros están integrados dentro del sistema sanitario y disponen de guías clínicas y cri-

terios de actuación propios, claramente diferenciados y definidos para la derivación y el traslado. Estas guías y criterios garantizan una derivación segura y efectiva a un nivel asistencial superior, en el caso de que surjan complicaciones o se identifique la necesidad de intervención médica (24).

Si durante el proceso de parto se precisa la realización de determinadas intervenciones, como administración de oxitocina o la analgesia epidural, es necesario proceder al traslado a la unidad obstétrica hospitalaria, dado que estas prácticas superan el ámbito de atención del CN.

La principal fortaleza de los Centros de Nacimiento (CN) radica en la filosofía de asistencia centrada en las necesidades de las mujeres y personas gestantes de manera personalizada a través de un modelo de continuidad de cuidados liderado por matronas (26), que abarca el embarazo, el parto y el puerperio. Aunque todos los CN proporcionan atención intraparto, los que también ofrecen servicios prenatales, posnatales y de salud sexual y reproductiva permiten establecer una relación continua entre la matrona y la mujer. Esta continuidad refuerza el vínculo de confianza, mejora la experiencia de atención y se asocia con mejores resultados clínicos y una mayor satisfacción de las usuarias. Limitar los CN exclusivamente a la atención al parto compromete el potencial de este modelo y reduce sus beneficios esperados (15,27,28).

3.1 Tipos de Centros de Nacimiento

Existen distintos tipos de Centros de Nacimiento:

Centros de Nacimiento anexos (*Alongside Midwifery Units, AMU*), con una separación clara e independiente a la unidad obstétrica pero integrados dentro de un entorno hospitalario, lo que permite el acceso rápido a cuidados especializados si es necesario. La transferencia se realiza a pie, con silla de ruedas o camilla. Los CN anexos hospitalarios (AMU) se diferencian de las salas de parto natural dentro de las Unidades Obstétricas (UO) o paritorios ya que disponen de entradas independientes en su propio triaje, un circuito específico y la unidad se encuentra claramente diferenciada.

Centros de Nacimiento independientes o extrahospitalarios (*Freestanding Midwifery Units, FMU*), están ubicados fuera del ámbito hospitalario, con sistemas de derivación establecidos hacia unidades hospitalarias en caso de complicaciones. Se precisa de un medio de transporte para la realización de la transferencia de la mujer. Habitualmente se ubican a 15-40 min. de una unidad obstétrica hospitalaria.

El éxito de los CN depende de varios elementos clave: La calidad del cuidado brindado por matronas cualificadas, el reconocimiento institucional y comunitario de su papel, un modelo de financiación eficaz, un liderazgo y una gobernanza favorables, así como una coordinación fluida con otros niveles asistenciales. Ante la aparición de complicaciones o la necesidad de intervenciones complejas, las matronas derivan a las mujeres y los recién nacidos a los profesionales especializados (obstetras, pediatras), garantizando un enfoque colaborativo e interdisciplinar centrado en la seguridad y el bienestar materno-neonatal (3,29).

3.2 ¿Qué diferencias existen entre un Centro de Nacimiento anexo hospitalario (AMU) y una sala de parto natural?

Una **sala de partos natural dentro de un paritorio hospitalario** es un espacio habilitado en el propio servicio de obstetricia del hospital (Unidad obstétrica) que busca ofrecer un entorno más confortable, íntimo y adaptado a las necesidades de las mujeres que desean un parto con mínima intervención. Sin embargo, forma parte del paritorio hospitalario y, por tanto, está sujeta a la misma organización, guías clínicas y supervisión hospitalaria. El acceso a estas salas no está separado del resto del área obstétrica y la asistencia puede estar compartida o supervisada por el personal médico del hospital. En general, su actividad se centra exclusivamente en la atención al parto.

En cambio, un **Centro de Nacimiento (CN)** es un módulo independiente y claramente diferenciado de la UO, con entrada propia y circuito específico, que ofrece atención a mujeres con embarazos de baja complejidad (24). Su principal característica organizativa es que está gestionado de forma autónoma por matronas, quienes son las responsables únicas de la asistencia al proceso fisiológico, incluyendo el cribado de las mujeres candidatas y la toma de decisiones clínicas en el curso del embarazo, parto y puerperio. Los CN cuentan con guías clínicas y criterios específicos diseñados para su ámbito de actuación, y su personal ofrece un trato más personalizado y especializado en la optimización de la fisiología y manejo del proceso de baja complejidad.

Otra diferencia fundamental es el enfoque asistencial: mientras que la sala de partos natural hospitalaria centra su actividad en la atención al parto, el Centro de Nacimiento proporciona atención continuada a lo largo del embarazo, el parto y el puerperio, fomentando una relación más estrecha y personalizada con las mujeres y sus familias. Además, al ser una unidad independiente, el CN promueve la autonomía profesional de las matronas y refuerza el modelo de atención centrado en el respeto a la fisiología y a las decisiones informadas de la mujer, en un entorno no medicalizado, pero con capacidad para actuar y derivar de forma segura en caso necesario.

3.3 Diferencias entre un Centro de Nacimiento y una Casa de Parto

La principal diferencia es que la Casa de Parto tiene características residenciales de un domicilio mientras los CN son unidades con características más institucionalizadas.

Casas de Maternidad o Casas de Parto son estructuras extrahospitalarias no medicalizadas, con características y ambiente similar a un domicilio. Ofrecen un espacio acogedor y familiar para la atención al embarazo, parto y puerperio fisiológicos. Su gestión está a cargo de matronas, profesionales responsables por definición de la asistencia durante el embarazo, parto y puerperio fisiológico (30).

Suelen operar al margen del sistema sanitario y se asemejan más al modelo de atención domiciliaria que al de centros integrados, ya que no suelen disponer de circuitos de derivación claramente establecidos ni de equipos multidisciplinarios vinculados al centro. Habitualmente, funcionan bajo modelos de gestión privada.

Tabla 1. Diferencias entre los Centros de Nacimiento y las Casas de Parto. Fuente elaboración propia.

	LOCALIZACIÓN	PRIVADO/ PÚBLICO	LÍDER ASISTENCIAL	MODELO	TRANSFEREN- CIA A UO	ORGANIZACIÓN INSTITUCIÓN	INTEGRACIÓN	RESPONSABI- LIDADES
CN ANEXO (AMU)	Dentro hospital o comunicado directamente	Público o Privado	Liderado por matro- nas	Continuidad	A pie, con silla de ruedas o camilla	CN misma que UO	Guías clínicas y Protocolos comparti- dos	Jerarquía organizativa
CN EXTRA- HOSPI- TALARIO (FMU)	Fuera hospital	Público o Privado	Liderado por matro- nas	Continuidad	Ambulancia	CN misma que UO	Guías clínicas y Protocolos comparti- dos	Jerarquía organizativa
CASA DE PARTOS	Fuera hospital	Privado	Liderado por matro- nas	Continuidad	Ambulancia	Diferente	Guías clínicas y Proto- colos no siempre comparti- dos	Jerarquías distintas

Las diferencias entre los distintos tipos de Centros de Nacimiento y las Casas de Parto pueden ser, en ocasiones, muy sutiles, y existen modelos híbridos que combinan características de ambos. El conocimiento disponible y la evidencia científica sobre estas tipologías aún es limitado, y seguimos avanzando en la comprensión y el debate acerca de cuáles son los elementos que definen de manera más precisa cada modalidad de atención.

4. PRINCIPIOS BÁSICOS DE LA CONTINUIDAD ASISTENCIAL EN LOS CENTROS DE NACIMIENTO

Los principios básicos de la continuidad asistencial responden a una filosofía de cuidados, una visión del modelo y una forma de trabajar unificada por parte del equipo de matronas. Esto se verá reflejado en las guías de procedimiento y los circuitos asistenciales establecidos (ver capítulos 11 y 12).

La atención se basa en un modelo holístico con un enfoque biopsicosocial (31), centrado en la mujer y basado en los derechos. Este modelo promueve una atención respetuosa, culturalmente sensible, personalizada y competente, favoreciendo una relación cercana y de continuidad entre la matrona y la mujer. Asimismo, potencia los procesos fisiológicos del embarazo y el parto, incorpora los aspectos psicológicos, sociales y culturales, y utiliza intervenciones únicamente cuando están indicadas. Este modelo fomenta la participación activa de la pareja, la familia y la comunidad en el cuidado. La atención durante la gestación es inicialmente responsabilidad de la matrona de Atención Primaria y, a partir de aproximadamente la semana 32, pasa a ser asumida por las matronas del Centro de Nacimiento. Para garantizar la seguridad y la coherencia asistencial, se requiere una colaboración interdis-

ciplinar fluida con el equipo de obstetricia y pediatría de la Unidad Obstétrica, que debe reconocer y apoyar el liderazgo asistencial de las matronas según el nivel de complejidad y necesidad de cada mujer. Esta coordinación incluye la unificación de criterios con la Unidad Obstétrica y la posibilidad de promover el alta precoz cuando se cumplan los requisitos de seguridad, facilitando el seguimiento domiciliario por parte de la matrona de Atención Primaria o del Centro de Nacimiento en función de la cartera de servicios y recursos disponibles.

A continuación, en la Tabla 2, se describen y muestran las diferencias más destacadas entre el modelo biomédico-industrial y el modelo biopsicosocial.

Tabla 2. Elaboración propia basándose en artículo Rocca-Ihenacho, 2024 (31).

MODELO BIOMÉDICO-INDUSTRIAL	MODELO BIOPSIICOSOCIAL
CARACTERÍSTICAS	
Considera el parto como un proceso potencialmente patológico o de riesgo, que debe ser controlado e intervenido medicamente	Considera el parto como un proceso fisiológico, emocional, social y cultural que precisa acompañamiento y la mínima intervención necesaria
Se centra en la prevención de complicaciones, usando protocolos estandarizados centrados sobre todo en aspectos biológicos	Atiende no solo lo biológico, sino también los aspectos psicológicos (miedos, emociones) y sociales (apoyo, cultura, contexto)
Alta intervención médica: monitorización continua, episiotomías, uso frecuente de oxitocina, anestesia epidural...etc.	Utiliza intervenciones únicamente cuando son necesarias, respetando el ritmo fisiológico del parto
El entorno suele ser hospitalario, clínico, poco personalizado	Favorece un entorno íntimo, seguro y tranquilo, con acompañamiento continuo de matronas
El rol de la mujer suele ser pasivo, se priorizan las decisiones del equipo médico	La mujer tiene un papel activo, y se fomenta su participación en la toma de decisiones
La experiencia emocional y social del parto se minimiza o ignora	Promueve el parto respetado y centrado en la mujer con una atención integral
VENTAJAS	
Útil y necesario en casos de alto riesgo o complicaciones reales	Mayor satisfacción y empoderamiento de la mujer
Proporciona acceso inmediato a tecnología y soporte especializado	Menor tasa de intervenciones innecesarias garantizando transferencia y acceso a tecnología y/o soporte especializado cuando se precise
	Mejores resultados y experiencia emocional posparto (inicio de la lactancia, menor riesgo de depresión posparto)
INCONVENIENTES /DESAFIOS	
Mayor probabilidad de intervenciones innecesarias	Requiere mayor tiempo, mayor número de matronas y un sistema sanitario más flexible centrado en la usuaria
Puede generar sensación de pérdida de control en la mujer y una experiencia no tan positiva del proceso de parto	Necesita una visión más integral del proceso
Iatrogenia al medicalizar de forma innecesaria y generar efectos adversos nocivos	

5. CONTEXTO HISTÓRICO Y DESARROLLO INTERNACIONAL DE LOS CENTROS DE NACIMIENTO

Los Centros de Nacimiento surgieron como respuesta a la creciente medicalización del parto y al desplazamiento progresivo del parto en casa hacia hospitales cada vez más tecnificados durante el siglo XX. A lo largo de las últimas décadas, diferentes países han desarrollado modelos liderados por matronas que buscan recuperar la fisiología del parto, mejorar la experiencia de las mujeres y ofrecer una alternativa segura y basada en la evidencia para embarazos de baja complejidad.

A continuación, se describe un recorrido histórico y comparativo que permite entender cómo han evolucionado estos modelos y qué factores han favorecido u obstaculizado su implantación:

5.1 Del parto domiciliario al parto hospitalario (siglo XIX–1970s)

Hasta comienzos del siglo XX, la mayoría de mujeres en Europa y Estados Unidos daba a luz en el domicilio, atendidas por matronas. Solo una minoría acudía a hospitales maternos gestionados de forma voluntaria (32). La mortalidad materna seguía siendo elevada —alrededor de 4 por cada 1000 nacimientos entre 1900 y 1935, y existían grandes variaciones en las prácticas tanto entre matronas como entre obstetras (32,33).

En Europa, los países escandinavos y los Países Bajos proporcionaban la atención más segura, ofrecida principalmente por matronas altamente formadas que asistían partos en el hogar (34). La mortalidad materna en Países Bajos en 1920 fue de menos de 2,5 por cada 1000 nacimientos. En contraste, en Estados Unidos, ya dominado por partos hospitalarios dirigidos por obstetras y un uso extensivo de intervenciones, la mortalidad materna alcanzó los 7 por cada 1000 nacimientos en 1920 (32).

La transición hacia el parto institucional se aceleró tras la Primera y, sobre todo, la Segunda Guerra Mundial, impulsada por la urbanización e industrialización. En la mayor parte de Europa, con excepción de los Países Bajos, el cambio hacia el parto hospitalario fue rápido y socialmente aceptado a partir de la década de 1960 (35–37).

Entre 1935 y 1980, la mortalidad materna descendió de forma drástica gracias a avances como los antibióticos, la transfusión sanguínea, la mejora de la higiene, la legalización del aborto y la expansión de los sistemas sanitarios. En Inglaterra bajó a menos de 0,09 por 1000 nacimientos (32).

Pese a que el descenso de la mortalidad materna se debió sobre todo a mejoras generales en salud y no al lugar del nacimiento, durante estas décadas se consolidó la percepción de que el hospital era intrínsecamente “más seguro”. Esta creencia moldeó las políticas sanitarias y el rumbo de la atención al parto, a la vez que impulsó el desarrollo de alternativas como las Casas de Maternidad y las primeras unidades lideradas por matronas.

5.2 Primeras Casas de Maternidad y unidades lideradas por matronas (siglo XIX–1950s)

La idea de pequeñas unidades dirigidas por matronas surgió en Reino Unido ya en el siglo XIX, motivada por la elevada mortalidad por sepsis puerperal en hospitales maternos (32). En 1904, Williams subrayó la necesidad de alternativas para las mujeres desfavorecidas, frente tanto al hospital como al parto domiciliario (33).

El *Memorandum sobre hospitales y casas de maternidad* del Ministerio de Sanidad Británico (1920) describió en detalle estos centros y estableció criterios de elegibilidad (38). Las Casas de Maternidad eran viviendas comunitarias, con 8–20 camas, donde matronas atendían partos sin complicaciones y también abortos espontáneos (38).

Durante los años treinta, el número de camas creció y los nacimientos institucionales alcanzaron el 24% en 1932 (39). Con la creación del (*National Health Service* (NHS; sistema de salud pública británico) en 1948, estas casas pasaron a denominarse *Isolated GP Units*, integrándose en la provisión pública de servicios.

5.3 La consolidación del parto medicalizado (1950s–1980s)

Durante la década de 1950 aumentaron las solicitudes de las mujeres para dar a luz en hospitales (40) en Reino Unido y otros países europeos. El NHS desarrolló criterios para priorizar el ingreso hospitalario (39). El parto domiciliario se redujo al 35% en esa década y disminuyó aún más durante los años sesenta y setenta (39). La idea, no basada en evidencia, de que el hospital era más seguro se extendió ampliamente, reforzada por la disponibilidad de analgesia farmacológica.

En 1958, la *Encuesta de Mortalidad Perinatal Británica* mostró que la mortalidad de los partos planificados dentro y fuera del hospital era similar (41). A pesar de ello, el Ministerio fijó el objetivo de que el 70% de los nacimientos se produjera en hospitales, meta alcanzada en 1964 (39).

El *Informe Peel* (1970) recomendó incluso alcanzar un 100% de nacimientos hospitalarios, justificándolo por un supuesto incremento de seguridad (42) y defendiendo la llamada “Estrategia Maximin” (43). Sin embargo, los análisis posteriores demostraron que esta recomendación carecía de base estadística sólida (37,39).

Como consecuencia, numerosas *Isolated GP Units* cerraron entre las décadas de 1970 y 1980 por considerarse poco seguras o poco rentables (44). El número pasó de 226 unidades en 1973 a 151 en 1978 (39).

La medicalización del parto se consolidó, apoyada en la idea de que el parto era “normal solo en retrospectiva” (45–47) y en la expansión de los servicios obstétricos, neonatológicos y anestésicos (45). Paralelamente, diversos autores señalaron que la disminución de la mortalidad materna desde 1930 se debía en gran parte a factores generales de salud pública más que al cambio hospitalario (39,44,48).

Mientras tanto, los Países Bajos mantuvieron un sistema mixto con fuerte presencia de matronas en atención primaria y altas tasas de parto domiciliario planificado, sin que ello se asociara a peores resultados perinatales (32,39).

5.4 Emergencia de los Centros de Nacimiento modernos (1970s–2000)

A partir de los años setenta surgieron iniciativas que cuestionaban el nuevo modelo hospitalario altamente intervencionista.

En Estados Unidos, los primeros Centros de Nacimiento aparecieron en los años 1970, vinculados a movimientos por los derechos de las mujeres y la humanización del parto. El primer centro documentado abrió en Nueva York en 1975. La *American Association of Birth Centers* (AABC) y la *Commission for the Accreditation of Birth Centers* (CABC) impulsaron estándares de calidad, formación y acreditación desde 1985 (49). Aunque la integración varía según los estados, los CN se han multiplicado en la última década.

Reino Unido fue pionero en institucionalizar los *birth centres* en los años ochenta, bajo liderazgo de matronas y dentro del NHS (50,51). El *National Institute for Health and Care Excellence* (NICE) recomienda que las mujeres de bajo riesgo planifiquen su parto en entornos liderados por matronas (52). Con el *Birthplace Study* (53), se adoptó el término *Midwifery Units* (Unidades Lideradas por Matronas).

En varios países de Europa, los Centros de Nacimiento, ubicados tanto dentro como fuera del entorno hospitalario, están plenamente integrados en el sistema de salud como una alternativa para la atención de partos de baja complejidad, coexistiendo con las salas de partos en Unidades Obstétricas y la opción del parto domiciliario. Esto ocurre, por ejemplo, en Reino Unido (54,55), Países Bajos (28), Noruega (56) y Australia (57).

Sin embargo, en gran parte de Europa aún no se dispone de un mapeo exhaustivo de estos centros, lo que dificulta conocer con precisión las diferencias entre su disponibilidad y el acceso real en los distintos países (58). La evidencia existente procede principalmente de Reino Unido, donde algunos Centros de Nacimiento hospitalarios (AMU) atienden más del 20% de los partos del hospital al que están adscritos, mientras que otros están infrautilizados y no alcanzan el 10% (59).

5.5 Retos contemporáneos para la consolidación de Centros de Nacimiento

A pesar de la sólida evidencia que respalda la seguridad, eficacia y coste-efectividad de los modelos liderados por matronas, su desarrollo y consolidación en Europa ha enfrentado numerosos desafíos.

Existe una amplia variabilidad en el grado de apoyo institucional y político que los distintos gobiernos europeos ofrecen a estas unidades. Esta heterogeneidad se refleja en diferencias significativas en políticas sanitarias, marcos normativos, modelos de financiación y directrices profesionales, condicionadas por factores como las prioridades nacionales en salud, las actitudes culturales hacia el parto y las distintas orientaciones ideológicas de cada país. Como con-

secuencia, la implantación de estas unidades es desigual, lo que se traduce en variaciones importantes en la accesibilidad y en la calidad de los cuidados disponibles para las mujeres (60).

La integración de los cuidados liderados por matronas en los sistemas nacionales de salud y en las guías de práctica clínica continúa siendo la excepción más que la norma en muchos países europeos. Esta situación limita la posibilidad de ofrecer una atención verdaderamente centrada en la mujer, respetuosa y adaptada a las necesidades de quienes cursan embarazos de bajo riesgo o baja complejidad.

En el ámbito internacional, diversos organismos han reforzado la llamada hacia una transformación estructural. El Fondo de Población de Naciones Unidas (UNFPA), mediante el lanzamiento del documento *The Midwifery Accelerator* (61), propone una hoja de ruta en siete pasos para impulsar la inversión global en matronas, con el potencial de salvar más de 4,3 millones de vidas para 2035. En la misma línea, la OMS, en su declaración *Transición hacia los cuidados dirigidos por matronas* (2024) (14), promueve un cambio de los sistemas sanitarios hacia modelos basados en la continuidad de cuidados liderados por matronas como vía para avanzar hacia los Objetivos de Desarrollo Sostenible 2030.

En Europa, la elaboración de los *Midwifery Unit Standards* (Estándares para Centros de Nacimiento) en 2018 (24) ha contribuido a establecer criterios operativos sólidos para la prestación segura y sostenible de este tipo de servicios. La *Midwifery Unit Network* (MUNet) ha desempeñado un papel clave en su difusión, facilitando su traducción a varios idiomas, impulsando su adopción y desarrollando programas de formación interdisciplinar para profesionales de distintos países (<https://www.midwiferyunitnetwork.org>).

5.6 Situación actual en España

En España, la implementación de los Centros de Nacimiento se encuentra actualmente (2025-26) en el centro del debate de las políticas sanitarias impulsadas desde el Ministerio de Sanidad. Se ha publicado un informe sobre la evidencia científica y la relación coste-efectividad de este modelo asistencial que apoya su implementación. Queda pendiente el apoyo explícito en la propia Estrategia de Salud Sexual y Reproductiva.

En España existen actualmente dos Centros de Nacimiento anexos a hospitales (AMU):

- Hospital Sant Joan de Déu de Martorell, de gestión público-privada, inaugurado en 2017 (62).
- Casa Laietània, Hospital Germans Trias i Pujol, Badalona, de gestión pública y abierto desde 2021 (63).

Aunque en Cataluña se han puesto en marcha dos Centros de Nacimiento de cobertura pública con resultados positivos, resulta necesaria su implementación en todo el territorio nacional para garantizar la equidad y universalidad de acceso a todas las mujeres.

En los últimos años han surgido diversas iniciativas para desarrollar Centros de Nacimiento en el sistema público, como un centro adosado a un hospital en la Comunidad Valenciana (Hospital Universitario La Plana) y un centro indepen-

diente en Baleares (Hospital Son Espases). Sin embargo, ambos proyectos han quedado paralizados por la falta de apoyo político.

La consolidación de los Centros de Nacimiento en España representa una oportunidad única para avanzar hacia un modelo asistencial más humano, seguro y basado en la evidencia. Lejos de ser una utopía, su desarrollo podría convertirse en un verdadero catalizador de innovación dentro del Sistema Nacional de Salud, impulsando cambios estructurales que mejoren la calidad de la atención y refuercen la autonomía de las mujeres en sus procesos reproductivos.

Apostar por este modelo no solo significa incorporar una alternativa asistencial más, sino abrir la puerta a una transformación cultural que sitúe a las mujeres en el centro y que inspire a los profesionales, instituciones y responsables políticos a construir un futuro más equitativo, respetuoso y esperanzador para la atención materno-infantil en nuestro país.

6. BIBLIOGRAFÍA

1. Olza I, Leahy-Warren P, Benyamini Y, Kazmierczak M, Karlsdottir SI, Spyridou A, et al. Women's psychological experiences of physiological childbirth: A meta-synthesis. *BMJ Open*. 2018 Oct 1;8 (10).
2. Palau-Costafreda R, Nar-Devi S, Gil-Poisa M, Manso AP, Vela AE, Gutiérrez NO, et al. Beyond the numbers: A phenomenological analysis of women's childbirth experiences in Spain's evolving healthcare system. *Eur J Midwifery*. 2024;8(October).
3. Sandall J, Fernandez Turienzo C, Devane D, Soltani H, Gillespie P, Gates S, et al. Midwife continuity of care models versus other models of care for childbearing women. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2024 Apr 10;2024(4).
4. Downe S, Finlayson K, Tunçalp Ö, Metin Gülmezoglu A. 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*. 2016 Mar;123(4):529-39. doi: 10.1111/1471-0528.13819. Epub 2015 Dec 24. PMID: 26701735.
5. Renfrew MJ, McFadden A, Bastos MH, Campbell J, Channon AA, Cheung NF, et al. Midwifery and quality care: Findings from a new evidence-informed framework for maternal and newborn care. Vol. 384, *The Lancet*. Lancet Publishing Group; 2014. p. 1129-45.
6. Cíbralic S, Pickup W, Diaz AM, Kohlhoff J, Karlov L, Stylianakis A, Schmied V, Barnett B, Eapen V. The impact of midwifery continuity of care on maternal mental health: A narrative systematic review. *Midwifery*. 2023 Jan;116:103546. doi: 10.1016/j.midw.2022.103546. Epub 2022 Nov 7. PMID: 36375410.
7. Rayment J, Rocca-Ihenacho L, Newburn M, Thaelis E, Batinelli L, Mcourt C. The development of midwifery unit standards for Europe. *Midwifery*. 2020 Jul 1;86.
8. De Jonge A, Downe S, Page L, Devane D, Lindgren H, Klinkert J, et al. Value based maternal and newborn care requires alignment of adequate resources with high value activities. Vol. 19, *BMC Pregnancy and Childbirth*. BioMed Central; 2019.
9. World Health Organization. Sexual and reproductive health and rights: an essential element of universal health coverage [Internet]. Geneva: WHO; 2019 [cited 2025 Jul 7]. Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240001392>.
10. Ministerio de Sanidad y Consumo. Estrategia de atención al parto normal en el Sistema Nacional de Salud. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2008.
11. Ministerio de Sanidad. Informe anual del Sistema Nacional de Salud 2023 [Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad; 2024 [cited 2024 Dec 26]. Available from: https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/sisInfSanSNS/tablasEstadisticas/InfAnualSNS2023/INFORME_ANUAL_2023.pdf

12. World Health Organization. WHO statement on caesarean section rates [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2015 [cited 2025 Jul 7]. Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-RHR-15.02>
13. Ministerio de Sanidad. Atención perinatal en España: análisis de los recursos físicos, humanos, actividad y calidad de los servicios hospitalarios, 2010–2018 [Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad; 2021 [cited 2025 Jul 7]. Available from: <https://www.sa>
14. World Health Organization. Transitioning to midwifery models of care: global position paper [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2024 [cited 2025 Jul 1]. Available from: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/379236/9789240098268-eng.pdf?sequence=1>
15. International Confederation of Midwives. Policy brief: implementing midwife-led birth centres [Internet]. The Hague: International Confederation of Midwives; 2024 [cited 2025 Jul 7]. Available from: <https://internationalmidwives.org/wp-content/uploads/Policy-Brief-Implementing-Midwife-Led-Birth-Centres-.pdf>
16. Renfrew MJ, Malata AM. Scaling up care by midwives must now be a global priority. *Lancet Glob Health*. 2021;9(1):e2–e3. doi:10.1016/S2214-109X(20)30478-2.
17. McLachlan HL, Forster DA, Davey MA, Lumley J, Farrell T, Oats J, et al. COSMOS: Comparing Standard Maternity care with one-to-one midwifery support: A randomised controlled trial. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2008 Aug 5;8.
18. McLachlan HL, Forster DA, Davey MA, Farrell T, Gold L, Biro MA, et al. Effects of continuity of care by a primary midwife (caseload midwifery) on caesarean section rates in women of low obstetric risk: The COSMOS randomised controlled trial. *BJOG*. 2012 Nov;119(12):1483–92.
19. World Health Organization. Implementation guidance on transitioning to midwifery models of care [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2025 [cited 2025 Jul 7]. Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240110199>
20. NSW Ministry of Health. Continuity of care models: a midwifery toolkit [Internet]. Sydney: NSW Ministry of Health; 2023 [cited 2025 Jul 7]. Available from: <https://www.health.nsw.gov.au/nursing/practice/Pages/midwifery-cont-carer-tk.aspx>
21. World Health Organization. WHO recommendations on antenatal care for a positive pregnancy experience [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2016 [cited 2025 Jul 7]. Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241549912>
22. World Health Organization. WHO recommendations on maternal and newborn care for a positive postnatal experience [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2022 [cited 2025 Jul 7]. Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240045989>
23. World Health Organization. WHO recommendations: intrapartum care for a positive childbirth experience [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2018 [cited 2026 Mar 25]. Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241550215>
24. Rocca-Ihenacho L, Batinelli L, Thael E, Rayment J, McCourt C. Midwifery unit standards. London: Midwifery Unit Network; 2018
25. Batinelli L, Thael E, Leister N, McCourt C, Bonciani M, Rocca-Ihenacho L. What are the strategies for implementing primary care models in maternity? A systematic review on midwifery units. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2022 Dec 1;22(1).
26. Sandall J, Fernandez Turienzo C, Devane D, Soltani H, Gillespie P, Gates S, et al. Midwife continuity of care models versus other models of care for childbearing women [Internet]. *Cochrane Database Syst Rev*. 2024;2024(1). Available from: <https://doi.org/10.1002/14651858.CD004667.pub6>
27. Nove A, Bazirete O, Hughes K, Turkmani S, Callander E, Scarf V, et al. Which low- and middle-income countries have midwife-led birthing centres and what are the main characteristics of these centres? A scoping review and scoping survey. *Midwifery*. 2023;123:103717. doi:10.1016/j.midw.2023.103717.
28. Hermus MA, Boesveld IC, Hitzert M, Franx A, de Graaf JP, Steegers EAP, et al. Defining and describing birth centres in the Netherlands: a component study of the Dutch Birth Centre Study. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2017;17(1):210. doi:10.1186/s12884-017-1375-9.
29. Rocca-Ihenacho L, Batinelli L, Thael E, Rayment J, Newburn M, McCourt C. Midwifery unit

- standards [Estándares Europeos para Centros de Nacimiento]. Midwifery Unit Network, editor. London: Midwifery Unit Network; 2018.
30. Olivieri P. La Casa Maternità: l'esperienza de "La Via Lattea" di Milano. Gyneco AOGOI [Internet]. 2011 [cited 2026 Mar 25];(9–10):23–7. Available from: <https://www.aogoi.it/media/2799/p23.pdf>
 31. Rocca-Ihenacho L. The bio-psycho-social philosophy of care: Thoughts from research into a freestanding midwifery unit. Pract Midwife [Internet]. 2024 [cited 2025 Dec 2];27:9–12. Available from: <https://www.all4maternity.com/the-bio-psycho-social-philosophy-of-care-thoughts-from-research-into-a-freestanding-midwifery-unit/>
 32. Loudon I. The transformation of maternal mortality. BMJ. 1992;305(6868):1557.
 33. Loudon I. Death in childbirth: an international study of maternal care and maternal mortality 1800–1950. Oxford: Oxford University Press; 1992.
 34. Romlid C. Swedish midwives and their instrumentes in the eighteenth and nine tenth centuries. Midwives, society and childbirth. Routledge; 2002. 52–74 p.
 35. Chamberlain DB. The Expanding Boundaries of Memory. Vol. 4, Psychology Journal. 1990.
 36. Campbell RM. Place of birth reconsidered. In: Alexander JL, C V Roth, editors. Midwifery Practice: Core Topics 2. Macmillan Publishers Limited; 1997. p. 1–22.
 37. Tew M. The case against hospital deliveries: the statistical evidence. In: Kitzinger S, Davis JA, editors. Oxford: Oxford University Press; 1978. p. 55–65.
 38. Great Britain. Ministry of Health. Maternity and child welfare centres in England and Wales: 1st January, 1920. London: His Majesty's Stationery Office; 1920.
 39. Campbell R, Macfarlane AJ. Where to be born? The debate and the evidence. 2nd ed. Oxford: National Perinatal Epidemiology Unit; 1994.
 40. Ministry of Health. Report of the Ministry of Health for April 1950 to December 1951. Part I. Report number Cmd 8655. London; 1952.
 41. Butler NR, Bonham DG. British Perinatal Mortality. The first report on the 1958 British Perinatal Mortality Survey. . Edinburgh and London: E&S Livingstone; 1963.
 42. Standing Maternity and Midwifery Advisory Committee. Domiciliary maternity and midwifery bed needs. London; 1970.
 43. Brody H; TJD. The maximin strategy in modern obstetrics. Journal of Family Practice. 1981;12:977986.
 44. House of Commons Social Services Committee. Perinatal and neonatal mortality: Second report from the Social Services Committee. Session 1979-1980. London; 1980.
 45. Tew M. Safer childbirth? A critical history of maternity care. London: Free Association Books Limites; 1990.
 46. Kirkham M. Professionalization past and presente: With women or with the powers that be? In: Kroll, editor. Midwifery care for the future: Meeting the challenge. London; 1996.
 47. Oakley A. The captured womb. London: Blackwell; 1984.
 48. Great Britain. Office of Population Censuses and Surveys. Mortality statistics: Childhood and maternity. London: H.M.S.O.; 1976.
 49. Commission for the Accreditation of Birth Centers. About the Commission for the Accreditation of Birth Centers [Internet]. Hamburg (PA): CABC; [cited 2026 Mar 25]. Available from: <https://birthcenteraccreditation.org/about-commission-accreditation-birth-centers/>
 50. Glenister C, Burns E, Rowe R. Local guidelines for admission to UK midwifery units compared with national guidance: A national survey using the UK Midwifery Study System (UKMidSS). PLoS One. 2020 Oct 1;15(10 October).
 51. McCourt C, Rayment J, Rance S, Sandall J. An ethnographic organisational study of alongside midwifery units: a follow-on study from the Birthplace in England programme. Health Services and Delivery Research. 2014 Mar;2(7):1–100.

52. National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Intrapartum care [Internet]. London: NICE; 2023 [cited 2026 Mar 25]. Available from: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng235>
53. Hollowell J, Rowe R, Townend J, Knight M, Li Y, Linsell L, et al. The Birthplace in England national prospective cohort study: further analyses to enhance policy and service delivery decision-making for planned place of birth. *Health Services and Delivery Research*. 2015 Aug;3(36):1–264.
54. Brocklehurst P, Hardy P, Hollowell J, Linsell L, Macfarlane A, McCourt C, et al. Perinatal and maternal outcomes by planned place of birth for healthy women with low risk pregnancies: The Birthplace in England national prospective cohort study. *BMJ (Online)*. 2012 Jan 21;343(7840).
55. Walsh D, Spiby H, Grigg CP, Dodwell M, McCourt C, Culley L, et al. Mapping midwifery and obstetric units in England. *Midwifery*. 2018 Jan 1;56:9–16.
56. Bernitz S, Rolland R, Blix E, Jacobsen M, Sjøborg K, Øian P. Is the operative delivery rate in low-risk women dependent on the level of birth care? A randomised controlled trial. *BJOG*. 2011 Oct;118(11):1357–64.
57. Laws PJ, Lim C, Tracy S, Sullivan EA. Characteristics and practices of birth centres in Australia. *Australian and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynaecology*. 2009 Jun;49(3):290–5.
58. Rayment J, Rocca-Ihenacho L, Newburn M, Thael S, Batinelli L, McCourt C. The development of midwifery unit standards for Europe. *Midwifery*. 2020 Jul 1;86.
59. Walsh D, Spiby H, McCourt C, Grigg C, Coleby D, Bishop S, et al. Factors influencing the utilisation of free-standing and alongside midwifery units in England: A qualitative research study. *BMJ Open*. 2020 Feb 17;10(2).
60. Batinelli L, McCourt C, Bonciani M, Rocca-Ihenacho L. Implementing midwifery units in a European country: Situational analysis of an Italian case study. *Midwifery*. 2023 Jan 1;116.
61. United Nations Population Fund (UNFPA). The Midwifery Accelerator [Internet]. New York: UNFPA; 2025 [cited 2026 Mar 25]. Available from: <https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/The%20Midwifery%20Accelerator.pdf>
62. Palau-Costafreda R, García Gumiel S, Eles Velasco A, Jansana-Riera A, Orus-Covisa L, Hermida González J, et al. The first alongside midwifery unit in Spain: A retrospective cohort study of maternal and neonatal outcomes. *Birth*. 2023 Dec 1;50(4):1057–67.
63. Alcaraz-Vidal L, Velasco I, Pascual M, i Gomez RG, Escuriet R, Comas C. First alongside midwifery led unit in a high complexity public hospital in Spain: Maternal and neonatal outcomes. *Women and Birth*. 2024 May 1;37(3).

Capítulo 2

Evidencia sobre los resultados clínicos, experiencias de usuarias y coste-efectividad de los Centros de Nacimiento



“Garantizar una atención de calidad durante el parto es esencial para el bienestar de las mujeres y de sus bebés. Diseñar los servicios de maternidad basándose en lo que las mujeres realmente desean y necesitan es fundamental para asegurar que accedan a ellos y los utilicen de forma continuada.”
Soo Downe et al., 2018 (1)

Autoras:
Marta Valerio, Hope Jackson, , Laura Ortega, Soledad Carregui, Marina Daniele,
Lucia Rocca-Ihenacho.

49	1. EVIDENCIA SOBRE LOS RESULTADOS CLÍNICOS MATERNO-NEONATALES EN LOS CENTROS DE NACIMIENTO
51	2. EVIDENCIA CUALITATIVA SOBRE LA EXPERIENCIA EN CENTROS DE NACIMIENTO
53	2.1 Revisión de estudios cualitativos sobre los CN
53	2.1.1 Antecedentes
53	2.1.2 Métodos
54	2.1.3 Resultados relevantes
55	2.1.4 Conclusión

1. EVIDENCIA SOBRE LOS RESULTADOS CLÍNICOS MATERNO-NEONATALES EN LOS CENTROS DE NACIMIENTO

Los Centros de Nacimiento (CN), tanto los ubicados junto a hospitales (*Alongside Midwifery Units*, AMUs) como los independientes en la comunidad (*Freestanding Midwifery Units*, FMUs), se han consolidado como una alternativa para la atención al parto en mujeres con embarazo de baja complejidad. Estos modelos ofrecen un enfoque centrado en la mujer que promueve el parto fisiológico y minimiza intervenciones médicas innecesarias. Sin embargo, su integración en los sistemas de salud europeos ha sido variable, lo que ha motivado el interés por sintetizar la evidencia sobre sus resultados clínicos.

Estudios recientes a nivel internacional no han encontrado diferencias significativas en los resultados adversos para la madre y su criatura entre los partos planificados en salas de parto tradicionales y aquellos planificados en unidades lideradas por matronas. Además, la evidencia sugiere que estas unidades se asocian con mejores resultados maternos en comparación con las Unidades Obstétricas, especialmente en embarazos de baja complejidad (2–4).

Una revisión sistemática reciente, realizada en el marco del proyecto NAIKEM, sintetizó la evidencia disponible sobre los Centros de Nacimiento en Europa mediante un análisis riguroso de los resultados maternos y neonatales descritos en la literatura científica. Esta revisión, que incluyó 20 estudios realizados en 9 países europeos (Noruega, Alemania, Suecia, Francia, España, Irlanda, Países Bajos, Bélgica e Inglaterra), constituye una fuente sólida de evidencia para valorar la seguridad y eficacia de estos modelos de atención (5–23).

A continuación, se expone un resumen de esta revisión (*revisión completa en Anexo 1*).

Metodología de la revisión sistemática

La revisión fue realizada siguiendo las directrices PRISMA para revisiones sistemáticas, asegurando transparencia y reproducibilidad. Se incluyeron estudios observacionales y ensayos clínicos aleatorizados que reportaron resultados clínicos maternos y neonatales en partos planificados en AMUs y FMUs, comparándolos con resultados de mujeres de bajo riesgo que planificaron su parto en Unidades Obstétricas (UO).

Los estudios fueron identificados mediante una búsqueda exhaustiva en bases de datos relevantes (CINAHL, MedLine, Cochrane, Embase, entre otras), complementada con la revisión de listas bibliográficas de estudios clave. Los datos fueron extraídos de manera independiente por dos revisores para garantizar la fiabilidad, utilizando una plantilla estandarizada que recopiló información sobre las características del estudio, población incluida, tipo de unidad (AMU o FMU)

y resultados clínicos reportados.

Se realizó un metaanálisis cuando fue posible, calculando razones de *odds* (OR) como medida de efecto y evaluando la heterogeneidad estadística mediante el estadístico I^2 . Se aplicaron modelos de efectos aleatorios para considerar la variabilidad entre estudios y se efectuaron análisis de sensibilidad para explorar la influencia de estudios con alto riesgo de sesgo o resultados heterogéneos. La calidad metodológica de los estudios incluidos fue evaluada utilizando herramientas CASP (*Critical Appraisal Skills Programme*) específicas para ensayos y estudios de cohortes.

Principales resultados

Los hallazgos más relevantes de la revisión reflejan ventajas significativas de los CN en comparación con las UO en mujeres de bajo riesgo:

- **Parto vaginal espontáneo:** La probabilidad de parto vaginal normal fue significativamente mayor en CN. Las tasas en AMUs oscilaron entre 64,9% y 91,4%, mientras que en FMUs fueron aún más altas (85,3%-97,5%). El metaanálisis mostró que las mujeres que planificaron su parto en AMUs tuvieron 1,74 veces más probabilidades de parto vaginal espontáneo (OR 1,74; IC 95%: 1,13-2,70) y en FMUs esta probabilidad se incrementó a 2,44 veces (OR 2,44; IC 95%: 1,32-4,54), en comparación con UO.
- **Intervenciones obstétricas:** Las tasas de partos instrumentales y cesáreas fueron significativamente menores en CN. En AMUs las probabilidades de parto instrumental fueron 45% menores (OR 0,55; IC 95%: 0,34-0,89) y en FMUs 59% menores (OR 0,41; IC 95%: 0,25-0,67). Las tasas de cesárea se redujeron un 46% en AMUs (OR 0,54; IC 95%: 0,36-0,62) y un 62% en FMUs (OR 0,38; IC 95%: 0,22-0,67).
- **Episiotomía y analgesia epidural:** La prevalencia de episiotomías y uso de epidural fue significativamente más baja en CN, reflejando un enfoque menos intervencionista y más centrado en el parto fisiológico.
- **Complicaciones maternas:** Las diferencias en complicaciones como hemorragia posparto (>500 ml) y trauma perineal severo (desgarros de tercer o cuarto grado) no fueron estadísticamente significativas, aunque las tendencias favorecieron a los CN.
- **Resultados neonatales:** No se encontraron diferencias significativas en los Apgar <7 al quinto minuto (0%-1,7% en AMUs y 0,2%-1% en FMUs) ni en la tasa de recién nacidos pequeños para la edad gestacional (0,9%-7,2% en AMUs). Las tasas de mortalidad perinatal y neonatal fueron bajas y comparables entre CN y UO. Asimismo, las tasas de transferencia neonatal a unidades de cuidados especiales fueron consistentes y en general bajas (0,3%-7,7% en AMUs y 0,5%-2,6% en FMUs).

Implicaciones clínicas

Estos resultados confirman que los CN son una opción segura y efectiva para la atención de mujeres con embarazo de baja complejidad, permitiendo mayores tasas de parto vaginal espontáneo y reduciendo intervenciones obstétricas innecesarias, sin aumentar riesgos para la salud materna y neonatal.

Estos resultados coinciden con la evidencia disponible sobre las preferencias de las mujeres en el parto, que muestra una clara tendencia a evitar intervenciones médicas no indicadas y a elegir entornos que favorezcan la autonomía y faciliten el trabajo de parto fisiológico (24,25). Al demostrar que los CN proporcionan un entorno seguro con tasas de intervención reducidas, esta revisión confirma que constituyen una opción viable para las mujeres que desean una atención de baja intervención sin comprometer los resultados clínicos.

Los CN han sido identificados como el entorno de parto óptimo para mujeres con embarazos de baja complejidad (26–28). Los CN se asocian con mejores resultados clínicos, una mayor eficiencia económica y un impacto positivo tanto en la satisfacción de las mujeres como de los profesionales implicados. Representan, además, un ejemplo sólido de cómo los modelos de cuidados liderados por matronas pueden integrarse eficazmente en los sistemas sanitarios existentes. Los datos procedentes de investigaciones realizadas en países de ingresos altos, como el Reino Unido, Irlanda, Noruega, Australia y Japón, refuerzan que los CN son una intervención sanitaria efectiva (29,30).

Para los responsables de la planificación de servicios de maternidad y para los equipos clínicos, esta evidencia ofrece parámetros de referencia sobre los resultados esperables en CN. Estos datos resultan útiles para apoyar la toma de decisiones informada de las mujeres en la elección de su lugar de parto, y para diseñar modelos de atención que favorezcan la atención centrada en la mujer y en la fisiología del parto (27,31–33).

En conjunto, la revisión sistemática analizada respalda de forma robusta el uso de CN como un modelo de atención materna seguro, eficaz y beneficioso para mujeres con embarazos de baja complejidad en Europa. Las políticas de salud que promuevan su implementación podrían contribuir a optimizar los resultados maternos y neonatales, reducir intervenciones innecesarias, mejorar la experiencia de parto (31,33) y fomentar la autonomía de las mujeres en sus decisiones sobre su salud.

Además de los resultados clínicos, la calidad de la atención materna incluye dimensiones que no pueden captarse únicamente mediante indicadores biomédicos. La percepción de seguridad, el trato recibido, la autonomía o la relación con las matronas influyen de manera decisiva en la experiencia del nacimiento y constituyen resultados relevantes de salud. Por ello, para comprender plenamente el alcance de los Centros de Nacimiento, es necesario complementar la evidencia cuantitativa con estudios cualitativos que exploren estas dimensiones.

2. EVIDENCIA CUALITATIVA SOBRE LA EXPERIENCIA EN CENTROS DE NACIMIENTO

La experiencia del nacimiento constituye un evento trascendental en la vida de las mujeres, sus hijos e hijas y las familias en general. Diversos estudios han demostrado que una experiencia positiva del parto se asocia con una mejor adaptación psicológica materna, una relación temprana más sólida con el recién nacido y un fortalecimiento de los vínculos (34,35).

Por el contrario, prácticas deshumanizadas, intervenciones no indicadas o falta de respeto a la autonomía de la mujer, pueden dar lugar a consecuencias adversas de largo alcance, como trauma psicológico, depresión posparto, dificultades en la vinculación afectiva madre-bebé e incluso rechazo o temor ante futuros embarazos (36,37).

Estudios recientes señalan además que las experiencias negativas pueden tener efectos persistentes en la salud mental materna y en la regulación emocional del hijo/a en etapas posteriores del desarrollo, así como repercusiones en el entorno familiar (38,39). El estrés materno durante el nacimiento se ha vinculado con dificultades en la regulación emocional temprana y un vínculo madre-hijo deteriorado que puede persistir más allá del primer año de vida (40). Estas consecuencias se extienden al ámbito familiar, generando en muchos casos sentimientos de impotencia, frustración y pérdida de confianza en el sistema sanitario, así como efectos en la salud mental materna y paterna, con aparición de síntomas depresivos o ansiosos y el retraso de futuros embarazos (40).

Las denuncias de usuarias sobre los tratos recibidos en los servicios de maternidad han llevado a organismos internacionales como la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la *International Federation of Obstetrics & Gynecology* (FIGO), a advertir que el maltrato obstétrico constituye una vulneración de derechos humanos y un problema de salud pública que debe ser abordado de manera urgente (41,42).

Todo ello subraya la necesidad de estrategias de prevención, detección precoz e intervención, así como de modelos de atención respetuosos y centrados en la mujer. En este contexto, los modelos de cuidados continuados liderados por matronas han demostrado mejorar la satisfacción materna, reducir intervenciones, favorecer la autonomía y contribuir a una experiencia de parto más positiva (31,43).

Esta evidencia coincide con las recomendaciones de organismos internacionales, entre ellos la OMS, que abogan por avanzar hacia modelos de continuidad de cuidados como vía para garantizar un parto positivo y humanizado (35).

La literatura cualitativa sobre los Centros de Nacimiento ofrece una visión detallada de cómo las mujeres y sus familias viven la atención recibida y qué elementos contribuyen a una experiencia de parto positiva. Estos estudios identifican aspectos clave, como el acompañamiento continuo de profesionales respetuosos, la autonomía en la toma de decisiones, la relación terapéutica con las matronas y el entorno físico y emocional del CN, que influyen de forma directa en el bienestar materno, neonatal y familiar.

A continuación, se sintetizan los principales temas emergentes de la literatura cualitativa internacional sobre los Centros de Nacimiento, que ayudan a comprender qué valoran las mujeres y cómo estos factores contribuyen a una experiencia de parto segura, respetuosa y satisfactoria.

2.1 Revisión de estudios cualitativos sobre los CN

2.1.1 Antecedentes

Esta revisión contribuye al conocimiento actual al sintetizar la literatura cualitativa sobre la función de las Unidades Lideradas por Matronas (ULM) en países de ingresos altos, reconociendo que los elementos de la organización de las ULM pueden diferir significativamente según contextos. La *Red Midwifery Unit Network* llevó a cabo una revisión sistemática para informar sobre el desarrollo de los estándares europeos para unidades lideradas por matronas (*Midwifery Units*) en 2018; el presente estudio es la primera revisión sistemática sobre la funcionalidad de las Unidades Lideradas por Matronas en países de ingresos altos y proporciona una síntesis actualizada de los datos cualitativos (44).

El marco SPICE sirvió de base para la pregunta de investigación: ¿Cuáles son las percepciones y experiencias de las usuarias de los servicios, los proveedores y otras partes interesadas con respecto a los elementos que contribuyen al buen funcionamiento de las unidades de matronas en los países de ingresos altos? El objetivo era identificar, mediante el análisis de la bibliografía cualitativa existente, los componentes básicos y los factores que facilitan el funcionamiento eficaz y las experiencias positivas de las usuarias de las unidades lideradas por matronas (ULM) o Centros de Nacimiento (CN).

La revisión completa se puede consultar en el **Anexo 2**.

2.1.2 Métodos

Esta revisión sistemática siguió las directrices PRISMA 2020 para garantizar su exhaustividad y transparencia. Se seleccionó una revisión sistemática con síntesis temática como enfoque metodológico, ya que favorece la generación de nuevos conocimientos interpretativos mediante la reanálisis de estudios cualitativos primarios (45).

Los estudios incluidos fueron estudios cualitativos o de métodos mixtos con un componente cualitativo centrado en la función de los Centros de Nacimiento desde la perspectiva de los profesionales, las usuarias de los servicios y las partes interesadas.

Dieciséis artículos de doce estudios realizados en seis países de ingresos altos cumplieron los criterios de inclusión. Se empleó la síntesis temática, con una codificación línea por línea agrupada en temas descriptivos, a partir de los cuales se desarrollaron temas analíticos mediante un análisis interpretativo (45).

Tabla 1. Artículos incluidos en la revisión sistemática

Articulos incluidos en la revisión (n = 16):

TEMA PRINCIPAL	ARTÍCULOS
	1. MacDougall and Johnston, 2022(51)
	2. McCourt et al, 2016(73)
	3. McCourt et al, 2018 (32)
	4. Murray-Davis et al, 2022(74)
	5. Murray-Davis et al, 2025(48)
	6. Neerland et al, 2023(75)
	7. Norris and Murphy, 2020(53)
	8. Norstebo et al, 2023(50)
	9. Remvik-Larsen et al, 2023(76)
	10. Rocca-Ihenacho et al, 2021(46)
	11a. Rocca-Ihenacho,2023a(62)
	11b. Rocca-Ihenacho,2023b(61)
	11c. Rocca-Ihenacho,2023c(52)
	11d. Rocca-Ihenacho,2023d(54)
	12. Shakes et al, 2024(49)

Tabla 2. Temas resultantes de la síntesis temática

TEMA PRINCIPAL	SUBTEMAS
Estructura y entorno	- Entorno físico - El tiempo y el diseño como recursos esenciales - Ubicación e integración
Organización y liderazgo	- Relaciones interprofesionales - Gobernanza y liderazgo - Modelos de dotación de personal - Sostenibilidad de la plantilla - Autonomía profesional
Ética y modelo de atención	- Filosofía de la matronería - Continuidad de la atención - Autonomía de la usuaria y toma de decisiones - Seguridad cultural e inclusión

2.1.3 Resultados relevantes

La experiencia y las perspectivas de las usuarias del servicio ofrecen una contribución fundamental al funcionamiento de la atención por parte de las matronas y se relacionan estrechamente con aspectos como la autonomía, la continuidad, la filosofía de la atención y el entorno en el que se desarrolla (46).

La presencia de una matrona conocida que proporciona continuidad en la atención se asoció de forma sistemática con una mayor sensación de seguridad y control por parte de las participantes en el estudio (47–50).

Las usuarias del servicio describieron la confianza en su propia capacidad para

dar a luz como una experiencia profundamente empoderadora, estrechamente vinculada a la confianza depositada en la profesional que las atendía. En este sentido, la continuidad de la atención desempeñó un papel clave, ya que para muchas mujeres generó una mayor sensación de seguridad. Conocer previamente a las matronas y familiarizarse con su forma de trabajar fue identificado como un elemento fundamental. Como expresó una de las participantes: *«Conocía a la matrona antes del parto; tanto mi marido como yo confiábamos en ella»* (2011/35/tercer parto/V1) (50).

La autonomía y la participación activa de la mujer en la toma de decisiones constituyen elementos esenciales de una atención de calidad, y se ven favorecidas por un proceso de consentimiento informado completo y por la elaboración de planes de atención individualizados (51,52). Un estudio realizado en el Reino Unido describe cómo este enfoque colaborativo se traduce en la práctica: *«La matrona proporcionó información a la mujer y discutió con ella las ventajas y desventajas de las distintas opciones. Este modelo de colaboración implicaba que la matrona ofrecía apoyo para facilitar un plan de atención personalizado»* (46).

Las personas usuarias del servicio valoraban especialmente una atención que promoviera su capacidad de decisión y autonomía, a menudo en contraste con modelos de atención más medicalizado (51). El entorno físico y emocional también desempeñaba un papel relevante en la percepción y la vivencia de la atención. Diversos estudios describen espacios con un ambiente hogareño, un ritmo asistencial pausado y una respuesta emocional caracterizada por la calidez, la comodidad y la confianza (53,54). Muchas usuarias describieron las Unidades Lideradas por Matronas o Centros de Nacimiento adosados al hospital (AMU) como “lo mejor de ambos mundos”, ya que la cercanía al hospital proporcionaba una mayor sensación de seguridad y tranquilidad (48).

En todos los entornos analizados, las usuarias describieron una sensación de “sentirse arropadas” tanto a nivel emocional como físico, gracias a una forma de “atención vigilante” coherente con el modelo biopsicosocial de cuidados (46,49–51).

La experiencia de las usuarias del servicio se vio determinada por la continuidad de la atención, la autonomía de las matronas, la filosofía de cuidados compartida, el entorno diseñado para favorecer el parto fisiológico y la existencia de redes de apoyo. Los estudios incluidos muestran la interdependencia de estos elementos, señalando que la ausencia de cualquiera de ellos puede comprometer el funcionamiento global del modelo asistencial (77,78).

2.1.4 Conclusión

Esta revisión sistemática identifica los elementos interdependientes que contribuyen al funcionamiento óptimo de las Unidades Lideradas por Matronas (ULM). Un entorno adecuadamente diseñado, la disponibilidad de tiempo suficiente para la atención, la continuidad asistencial, un liderazgo eficaz, una filosofía de cuidados compartida y circuitos de derivación claramente establecidos se revelan como componentes esenciales para garantizar la seguridad, promover la autonomía y favorecer experiencias de parto positivas. Los Centros de Nacimiento que integran de manera coherente estos elementos fundamentales tienen el potencial de mejorar la consistencia del modelo asistencial y de sostener una atención de calidad, segura y liderada por matronas a largo plazo.

3. EXPERIENCIAS DE LAS USUARIAS DEL SERVICIO EN LOS CN

Las experiencias de las usuarias de los servicios de Centros de Nacimiento (CN) han mostrado una elevada coherencia en las investigaciones realizadas en países de altos ingresos (33,55–59). La atención en los CN y el trabajo en equipo, basados en una filosofía de cuidado biopsicosocial, se han asociado con el desarrollo de relaciones de confianza y un fuerte sentimiento de seguridad entre las usuarias (56,60).

Profundizando en el análisis de los aspectos que las usuarias valoran, a continuación, se presentan los resultados del estudio etnográfico integrado en una tesis doctoral (Rocca-Ihenacho, 2017). Este trabajo identifica las características clave de la atención en los CN que las mujeres consideran relevantes y que contribuyen a una experiencia positiva de la atención materna.

La figura siguiente, elaborada por la Dra. Rocca-Ihenacho como parte de su investigación doctoral, nos muestra los aspectos que las personas usuarias consideran importantes en la experiencia de la atención recibida. Se han incorporado citas de investigaciones cualitativas más recientes; sin embargo, no se han identificado temas ni subtemas nuevos.

Aspectos que las personas usuarias consideran importantes

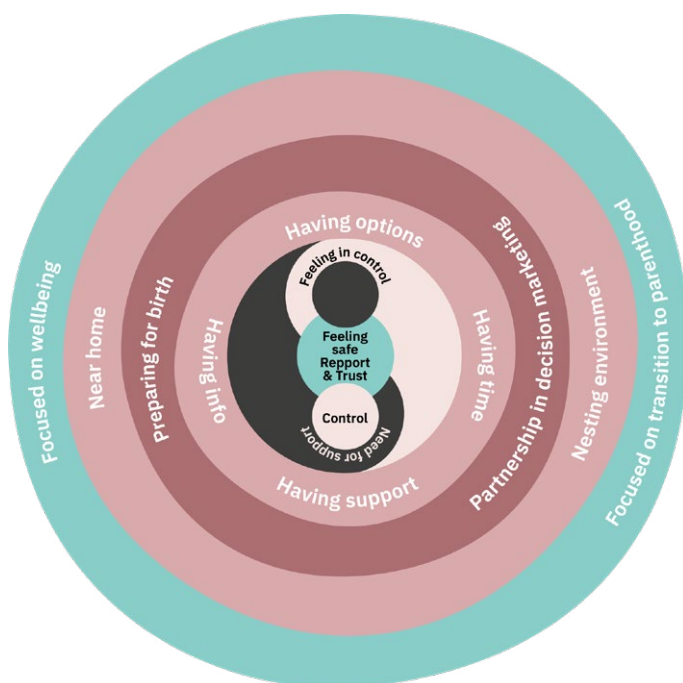


Figura 1. Características clave de los CN asociadas a experiencias positivas de las usuarias.

A continuación, se describen aquellos aspectos que más destacaron en su investigación:

Relación terapéutica y confianza con las matronas

Las usuarias de los servicios de los CN describieron cómo las matronas y el resto del personal de los CN eran expertas en establecer una relación de confianza, lo que les hacía sentir bienvenidas y a gusto, incluso si no habían conocido a la matrona anteriormente (56).

Necesidad de continuidad en la atención

Los modelos de atención dentro de los CN varían considerablemente. Los estándares europeos de los CN (63) recomiendan incorporar una filosofía de atención biopsicosocial que promueva tanto la continuidad de la filosofía como, en la medida de lo posible, la continuidad del cuidador (contar con la misma matrona o un pequeño equipo de matronas durante todo el proceso de maternidad). Mientras que algunos CN solo ofrecen un contacto prenatal limitado, otras ofrecen continuidad en la atención durante todo el proceso de maternidad. Cada modelo presenta ventajas y retos distintos; sin embargo, la incorporación de elementos de continuidad del cuidador se ha asociado sistemáticamente con experiencias más positivas de las usuarias del servicio (33,64).

Servicios en la comunidad cerca del hogar en un entorno propicio y acogedor

La importancia y el impacto del entorno en las usuarias del servicio, las familias y el personal, junto con el concepto de «anidación» dentro de las unidades de matronas, se ha debatido ampliamente en la literatura (61,65). Las evidencias que surgen de múltiples estudios sobre los CN extrahospitalario destacan de manera sistemática el papel crucial del entorno físico y emocional para ayudar a las mujeres y a otros usuarios del servicio a sentirse relajados y cómodos. La proximidad al hogar también fue un factor clave que influyó en la elección de las mujeres a CN extrahospitalarios, ya que muchas valoraron el hecho de ser atendidas en su propia comunidad y apreciaron la facilidad con la que sus familiares podían visitarlas.

Las mujeres valoraron la cercanía del centro, las visitas en las que se le proporcionará información incluidas estadísticas locales y resultados de investigaciones.

Sentirse segura: equilibrio entre autonomía y apoyo profesional

Muchas usuarias del servicio mencionaron una sensación de seguridad cuando recibían atención en el CN, relacionada principalmente con la sensación de apoyo recibido y percibido.

Participación y toma compartida de decisiones

Las mujeres y sus acompañantes durante el parto se refirieron al concepto de *disponer de tiempo* de varias maneras: Tener tiempo para discutir los asuntos con la matrona durante las citas, no sentirse presionadas por la carga de trabajo de la matrona durante el parto o el posparto, y tener tiempo para permitir que sus cuerpos den a luz de forma fisiológica.

Tanto las mujeres como sus acompañantes durante el parto expresaron la ne-

cesidad de tener opciones para poder planificar el parto y el nacimiento. Estas opciones resultaban especialmente útiles si se expresaban en el marco de un debate abierto en el que la matrona o el médico de cabecera escuchaban las preferencias de la mujer. Por lo tanto, esta necesidad de tener opciones se mediaba mediante el establecimiento de una buena relación y, posiblemente, la construcción de una relación a lo largo del tiempo, lo que daba lugar a una colaboración en la toma de decisiones.

Preparación para el parto

En este estudio, las mujeres interesadas en dar a luz acudían a una visita guiada al Centro de Nacimiento (CN) en torno a la semana 20 de gestación. Esta visita incluía un recorrido por la unidad, así como una explicación de la filosofía asistencial, el uso de métodos no farmacológicos para el alivio del dolor y una descripción de la atención que recibirían durante el parto. Asimismo, se animaba a las mujeres a participar en actividades de educación prenatal, y algunas de las participantes entrevistadas asistieron a clases de yoga o a cursos de hipn parto.

Un número considerable de mujeres que planificaban el parto en el Centro de Nacimiento extrahospitalario participó también en un taller de dos horas organizado por el propio CN, concebido como una sesión eminentemente práctica centrada en qué hacer durante el parto para facilitar su desarrollo. La mayoría de las matronas del centro señalaron que estos talleres de parto activo eran fundamentales para preparar tanto a las mujeres como a sus acompañantes. En particular, destacaron que las mujeres con experiencias previas de parto hospitalario se beneficiaban especialmente de estos talleres, ya que les permitían reorientarse hacia un enfoque más activo y participativo del proceso de parto y nacimiento (52).

Enfoque en el bienestar y la transición a la maternidad/paternidad

Muchas mujeres y sus acompañantes describieron el impacto positivo que la atención recibida en el Centro de Nacimiento (CN) tuvo tanto en su bienestar general como en el proceso de transición a la maternidad y la paternidad. Las mujeres con experiencias previas de parto señalaron diferencias relevantes entre la atención en unidades de matronas y la atención hospitalaria convencional, destacando una vivencia más positiva y centrada en sus necesidades en el CN.

Entre los aspectos más valorados por las usuarias se encontró el acceso facilitado a la familia durante el periodo posparto, así como la disponibilidad de apoyos continuados tras el nacimiento. En este sentido, tanto mujeres como matronas subrayaron la importancia de que los Centros de Nacimiento ofrezcan una cartera amplia de servicios, que incluya apoyo a la lactancia, grupos de masaje para bebés y espacios de apoyo posparto, como las sesiones informales de encuentro para madres y familias. Estas iniciativas fueron percibidas como especialmente valiosas por las usuarias, al favorecer una sensación de continuidad asistencial que se extendía desde el periodo prenatal y el parto hasta el posparto y etapas posteriores.

Asimismo, las matronas participantes destacaron que, cuando los Centros de Nacimiento se integran en entornos de atención primaria, presentan un elevado

potencial para abordar de manera integral las necesidades de salud sexual y reproductiva de las mujeres y sus familias. Esto incluye no solo la atención al parto, sino también servicios de planificación familiar, apoyo a la primera infancia y otras intervenciones de promoción de la salud y salud pública.

Desde la perspectiva profesional, se enfatizó la necesidad de que los Centros de Nacimiento no sean concebidos exclusivamente como dispositivos asistenciales para el parto, sino como iniciativas de salud pública que proporcionan una atención holística, comunitaria y continuada por parte de las matronas. Para garantizar su sostenibilidad, las matronas señalaron la importancia de contar con una visión estratégica clara que reconozca y valore el conjunto de actividades desarrolladas por los CN, más allá del número de partos atendidos. Este enfoque es coherente con los **Estándares Europeos de Centros de Nacimiento**, concretamente con el Tema 5: Personal y carga de Trabajo (63).

En conjunto, estos hallazgos muestran que la experiencia positiva de las mujeres en los Centros de Nacimiento no depende de un único elemento aislado, sino de la interacción coherente entre varios componentes: una relación terapéutica basada en la confianza, la continuidad de la atención, la proximidad a la comunidad, un entorno físico y emocionalmente acogedor, la sensación de seguridad combinada con autonomía, la participación activa en la toma de decisiones, una preparación adecuada para el parto y un acompañamiento real en la transición a la maternidad y la paternidad.

Los CN que logran articular estos aspectos, integrados en una filosofía biopsicosocial y en una visión estratégica de salud pública, se configuran no solo como dispositivos seguros para el nacimiento, sino como espacios de cuidado integral y comunitario. Reconocer y fortalecer estos elementos resulta esencial para consolidar modelos de atención liderados por matronas que respondan a las necesidades reales de las mujeres y sus familias, y que contribuyan de forma sostenible a la calidad y humanización de la atención materna.

4. ANÁLISIS DE COSTE-EFECTIVIDAD EN LA IMPLEMENTACIÓN DE LOS CENTROS DE NACIMIENTO EN EUROPA

La evidencia sobre la coste-efectividad de las Unidades Lideradas por Matronas (ULM o Midwifery Units, MU) en Europa está respaldada por diversos estudios publicados entre 2011 y 2025. Se han identificado tres revisiones sistemáticas (66–68). Esta síntesis de la evidencia incluye todos los estudios europeos de coste-efectividad recogidos en dichas revisiones, publicados entre 2016 y 2025. En total, se localizaron ocho publicaciones que informan sobre siete estudios primarios realizados en seis países europeos (Noruega, Inglaterra, Irlanda, Países Bajos, Bélgica e Italia). Todos los estudios incluidos emplearon análisis por intención de tratar. En la Tabla 3 se presenta un resumen descriptivo de estos siete estudios.

Los estudios de coste-efectividad en la atención a la maternidad presentan una elevada complejidad metodológica, tanto por los desafíos propios de la evaluación económica como por la notable variabilidad de la práctica clínica entre países (26,55,69,70). En consecuencia, los resultados sobre coste-efectividad pueden verse influidos por diferencias en los modelos de atención, como muestran varios trabajos que describen variaciones en las tasas de intervenciones intra-

parto, intervenciones que se asocian con un incremento de los costes del servicio. Además, la heterogeneidad en el diseño de los estudios y en los enfoques metodológicos limita aún más la comparabilidad entre ellos. La frecuente ausencia de definiciones claras de los distintos entornos de nacimiento, de los modelos de atención y de la filosofía de cuidados subyacente en las ULM —incluidos los modelos de práctica de las matronas— restringe la posibilidad de establecer comparaciones significativas entre estudios.

Por ejemplo, Hitzert et al. (2017) (68) compararon tres entornos de parto planificado (domicilio, Centro de Nacimiento y hospital); sin embargo, la atención a todas las mujeres fue proporcionada por matronas comunitarias pertenecientes a equipos que acompañaban a las mujeres en los distintos entornos según el lugar de parto elegido. Esta continuidad del profesional a lo largo de todos los escenarios constituye un importante factor de confusión, ya que limita la capacidad de atribuir las diferencias observadas en los resultados y en los costes al entorno del parto en sí, en lugar de al modelo de atención recibido. En concreto, las mujeres que planificaron un parto hospitalario continuaron recibiendo atención por parte de su equipo habitual de matronas, en lugar de ser atendidas por personal hospitalario que opera dentro de un modelo de atención más medicalizado. Dado que se ha demostrado de forma independiente que la continuidad en la atención por matronas reduce las tasas de intervención y mejora los resultados, su presencia en todos los entornos puede haber atenuado las diferencias entre los grupos, subestimando u ocultando potencialmente el perfil real de costes e intervenciones asociado a la atención hospitalaria. En consecuencia, los resultados del estudio podrían reflejar principalmente el impacto económico de la continuidad asistencial, más que la rentabilidad intrínseca de la atención en unidades de matronas en comparación con el parto hospitalario.

De forma similar, el estudio de Isaline et al. (2019) estuvo limitado por un tamaño muestral reducido, lo que disminuyó la potencia estadística y aumentó la incertidumbre en torno a las estimaciones de coste-efectividad. Además, casi la mitad de las mujeres asignadas inicialmente al grupo de unidades de matronas integradas en el hospital (alongside midwifery unit, AMU) fueron transferidas a unidades obstétricas (OU), principalmente a causa de la solicitud de analgesia epidural. Esta tasa de transferencia excepcionalmente elevada dificulta la interpretación de los resultados, ya que una proporción sustancial de las mujeres clasificadas como receptoras de atención en unidades de matronas acabó recibiendo intervenciones propias del ámbito obstétrico, con los costes asociados. Como resultado, los costes atribuidos al grupo de unidades de matronas pueden reflejar en gran medida la atención obstétrica posterior, más que la atención proporcionada dentro de la propia unidad de matronas, lo que limita la capacidad de evaluar de forma independiente el impacto de este modelo asistencial sobre las intervenciones intraparto y los resultados económicos.

A pesar de estas limitaciones, la evidencia disponible sobre la coste-efectividad de las unidades de matronas en comparación con las unidades obstétricas es relativamente consistente y, en conjunto, sugiere que las unidades de matronas ofrecen una atención a la maternidad coste-efectiva.

A pesar de las diferencias existentes entre los estudios en cuanto a metodología, práctica clínica y desenlaces evaluados, la evidencia disponible indica que, en mujeres sanas con embarazos no complicados, la atención al parto en unidades de matronas (ULM) se asocia a una mayor coste-efectividad en comparación con la atención en unidades obstétricas (UO). Esta ventaja económica parece estar impulsada principalmente por unas menores tasas de intervenciones intraparto innecesarias, una reducción de la morbilidad materna y un menor número de ingresos posnatales, incluidos los ingresos en unidades de cuidados intermedios (15,55,71).

Cabe destacar que los estudios incluidos emplearon análisis por intención de tratar, de modo que las mujeres que iniciaron la atención en una unidad de matronas pero que posteriormente fueron transferidas a una unidad obstétrica para una mayor monitorización, vigilancia o intervención obstétrica se mantuvieron dentro del grupo de análisis de las ULM. Este enfoque refuerza la validez de los resultados, ya que refleja los circuitos clínicos reales y permite capturar el impacto económico completo de la atención iniciada en unidades de matronas.

No obstante, la solidez y la generalización de estas conclusiones se ven limitadas por la heterogeneidad metodológica y la variabilidad contextual entre los estudios, incluidas las diferencias en los sistemas sanitarios, los modelos asistenciales y las definiciones de los entornos de parto. Investigaciones futuras se beneficiarían de evaluaciones económicas bien diseñadas y multicéntricas, realizadas en distintos países y basadas en metodologías estandarizadas, con definiciones claras de los entornos de parto y modelos asistenciales comparables. Este tipo de estudios permitiría una comprensión más matizada y transferible de la coste-efectividad de las unidades de matronas en los sistemas sanitarios europeos y aportaría una base de evidencia más sólida para la toma de decisiones en política sanitaria y planificación de servicios.

Por otra parte, en el análisis realizado en España a nivel nacional (72), en general, también concluye una mayor coste-efectividad a favor de los Centros de Nacimiento. Desde el punto de vista de la eficacia clínica, los Centros de Nacimiento se asocian a un modelo de atención menos medicalizado, con menores tasas de episiotomías, cesáreas y partos instrumentales, así como un menor uso de anestesia epidural y oxitocina, sin aumento de riesgos relevantes. En el ámbito neonatal, los resultados de seguridad son similares y se observa una ligera mejora en el inicio de la lactancia materna, aunque sin relevancia clínica significativa y concretamente en el análisis de impacto presupuestario indica que la implementación progresiva de Centros de Nacimiento hospitalarios para la atención del parto de bajo riesgo podría mejorar la eficiencia en el uso de los recursos del sistema sanitario público. Aunque las diferencias en el coste por parto entre este modelo y la atención convencional no son muy elevadas, el alto volumen de partos en la población diana genera un impacto económico global relevante, con ahorros potenciales en todos los escenarios de implantación analizados, incluso con niveles bajos o moderados de utilización. Estos resultados se mantienen estables en el análisis de sensibilidad, lo que respalda la solidez del modelo, si bien deben interpretarse con cautela debido a las limitaciones del estudio y a la necesidad de disponer de datos más representativos a nivel nacional.

REF.	MÉTODO	POBLA- CIÓN	INTER- VENCIÓN	COMPARA- DOR	RESULTADOS	CONCLUSIONES
Bernitz et al., 2011, Noruega	Análisis de rentabilidad de un ensayo controlado aleatorio Perspectiva: proveedor de atención sanitaria	1110 mujeres elegibles para recibir atención en ULM	Atención en la AMU	Atención en UO (mismo hospital)	Coste de la AMU: 1672 € frente a 1950 € de la UO	ULM menos costoso (solo se incluyen los costes relacionados con la atención al parto).
Schroeder et al., 2011 y 2012 Inglaterra (Informe del NIHR y artículo del BMJ)	Análisis de rentabilidad- Estudio prospectivo de cohortes Perspectiva: Sistema Sanitario (NHS)	64 538 mujeres de bajo riesgo	Lugar de parto previsto en 4 entornos: domicilio, FMU, AMU, UO	Atención en UO (mismo consorcio del NHS)	Costes medios Hogar: 1067 £; AMU: 1435 £; FMU: 1461 £; Hospital: 1631 £	Los CN son los más rentables, ya que ofrecen mejores resultados en comparación con la UO y los mejores resultados perinatales y maternos. La atención en las ULM se asoció con un ahorro relevante en comparación con la UO
Kenny et al., 2015, Irlanda	Comparación de costes junto con un ensayo aleatorizado Perspectiva: Servicio de salud	1653 mujeres de bajo riesgo	Atención en la AMU	Atención en la sala de partos (mismo hospital)	Resultados clínicos: no hay diferencias estadísticamente significativas en los resultados entre la ULM y la UO en cuanto a los resultados clínicos, y es significativamente menos probable que se realice una monitorización fetal electrónica o una estimulación del parto. Costes de personal médico y de matronas, incluyendo atención prenatal, intra-parto y posparto, investigaciones, intervenciones, estancia hospitalaria, costes administrativos (gestores), gastos generales en forma de administración general y mantenimiento en función del espacio ocupado. Coste medio: ULM: 2598 € OU: 2780	MU menos costoso
Hitzert et al., 2017, Países Bajos	Evaluación económica basada en un estudio prospectivo de cohortes	3455 mujeres de bajo riesgo atendidas por una matrona comunitaria al inicio del parto	21 Centros de Nacimiento, 46 Centros hospitalarios donde era posible dar a luz con la asistencia de una matrona y 110 consultas de matronas para partos en casa.	Atención asistida por matronas en diferentes entornos	Los costes medios ajustados totales para los partos planificados en un centro de maternidad, en un hospital y en casa atendidos por una matrona comunitaria fue de 3327 €, 3330 € y 2998 €	No hubo diferencias entre los entornos cuando la atención fue prestada por matronas autónomas

REF.	MÉTODO	POBLACIÓN	INTERVENCIÓN	COMPARADOR	RESULTADOS	CONCLUSIONES
Schroeder et al., 2017, Inglaterra	Comparar los costes económicos de la atención materna intraparto en una zona del centro de la ciudad para mujeres de «bajo riesgo» que optaron por dar a luz en una FMU en comparación con las que eligieron dar a luz en la UO del mismo NHS Trust.	Historiales de maternidad de 167 mujeres de bajo riesgo que comenzaron la atención del parto en la FMU/166 que comenzaron en la UO.	Atención en la FMU	Atención en la UO (mismo hospital)	El coste medio total por pareja madre-bebé para la atención en la que las madres comenzaron su atención intraparto en la FMU fue de 1296,23 £, y de 2200,70 £ en la UO. Estos costes reflejan el rendimiento intraparto utilizando el coste ascendente por usuaria, desde el ingreso hasta el alta, incluyendo el traslado, excluyendo las tasas de ocupación y los costes de funcionamiento relacionados de las unidades.	El estudio demostró que el rendimiento intraparto en el Centro de Nacimiento podía considerarse de mínimo coste en comparación con el hospital. La atención en la FMU supuso un ahorro de aproximadamente 850 £ en comparación con la UO
Isaline et al., 2019, Bélgica	Se trata de un estudio descriptivo cuantitativo retrospectivo basado en un enfoque ascendente para identificar tendencias a partir de los datos de dos grupos de mujeres embarazadas.	59 mujeres que planeaban dar a luz en la ULM y 30 en la UO	Atención en la AMU frente a la UO en el mismo hospital	Atención en la sala de partos (mismo hospital)	Parto en UO 4705 € Parto en AMU: 4307 €	Tendencia hacia menores costes (sin ajustar) para el grupo ULM. El pagador público ahorró aproximadamente un 10 % de los gastos públicos con ULM, probablemente como resultado de una reducción de la duración de la estancia en el hospital.
Cicero et al., 2022, Italia	Estudio de descripción de costes (hogar, maternidades) frente a UO, utilizando la perspectiva del tercer pagador (NHS) para estimar el coste total del parto en entornos extrahospitalarios acreditados por el proceso del NHS, teniendo en cuenta solo los costes directos.	NA	Parto fuera del hospital (centros de maternidad o parto en el hogar)	Atención UO	Los costes directos e indirectos totales relacionados con el parto en el hospital son de 1832 €, en la maternidad de 1354 € y en el parto en casa de 919 €.	El coste total asociado al parto en una maternidad fue inferior a la suma de las tarifas por parto y atención neonatal en un significativo 26,04 %. El coste total asociado a los partos en casa es un 49,82 % inferior a la suma de las tarifas DRG.

5. CONCLUSIÓN GLOBAL SOBRE LA EVIDENCIA EXISTENTE

Un amplio y consistente cuerpo de evidencia internacional indica que las unidades lideradas por matronas se asocian a resultados clínicos óptimos, altos niveles de satisfacción entre las personas usuarias y una adecuada coste-efectividad global. Sin embargo, a pesar de la solidez de esta base de evidencia, la implementación y la integración a gran escala de las unidades de matronas siguen siendo limitadas en Europa y especialmente insuficientes en España. Esta brecha entre la evidencia disponible y la práctica asistencial no puede explicarse adecuadamente únicamente por consideraciones clínicas o económicas. Por el contrario, refleja la persistencia de barreras culturales, políticas y sociales profundamente arraigadas que restringen la capacidad de las mujeres y personas gestantes para ejercer una elección informada y una mayor autonomía durante el parto, al tiempo que limitan la autonomía profesional, el reconocimiento y el liderazgo de las matronas dentro de los sistemas de atención a la maternidad.

No obstante, esta brecha también pone de manifiesto una oportunidad de transformación. La creciente demanda de las mujeres por modelos de atención más respetuosos, personalizados y alineados con la fisiología del parto, junto con el compromiso y la implicación de las matronas y otros profesionales, constituyen un motor clave para el cambio. En este contexto, resulta imprescindible el respaldo activo de las administraciones sanitarias para facilitar marcos normativos, organizativos y de financiación que permitan el desarrollo e integración efectiva de estos modelos. Solo mediante la convergencia entre la evidencia científica, la voluntad de las mujeres, el liderazgo profesional y el compromiso institucional será posible avanzar hacia una atención al nacimiento más equitativa, segura y centrada en las necesidades reales de las mujeres.

6. BIBLIOGRAFÍA

1. Downe S, Finlayson K, Oladapo O, Bonet M, Gülmezoglu AM. What matters to women during childbirth: a systematic qualitative review. *PLoS One*. 2018;13(4):e0194906.
2. Hodnett ED, Downe S, Walsh D. Alternative versus conventional institutional settings for birth. Vol. 2012, *Cochrane Database of Systematic Reviews*. John Wiley and Sons Ltd; 2012.
3. Scarf VL, Rossiter C, Vedam S, Dahlen HG, Ellwood D, Forster D, et al. 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. Vol. 62, *Midwifery*. Churchill Livingstone; 2018. p. 240–55.
4. Homer CSE, Thornton C, Scarf VL, Ellwood DA, Oats JJN, Foureur MJ, et al. Birthplace in New South Wales, Australia: An analysis of perinatal outcomes using routinely collected data. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2014 Jun 14;14(1).
5. Huitfeldt AS, Voldner N, Blix E. Outcomes of care at 'Føderiket Midwifery Unit' 2007–2011, a freestanding midwifery-led unit in Oslo, Norway: A prospective cohort study. *Nord J Nurs Res*. 2016 Mar;36(1):38–43.
6. Gottvall K, Grunewald C, Waldenström U. Safety of birth centre care: perinatal mortality over a 10-year period [Internet]. Available from: www.blackwellpublishing.com/bjog
7. Hermus MAA, Hitzert M, Boesveld IC, Van Den Akker-Van Marle ME, Dommelen P Van, Franx A, et al. Differences in optimality index between planned place of birth in a birth centre and alternative planned places of birth, a nationwide prospective cohort study in the Netherlands: Results of the Dutch Birth Centre Study. *BMJ Open*. 2017 Nov 1;7(11).
8. Gottvall K, Winbladh B, Cnattingius S, Waldenström U. Birth centre care over a 10-year pe-

- riod: infant morbidity during the first month after birth. *Acta Paediatr.* 2005;94(9):1253-1260.
9. Eide BI, Nilsen ABV, Rasmussen S. Births in two different delivery units in the same clinic - A prospective study of healthy primiparous women. *BMC Pregnancy Childbirth.* 2009 Jun 22;9.
 10. Waldenström U, Nilsson CA, Winbladh B. The Stockholm Birth Centre Trial: maternal and infant outcome. Vol. 104, *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*. 1997.
 11. Waldenström U, Nilsson CA, Winbladh B. The Stockholm birth centre trial: maternal and infant outcome. *BJOG.* 1997;104(4):410-418.
 12. Prelec A, Verdenik I, Poat A. A comparison of frequency of medical interventions and birth outcomes between the midwife led unit and the obstetric unit in low-risk primiparous women. *Slov Nurs Rev.* 2014;48(3).
 13. Van der Kooy J, de Graaf JP, Birnie DE, Denktas S, Steegers EAP, Bonse GJ. Different settings of place of midwife-led birth: evaluation of a midwife-led birth centre. *Springerplus.* 2016 Dec 1;5(1).
 14. Alcaraz-Vidal L, Velasco I, Pascual M, i Gomez RG, Escuriet R, Comas C. First alongside midwifery led unit in a high complexity public hospital in Spain: Maternal and neonatal outcomes. *Women and Birth.* 2024 May 1;37(3).
 15. Bernitz S, Rolland R, Blix E, Jacobsen M, Sjøborg K, Øian P. Is the operative delivery rate in low-risk women dependent on the level of birth care? A randomised controlled trial. *BJOG.* 2011 Oct;118(11):1357-64.
 16. Merz WM, Tascon-Padron L, Puth MT, Heep A, Tietjen SL, Schmid M, et al. Maternal and neonatal outcome of births planned in alongside midwifery units: A cohort study from a tertiary center in Germany. *BMC Pregnancy Childbirth.* 2020 May 6;20(1).
 17. Rollet C, Le Ray C, Vendittelli F, Blondel B, Chantry AA, Chantry AA, et al. Severe adverse maternal and neonatal outcomes according to the planned birth setting being midwife-led birth centers or obstetric-led units. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2024 Dec 1;103(12):2465-74.
 18. Palau-Costafreda R, García Gumiel S, Eles Velasco A, Jansana-Riera A, Orus-Covisa L, Hermida González J, et al. The first alongside midwifery unit in Spain: A retrospective cohort study of maternal and neonatal outcomes. *Birth.* 2023 Dec 1;50(4):1057-67.
 19. Brocklehurst P, Hardy P, Hollowell J, Linsell L, Macfarlane A, McCourt C, et al. Perinatal and maternal outcomes by planned place of birth for healthy women with low risk pregnancies: The Birthplace in England national prospective cohort study. *BMJ (Online).* 2012 Jan 21;343(7840).
 20. Overgaard C, Møller AM, Fenger-Grøn M, Knudsen LB, Sandall J. Freestanding midwifery unit versus obstetric unit: a matched cohort study of outcomes in low-risk women. *BMJ Open.* 2011;1(2):e000262.
 21. David M, Kraker Von Schwarzenfeld H, Dimer JAS, Kentenich H. Perinatal outcome in hospital and birth center obstetric care. Vol. 65, *International Journal of Gynecology & Obstetrics.* 1999.
 22. David M, Gross MM, Wiemer A, Pachaly J, Vetter K. Prior cesarean section-An acceptable risk for vaginal delivery at free-standing midwife-led birth centers? Results of the analysis of vaginal birth after cesarean section (VBAC) in German birth centers. *European Journal of Obstetrics and Gynecology and Reproductive Biology.* 2009;142(2):106-10.
 23. Welffens K, Derisbourg S, Costa E, Englert Y, Pintiaux A, Warnimont M, et al. The "Cocoon," first alongside midwifery-led unit within a Belgian hospital: Comparison of the maternal and neonatal outcomes with the standard obstetric unit over 2 years. *Birth.* 2020 Mar 1;47(1):115-22.
 24. Fontein-Kuipers Y, de Groot R, van Staa A. Woman-centered care 2.0: Bringing the concept into focus. *Eur J Midwifery.* 2018 May 30;2(May).
 25. Henshall C, Taylor B, Kenyon S. A systematic review to examine the evidence regarding discussions by midwives, with women, around their options for where to give birth. *BMC Pregnancy Childbirth.* 2016 Mar 14;16(1).
 26. Schroeder L et al. Birthplace cost-effectiveness analysis of planned place of birth: individual level analysis Birthplace in England research programme: final report part 5. 2011.

27. Scarf VL, Rossiter C, Vedam S, Dahlen HG, Ellwood D, Forster D, et al. 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. Vol. 62, *Midwifery*. Churchill Livingstone; 2018. p. 240–55.
28. Homer CSE, Cheah SL, Rossiter C, Dahlen HG, Ellwood D, Foureur MJ, et al. Maternal and perinatal outcomes by planned place of birth in Australia 2000 - 2012: A linked population data study. *BMJ Open*. 2019 Oct 1;9(10).
29. Renfrew MJ, Ateva E, Dennis-Antwi JA, Davis D, Dixon L, Johnson P, et al. Midwifery is a vital solution—What is holding back global progress? Vol. 46, *Birth*. Blackwell Publishing Inc.; 2019. p. 396–9.
30. Edmonds JK, Ivanof J, Kafulafula U. Midwife led units: Transforming maternity care globally. *Ann Glob Health*. 2020;86(1).
31. Sandall J, Fernandez Turienzo C, Devane D, Soltani H, Gillespie P, Gates S, et al. Midwife continuity of care models versus other models of care for childbearing women. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2024 Apr 10;2024(4).
32. McCourt C, Rance S, Rayment J, Sandall J. Organising safe and sustainable care in alongside midwifery units: Findings from an organisational ethnographic study. *Midwifery*. 2018 Oct 1;65:26–34.
33. Macfarlane AJ, Rocca-Ihenacho L, Turner LR. 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*. 2014;30(9):1009–20.
34. Bohren MA, Vogel JP, Hunter EC, Lutsiv O, Makh SK, Souza JP, et al. The Mistreatment of Women during Childbirth in Health Facilities Globally: A Mixed-Methods Systematic Review. *PLoS Med*. 2015 Jun 1;12(6).
35. World Health Organization. WHO recommendations: intrapartum care for a positive childbirth experience. Geneva: World Health Organization; 2018.
36. Reed R, Sharman R, Inglis C. Women's descriptions of childbirth trauma relating to care provider actions and interactions. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2017 Jan 10;17(1).
37. Simpson M, Catling C. Understanding psychological traumatic birth experiences: A literature review. Vol. 29, *Women and Birth*. Elsevier B.V.; 2016. p. 203–7.
38. Shiva L, Desai G, Satyanarayana VA, Venkataram P, Chandra PS. Negative Childbirth Experience and Post-traumatic Stress Disorder - A Study Among Postpartum Women in South India. *Front Psychiatry*. 2021 Jul 6;12.
39. Eitenmüller P, Köhler S, Hirsch O, Christiansen H. The Impact of Prepartum Depression and Birth Experience on Postpartum Mother-Infant Bonding: A Longitudinal Path Analysis. *Front Psychiatry*. 2022 May 30;13.
40. Charman C, Masterson C, Russell AM. 'Would I risk it again?' The long-term impacts of a traumatic birth, as experienced by fathers. *J Reprod Infant Psychol*. 2024;
41. World Health Organization. The prevention and elimination of disrespect and abuse during facility-based childbirth [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2014 [cited 2026 Mar 29]. Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-RHR-14.23>
42. International Federation of Gynecology and Obstetrics. Statement Ethical Framework for Respectful Maternity Care During Pregnancy and Childbirth [Internet]. 2021. Available from: www.figo.org
43. World Health Organization. Implementation guidance on transitioning to midwifery models of care [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2025 [cited 2026 Mar 29]. Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240110199>
44. Rayment J, Rocca-Ihenacho L, Newburn M, Thaelis E, Batinelli L, McCourt C. The development of midwifery unit standards for Europe. *Midwifery*. 2020 Jul 1;86.
45. Thomas J, Harden A. Methods for the thematic synthesis of qualitative research in systematic reviews. *BMC Med Res Methodol*. 2008;8.
46. Rocca-Ihenacho L, Yuill C, McCourt C. Relationships and trust: Two key pillars of a well-functioning freestanding midwifery unit. *Birth*. 2021 Mar 1;48(1):104–13.

47. Rocca-Ihenacho L. The bio-psycho-social philosophy of care: Thoughts from research into a freestanding midwifery unit. *Pract Midwife* [Internet]. 2024 [cited 2025 Dec 2];27:9–12. Available from: <https://www.all4maternity.com/the-bio-psycho-social-philosophy-of-care-thoughts-from-research-into-a-freestanding-midwifery-unit/>
48. Murray-Davis B, Grenier LN, Malott AM, Mattison CA, Cameron C, Hutton EK, et al. Exploring Midwives' Experiences Within Canada's First Alongside Midwifery Unit: Impacts and Implications for Midwifery Practice. *J Midwifery Womens Health*. 2025 May 1;70(3):486–93.
49. Shakes R, Sidebotham M, Donnellan-Fernandez R. Birth houses in Australia: Discovery of safe, transformative birthplaces. *Women and Birth*. 2024 Nov 1;37(6).
50. Nørstebø HS, Nilsen ABV, Blix E, Bakken KS, Eri TS. Births in freestanding midwifery-led units in Norway: What women view as important aspects of care. *Sexual and Reproductive Healthcare*. 2023 Jun 1;36.
51. MacDougall C, Johnston K. Client experiences of expertise in midwifery care in New Brunswick, Canada. *Midwifery*. 2022 Feb 1;105.
52. Rocca-Ihenacho L. An ethnographic study of the philosophy, culture and practices within an urban freestanding midwifery unit: part 3—service users' perspectives. *Pract Midwife*. 2023;26(10):25-30.
53. Norris S, Murphy F. A community of practice in a midwifery led unit. How the culture and environment shape the learning experience of student midwives. *Midwifery*. 2020 Jul;86:102685.
54. Rocca-Ihenacho L. An ethnographic study of the philosophy, culture and practices within an urban freestanding midwifery unit: part 4—organisational perspectives. *Pract Midwife*. 2023;26(11):26.
55. Schroeder L, Patel N, Keeler M, Rocca-Ihenacho L, Macfarlane AJ. The economic costs of intrapartum care in Tower Hamlets: A comparison between the cost of birth in a freestanding midwifery unit and hospital for women at low risk of obstetric complications. *Midwifery*. 2017 Feb;45:28–35.
56. Murray-Davis B, Grenier LN, Plett RA, Mattison CA, Ahmed M, Malott AM, et al. Making Space for Midwifery in a Hospital: Exploring the Built Birth Environment of Canada's First Alongside Midwifery Unit. *Health Environments Research and Design Journal*. 2023 Apr 1;16(2):189–207.
57. Overgaard C, Fenger-Grøn M, Sandall J. The impact of birthplace on women's birth experiences and perceptions of care. *Soc Sci Med*. 2012 Apr;74(7):973–81.
58. McCourt C, Rayment J, Rance S, Sandall J. Place of birth and concepts of wellbeing an analysis from two ethnographic studies of midwifery units in England. *Anthropology in Action*. 2016 Dec 1;23(3):17–29.
59. Stone NI, Downe S. Women's experience of early labour in a free-standing birth centre: Midwifing embodied labour. *Women and Birth*. 2023 Nov;36(6):538–45.
60. Rocca-Ihenacho L, Byrom S. The Midwifery Unit Network: creating a community of practice to enhance maternity services [abstract on the Internet]. 2017 [cited 2026 Mar 29]. Available from: <http://openaccess.city.ac.uk>
61. Rocca-Ihenacho L, Batinelli L, Thael E, Rayment J, McCourt C. Midwifery unit standards. London: Midwifery Unit Network; 2018
62. Reszel J, Weiss D, Darling EK, Sidney D, Van Wagner V, Soderstrom B, et al. Client Experience with the Ontario Birth Center Demonstration Project. *J Midwifery Womens Health*. 2021 Mar 1;66(2):174–84.
63. Walsh D. Subverting the assembly-line: Childbirth in a free-standing birth centre. *Soc Sci Med*. 2006 Mar;62(6):1330–40.
64. Rocca-Ihenacho L. An ethnographic study of the philosophy, culture and practices within an urban freestanding midwifery unit: part 2—staff perspectives. *Pract Midwife*. 2023;26(9):26
65. Scarf V, Catling C, Viney R, Homer C. Costing alternative birth settings for women at low risk of complications: A systematic review. *PLoS One*. 2016 Feb 1;11(2).
66. Calvert B, Homer CSE, Bar-Zeev S, Ferguson A, Scarf V. A Scoping Review Mapping Economic Evaluations of Midwifery Service Provision and the Midwifery Workforce. Vol. 23, *Applied*

Health Economics and Health Policy. Adis; 2025. p. 823–40.

67. Scarf V, Kasaye H, Levett K, Callander E. The Cost and Cost-Effectiveness of Childbirth Settings: A Systematic Review. Vol. 23, Applied Health Economics and Health Policy. Adis; 2025. p. 551–68.
68. Hitzert M, Hermus MMAA, Boesveld IIC, Franx A, Van Der Pal-De Bruin KKM, Steegers EAP, et al. Cost-effectiveness of planned birth in a birth centre compared with alternative planned places of birth: Results of the Dutch Birth Centre study. *BMJ Open*. 2017 Sep 1;7(9).
69. Isaline G, Marie-Christine C, Rudy VT, Caroline D, Yvon E. An exploratory cost-effectiveness analysis: Comparison between a midwife-led birth unit and a standard obstetric unit within the same hospital in Belgium. *Midwifery*. 2019 Aug;75:117–26.
70. Schroeder E, Petrou S, Patel N, Hollowell J, Puddicombe D, Redshaw M, et al. Cost effectiveness of alternative planned places of birth in woman at low risk of complications: evidence from the Birthplace in England national prospective cohort study. *BMJ*. 2012 Apr 19;344(apr18 3):e2292–e2292.
71. Pons-Duran C, Carrillo Aguirre G, Torres Pagès G, Palau-Costafreda R, Estrada Sabadell MD, Vivanco-Hidalgo RM. Evaluación de la seguridad, eficacia, efectividad e impacto económico de los centros de nacimiento como alternativa a la atención al parto de bajo riesgo (al inicio del trabajo de parto) en el ámbito hospitalario. Barcelona: Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya; 2025.
72. McCourt C, Rayment J, Rance S, Sandall J. Place of birth and concepts of wellbeing: an analysis from two ethnographic studies of midwifery units in England. *Anthropol Action*. 2016;23(3):17-29.
73. Murray-Davis B, Grenier LN, Mattison CA, Malott A, Cameron C, Hutton EK, et al. Promoting safety and role clarity among health professionals on Canada's First Alongside Midwifery Unit (AMU): A mixed-methods evaluation. *Midwifery*. 2022 Aug;111:103366.
74. Neerland CE, Delkoski SL, Skalsky AE, Avery MD. Prenatal care in US birth centers: Midwives' perceptions of contributors to birthing People's confidence in physiologic birth. *Birth*. 2023 Sep 1;50(3):535–45.
75. Remvik-Larsen L, Gran AMW, Dahl B. Midwives' experiences of facilitating normal birth in midwifery-led units in Norway: A qualitative study. *Eur J Midwifery*. 2023;7(December).
76. Rocca-Ihenacho L. An ethnographic study of the philosophy, culture and practices within an urban freestanding midwifery unit. *Pract Midwife*. 2023;26(8):25.
77. Bhaskar R. A realist theory of science. London: Routledge; 2013.
78. Walsh, D. and Evans, K. Critical realism: An important theoretical perspective for midwifery research. *Midwifery*. 2014, 56, pp.9-16.
79. Rocca-Ihenacho, L. (2017). An ethnographic study of the philosophy, culture and practice in an urban freestanding midwifery unit (Tesis doctoral). City, University of London, Reino Unido.

“Lo que más deseaba no era un parto sin dolor, sino un parto en el que mi voz fuera escuchada, en el que la confianza con quien me atendía fuera el pilar de todo el proceso.”

- madre participante proyecto NAIXEM

Capítulo 3

Construyendo espacios de autonomía para la práctica de las matronas



“Cuando las matronas están capacitadas y empoderadas para ofrecer cuidados respetuosos de alta calidad, pueden brindar el apoyo continuo esencial que las mujeres y los recién nacidos tanto necesitan y valoran.”
WHO: Organización Mundial de la Salud

Autoras:

Francisca Fernández Guillén, Judith Janssen.

73	1. COMPETENCIAS DE LA MATRONA
73	1.1 Definición de la especialidad
73	1.2 Ámbito de actuación
73	1.3 Perfil competencial
75	2. AUTONOMÍA PROFESIONAL DE LA MATRONA Y COLABORACIÓN MULTIDISCIPLINAR
75	2.1 Autonomía y responsabilidad sin supervisión
76	3. PRESCRIPCIÓN MÉDICA
76	3.1 Evolución de la normativa en España
77	3.2 Requisitos de acreditación para la prescripción
77	3.3 Situación actual y necesidad de regulación específica
77	4. MANEJO DE ECOGRAFÍA
77	4.1 Respaldo normativo y competencias
78	4.2 Uso responsable y formación especializada
78	5. SITUACIONES QUE REQUIEREN VALORACIÓN O INTERVENCIÓN MÉDICA
78	5.1 Intervención en emergencias obstétricas
79	5.2 Autonomía profesional y obligaciones legales
79	6. LEX ARTIS Y RESPONSABILIDAD PROFESIONAL
79	6.1 Obligaciones deontológicas y autonomía de la matrona
80	7. NORMAS DE FUNCIONAMIENTO INTERNO PARA EQUIPOS ASISTENCIALES
80	8. CONCLUSIÓN
80	9. PREGUNTAS FRECUENTES
83	10. BIBLIOGRAFÍA

1. COMPETENCIAS DE LA MATRONA

1.1 Definición de la especialidad

En la Orden SAS/1349/2009, de 6 de mayo, del Ministerio de Sanidad y Política Social, por la que se aprueba y publica el programa formativo de la especialidad de enfermería obstétrico-ginecológica (matrona) (1), la especialidad de matrona se describe así:

“La matrona es el profesional sanitario que, con una actitud científica responsable y utilizando los medios clínicos y tecnológicos adecuados al desarrollo de la ciencia en cada momento, proporciona una atención integral a la salud sexual, reproductiva y maternal de la mujer, en sus facetas preventiva, de promoción y de atención y recuperación de la salud, incluyendo así mismo la atención a la madre, en el diagnóstico, control y asistencia del embarazo, parto y puerperio normal y la atención al hijo recién nacido sano, hasta 28 días de vida.”

Esta definición describe a una profesional altamente cualificada, responsable y autónoma, con un ámbito competencial propio diferenciado del de otros profesionales.

1.2 Ámbito de actuación

Según el Ministerio de Sanidad, el ámbito de actuación de las matronas abarca tanto la atención primaria (centros de salud, comunidad, familia y domicilio) como la atención especializada (hospitales y otros dispositivos dependientes de estos). Además, las matronas pueden ejercer su profesión en el sector público y privado, tanto por cuenta ajena como por cuenta propia.

Asimismo, establece que las matronas deben participar activamente en los programas de atención a la mujer en todas las etapas de la vida, incluyendo salud sexual, reproductiva y materno-infantil. En estos programas, la matrona promueve la normalidad del proceso fisiológico en la atención del embarazo, parto y puerperio, además de desarrollar actividades de promoción y prevención de la salud sexual, reproductiva y en el climaterio, en consonancia con las demandas sociales y en el marco de políticas globales de salud, como la Estrategia de Atención al Parto Normal del Sistema Nacional de Salud, aprobada en noviembre de 2007 por el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud.

1.3 Perfil competencial

El perfil competencial de la enfermera especialista en Enfermería Obstétrico-Ginecológica (matrona) se ajusta a las directrices de la Confedera-

ción Internacional de Matronas (2) y a las de la Unión Europea (3). Este perfil también responde a las necesidades del Sistema Nacional de Salud, la evolución de los conocimientos científicos y las demandas de la sociedad actual, que exige un profesional comprometido con la prevención y promoción de la salud de la mujer.

El perfil competencial (1) establece que, al concluir su formación, la matrona debe ser capaz de:

- Participar y, en su caso, liderar programas de salud materno-infantil, atención a la mujer, y salud sexual y reproductiva.
- Prestar atención al binomio madre-hijo durante el embarazo, parto y puerperio, utilizando los medios clínicos y tecnológicos adecuados.
- Proporcionar atención al neonato, favoreciendo los procesos de adaptación y detectando precozmente situaciones de riesgo.
- Detectar factores de riesgo y problemas de salud en el binomio madre-hijo, realizando diagnóstico, control, derivación y seguimiento, y tomar las medidas de urgencia necesarias.
- Realizar educación para la salud dirigida a la mujer, la familia y la comunidad, identificando las necesidades de aprendizaje relacionadas con la salud materno-infantil, sexual, reproductiva y en el climaterio.
- Asesorar en temas de salud afectivo-sexual, anticoncepción y planificación reproductiva.
- Realizar actividades de promoción, prevención y colaboración en la asistencia y recuperación de la salud sexual y reproductiva de la mujer.
- Detectar factores de riesgo genético y problemas ginecológicos, derivando, cuando sea necesario, a los profesionales competentes.
- Aplicar principios de razonamiento clínico, toma de decisiones y evaluación adecuada a las situaciones clínicas.
- Establecer una comunicación efectiva con la mujer, la familia y el equipo de salud.
- Ejercer la profesión de forma ética, respetando la legislación vigente y asumiendo la responsabilidad de sus acciones.
- Asesorar sobre la legislación vigente relacionada con los derechos de la mujer y su familia.
- Gestionar recursos y actividades en el ámbito de la salud materno-infantil y sexual y reproductiva.
- Emitir informes y registrar actividades de manera efectiva.
- Realizar actividades docentes y de formación continua tanto para matronas como para otros profesionales de la salud.
- Desarrollar actividades de investigación orientadas a la mejora continua de la práctica profesional y la salud de la mujer y el recién nacido.
- Mantener sus competencias profesionales actualizadas, basándose en la evidencia científica.
- Liderar y promover el desarrollo de la especialidad, asumiendo un compromiso profesional.

Es importante destacar que la complejidad de las funciones asignadas a la ma-

trona en el ámbito hospitalario se inscribe dentro del marco de los principios de interdisciplinariedad y multidisciplinariedad de los equipos de atención sanitaria (4). Esto quiere decir que las funciones de la matrona no son independientes ni aisladas, sino que forman parte de un trabajo colaborativo dentro de un equipo multidisciplinario e interdisciplinario.

La Ley 44/2003 de ordenación de las profesiones sanitarias (LOPS) tiene como objetivo garantizar que todos los profesionales de la salud trabajen en equipo, respetando sus competencias específicas, pero colaborando de manera integral para ofrecer la mejor atención posible.

2. AUTONOMÍA PROFESIONAL DE LA MATRONA Y COLABORACIÓN MULTIDISCIPLINAR

La Organización Mundial de la Salud reconoce a la matrona como la profesional más adecuada y eficiente para el cuidado del embarazo y parto normales, incluyendo la identificación de riesgos y el reconocimiento de complicaciones. Para garantizar buenos resultados en morbilidad y mortalidad materno-infantil, así como altos niveles de satisfacción de las usuarias y eficiencia económica, las matronas deben ejercer de forma autónoma y conforme a los principios de su profesión (5).

Además, la Confederación Internacional de Matronas (ICM) considera el parto normal como un evento fisiológico de la vida y promueve el papel fundamental de las matronas en este ámbito. Tanto la OMS como la ICM abogan por opciones de atención lideradas por matronas dentro de los sistemas de salud, enfatizando la importancia de que las mujeres tengan acceso a cuidados proporcionados por matronas, incluyendo la elección del lugar de parto y medidas de confort que no involucren analgesia farmacológica.

Las revisiones sistemáticas que han comparado la asistencia de matronas y médicos en mujeres de bajo riesgo demuestran que los resultados perinatales son similares, pero con una notable reducción en las intervenciones médicas. Según una revisión de la Cochrane (6), las mujeres atendidas en modelos de continuidad liderados por matronas experimentaron menos cesáreas, partos instrumentales y episiotomías, y una mayor probabilidad de un parto vaginal espontáneo. Además, reportaron experiencias más positivas y se evidenció un ahorro en costos durante la atención prenatal e intraparto. Estos beneficios se asocian cuando las matronas proporcionan continuidad relacional a lo largo del embarazo, el parto y el periodo posnatal.

2.1 Autonomía y responsabilidad sin supervisión

En cuanto a la autonomía profesional, la Ley 55/2003 (Estatuto Marco del Personal Estatutario de los Servicios de Salud) (7) eliminó la distinción entre personal facultativo y no facultativo, reconociendo a los diplomados sanitarios la autonomía y responsabilidad en sus funciones. Además, la Directiva 2005/36/CE del Parlamento Europeo y del Consejo (8) establece que los Estados miembros deben garantizar que las matronas puedan realizar, al menos, las siguientes actividades:

- Información y asesoramiento sobre planificación familiar.
- Diagnóstico y supervisión de embarazos normales.
- Prescripción o recomendación de exámenes para embarazos de alto riesgo.
- Facilitación de programas de preparación al parto.
- Asistencia a la madre durante el parto y supervisión del feto.
- Atención a partos normales y en casos de urgencia.
- Identificación de anomalías que requieran intervención médica.
- Cuidados y reanimación al recién nacido.
- Asistencia posparto y orientación sobre cuidados del recién nacido.
- Realización del tratamiento médico prescrito.
- Elaboración de informes necesarios.
- Además, las matronas tienen la capacidad de prescribir medicación en el marco de su competencia, así como realizar pruebas diagnósticas para el seguimiento del embarazo y el parto.

A nivel nacional, el artículo 7.2(a) de la Ley 44/2003 (4) establece que los diplomados en enfermería tienen la responsabilidad de dirigir, evaluar y prestar cuidados propios de su especialidad, sin necesidad de supervisión médica previa ni posterior.

3. PRESCRIPCIÓN MÉDICA

La Directiva Europea 2005/36/CE reconoce la competencia de las matronas para la prescripción de medicamentos en su Artículo 42, estableciendo que las matronas pueden:

“Prescribir, utilizar y administrar los medicamentos autorizados para la práctica de actividades de las matronas, de conformidad con la legislación nacional del Estado miembro de que se trate.”

Esto significa que, aunque la competencia para prescribir medicamentos está reconocida a nivel europeo, corresponde a cada Estado miembro concretar qué medicamentos están autorizados dentro del ejercicio profesional de las matronas.

3.1 Evolución de la normativa en España

En España, el Real Decreto 1302/2018 (9) que regula la indicación, uso y autorización de dispensación de medicamentos modificó aspectos del Real Decreto anterior (10), ampliando la autonomía de enfermeras y matronas en la prescripción dentro de su especialidad.

Las principales modificaciones son:

- Se elimina la necesidad de validación médica previa en muchos casos.
- Las enfermeras y matronas pueden indicar y autorizar la dispensación de medicamentos según protocolos y guías de práctica clínica aprobadas.
- En algunos casos específicos, definidos en los protocolos, sí se requiere validación médica.

3.2 Requisitos de acreditación para la prescripción

El Real Decreto 1302/2018 (9) establece que, para prescribir medicamentos, las matronas deben:

- Tener el título de enfermería con la especialidad de matrona.
- Contar con al menos un año de experiencia o, en su defecto, realizar un curso de adaptación gratuito.
- Obtener la acreditación correspondiente, gestionada por cada Comunidad Autónoma.

3.3 Situación actual y necesidad de regulación específica

Desde 2022, el sector solicita al Ministerio de Sanidad la transposición de esta directiva a una normativa española específica, que permitiría a las Comunidades Autónomas establecer un listado oficial de medicamentos autorizados para matronas.

Actualmente, la competencia prescriptora de las matronas está respaldada por:

- La Directiva 2005/36/CE (Art. 42.2), que establece su capacidad para prescribir y tomar medidas de emergencia en ausencia de médicos (8).
- El reconocimiento de la OMS, la Unión Europea y la Confederación Internacional de Matronas, que consideran a las matronas profesionales plenamente capacitadas para ejercer de manera autónoma en la salud materno-infantil.

Dado que España está obligada a cumplir con la normativa europea, es necesario concretar con claridad el listado de medicamentos que las matronas pueden prescribir dentro de su ejercicio profesional.

4. MANEJO DE ECOGRAFÍA

El uso de la ecografía por parte de las matronas es un recurso clave que fortalece su autonomía profesional y que les permite ejercer su rol en toda su amplitud. Su manejo adecuado contribuye a la supervisión del embarazo normal y a la continuidad de los cuidados, optimizando la atención tanto en atención primaria como durante la asistencia intraparto.

4.1 Respaldo normativo y competencias

La Directiva Europea 2005/36/CE (art. 42) establece que las matronas pueden realizar exámenes y utilizar métodos clínicos y técnicos apropiados para la supervisión del desarrollo del embarazo normal (8).

Según la Ley de Ordenación de las Profesiones Sanitarias (LOPS), las matronas dirigen, evalúan y prestan cuidados propios de su especialidad sin necesidad de supervisión médica previa ni posterior (4).

Brindar atención materno-fetal con el uso adecuado de medios clínicos y tecnológicos forma parte del perfil competencial de la matrona (1).

La ecografía es un medio clínico y tecnológico apropiado para la supervisión del embarazo normal y se encuentra dentro del perfil competencial de la matrona.

4.2 Uso responsable y formación especializada

Si bien el uso de la ecografía está respaldado por la normativa, es fundamental:

- Delimitar su utilidad con precisión, evitando que su aplicación sustituya otros controles clínicos necesarios.
- Fomentar la capacitación y formación continua, garantizando que las matronas adquieran las competencias necesarias para un uso adecuado y seguro de la ecografía.
- Garantizar un uso clínico y ético en el diagnóstico y el triaje cuando sea necesario, sin contribuir a una medicalización innecesaria.

5. SITUACIONES QUE REQUIEREN VALORACIÓN O INTERVENCIÓN MÉDICA

En el curso de un parto de evolución normal, cuya asistencia corresponde a la matrona, pueden presentarse circunstancias que hagan necesaria la valoración o intervención de un médico. La matrona, como parte de su ejercicio autónomo, tiene la capacidad de identificar y derivar estos casos para asegurar una atención adecuada. En caso de que surjan anomalías que requieran intervención médica, la matrona cederá la dirección del proceso al médico hasta que se recupere la normalidad, pasando a asistir como auxiliar.

5.1 Intervención en emergencias obstétricas

La matrona debe detectar de manera precoz los factores de riesgo y problemas de salud en el binomio madre-hijo durante el embarazo, parto y puerperio, y, en caso necesario, tomar las medidas urgentes correspondientes. Estas medidas se mantendrán y gestionarán de manera autónoma hasta la llegada de ayuda más especializada (1). Aunque la matrona pueda gestionar inicialmente la situación, es fundamental que avise de inmediato al ginecólogo o pediatra para una atención conjunta, tal y como lo indica la jurisprudencia sobre este tipo de casos.

Es importante tener en cuenta que, en muchos casos de emergencia en un Centro de Nacimiento, el ginecólogo de guardia no permanece físicamente en la unidad. Esto refuerza la importancia de la formación y autonomía de las matronas para gestionar estas situaciones, ya que, ante una urgencia, las decisiones deben tomarse de forma inmediata.

También es fundamental formalizar algoritmos de actuación que incluyan una llamada de ayuda temprana, con el fin de anticipar y minimizar el tiempo de retraso que pueda haber en la intervención médica, de manera que la atención médica sea lo antes posible, o bien el ginecólogo acude al CN si está en el mismo recinto del hospital o se transfiere a la mujer al centro hospitalario en el caso que sea un CN independiente del hospital.

5.2 Autonomía profesional y obligaciones legales

Cuando se presenten anomalías que requieran la intervención de un médico, la matrona deberá ceder la dirección del proceso hasta que se restablezca la normalidad, pasando a prestar asistencia como auxiliar.

Sin embargo, esto no implica que su criterio profesional quede completamente relegado. La ley establece que, si un profesional se ve obligado a actuar bajo criterios distintos a los que dicta la *lex artis*, tanto en el plano clínico como deontológico, puede dejar constancia de su discrepancia por escrito, garantizando siempre:

- El respeto al secreto profesional.
- La eficacia de su actuación y el cumplimiento de la buena praxis.
- Los derechos de las usuarias y las normas deontológicas (4).

6. LEX ARTIS Y RESPONSABILIDAD PROFESIONAL

La *lex artis* es el conjunto de normas, principios y estándares aceptados por la comunidad científica y profesional para la correcta práctica de una disciplina, en este caso, la atención sanitaria.

En términos médicos, la *lex artis ad hoc* se refiere a los criterios que un profesional debe seguir para actuar conforme a la buena práctica clínica, considerando el conocimiento científico vigente y las particularidades de cada caso.

Atenerse a las recomendaciones basadas en la evidencia, como las recogidas en la Guía de Práctica Clínica del Ministerio de Sanidad (11) y sus revisiones posteriores, es la mejor garantía para evitar resultados adversos y posibles reclamaciones legales.

Si un profesional considera que una actuación médica se aparta de la *lex artis*, tiene el derecho y el deber de expresar su discrepancia por escrito, protegiendo así tanto a la usuaria como a su propio ejercicio profesional.

6.1 Obligaciones deontológicas y autonomía de la matrona

Las obligaciones éticas y profesionales de las matronas están recogidas en el Código Deontológico de la Enfermería Española (12), el cual establece, entre otros aspectos, que el personal de enfermería:

“No debe aceptar el cumplimiento de una responsabilidad que no sea de su competencia o en demérito del cumplimiento de sus propias funciones, y no permitirá que se le arrebate su propia autonomía profesional.”

A partir de este principio, las matronas deben:

- Ejercer dentro de su competencia: no aceptar responsabilidades para las que no estén capacitadas.
- Priorizar sus funciones: no asumir tareas que afecten el cumplimiento de sus deberes principales.
- Defender su autonomía: no permitir que otros limitan su juicio y decisiones profesionales.

7. NORMAS DE FUNCIONAMIENTO INTERNO PARA EQUIPOS ASISTENCIALES

Para garantizar un entorno de trabajo colaborativo y evitar conflictos, se recomienda elaborar normas de funcionamiento interno por escrito, donde se delimiten con precisión las funciones de médicos, matronas y otros profesionales dentro del equipo asistencial.

Estas normas deben:

- Ajustarse a lo establecido en el artículo 4.7(c) de la Ley 44/2003 (4).
- Contar con la participación de todas las profesiones implicadas.

Establecer estos criterios facilita la cooperación interprofesional y permite prevenir malentendidos y conflictos, garantizando una atención segura y eficiente para las usuarias.

8. CONCLUSIÓN

Según las directivas europeas y la legislación española, la matrona es la profesional más adecuada y capacitada para el cuidado integral del embarazo y del parto de baja complejidad, incluyendo la identificación de riesgos y el reconocimiento de complicaciones.

Su formación especializada y su amplio abanico de competencias, que abarcan desde la promoción y prevención de la salud hasta la gestión de emergencias y el triaje obstétrico, le permiten garantizar una atención segura, eficaz e integral a las mujeres y sus recién nacidos.

9. PREGUNTAS FRECUENTES

¿Pueden las matronas dar altas y bajas a las mujeres y los recién nacidos sanos?

Sí. Dentro de su ámbito competencial, las matronas están habilitadas para ello, ya que la normativa que regula su ejercicio profesional les atribuye expresamente “la dirección de la atención, la toma de decisiones y la prestación de los cuidados” (4). Además, tienen la función de “gestionar las actividades y recursos en el ámbito de la atención de salud materno-infantil y la salud sexual y reproductiva, emitir informes necesarios y registrar de forma efectiva las actividades realizadas” (1).

¿Las matronas pueden realizar triaje obstétrico?

Sí. Estas normas también son aplicables al triaje obstétrico, ya que la matrona tiene la competencia para realizar diagnósticos, tomar decisiones y determinar el curso de los procesos asistenciales dentro de su ámbito profesional. Asimismo, es la responsable de evaluar la necesidad de requerir personal médico o derivar a la gestante a servicios especializados, garantizando así una atención segura y eficiente.

¿Debe el personal médico supervisar a las matronas y dictarles órdenes médicas cuando atienden partos normales?

No. La matrona es una profesional autónoma, con competencias propias en el diagnóstico y supervisión de embarazos normales, la atención al parto y posparto normales, y la identificación de anomalías que requieran intervención médica.

Además, el ejercicio de las matronas puede verse afectado o limitado cuando se desarrolla en un entorno excesivamente medicalizado o cuando sus decisiones son subordinadas a las indicaciones de ginecólogos, lo que puede interferir con su capacidad para proporcionar una atención basada en la evidencia y en el modelo de asistencia centrado en la mujer (6).

¿Cómo gestionar discrepancias entre personal médico y matronas sobre el manejo de un caso?

Dentro de su ámbito competencial, la toma de decisiones corresponde a cada profesional según su especialidad. En los casos en los que un proceso se aleja de la normalidad y requiere la intervención médica, la matrona debe colaborar de manera leal con el médico, respetando su criterio y asistiendo en lo que sea necesario.

Sin embargo, el límite de esta colaboración está en el respeto a la buena praxis y los derechos de las usuarias, que deben prevalecer sobre cualquier jerarquía organizativa.

En caso de que se le ordenen actuaciones contrarias a los principios técnicos y éticos de su profesión, la matrona debe negarse a ejecutarlas y dejar constancia de su disconformidad por escrito (4).

Para evitar conflictos en el funcionamiento de los Centros de Nacimiento, se recomienda establecer normas de funcionamiento interno claras y consensuadas que fomenten un trabajo en equipo respetuoso.

¿Qué tipo de supervisión o mentoría se recomienda para apoyar a las matronas recién graduadas en su transición hacia el ejercicio autónomo en un centro liderado por matronas?

Se recomienda la implementación de un programa de apoyo a la transición a la práctica para matronas (y obstetras) recién graduadas (13,14). Este programa debería combinar:

- Mentoría estructurada, con el acompañamiento de profesionales experimentadas.
- Práctica reflexiva, que fomente el análisis crítico y la mejora continua.
- Oportunidades de educación continua, para fortalecer conocimientos y habilidades.
- Un entorno colaborativo y de apoyo, que facilite una transición progresiva y segura hacia el ejercicio autónomo.

Este enfoque garantiza que las matronas recién graduadas desarrollen la confianza, la competencia y la seguridad necesarias para ofrecer una atención de calidad en el marco de un modelo de asistencia liderado por matronas (15,16).

¿Cómo protegerse frente a demandas cuando la mujer opta por alguna actuación o rechaza la recomendada por los profesionales?

A muchos profesionales de la salud en ginecología y obstetricia les genera inquietud el aspecto legal de su trabajo, especialmente en lo relacionado con posibles demandas y la incertidumbre sobre sus derechos y obligaciones.

Sin embargo, conocer y cumplir la legislación que regula la relación entre profesionales y usuarias no solo es una obligación ética y legal, sino también una herramienta clave para mejorar la atención perinatal, reducir quejas y demandas, y fortalecer la relación terapéutica basada en la confianza y el respeto mutuo.

La única defensa ética y jurídicamente válida ante una posible demanda es actuar conforme a las buenas prácticas y respetar los derechos de las usuarias. Para ello, los profesionales deben:

- Actualizar sus conocimientos y ajustarse a la evidencia científica vigente.
- Informar de manera clara, objetiva y basada en evidencia sobre los beneficios, riesgos y alternativas de los tratamientos.
- Respetar la autonomía de la usuaria, garantizando que sus decisiones se tomen con información suficiente y sin coerción.
- Documentar todas las decisiones, actuaciones y comunicaciones de forma clara y precisa, garantizando que exista un registro que evidencie el cumplimiento de los estándares profesionales y el respeto a los derechos de las usuarias.

Al seguir estos principios, los profesionales pueden ejercer su labor con seguridad jurídica y ética.

¿Cuál es el límite en la legislación para «proteger el feto»?

El nasciturus (el que va a nacer), aunque no posee personalidad jurídica, es considerado digno de protección. Esta protección recae, en primer lugar, en la madre, quien actúa como su representante legal.

El ordenamiento jurídico español y los convenios internacionales ratificados por España no contemplan intervenciones forzosas en la esfera corporal de la mujer, salvo en circunstancias muy excepcionales. Estas excepciones no incluyen los conflictos de opinión entre la mujer embarazada y el personal sanitario.

Según la Ley 41/2002, de Autonomía del Paciente (17), los profesionales de la salud deben respetar las decisiones de las usuarias, salvo en los casos regulados en el artículo 9, que establece circunstancias excepcionales en las que el consentimiento puede otorgarse por representación (sus familiares o personas vinculadas a la usuaria). Esto ocurre cuando la usuaria no es capaz de tomar decisiones debido a su estado físico o psíquico.

Asimismo, la ley regula cómo deben tomarse decisiones en situaciones donde la usuaria no puede expresar su consentimiento, como en el caso de menores de edad o personas con discapacidad (17).

10. BIBLIOGRAFÍA

1. Orden SAS/1349/2009, de 6 de mayo, del Ministerio de Sanidad y Política Social por la que se aprueba y publica el programa formativo de la especialidad de enfermería obstétrico-ginecológica (matrona), artículo 3. Boletín Oficial del Estado. 2009;(116):40286-308. [Internet]. 2009 May [cited 2025 Nov 21]. Available from: <https://www.boe.es/eli/es/o/2009/05/06/sas1349>
2. International Confederation of Midwives. Essential competencies for midwifery practice [Internet]. The Hague: International Confederation of Midwives; 2024 [cited 2025 Nov 21]. Available from: https://internationalmidwives.org/wp-content/uploads/EN_ICM-Essential-Competencies-for-Midwifery-Practice-1.pdf
3. Real Decreto 1837/2008, de 8 de noviembre, por el que se incorporan al ordenamiento jurídico español la Directiva 2005/36/CE, del Parlamento Europeo y del Consejo, de 7 de septiembre de 2005, y la Directiva 2006/100/CE, del Consejo, de 20 de noviembre de 2006, relativas al reconocimiento de cualificaciones profesionales, así como a determinados aspectos del ejercicio de la profesión de abogado. Boletín Oficial del Estado. 2008;(280):46185-320. [Internet]. [cited 2025 Nov 21]. Available from: <https://www.boe.es/eli/es/rd/2008/11/08/1837>
4. Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias (LOPS). Boletín Oficial del Estado. 2003;(280). [cited 2025 Nov 21]; Available from: <https://www.boe.es/eli/es/l/2003/11/21/44/con>
5. World Health Organization. Transitioning to midwifery models of care: global position paper [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2024 [cited 2025 Jul 1]. Available from: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/379236/9789240098268-eng.pdf>
6. Sandall J, Fernandez Turienzo C, Devane D, Soltani H, Gillespie P, Gates S, et al. Midwife continuity of care models versus other models of care for childbearing women. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2024 Apr 10;2024(4).
7. Ley 55/2003, de 16 de diciembre, del Estatuto Marco del Personal Estatutario de los Servicios de Salud. Boletín Oficial del Estado. 2003;(301). 2003 Dec [cited 2025 Nov 21]; Available from: <https://www.boe.es/eli/es/l/2003/12/16/55/con>
8. Directiva 2005/36/CE del Parlamento Europeo y del Consejo, de 7 de septiembre de 2005, relativa al reconocimiento de cualificaciones profesionales. Diario Oficial de la Unión Europea [Internet]. 2005 Sep 30;L255:22–142 [cited 2025 Nov 21]. Available from: <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/ES/TXT/?uri=CELEX:32005L0036>
9. Real Decreto 1302/2018, de 22 de octubre, por el que se modifica el Real Decreto 954/2015, de 23 de octubre, sobre la indicación, uso y autorización de dispensación de medicamentos por parte de los enfermeros. Boletín Oficial del Estado. 2018 [Internet]. 2018 [cited 2025 Nov 21]. Available from: <https://www.boe.es/eli/es/rd/2018/10/22/1302>
10. Real Decreto 954/2015, de 23 de octubre, por el que se regula la indicación, uso y autorización de dispensación de medicamentos por parte de los enfermeros. Boletín Oficial del Estado. 2015. [cited 2025 Nov 21]; Available from: <https://www.boe.es/eli/es/rd/2015/10/23/954/con>
11. Ministerio de Sanidad. Guía de Práctica Clínica sobre la Atención al Parto Normal [Internet]. Madrid; 2010 [cited 2024 Dec 26]. Available from: <https://www.sanidad.gob.es/areas/calidadAsistencial/estrategias/atencionPartoNormal/docs/guiaPracClinPartoCompleta.pdf>
12. Consejo General de Enfermería. Código deontológico de la enfermería española [Internet]. Madrid: Consejo General de Enfermería; 2019 [cited 2025 Nov 21]. Available from: https://www.consejogeneralenfermeria.org/pdfs/deontologia/codigo_deontologico.pdf
13. Pairman SA, Mnzmb B, Dixon LC, Mid M, Tumilty EB, Corresponding Author A, et al. The Midwifery First Year of Practice programme: Supporting New Zealand midwifery graduates in their transition to practice ABSTRACT. Vol. 52, New Zealand College of Midwives Journal • Issue. 2016.
14. Kool E, Schellevis FG, Jaarsma DADC, Feijen-de Jong EI. How to improve newly qualified midwives' transition-into-practice. A Delphi study. Sexual and Reproductive Healthcare. 2023 Dec 1;38.

15. Cummins AM, Catling C, Homer CSE. Enabling new graduate midwives to work in midwifery continuity of care models: A conceptual model for implementation. Vol. 31, *Women and Birth*. 2018. p. 343–9.
16. New Zealand College of Midwives. Midwifery first year of practice [Internet]. Wellington: New Zealand College of Midwives; 2014 [cited 2025 Nov 21]. Available from: <https://www.midwife.org.nz/wp-content/uploads/2018/09/Jnl-52-article-2.pdf>
17. Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. Boletín Oficial del Estado. 2002;(274). [cited 2025 Nov 21]; Available from: <https://www.boe.es/eli/es/l/2002/11/14/41/con>

Capítulo 4

Fortaleciendo la autonomía de las mujeres en el proceso de implementación de los CN



“La ley de autonomía del paciente establece que las personas tienen derecho a que les explique de forma clara y sencilla la indicación, riesgos, beneficios y alternativas de las intervenciones que se les propongan. La finalidad de la información es permitir que la persona decida libremente según sus propias prioridades y necesidades”.

Francisca Fernández

Autoras:
Francisca Fernández Guillén, Judith Janssen.

87	1. AUTONOMÍA DE LA MUJER
87	2. DERECHO A LA INFORMACIÓN
87	3. DERECHO A DECIDIR Y CONSENTIMIENTO INFORMADO
88	3.1 Consentimiento y rechazo informado en el parto
89	3.2 Hojas de consentimiento informado y planes de parto
90	3.3 Límites del consentimiento
90	4. DERECHO A ELEGIR ENTRE LAS ALTERNATIVAS DISPONIBLES
91	5. VALOR DEL PROTOCOLO MÉDICO
92	6. PROTECCIÓN DE LA INTIMIDAD
92	7. PROTECCIÓN DE LA DIGNIDAD
93	8. DERECHO A IDENTIFICAR A LOS ASISTENTES
93	9. PERSPECTIVA INTERNACIONAL SOBRE LA PROTECCIÓN DE DERECHOS
95	11. RECOMENDACIONES Y BUENAS PRÁCTICAS
96	11.1 Atención centrada en la persona
96	11.2 Continuidad de cuidados
96	11.3 Personalización de la atención
96	11.4 Comunicación
97	11.5 Documentación
98	11.6 Comunicación interna y coordinación
98	11.7 Organización y funciones profesionales
99	11.8 Ejercicio en la medicina privada
99	11.9 Formación continua
100	11.10 Conclusión
101	12. BIBLIOGRAFÍA

1. AUTONOMÍA DE LA MUJER

Conocer y ejercer sus derechos permite a las mujeres informarse sobre su salud, reducir incertidumbres, protegerse frente a posibles riesgos y afrontar de manera consciente las situaciones que puedan surgir. Esto conlleva también asumir la responsabilidad en el cuidado de su salud y en la toma de decisiones.

La legislación sanitaria otorga la máxima protección a la dignidad e intimidad de las personas usuarias, garantizando su derecho a recibir información adecuada, tomar decisiones libremente y elegir entre las alternativas clínicas disponibles.

A continuación, se detallan estos derechos y su especial relevancia en la atención al embarazo y al parto.

2. DERECHO A LA INFORMACIÓN

Las mujeres tienen derecho a conocer toda la información disponible sobre su estado de salud en el contexto de cualquier actuación médica. La información clínica es un elemento esencial de la atención sanitaria: debe ser veraz, comprensible y adecuada a las necesidades de cada persona, permitiéndole tomar decisiones con plena autonomía. Además, toda usuaria tiene derecho a decidir si desea o no ser informada.

El contenido mínimo de la información abarca tanto los efectos adversos frecuentes, aunque no sean graves, como aquellos poco habituales que puedan tener consecuencias severas. Asimismo, debe incluir los riesgos generales aplicables a cualquier persona y los específicos que dependen de las características individuales de la mujer, como sus antecedentes médicos o edad.

Todos los profesionales involucrados en la atención de una embarazada tienen la obligación de informar de manera clara y de obtener su consentimiento antes de realizar cualquier procedimiento que afecte su salud.

La información deberá proporcionarse, como norma general, de forma verbal, dejando constancia en la historia clínica. Esta deberá incluir, al menos, la finalidad, naturaleza, riesgos y posibles consecuencias de cada intervención.

En cuanto a familiares y acompañantes, sólo podrán recibir información en la medida en que la usuaria lo autorice expresamente, garantizando así su derecho a la confidencialidad y privacidad (1).

3. DERECHO A DECIDIR Y CONSENTIMIENTO INFORMADO

Toda relación terapéutica comienza con un intercambio de información. Para que el consentimiento sea válido, la información proporcionada debe ser veraz,

completa y orientada a que el paciente o usuaria tome una decisión que refleje sus propios intereses y convicciones. Su fundamento ético radica en el derecho de toda persona a decidir sobre su propia salud y su cuerpo. No se trata de un mero trámite burocrático o requisito administrativo, sino de un pilar esencial de la buena praxis. La jurisprudencia considera que la ausencia de consentimiento informado puede constituir un daño moral indemnizable, incluso si la actuación sanitaria ha sido técnicamente correcta.

La Ley de Autonomía del Paciente (1) define el consentimiento informado como “la conformidad libre, voluntaria y consciente de un paciente, manifestada en el pleno uso de sus facultades después de recibir la información adecuada, para que tenga lugar una actuación que afecta a su salud”. En otras palabras, cualquier intervención sanitaria requiere el consentimiento libre y voluntario del usuario, tras haber recibido información suficiente y haber valorado las opciones disponibles.

Como norma general, el consentimiento puede expresarse verbalmente. Sin embargo, debe formalizarse por escrito en casos de intervenciones quirúrgicas, procedimientos diagnósticos o terapéuticos invasivos, y cualquier actuación que implique riesgos o repercusiones negativas significativas en la salud del usuario (1). En situaciones de urgencia, como la necesidad de realizar una episiotomía por sospecha de malestar fetal, donde no hay tiempo ni posibilidad de obtener una firma, se puede solicitar el consentimiento verbal, siempre que posteriormente se documente adecuadamente en la historia clínica.

¿Quiénes están obligados a informar?

Según el artículo 2.6 de esta Ley, “todo profesional que interviene en la actividad asistencial está obligado no sólo a la correcta prestación de sus técnicas, sino al cumplimiento de los deberes de información y documentación clínica, y al respeto de las decisiones adoptadas libre y voluntariamente por el paciente” (1).

El consentimiento debe obtenerse tras proporcionar información adecuada y suficiente, y formalizarse por escrito en intervenciones que impliquen riesgos previsibles. Además, el paciente puede revocar su consentimiento en cualquier momento.

3.1 Consentimiento y rechazo informado en el parto

Durante el trabajo de parto, la mujer puede encontrarse en una situación de especial vulnerabilidad física y emocional, lo que puede dificultar la expresión de sus deseos y necesidades. Los profesionales deben esforzarse por facilitar la expresión de estas necesidades y asegurarse de que el consentimiento se presta con las garantías suficientes en cuanto a información y libertad de elección.

Como cualquier otro usuario, la mujer gestante tiene derecho a rechazar un tratamiento o intervención propuesta, lo que se conoce como rechazo informado. En estos casos, su negativa debe quedar reflejada por escrito. Además, corresponde al profesional sanitario, y no a la usuaria, demostrar que la información y el consentimiento fueron debidamente proporcionados y registrados. Esto incluye, pero no se limita a, la administración de medicamentos por vía oral o intravenosa e intervenciones tales como la maniobra de Hamilton, la rotura de la bolsa amniótica o la práctica de una episiotomía.

3.2 Hojas de consentimiento informado y planes de parto

Las hojas de consentimiento informado son formularios elaborados por los centros o profesionales sanitarios para facilitar el ejercicio del derecho de los usuarios a conocer y decidir sobre su atención. Sin embargo, es importante recordar que el documento firmado no debe confundirse con el consentimiento mismo. Este debe basarse en un diálogo personal, sincero y abierto entre el profesional y la usuaria, donde la mujer pueda plantear todas las preguntas necesarias para tomar decisiones informadas.

El Plan de Parto, al igual que la hoja de consentimiento informado, es un documento que recoge la voluntad de la usuaria, permitiéndole expresar su aceptación o rechazo de las intervenciones más comunes en el parto. Este concepto, originario del mundo anglosajón, permite a la mujer tomarse el tiempo necesario para consultar diferentes fuentes y expresar sus preferencias con respecto a su parto. Aunque se utiliza principalmente en formato carta, el Plan de Parto no debe entenderse como un formalismo, sino como una herramienta para garantizar que las decisiones de la usuaria sean respetadas, independientemente del formato utilizado.

Legalmente, no hay un requisito formal específico sobre cómo debe manifestarse la voluntad de las personas usuarias, más allá de que se haga por escrito en ciertos casos. Lo importante es que las decisiones libres e informadas de las usuarias sean respetadas, independientemente de la forma o el título del documento, ya sea “Hoja de Consentimiento Informado” o “Plan de Parto”.

¿Cuándo hay que pedir el consentimiento?

Es importante señalar que el consentimiento debe solicitarse sólo cuando sea necesario realizar una intervención, no antes de conocer qué procedimiento se llevará a cabo ni si será necesario.

La práctica de algunos hospitales de hacer firmar hojas de consentimiento genéricas durante el embarazo, aceptando de antemano todas las intervenciones que podrían llevarse a cabo, ha sido rechazada por la jurisprudencia. Esta práctica, propia de la medicina defensiva, distorsiona el verdadero propósito del consentimiento informado, que es permitir que las usuarias decidan libremente qué hacer ante la necesidad de llevar a cabo una intervención en el ámbito de su salud. En su lugar, esta práctica lo que busca es eximir a los profesionales de los deberes de información y respeto a las decisiones libremente adoptadas por las usuarias.

Un ejemplo relevante es la sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Madrid, de 20 de octubre de 2009, que invalidó un modelo estandarizado de consentimiento informado elaborado por la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO). El tribunal consideró que el impreso no cumplía con los requisitos legales de libertad, información y capacidad para ser considerado un consentimiento informado válido (2).

En resumen, un Plan de Parto que cumpla los requisitos legales y permita a la mujer manifestar su voluntad de forma libre, informada y con capacidad, será válido como consentimiento informado. En cambio, una Hoja de Consentimiento Informado que no cumpla con estos requisitos no puede considerarse como tal, independientemente de su título.

3.3 Límites del consentimiento

El artículo 9 de la Ley de Autonomía del Paciente establece los siguientes límites al consentimiento informado:

La renuncia del paciente a recibir información está sujeta a factores como el interés de su salud, el de terceros, el bienestar colectivo y las exigencias terapéuticas del caso. Esto significa que el paciente no podrá renunciar a la información si esta es necesaria para proteger su salud, la salud de otras personas o si es esencial para realizar un tratamiento adecuado.

Si el paciente manifiesta expresamente su deseo de no ser informado, se respetará su voluntad, y esta renuncia deberá quedar documentada en su historia clínica. Sin embargo, esto no exime de la obligación de obtener su consentimiento previo para cualquier intervención que se le proponga.

Los facultativos pueden realizar intervenciones clínicas necesarias para salvaguardar la salud del paciente, incluso sin su consentimiento, en los siguientes casos:

- Cuando exista un riesgo para la salud pública debido a circunstancias sanitarias determinadas por la ley. En este caso, las medidas adoptadas deben ser comunicadas a la autoridad judicial en un plazo máximo de 24 horas, si se dispone el internamiento obligatorio, conforme a lo dispuesto en la Ley Orgánica 3/1986 (3).
- Cuando exista un riesgo inmediato y grave para la integridad física o psíquica del paciente y no es posible obtener su autorización. En la medida de lo posible, se deberá consultar a los familiares o personas vinculadas al paciente.

4. DERECHO A ELEGIR ENTRE LAS ALTERNATIVAS DISPONIBLES

Las usuarias tienen derecho a decidir libremente, después de recibir la información adecuada, entre las opciones clínicas y terapéuticas disponibles. Todo profesional que interviene en la actividad asistencial tiene la obligación no solo de garantizar la correcta prestación de los servicios asistenciales, sino también de respetar las decisiones informadas y voluntarias de las usuarias, sin emitir juicios de valor ni ejercer coerción.

El Código de Ética y Deontología Médica de la Organización Médica Colegial (4) establece en su artículo 10.7 que: “El médico debe respetar las convicciones del paciente y abstenerse de imponerle las propias”. El artículo 10.8 expone que: “El médico debe respetar el derecho del paciente a decidir libremente sobre las opciones clínicas indicadas y disponibles, después de recibir la información adecuada y haber comprendido el sentido y alcance de la misma”.

Asimismo, el **Código Deontológico de la Enfermería Española** (5) dispone lo siguiente:

Artículo 6: En ejercicio de sus funciones, las enfermeras/os están obligadas/os a respetar la libertad del paciente a elegir y controlar la atención que se le presta.

Artículo 7: En el ejercicio libre de la profesión, el consentimiento del paciente

ha de ser obtenido, siempre, con carácter previo a cualquier intervención de la Enfermera/o. Y lo harán en reconocimiento del derecho moral que cada persona tiene a participar de forma libre y válidamente manifestada en la atención que se le preste.

Artículo 8: Cuando el enfermo no esté en condiciones físicas o psíquicas de prestar su consentimiento, la enfermera/o tendrá que buscarlo a través de los familiares o allegados a éste.

Artículo 9: La enfermera/o nunca empleará, ni consentirá que otros empleen, medidas de fuerza física o moral para obtener el consentimiento del paciente. En caso de ocurrir así, deberá ponerlo en conocimiento de las autoridades sanitarias y del Colegio Profesional respectivo con la mayor urgencia posible.

Artículo 10: Es responsabilidad de la enfermera/o mantener informado al enfermo, tanto en el ejercicio libre de su profesión como cuando ésta se ejerce en las instituciones sanitarias, empleando un lenguaje claro y adecuado a la capacidad de comprensión del mismo.

Artículo 11: De conformidad con lo indicado en el artículo anterior, la enfermera/o deberá informar verazmente al paciente dentro del límite de sus atribuciones. Cuando el contenido de esa información excede del nivel de su competencia, se remitirá al miembro del equipo de salud más adecuado.

En consonancia con lo anterior, la mujer podrá elegir libremente entre las opciones clínicas y terapéuticas disponibles y rechazar aquellas que considere contrarias a sus necesidades, prioridades y expectativas y perjudicial para su salud o la de su futuro hijo.

El hecho de no aceptar el tratamiento prescrito no justifica el alta forzosa ni la negativa a brindar asistencia, siempre que existan alternativas terapéuticas viables. Se garantiza así el respeto a la decisión de la usuaria y el acceso a opciones acordes a sus necesidades, asegurando la continuidad asistencial en cualquier circunstancia.

5. VALOR DEL PROTOCOLO MÉDICO

Los protocolos son guías de actuación para los profesionales que, cuando se basan en evidencia científica y cuentan con el respaldo de organizaciones y sociedades científicas, brindan respaldo a los profesionales al justificar sus decisiones frente a posibles reclamaciones. No obstante, si la matrona considera, basándose en su experiencia o en otras razones fundadas, que se requiere un enfoque distinto para alcanzar el resultado esperado, podrá apartarse del protocolo, siempre que lo justifique adecuadamente en la historia clínica. En ningún caso, el hecho de que ciertas intervenciones o procedimientos estén incluidos en un protocolo afecta el derecho de las usuarias a aceptarlos, rechazarlos o elegir tratamientos alternativos.

6. PROTECCIÓN DE LA INTIMIDAD

El derecho a la protección de la intimidad es un valor fundamental en todas las leyes que regulan las relaciones entre profesionales y usuarias, abarcando tanto la intimidad física como la moral. La intervención en la intimidad física debe ser la mínima imprescindible para prestar la asistencia necesaria. En cuanto a la intimidad moral, se destaca el respeto al carácter confidencial de la información y los datos relacionados con la salud de una persona. Nadie puede acceder a ellos sin previa autorización amparada por la ley.

Es importante recordar que el parto es un acontecimiento que involucra la esfera sexual de la mujer, y las intervenciones que se realizan durante este proceso afectan principalmente sus órganos genitales. Esto expone su intimidad de manera particular, más allá de otros ámbitos asistenciales. Además, existe una dimensión familiar de la intimidad que también requiere especial protección, dado que el parto marca el nacimiento de un ser humano que forma parte de una familia.

7. PROTECCIÓN DE LA DIGNIDAD

La dignidad puede definirse como el derecho de toda persona a ser considerada sujeto de derechos y a no ser tratada como un objeto para los fines de otros. En este sentido, el artículo 2 del Convenio de Oviedo (6), establece la primacía del ser humano frente a los intereses sociales o científicos en los siguientes términos:

“El interés y el bienestar del ser humano deberán prevalecer sobre el interés exclusivo de la sociedad o de la ciencia”.

En cuanto a la presencia de residentes de matrona y ginecología en los partos, el artículo 10.4 de la Ley General de Sanidad (7), reconoce el derecho de toda persona a ser informada cuando los procedimientos de pronóstico, diagnóstico o tratamiento aplicados formen parte de un proyecto docente o de investigación. En ningún caso estos procedimientos podrán implicar un riesgo adicional para la salud y requerirán autorización previa, expresa y por escrito del usuario, así como la aceptación del médico y de la dirección del centro sanitario correspondiente.

Por lo tanto, las intervenciones y procedimientos obstétricos sólo pueden realizarse cuando exista una indicación clínica justificada, destinada a resolver un problema real en el curso del embarazo o parto. Estas actuaciones deben ser realizadas exclusivamente por el personal encargado del cuidado de la madre y el bebé, y siempre con el consentimiento informado de la usuaria, según lo establecido en la Ley de Autonomía del Paciente. Además, debe evitarse la presencia de personas ajenas a su atención o no autorizadas por ella, garantizando en todo momento el respeto a su intimidad personal y familiar.

Es un error común asumir que el carácter universitario de un hospital o la actividad docente habitual de un centro sanitario exime del cumplimiento de estas garantías. Sin embargo, las medidas de protección de la dignidad y los derechos de los usuarios, establecidas en la Ley General de Sanidad, la Ley de Autonomía del Paciente, el Convenio de Oviedo y en el resto del ordenamiento jurídico, son

aplicables en todos los ámbitos de la salud, independientemente de si la institución tiene o no un fin docente.

8. DERECHO A IDENTIFICAR A LOS ASISTENTES

Los profesionales y responsables de los centros sanitarios deben garantizar que las usuarias puedan ejercer su derecho a conocer el nombre, la función, la titulación y la especialidad de los profesionales que las atienden (8). El Estatuto Marco del personal estatutario de los servicios de salud obliga al personal de los servicios de salud a identificarse por su nombre y categoría profesional ante las usuarias del Sistema Nacional de Salud (9).

9. PERSPECTIVA INTERNACIONAL SOBRE LA PROTECCIÓN DE DERECHOS

El respeto de los derechos de las mujeres durante el embarazo y el parto es fundamental tanto en la legislación internacional como en las recomendaciones de organismos globales. A continuación, se presentan algunas de las principales declaraciones y resoluciones internacionales que han influido en la legislación y las prácticas relacionadas con la atención obstétrica:

Organización Mundial de la Salud (2014)

En su declaración titulada “Prevención y erradicación de la falta de respeto y el maltrato durante la atención del parto en centros de salud” (10), la OMS subrayó que ignorar las decisiones de las mujeres durante el embarazo y el parto es una forma de maltrato y una violación de sus derechos humanos. Esto incluye la realización de intervenciones sin su consentimiento.

Informe de la Relatora Especial de la ONU (2019)

La Relatora Especial para la violencia contra la mujer, Dubravka Šimonović (11), denunció que el modelo de atención obstétrica en muchos contextos ignora los derechos de las mujeres, tratándolas como si no tuvieran autonomía sobre su propio cuerpo. La Relatora destacó que la falta de consentimiento informado y la realización de procedimientos sin la debida autorización violan los derechos humanos de las mujeres.

Comité para la igualdad y no discriminación del consejo de Europa (2019)

Este comité identificó prácticas violentas durante la atención al parto, como intervenciones no indicadas o realizadas sin el consentimiento de la mujer. En su informe, recomendó que los estados adopten medidas concretas para asegurar el respeto por los derechos humanos de las mujeres, especialmente durante el embarazo y el parto (12).

Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer de las Naciones Unidas (CEDAW) contra España (2020 y 2021)

El CEDAW ha emitido varias decisiones que afectan directamente la situación en España.

En su decisión CEDAW/C/75/D/138/2018 (13), el Comité dictaminó que las prácticas médicas coercitivas, como intervenciones no consentidas, violan los derechos de las mujeres. El Comité destacó que las autoridades españolas no estaban garantizando adecuadamente el derecho de las mujeres a tomar decisiones informadas sobre su salud reproductiva durante el parto.

Esta resolución enfatiza que los Estados tienen la obligación de adoptar medidas para modificar leyes y prácticas que constituyan discriminación contra las mujeres, incluida la violencia obstétrica. Entre las recomendaciones del Comité, se incluyeron medidas como:

- Asegurar que todas las mujeres reciban información adecuada sobre su parto y den su consentimiento informado antes de cualquier tratamiento invasivo.
- Realizar estudios sobre la violencia obstétrica para mejorar las políticas públicas.
- Proporcionar formación adecuada a los profesionales de la salud sobre los derechos reproductivos de las mujeres.

El Comité CEDAW ha emitido otras resoluciones contra España, como CEDAW 149/2019 (14) y CEDAW 154/2020 (15), que continúan subrayando que en España persiste un problema estructural de vulneración de los derechos fundamentales de las mujeres en la atención obstétrica. Las recomendaciones siguen siendo claras: asegurar el acceso a una atención obstétrica respetuosa y garantizar que las mujeres puedan dar su consentimiento libre, previo e informado en todos los procedimientos durante el parto.

10. PREGUNTAS FRECUENTES

¿Qué hacer si una mujer desea parir en el centro a pesar de no cumplir criterios de inclusión/exclusión?

Aunque los criterios clínicos o técnicos sirven para hacer recomendaciones basadas en la evidencia científica, estos no deben interferir con el derecho a la autonomía personal y demás derechos y libertades fundamentales de la persona. Como ya vimos, la usuaria tiene derecho a elegir libremente entre las opciones disponibles, después de haber sido informado sobre los riesgos y beneficios. Una vez informada, es responsabilidad de la mujer elegir la opción que mejor se ajuste a sus expectativas y necesidades.

En aquellas situaciones en las que la mujer opte por una alternativa que se aparte de las recomendaciones estándar, el caso deberá revisarse con el Equipo Consultor (véase capítulo 6) y registrarse de manera meticulosa en su historia clínica, incluyendo la información proporcionada, la conversación mantenida y los motivos de su elección. Asimismo, deberá elaborarse un plan de atención al nacimiento personalizado que garantice el respeto a sus preferencias, manteniendo las medidas de seguridad adecuadas.

¿Cómo actuar si la mujer rechaza recomendaciones profesionales durante el parto?

En caso de rechazo a las recomendaciones profesionales o de optar por una

alternativa libremente elegida, debe quedar constancia por escrito, firmada por la usuaria, de dicha decisión. El hecho de no aceptar el tratamiento prescrito no justifica el alta forzosa ni la negativa a brindar asistencia, siempre que existan alternativas terapéuticas viables. Se garantiza así el respeto a la decisión de la usuaria y el acceso a opciones acordes a sus necesidades, asegurando la continuidad asistencial en cualquier circunstancia.

¿Cómo manejar peticiones extraprotocolares?

Las peticiones que no siguen los protocolos establecidos deben ser evaluadas con cuidado. El artículo 16 de la Constitución Española garantiza la libertad de ideología, religión y culto, pero solo en la medida en que no afecte el orden público protegido por la ley ni los derechos de los demás. Igualmente, el artículo 8 del Convenio Europeo de Derechos Humanos permite que las autoridades intervengan en los derechos a la vida privada solo si es necesario para proteger la seguridad pública, la salud o los derechos de otras personas.

Un ejemplo de petición que perjudica el interés económico del país y la protección de la salud y derechos de los demás es que el personal de un hospital público preste tratamientos o servicios no comprendidos en la cartera de prestaciones de la Seguridad Social.

Para valorar una petición que corresponda al ejercicio de un derecho fundamental, por ejemplo, el derecho a la intimidad personal y familiar respecto al acompañamiento del niño ingresado o la petición de entrega de la placenta, habrá que ponderar los valores en juego y examinar si su limitación está amparada por una norma que responde a intereses superiores, como la seguridad pública.

¿Cómo actuar en situaciones urgentes para proteger la seguridad de la mujer y el recién nacido?

En situaciones de urgencia, es crucial obtener el consentimiento de la mujer. Si no se puede obtener por escrito debido a las circunstancias, debe recabarse de forma verbal, dejando constancia en la historia clínica. Si la mujer no puede dar su consentimiento, por ejemplo, si está inconsciente, se solicitará a los familiares o personas cercanas. En caso de no haber nadie disponible, los profesionales tomarán las decisiones necesarias para proteger la salud de la mujer y el bebé.

11. RECOMENDACIONES Y BUENAS PRÁCTICAS

A continuación, se presentan una serie de recomendaciones detalladas, elaboradas a partir del análisis de la información y las conclusiones obtenidas en las secciones anteriores. Estas recomendaciones tienen como objetivo principal promover una atención de calidad, centrada en la persona y respetuosa con los derechos de las mujeres en los Centros de Nacimiento. Se han organizado en torno a ejes temáticos clave, que abarcan desde la atención centrada en la persona, la comunicación y la autonomía de la matrona, hasta la organización y formación continua, la presencia de estudiantes y recomendaciones específicas sobre triaje, manejo de emergencias y otros aspectos relevantes.

11.1 Atención centrada en la persona

Un enfoque centrado en la persona implica poner a la mujer y sus necesidades en el centro de la atención, garantizando una experiencia segura, respetuosa y empoderadora.

Atención relacional

- Establecer una relación terapéutica segura y de confianza con la mujer, basada en el respeto, la empatía y la comunicación efectiva.
- Conocer y respetar las convicciones personales, culturales y religiosas de la mujer.
- Garantizar la confidencialidad y privacidad de la información y datos relacionados con la salud de la mujer.

11.2 Continuidad de cuidados

- Facilitar la continuidad de cuidados a lo largo del embarazo, parto y puerperio, idealmente con la misma matrona o equipo.
- Permitir que la mujer elija libremente entre las opciones clínicas y terapéuticas disponibles.
- Asegurar la continuidad asistencial en cualquier circunstancia, incluso si la mujer rechaza un tratamiento prescrito.

11.3 Personalización de la atención

- Involucrar a la mujer en la toma de decisiones sobre su atención, respetando su autonomía y preferencias, necesidades y valores.
- Preparar un Plan de Parto personalizado que recoja las preferencias de la mujer en relación al parto:
 - Este proceso debe iniciarse durante el embarazo, brindando a la mujer la oportunidad de informarse exhaustivamente sobre las diferentes opciones disponibles para el parto y el cuidado de su recién nacido.
 - El Plan de Parto debe ser un documento flexible que pueda ser revisado y modificado a lo largo del embarazo o durante el parto.
 - La matrona debe facilitar este proceso, asegurando la disponibilidad de recursos (por ejemplo, programas de preparación al parto) y brindando apoyo y orientación a la mujer para que pueda tomar decisiones informadas y conscientes sobre su parto.

11.4 Comunicación

Una comunicación clara, empática y adaptada a las necesidades individuales es fundamental para garantizar una atención centrada en la persona:

Diálogo y empatía

- Fomentar un diálogo bidireccional y respetuoso en el que las matronas y otros profesionales ofrecen información objetiva y apoyo para la toma de decisiones, garantizando la autonomía y el derecho de la mujer a elegir.

- Demostrar empatía y sensibilidad hacia las emociones y preocupaciones de la mujer.

Comunicación efectiva y objetiva

- Proporcionar información clara, comprensible y basada en evidencia, utilizando un lenguaje sencillo y evitando tecnicismos innecesarios.
- Ofrecer información completa y contextualizada sobre riesgos y beneficios de las diferentes opciones disponibles y adaptada a las necesidades de cada persona, incluidas aquellas con discapacidad o barreras idiomáticas.

Asesoramiento clínico

- Presentar la información sobre beneficios y riesgos de manera objetiva y equilibrada, sin generar ansiedad o miedo innecesario. Se recomienda:
 - Expresar los datos en términos de “probabilidades” en lugar de “riesgos”.
 - Usar información visual, como diagramas circulares, pictogramas y comparaciones claras para comprender mejor el contexto y magnitud de los eventos posibles.
 - Expresar los datos en términos de sobrevivencia en lugar de mortalidad.
 - Expresar probabilidades en frecuencias naturales (por ejemplo, “1 de cada 100”) y denominadores más pequeños siempre que sea posible, ya que se ha demostrado que esto mejora la comprensión (por ejemplo, “1 de cada 200” en lugar de “5 de cada 1000”).
- Respetar la decisión de la mujer, incluso si se considera que no es la más adecuada.
- Documentar detalladamente sobre la información proporcionada y la decisión de la usuaria.
- Mantener un diálogo abierto y buscar alternativas aceptables para ambas partes. Esto incluye ofrecer opciones más flexibles si es posible, pero sin forzarla a continuar con controles que rechaza, ni negar asistencia.

Competencia y sensibilidad cultural

- Demostrar sensibilidad cultural y adaptar la comunicación a las necesidades de mujeres de diferentes orígenes y culturas.
- Garantizar el acceso a herramientas y servicios de apoyo a la comunicación, adaptando la información a las necesidades de cada persona, incluidas aquellas con discapacidad o barreras idiomáticas.

11.5 Documentación

- Garantizar un registro claro y completo en la historia clínica, reflejando la información proporcionada a la mujer, sus decisiones y el desarrollo del proceso asistencial.
- Asegurar que se informe a la usuaria y se recabe su consentimiento ante cualquier intervención. En los casos donde el consentimiento debe constar

por escrito, intervenciones quirúrgicas, invasivas y cualquier actuación que implique riesgos o repercusiones negativas significativas en la salud de la usuaria, solicitarlo e incorporarlo a la historia clínica.

- En situaciones de urgencia, es crucial obtener el consentimiento de la mujer. Si no es posible documentarlo por escrito debido a las circunstancias, debe recabarse verbalmente y dejar constancia en la historia clínica.
- Documentar todas las intervenciones realizadas, especificando quién las lleva a cabo, quién las indica y la justificación de la indicación, con un registro detallado de los tiempos.
- Anotar en la historia clínica la forma y frecuencia en que se solicitó la presencia de un médico especialista.
- En caso de observar algún incumplimiento de la lex artis, dejar constancia de la discrepancia por escrito.

11.6 Comunicación interna y coordinación

- Fomentar una comunicación respetuosa y efectiva entre los miembros del equipo asistencial.
- Asegurar coherencia en la información proporcionada por todos los profesionales implicados en la atención materna, evitando mensajes contradictorios.
- Establecer protocolos de derivación eficientes para situaciones que requieran atención médica.
- Insistir en el requerimiento de atención especializada cuantas veces sea necesario en situaciones de emergencia.
- En caso de demora en la respuesta, requerir la presencia de otro profesional disponible, ya sea el ginecólogo de guardia en una clínica privada o cualquier ginecólogo presente en el centro en la asistencia hospitalaria pública.
- Respetar la autonomía de las matronas en la identificación y atención a los procesos normales del embarazo, parto y posparto, incluyendo ingresos y altas hospitalarias.
- Elaborar normas de funcionamiento interno de manera colaborativa, especificando claramente las funciones de matronas, médicos y otros profesionales.

11.7 Organización y funciones profesionales

Ámbito competencial

- Garantizar que las matronas desarrollen plenamente sus competencias, evitando tanto la infrautilización de sus capacidades como la extralimitación de su rol profesional.
- Asegurar que el ejercicio profesional se ajuste a la normativa vigente, en especial a lo establecido en la Ley 44/2003 (4), que reconoce la colaboración entre distintos profesionales de la salud como un principio normativo fundamental para garantizar una atención de calidad.

- Promover un enfoque holístico en la atención a la mujer y al recién nacido, integrando aspectos físicos, emocionales y sociales para garantizar una atención completa y centrada en la persona, en coordinación con matronas, médicos y otros profesionales sanitarios.

11.8 Ejercicio en la medicina privada

Las matronas deben ser conscientes de su responsabilidad directa en el resultado de la atención prestada, independientemente de si el contrato se ha formalizado entre la usuaria y el médico o con una aseguradora.

Es fundamental que su actuación se ajuste a la *lex artis* y alineada con los principios de autonomía y colaboración profesional (8).

11.9 Formación continua

Este apartado recoge orientaciones formativas clave para garantizar una atención segura, respetuosa y centrada en la mujer, y para sostener el ejercicio autónomo de las matronas en los Centros de Nacimiento. El desarrollo detallado de las estrategias de formación y desarrollo profesional continuo se aborda en el capítulo 13.

Áreas clave de formación

- **Acompañamiento integral:** Formar a las matronas en la implementación de un acompañamiento basado en una perspectiva biopsicosocial y salutogénica, promoviendo una visión integral de la salud y el bienestar.
- **Comunicación efectiva:** Capacitar en técnicas de comunicación efectiva y respetuosa, así como en el diálogo empático y la toma de decisiones compartida, para fortalecer la relación con las usuarias y mejorar la colaboración interdisciplinar.
- **Competencia y sensibilidad cultural:** Promover un entorno inclusivo y respetuoso mediante la formación en sensibilidad y competencia cultural para todo el equipo.
- **Manejo de situaciones críticas:** Llevar a cabo simulacros y entrenamientos periódicos en emergencias obstétricas y triaje, garantizando una respuesta coordinada, eficaz y segura ante situaciones críticas.

Estrategias de apoyo al desarrollo profesional

- **Práctica reflexiva y restaurativa:** Implementar sesiones periódicas de práctica reflexiva y restaurativa, donde el equipo pueda procesar experiencias laborales, compartir aprendizajes y fortalecer el bienestar emocional, promoviendo un ambiente de trabajo colaborativo y resiliente.
- **Mentoría para matronas recién graduadas:** Implementar programas de apoyo a la transición que incluyan mentoría estructurada, práctica reflexiva, educación continua y un entorno colaborativo, garantizando una incorporación progresiva y segura al ejercicio autónomo.

Formación en contexto asistencial y derechos de las usuarias

- **Presencia de estudiantes:** La participación de estudiantes (residentes) de matronas y ginecología durante el embarazo, parto y posparto, ofrece una oportunidad valiosa para su formación práctica. No obstante, es fundamental equilibrar esta formación con el respeto absoluto a la autonomía y los derechos de la mujer:
- **Consentimiento informado:** Solicitar y confirmar el consentimiento informado antes de permitir la presencia de estudiantes, especialmente en el momento del parto y antes de cualquier intervención.
- **Identificación y explicación:** Explicar el rol de los estudiantes y los procedimientos en los que podrían participar, garantizando una comprensión adecuada por parte de la mujer.
- **Respeto a la intimidad:** Mantener la privacidad y comodidad de la mujer, evitando una presencia excesiva de estudiantes y asegurando un ambiente tranquilo. Es esencial que la mujer no se sienta observada por las personas presentes para que el proceso íntimo del parto no se vea interferido. Solo se permitirá la presencia de personas relacionadas directamente con la atención del parto, y siempre con el consentimiento previo de la mujer.
- **Realizar únicamente intervenciones necesarias:** Las intervenciones y procedimientos obstétricos sólo pueden realizarse cuando exista una indicación clínica justificada, destinada a resolver un problema real durante el embarazo, parto o el posparto.
- **Facilitar la continuidad de cuidados:** La participación de los estudiantes en la continuidad de los cuidados ofrece una valiosa oportunidad de aprendizaje para crear una relación de confianza con las usuarias a lo largo del embarazo, parto y posparto. Esta continuidad aumenta la calidad de la atención y mejora la experiencia de las usuarias. Incluir esta práctica en la formación de los estudiantes puede ser altamente beneficioso para ambas partes.
- **Supervisión y formación:** Adaptar la supervisión de los estudiantes según su nivel de formación y asegurar que reciban capacitación adecuada en derechos de las usuarias, confidencialidad y ética profesional.

11.10 Conclusión

Estas recomendaciones buscan establecer un marco sólido para una atención obstétrica de calidad, donde la seguridad, el respeto y la autonomía de las mujeres sean siempre la prioridad. Asimismo, se destaca la importancia de garantizar un entorno de trabajo en el que las matronas puedan ejercer sus competencias plenas, tomando decisiones autónomas y liderando el cuidado en procesos normales del embarazo, parto y puerperio.

La implementación de estas prácticas no solo mejorará la experiencia de las usuarias, sino que también fortalecerá la profesionalización de las matronas, y contribuirá al desarrollo de equipos interdisciplinarios cohesionados, respetuosos y eficaces.

12. BIBLIOGRAFÍA

1. Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. Boletín Oficial del Estado. 2002;(274). Available from: <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-2002-22188>
2. Tribunal Superior de Justicia de Madrid. Sentencia 1462/2009, de 20 de octubre de 2009, sobre modelo estandarizado de consentimiento informado SEGO. [Internet]. [cited 2025 Nov 21]. Available from: <https://www.iberley.es/jurisprudencia/sentencia-administrativo-n-1462-2009-tsj-madrid-sala-contentioso-sec-9-rec-151-2006-20-10-2009-7352441>
3. Ley Orgánica 3/1986, de 14 de abril, de medidas especiales en materia de salud pública. Boletín Oficial del Estado [Internet]. 1986 Apr 15;(90):12915–6 [cited 2025 Nov 21]. Available from: <https://www.boe.es/eli/es/lo/1986/04/14/3/con>
4. Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos de España. Código de Deontología Médica. Madrid: Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos de España; 2022 [Internet]. [cited 2025 Nov 21]. Available from: <https://www.cgcom.es/sites/main/files/minisite/statistic/281e76c8-00bc-4c62-a319-1f87c59a694f/codigo-deontologia/6/>
5. Consejo General de Enfermería. Código deontológico de la enfermería española [Internet]. Madrid: Consejo General de Enfermería; 2019 [cited 2025 Nov 21]. Available from: https://www.consejogeneralenfermeria.org/pdfs/deontologia/codigo_deontologico.pdf
6. Convenio para la protección de los derechos humanos y la dignidad del ser humano con respecto a las aplicaciones de la biología y la medicina (Convenio relativo a los derechos humanos y la biomedicina). Boletín Oficial del Estado. 1997;(251):36825–30.
7. Ley 14/1986, de 25 de abril, general de sanidad. Boletín Oficial del Estado. 1986;(102). [cited 2025 Nov 21]; Available from: <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-1986-10499>
8. Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias (LOPS). Boletín Oficial del Estado. 2003;(280). [cited 2025 Nov 21]; Available from: <https://www.boe.es/eli/es/l/2003/11/21/44/con>
9. Ley 55/2003, de 16 de diciembre, del Estatuto Marco del personal estatutario de los servicios de salud. Boletín Oficial del Estado [Internet]. 2003 Dec 17;(301):44742–63 [cited 2025 Nov 21]. Available from: <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-2003-23101>
10. World Health Organization. Prevención y erradicación de la falta de respeto y el maltrato durante la atención del parto en centros de salud [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2014 [cited 2025 Nov 22]. Available from: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/134590/WHO_RHR_14.23_spa.pdf
11. United Nations Human Rights Council. Informe de la Relatora Especial sobre la violencia contra la mujer, sus causas y consecuencias: enfoque basado en los derechos humanos del maltrato y la violencia contra la mujer en los servicios de salud reproductiva, con especial atención al parto y la violencia obstétrica [Internet]. Ginebra: Naciones Unidas; 2019 [cited 2025 Nov 22]. Available from: <https://undocs.org/A/74/137>
12. Comité para la Igualdad y No Discriminación del Consejo de Europa. Recomendación CM/Rec(2019)1 del Comité de Ministros a los Estados miembros sobre la lucha contra el sexismo. Consejo de Europa. 2019. [cited 2025 Nov 22]; Available from: <https://rm.coe.int/estrategia-de-igualdad-de-genero-del-coe-es-msg/16808ac960>
13. Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer. Comunicación 138/2018 (CEDAW/C/75/D/138/2018) [Internet]. Naciones Unidas; 2020 [cited 2026 Feb 7]. Available from: <https://undocs.org/CEDAW/C/75/D/138/2018>
14. Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer (CEDAW). Comunicación 149/2019 contra España. Naciones Unidas; 2022. [Internet]. [cited 2025 Nov 22]. Available from: <https://docs.un.org/es/CEDAW/C/82/D/149/2019>
15. Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer (CEDAW). Comunicación 154/2020 contra España. Naciones Unidas; 2023 [Internet]. [cited 2025 Nov 22]. Available from: <https://docs.un.org/en/CEDAW/C/84/D/154/2020>

Capítulo 5

Comprender la preparación
organizativa para la
implementación de CN: de
la revisión sistemática a la
aplicación práctica



**“El cambio no es un evento,
es un proceso”
JOHN P. KOTTER**

Autoras:
Maryla Cross, Lucia-Rocca-Ihenacho.

105	1. INTRODUCCIÓN
105	2. CONCEPCIÓN DE LA IDEA DE INVESTIGACIÓN
106	3. ANÁLISIS INICIAL DE LA BIBLIOGRAFÍA SOBRE LA PREPARACIÓN ORGANIZATIVA
107	4. DISEÑO DE LA REVISIÓN SISTEMÁTICA
107	4.1 Pregunta y marco (SPIDER)
107	4.2 Estrategia de búsqueda y criterios de inclusión/exclusión
108	4.3 Evaluación de la calidad y gestión de datos
108	4.4 Justificación del enfoque
108	5. REALIZACIÓN DE LA METASÍNTESIS
108	5.1 Conjunto de datos y alcance
109	5.2 Codificación y desarrollo temático
110	5.3 Reflexiones sobre el proceso
110	6. CORRESPONDENCIA CON EL MARCO CFIR ACTUALIZADO
111	7. DE LA INVESTIGACIÓN AL DESARROLLO DE LA HERRAMIENTA ORAXMU
111	7.1 Base conceptual
111	7.2 Aplicación en contextos europeos y más amplios
112	8. INTRODUCCIÓN A LA HERRAMIENTA DE PREPARACIÓN ORGANIZATIVA PARA LA IM- PLEMENTACIÓN DE CN (ORAXMU)
113	9. JUSTIFICACIÓN DE UNA HERRAMIENTA DE PREPARACIÓN ESPECÍFICA
113	10. FUNDAMENTOS CONCEPTUALES DE ORAXMU
114	11. PROCESO DE DESARROLLO DE ORAXMU
114	11.1 Conceptualización
114	11.2 Generación de ítems
115	11.3 Exploración adicional
115	11.4 Revisión por expertos (en curso)
115	12. ESTRUCTURA, PUNTUACIÓN E INTERPRETACIÓN
116	13. USO PREVISTO Y PARTICIPACIÓN (ENFOQUE 360°)
116	14. MARCO DE ORIENTACIÓN AL USUARIO DE ORAXMU
117	15. CASOS PARA SU USO Planificación previa a la implementación
117	16. FORTALEZAS Y LIMITACIONES DE LA HERRAMIENTA ORAxMU
118	17. DESARROLLO FUTURO
118	18. CONCLUSIÓN
119	19. BIBLIOGRAFÍA

1. INTRODUCCIÓN

En Europa y en muchos otros lugares del mundo, las Unidades Lideradas por Matronas (ULM) o Centros de Nacimiento (CN) continúan siendo una de las intervenciones basadas en evidencia menos implementadas en la atención materna (1). Esto ocurre a pesar de que, desde hace décadas, existen datos sólidos que demuestran su seguridad, su coste-efectividad y los beneficios psicosociales que aportan a mujeres y familias. Sin embargo, su integración en los sistemas de salud pública ha avanzado de forma lenta y desigual (2–5). En muchos contextos, la inercia política, la resistencia organizativa y las jerarquías médicas persistentes continúan actuando como barreras estructurales para su implementación.

Esta brecha en la implementación plantea una cuestión central: si sabemos que los CN funcionan, ¿por qué tan pocos sistemas de salud logran establecerlos y mantenerlos con éxito?

La investigación resumida en este capítulo busca responder a esa pregunta mediante un proceso riguroso, desarrollado en varias etapas, que culminó en una revisión sistemática y una metasíntesis cualitativa. Su objetivo fue identificar qué características de preparación organizativa favorecen la implementación exitosa de los CN en los servicios públicos de maternidad.

La revisión representó tanto una investigación académica como un esfuerzo práctico. Se concibió como el primer paso en el desarrollo de una herramienta útil y basada en la evidencia para evaluar la preparación organizativa para la innovación dirigida por matronas, que más tarde se denominó herramienta **de Preparación Organizativa para la Implementación de Unidades Lideradas por Matronas (ORAxMU)**.

Este capítulo describe el proceso de desarrollo de esa base empírica: Desde la concepción inicial de la idea de investigación y el análisis preliminar de la bibliografía, pasando por el diseño y la realización de la revisión sistemática y la metasíntesis temática, hasta la síntesis de las ideas que ahora sustentan la herramienta ORAxMU. Más adelante, se presenta la herramienta ORAxMU a través de su desarrollo, su aplicación prevista y los próximos pasos.

A continuación, se describe el itinerario metodológico que permitió identificar estas características de preparación organizativa y convertirlas en dominios aplicables a la planificación e implementación de Centros de Nacimiento.

2. CONCEPCIÓN DE LA IDEA DE INVESTIGACIÓN

La idea de la investigación surgió de años de práctica profesional, de la enseñanza y la defensa de la humanización del parto. El trabajo en las instituciones que atienden la maternidad, tanto en contextos de altos como de bajos ingresos, reveló un patrón constante: mientras que las matronas individuales a me-

nudo defendían modelos de atención fisiológicos y centrados en la mujer, sus entornos organizativos carecían con frecuencia de las estructuras, el liderazgo y los sistemas de creencias colectivos necesarios para permitir un cambio significativo.

Durante las primeras etapas del estudio, las conversaciones con compañeras e investigadores, en particular dentro de *Midwifery Unit Network (MUNet)*, pusieron de relieve la frecuencia con la que la implementación de Unidades Lideradas por Matronas (ULM) o Centros de Nacimiento se veía obstaculizada no por la falta de evidencia o de financiación, sino por la falta de preparación organizativa de las instituciones. La primera investigación, y aún muy reciente, sobre estas cuestiones, realizada por la Dra. Laura Batinelli, puso de relieve que los equipos pueden estar entusiasmados, pero carecer de recursos; los líderes pueden apoyar la idea desde el punto de vista filosófico, pero enfrentarse a barreras burocráticas o culturales; y la cohesión del equipo puede existir o no (6). Estas observaciones reflejaban conclusiones más amplias de la ciencia de la implementación: Que el éxito o el fracaso de las intervenciones sanitarias complejas a menudo depende menos de la intervención en sí misma que de la preparación del sistema que la adopta (7,8).

Este reconocimiento dio lugar a la pregunta central de la investigación: *¿Qué características de preparación organizativa se asocian con la implementación exitosa de Unidades Lideradas por Matronas en los servicios públicos de maternidad?* El objetivo era doble: Profundizar en la comprensión teórica de la preparación organizativa dentro de la atención materna y generar una base empírica práctica que pudiera orientar los futuros esfuerzos de implementación en toda Europa y más allá.

3. ANÁLISIS INICIAL DE LA BIBLIOGRAFÍA SOBRE LA PREPARACIÓN ORGANIZATIVA

Antes de comprometerse con una revisión sistemática completa, se llevó a cabo un breve ejercicio de alcance para explorar cómo se había teorizado y medido el concepto de preparación organizativa en la asistencia sanitaria, y si alguna de las herramientas existentes podía adaptarse a las Unidades Lideradas por Matronas. Esta revisión inicial examinó los trabajos fundamentales de Weiner (7) que conceptualizan la preparación organizativa en términos de compromiso compartido y eficacia para el cambio entre los miembros de la organización, así como las aportaciones posteriores de Holt et al. (8) y Rafferty et al. (9) quienes ampliaron este enfoque y enmarcaron la preparación como un constructo multinivel que abarca los planos individual, de equipo y organizativo.

El análisis reveló que, si bien el concepto se utilizaba cada vez más en la mejora de la calidad de la atención sanitaria, rara vez se había aplicado a la atención materna, y nunca específicamente a la implementación de Unidades Lideradas por Matronas. La mayoría de las herramientas se desarrollaron para entornos hospitalarios de atención aguda o programas de cambio gerencial, centrándose en la gestión de recursos o en la capacidad técnica, en lugar de en las dimensiones relacionales o basadas en valores que conforman la preparación organizativa (10).

Cabe destacar que la literatura sobre “matronería” pone un énfasis particular en elementos como la autonomía profesional, la confianza y la atención rela-

cional, dimensiones que en gran medida estaban ausentes en los marcos conceptuales existentes. Un número limitado de estudios emergentes exploró la preparación para una atención materna respetuosa (11–13) y carecían de instrumentos transferibles. Esto reforzó la necesidad de generar una base empírica que pudiera servir de base para una evaluación personalizada, sensible a las realidades filosóficas, culturales e interdisciplinarias de la atención dirigida por matronas.

Así pues, la fase de exploración confirmó dos ideas esenciales:

- 1. La preparación organizativa era una perspectiva prometedora**, pero infrutilizada, para comprender por qué la implementación de la atención dirigida por matronas tiene éxito o fracasa.
- 2. Ninguna de las herramientas de evaluación de preparación organizativa existentes captaba adecuadamente la dinámica única de la innovación** dirigida por matronas, especialmente en los sistemas públicos de maternidad.

Estos hallazgos determinaron la decisión de llevar a cabo una revisión sistemática centrada explícitamente en identificar las características de preparación organizativa en el contexto de la implementación de los Centros de Nacimiento.

4. DISEÑO DE LA REVISIÓN SISTEMÁTICA

4.1 Pregunta y marco (SPIDER)

Una vez establecida la base conceptual, la siguiente etapa consistió en diseñar una metodología rigurosa para la revisión sistemática. Dada la naturaleza exploratoria de la pregunta, centrada en las percepciones, las experiencias y los facilitadores contextuales, lo más adecuado era una síntesis de evidencia cualitativa. La formulación de la pregunta de la revisión se estructuró utilizando el marco SPIDER (muestra, fenómeno de interés, diseño, evaluación y tipo de investigación):

¿Qué características de preparación organizativa se asocian con la implementación exitosa de las Unidades Lideradas por Matronas en los servicios públicos de maternidad?

4.2 Estrategia de búsqueda y criterios de inclusión/exclusión

Las bases de datos consultadas fueron CINAHL, MEDLINE, Ovid MEDLINE, Embase, Emcare, MIDIRS y Global Health, junto con el seguimiento de citas y recomendaciones de expertos. Las búsquedas se realizaron dos veces, en octubre del 2024 y de nuevo en marzo del 2025, para garantizar la inclusión de los últimos estudios publicados.

Los criterios de inclusión se centraron en estudios cualitativos o de métodos mixtos revisados por pares que analizaban la implementación de las ULM dentro de los sistemas públicos de atención a la maternidad.

Los criterios de exclusión descartaron las unidades privadas o gestionadas por

organizaciones no gubernamentales, al considerarse que el contexto organizativo de la atención materna financiada con fondos públicos era fundamental para la relevancia de las implicaciones políticas. También se excluyeron los estudios que se centraban exclusivamente en otros modelos dirigidos por matronas, como los equipos del modelo *caseloading* (equipos de matronas organizados por carga de trabajo o de continuidad), para centrarse en los elementos de las Unidades Lideradas por Matronas y su atención.

Se registró un protocolo conforme con PRISMA en PROSPERO (CRD420251009197), para garantizar la transparencia y la reproducibilidad.

La revisión completa se puede consultar en **Anexo 3**.

4.3 Evaluación de la calidad y gestión de datos

La calidad metodológica de cada artículo incluido fue evaluada de forma independiente por dos revisores y se verificó su coherencia. Los estudios que obtuvieron una puntuación inferior al umbral definido habrían sido excluidos, aunque en esta revisión los 19 artículos incluidos cumplieron con el estándar de calidad.

4.4 Justificación del enfoque

La decisión de centrarse en la evidencia cualitativa y adoptar un enfoque de metasíntesis temática (14) reflejó una postura epistemológica deliberada: Para comprender la preparación para la implementación de los Centros de Nacimiento es necesario explorar cómo las personas experimentan el cambio organizativo, y no únicamente cómo este se estructura formalmente. Las herramientas cuantitativas permiten medir niveles de preparación, pero solo la síntesis cualitativa puede revelar cómo se manifiesta la preparación en la práctica: A través de creencias, relaciones y condiciones culturales que posibilitan su desarrollo.

El enfoque también respondió al interés por realizar un análisis inductivo que permitiera la emergencia de nuevas características, en lugar de aplicar desde el inicio un marco teórico predefinido.

5. REALIZACIÓN DE LA METASÍNTESIS

El proceso de síntesis se desarrolló a través de varias etapas iterativas, guiadas por el marco de tres pasos descrito por Thomas y Harden (14): Codificación línea por línea, organización de los códigos en temas descriptivos y generación de temas analíticos que trascienden los datos primarios. Para la gestión y visualización de la codificación se utilizó el software NVivo 14 para gestionar y visualizar la codificación; no obstante, la fase inicial del análisis se realizó de forma manual con el fin de favorecer una mayor inmersión en el material y una comprensión más profunda de los datos.

5.1 Conjunto de datos y alcance

El conjunto de datos final comprendió 19 artículos revisados por pares, extraídos de 14 estudios distintos (15–32) en diversos contextos: 6 del Reino Unido,

3 de Canadá y 1 de Italia, Suiza, Australia, India y China, respectivamente. En conjunto, estos estudios captaron las experiencias previas y posteriores a la implementación de las Unidades Lideradas por Matronas, lo que proporcionó una comprensión longitudinal de los procesos de cambio organizativo.

5.2 Codificación y desarrollo temático

La codificación inicial línea por línea generó varios cientos de códigos, que se refinaron iterativamente en 8 temas generales y 26 subtemas. Estos temas reflejaban la compleja interacción entre la cultura organizativa, la identidad profesional, el liderazgo y el contexto del sistema.

Los ocho temas principales fueron:

1. **Cultura y clima organizativos**, que incluyen subtemas como la colaboración, el respeto, la seguridad psicológica y una orientación hacia la mejora continua.
2. **Características de la innovación y proceso de implementación**, que abarcan la filosofía biopsicosocial, el grado de apropiación, la capacidad de adaptabilidad y la alineación de la innovación.
3. **Autonomía y empoderamiento del papel de la matrona**, destacando aspectos como la identidad profesional, la protección del ámbito de actuación y el desarrollo de competencias y habilidades específicas.
4. **Liderazgo y gobernanza**, incluyendo el liderazgo distribuido, la gestión de apoyo y la burocracia flexible.
5. **Contexto externo y condiciones propicias**, que contemplan el respaldo de las políticas sanitarias, la preparación cultural del entorno y la influencia de catalizadores sociopolíticos.
6. **Servicio basado en la evidencia**, que refleja el papel de los datos locales, las directrices clínicas y el conocimiento de la evidencia científica.
7. **Recursos e infraestructura**, abordando la dotación de personal, la financiación y las instalaciones físicas.
8. **Comunicación y difusión del cambio**, centrada en la transparencia, la comunicación entre centros y la participación de las partes interesadas.

A través de estos temas, surgió una imagen sorprendente: la preparación organizativa no constituye un atributo estático, sino un proceso vivo y relacional. Las organizaciones que lograron establecer con éxito las ULM se caracterizaron por el cultivo deliberado de la seguridad psicológica, de objetivos comunes y de culturas de aprendizaje reflexivo. En estos contextos, el liderazgo no era jerárquico, sino compartido, y se confiaba en que las matronas actuaran con autonomía dentro de estructuras organizativas de apoyo.

Por el contrario, en entornos con baja preparación organizativa, las jerarquías rígidas, la escasez de recursos, la deshumanización de los profesionales sanitarios reducidos a “personal” y el miedo a los litigios erosionaban la confianza. En estos escenarios, las iniciativas de cambio tendían a fracasar cuando se imponían de manera vertical o cuando el conjunto del personal no comprendía plenamente los fundamentos filosóficos del modelo de CN.

5.3 Reflexiones sobre el proceso

La realización de la síntesis fue un proceso iterativo y reflexivo que exigió tanto disciplina metodológica como sensibilidad al contexto. Muchos estudios describían fenómenos similares utilizando un lenguaje diferente, por ejemplo, “espíritu de equipo”, “confianza” o “clima de colaboración”, lo que requería un juicio interpretativo para identificar la equivalencia conceptual.

El trabajo en colaboración con otros revisores (entre ellos uno de los autores originales de los estándares de los CN) brindó la oportunidad de contrastar las interpretaciones con el conocimiento empírico. Esta triangulación reforzó tanto la credibilidad como la relevancia práctica de los resultados.

Es importante destacar que la síntesis reafirmó que la preparación organizativa de las instituciones para la implementación de los CN no puede reducirse a indicadores de gestión o al cumplimiento de requisitos mínimos. Se trata de un proceso fundamentalmente relacional, impulsado por valores y dependiente del grado en que las instituciones incorporan la filosofía de atención centrada en la mujer y la matronería dentro de su cultura y sus sistemas.

6. CORRESPONDENCIA CON EL MARCO CFIR ACTUALIZADO

Para situar los resultados dentro del conocimiento internacional sobre la ciencia de la implementación, los temas sintetizados se mapearon en el *Consolidated Framework for Implementation Research* (CFIR) en su versión actualizada a partir de la retroalimentación de usuarios (33).

El CFIR ofrece una taxonomía completa de los factores que influyen en la implementación, agrupados en cinco ámbitos:

- Características de la intervención.
- Entorno interno.
- Entorno externo.
- Características individuales.
- Proceso.

Este ejercicio de correspondencia permitió identificar tanto alineaciones como divergencias. Muchas de las características identificadas se correspondían con constructos del CFIR, como el compromiso del liderazgo, el clima de implementación y la disponibilidad de recursos. Sin embargo, varias dimensiones específicas de la práctica matronil no se alineaban plenamente con el CFIR, en particular las relacionadas con la autonomía profesional, la confianza relacional y el liderazgo basado en valores.

Por ejemplo, el CFIR capta el compromiso del liderazgo, pero no necesariamente la congruencia filosófica, es decir, la medida en que los líderes de la organización encarnan el espíritu humanizado y centrado en la mujer que es fundamental para un modelo liderado por matronas. Del mismo modo, la noción de “autoeficacia” del CFIR no abarca la identidad colectiva y la confianza mutua que se describen en los equipos de matronas de alto rendimiento.

Estas lagunas pusieron de relieve la necesidad de un marco adaptado capaz de integrar tanto los componentes técnicos como los relacionales de la preparación organizativa. Por lo tanto, el ejercicio de mapeo tuvo un doble propó-

sito: Por un lado, validar la relevancia de los constructos de implementación establecidos y, por otro, identificar aquellos ámbitos en los que es necesario incorporar dimensiones específicas de la filosofía matronil para lograr una evaluación significativa.

7. DE LA INVESTIGACIÓN AL DESARROLLO DE LA HERRAMIENTA ORAXMU

La revisión sistemática y la metasíntesis proporcionaron la base teórica y empírica para desarrollar una herramienta práctica de evaluación de la preparación organizativa para la implementación de Unidades Lideradas por Matronas (ORAxMU). La intención no era simplemente medir la preparación organizativa de forma numérica, sino crear un proceso de reflexión estructurado para los responsables de maternidad, los clínicos y los responsables políticos que desean planificar o evaluar la implementación de las Unidades Lideradas por Matronas.

7.1 Base conceptual

Los ocho temas identificados a través de la revisión se tradujeron en los dominios conceptuales iniciales del ORAxMU. Cada dominio resume una dimensión crítica de la preparación organizativa, desde la cultura organizativa hasta el liderazgo y la comunicación. Dentro de cada uno, las subelementos recogen indicadores observables de preparación, extraídos directamente de la evidencia cualitativa, como, por ejemplo, la “seguridad psicológica dentro de los equipos”, “claridad de la filosofía matronil” o “toma de decisiones distribuida”.

Esta síntesis también sirvió de base para la orientación teórica de la herramienta. En lugar de posicionar la preparación como un binomio (“preparado” frente a “no preparado”), el ORAxMU adopta una perspectiva de desarrollo, reconociendo que las organizaciones avanzan a lo largo de un continuo. Esto se ajusta al principio de que la preparación puede cultivarse activamente mediante el diálogo, el aprendizaje colectivo y las intervenciones específicas.

7.2 Aplicación en contextos europeos y más amplios

El panorama europeo y mundial de la matronería es diverso, ya que abarca países en los que las unidades públicas lideradas por matronas están bien establecidas y otros en los que el concepto sigue siendo emergente. Las conclusiones del estudio ofrecen una base empírica flexible que puede adaptarse a todo este espectro.

Por ejemplo, en entornos con un apoyo político limitado, el ámbito “contexto externo y condiciones propicias” puede poner de relieve la necesidad de promoción y compromiso político antes de comenzar la implementación. Por el contrario, en sistemas maduros, la atención podría centrarse en mantener la cohesión del equipo y la sucesión del liderazgo.

Al basar cada ámbito en evidencia procedente de múltiples contextos internacionales, la herramienta ORAxMU aspira a ser a la vez rigurosa y adaptable. Invita a los equipos a reflexionar no solo sobre la preparación operativa, in-

cluyendo aspectos como personal, financiación y logística, sino también sobre la preparación cultural y relacional, que, según la revisión, resulta igualmente determinante para el éxito.

El recorrido desde la concepción del estudio hasta la síntesis de los resultados ha puesto de manifiesto que la preparación organizativa es tanto un constructo teórico como una experiencia vivida dentro de los sistemas de atención a la maternidad. La realización de la revisión sistemática y la metasíntesis evidenció cómo se manifiesta la preparación en la práctica, a través de culturas de confianza, liderazgo reflexivo y autonomía de las matronas, y cómo su ausencia puede frenar incluso las iniciativas más prometedoras.

Al situar estos hallazgos dentro de la ciencia de la implementación y relacionarlos con el CFIR, la investigación ha puesto de relieve tanto la aplicabilidad como las limitaciones de los marcos existentes. Sobre esta base empírica se desarrolló ORAxMU como una herramienta práctica de autoevaluación y de diálogo estructurado, concebida para orientar los procesos de implementación, que se presentará a continuación.

Para los sistemas públicos de maternidad que aspiran a implementar Unidades Lideradas por Matronas, esta base empírica ofrece más que un conocimiento académico; proporciona una hoja de ruta para crear las culturas y capacidades organizativas que hacen que la atención dirigida por matronas no solo sea posible, sino también sostenible en el tiempo. Al hacerlo, contribuye al objetivo más amplio de alinear la atención materna con los principios de equidad, respeto y derechos humanos que constituyen el núcleo del modelo liderado por matronas.

8. INTRODUCCIÓN A LA HERRAMIENTA DE PREPARACIÓN ORGANIZATIVA PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE CN (ORAxMU)

La herramienta de preparación organizativa para la implementación de CN (ORAxMU) traduce la evidencia generada por la revisión sistemática y la metasíntesis cualitativa resumidas en los apartados anteriores en un marco práctico para la acción. Mientras que la revisión identificó las características de una organización “preparada”, ORAxMU tiene como objetivo proporcionar una forma estructurada de comprender el grado de preparación actual de un servicio concreto y cómo se puede reforzar dicha preparación antes de establecer o ampliar los CN.

A continuación, se presenta la herramienta detallando su justificación, sus fundamentos conceptuales, su proceso de desarrollo, su estructura y sus usos previstos tanto en contextos europeos como en otros entornos internacionales.

También se señala que actualmente se está llevando a cabo una fase de revisión por expertos, pendiente de aprobación ética, y que la herramienta irá acompañada de un marco de orientación para el usuario, diseñado para apoyar una aplicación coherente, inclusiva y segura.

Si bien las evaluaciones de ORAxMU pueden ser facilitadas por un equipo de implementación o por el liderazgo organizativo, la intención es que cualquier miembro del equipo de maternidad, incluidos las usuarias del servicio, pueda contribuir al proceso de evaluación, de modo que las organizaciones podrán

obtener una perspectiva de 360° sobre su nivel de preparación.

9. JUSTIFICACIÓN DE UNA HERRAMIENTA DE PREPARACIÓN ESPECÍFICA

La revisión sistemática mostró que la implementación exitosa de un CN depende de un conjunto de condiciones interconectadas: Cultura y clima organizacional; alineación entre la filosofía del CN y los valores organizacionales; autonomía de las matronas; liderazgo visible y distribuido; políticas y recursos habilitadores; uso significativo de los datos; y comunicación transparente (7,8,14,33).

Los instrumentos de preparación organizativa existentes, desarrollados en gran medida para el cambio tecnológico o de gestión, tienden a poner en primer plano las estructuras, los recursos materiales y los procesos, mientras que subestiman las dimensiones relacionales y basadas en valores que son fundamentales para la innovación impulsada por las matronas (10).

Los CN reconfiguran el espacio, el poder y las relaciones. Exigen confianza en el criterio profesional de las matronas, una creencia compartida en el parto fisiológico, una colaboración interprofesional basada en el respeto y una gobernanza que proteja la autonomía al tiempo que garantice la seguridad. ORAxMU se desarrolló para evaluar estas realidades de forma directa.

Su objetivo es ayudar a los equipos a:

- Evaluar las condiciones actuales en los ámbitos identificados por la herramienta;
- Detectar tempranamente las fortalezas y las barreras para la implementación;
- Priorizar acciones orientadas a preparar la implementación;
- Supervisar el progreso de forma continua.

10. FUNDAMENTOS CONCEPTUALES DE ORAXMU

ORAxMU se basa en las ocho características derivadas de la evidencia sintetizada en la revisión sistemática presentada previamente en este capítulo. Cada característica representa una dimensión esencial de la preparación organizativa para la implementación del CN:

Tabla 1. Dimensiones esenciales de la preparación organizativa

DIMENSIÓN ESENCIAL DE LA PREPARACIÓN ORGANIZATIVA	DESCRIPCIÓN Y CARACTERÍSTICAS
CULTURA Y CLIMA ORGANIZACIONAL	• Confianza entre profesionales • Seguridad psicológica • Respeto mutuo • Orientación al aprendizaje y mejora continua
INNOVACIÓN Y PROCESO DE IMPLEMENTACIÓN	• Adecuación del modelo ULM a los valores organizativos • Coherencia y credibilidad del discurso del cambio • Capacidad de adaptación durante la implementación

DIMENSIÓN ESENCIAL DE LA PREPARACIÓN ORGANIZATIVA	DESCRIPCIÓN Y CARACTERÍSTICAS
AUTONOMÍA Y EMPODERAMIENTO DE LAS MATRONAS	• Claridad y protección del ámbito profesional • Confianza en el rol de las matronas • Identidad profesional sólida • Oportunidades de liderazgo
LIDERAZGO Y GOBERNANZA	• Apoyo visible y sostenido de altos cargos • Liderazgo distribuido y colaborativo • Estructuras que facilitan (y no restringen) la práctica autónoma de las matronas
CONTEXTO EXTERNO Y CONDICIONES PROPICIAS	• Políticas públicas favorables • Regulaciones y financiación adecuadas • Confianza pública y profesional en el colectivo matrona
SERVICIO BASADO EN LA EVIDENCIA	• Uso habitual de datos y resultados clínicos • Auditorías y mejoras continuas • Promoción de la práctica basada en la evidencia
RECURSOS E INFRAESTRUCTURA	• Personal suficiente y capacitado • Espacios adecuados y alineados con el modelo ULM • Capacidad operativa estable
COMUNICACIÓN Y DIFUSIÓN DEL CAMBIO	• Comunicación transparente, continua y bidireccional • Participación activa de las partes interesadas • Intercambio fluido de conocimientos y avances

Estas características de la preparación organizativa para las ULM surgieron como holísticas. La preparación no es un estado binario, sino una cualidad de desarrollo que surge cuando las estructuras, las relaciones y los valores se alinean en torno a la atención centrada en la mujer y dirigida por matronas.

11. PROCESO DE DESARROLLO DE ORAXMU

El desarrollo de ORAxMU se estructuró en tres etapas vinculadas: Conceptualización, generación de ítems y revisión por expertos.

11.1 Conceptualización

Los resultados de la metátesis cualitativa se sintetizaron en características y declaraciones límite para garantizar que cada característica fuera conceptualmente clara, pero interconectada, como se ha descrito anteriormente.

11.2 Generación de ítems

Dentro de cada característica, se elaboraron indicadores preliminares en forma de enunciados breves y observables (por ejemplo, *“El personal informa de la seguridad psicológica para plantear inquietudes y sugerir mejoras”*; *“La filosofía matronil y los valores organizativos están explícitamente alineados en las políticas y la práctica”*).

Utilizando el software Qualtrics, los elementos se diseñaron para ser calificados en una escala Likert de cinco puntos (de «Totalmente en desacuerdo» a «Totalmente de acuerdo»), con la posibilidad de responder con texto libre en puntos estratégicos de la evaluación. La intención no es solo obtener una puntuación, sino también fomentar un diálogo reflexivo que genere un entendimiento y un sentido de pertenencia compartidos.

11.3 Exploración adicional

Para presentar la herramienta a los usuarios, evaluar los conocimientos existentes y estandarizar la terminología, se añadieron varios ámbitos al inicio de la evaluación. Estos incluyeron la exploración de conocimientos, actitudes y experiencia personal del usuario con respecto a los CN, así como la definición de términos.

11.4 Revisión por expertos (en curso)

Actualmente se está llevando a cabo una fase de revisión por expertos, dirigida por un coinvestigador original, que continuará tras la aprobación ética. En esta fase se recaba la opinión de líderes internacionales en obstetricia, médicos, gestores, defensores de las usuarias de los servicios y especialistas en ciencia de la implementación sobre:

- La claridad y relevancia de las características y los indicadores;
- La aplicabilidad cultural y lingüística;
- La viabilidad en entornos de prestación de servicios rutinarios; y
- Su utilidad para la planificación previa a la implementación y para la mejora continua.

Las aportaciones derivadas de este proceso permitirán refinar la redacción, la secuenciación y las notas orientativas de la herramienta para mejorar la validez aparente y de contenido. Los pasos posteriores de puesta a prueba y validación se describen en la sección 17.

12. ESTRUCTURA, PUNTUACIÓN E INTERPRETACIÓN

ORAxMU es una autoevaluación estructurada que puede completarse en una sola sesión o en varias sesiones. Está optimizada para la participación multidisciplinar y de múltiples partes interesadas, de modo que se hagan visibles los patrones y las divergencias entre las distintas perspectivas.

Cada dominio comprende:

- Una definición concisa del enfoque y el alcance;
- Entre 4-6 indicadores derivados de la evidencia revisada;
- Una escala de calificación tipo Likert de 1 a 5 para cada indicador.

ORAxMU no genera una puntuación global de aprobado/suspense. En su lugar, los resultados se interpretan por características, destacando los puntos fuertes, las deficiencias y las interdependencias. El objetivo es que los servicios puedan visualizar los resultados (por ejemplo, mediante gráficos radiales o mapas de calor) para facilitar el debate, la priorización y el seguimiento longitudinal. Pone

énfasis en la información útil para la reflexión y la toma de decisiones, y no en la comparación o clasificación entre servicios.

13. USO PREVISTO Y PARTICIPACIÓN (ENFOQUE 360°)

Aunque ORAxMU puede ser facilitado por un equipo de implementación o de liderazgo, está diseñado para que cualquier miembro del personal de la atención a la maternidad, incluidos las usuarias del servicio, pueda contribuir a la evaluación. Esta inclusividad es intencional: Las experiencias de preparación organizativa varían según el rol, el nivel profesional y la experiencia vivida, y las diferencias de percepción asociadas a estos factores constituye información valiosa para la planificación. Adoptar una perspectiva de 360° refuerza la validez de la evaluación, permite identificar puntos ciegos y promueve una responsabilidad compartida en los procesos de cambio.

Entre los participantes habituales se pueden incluir:

- Matronas (de todos los niveles, funciones y entornos);
- Obstetras, pediatras, anestesistas;
- Personal de apoyo a la maternidad y neonatal;
- Gerentes de servicios y altos directivos;
- Responsables de calidad/seguridad, formación y administración;
- Usuarias de los servicios y representantes de la comunidad.

Las aportaciones pueden recopilarse mediante una herramienta de evaluación en línea (pendiente de publicar) y pueden enriquecerse siguiendo un marco de orientación para el usuario y ofreciendo talleres facilitados o debates en pequeños grupos. La triangulación de estas aportaciones da como resultado un perfil de preparación más rico y creíble.

14. MARCO DE ORIENTACIÓN AL USUARIO DE ORAXMU

Para apoyar un uso coherente, ético y eficaz de la herramienta, ORAxMU irá acompañada de un marco de orientación al usuarios.

Sus objetivos principales son:

- Aclarar la configuración y las funciones (por ejemplo, nombrar a un facilitador interno o externo; garantizar la representación).
- Proporcionar indicaciones y herramientas de facilitación que fomenten la seguridad psicológica y la participación inclusiva;
- Describir opciones para la recopilación de datos de forma ciega o anónima (talleres + aportaciones anónimas) con el fin de reducir los efectos jerárquicos;
- Recomendar pasos para el análisis y la síntesis de los resultados para permitir integrar perspectivas diversas;
- Desarrollar plantillas de planificación de acciones que vinculen los indicadores con puntuaciones bajas con medidas concretas de mejora;
- Sugerir intervalos de reevaluación y mecanismos de retroalimentación para la mejora continua;

- Establecer consideraciones éticas claras, incluyendo aspectos de confidencialidad, gestión y protección de datos y salvaguarda de la participación del personal y las usuarias del servicio.

Este marco de orientación tiene por objeto garantizar que ORAxMU se utilice como un proceso de aprendizaje colaborativo, y no como una herramienta de control o inspección vertical. Su objetivo último es fortalecer la preparación organizativa y contribuir al éxito de la implementación de CN.

15. CASOS PARA SU USO

Planificación previa a la implementación

Una región que está considerando abrir un CN, ya sea integrado o independiente, puede utilizar ORAxMU como herramienta inicial de diagnóstico. Para ello, se invita a representantes interdisciplinarios, incluidas matronas, otros profesionales sanitarios, gestores y usuarias del servicio, a completar una evaluación en línea tras una reunión introductoria inicial.

ORAxMU destaca el fuerte patrocinio de los altos cargos (liderazgo y gobernanza), pero la baja seguridad psicológica y la limitada comprensión compartida de la filosofía de modelos liderados por matronas (cultura; características de innovación). El plan de acción se centra en la educación interprofesional, los foros de reflexión y los comportamientos de liderazgo visibles que modelan la confianza.

Fortalecimiento de un CN existente

Un CN independiente realiza la evaluación cada año. Los resultados muestran mejoras en la comunicación y en la atención basada en la evidencia. Sin embargo, se observa una disminución en la valoración de los recursos tras la rotación de personal.

El equipo utiliza estos resultados para justificar la necesidad de mejorar la dotación de personal y para poner en marcha un sistema de acompañamiento a las nuevas incorporaciones, con el fin de mantener la autonomía profesional y la cultura de la unidad.

Perspectiva a nivel del sistema

Una red nacional de servicios de maternidad agrega de forma anónima de cada ámbito en todos los centros para identificar barreras comunes (por ejemplo, la seguridad de la financiación externa) y orientar el apoyo político. Con el tiempo, los cambios en los perfiles de cada ámbito sirven de base para la inversión estratégica y la planificación de la plantilla.

16. FORTALEZAS Y LIMITACIONES DE LA HERRAMIENTA ORAxMU

Fortalezas

- Basada en la evidencia: Derivada directamente de la síntesis cualitativa de estudios sobre la implementación de CN.

- Específica para matronería: Incorpora dimensiones clave como la cultura relacional, la autonomía profesional y la congruencia filosófica, habitualmente ausentes en las herramientas genéricas de preparación organizativa.
- Participativa: Diseñada para favorecer la participación inclusiva de múltiples partes interesadas, incluyendo usuarias de los servicios.
- Orientada al desarrollo: Concibe la preparación organizativa como un proceso dinámico, promoviendo la mejora continua frente a enfoques binarios de evaluación.
- Aplicable a la práctica: Traduce evidencia compleja en indicadores comprensibles y accionables, facilitando la toma de decisiones y la planificación estratégica.

Limitaciones

- Validación en curso: La herramienta se encuentra actualmente en fase de revisión por expertos (pendiente de publicación ética); posteriormente se llevarán a cabo estudios piloto y análisis psicométricos para evaluar su fiabilidad y validez.
- Subjetividad: Al tratarse de una autoevaluación, los resultados pueden verse influidos por dinámicas jerárquicas o por sesgos de optimismo. Por este motivo, el marco de orientación asociado a ORAxMU recomienda la triangulación de fuentes y la recogida de aportaciones anónimas.
- Adaptación contextual: Algunos indicadores o formulaciones pueden requerir procesos de contextualización o adaptación lingüística para ajustarse a marcos normativos nacionales, estructuras organizativas de los equipos y contextos culturales específicos.

17. DESARROLLO FUTURO

Una vez completada la revisión por expertos, los pasos previstos incluyen:

- Pruebas piloto en diversos contextos europeos de CN (independientes y adosados; entornos urbanos y rurales), con el fin de evaluar la usabilidad de la herramienta y la coherencia interevaluador.
- Refinamiento iterativo de las definiciones de los ámbitos, los indicadores y las orientaciones de puntuación, incorporando los comentarios derivados de la revisión por expertos y de las pruebas piloto.
- Validación intercultural y lingüística, para apoyar la aplicabilidad de la herramienta en distintos sistemas de salud, contextos normativos y lenguas.
- Desarrollo de formatos digitales, como formularios web seguros o paneles de visualización de resultados, que faciliten la recogida de datos, su análisis y el seguimiento longitudinal de la preparación organizativa.

18. CONCLUSIÓN

La revisión sistemática y la metasíntesis cualitativa presentadas en este capítulo han permitido identificar que la preparación organizativa para la implementación de Centros de Nacimiento es un proceso relacional, dinámico y profundamente vinculado a la cultura, el liderazgo y los valores de los sistemas de maternidad.

Estos hallazgos constituyen la base empírica sobre la que se ha desarrollado la herramienta ORAxMU, concebida como un instrumento práctico de reflexión y diálogo estructurado para apoyar la planificación, evaluación y mejora de la implementación.

A medida que avanza la revisión por expertos y se pone en marcha un marco de orientación al usuario completo, la ORAxMU ofrecerá a los servicios europeos y mundiales una vía coherente desde la aspiración hasta la implementación sostenible, alineando estructuras, relaciones y valores con los principios de la atención dirigida por matronas.

19. BIBLIOGRAFÍA

1. World Health Organization. Transitioning to midwifery models of care: global position paper. Geneva: World Health Organization; 2021. Disponible en: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240021579>
2. Schroeder L et al. Birthplace cost-effectiveness analysis of planned place of birth: individual level analysis Birthplace in England research programme: final report part 5. 2011.
3. Scarf VL, Rossiter C, Vedam S, Dahlen HG, Ellwood D, Forster D, et al. 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. Vol. 62, Midwifery. 2018. p. 240–55.
4. Brocklehurst P, Hardy P, Hollowell J, Linsell L, Macfarlane A, McCourt C, et al. Perinatal and maternal outcomes by planned place of birth for healthy women with low risk pregnancies: The Birthplace in England national prospective cohort study. BMJ (Online). 2012 Jan 21;343(7840).
5. Benatar S, Garrett AB, Howell E, Palmer A. Midwifery care at a freestanding birth center: A safe and effective alternative to conventional maternity care. Health Serv Res. 2013 Oct;48(5):1750–68.
6. Batinelli L, Thaelis E, Leister N, McCourt C, Bonciani M, Rocca-Ihenacho L. What are the strategies for implementing primary care models in maternity? A systematic review on midwifery units. BMC Pregnancy Childbirth. 2022;22(1):123. doi:10.1186/s12884-022-04410-x.
7. Weiner BJ. A theory of organizational readiness for change. Implementation Science. 2009 Oct 19;4:67. doi: 10.1186/1748-5908-4-67
8. Holt DT, Armenakis AA, Feild HS, Harris SG. Readiness for Organizational Change. J Appl Behav Sci. 2007 Jun 1;43(2):232–55. doi:10.1177/0021886306295295.
9. Rafferty AE, Jimmieson NL, Armenakis AA. Change Readiness. J Manage. 2013 Jan 5;39(1):110–35. doi:10.1177/0149206312457417.
10. Mlake-Lye IM, Delevan DM, Ganz DA, Mittman BS, Finley EP. Unpacking organizational readiness for change: An updated systematic review and content analysis of assessments. BMC Health Serv Res. 2020 Feb 11;20(1).
11. Davis SD, Bayes S, Geraghty S. Development of a tool to identify barriers and enablers to practice innovation in midwifery: A participatory action research study. Eur J Midwifery. 2023 Jan 30;7:1. doi: 10.18332/ejm/157459.
12. van de Water BJ, Longacre AH, Hotchkiss J, Sonnie M, Mann J, Lemor E. Implementing the organizational readiness for change survey during a novel midwifery preceptor program in Sierra Leone: stakeholder results. BMC Health Serv Res. Aug 21;24(1):961. doi: 10.1186/s12913-024-11435-9.
13. De Leo A (Annie), Sweet L, Palamara P, Bloxsome D, Bayes S. How valuable is an implementation toolkit for midwives? An exploratory study. Midwifery. 2025 Feb;141:104241. doi: 10.1016/j.midw.2024.104241.
14. Thomas J, Harden A. Methods for the thematic synthesis of qualitative research in systematic reviews. BMC Med Res Methodol. 2008 Jul 10;8:45. doi: 10.1186/1471-2288-8-45.

15. Walsh D. Subverting the assembly-line: Childbirth in a free-standing birth centre. *Soc Sci Med*. 2006 Mar;62(6):1330–40.
16. Walsh DJ. A birth centre's encounters with discourses of childbirth: How resistance led to innovation. *Sociol Health Illn*. 2007 Mar;29(2):216–32.
17. Rocca-Ihenacho L, Yuill C, McCourt C. Relationships and trust: Two key pillars of a well-functioning freestanding midwifery unit. *Birth*. 2021 Mar 10.1111/birt.12521.
18. Rocca-Ihenacho L. An ethnographic study of the philosophy, culture and practices within an urban freestanding midwifery unit. *The Practising Midwife*, 26(8), p.25. 2023;
19. Rocca-Ihenacho L. An ethnographic study of the philosophy, culture and practices within an urban freestanding midwifery unit: part 4—organisational perspectives. *Pract Midwife*. 2023;26(11):26.
20. Rocca-Ihenacho L. An ethnographic study of the philosophy, culture and practices within an urban freestanding midwifery unit: part 2—staff perspectives. *Pract Midwife*. 2023;26(9):26.
21. Batinelli L, McCourt C, Bonciani M, Rocca-Ihenacho L. Implementing midwifery units in a European country: Situational analysis of an Italian case study. *Midwifery*. 2023 Jan 1;116.
22. Darling F, McCourt PC, Cartwright DM. Facilitators and barriers to the implementation of a physiological approach during labour and birth: A systematic review and thematic synthesis. *Midwifery*. 2021 Jan 1;92:102861. doi: 10.1016/j.midw.2020.102861.
23. McCourt C, Rance S, Rayment J, Sandall J. Organising safe and sustainable care in alongside midwifery units: Findings from an organisational ethnographic study. *Midwifery*. 2018 Oct 1;65:26–34. doi: 10.1016/j.midw.2018.06.023.
24. Miah R, Adamson. Creating a culture of 'safe normality': Developing a new inner city alongside midwifery unit. *Br J Midwifery*. 2015 Jul 2;23(7):498–508.
25. Tracy SK, Hartz D, Nicholl M, McCann Y, Latta D. An integrated service network in maternity— the implementation of a midwifery-led unit. *Australian Health Review*. 2005 Aug;29(3):332-9. doi: 10.1071/ah050332.
26. Maillefer F, de Labrusse C, Cardia-Vonèche L, Hohlfield P, Stoll B. Women and healthcare providers' perceptions of a midwife-led unit in a Swiss university hospital: A qualitative study. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2015 Mar 11;15:56. doi: 10.1186/s12884-015-0477-4.
27. Murray-Davis B, Grenier LN, Malott AM, Mattison CA, Cameron C, Hutton EK, et al. Exploring Midwives' Experiences Within Canada's First Alongside Midwifery Unit: Impacts and Implications for Midwifery Practice. *J Midwifery Womens Health*. 2025 May 1;70(3):486–93.
28. Walsh D, Spihy H, McCourt C, Grigg C, Coleby D, Bishop S, et al. Factors influencing the utilisation of free-standing and alongside midwifery units in England: A qualitative research study. *BMJ Open*. 2020 Feb 17;10(2).
29. Mander R, Cheung NF, Wang X, Fu W, Zhu J. Beginning an action research project to investigate the feasibility of a midwife-led normal birthing unit in China. *J Clin Nurs*. 2010 Feb 12;19(3–4):517–26.
30. Cheung N, F cheung, MR, XW, WF, HZ& LZ. The planning and preparation for a "homely birthplace" in Hangzhou, China",. *Evidence-Based Midwifery*, vol 7, pp 101+. 2009;
31. Reszel J, Daub O, Dunn SI, Cassidy CE, Hafizi K, Lightfoot M, et al. Planning and implementing practice changes in Ontario maternal-newborn hospital units: a secondary qualitative analysis. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2023 Dec 1;23(1).
32. Bogren M, Jha P, Sharma B, Erlandsson K. Contextual factors influencing the implementation of midwifery-led care units in India. *Women and Birth*. 2023 Feb;36(1):e134–41.
33. Damschroder LJ, Reardon CM, Widerquist MAO, Lowery J. The updated Consolidated Framework for Implementation Research based on user feedback. *Implementation Science*. 2022 Dec 1;17(1).

Capítulo 6

Planificación y organización para la implementación de un Centro de Nacimiento



“La atención de calidad en salud significa ofrecer servicios que sean seguros, eficaces, oportunos, eficientes, equitativos y centrados en las personas, y que proporcionen los resultados de salud que las comunidades desean”.

WHO: Organización Mundial de la Salud

Autoras:

Soledad Carreguí, M^a Teresa Parra, M^a José Palomares, Ana Sánchez, Judith Janssen, Andrea Codoñer.

123	1. CONOCIMIENTO DEL SISTEMA SANITARIO Y SU IMPORTANCIA EN LA PLANIFICACIÓN DE LOS CENTROS DE NACIMIENTO
125	2. GOBERNANZA Y MODELO ORGANIZATIVO
125	2.1 Fomentar y garantizar el compromiso político y la financiación pública
126	3. JUSTIFICACIÓN DE LA IMPLEMENTACIÓN DE LOS CN
127	4. GOBERNANZA Y MODELO ORGANIZATIVO
127	4.1 Niveles de gobernanza
130	4.2 Dirección del Proyecto (matrona responsable)
131	4.3 Gestión económica del proyecto
133	5. ORGANIGRAMA
133	5.1 Importancia del Organigrama en los Centros de Nacimiento
134	5.2 Modelo de Gestión para los Centros de Nacimiento: Propuesta de Dependencia Orgánica desde Atención Primaria
135	6. DIRECTOR/A DEL PROYECTO: ROL ESTRATÉGICO DENTRO DE LA ESTRUCTURA ORGANIZATIVA
135	6.1 Liderazgo, participación y comunicación
136	6.2 Relación con el equipo médico y otros actores clave
137	7. INCLUSIÓN Y REPRESENTACIÓN DE USUARIAS Y COMUNIDAD LOCAL
138	8. RECURSOS HUMANOS
138	8.1 Dotación personal
139	8.2 La turnicidad y cobertura asistencial
139	8.3 Elementos clave para la planificación de personal en un CN
140	8.4 Roles profesionales necesarios:
141	8.5 Consideraciones adicionales
142	8.6 Consideraciones sobre la contratación
143	8.7 Diseñar un proceso de transición
143	9. LIDERAZGO Y CULTURA DE SEGURIDAD
144	9.1 Liderazgo de las matronas
144	9.2 ¿Por qué un liderazgo transformacional?
145	9.3 Cultura de seguridad positiva
145	10. PRESTACIONES DE UN CENTRO DE NACIMIENTO
147	11. BIBLIOGRAFÍA

ANTES DE EMPEZAR

Las propuestas organizativas que recoge este capítulo son fruto de un proceso de reflexión colectiva entre profesionales y grupos de expertos familiarizados con nuestro sistema de salud. Estas reflexiones, contrastadas con la experiencia de modelos internacionales ya consolidados, nos han permitido elaborar una serie de recomendaciones prácticas y fundamentadas para avanzar en la implementación de los Centros de Nacimiento.

1. CONOCIMIENTO DEL SISTEMA SANITARIO Y SU IMPORTANCIA EN LA PLANIFICACIÓN DE LOS CENTROS DE NACIMIENTO

El conocimiento de cómo está estructurada la Sanidad en el sistema a estudiar, puede aumentar la capacidad de la dirección de un proyecto de CN para implicar a determinados apoyos, vías o redes que favorezcan avanzar e implementarlo. Es importante establecer la estructura y organigrama a nivel nacional, regional y local en cada departamento de salud.

La sanidad en España se organiza a través del Sistema Nacional de Salud (SNS) y fue creado atendiendo a la Ley General de Sanidad de 1986 ⁽¹⁾ por la que se garantiza y proporciona cobertura sanitaria universal y gratuita en el punto de atención para todos los ciudadanos. El SNS está descentralizado, lo que significa que las comunidades autónomas tienen la competencia de gestionar los servicios de salud en sus territorios, adaptando los recursos y la planificación a las necesidades locales. A nivel nacional, el Ministerio de Sanidad establece las políticas generales de salud y garantiza la equidad y cohesión del sistema, además de coordinar aspectos clave como la financiación, la cual proviene de impuestos generales.

La atención sanitaria se estructura en atención primaria (AP) y atención especializada (AE). La atención primaria es el primer nivel de contacto para los pacientes y ofrece servicios preventivos, diagnósticos y terapéuticos en centros de salud locales. La atención especializada se realiza en hospitales proporcionando servicios de mayor complejidad y tratamientos avanzados.

El Ministerio de Sanidad es el responsable de establecer la cartera de servicios comunes para todo el país. Esta cartera define los servicios y prestaciones sanitarias básicos a los que tiene derecho la población, garantizando la equidad en el acceso a la atención sanitaria. Una vez establecida la cartera de servicios comunes, las comunidades autónomas gestionan y complementan la prestación de estos servicios, adaptándolos a sus necesidades y pudiendo añadir ser-

vicios adicionales a su propia cartera de servicios regional.

Este modelo de responsabilidad compartida entre el gobierno central y los gobiernos regionales busca asegurar tanto la uniformidad en los derechos sanitarios como la adaptación de los servicios a las particularidades de cada región.

Actualmente en el servicio público de salud el seguimiento del embarazo y puerperio se maneja en la consulta de Atención Primaria por la matrona y en el caso de aparición de factores de riesgo se deriva a la mujer a atención especializada para seguimiento conjunto con el obstetra. La asistencia al parto se realiza prácticamente en su totalidad en los hospitales. Aproximadamente el 75% de los nacimientos se produce en hospitales públicos y un 25% en los privados. En el caso de los partos en casa en España, únicamente representan el 0.32% de los nacimientos (2). Se trata de una atención que no está cubierta por la cartera de servicios, por lo que la mujer debe contratar de forma privada a las profesionales que le acompañaran.

Sin embargo, en Cataluña dentro del Sistema público de Salud, existen iniciativas que ofrecen continuidad de cuidados por equipo de matronas y la asistencia en un Centro de Nacimiento adosado al hospital (CN de Martorell en el Hospital Sant Joan de Deu y CN Casa Laetania en el Hospital Germans Trias i Pujol de Badalona).

Sería interesante que esta prestación se incluyera en el Sistema Nacional de Salud de forma equitativa que garantizara que todas las mujeres tuvieran esta opción al ser la más óptima y la que ofrece mejores resultados en las gestantes de baja complejidad.

Es fundamental que cualquier cambio potencial en un servicio de maternidad, tenga en cuenta el sistema de asistencia escalonada (3–6) con el fin de diseñar sistemas sólidos que identifiquen y gestionen los niveles de complejidad de manera que la atención que se le ofrece a las mujeres sea la más eficaz, en el lugar adecuado y en el momento oportuno, lo más cerca posible de su domicilio.

Para ello deben quedar claramente definidos:

- Ámbito de capacidad de servicio y responsabilidades para cada servicio (Centro de Nacimiento, Atención Primaria, Unidad Obstétrica, Unidad de Neonatos, Planta de Hospitalización).
- Vías de consulta, derivación y/o traslado cuando se requiera un nivel superior de atención durante el embarazo y/o parto, así como la desescalada de la atención y el traslado de vuelta cuando la atención superior ya no sea necesaria.
- Estructura de “cuidados compartidos” entre los servicios de distintos niveles, tanto maternos como neonatales, cuando sea necesario.
- Un enfoque interservicios para supervisar y gestionar la demanda de servicios.

Un elemento facilitador para las relaciones multiprofesionales cuyo objetivo es mejorar la calidad y la seguridad de la atención sanitaria, sería la existencia de unas directrices nacionales que orientaran y facilitarían la toma de decisiones en la asistencia y derivación de las mujeres a otros niveles asistenciales si se precisara.

2. GOBERNANZA Y MODELO ORGANIZATIVO

El establecimiento o fortalecimiento de la gobernanza, fomenta el compromiso político y el consenso nacional o regional, garantiza la alineación estratégica y el uso eficiente de los recursos para la transición a modelos de cuidados liderados por matronas, también facilita la participación de las partes interesadas. Esto implicaría crear o reforzar dos estructuras clave:

- **Grupo de trabajo nacional de asesoramiento técnico y estratégico sobre los CN:** Este grupo orientaría la dirección estratégica y la supervisión de la transición a modelos de atención liderados por matrona. El grupo de trabajo podría funcionar como un subgrupo dentro de los grupos nacionales de asesoramiento técnico sobre salud materna y neonatal. En nuestro país sería interesante que fuera un grupo de trabajo dentro de la Estrategia de salud sexual y reproductiva a nivel nacional.
- **Equipo o Comité de gestión/dirección del proyecto:** Este equipo apoyaría la puesta en marcha del Plan estratégico de cada uno de los proyectos atendiendo a la realidad de cada comunidad, pero siguiendo las recomendaciones del Grupo de trabajo nacional.

2.1 Fomentar y garantizar el compromiso político y la financiación pública

La implementación de Centros de Nacimiento basados en el modelo de continuidad de cuidados por matronas requiere de una apuesta institucional clara que trascienda el ámbito clínico. Es fundamental contar con un compromiso político sostenido para crear un entorno propicio al cambio y movilizar los recursos necesarios que apoyen mejoras en los resultados sanitarios maternos y neonatales. Esta transformación del modelo de atención al parto no puede producirse únicamente desde la voluntad profesional, sino que debe estar respaldada por decisiones políticas estratégicas y una financiación adecuada, equitativa y sostenible.

El liderazgo político es fundamental para integrar estos centros dentro de la red pública de servicios de salud, asegurando su legitimidad, viabilidad operativa y sostenibilidad a largo plazo. Este respaldo debe traducirse en:

- La **inclusión de los Centros de Nacimiento** en los planes nacionales y autonómicos de salud sexual y reproductiva.
- La **asignación de recursos presupuestarios específicos** para su creación, adecuación arquitectónica, dotación de personal y mantenimiento.
- El establecimiento de **marcos normativos y organizativos** que garanticen la seguridad clínica, la coordinación interprofesional y la evaluación continua de resultados.

Garantizar la financiación pública permite evitar desigualdades territoriales en el acceso a este modelo, asegurar su integración en el Sistema Nacional de Salud y favorecer el acceso universal. Como señala la OMS, los sistemas de salud deben priorizar inversiones en modelos de atención eficaces, respetuosos y centrados en las personas, y el modelo de continuidad asistencial liderado por matronas ha demostrado su efectividad clínica y coste-eficiencia en diversos contextos internacionales (7,8).

Además, la planificación presupuestaria debe considerar tanto la fase de im-

plementación (diseño arquitectónico, equipamiento, formación) como la fase operativa (recursos humanos, protocolos, evaluación), incorporando indicadores de calidad y satisfacción. A su vez, los modelos de financiación deben estar alineados con los principios de equidad, autonomía profesional y respeto a los derechos de las mujeres.

Por tanto, fomentar y asegurar el compromiso político y financiero es una condición indispensable para la expansión de Centros de Nacimiento, garantizando que este modelo se consolide como una opción segura, accesible y centrada en la experiencia y bienestar de las mujeres y sus familias.

En el ámbito privado se requiere el conocimiento de la organización y mecanismos de financiación para identificar actores claves necesarios para la adecuada implementación y funcionamiento de un CN. La visión y los objetivos de la institución deben considerar poner en el centro a las mujeres y a sus familias. No obstante, esto genera debate ya que en el sector privado la barrera económica y los posibles conflictos de intereses pueden limitar el cumplimiento de los principios y estándares europeos de Centros de Nacimiento.

3. JUSTIFICACIÓN DE LA IMPLEMENTACIÓN DE LOS CN

La iniciativa para desarrollar un CN puede surgir de diversas maneras: como una propuesta *bottom-up* impulsada por usuarias de los servicios y profesionales locales, o como una iniciativa *top-down* promovida por responsables políticos o gestores de servicios hospitalarios y comunitarios.

Entre las principales razones para proponer la creación de un CN se incluyen (9):

- Mejorar la calidad global de la atención materna.
- Promover la innovación en los modelos de atención y en la práctica clínica.
- Aumentar las opciones de lugar de nacimiento, garantizando cuidados personalizados y respetuosos.
- Incrementar la satisfacción de las usuarias.
- Mejorar la atención materna reduciendo intervenciones innecesarias.
- Optimizar el uso de los recursos y reforzar una atención más centrada en la comunidad.
- Aumentar la satisfacción laboral de los/las profesionales que cuidan a las mujeres.
- Mejorar la relación coste-efectividad de los servicios de maternidad.

Dependiendo de si el proyecto surge como iniciativa *top-down* o *bottom-up*, las barreras y facilitadores que se encontrarán serán diferentes. Por ello, resulta fundamental realizar un análisis DAFO (Debilidades, Amenazas, Fortalezas y Oportunidades) para identificar las barreras y facilitadores internos y externos, y así elaborar un plan de implementación eficaz (mas información sobre barreras y facilitadores en el Capítulo 14).

La estructura del proyecto y la composición de un grupo de trabajo es clave para su desarrollo exitoso. Es esencial definir claramente la estructura, los roles y responsabilidades acordados, los plazos y los mecanismos de gobernanza.

4. GOBERNANZA Y MODELO ORGANIZATIVO

La implementación de un Centro de Nacimiento (CN) requiere un marco organizativo claro que articule la dirección estratégica, la gestión operativa y la práctica clínica diaria. Para asegurar una transición efectiva hacia modelos de cuidados liderados por matronas, es fundamental establecer un marco sólido de gobernanza que fomente el compromiso institucional y político, facilite el consenso entre actores clave, garantice la alineación estratégica y el uso eficiente de los recursos y estructure los procesos de toma de decisiones.

Esto implicaría crear o reforzar estructuras de gobernanza a diferentes niveles.

4.1 Niveles de gobernanza

4.1.1 Gobernanza estratégica nacional

A nivel nacional, se recomienda la creación de un **Grupo de trabajo nacional** de asesoramiento técnico y estratégico sobre los CN, idealmente integrado en los mecanismos ya existentes de la Estrategia de Salud Sexual y Reproductiva.

Función principal: Marcar la dirección estratégica y supervisar la transición a Centros de Nacimiento liderados por matronas a nivel nacional.

Responsabilidades:

- Establecer estándares nacionales, guías y marcos normativos.
- Coordinar la integración en grupos nacionales de asesoramiento técnico sobre salud materna y neonatal (p. ej. como subgrupo en la Estrategia de Salud Sexual y Reproductiva).
- Ofrecer soporte técnico al desarrollo de proyectos locales.
- Actuar como órgano consultivo para garantizar coherencia, seguridad y calidad.

4.1.2 Gobernanza operativa del proyecto

A nivel de proyecto se recomienda crear un **Equipo de gestión/dirección del proyecto**.

Función principal: Liderar y coordinar la implementación del CN en la institución sanitaria.

Responsabilidades:

- Apoyar la implementación del plan estratégico del proyecto, adaptándose a la realidad de la comunidad autónoma, pero siguiendo las recomendaciones del Grupo de trabajo nacional.
- Garantizar recursos, cronograma y cumplimiento de estándares de calidad.
- Supervisar el desempeño del Equipo Avanzado y del equipo clínico.

Composición recomendada:

- **Director(a) del Proyecto (matrona)**
- **Altos directivos:** Responsables de los servicios de maternidad tanto de

Atención Primaria como de Especializada: Director/a de Enfermería, Dirección médica, Gerencia, Dirección económica, Dirección territorial (si el CN abarcara a otros Departamentos de Salud diferentes a donde se ubica), así como otros directivos que puedan aportar y facilitar la implementación del proyecto.

- **Responsables de “matronería”:** Supervisora del Servicio de Partos, Coordinadora matrona de Atención Primaria, adjuntas matronas y matronas responsables de salud sexual y reproductiva de la Consejería.
- **Matronas asistenciales:** Matronas de la Unidad Obstétrica interesadas en el cambio de modelo, que conozcan el departamento, también las matronas de Atención Primaria, incluida alguna Residente o Matronas recién acabadas.
- **Obstetra y pediatra** (Jefe/a de Servicio y/o alineado/a con el proyecto)
- **Gestores de programas de salud materno-neonatal**
- **Usuaris y/o responsables de asociaciones de madres o mujeres** como posibles usuarias del CN
- **Otros representantes de asociaciones** de la comunidad, asociaciones culturales y profesionales que puedan aportar el proyecto, así como sindicatos, responsable de comunicación, representante de algún grupo vulnerable o grupo marginado, para garantizar que sus perspectivas se integren y que nadie se quede atrás.

Este comité debe incluir representación de todas las áreas implicadas (dirección, matronas, obstetricia, pediatría, atención primaria, gestión de riesgos, sistemas de información, etc.). Es útil escuchar a partes interesadas que puedan no apoyar el modelo, ya que las cuestiones no resueltas tienen el potencial de limitar el éxito a largo plazo. Identificar las cuestiones complejas o conflictivas desde el principio permite incorporar soluciones al proyecto a medida que se desarrolle. Es posible que se identifiquen otras partes interesadas durante el proceso de mapeo.

Para optimizar la operatividad, algunos miembros pueden formar parte también del Equipo Avanzado.

La composición del Equipo de Gestión evolucionará a medida que avance el proyecto. Los altos ejecutivos y directivos pueden decidir delegar su asistencia en un miembro del equipo y volver a participar cuando se les requiera.

4.1.3 Gobernanza clínico-operativa

Para llevar a cabo la implementación en la práctica diaria y garantizar que el modelo de atención se traduzca en cuidados seguros y de calidad, se recomienda constituir un equipo clínico-operativo especializado que forma el núcleo operativo y clínico: el **Equipo Avanzado Multidisciplinar**.

Función principal: Coordinar, supervisar y apoyar la práctica clínica dentro del CN.

Responsabilidades:

- Alinear el proyecto para su implementación con las recomendaciones y/o

asesoramiento del Equipo de Gestión, de los Estándares Europeos de Centros de Nacimiento y de las orientaciones de la Guía NAIXEM.

- Desarrollar y validar guías y protocolos operativos alineados a los estándares internacionales de CN.
- Solicitar los recursos necesarios para la implementación y funcionamiento adecuado del CN y optimizarlos.
- Definir y coordinar las vías de derivación y transferencia.
- Garantizar la continuidad asistencial con Atención Primaria.
- Coordinar la formación inicial y continua, mentoría, y supervisión,
- Detectar problemas clínicos u organizativos y proponer soluciones.
- Monitorizar la seguridad clínica y la calidad asistencial.
- Garantizar sistemas de información coherentes, accesibles y comprensibles para mujeres y familias.
- Revisar y adaptar de forma continua los criterios, circuitos o protocolos asistenciales.

Composición recomendada:

- Matronas líderes del CN (núcleo central).
- Referentes clínicos: Un obstetra y un pediatra vinculados.
- Representantes de Atención Primaria (matronas AP).
- Otros perfiles según necesidades (anestesia, urgencias, asociación de madres a nivel local...).

El Equipo Avanzado tiene un papel clave en el proceso de transición hacia el modelo de CN. Ese proceso requiere una colaboración y una comunicación eficaz entre todas las partes implicadas: personal clínico (matronas del CN, de Atención Primaria y de la Unidad Obstétrica, obstetras, pediatras, enfermeras, TCAE, residentes), equipos de gestión y usuarias.

La inclusión de perspectivas diversas y la atención a las inquietudes de los distintos colectivos resulta esencial para la sostenibilidad del proyecto. Es importante identificar desde el inicio los temas complejos o potencialmente conflictivos y abordarlos de manera proactiva.

A medida que el proyecto avance, es previsible que se incorporen nuevas partes interesadas al Equipo Avanzado. Este equipo deberá reunirse de forma periódica, al menos una vez al mes, y también de manera extraordinaria cuando se presenten temas urgentes. El/la Director/a del proyecto será el encargado de coordinar las convocatorias, elaborar y distribuir las órdenes del día, y redactar y compartir las actas y los listados de acciones, asegurando así una comunicación fluida y una coordinación eficaz.

Las competencias y principios de la gestión de proyectos son las herramientas clave necesarias para gestionar y supervisar los procesos de cambio.

4.1.4. Equipo Consultor

De forma complementaria, se constituirá un **Equipo Consultor de guardia**, con un rol específicamente resolutorio y capacidad de respuesta inmediata.

Función principal: Valorar situaciones clínicas que requieran una evaluación individualizada.

Responsabilidades:

- Valorar casos de riesgo intermedio o situaciones clínicas que requieran una interpretación más personalizada.
- Resolver dudas o incidentes que se aparten de las guías establecidas.
- Emitir recomendaciones claras, coherentes y alineadas con los estándares del CN.
- Ofrecer apoyo a las matronas en la toma de decisiones clínicas complejas.
- Registrar y documentar las incidencias o decisiones adoptadas al Equipo Avanzado.
- Identificar patrones recurrentes que puedan sugerir la necesidad de revisar criterios, circuitos o protocolos asistenciales.

Composición recomendada:

- **Una matrona experta**, con conocimiento avanzado de los criterios clínicos del CN y del modelo de atención liderado por matronas.
- **Un obstetra referente**, preferentemente con experiencia o formación en atención fisiológica al parto y con conocimiento del modelo de CN.
- **Un pediatra o neonatólogo referente**, responsable de la valoración de la seguridad neonatal en casos que lo requieran.

Se recomienda que el Equipo Consultor esté integrado por profesionales con capacidad de resolución clínica inmediata y experiencia en la gestión de casos complejos dentro del modelo de atención liderado por matronas.

Cuando sea posible, sería interesante que los miembros del Equipo Consultor estén también representados en el Equipo Avanzado para asegurar coherencia y continuidad entre ambos equipos de gobernanza clínica.

4.2 Dirección del Proyecto (matrona responsable)

El/la Director/a del Proyecto es una figura clave para garantizar la coherencia, coordinación y sostenibilidad del proceso de implementación de un CN. Debe ser una matrona con experiencia en liderazgo, capacidad de gestión y conocimiento profundo del modelo asistencial, actuando como nexo operativo entre la visión estratégica, el equipo clínico y la dirección institucional.

Función principal: Coordinar todos los requisitos necesarios para la puesta en marcha del CN, asegurando una implementación ágil, segura y alineada con los objetivos del proyecto.

Responsabilidades:

- Coordinar el Equipo de Gestión, el Equipo Avanzado Multiprofesional y el

Equipo Consultor, pudiendo delegar su participación en alguno de ellos cuando sea necesario.

- Asegurar que el proyecto avance conforme al plan estratégico y a los estándares de calidad y seguridad.
- Facilitar la comunicación entre los diferentes niveles del organigrama del CN.
- Supervisar la ejecución del cronograma y la gestión de recursos asociados al proyecto.

Dada la complejidad del proceso, se recomienda que esta figura trabaje a dedicación completa, lo que facilita una toma de decisiones oportuna, evita retrasos que puedan desmotivar al equipo y reduce riesgos y sobrecostos.

Para desempeñar eficazmente este rol, el/la Director/a del Proyecto debe contar con:

- Acceso a un espacio de trabajo protegido, recursos informáticos y a los servicios necesarios tanto del ámbito hospitalario como de Atención Primaria.
- Flexibilidad horaria para adaptarse a las necesidades del proyecto, especialmente si compagina funciones asistenciales.
- Un equipo propio claramente identificado, que permita la delegación de tareas y la participación de múltiples agentes de cambio.

La institución debe reconocer formalmente este rol y facilitar los medios necesarios para su desempeño, incluida la compensación horaria cuando proceda.

4.3 Gestión económica del proyecto

La viabilidad de un CN depende de una planificación económica que garantice recursos suficientes para su implantación y sostenibilidad. Aunque la financiación de un proyecto puede ser pública, privada o mixta, se considera preferente la financiación pública por su mayor coherencia con los valores definidos en los estándares europeos de Centros de Nacimiento y debe contar con una autoridad ejecutiva responsable de la gestión económica con capacidad para planificar, ejecutar y supervisar el presupuesto asignado al proyecto.

Esta figura se encargará de identificar y articular estrategias de financiación con las distintas entidades implicadas, asegurando los recursos necesarios para la infraestructura, equipamiento, personal, suministros y actividades formativas. Su implicación activa y su alineación con los objetivos del proyecto son esenciales para evitar retrasos y garantizar un uso eficiente de los recursos.

Es importante tener una coordinación estrecha entre el/la director/a del proyecto y el/la gestor/a económico/a. Deben ponerse de acuerdo sobre:

- El cronograma de implementación con sus hitos y necesidades financieras asociadas.
- Los canales y la frecuencia de comunicación que permitan un seguimiento continuo del avance.
- Los objetivos compartidos, asegurando coherencia entre la planificación clínica y la financiera.
- La búsqueda y consolidación de apoyos institucionales, incorporando a otros gestores o líderes estatales que apoyen el proyecto.

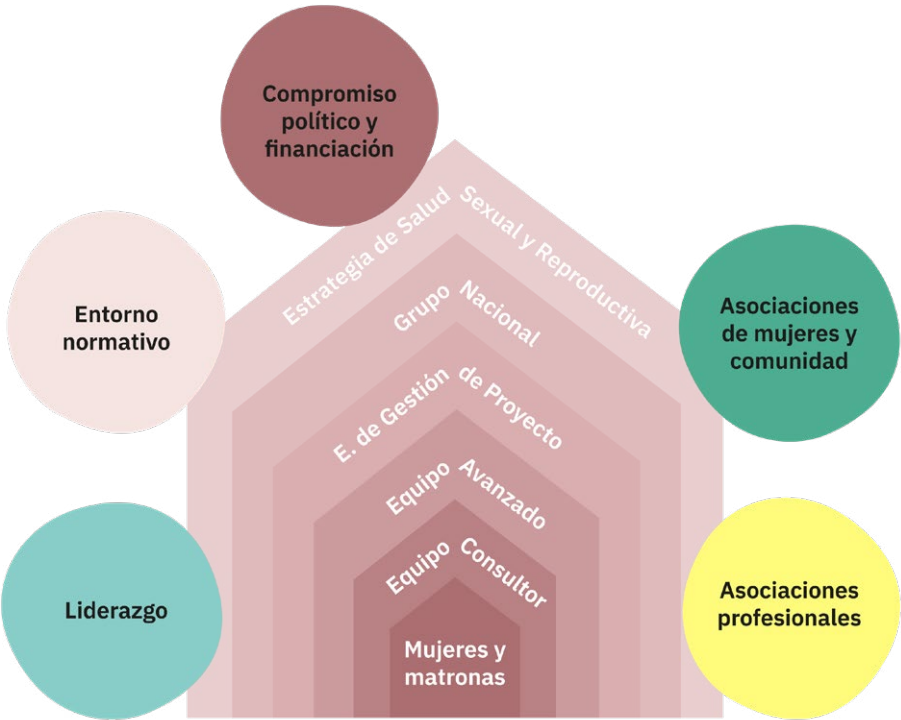


Figura 1. Propuesta de estructura organizativa de la implementación de los CN integrada en la Estrategia de Salud Sexual y Reproductiva. Elaboración propia

5. ORGANIGRAMA

Tras definir la estructura de gobernanza y los equipos responsables de coordinar la implementación del Centro de Nacimiento (CN), resulta necesario representar de manera clara cómo se articulan estos niveles relacionales. Para ello, el organigrama constituye una herramienta esencial.

A continuación, se detalla la importancia de esta herramienta y se presenta una propuesta orientativa para apoyar al equipo directivo y al liderazgo del proyecto.

5.1 Importancia del Organigrama en los Centros de Nacimiento

Contar con un organigrama claro y bien estructurado es fundamental para comprender el funcionamiento de una institución sanitaria, especialmente al implementar un modelo innovador como el de los Centros de Nacimiento (CN). Este instrumento permite identificar y diferenciar los niveles operativos, estratégicos y clínicos, así como entender cómo se relacionan las distintas partes interesadas dentro de la organización.

Si bien el organigrama debe reflejar las estructuras jerárquicas necesarias para el funcionamiento operativo, su diseño debe también favorecer relaciones horizontales entre los distintos niveles y áreas (dirección, responsables clínicos, gestión, etc.). Esta red de colaboración transversal es clave para alinear a todos los actores con la visión y los objetivos específicos del proyecto CN, fomentando una cultura de corresponsabilidad, diálogo y toma de decisiones compartida.

Además, el organigrama debe contemplar la identificación de personas clave tanto dentro de la institución como en su entorno inmediato: profesionales con poder de decisión, referentes clínicos, responsables de coordinación interinstitucional o líderes de opinión en la comunidad. Reconocer estas figuras permite trazar relaciones estratégicas que faciliten la integración del CN en el ecosistema sanitario y comunitario, asegurando su sostenibilidad y efectividad.

A continuación, se presenta un ejemplo de organigrama que puede servir de guía al responsable del proyecto para visualizar el alcance de las relaciones a gestionar, así como para proponer una estructura organizativa que promueva:

- La autonomía operativa de los CN.
- La coherencia con su modelo asistencial centrado en la mujer.
- La optimización de recursos y flujos de trabajo.
- La coordinación fluida entre niveles asistenciales (hospitalario y comunitario).

Disponer de un organigrama funcional no es solo una herramienta administrativa, sino una clave estratégica para implicar a todos los responsables en garantizar el éxito del modelo de atención que representan los Centros de Nacimiento.

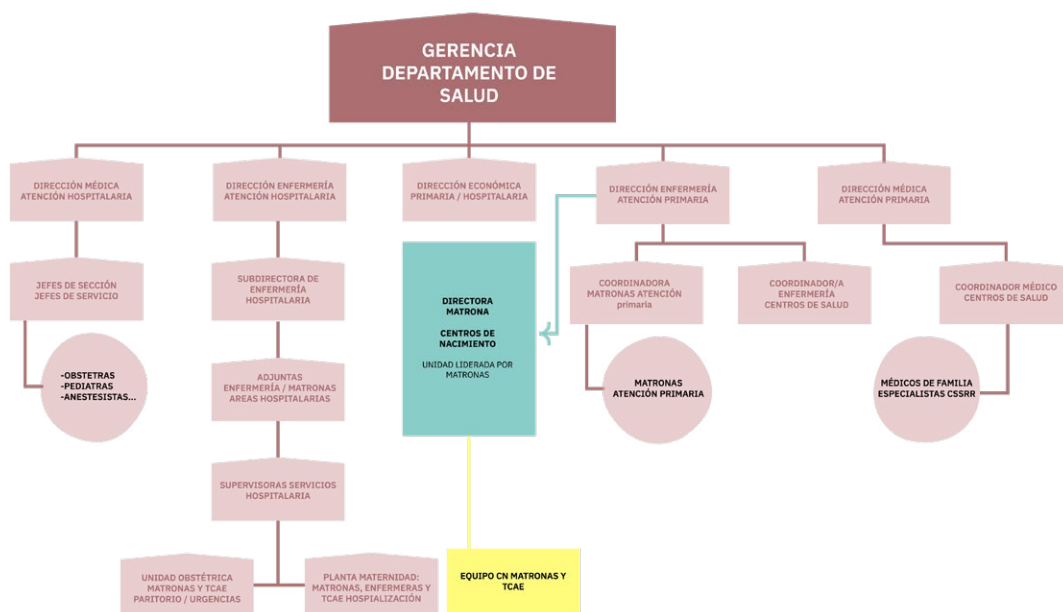


Figura 2. Propuesta de organigrama donde se valoran las opciones de dependencia de los Centros de Nacimiento en nuestro sistema.Fte. Elaboración propia

5.2 Modelo de Gestión para los Centros de Nacimiento: Propuesta de Dependencia Orgánica desde Atención Primaria

La implementación de los Centros de Nacimiento (CN) requiere un modelo de gestión que combine autonomía organizativa con una coordinación efectiva entre niveles asistenciales. En el contexto de nuestro sistema sanitario, los CN representarían un modelo híbrido, ya que integran elementos propios tanto de la Atención Primaria como de la Atención Especializada.

Desde el enfoque de Atención Primaria, los CN comparten principios fundamentales como:

- El modelo de consulta centrado en la mujer y su familia.
- La educación para la salud.
- La participación comunitaria.
- La continuidad de cuidados durante el embarazo, parto y puerperio.

Al mismo tiempo, presentan componentes propios de la Atención Especializada, como:

- Cobertura asistencial 24 horas.
- Realización de guardias por parte del personal clínico.
- Gestión de urgencias obstétricas de baja complejidad.
- Necesidad de derivación ágil a servicios hospitalarios en caso de complicaciones (Unidad Obstétrica, quirófano, planta de hospitalización...).
- Acceso a recursos hospitalarios (laboratorio, cocina, lencería, etc.) en situaciones puntuales.

- Asistencia al parto y puerperio.
- Asistencia y vigilancia del recién nacido/a.

Pese a esta doble dimensión, la filosofía asistencial del modelo biopsicosocial que subyace a los CN —centrada en la autonomía de la mujer, la humanización del parto y el respeto a los procesos fisiológicos— encaja más plenamente con los principios rectores de la Atención Primaria que con la lógica predominantemente biomédica de la Atención Especializada.

Por ello, se propone que los Centros de Nacimiento, aunque mantengan una estrecha colaboración con el ámbito hospitalario, dependan orgánicamente de la Dirección de Atención Primaria. Esta dependencia permitiría:

- Preservar la coherencia con el modelo comunitario, preventivo y centrado en la persona.
- Asegurar una mayor continuidad asistencial entre el seguimiento del embarazo en Atención Primaria y el parto en el CN.
- Facilitar la integración del CN como dispositivo avanzado de atención primaria, con capacidad operativa, recursos propios y autonomía para gestionar sus procesos.

Para garantizar una implantación adecuada, es esencial definir claramente las líneas de información, liderazgo y gobernanza de este nuevo modelo asistencial. Ello implica diseñar una estructura organizativa clara (organigrama y relaciones funcionales) y contar con el respaldo de las políticas sanitarias tanto autonómicas como estatales para asegurar una base normativa común que evite ambigüedades y solapamientos.

En definitiva, una gestión centrada en Atención Primaria, con capacidad de coordinación efectiva con Atención Especializada, permitirá que los Centros de Nacimiento operen con la autonomía, flexibilidad y enfoque personalizado necesarios para cumplir con su misión asistencial.

6. DIRECTOR/A DEL PROYECTO: ROL ESTRATÉGICO DENTRO DE LA ESTRUCTURA ORGANIZATIVA

El/la Director/a del Proyecto, ya descrito en el apartado 4.2 de gobernanza como responsable de coordinar e impulsar la implementación del CN, desempeña además un papel estratégico dentro de la estructura organizativa.

6.1 Liderazgo, participación y comunicación

El liderazgo de la figura de Director/a de Proyecto es esencial para asegurar la coherencia entre los distintos niveles operativos y para mantener una comunicación fluida y transparente tanto con la dirección institucional como con los profesionales clínicos, especialmente los de la Unidad Obstétrica y Pediatría. Una comunicación efectiva favorece la confianza, facilita el intercambio de información y permite abordar de forma constructiva cualquier experiencia no deseable que pueda surgir durante la implementación del modelo.

La experiencia demuestra que los profesionales implicados, tanto de forma directa como indirecta, valoran positivamente ser incluidos desde las fases iniciales de diseño del proyecto. Su participación temprana fortalece el sentido de pertenencia y mejora la comprensión de los objetivos del CN.

Un elemento clave para lograr una colaboración eficaz entre el colectivo médico (obstetras y pediatras) y las matronas es establecer un compromiso claro para garantizar la formación e información cruzada sobre funciones, responsabilidades y competencias de cada grupo profesional. En este sentido, es imprescindible definir con claridad:

- Los ámbitos de actuación de cada perfil profesional (ver capítulo 3)
- Directrices claras sobre el papel del personal médico en el contexto de un CN (ver capítulo 11 y 12).
- Guías y protocolos detallados de inclusión, exclusión, alta y transferencia de cuidados (ver capítulo 11 y 12).

La experiencia muestra que los profesionales demandan:

- Oportunidades para clarificar roles y responsabilidades.
- Espacios de comunicación eficaces mediante reuniones periódicas y estructuradas.
- Instrucciones operativas claras que eviten ambigüedades en la práctica asistencial.

6.2 Relación con el equipo médico y otros actores clave

Una relación sólida y respetuosa entre el Director del Proyecto y el equipo médico no solo facilita el desarrollo inicial del proyecto, sino que sienta las bases para una atención multidisciplinar sostenible y de alta calidad (12).

Una acción clave en esta línea es identificar a referentes médicos, preferiblemente un Obstetra y un Pediatra con influencia y liderazgo dentro del entorno hospitalario, que puedan actuar como defensores del proyecto CN. Su apoyo permitirá:

- Implicar de forma progresiva al resto del personal médico.
- Favorecer la aceptación institucional del modelo.
- Servir como puente entre la comunidad médica y la dirección del proyecto.

Los referentes designados colaborarán con la dirección del proyecto en:

- Recoger y canalizar inquietudes del colectivo médico.
- Validar protocolos y circuitos asistenciales.
- Acordar criterios de inclusión, exclusión y transferencia.
- Participar en la evaluación de riesgos clínicos.
- Actuar como interlocutores técnicos entre Maternidad, Pediatría y la dirección del proyecto del CN.
- Fomentar una cultura de respeto y colaboración interprofesional.
- Identificar necesidades y proponer soluciones que se tratarán en el marco del Equipo Avanzado Multiprofesional.

Cuanto antes se establezca la colaboración, más sólidas serán las bases de confianza mutua y mayor será la integración del equipo médico en el desarrollo del CN. Una vez consolidada la relación, se recomienda un conjunto de acciones concretas para fortalecer la implicación del resto del equipo médico:

- Asistir a reuniones del departamento de obstetricia y pediatría, con el objetivo de informar y contextualizar el modelo de CN.

- Exponer claramente las ventajas clínicas del modelo de continuidad asistencial, así como los beneficios en seguridad, calidad y experiencia de la mujer.
- Invitar a representantes obstetras y pediatras identificados a formar parte del equipo de gestión del proyecto del CN.
- Describir en el plan operativo la estructura de gobernanza, líneas jerárquicas, roles clínicos y protocolos de calidad, destacando cómo el equipo médico se integra funcionalmente en el modelo del CN, respetando la autonomía y liderazgo de las matronas.
- Enviar actualizaciones periódicas por correo electrónico a obstetras y pediatras, manteniéndolos informados de avances, decisiones y cambios relevantes.
- Reconocer abierta y honestamente los cambios asistenciales que puedan afectar al servicio médico, fomentando un espacio respetuoso para plantear dudas o necesidades.
- Ofrecer la posibilidad de revisar documentos clave, como el plan operativo o los protocolos de evaluación de riesgos.
- Incluir al personal médico en el análisis de riesgos, invitándolos a participar activamente en su diseño y revisión.
- Garantizar la disponibilidad del Director del Proyecto para mantener reuniones informativas con el personal médico, resolver dudas y clarificar el alcance del nuevo modelo.

Estas medidas no solo favorecen la participación efectiva del equipo médico, sino que además refuerzan una cultura organizativa basada en la transparencia, la corresponsabilidad y la excelencia clínica.

Asimismo, es esencial consolidar la relación entre el CN y la estructura de Atención Primaria, reconociendo el papel crucial de los recursos comunitarios y, en particular las matronas, para garantizar la continuidad asistencial. Su implicación activa fortalece la conexión entre el seguimiento prenatal, el parto y el puerperio, ofreciendo un enfoque integral centrado en la mujer y su entorno.

7. INCLUSIÓN Y REPRESENTACIÓN DE USUARIAS Y COMUNIDAD LOCAL

La planificación e implementación de un Centro de Nacimiento debe fundamentarse en un enfoque participativo que integre activamente a las mujeres y a los distintos actores de la comunidad. Para ello, es esencial definir y aplicar mecanismos formales de participación que incluyan procesos de supervisión y evaluación, garantizando así una implicación sostenida y significativa a lo largo del tiempo. Estos mecanismos deben estar integrados dentro de la estructura del sistema sanitario, favoreciendo una gobernanza más inclusiva y representativa.

La comunidad local debe ser entendida como el conjunto de asociaciones, colectivos y entidades que trabajan por la salud y el bienestar de las mujeres y de las familias dentro del ámbito territorial del centro. Estas organizaciones representan una parte fundamental de la sociedad civil y su participación goza de gran legitimidad dentro de los procesos de planificación y gestión sanitaria.

Además de las asociaciones comunitarias, es crucial incorporar a las asociaciones profesionales y otros grupos de interés, ya que su apoyo o resistencia puede influir decisivamente en la transición hacia modelos de atención liderados por matronas (10). En este contexto, la voz de las usuarias tiene un poder transformador, siendo clave para impulsar reformas en los servicios de maternidad (11).

Para identificar adecuadamente las necesidades de la población diana, es recomendable realizar estudios mixtos, como grupos focales y encuestas, que permitan explorar tanto las expectativas como las barreras percibidas en torno a la atención al parto. Este conocimiento puede impactar en múltiples dimensiones del proyecto, desde la identidad visual del centro hasta la definición de sus servicios y espacios (ver capítulo 15 Parte II).

La participación activa de mujeres y comunidades desde las etapas iniciales del diseño del CN garantiza una colaboración real entre las usuarias y el sistema de salud. Asimismo, el trabajo conjunto con iniciativas de movilización comunitaria resulta fundamental para favorecer la aceptación e integración de modelos asistenciales basados en la fisiología del parto y en el respeto a las decisiones de las mujeres.

Por tanto, se recomienda que su participación además de la Estrategia nacional o regional, esté integrada en todos los equipos, incluido el Equipo Avanzado del CN.

Finalmente, la planificación de estos servicios debe considerar variables contextuales clave, como la evolución demográfica, los cambios sociales a corto y medio plazo, la percepción pública del sistema sanitario, y otros elementos propios de la región o comunidad en la que se ubique el CN.

Favorecer la accesibilidad a las mujeres y a la comunidad implica ofrecer una información pública y un Equipo de Gestión que promueva la cocreación comunitaria y facilite el acceso equitativo a la asistencia sanitaria. La estrategia como “Centro abierto”, contribuye a reforzar el compromiso de la comunidad mediante la participación ciudadana en la toma de decisiones y proporcionando información clara y accesible sobre servicios, recursos y política. Se cultivan fuertes conexiones con la comunidad mediante visitas guiadas al CN y al hospital, al desarrollo colaborativo de los planes de parto y la promoción de buenas prácticas a través de redes sociales y locales.

8. RECURSOS HUMANOS

Para que el modelo organizativo del Centro de Nacimiento funcione de manera segura y coherente con su filosofía asistencial, es imprescindible contar con una dotación de personal adecuada. En esta sección se presentan los aspectos clave para organizar los recursos humanos.

8.1 Dotación personal

Debe considerarse la dotación adecuada de personal para cubrir la atención continuada y el acompañamiento durante el parto garantizando que cada mujer cuente con una matrona a su lado (*one to one*) a lo largo del proceso. No obstan-

te, en el momento del nacimiento es necesaria la presencia simultánea de dos matronas o más, según la carga de trabajo, tanto para atender de forma segura a la mujer y al recién nacido como para actuar de manera precoz ante posibles complicaciones. Por este motivo, en un Centro de Nacimiento debe haber al menos dos matronas en cada turno, lo que también garantiza una transferencia segura y eficaz a la Unidad Obstétrica cuando sea necesario.

La dotación de personal debe planificarse en función de la cartera de servicios del Centro de Nacimiento, y no únicamente del número de partos atendidos. Esto implica disponer de profesionales suficientes y con la sensibilidad y el conocimiento adecuados para cubrir todas las áreas de actividad del CN incluyendo:

- Consultas prenatales, asesoramiento en lactancia y control puerperal.
- Atención a urgencias, asistencia al parto y al posparto inmediato.
- Acompañamiento en las salas de parto y posparto durante las primeras 24 horas.
- Educación maternal y otras actividades de educación para la salud que puedan realizarse en este entorno.

Además de la dotación estrictamente asistencial, es necesario contemplar otras actividades esenciales para el buen funcionamiento del CN, como la formación de otros profesionales, la realización de sesiones clínicas y reuniones de trabajo, la formación continuada del personal, y el mantenimiento y revisión del equipamiento para garantizar la seguridad.

8.2 La turnicidad y cobertura asistencial

La atención a la consulta puede organizarse en turnos de mañana o tarde (7 h), mientras que el acompañamiento al nacimiento requiere turnos de al menos 12-17 h, para realizar una cobertura lo más personalizada posible.

Es importante dimensionar la plantilla necesaria para garantizar la cobertura 24 horas del Centro de Nacimiento. Debe quedar reflejado el alcance de esta asistencia, así como las prestaciones que cubre el CN para poder dotar de la cantidad óptima de profesionales para cubrir las tareas de forma efectiva, segura y adecuada tanto para las mujeres usuarias como para las propias matronas.

La planificación debe realizarse en coordinación con el departamento de Recursos humanos, de modo que el plan operativo respete la normativa local y estatal en materia de contratación y organización del trabajo.

8.3 Elementos clave para la planificación de personal en un CN

Para planificar adecuadamente la dotación del personal en un CN es fundamental tener en cuenta varios aspectos organizativos, asistenciales y estratégicos. A continuación, se detallan los elementos clave a considerar:

Modelo asistencial y filosofía del CN. El enfoque biopsicosocial y centrado en la mujer, la atención basada en la promoción de la fisiología y la mínima intervención y la mayor autonomía de las matronas en la atención a la mujer deben considerarse ya que supone una mayor continuidad, una mayor presencia y por

lo tanto mayor tiempo asistencial de la matrona con la mujer y su familia. Este enfoque condiciona una mayor dotación de matronas que en la unidad obstétrica por proceso asistencial.

Cartera de servicios y alcance del CN. Debe considerarse la cartera de servicios ya que puede ser distinta de un centro a otro y este aspecto también condiciona la atención. Así pues, la planificación debe responder a:

- ¿Desde qué semana gestacional se atiende en consulta a las mujeres?
- ¿Se realiza educación grupal a la maternidad/paternidad o sesiones individuales?
- ¿Qué actividades se llevan a cabo en la atención prenatal?: Consultas, yoga, ejercicio físico, talleres...
- ¿Qué actividades se llevan a cabo en la atención posnatal?: Consultas, visitas domiciliarias, rehabilitación del suelo pélvico, ejercicio físico, asesoramiento de la lactancia, consulta especializada de lactancia....
- ¿Hay habitaciones posparto?. ¿Cuánto tiempo están las mujeres y familias en el posparto?

Cobertura por turnos y previsión de actividad. Esta consideración debe responder a:

- ¿Cuántas matronas por turno son necesarias para atender con seguridad?
- ¿Existe una previsión de algún pico asistencial que suponga un extra relevante en la actividad?
- ¿Cómo se asegura la cobertura cuando existe este pico asistencial?

Ubicación y estructura física. Si el CN está ubicado dentro del recinto de un hospital puede compartir algunos recursos (administrativos, celadores, personal de limpieza...), en el caso que el CN sea una unidad independiente y separada que precisa vehículo para la transferencia (FUM) ya precisa de una consideración diferente en la dotación de personal.

8.4 Roles profesionales necesarios:

Matronas del CN:

- Equipo de matronas específico del CN.
- Turnos presenciales que cubran 24 h. al día los 7 días a la semana en la atención al nacimiento por seguridad.
- Atención *one to one*.
- Siempre han de haber como mínimo 2 matronas durante el nacimiento para garantizar la seguridad, atender complicaciones de forma precoz y asegurar una transferencia adecuada cuando sea necesario.
- Además de los nacimientos, deben atender urgencias, parto, posparto y al recién nacido/a.

Matronas de apoyo:

- Para atención a consulta prenatal programada, visitas puerperales, asistencia en las habitaciones posparto, realización de talleres y sesiones grupales...
- Este personal puede pertenecer al CN, Atención Primaria o Atención Hos-

pitalaria.

- Considerar toda esta actividad y planificar la dotación según franja asistencial.
- Planificar priorizando continuidad de cuidados y a ser posible cuidador.

TCAE:

- Personal de apoyo en el CN de presencia física.

Obstetra y Pediatra

- Consultor clínico y disponible para derivación o transferencia urgente cuando se precise.
- Deben estar integrados en los circuitos clínicos del CN.

Celador/a:

- Personal de apoyo en transferencias, transporte de muestras y otras necesidades logísticas.

Otro personal opcional:

- Según la cartera de servicios pueden intervenir puntualmente otros profesionales que puedan aportar al cuidado de las mujeres en situaciones especiales: psicólogos perinatales, especialista en suelo pélvico, trabajadora social....

Director/a del CN:

- Combina funciones asistenciales y de gestión clínica y organizativa.

Otro personal no asistencial y/o de apoyo:

- Documentalista, administrativos y personal de suministros, personal de limpieza, mantenimiento.

8.5 Consideraciones adicionales

A la hora de definir la dotación final de profesionales en un Centro de Nacimiento, deben tenerse en cuenta los siguientes aspectos adicionales:

Sustituciones, descansos, permisos y formación continuada deben integrarse en el cálculo de plantilla, para asegurar la cobertura asistencial sin sobrecargar al equipo.

Perfil profesional de las matronas: es esencial contar con matronas con formación específica en fisiología del parto, manejo de urgencias y emergencias obstétricas, y experiencia en entornos de baja intervención. La calidad y seguridad asistencial dependen directamente de estas competencias.

Composición equilibrada de los turnos:

- No debe programarse un turno con dos matronas inexpertas o sin la capacitación adecuada para asumir las responsabilidades del CN.
- En cada turno debe garantizarse la presencia de al menos una matrona con experiencia consolidada, que actúe como referente clínico y supervise la práctica de profesionales más jóvenes.
- Este modelo favorece un modelo de acompañamiento profesional progre-

sivo y aprendizaje continuo, sin comprometer la seguridad ni la autonomía asistencial del CN.

Promover la participación por parte de personal de Atención Primaria y Atención Hospitalaria: Integrar en la actividad asistencial del CN a matronas de ambos ámbitos facilita:

- la coordinación entre servicios
- el crecimiento profesional
- la viabilidad a largo plazo del modelo.

Diseño de un equipo cohesionado y alineado con el modelo del CN: Además de dimensionar el número de profesionales, es fundamental estructurar un equipo estable, con roles claros y circuitos definidos. Aunque la matrona es la figura asistencial principal, requiere un entorno organizado y apoyado por otros profesionales y servicios para garantizar una atención segura y eficiente.

8.6 Consideraciones sobre la contratación

La contratación del personal para el Centro de Nacimiento debe contemplar no solo la incorporación inicial, sino también la retención a medio y largo plazo tanto de matronas como de TCAE, ya que la estabilidad del equipo es un elemento clave para el buen funcionamiento del CN.

Para ello, es importante considerar:

- **Claridad en las competencias, funciones y ámbito de práctica.** Una definición precisa de responsabilidades facilita la selección adecuada y evita ambigüedades laborales en el futuro.
- **Oportunidades de desarrollo profesional continuo,** alineadas con el modelo asistencial del CN.
- **Capacidad para el trabajo en equipo y habilidades de comunicación,** esenciales en un entorno donde la colaboración es un pilar del modelo.

La **selección de candidatos** debe valorar la experiencia, la formación y la motivación para trabajar en un entorno de baja intervención. Es recomendable:

- Realizar entrevistas que integren la evaluación de competencias técnicas y actitudinales.
- Ofrecer formación específica cuando se requiera (p. ej., atención en el parto en agua, educación grupal, técnicas de sutura, emergencias obstétricas y neonatales).
- Prever un periodo de acompañamiento y apoyo por parte de matronas y TCAE expertas, para facilitar la adaptación progresiva al CN.

Debe planificarse la **cobertura de bajas, vacaciones, permisos y formación,** asegurando la presencia de personal capacitado en todo momento. Es recomendable:

- Disponer de un grupo ampliado de matronas formadas en el modelo del CN, capaz de cubrir necesidades imprevistas.
- Favorecer rotaciones programadas que permitan a más profesionales adquirir experiencia en el CN y garantizar relevos adecuados sin comprometer la calidad del servicio.

El CN debe contar con un núcleo estable de matronas consolidadas y expertas, reconocidas en la estructura formal del centro y complementadas de forma continua por matronas de apoyo que vayan adquiriendo experiencia. La administración deberá adaptarse a este modelo, incluso en el ámbito público de contratación, para garantizar que el equipo mantenga de manera constante un equilibrio entre experiencia y renovación.

8.7 Diseñar un proceso de transición

El proceso de transición hacia la apertura del CN requiere una planificación estructurada y un acompañamiento operativo que facilite el paso desde la fase de diseño hasta el funcionamiento real del servicio. Este proceso debe contemplar:

- **Elaborar un calendario detallado** con actuaciones, responsables y plazos.
- **Integrar la participación comunitaria**, incluida la estrategia de comunicación y la información temprana a la población sobre el nuevo servicio.
- **Coordinarse con el equipo de infraestructuras** para asegurar que el espacio arquitectónico cumple los requisitos de un CN (ver capítulo 7,8,9,10).
- **La dotación necesaria de matronas y TCAE**, incluyendo contrataciones externas y apoyos internos.
- **Diseñar la planificación de turnos** que permita cubrir toda la cartera de servicios.
- **Programar jornadas de formación inicial**, revisión del plan operativo y espacios para resolver dudas con el equipo.
- **Garantizar la cobertura del equipo “núcleo” de matronas**, asegurando su estabilidad.
- **Involucrar desde el inicio a las matronas de Atención Primaria y al equipo obstétrico**, facilitando la información a las mujeres y la coordinación asistencial.
- **Contar con un listado provisional de matronas de apoyo**, para responder a necesidades puntuales durante las primeras semanas o meses.
- **Establecer un canal de comunicación 24 horas con el/la Director/a del Proyecto** para gestionar imprevistos urgentes. Es previsible que al inicio surjan más consultas, pero con la madurez y expertía del equipo poco a poco estas necesidades se van aminorando.
- Este proceso de transición es **temporal**, está orientado a asegurar el arranque ordenado del CN.

9. LIDERAZGO Y CULTURA DE SEGURIDAD

Además de la planificación de plantillas y la definición de los roles, la calidad del trabajo profesional en los Centros de Nacimiento depende en gran medida del estilo de liderazgo y de la cultura organizativa que se promueva. El liderazgo de las matronas y la consolidación de una cultura de seguridad positiva son pilares esenciales para consolidar equipos cohesionados y resilientes y un modelo asistencial sostenible y de calidad.

9.1 Liderazgo de las matronas

El liderazgo de las matronas es clave para apoyar la práctica profesional, liderar cambios innovadores e introducir modelos de atención que respondan a las necesidades de las mujeres y sus familias. Las matronas en posiciones de liderazgo tienen la oportunidad única para crear una cultura de apoyo y aprendizaje que garantice que el equipo esté preparado para el futuro, sea resistente y capaz de prestar una asistencia segura y de alta calidad centrada en la mujer.

9.2 ¿Por qué un liderazgo transformacional?

El liderazgo transformacional es un estilo de liderazgo centrado en la inspiración, la motivación y el desarrollo profesional de los equipos, más allá de la gestión de tareas o del cumplimiento técnico. En el ámbito de la matronería, este enfoque es especialmente relevante, ya que promueve una atención más humanizada, colaborativa y orientada al empoderamiento de las mujeres y del propio equipo profesional.

Este tipo de liderazgo se basa en cuatro pilares fundamentales:

1. **Inspiración y visión compartida:** el líder transformacional es capaz de comunicar una visión clara del modelo de atención (como el parto respetado o el modelo biopsicosocial) y alinear al equipo de matronas con esa filosofía.
2. **Estímulo intelectual:** fomenta la innovación, la reflexión crítica y la participación activa del equipo en la mejora continua, favoreciendo que las matronas cuestionen prácticas obsoletas y propongan soluciones creativas.
3. **Consideración individualizada:** reconoce las fortalezas, necesidades y aspiraciones de cada miembro del equipo, promoviendo su desarrollo profesional y bienestar emocional.
4. **Influencia idealizada:** actúa como un modelo ético y profesional, generando respeto, confianza y compromiso.

Este tipo de liderazgo:

- **Fortalece la autonomía de las matronas,** promoviendo entornos donde se reconoce su rol clínico como eje central en la atención al parto fisiológico.
- **Fomenta la cohesión interprofesional,** mejorando la colaboración con obstetras, pediatras y otros profesionales desde una base de respeto mutuo.
- **Potencia la mejora continua de la atención,** al estimular la innovación, la evaluación crítica de la práctica clínica y la implementación de modelos basados en evidencia.
- **Humaniza la gestión,** ya que el líder transformacional no solo gestiona recursos, sino que **inspira a través del ejemplo, acompaña y cuida** también a su equipo.
- **Promueve la sostenibilidad de modelos alternativos,** como los Centros de Nacimiento o la continuidad asistencial matrona-mujer, al generar compromiso y sentido de pertenencia.

En este contexto, el liderazgo transformacional constituye un enfoque especialmente adecuado para los Centros de Nacimiento, ya que favorece el compro-

miso, el desarrollo profesional y la creación de entornos asistenciales seguros y humanizados.

9.3 Cultura de seguridad positiva

La implementación de un CN requiere, además de liderazgo transformacional, consolidar una cultura de seguridad positiva, entendida como un clima organizativo en el que el aprendizaje, la comunicación abierta y la revisión continua de la práctica clínica son pilares fundamentales. Esta cultura refuerza la confianza entre profesionales, disminuye el riesgo de eventos adversos y sostiene la autonomía clínica de las matronas

Las organizaciones que desarrollan **culturas de seguridad positivas** comparten una serie de características fundamentales que sostienen la mejora continua y la prevención de riesgos:

- Liderazgo fuerte y comprometido, que sitúa la seguridad y el bienestar de las usuarias y profesionales como un valor central.
- Apoyo institucional en todos los niveles, donde la seguridad se reconoce como una prioridad estratégica, no solo operativa.
- Equipos motivados y comprometidos, dispuestos a participar activamente en iniciativas de calidad y mejora asistencial.
- Conciencia organizacional sobre la posibilidad de error, con una actitud madura que entiende que los errores pueden ocurrir y deben abordarse sin ocultamiento ni culpabilización.
- Capacidad para identificar, responder e informar sobre incidentes y eventos adversos, dentro de un entorno que fomente el aprendizaje colectivo.

Los responsables clínicos y los gestores de servicios de maternidad deben ayudar a poner en práctica y reforzar las buenas prácticas clínicas y un “buen gobierno” para que se apliquen a diario. Velarán para que se evalúe el rendimiento de las personas, los equipos y los servicios, desde la perspectiva de la rendición de cuentas y el aprendizaje.

El Equipo Avanzado Multidisciplinar abordará frecuentemente la gestión de riesgos, las prácticas asistenciales y los casos a comentar que precisen de planes de cuidados individuales con una valoración conjunta, fomentando el apoyo entre profesionales y la motivación del equipo.

10. PRESTACIONES DE UN CENTRO DE NACIMIENTO

Una vez definidos los elementos organizativos, el liderazgo profesional y la cultura de seguridad que sustentan el funcionamiento de un Centro de Nacimiento (CN), resulta necesario concretar qué servicios ofrece este modelo asistencial

El siguiente apartado describe las prestaciones que ofrecen los Centros de Nacimiento, y que permiten materializar en la práctica los principios previamente desarrollados.

A continuación, se describen las prestaciones básicas de un Centro de Nacimiento:

- **Atención integral** con un enfoque biopsicosocial, respetuosa con la autonomía, dignidad y participación informada de las mujeres, minimizando intervenciones y promoviendo los procesos fisiológicos del embarazo, parto y posparto.
- Atención que **promueve la autonomía de las mujeres**, la promoción activa de la salud y el bienestar y que incorpora estrategias de prevención, como la educación para la salud.
- **Asistencia prenatal, intraparto y posnatal** para gestantes con embarazos de baja complejidad, garantizando una relación estrecha y de continuidad asistencial con las matronas responsables del cuidado durante todo el proceso. Se apoyan habilidades y prácticas que facilitan el embarazo, el parto fisiológico, el vínculo afectivo, la atención neonatal y la transición a la parentalidad.
- Servicio de **atención telefónica** disponible las 24 horas para las usuarias/os del Centro de Nacimiento.
- **Atención personalizada** y acceso a derivación y transferencia coordinada con la Unidad Obstétrica hospitalaria de referencia en caso de necesidad, manteniendo también un circuito de colaboración ágil con Atención Primaria para el seguimiento del puerperio tardío y la salud materno-infantil.
- **Entorno físico cuidado y acogedor**, diseñado para favorecer el confort, el bienestar y el desarrollo de un parto fisiológico.
- Flexibilidad para acoger a la familia **y fomentar su participación** durante todo el proceso.
- Compromiso con la **calidad asistencial**, mediante mecanismos de supervisión continua, auditorías internas, gestión de riesgos y sistemas de alerta que garanticen la seguridad de las mujeres y sus bebés.
- **Equipo asistencial actualizado** y en formación continua, con revisión periódica de guías y flujos asistenciales basadas en la mejor evidencia disponible.
- Filosofía de trabajo que incorpora políticas activas de igualdad, diversidad e inclusión como **valores esenciales**.
- **Participación activa de las mujeres y la comunidad** en la evaluación y mejora continua de la unidad, adaptando la oferta de servicios a las necesidades sociales detectadas.
- Oferta de **programas de educación prenatal** que promueven una maternidad y paternidad informadas y responsables. De forma complementaria, estos programas pueden incluir visitas guiadas al centro, talleres de parto activo, actividades para promover un acompañamiento más consciente por parte de la pareja o personas que elija la mujer, así como yoga, mindfulness u otras actividades complementarias.
- **Actividades grupales e individuales** dirigidas a mujeres y familias en el periodo posnatal, que pueden incluir talleres de recuperación del suelo pél-

vico, asesoría en anticoncepción, apoyo a la lactancia materna y crianza, masaje infantil.

- Ofrece una filosofía de trabajo comprometida con los objetivos que marca la **Iniciativa para la Humanización y la Asistencia al nacimiento y la lactancia** (IHAN-UNICEF) (12) garantizando la promoción y apoyo a la lactancia.
- **Oferta formativa para profesionales**, orientada a promover la calidad en la asistencia materna y neonatal.
- Servicios complementarios de promoción de salud sexual y reproductiva, ampliando el impacto del CN más allá del embarazo y el nacimiento.

Aunque estas son las prestaciones y la cartera de servicios que ofrece un Centro de Nacimiento, es importante señalar que su implementación beneficia también al conjunto del sistema sanitario. Más allá de su impacto directo en las mujeres que optan por estos centros, los CN actúan como **catalizadores de un cambio** cultural, promoviendo un modelo basado en la fisiología, el respeto y la humanización del nacimiento (13).

Este efecto de “contagio positivo” impulsa una mayor sensibilización y formación de los profesionales sanitarios, contribuyendo a mejorar la comprensión del impacto que la experiencia del nacimiento tiene en las mujeres y sus familias. Con el tiempo, esta influencia favorece un aumento global en la calidad y la humanización de la atención incluso en los contextos más medicalizados.

Por tanto, la implementación de Centros de Nacimiento no solo amplía la cartera de servicios disponibles y garantiza opciones seguras y de calidad para mujeres con embarazos de baja complejidad, sino que actúa como motor de transformación cultural dentro del sistema sanitario, reforzando la atención centrada en las necesidades, preferencias y derechos de las mujeres y sus familias.

11. BIBLIOGRAFÍA

1. Ley 14/1986, de 25 de abril, general de sanidad. Boletín Oficial del Estado. 1986;(102). [cited 2025 Nov 21]; Available from: <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-1986-10499>
2. Alcaraz-Vidal L, Ecuriet R, Palau-Costafreda R, Leon-Larios F, Robleda G. Midwife-attended planned home births versus planned hospital births in Spain: Maternal and neonatal outcomes. *Midwifery*. 2024 Sep;136:104101. doi: 10.1016/j.midw.2024.104101.
3. Renfrew MJ, McFadden A, Bastos MH, Campbell J, Channon AA, Cheung NF, et al. Midwifery and quality care: Findings from a new evidence-informed framework for maternal and newborn care. Vol. 384, *The Lancet*. Lancet Publishing Group; 2014. p. 1129–45.
4. Goodarzi B, Walker A, Holten L, Schoonmade L, Teunissen P, Schellevis F, et al. Towards a better understanding of risk selection in maternal and newborn care: A systematic scoping review. Vol. 15, *PLoS ONE*. Public Library of Science; 2020.
5. De Jonge A, Downe S, Page L, Devane D, Lindgren H, Klinkert J, et al. Value based maternal and newborn care requires alignment of adequate resources with high value activities. Vol. 19, *BMC Pregnancy and Childbirth*. BioMed Central; 2019. Nov 21;19(1):428. doi: 10.1186/s12884-019-2512-3.
6. Levels of Maternal Care. *Obstetrics & Gynecology*. 2019 Aug;134(2):e41–55. American College of Obstetricians and Gynecologists. Levels of maternal care. *Obstet Gynecol*. 2019 Aug;134(2):e41–55.
7. World Health Organization. Transitioning to midwifery models of care: global position paper

[Internet]. Geneva: World Health Organization; 2024 [cited 2025 Jul 1]. Available from: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/379236/9789240098268-eng.pdf>

8. Martín-Arribas A, Escuriet R, Borràs-Santos A, Vila-Candel R, González-Blázquez C. A comparison between midwifery and obstetric care at birth in Spain: Across-sectional study of perinatal outcomes. *Int J Nurs Stud*. 2022 Feb 1;126.
9. International Confederation of Midwives (2025) Policy Brief: Implementing Midwife-Led Birth Centres, The Hague: ICM. Mattison CA, Lavis JN, Wilson MG, Hutton EK, Dion ML. A critical interpretive synthesis of the roles of midwives in health systems. *Health Res Policy Syst*. 2020 Jul 8;18(1).
10. Mattison CA, Lavis JN, Wilson MG, Hutton EK, Dion ML. A critical interpretive synthesis of the roles of midwives in health systems. *Health Res Policy Syst*. 2020 Jul 8;18(1).
11. Prussing E, Browne G, Dowse E, Hartz D, Cummins A. Implementing midwifery continuity of care models in regional Australia: A constructivist grounded theory study. *Women and Birth*. 2023 Feb 1;36(1):99–107.
12. UNICEF; Organización Mundial de la Salud (OMS). Guía para la aplicación: protección, promoción y apoyo de la lactancia natural en los centros que prestan servicios de maternidad y neonatología: revisión de la iniciativa “Hospital Amigo del Niño”. Ginebra: OMS; 2018.
13. Palau-Costafreda R, García Gumiel S, Eles Velasco A, Jansana-Riera A, Orus-Covisa L, Hermina González J, et al. The first alongside midwifery unit in Spain: A retrospective cohort study of maternal and neonatal outcomes. *Birth*. 2023 Dec 1;50(4):1057–67.

Capítulo 7

Criterios arquitectónicos y de diseño para Centros de Nacimiento basados en la persona siguiendo el modelo CASIA



El entorno no debe solo ser seguro, sino también terapéutico.

- Martina Gutiérrez

Autoras/es: Juan Serra, Eva Álvarez, Marina Puyuelo, Javier Cortina, Mónica Val, Carlos Gómez, Ana Torres (Universitat Politècnica de València).

Imagen portada de capítulo: Primera sesión de iteración con las propuestas de diseño de las asistencias técnicas colaboradoras. En primer plano la propuesta de Sonia Rodríguez (Yanus Hub S.L.). Fotografía propia

151	1. ARQUITECTURA Y DISEÑOS QUE CUIDAN EN TRES ESCALAS: EDIFICIO, ESPACIOS INTERIORES Y PRODUCTO
152	2. UNA METODOLOGÍA DE INVESTIGACIÓN CENTRADA EN LAS PERSONAS
154	2.1. Fase de Análisis
155	2.2 Fase de Observación
156	2.3 Jornada de cocreación
157	2.4. Fase de concepto
159	2.5 Fase de diseño inicial
162	2.6 Diseño final
163	3. REQUERIMIENTOS SUBJETIVOS DE UN CENTRO DE NACIMIENTO
164	4. EL MODELO CASIA: CONFORT, APROPIACIÓN, SEGURIDAD, INTIMIDAD Y ACTIVACIÓN
166	5. CONCLUSIONES
167	6. BIBLIOGRAFÍA

1. ARQUITECTURA Y DISEÑOS QUE CUIDAN EN TRES ESCALAS: EDIFICIO, ESPACIOS INTERIORES Y PRODUCTO

Un Centro de Nacimiento debe ser concebido como una arquitectura que cuida de modo que además de dar respuesta a las necesidades exclusivamente funcionales y de seguridad, atienda a criterios de percepción subjetiva de los colectivos que lo utilizan (1). La arquitectura en todas sus escalas, referidas al edificio, espacios interiores y mobiliario, puede contribuir al bienestar no sólo de madres y recién nacidos, sino también del personal médico y asistencial. Sin embargo, son habituales los diseños finales que son adecuados para el uso asistencial al que están destinados en términos de eficacia, pero no resultan alineados con las necesidades de las usuarias, pues no se adaptan a sus necesidades subjetivas, tal y como reclaman algunos autores (2).

La experiencia de las mujeres durante el embarazo, el proceso del nacimiento y el periodo posnatal tiene gran impacto en sus vidas (3). Hay evidencias de que los factores relacionados con el entorno, que influyen subjetivamente en las mujeres, pueden reducir sus niveles de estrés y reducir el tiempo de duración de un parto normal, sin complicaciones (4). Por ello se recomienda que los Centros de Nacimiento se diseñen para facilitar un modelo biopsicosocial de cuidados (5–10) que reconoce el nacimiento como un proceso fisiológico con unas características socioculturales y psicológicas que le son inherentes (11). En este sentido, la arquitectura de un Centro de Nacimiento debe contribuir al cuidado holístico de la mujer, respaldando la inclusión, la igualdad de clases sociales y la diversidad cultural (12). En los entornos destinados al nacimiento esto se consigue mediante la adecuación específica de los espacios, unido a una atención de calidad por parte del personal asistencial (12).

A nivel metodológico, son muchos los estudios que proponen procesos de co-creación para diseñar adecuadamente la arquitectura relacionada con la salud de las personas. Son metodologías que se basan en la experiencia de las usuarias, y que proponen procesos de diseño participativos, que no sólo incluyan las voces de los especialistas en arquitectura (12). En estos procesos se ponen en común las opiniones de los principales usuarios, que son el personal sanitario y los pacientes (13), y la experiencia de los profesionales de la arquitectura y el diseño de interiores (14). En el caso de los entornos destinados al nacimiento, la literatura existente se basa en estudios en los que habitualmente participan madres y/o matronas, testando los espacios destinados al nacimiento (15–20).

Con este fin, el proyecto NAIKEM ha tenido como objetivo establecer criterios de diseño para la arquitectura de un Centro de Nacimiento normal, entendido como un pabellón contiguo e independiente a un hospital de referencia, de modo que se favorezca el bienestar de las usuarias sin comprometer los requisitos sanitarios exigidos para un espacio destinado al parto. Del conjunto de en-

tidades participantes, la Universitat Politècnica de València ha sido responsable de la definición de las características óptimas de la arquitectura de un Centro de Nacimiento, que se ha trabajado a 3 escalas: la del edificio y su relación con el entorno; la de los espacios interiores, con especial atención a la sala de nacimiento y la habitación posparto; y la escala de mobiliario, con particular atención al equipamiento de la sala de nacimiento y el diseño de una bañera obstétrica para parto en el agua. Por lo tanto, la definición de los estándares de diseño extraídos de este proyecto de investigación pretende servir de apoyo a los profesionales de la arquitectura y el diseño para abordar la construcción óptima de arquitecturas para el nacimiento normal trabajando a escala de edificio, espacios interiores y mobiliario.

2. UNA METODOLOGÍA DE INVESTIGACIÓN CENTRADA EN LAS PERSONAS

La metodología empleada ha sido la del diseño centrado en la persona (*HCD: Human Centered Design*)¹, ofreciendo soluciones arquitectónicas que han sido evaluadas por representantes de cada uno de los colectivos a quienes está destinado un Centro de Nacimiento, en un proceso iterativo estructurado en seis fases de desarrollo formal de la arquitectura: análisis, observación, co-creación, validación de pruebas de concepto, validación de diseños iniciales y validación de diseños finales (tabla 1). En sus distintas fases, las propuestas de diseño han sido desarrolladas de manera colaborativa por un equipo de profesionales arquitectos, diseñadores de interiores, diseño industrial y bellas artes, y han sido evaluadas por un colectivo de expertos independientes formado por matronas, madres con experiencia reciente en el parto natural, y arquitectos y diseñadores especialistas en entornos sanitarios. Las sesiones de validación de los diseños se desarrollaron por una entidad independiente, el Instituto de Biomecánica de Valencia (IBV), y estuvieron moderadas por una Doctora en Sociología y Antropología social.

La metodología empleada en el proyecto ha sido mixta: por un lado, un estudio cualitativo mediante entrevistas orientadas, estructuradas y no estructuradas, a un *focus group* formado por madres, matronas y profesionales de la arquitectura y el diseño interior; por otro lado, un estudio cuantitativo que ha consistido en el análisis espacial a través de material gráfico, maquetas y realidad virtual inmersiva, así como la realización de encuestas. La metodología ha incluido, además, una extensa revisión bibliográfica de los factores del diseño que influyen en el bienestar dentro de los espacios destinados al parto.

¹ El Diseño Centrado en el Ser Humano (HCD) es un método para resolver problemas en el diseño de sistemas informáticos interactivos, que incorpora la perspectiva humana en todo el proceso: observación del problema en el contexto, lluvia de ideas, conceptualización, desarrollo de conceptos, e implementación de la solución. Este método mejora la utilidad de las soluciones, su eficiencia, la satisfacción de los usuarios y su accesibilidad. ISO 9241-210:2019 Ergonomics of human-system interaction. Part 210: Human-centred design for interactive systems.

Tabla 1. Fases de desarrollo de la investigación
(elaboración propia).

	1. ANÁLISIS	2. FASE DE OBSERVACIÓN	3. CO-CREACIÓN	4. VALIDACIÓN CONCEPTUAL	5. VALIDACIÓN DEL DISEÑO INICIAL	6. VALIDACIÓN DEL DISEÑO FINAL
OBJETIVO	Identificar ejemplos de buenas prácticas Conocer la literatura científica en la materia Conocer los productos disponibles en el mercado Conocer la normativa y manuales existentes	Entender el proceso de atención al parto en sus distintas fases y los espacios en los que se desarrolla actualmente. Identificar necesidades de madres y matronas	Identificar expectativas, necesidades, deseos. Proponer soluciones formales en un proceso participativo.	Validar los aspectos funcionales referidos a dimensiones, superficies y organización funcional. Validar distintas geometrías a nivel de edificio, sala de nacimiento y habitación posparto Validar el diseño de bañeras obstétricas y mobiliario auxiliar con distintas geometrías iniciales Identificar las gamas de colores preferidas	Validación del desarrollo detallado del edificio según la geometría seleccionada en fase 1 Validación formal y disposición tridimensional de elementos interiores Validación visual de acabados interiores Validación del desarrollo de la bañera obstétrica Revisión de alternativas de diseño sin consenso en la fase anterior	Generar un diseño final que sirva como modelo para el desarrollo de Centros de Nacimiento a nivel de edificio, sala de nacimiento y habitación posparto. Validar los aspectos ergonómicos de un prototipo de bañera obstétrica a escala real. Detallar técnicamente los requisitos de manera pormenorizada
PARTICIPANTES	6 arquitectos y diseñadores	2 madres 4 matronas 3 arquitectos	8x 1 madre+ 1 matrona+ 1 arquitecto/a +2 estudiantes de arq.	6 madres 7 matronas 6 arquitectos	10 madres 6 matronas 5 arquitectos	2 matronas 2 madres 1 arquitecto 1 ingeniera
MATERIAL	Búsqueda bibliográfica en bases de datos y revistas de divulgación	Visita y entrevistas con profesionales del Hospital La Plana	Taller participativo en hospital con material de dibujo y modelado	Paneles impresos con información gráfica Maquetas de concepto Muestras de materiales y colores	Paneles impresos Maquetas de diseño inicial Realidad Virtual Inmersiva	Paneles impresos Maqueta de presentación de edificio Prototipo de bañera obstétrica Realidad Virtual Inmersiva

Desarrollo de Diseños Conceptuales
(4 meses)

Desarrollo de Diseños Iniciales
(5 meses)

Desarrollo del Diseño Final
(5 meses)

Desarrollo del Diseño Final II
(2 meses)

Esta metodología de trabajo permite situar a los colectivos de personas usuarias de un Centro de Nacimiento como verdaderas protagonistas del proceso de diseño y se alinea con la política europea para la transición ecológica de los entornos construidos conocida como *New European Bauhaus*, que promueve el desarrollo de arquitecturas *sostenibles, inclusivas y bonitas* (21). Considerando la sostenibilidad como un requisito ineludible de cualquier arquitectura, el proyecto NAIXEM incide sobre todo en las especificidades de los aspectos de inclusión y belleza a los que debe responder el diseño de Centros de Nacimiento.

2.1. Fase de Análisis

La investigación comienza con una primera fase de análisis de ejemplos de buenas prácticas publicados en revistas de arquitectura, con especial atención a los diseños de Herzog & de Meuron, Benedetta Tagliabue, Parra-Müller o Rafael Moneo². A este estudio de casos, que se refieren tanto a la escala de edificio como de espacios interiores, se suma una revisión bibliográfica, que permite recabar los estudios publicados en revistas de investigación relacionados con la influencia que ejerce el diseño arquitectónico de los entornos para el nacimiento sobre las mujeres que van a dar a luz. Son particularmente relevantes los trabajos de los investigadores de la *Global Birth Environment Design Network* (GBEDN) especializados en el estudio de espacios destinados al nacimiento³. Además, se recopila información técnica de la normativa y de las guías de referencia en el campo de la maternidad, publicadas por distintas entidades nacionales e internacionales, Ministerio de fomento (22), Ministerio de Sanidad y Política Social (23), Conselleria de Sanitat de la Comunidad Valenciana (24), *Midwifery Unit Network* (MUNet) (12), así como guías sobre diseño de entornos de nacimiento internacionales (25,26) y nacionales (27). La fase de análisis correspondiente al mobiliario y equipamientos de los Centros de Nacimiento incluyó un estudio de análisis de riesgos, así como de los requisitos de antropometría y ergonomía aplicables a los productos (bañera de partos y otros). También un análisis de los elementos muebles disponibles en el mercado y patentados: taburetes de parto, camas, sillón o sofá relax/ sillón de lactancia, elementos flexibles tipo cojines/ esterillas/ *fitball*, lianas/ rebozo, cunas *rooming-in*, mesas de exploración/ reanimación y carros médicos.

² Los proyectos estudiados han sido: Centro de Salud Sora No Mori de Tezuka Architects en Yaease (Japón, 2014), Centro de Maternidad Bukasakya de CAUKIN Studio en Mbale (Uganda, 2022), Centro de Maternidad Woldiya de Vilalta Studio en Weldiya, (Etiopía, 2017), Área de Espera de Maternidad de MASS Design Group en Kasungu (Malawi, 2015), Hospital de Maternidad Terra Alta Oberkirch de Dolmus Architekten en Oberkirch (Suiza, 2016), Shenzhen Bao'an District Maternal and Child Health Hospital de CAPOL en Shenzhen (China, 2015) y Unidad de Maternidad Anália Franco de Zanettini en Sao Paulo (Brasil). En el caso de España, algunos ejemplos de buenas prácticas en el campo de la arquitectura de la maternidad son la Casa Laietània en Badalona (Barcelona, 2021), y los proyectos desarrollados por la firma Parra-Müller: área de partos del Hospital 12 de Octubre (Madrid, 2022), área obstétrica del Hospital Punta Europa en Algeciras (Cádiz, 2021), área de obstetricia y neonatología en la Clínica Universidad de Navarra (2015), sala de parto integral en el Hospital de Getafe (Madrid, 2014), área de maternidad del HM Nuevo Belén (Madrid, 2014), y el área de maternidad del Hospital Ginequito en Monterrey (México, 2022), etc.

³ El equipo NAIXEM-UPV participó en el seminario “*Transforming Birth Space*” organizado por GBEDN (Toronto, octubre 2025)

2.2 Fase de Observación

Se realizó un estudio cualitativo de forma presencial en las instalaciones del Hospital La Plana de Villa Real (Castellón), el 23 y 24 de noviembre de 2024, en dos sesiones de 5h de duración moderadas por una socióloga del IBV, en las que participaron 2 madres con parto normal atendidas anteriormente en el centro, 4 matronas, 2 arquitectos y 1 diseñadora del grupo de investigación. El objetivo de esta fase fue entender el proceso de atención al parto en sus distintas etapas y visitar los espacios en los que se desarrolla actualmente, así como identificar las necesidades de madres y matronas con respecto al entorno construido. El desarrollo de la actividad consistió en una visita de los espacios hospitalarios siguiendo la secuencia de traslados de una madre con parto normal atendida en el hospital, acompañando a una matrona que detallaba todo el proceso del nacimiento y quien respondía a las cuestiones que se iban planteando.

Para la recogida de datos y registro de la información arquitectónica en esta fase exploratoria se hicieron tomas fotográficas del estado actual, se registraron por escrito todos los comentarios de la fase de observación que permiten identificar los elementos críticos del proceso de interacción entre madres y profesionales sanitarios, y se dibujaron croquis a mano alzada para la toma de datos de información dimensional relevante para el desarrollo arquitectónico posterior (figura 1).

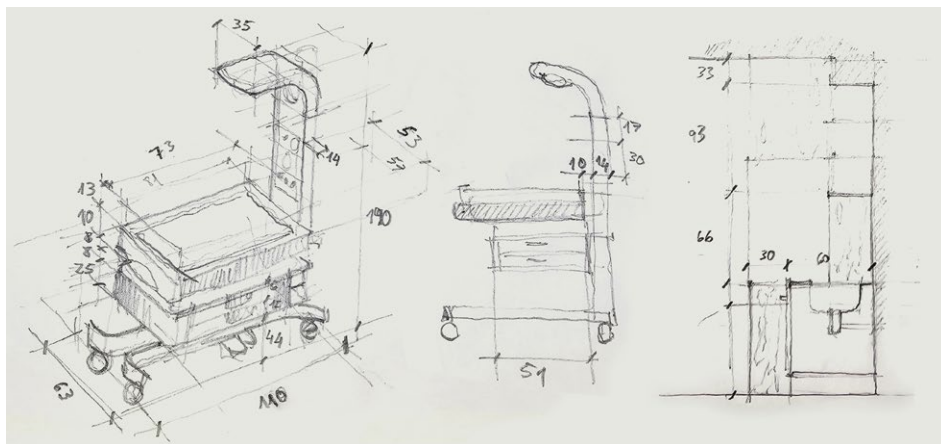


Figura 1. Toma de datos en fase de exploración. Croquis de cuna de reanimación y mueble auxiliar. Fuente: elaboración propia.

2.3 Jornada de cocreación

Normalmente, los procesos de co-creación están estructurados en tres o cuatro fases: una primera fase de aproximación, donde se exponen las experiencias y necesidades de los participantes; una fase intermedia de análisis; y una fase final de diseño (13,28). El número de participantes no suele ser muy elevado y generalmente está comprendido entre 5 y 25 personas (13,28,29). Lo que resulta importante en este tipo de metodología, más que la cantidad de testimonios es la calidad de la información recogida.

Se realizó una jornada de trabajo de 3,5 horas en dos aulas del Hospital de La Plana el 4 de diciembre de 2024. Se formaron 8 mesas de trabajo con, al menos, una madre, una matrona, un profesional de la arquitectura y dos estudiantes de Diseño Arquitectónico de Interiores, para diseñar los espacios de un futuro Centro de Nacimiento. La sesión estuvo moderada por una socióloga siguiendo un guion de sesión de co-creación basado en retos. En esta sesión se trabajó considerando a las usuarias como eje central de la búsqueda de soluciones, con un sistema de moderación flexible que permitía que el debate se desarrollase con su propia dinámica grupal según los diferentes retos planteados. El objetivo de esta fase fue identificar expectativas, necesidades y deseos de los colectivos participantes y proponer soluciones formales en un proceso participativo. Tras una introducción orientada a sensibilizar respecto al proceso de parto e interacciones que se dan durante el mismo empleando una presentación de imágenes como recursos de apoyo (15 minutos), se plantearon dos retos por mesa de trabajo relacionados con el diseño de la estructura del edificio, la sala social, la habitación posparto, la unidad de bienestar-consultas, y la sala de nacimiento (1,5 horas). En las mesas de trabajo las madres y matronas exponían sus preferencias y sensaciones extraídas de las experiencias vividas, y trabajaban de manera colaborativa con los arquitectos, quienes desarrollaban esquemas gráficos que se iban perfilando poco a poco en un diálogo creativo abierto. Por último, los resultados se presentaron durante 10 minutos ante todos los asistentes a la jornada por un representante de cada mesa. Al finalizar las exposiciones se debatieron los pros y contras de cada una de las propuestas (figura 2). Como medios de expresión se emplearon recursos tradicionales para plasmar las ideas, tales como papel, lápices, bolígrafos, rotuladores de colores, fotografías impresas, plastilina, bloques de construcción, etc.



Figura 2. Sesión de cocreación en el Hospital La Plana de Villareal.
Fuente: elaboración propia.

2.4. Fase de concepto

A partir de la información recabada y los diseños de la jornada de cocreación, un equipo de arquitectos desarrolló durante 4 meses una serie de diseños conceptuales para cada una de las 3 escalas del diseño:

- **Edificio:** se propone el Centro de Nacimiento como un edificio exento, independiente o anexo a un hospital, con 4 geometrías alternativas.
- **Espacios interiores:** se proponen diseños para la sala de nacimiento y habitación posparto con 3 geometrías alternativas, así como propuestas de materiales y colores para los interiores.
- **Mobiliario y equipamiento:** Se proponen diseños para bañera obstétrica con 3 geometrías alternativas, así como diseños para el taburete obstétrico, la colchoneta/puf para el trabajo de parto, y otros elementos como lianas, espalderas, etc.

Estos diseños se sometieron a un proceso de validación conceptual por 6 madres, 7 matronas y 6 arquitectos o diseñadores, de forma presencial, en las instalaciones del IBV. Las sesiones fueron moderadas por una socióloga siguiendo un guion de exploración de los materiales a evaluar y diferentes cuestionarios breves. El objetivo era validar la distribución funcional, dimensiones y superficies en cada una de las tres escalas y geometrías planteadas, así como identificar las gamas de colores preferidas.

Las propuestas se mostraban en dibujos impresos en paneles DIN A2 donde se apreciaban los planos esquemáticos de distribución a nivel de edificio, espacios interiores y mobiliario, acompañados de esquemas gráficos con códigos de colores para su mejor interpretación. Esta información se complementó con representaciones tridimensionales, maquetas de concepto en el caso del edificio, axonometrías seccionadas en el caso de los espacios interiores, modelos tridimensionales y maquetas en el caso del mobiliario. Además de todo ello, se presentaron 6 paneles con muestras de materiales y colores para el diseño de los acabados interiores. Cada propuesta de diseño era evaluada por los participantes respondiendo a una batería de preguntas relacionadas con aspectos funcionales y adjetivos relacionados con la percepción subjetiva de los espacios tomados de la literatura científica, en escalas Likert de 5 pasos entre “completamente de acuerdo” y “completamente en desacuerdo” (figura 3, tablas 2 y 3). Los atributos a evaluar para los colores fueron: práctico, adecuado para el parto, relajante, doméstico/ familiar, privado/ íntimo, agradable/ cálido, cómodo, seguro, moderno, profesional/ sanitario.



Figura 3. Sesión de validación de diseños en fase de concepto en las instalaciones del IBV.

Tabla 2. Cuestionario para evaluar un Centro de Nacimiento a escala de espacios interiores. Fuente: elaboración propia.

ASPECTOS FUNCIONALES	
ACCESOS	¿Las dimensiones de los accesos son adecuadas?
ZONA DINÁMICA	¿La zona dinámica (en la que se dispone de espacio para desplazarse, una cama de parto, una pelota, un taburete y una liana obstétrica para parto en bipedestación, etc.) es adecuada? ¿Hay espacio suficiente en la sala que permita moverse con libertad?
ZONA HÚMEDA	¿La zona húmeda (en la que existe una bañera obstétrica en caso de que se opte por el parto al agua) es adecuada?
ZONA DE DESCANSO	¿La zona de descanso para la madre es adecuada? ¿La zona de descanso para la persona acompañante es adecuada?
BAÑO INTEGRADO	¿El baño está suficientemente equipado y su distribución es adecuada?
ZONA DE ALMACENAJE	¿Las zonas de almacenaje para esconder el instrumental técnico necesario son adecuadas? ¿Las zonas de almacenaje para enseres de la madre son adecuadas?
RELACIÓN CON EL EXTERIOR	¿La relación con el espacio exterior es adecuada? ¿Están las distintas zonas bien organizadas?
ASPECTOS PERCEPTIVOS	
¿El espacio parece ofrecer privacidad suficiente? ¿El espacio parece seguro? ¿El espacio parece íntimo? ¿El espacio está suficientemente iluminado? ¿El espacio está suficientemente ventilado? ¿El espacio parece confortable para las personas acompañantes? ¿El espacio parece adecuado para las profesionales que trabajan en él?	

2.5 Fase de diseño inicial

Con los resultados de la fase de concepto se progresó en la definición formal de la arquitectura en sus 3 escalas. Este proceso duró 5 meses en los que el trabajo de edificio, espacios interiores y mobiliario se fue ajustando mediante reuniones semanales. Una vez formalizados estos diseños iniciales, fueron validados por personas independientes en varias sesiones de 2 horas cada una, entre los días 19 y 28 de noviembre de 2024, de forma presencial en el IBV. En ellas participaron 8 madres, 6 matronas y 5 profesionales de la arquitectura y

el diseño. Para la escala del edificio se presentaron 2 paneles tamaño DIN A1 con planos en planta y secciones. En el caso de los espacios interiores, se empleó un sistema de Realidad Virtual Inmersiva, de modo que la persona podía observar en cualquier dirección del espacio interior diseñado, girando la vista 360º (Figura 4). En el caso de la bañera de parto se emplearon maquetas físicas a escala mediante impresión 3D. La evaluación del edificio, espacios interiores y mobiliario se realizó con el mismo cuestionario utilizado en la fase de concepto (tablas 2 y 3).





Naixem

Sistema de visualización panorámica de espacios para el parto natural
Panoramic Visualization System for Natural Birth Spaces

Grupo de Investigación del Color en Arquitectura del Instituto de Restauración del Patrimonio de la Universitat Politècnica de València
Arquitectos Investigadores: Juan Serra Lluch (IP), Ana Torres Barchino, Javier Cortina Maruenda
Arquitectos Colaboradores: María José Más Jiménez, Azúlada Zamora de la Lama, David Puerta Mendoza, Eduardo Baviera López, Domingo Sánchez Zuriaga, Ximena Gutiérrez Giménez Ámbar Paula Díaz

Investigación realizada en el marco del proyecto "Estrategias y modelos para la mejora de la seguridad, funcionalidad y experiencia de usuario en centros de nacimiento" (GVA. INNEST2023/93) dentro del Programa de Proyectos Estratégicos en Cooperación, financiado por la Unión Europea en el marco del Programa Fondo Europeo de Desarrollo Regional (FEDER) Comunitat Valenciana 2021-2027.

1. Seleccione la estancia que desea visualizar.
1. Select the room you wish to view.

2. Una vez se haya cargado, podrá cambiar la propuesta cromática con las teclas 1, 2 y 3 de su teclado, y con la tecla B podrá moverse hasta el baño.
2. Once loaded, you can change the color scheme using the 1, 2, and 3 keys on your keyboard, and press B to navigate to the bathroom.

3. Para entrar en el modo VR, presione la tecla V en su teclado.
3. To enter VR mode, press the V key on your keyboard.

4. Para volver a la página principal, presione la tecla ESC en su teclado.
4. To return to the home page, press the ESC key on your keyboard.

DISEÑOS FINALES | FINAL DESIGNS

Sala de Nacimiento (UTPR)
Birth Room (LDR)

Habitación Postparto
Postpartum Room

DISEÑOS INICIALES | INITIAL DESIGNS

HABITACIÓN POSTPARTO | POSTPARTUM ROOM



SALA DE NACIMIENTO (UTPR) | BIRTH ROOM (LDR)



Modelado y rendering por: María José Más, Ámbar Menéndez, Azúl Zamora, Ximena Gutiérrez y Viruta Lab
Desarrollado por: Eduard Baviera

Figura 4. Sesión de evaluación mediante Realidad Virtual Inmersiva y aspecto de la interfaz Naixem-VR disponible en <https://grupocolor.webs.upv.es/naixemvr/> Fuente: elaboración propia.

Tabla 3. Cuestionario para evaluar un Centro de Nacimiento a escala de edificio. Fuente: elaboración propia.

VALORA DE 1 (NADA) A 5 (TOTALMENTE), CADA PROPUESTA DE EDIFICIO, SEGÚN LOS CRITERIOS/ATRIBUTOS QUE REPRESENTA:	
SOSTENIBILIDAD Y SALUD	¿Es un edificio que promueve la salud y el bienestar? ¿Es un edificio que incorpora suficientes áreas al aire libre para mejorar la conexión con la naturaleza? ¿Es un edificio que proporciona suficiente iluminación y ventilación natural, así como vistas agradables? ¿Es un edificio que ofrece espacios acogedores?
MOVILIDAD Y ACCESIBILIDAD	¿Es un edificio accesible para todas las personas? ¿Es un edificio que optimiza los recorridos a pie por dentro y por fuera del edificio? ¿Es un edificio que ofrece un acceso o entrada clara y cómoda? ¿Es un edificio que facilita la orientación tanto en el interior como en el exterior?
PROXIMIDAD Y CUIDADO	¿Es un edificio que ofrece privacidad suficiente a las madres en todas las fases del parto y posparto? ¿Es un edificio que ofrece espacios confortables de estancia a las personas acompañantes? ¿Es un edificio que ofrece espacios que permitan recibir visitas de amistades y familiares? ¿Es un edificio que ofrece espacios adecuados a las profesionales que trabajan en este? ¿Es un edificio que trata equitativamente a todas las personas que habitan o trabajan en él? ¿Es un edificio con servicios adicionales adecuados?
SEGURIDAD Y MANTENIMIENTO	¿Es un edificio que facilita el control de acceso? ¿Es un edificio que facilita la actuación de las y los profesionales de la salud en condiciones óptimas? ¿Es un edificio que ofrece una conexión adecuada con todos los servicios de urgencia en caso de necesidad? ¿Es un edificio que cuenta con suficientes espacios de almacenamiento? ¿Es un edificio que, previsiblemente, facilitará su limpieza y mantenimiento?
BELLEZA	¿Es un edificio que ofrece espacios bien proporcionados? ¿Es un edificio que proporciona espacios conectables? ¿Es un edificio que ofrece espacios y ambientes para diferentes estados de ánimo? ¿Es un edificio que ofrece lugares agradables?

2.6 Diseño final

En esta fase se desarrollaron las propuestas consideradas óptimas en la fase anterior. Se profundizó en el diseño de la envolvente constructiva mediante la definición exacta de las dimensiones, los detalles constructivos, tomas para las distintas instalaciones y suministros, tipo y color de los materiales, despieces del mobiliario, etc. Este proceso duró 6 meses y fue desarrollado por los arquitectos y diseñadores vinculados a la UPV. En esta ocasión, el desarrollo de los trabajos a nivel de edificio y espacios interiores fue supervisado por 3 personas expertas externas, la matrona responsable del proyecto y dos técnicos de la Conselleria de Sanidad de la Generalitat Valenciana, arquitecto e ingeniera industrial, con experiencia en supervisión de proyectos sanitarios. En el caso de los diseños finales de mobiliario, bañera obstétrica, muebles de madera y pavimento antideslizante, se llevaron a cabo mediante el desarrollo de prototipos asistidos por los profesionales de las empresas involucradas en el proyecto. El objetivo de esta fase de diseño final fue proponer un modelo tipo de edificio, sala de nacimiento y habitación posparto perfectamente definidos en forma de ficha técnica, que sirva de referencia a los arquitectos y gestores que quieran implementar estas arquitecturas. A nivel de mobiliario, el objetivo principal era obtener un diseño registrado de bañera obstétrica adaptada ergonómicamente a las necesidades del parto normal (figura 5).



Figura 5. Sesión de control de fabricación de prototipo de bañera obstétrica.

A nivel de edificio, el diseño final se formalizó dibujando la planimetría completa a escala 1:125, así como una maqueta física a la misma escala. A nivel de espacios interiores, la propuesta definitiva de sala de nacimiento y habitación posparto se formalizó dibujando la planimetría a escala 1:50, describiendo todos los requisitos técnicos que permitieran su construcción material, axonometrías seccionadas y perspectivas cónicas fotorrealistas. A nivel de bañera obstétrica, el diseño final se formalizó con todo detalle para proceder a su correspondiente registro industrial.

3. REQUERIMIENTOS SUBJETIVOS DE UN CENTRO DE NACIMIENTO

Son varios los estudios que han intentado identificar los factores de diseño que más influyen en el bienestar físico y psicológico de las madres durante el parto (18,30–33), tales como la estética (34), las formas y dimensiones (35), los sonidos (36), el color de los materiales (37), el tratamiento de la luz (38), la presencia de equipamientos (39), etc. Estos factores físicos intentan responder a los requerimientos fisiológicos y psicológicos de las madres en relación con el entorno físico.

Uno de los estudios más exhaustivos corresponde a Balabanoff (40), quien identifica 5 áreas de interés para arquitectos y diseñadores que trabajan y buscan mejorar el espacio de parto: *familiaridad*, *privacidad*, *organización espacial para la movilidad*, *corporalidad emotiva* y *temporalidad-vitalidad*. La *familiaridad* se logra al hacer que las mujeres visiten el centro para diversas actividades antes y después del parto, por la presencia de elementos naturales, elementos de la cultura local y trabajando con materialidad, color y texturas. La *privacidad* es necesaria para no inhibir el proceso de parto. La organización espacial para la *movilidad* sigue la idea del “cuerpo en movimiento” (41) y destaca la necesidad de tener libertad espacial para moverse, para poder llevar a cabo la “danza del parto,” responder a los movimientos internos del bebé, caminar, arrodillarse, estirarse, acostarse, inclinarse, ponerse en cuclillas, pararse y estar quieto. El concepto de *corporalidad emotiva* en los espacios para el nacimiento implica que existan superficies suaves y flexibles, o superficies firmes y de apoyo, para experimentar diferentes texturas, la temperatura adecuada, que la madre pueda ser tocada o no; estar sumergida en agua, fluyendo o quieta, y en definitiva sentirse respetada, segura, protegida y amada (41). Finalmente, la *temporalidad-vitalidad* se refiere a los aspectos fenomenológicos del entorno espacial e incluyen “la interrelación de la materia y la luz, la visión y el tacto, el sonido y el olfato, el aire y el agua, la carne y la textura, el calor y el frío. La intrincada y rica complejidad sensorial de la experiencia corporeizada no es solo física, sino también efímera/inmaterial” (40).

Otros estudios han identificado tres categorías de factores ambientales que influyen en la experiencia del parto: la *seguridad física*, que incluye aspectos como privacidad, ergonomía de la cama y posibilidad de intervenciones médicas; la existencia de un *entorno con significado*, que contenga símbolos prometedores de la maternidad, un entorno tranquilo y un entorno espiritual; y la *comodidad física*, en la que se haya minimizado la contaminación acústica, se adecúe la iluminación ambiental y se cuide el diseño interior de la sala de nacimiento (42).

4. EL MODELO CASIA: CONFORT, APROPIACIÓN, SEGURIDAD, INTIMIDAD Y ACTIVACIÓN

En el caso del proyecto de investigación NAIKEM, el conjunto de necesidades subjetivas manifestadas por los colectivos de matronas, madres y profesionales de la arquitectura y el diseño para un Centro de Nacimiento, pueden agruparse en torno a 5 conceptos, que identificamos con el acrónimo CASIA: *Confort, Apropiación, Seguridad, Intimidad, y Activación*. Estos conceptos son coherentes con aquellos señalados en trabajos anteriores sobre arquitecturas para el parto (tabla 4). Por ello, el diseño de un Centro de Nacimiento, a nivel de edificio, de espacios interiores y del mobiliario/equipamiento, debe estar alineado con dichos requerimientos para tratar de que las usuarias alcancen el bienestar y se generen las condiciones óptimas para el parto normal (4).

Tabla 4. Relación entre las necesidades subjetivas del modelo CASIA y las recogidas en estudios anteriores. Fuente: elaboración propia.

SERRA ET AL	MEHRABIAN & RUSSELL	KAZEMI	BALABANOFF	BELLINI	SETOLA	NILSSON ET AL
Confort	Placer	Confort Físico	Encarnación Emotiva	Entorno hogareño, equipamiento médico	Ambiente tranquilo, Sala de nacimiento amplia, espacio suficiente para el parto, Luz natural	Temperatura ambiente
						Estimulación sensorial
Apropiación	Adueñamiento	Entorno que ayuda a poner el foco	Familiaridad		Ruido	Familiaridad, entorno no institucionalizado
Seguridad	Encarnación Emotiva	Taller participativo en hospital con material de dibujo y modelado	Paneles impresos información gráfica Maquetas de concepto Muestras de materiales y colores		Servicios fácilmente reconocibles, ubicación estratégica y visible de las matronas	Espacio para el acompañante
Intimidad			Privacidad	Espacio acogedor, íntimo, formas curvas	Mayor intimidad Privacidad	
				Filtro, privacidad		
Activación	Impaciencia Excitación		Movilidad	Mobilidad, espacio libre, retirar/esconder camas	Adaptabilidad de la sala de nacimiento	
				Versatilidad		

Respecto al primero de los requisitos, una arquitectura se considera **confortable** cuando resulta funcional, cómoda, proporcionada, ergonómica, acogedora, etc. Por lo tanto, el confort implica cumplir con requisitos funcionales y estéticos. Los requisitos funcionales implican cuestiones dimensionales, de disposición de los espacios y sus relaciones, de instalaciones y equipamientos técnicos necesarios, de ergonomía en el manejo del mobiliario, etc. y se relaciona con expresiones de las usuarias tales como “todo funciona correctamente” o “todo es cómodo y fácil de usar.” Por otro lado, los requisitos estéticos se refieren al diseño de arquitecturas que evoquen sensaciones placenteras, con espacios acogedores, agradables, gratos, etc. y se relacionan con expresiones manifestadas en las sesiones de trabajo tales como: “¡Qué bonito!” (tabla 5).

En segundo lugar, una mujer se **apropia** del espacio donde va a dar a luz cuando lo modifica para adaptarlo a sus necesidades y preferencias en cada una de las etapas de dicho proceso. Para ello, debe tener la posibilidad de trasladar el mobiliario, regular la luz y la temperatura, seleccionar la música o los sonidos que prefiera, poder disponer de objetos propios, etc. Esta apropiación del espacio favorece que la mujer se sienta empoderada sobre su cuerpo, no influenciada ni sumisa, capaz de acompañar el nacimiento y de ser la principal protagonista (43). Diseñar un entorno que respete la autonomía de la mujer le permite actuar con mayor libertad y confianza.

En tercer lugar, un espacio ofrece **seguridad** a las personas que lo habitan cuando se sienten protegidas, invulnerables, tranquilas, confiadas. En el caso de los Centros de Nacimiento, la arquitectura debe proporcionar seguridad física, evitando riesgos en la utilización del espacio, seguridad médica, disponiendo todas las instalaciones y equipamientos hospitalarios necesarios, y seguridad psicológica, facilitando la cercanía de los acompañantes y personal sanitario. Estos requisitos de seguridad permiten que las madres se sientan tranquilas y protegidas, lo que en términos psicológicos va asociado a la disminución de sus niveles de estrés y una mejora en el proceso fisiológico del parto (4).

En cuarto lugar, la arquitectura debe favorecer la **intimidad** de la mujer durante el proceso del nacimiento, que es uno de los aspectos más reivindicado por las personas participantes en NAIXEM y mencionado de manera recurrente en la literatura científica (44). Se relaciona con términos como privacidad, y se asocia a lo familiar y al propio hogar. Estudios anteriores señalan la importancia de percibir el lugar del parto como si de un nido se tratara, compuesto por distintos filtros de privacidad que lo protegen de las vistas, del acceso de los extraños, etc. (31) La expresión que mejor podría resumir la percepción de intimidad sería “me siento como en casa.”

Por último, para promover la fisiología y la evolución adecuada del proceso del nacimiento, es recomendable que la madre esté **activa** en todo momento. Para ello, el entorno en el que se encuentra debe mantenerla estimulada, despierta, y debe ofrecerle recursos para favorecer el trabajo previo al parto (45). Esta necesidad de activación debe conciliarse con la posibilidad de dar cierto descanso, disponiendo espacios y mobiliario adecuados para ello. El diseño del espacio, incluso su mobiliario, debe invitar y acompañar a la madre en su movimiento, y adaptarse a distintas posiciones que puedan ayudarla durante el proceso de parto, aunque debe evitarse un exceso de estimulación que podría interferir en su fisiología hormonal.

Tabla 5. Necesidades de un Centro de Nacimiento centradas en las personas en torno a los 5 requerimientos CASIA. Fuente: elaboración propia.

TÉRMINOS RELACIONADOS SEMÁNTICAMENTE	TÉRMINOS OPUESTO SEMÁNTICAMENTE	EXPRESIONES RELACIONADAS
CONFORT		
Confortable Funcional Apacible Bonito	No estrés	“Me siento a gusto” “Todo funciona correctamente” “No tengo frío” “No hay ruidos ni malos olores”
APROPIACIÓN		
Capacidad de decisión Protagonismo	No influenciable No sumisa	¿La zona de descanso para la madre es adecuada? ¿La zona de descanso para la persona acompañante es adecuada?
SEGURIDAD		
Confianza	No miedo No dolor	“Las matronas siempre cerca” “La unidad obstétrica hospitalaria cerca, si hace falta”
INTIMIDAD		
Privacidad Hogareño Familiar	No hospitalario	“Me siento como en casa” “Puedo gritar sin molestar” “Mi acompañante siempre conmigo”
ACTIVACIÓN		
Activa Consciente	No pasiva	“Puedo moverme libremente” “Puedo entrar y salir” “Puedo tocar distintas texturas”

5. CONCLUSIONES

Del conjunto de entidades participantes en el proyecto NAIXEM, la Universitat Politècnica de València (UPV) ha sido responsable de la definición de las características óptimas de la arquitectura de un Centro de Nacimiento, de modo que se favorezca el bienestar de las usuarias sin comprometer los requisitos sanitarios exigidos para un parto. Para ello se ha trabajado a 3 escalas: la del edificio y su relación con el entorno; la de los espacios interiores, con especial atención a la sala de nacimiento y la habitación posparto; y la escala de mobiliario, con particular atención al equipamiento de la sala de nacimiento y el diseño de una bañera obstétrica para parto en el agua. Siguiendo una metodología de estudio centrada en la persona, la validación de los diseños ha sido realizada por una entidad independiente (IBV), y en ella han participado madres, matronas y profesionales de la arquitectura y el diseño, en un proceso iterativo estructural-

do en seis fases de desarrollo formal de las propuestas: análisis, observación, cocreación, validación de pruebas de concepto, validación de diseños iniciales y validación de diseños finales. Como resultado del proyecto NAIXEM, se ha obtenido que las necesidades subjetivas manifestadas con respecto a la arquitectura y diseño de un Centro de Nacimiento pueden agruparse en torno a 5 conceptos, que identificamos con el acrónimo CASIA: *Confort, Apropiación, Seguridad, Intimidad, y Activación*. El modelo CASIA y los criterios arquitectónicos y de diseño que se describen en los capítulos posteriores pueden servir como apoyo a los profesionales de la arquitectura y el diseño para abordar la construcción óptima de arquitecturas para el nacimiento normal trabajando a escala de edificio, espacios interiores y mobiliario.

6. BIBLIOGRAFÍA

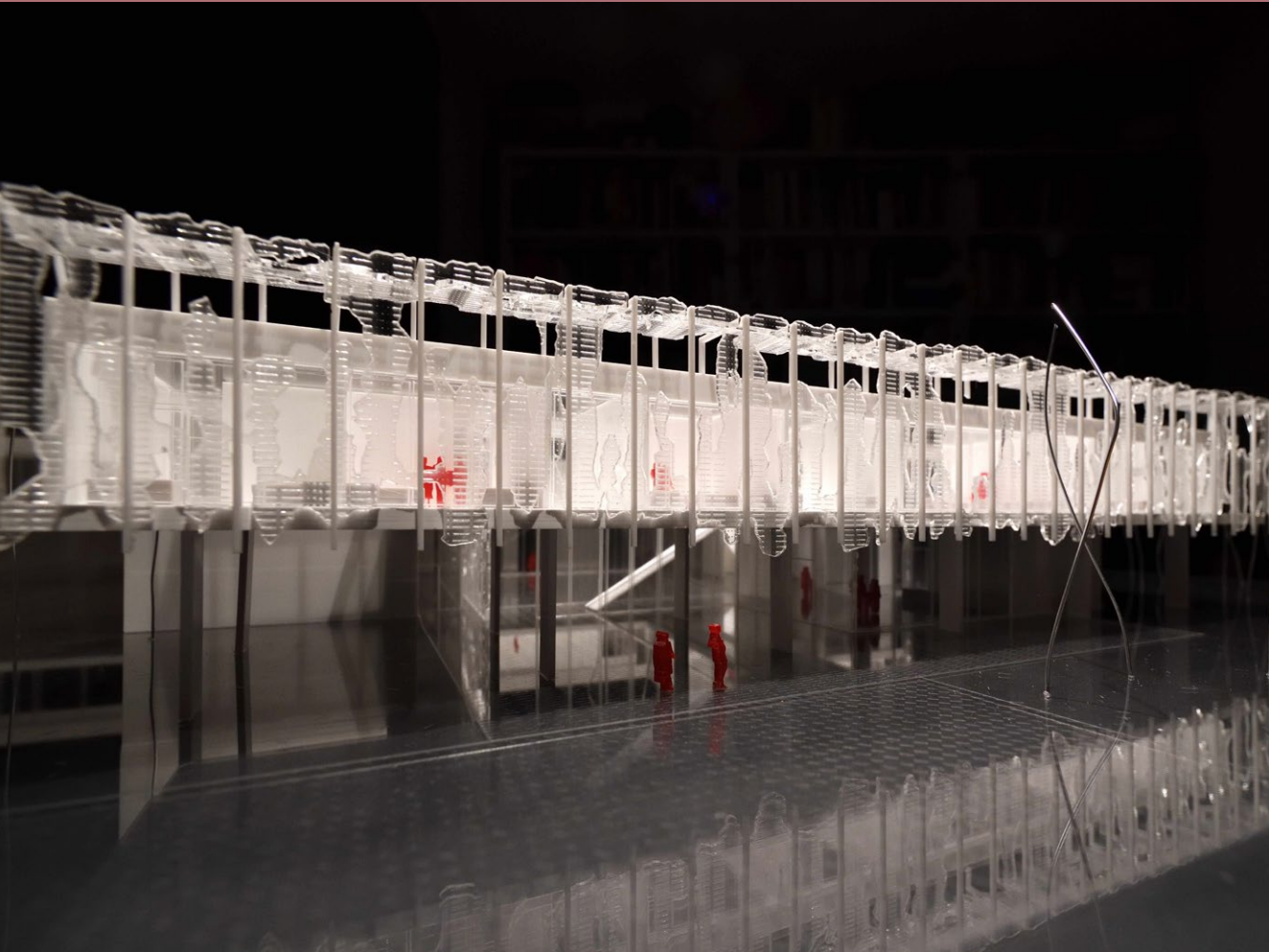
1. Eidhammer A, Glavind J, Skrubbeltang C, Melgaard D. Healing Architecture in Birthing Rooms: A Scoping Review. Vol. 17, Health Environments Research and Design Journal. SAGE Publications Inc.; 2024. p. 290–305. doi: 10.1177/19375867241238439.
2. Thompson F. Mothers and midwives: the ethical journey. Edinburgh: Elsevier; 2004 [cited 2025 Nov 29]. Available from: https://books.google.com/books/about/Mothers_and_Midwives.html?hl=es&id=jG01vgAACAAJ
3. World Health Organization (WHO). WHO recommendations: intrapartum care for a positive childbirth experience [Internet]. Geneva: WHO; 2018 Feb 14 [cited 2025 Dec 3]. Available from: <https://iris.who.int/handle/10665/260178>
4. Buckley S. Undisturbed birth. Nature's blueprint for ease and ecstasy. Midwifery Today Int Midwife. 2002;4(63):19–24.
5. Jordan Brigitte, Davis-Floyd Robbie. Birth in four cultures: a crosscultural investigation of childbirth in Yucatan, Holland, Sweden, and the United States. 1993;235.
6. Davis-Floyd R. The technocratic, humanistic, and holistic paradigms of childbirth. In: International Journal of Gynecology and Obstetrics. John Wiley and Sons Ltd; 2001.
7. MacKenzie Bryers H, van Teijlingen E. Risk, theory, social and medical models: A critical analysis of the concept of risk in maternity care. Midwifery. 2010 Oct;26(5):488–96.
8. Renfrew MJ, McFadden A, Bastos MH, Campbell J, Channon AA, Cheung NF, et al. Midwifery and quality care: Findings from a new evidence-informed framework for maternal and newborn care. Vol. 384, The Lancet. Lancet Publishing Group; 2014. p. 1129–45.
9. Miller S, Abalos E, Chamillard M, Ciapponi A, Colaci D, Comandé D, et al. Beyond too little, too late and too much, too soon: a pathway towards evidence-based, respectful maternity care worldwide. Vol. 388, The Lancet. Lancet Publishing Group; 2016. p. 2176–92.
10. World Health Organization. Global strategic directions for strengthening nursing and midwifery 2016–2020. World Health Organization, editor. France: World Health Organization; 2016.
11. Walsh D, Newburn M. Towards a social model of childbirth: part one. Br J Midwifery. 2002 Aug;10(8):476–81.
12. Rocca-Ihenacho L, Batinelli L, Thaelts E, Rayment J, Newburn M, McCourt C. Midwifery unit standards [Estándares Europeos para Centros de Nacimiento]. Midwifery Unit Network, editor. London: Midwifery Unit Network; 2018.
13. Bowen S, McSeveny K, Lockley E, Wolstenholme D, Cobb M, Dearden A. How was it for you? Experiences of participatory design in the UK health service. CoDesign. 2013 Dec;9(4):230–46.
14. Herriott R. Patient involvement in Danish hospital design. CoDesign. 2018 Jul 3;14(3):203–17.
15. Folmer MB, Jangaard K, Buhl H. Design of Genuine Birth Environment: Midwives Intuitively Think in Terms of Evidence-Based Design Thinking. Health Environments Research and Design Journal. 2019 Apr 1;12(2):71–86.

16. Baranowska B, Kajdy A, Pawlicka P, Pokropek E, Rabijewski M, Sys D, et al. What are the critical elements of satisfaction and experience in labor and childbirth—A cross-sectional study. *Int J Environ Res Public Health*. 2020;17(24):1–13.
17. Skogström LB, Vithal E, Wijk H, Lindahl G, Berg M. Women's Experiences of Physical Features in a Specially Designed Birthing Room: A Mixed-Methods Study in Sweden. *Health Environments Research and Design Journal*. 2022;15(3):193–205.
18. Setola N, Naldi E, Cardinali P, Migliorini L. A Broad Study to Develop Maternity Units Design Knowledge Combining Spatial Analysis and Mothers' and Midwives' Perception of the Birth Environment. *Health Environments Research and Design Journal*. 2022;15(4):204–32.
19. Kazemi A, Beigi M, Najafabadi HE. Environmental factors influencing women's childbirth experiences in labor–delivery–recovery–postpartum unit: a qualitative cross-sectional study. *BMC Pregnancy Childbirth* [Internet]. 2023;23(1):1–9. Available from: <https://doi.org/10.1186/s12884-023-05488-7>
20. Murray-Davis B, Grenier LN, Plett RA, Mattison CA, Ahmed M, Malott AM, et al. Making Space for Midwifery in a Hospital: Exploring the Built Birth Environment of Canada's First Alongside Midwifery Unit. *Health Environments Research and Design Journal*. 2023;16(2):189–207.
21. Lourenço P, Maloutas T, Santamouris M, Widera B, Ansaloni F, Balaras C, et al. A practical guide to the New European Bauhaus self-assessment method and tool. 2024 [cited 2025 Sep 29]; Available from: <https://publications.jrc.ec.europa.eu/repository/handle/JRC139118>
22. Sanidad DE. Maternidad Hospitalaria Estándares y Recomendaciones GOBIERNO MINISTERIO DE ESPAÑA [Internet]. Available from: www.msps.es
23. Ministerio de Sanidad y Política Social. Maternidad Hospitalaria Estándares y Recomendaciones. 2009;229.
24. Fullana A, Barona C, Mas R, Mira JJ. Estrategia para la atención del parto normal en la Comunitat Valenciana. Generalitat. Conselleria de Sanitat, editor. Valencia: Generalitat Valenciana, Conselleria de Sanitat; 2009. 62.
25. Jenkinson B, Josey N, Kruske S. BirthSpace: An evidence-based guide to birth environment design. Queensland Centre for Mothers & Babies, The University of Queensland. 2014;(February):1–25.
26. Australasian Health Infrastructure Alliance (AHIA). Standard Components | AusHFG [Internet]. 2023 [cited 2025 Aug 5]. Available from: <https://healthfacilityguidelines.com.au/standard-components>
27. Parra M, Müller Á. Arquitectura Integral de Maternidades: Material de apoyo a la estrategia de atención al parto normal en el sistema nacional de salud. [Internet]. 2008. Available from: <https://www.sergas.es/Asistencia-sanitaria/Arquitectura-integral-de-maternidades>
28. Akoglu C, Dankl K. Co-creation for empathy and mutual learning: a framework for design in health and social care. *CoDesign*. 2021;17(3):296–312.
29. Cummings M, Teal G. Healing fabulations: a dialogic methodology for digital codesign in health research. *CoDesign*. 2023;19(1):74–90.
30. Kazemi A, Beigi M, Najafabadi HE. Environmental factors influencing women's childbirth experiences in labor–delivery–recovery–postpartum unit: a qualitative cross-sectional study. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2023 Dec 1;23(1).
31. Balabanoff D. Light and Embodied Experience in the Reimagined Birth Environment. University College Dublin; 2017.
32. Bellini E, Macchi A, Setola N, Lindahl G. Sensory Design in the Birth Environment: Learning from Existing Case Studies. *Buildings*. 2023;13(3):1–30.
33. Nilsson C, Wijk H, Höglund L, Sjöblom H, Hessman E, Berg M. Effects of Birthing Room Design on Maternal and Neonate Outcomes: A Systematic Review. *Health Environments Research and Design Journal*. 2020;13(3):198–214.
34. Baranowska B, Kajdy A, Pawlicka P, Pokropek E, Rabijewski M, Sys D, et al. What are the critical elements of satisfaction and experience in labor and childbirth—A cross-sectional study. *Int J Environ Res Public Health*. 2020;17(24):1–13.

35. Setola N, Iannuzzi L, Santini M, Cocina GG, Naldi E, Branchini L, et al. Optimal settings for childbirth. *Minerva Ginecol.* 2018;70(6):687–99.
36. Rudman A, El-Khoury B, Waldenström U. Women's satisfaction with intrapartum care - A pattern approach. *J Adv Nurs.* 2007;59(5):474–87.
37. Aroua I, Hussein F. Color analysis of birth space ambiances. *Color Culture and Science Journal.* 2019;12(1):40–7.
38. Nielsen SL, Bille M, Barfoed AB. Illuminating bodily presence in midwifery practice. *Emot Space Soc.* 2020;37(September).
39. Bryant AS, Borders AE. ACOG COMMITTEE OPINION Number 766: Approaches to Limit Intervention during Labor and Birth. *Obstetrics and Gynecology* [Internet]. 2019 Feb 1 [cited 2025 Aug 5];133(2):E164–73. Available from: https://journals.lww.com/greenjournal/full-text/2019/02000/acog_committee_opinion_no__766__approaches_to.44.aspx
40. Balabanoff D. Light and Embodied Experience in the Reimagined Birth Environment. 2017. 354 p.
41. Lepori B, Foureur M, Hastie C. Mindbodyspirit architecture: Creating birth space. In: *Psychology and the physical space.* 2008. p. 95–111.
42. Kazemi A, Beigi M, Najafabadi HE. Environmental factors influencing women's childbirth experiences in labor–delivery–recovery–postpartum unit: a qualitative cross-sectional study. *BMC Pregnancy Childbirth.* 2023 Dec 1;23(1).
43. Müller AE, Parra Casado M. La arquitectura de la maternidad. Recuperar y crear nuestros espacios *The Architecture of Motherhood. Retrieving and Creating our Spaces.* ILEMATA año. 2015;7:147–55.
44. Rados M, Kovács E, Mészáros J. Intimacy and privacy during childbirth. a pilot-study testing a new self-developed questionnaire: the childbirth intimacy and privacy scale (CIPS). *New Medicine.* 2015;19(1):16–24.
45. Setola N, Naldi E, Cocina GG, Eide LB, Iannuzzi L, Daly D. The Impact of the Physical Environment on Intrapartum Maternity Care: Identification of Eight Crucial Building Spaces. *Health Environments Research and Design Journal.* 2019;12(4):67–98.

Capítulo 8

Criterios arquitectónicos para el edificio NAIXEM



*Necesitaba un ambiente relajado,
silencioso, cálido, un espacio de
hogar, no un entorno hospitalario.*

- Madre participante en Naixem

Autoras/es:

Carlos J. Gómez Alfonso, Eva M. Álvarez Isidro, Diego Martín de Torres,
Laura Iglesias Barras (Universitat Politècnica de València), Carla Zollinger
(Universitat Politècnica de Catalunya).

173	1. INTRODUCCIÓN
173	1.1 ¿Por qué el edificio importa?
175	1.2 ¿Qué hemos aprendido? Evidencias clave para el diseño
177	2. INTEGRACIÓN DE LAS EVIDENCIAS EN EL DISEÑO ARQUITECTÓNICO DEL EDIFICIO NAIXEM
178	2.1 Organización general del edificio
180	2.2 Condiciones ambientales y sensoriales
181	2.3 Movilidad, ergonomía y accesibilidad
181	2.4 Seguridad y soporte asistencial sin perder la atmósfera doméstica
182	3. EL PROCESO DE TRABAJO POR FASES EN EL PROTOTIPO DE CENTRO DE NACIMIENTO EDIFICIO NAIXEM
182	3.1 Fase de concepto: Exploración mediante cuatro prototipos
185	3.2 Fase de diseño inicial: Desarrollo del edificio NAIXEM
187	3.3 Fase final del edificio NAIXEM
194	4. CONCLUSIONES
195	5. AGRADECIMIENTOS
195	6. BIBLIOGRAFÍA

1. INTRODUCCIÓN

La investigación relativa al diseño arquitectónico del Centro de Nacimiento aborda cómo la arquitectura puede convertirse en una pieza activa del modelo de atención al proceso natural del parto. A partir de la experiencia acumulada en el proyecto NAIXEM, investigaciones previas, evidencia científica y validaciones con usuarias y matronas, se muestra que el entorno construido no solo acompaña el proceso asistencial, sino que influye en él, afectando a la calma con la que se llega al edificio, la claridad con la que se transitan los espacios, la intimidad que se preserva y la manera en que las matronas pueden estar presentes en el proceso. Este cuerpo de trabajo converge finalmente en el propio edificio NAIXEM, concebido como una propuesta de Unidad Liderada por Matronas integrada en un hospital (*Alongside Midwifery Unit, AMU*), dentro de un modelo internacionalmente reconocido de atención al parto liderado por matronas.

1.1 ¿Por qué el edificio importa?

El edificio de un Centro de Nacimiento no es una infraestructura neutra, su configuración determina cómo llegan las mujeres, cómo se orientan, cómo se sienten acompañadas, cómo gestionan el dolor, cómo mantienen la movilidad y cómo experimentan el parto. La arquitectura, a su vez, incide en la manera en que las matronas observan, acompañan y sostienen el proceso. Las decisiones volumétricas, lumínicas, funcionales y materiales repercuten directamente en la fisiología del parto, en la percepción de seguridad y en la continuidad asistencial.

La literatura internacional ha documentado ampliamente esta relación. El informe *BirthSpace* demuestra que la percepción del entorno afecta el estrés, la secreción hormonal, la necesidad de intervenciones y la satisfacción de las mujeres durante el parto, mostrando cómo una llegada tranquila, la protección adecuada de la intimidad, la modulación de la luz y la posibilidad de personalizar el ambiente favorecen el curso fisiológico del nacimiento (1).

De igual modo, los estándares europeos para Centros de Nacimiento subrayan que la arquitectura debe sostener la autonomía de las mujeres, el liderazgo de las matronas y la continuidad asistencial, situando la experiencia de parto en un entorno seguro, amable y no tecnificado (2).

La investigación llevada a cabo en NAIXEM confirma esta evidencia, las observaciones realizadas en diferentes centros y maternidades muestran la importancia de los recorridos intuitivos, las transiciones sensoriales claras, la privacidad tanto visual como acústica real, la integración de la naturaleza tanto en el edificio como en el entorno, los espacios para acompañantes accesibles y el control discreto y observación del espacio por parte de las matronas (3).

El análisis arquitectónico de casos de referencia identifica cualidades recurrentes, como secuencias espaciales que reducen el estrés en la llegada, patios que organizan la luz y la orientación, un uso controlado de la tecnología y ambientes materiales próximos a lo doméstico (4). Desde esta perspectiva, el edificio NAIXEM se concibe como una infraestructura de cuidado, entendiéndose como un medio activo capaz de modular la percepción, el bienestar, la fisiología y los vínculos.

La comparación entre los casos de gran escala hospitalaria, como el Hospital Sarah Kubitschek en Salvador de Bahia de João Filgueiras Lima (Lelé) y el New North Zealand Hospital en Hillerød de Herzog & de Meuron, permite entender el potencial de la planta baja extensa y del jardín como organizador principal. En ambos, la relación continua entre estancias y espacios verdes mejora la orientación, la legibilidad y el bienestar. Sin embargo, mientras el hospital de Lelé apuesta por una arquitectura modular y climáticamente eficiente como infraestructura cotidiana, el hospital danés introduce una lógica más urbana, con un gran vacío central y recorridos internos asimilables a calles. En los dos casos, la escala, el presupuesto y la complejidad funcional superan ampliamente lo asumible por NAIXEM, que solo puede extraer principios generales y no soluciones directas.

Los hospitales organizados en torno a patios, como el de Neurorrehabilitación y Paraplejía en Basilea de Herzog & de Meuron, introducen una lección más afinada para NAIXEM en relación con el control de la luz y las vistas. Frente a los grandes jardines abiertos, el patio permite una relación más medida con la naturaleza y una orientación clara desde el interior. No obstante, se trata de un programa de larga estancia, con tiempos y ritmos muy distintos a los del parto, lo que limita la traslación directa de sus estrategias espaciales.

En una escala intermedia aparecen referencias especialmente relevantes, como el Centro Kálda Sant Pau en Barcelona y el *Maggie's Centre* de Manchester. Ambos comparten la idea de edificio anexo al hospital, con acceso propio, organización doméstica y el jardín como pieza central del proyecto. En estos casos, la cocina y los espacios comunes actúan como corazón de la vida cotidiana, alejando la experiencia del modelo clínico. Para NAIXEM, estas referencias son clave en términos de atmósfera, escala y relación interior exterior, aunque deben leerse con cautela por tratarse de programas oncológicos sin exigencias obstétricas ni circuitos sanitarios complejos.

Los Centros de Nacimiento integrados en hospitales existentes, como Casa Laietània en Barcelona, Sant Joan de Déu en Martorell y el *Birth Centre* del Hospital anexo a UCL (UCLH) en Londres, aportan aprendizajes más específicos sobre organización asistencial. Casa Laietània muestra el valor de una atmósfera doméstica liderada por matronas, pero también evidencia las limitaciones de una reforma interna sin espacio exterior propio. Martorell destaca como referencia organizativa al articular circuitos de bajo riesgo y convencional con el mismo equipo, mientras que el caso del UCLH demuestra hasta dónde puede llegar la humanización en estructuras hospitalarias rígidas mediante tecnología oculta y control ambiental. En todos ellos, el edificio existente condiciona fuertemente el resultado, reforzando la conveniencia de un volumen específico para NAIXEM.

Finalmente, los casos extremos, como el *Birth Centre en el Hospital St Thomas* de Londres y la Casa de Naixements Migjorn en Sant Vicenç de Castellet (Barcelona), funcionan como referencias por contraste. Este segundo centro londinense demuestra la potencia de un modelo con gran masa crítica de habitaciones y recursos propios, pero su escala y complejidad lo sitúan fuera del alcance de NAIXEM. Migjorn, por el contrario, aporta una referencia intensa de domesticidad y vida cotidiana alrededor del parto, útil para pensar la dimensión espacial y atmosférica del proyecto, aunque no trasladable directamente por tratarse de un modelo extrahospitalario sin circuitos establecidos de traslado inmediato ni soporte técnico continuo.

1.2 ¿Qué hemos aprendido? Evidencias clave para el diseño

La síntesis de observaciones en centros construidos, análisis arquitectónicos comparados, estándares internacionales, literatura científica y validaciones participativas realizadas en el marco del proyecto NAIXEM permite identificar cinco necesidades fundamentales que un edificio destinado a Centro de Nacimiento debe satisfacer. Estas necesidades aparecen de manera reiterada en los datos obtenidos y coinciden de forma consistente con la evidencia internacional.

Llegar sin estrés

La llegada al centro constituye un momento de especial vulnerabilidad y exposición. En varios de los entornos analizados, la entrada coincidía con áreas de circulación general, espacios ruidosos o accesos hospitalarios convencionales, generando tensión y sensación de vigilancia. La literatura confirma que los estímulos ambientales en este umbral como el ruido, iluminación agresiva, señalética confusa o presencia técnica dominante, pueden interferir con el inicio fisiológico del parto (1).

Los estándares europeos recomiendan una transición clara entre el espacio público y un entorno protegido atendido por matronas, donde la calma, la acústica controlada y la correcta intensidad lumínica faciliten la regulación emocional de las mujeres (5).

Los resultados de NAIXEM convergen en que una llegada amable, un umbral protegido y un ambiente confortable, son condiciones necesarias para generar confianza y permitir que el proceso del parto se inicie sin interrupciones (3).

Orientarse fácilmente

La orientación espacial emerge como un factor crítico para reducir la carga cognitiva y evitar sensaciones de descontrol o dependencia. En diversos centros evaluados, las circulaciones complejas, los pasillos largos con múltiples cambios de dirección y la ausencia de transiciones claras hacia las unidades de parto dificultaban la comprensión espacial (3).

El análisis arquitectónico de NAIXEM muestra que los edificios mejor valorados incorporan patios que actúan como organizadores espaciales, luz natural que guía y marca ritmo, estructuras de planta baja en peine o claustro, y recorridos cortos entre funciones principales (4).

Las investigaciones realizadas apoyan estos argumentos. Balabanoff (6) demuestra que la luz natural funciona como una *affordance* perceptiva¹ que orienta, suaviza las transiciones y reduce la posibilidad de desorientación, un aspecto esencial en momentos de alta carga emocional.

Proteger la intimidad

La intimidad aparece de forma consistente como la necesidad más reiterada en las observaciones, entrevistas y validaciones realizadas por NAIXEM. Las mujeres reclaman una privacidad real, visual, acústica y simbólica. Los estándares europeos sitúan la intimidad como un componente central de la seguridad y la fisiología del parto, vinculándola directamente con la capacidad de mantener niveles hormonales óptimos (5).

Las observaciones realizadas evidencian problemas frecuentes en los centros sanitarios actuales, como por ejemplo, espacios interiores visibles desde pasillos, zonas de tránsito junto a las habitaciones de parto, ruido estructural o accesos sanitarios excesivamente expuestos (3). El informe *BirthSpace* añade que la intimidad debe sostenerse mediante el control de la luz y la penumbra, superficies no reflectantes, ausencia de tecnología visible y posibilidad de personalizar el ambiente (1).

En conjunto, la evidencia apunta a que la privacidad no es una condición complementaria, sino un requisito fisiológico.

Mantener movilidad y control

La libertad de movimiento constituye una condición fisiológica y emocional para el progreso del parto. Las observaciones NAIXEM muestran que la arquitectura puede facilitar o restringir esta movilidad: pasillos estrechos, mobiliario obstructivo o ausencia de apoyos reducen la autonomía de las mujeres (3). Los estudios antropométricos utilizados en el proyecto aportan datos esenciales para diseñar espacios que permitan movilidad espontánea, giros amplios y transporte de material (7).

Diferentes estudios internacionales confirman que el movimiento libre y la posibilidad de adoptar múltiples posturas se asocian con menor necesidad de intervención y mayor satisfacción (1).

Sentirse acompañada y atendida sin vigilancia invasiva

La continuidad asistencial por parte de las matronas constituye un elemento central en el modelo de atención basado en la fisiología. Para que esta continuidad sea efectiva, la arquitectura debe permitir la presencia cercana de las matronas sin generar sensación de supervisión técnica. Las validaciones realiza-

¹ Una *affordance* perceptiva es una posibilidad de acción que un entorno u objeto ofrece y que es directamente percibida por una persona, sin necesidad de razonamiento previo ni instrucciones. El término *affordance* fue introducido por James J. Gibson en el marco de la psicología ecológica. Para Gibson, las *affordances* no son propiedades objetivas aisladas ni interpretaciones subjetivas, sino relaciones entre las características del entorno y las capacidades del cuerpo que percibe. Cuando hablamos de *affordance* perceptiva, enfatizamos que la acción posible se reconoce a través de la percepción, de forma inmediata. Las *affordances* perceptivas son clave porque reducen la carga cognitiva, aumentan la autonomía y permiten que los espacios cuiden a las personas sin imponer comportamientos.

das por NAIXEM indican que la ubicación del puesto de control de las matronas influye directamente en la percepción de seguridad, en el tiempo de respuesta, en la privacidad y en los niveles de ruido y circulación (8).

Los estándares europeos recomiendan visibilidad suficiente, control discreto y evitar configuraciones frontales, ya que estas generan percepción de control institucional más que de acompañamiento (5).

Este equilibrio entre proximidad y discreción es coherente con la literatura sobre diseño de espacios para la práctica profesional de las matronas, que identifica la arquitectura como un factor clave para sostener modelos de atención centrados en la mujer y no intervencionistas (9).

El análisis de edificios de referencia, como Maggie's, Sarah Kubitschek o varios centros desarrollados en Cataluña, identifica estrategias exitosas: puestos integrados en la circulación, volúmenes discretos, transparencia controlada y proximidad sin frontalidad. Estas soluciones permiten una presencia cuidada y disponible sin comprometer la intimidad (4).

2. INTEGRACIÓN DE LAS EVIDENCIAS EN EL DISEÑO ARQUITECTÓNICO DEL EDIFICIO NAIXEM

Las cinco necesidades identificadas de llegada sin estrés, orientación intuitiva, protección de la intimidad, movilidad autónoma y acompañamiento no invasivo, se traducen en decisiones espaciales y constructivas que configuran la arquitectura del edificio NAIXEM. Para ello se expone cómo dichas decisiones se incorporan al proyecto y cómo el proceso iterativo de trabajo basado en prototipos, validaciones y ajustes sucesivos, permitió refinar la solución arquitectónica final.



Figura 1. Acceso principal al Edificio Naixem, con el porche de entrada, patio, y a la izquierda el edificio del Hospital al que se conecta

2.1 Organización general del edificio

La organización del edificio NAIXEM responde a tres principios derivados de la evidencia: orientación intuitiva, gradientes de privacidad y proximidad funcional. Los casos de referencia muestran que las plantas organizadas mediante patios, estructuras en peine o claustro y distribuciones horizontales reducen la complejidad de los recorridos y facilitan la comprensión espacial. Estas estrategias se adoptan en el proyecto NAIXEM para asegurar un movimiento claro y directo a lo largo de todo el edificio (4).

Secuencia de acceso y acogida

El acceso constituye el primer regulador emocional del proceso del parto y determina el tono con el que se inicia la experiencia. La evidencia NAIXEM mostró de manera repetida que la llegada debe ser sencilla, protegida y claramente diferenciada del acceso hospitalario convencional.

Para responder a ello, el edificio NAIXEM incorpora un umbral exterior protegido que reduce el ruido y controla la exposición visual, seguido de una entrada en codo que impide la visión directa del interior desde el espacio público. El área de acogida se diseña con una atmósfera doméstica y está atendida por matronas, funcionando como transición sensorial entre exterior e interior mediante iluminación suave, materiales naturales y ausencia de elementos clínicos visibles. La señalética se mantiene mínima y clara, acorde con el principio de evitar sobrecarga cognitiva.

Los casos internacionales analizados presentan estrategias similares; por ejemplo, en el Sarah Kubitschek Geburtshaus, la llegada se articula mediante un pequeño patio previo que amortigua el ruido y marca un cambio de ritmo antes del ingreso, reforzando el carácter de refugio (4).

Orientación intuitiva

En el edificio NAIXEM, la orientación se apoya en la organización espacial del propio volumen, en la lectura inmediata de accesos y circulaciones, y en el uso de elementos arquitectónicos estables como patios, luz natural y relaciones visuales con el exterior. Estas decisiones evitan recorridos ambiguos, cruces innecesarios y pasillos indiferenciados, y convierten el desplazamiento por el edificio en una experiencia continua y comprensible, coherente con un modelo de parto centrado en la autonomía y la calma.

La evidencia muestra que los entornos con recorridos evidentes, referencias espaciales claras y jerarquías bien definidas permiten a las mujeres moverse con seguridad sin depender de señalización explícita ni de acompañamiento constante. La orientación intuitiva es una condición crítica en un edificio destinado al nacimiento. Durante el trabajo de parto, el dolor está estrechamente vinculado a procesos cognitivos, emocionales y fisiológicos, e implica respuestas mentales complejas como la atención, la evaluación y la interpretación (5). En estas condiciones, el dolor compite por los recursos cognitivos, reduciendo la capacidad para procesar información espacial adicional. En consecuencia, los entornos que requieren una interpretación laboriosa o una toma de decisiones compleja pueden incrementar el estrés y contribuir a una menor sensación de control.

Gradiente de privacidad

El edificio establece un gradiente de privacidad estructurado en tres niveles complementarios. Las **zonas públicas** como el acceso, área de acogida y sala de familias, funcionan como espacios de recepción y adaptación, donde se regula el tránsito entre el exterior y el entorno protegido del centro. A continuación, las **zonas semipúblicas**, compuestas por las circulaciones internas, salas de apoyo y espacios de transición, actúan como un colchón intermedio que distribuye los flujos, amortigua estímulos y prepara la entrada a los espacios de mayor sensibilidad. Finalmente, las **zonas de carácter personal**, como son las salas de nacimiento UTPR y las habitaciones posparto, concentran la actividad asistencial directa y requieren los mayores niveles de aislamiento acústico, control de acceso, control visual y estabilidad ambiental.

Las observaciones del proyecto NAIXEM mostraron que la ausencia o insuficiencia de estas transiciones generaba tensión en las usuarias, incrementaba la sensación de exposición y dificultaba el proceso de “llegada emocional” al parto, un aspecto clave para el inicio fisiológico. El gradiente de privacidad, por tanto, no solo organiza la funcionalidad del edificio, sino que también opera como mecanismo regulador del bienestar y la seguridad percibida (3).

Proximidades necesarias

Las validaciones realizadas con prototipos espaciales NAIXEM mostraron que la eficiencia asistencial y la experiencia de las usuarias dependen en gran medida de las relaciones de proximidad entre funciones clave. Las distancias entre las salas de nacimiento (UTPR), el área de matronas, las salas de apoyo y los espacios exteriores deben ser cortas, directas y libres de interferencias, permitiendo tanto la autonomía de las mujeres como la fluidez del trabajo profesional. En los prototipos donde estas condiciones no se cumplían, las madres expresaron sensación de incomodidad, trayectos confusos o excesivamente largos, mientras que las matronas señalaron ineficiencias operativas, duplicación de recorridos y aumento de la carga física y cognitiva asociada al desplazamiento (9).

Estas condiciones se integran en el diseño definitivo mediante la optimización de distancias funcionales, la reducción de nodos innecesarios y la organización en planta que prioriza la contigüidad espacial de las actividades esenciales. Esta distribución contribuye a minimizar interrupciones, aumentar la disponibilidad profesional y garantizar un entorno donde el movimiento de las usuarias sea más libre, intuitivo y seguro.

La ubicación del puesto de matronas se dispone como una pieza estratégica dentro de la organización del edificio, dado que articula simultáneamente la capacidad de respuesta asistencial y la sensación de intimidad por parte de las mujeres. El proyecto NAIXEM sitúa este puesto en una posición intermedia y no frontal, lo que permite mantener visibilidad suficiente y accesibilidad inmediata sin generar sensación de vigilancia constante. Esta solución busca un equilibrio entre presencia profesional y respeto por el espacio íntimo, de acuerdo con las recomendaciones de los estándares europeos, que insisten en evitar configuraciones elevadas, centralizadas o con dominancia visual sobre las UTPR (6).

Además, el control discreto contribuye a una atmósfera de acompañamiento más que de supervisión técnica, reforzando la autonomía de la mujer y favoreciendo un entorno emocionalmente seguro. La disposición del puesto, combinada con volúmenes discretos y transparencias controladas, asegura que la disponibilidad de las matronas sea perceptible, pero no invasiva, apoyando la continuidad asistencial sin comprometer la privacidad ni la fisiología del parto.

2.2 Condiciones ambientales y sensoriales

El diseño ambiental del edificio NAIXEM se fundamenta en la convergencia entre el conocimiento disponible, las observaciones directas y los análisis comparados de edificios de referencia. La evidencia acumulada muestra que los estímulos lumínicos, sonoros, materiales y naturales no actúan como variables secundarias, sino como determinantes en la percepción de seguridad, la regulación emocional y el sostenimiento de la fisiología del parto. Sobre esta base, el proyecto integra criterios específicos que buscan crear un entorno sensorial estable, protector y coherente con las necesidades del proceso.

Iluminación natural graduable

La luz natural se concibe como un elemento regulador de la orientación espacial, del estado emocional y del ritmo circadiano. No se trata únicamente de iluminar, sino de generar una atmósfera que favorezca la concentración interna. El diseño arquitectónico del edificio, incluyendo su implantación, orientación y los sistemas de protección solar y regulación de la luz natural, evita contrastes bruscos y deslumbramientos, priorizando entradas de luz natural laterales o cenitales que permiten transiciones suaves entre espacios. La posibilidad de graduar la luz contribuye a que las mujeres adapten el ambiente a su fase de trabajo de parto, reforzando sensación de control y bienestar. La iluminación natural de todos los espacios y recorridos se ha cuidado explícitamente en la propuesta final para el edificio NAIXEM. La propuesta coincide con la investigación ya referida realizada por Balabanoff (7).

Acústica

El ruido fue identificado como uno de los principales factores disruptivos en las observaciones NAIXEM, especialmente en zonas donde las circulaciones pasaban próximas a UTPR. La solución incorpora materiales fonoabsorbentes, separación de rutas de servicio y control de fuentes puntuales de ruido, como núcleos de comunicación, zonas de reunión o transición entre zonas, zonas de servicio o aseos, para asegurar un ambiente sonoro estable (3).

Materiales

Según Parra-Müller (11), los materiales cumplen un rol perceptivo decisivo: pueden transmitir domesticidad, seguridad y cercanía, o bien remitir inmediatamente a entornos clínicos. En el edificio NAIXEM se recurre a materiales naturales, con control del ciclo de vida, con texturas suaves, de modo que ayuden a disminuir la ansiedad. Se propone el uso de materiales cuyas emisiones de partículas volátiles estén dentro de los límites regulados en Europa. La selección de los mismos busca equilibrar esta atmósfera doméstica con requisitos

de durabilidad e higiene, integrando soluciones continuas y de fácil limpieza que al tiempo favorezcan la sensación de confort.

Naturaleza

La presencia de naturaleza ya sea en forma de patios, vistas sobre elemento verde, confort climático natural, incluida la ventilación natural y la presencia de vegetación, aparece como un componente significativo en la reducción del estrés en múltiples estudios. Los análisis internacionales revisados muestran que la conexión con el exterior actúa como un regulador fisiológico que ayuda a disminuir la frecuencia cardíaca, facilita pausas respiratorias y contribuye a generar sensación de refugio (4). Esta respuesta positiva a la naturaleza coincide también con la hipótesis de la biofilia, que identifica una afinidad innata entre los seres humanos y los sistemas naturales (11). Por ello, los patios y terrazas con fachadas vegetales permiten entrada controlada de luz, vistas de vegetación y microclimas frescos que favorecen el confort de las personas y dan soporte al proceso del parto.

2.3 Movilidad, ergonomía y accesibilidad

La libertad de movimiento se reconoce como un factor necesario en la fisiología y la experiencia del parto. La literatura científica demuestra que la posibilidad de adoptar múltiples posturas, caminar, balancearse o apoyarse reduce el dolor percibido, favorece la progresión del parto y mejora la autonomía de la mujer (1, 13). Por ello, naturalmente, el diseño de pasillos, salas, aperturas y mobiliario en el edificio NAIXEM se guía por criterios antropométricos y ergonómicos que aseguren seguridad, accesibilidad y eficiencia en la asistencia y el cuidado.

La evidencia antropométrica recopilada por el Instituto de Biomecánica de Valencia (IBV) proporciona parámetros precisos para dimensionar los espacios y se integra en el proyecto mediante: radios de giro adaptados, que permiten el uso de equipos y desplazamiento de personal; espacios amplios para desplazamientos lentos o inestables, que facilitan el movimiento durante el trabajo de parto; baños accesibles, diseñados según criterios de universalidad y proximidad funcional; superficies antideslizantes, que reducen riesgos de caídas; y distancias cortas entre elementos esenciales, garantizando la eficiencia operativa y la autonomía de la mujer (8).

Estos criterios coinciden con las recomendaciones de *BirthSpace* y los estándares europeos, que destacan la necesidad de permitir la libre movilidad, y favorecer un entorno que respalde múltiples posturas y estrategias de afrontamiento (1). La combinación de ergonomía, accesibilidad y diseño funcional asegura que tanto las usuarias como las profesionales puedan moverse adecuadamente en los términos ya expresados, integrando el espacio como un componente activo del proceso de parto (2).

2.4 Seguridad y soporte asistencial sin perder la atmósfera doméstica

La seguridad funcional y el soporte asistencial constituyen criterios fundamentales en el diseño de Centros de Nacimiento, pero su integración debe realizarse sin comprometer la atmósfera no hospitalaria que favorezca el confort de las mujeres en el proceso de parto. La normativa europea y nacional establece

parámetros técnicos necesarios, como doble circulación limpia-sucia, rutas de evacuación bien definidas, accesos de emergencia y ubicación de equipos sanitarios fuera del campo visual directo (14). Estos criterios aseguran tanto la eficacia operativa como la resiliencia ante contingencias, sin introducir estímulos que puedan generar ansiedad o sensación de supervisión constante.

El análisis de casos de referencia, incluidos edificios como Sant Pau y el *Sarah Kubitschek Geburtshaus*, demuestra que es posible compatibilizar las exigencias técnicas con un ambiente doméstico y acogedor (4). La disposición de circulaciones y equipamiento se realiza de manera discreta, integrando funcionalidad, accesibilidad y seguridad, mientras se preserva la percepción de un entorno confortable aparentemente no medicalizado.

3. EL PROCESO DE TRABAJO POR FASES EN EL PROTOTIPO DE CENTRO DE NACIMIENTO EDIFICIO NAIXEM

El diseño del edificio NAIXEM se desarrolló mediante un proceso iterativo en dos fases, orientado a combinar exploración y síntesis de evidencias. La primera fase se centró en prototipos con distintas condiciones arquitectónicas, tipológicas y morfológicas, que permitieron evaluar configuraciones espaciales, privacidad, relación con la naturaleza y control asistencial, mediante documentación gráfica, maquetas y proceso de validación con usuarias y matronas. Tras la fase participativa, el proyecto se centró en un único prototipo para su desarrollo en profundidad, convirtiendo las conclusiones compartidas en decisiones arquitectónicas precisas dentro de una tipología mejor adaptada a los requisitos identificados.

3.1 Fase de concepto: Exploración mediante cuatro prototipos

La primera fase del desarrollo del edificio NAIXEM consistió en la exploración de distintas topologías arquitectónicas o configuraciones espaciales mediante la elaboración de cuatro prototipos arquitectónicos. Estos modelos se diseñaron con el objetivo de evaluar la relación entre funcionalidad, gradientes de privacidad, integración de la naturaleza y posibilidades de control discreto por parte del personal sanitario.

Para la validación, el equipo elaboró documentación gráfica detallada, consistente en un panel por cada prototipo que incluía las plantas previas del edificio, axonometrías explicativas del funcionamiento espacial, esquemas que resumían los conceptos fundamentales a desarrollar o atender, a través de los eslóganes *Matronas al tanto de todo*, *Madres protagonistas*, *Quién tú quieras contigo* y *En medio del jardín*. Además se realizaron otras tantas maquetas conceptuales a escala que permitían observar las diferentes zonas del edificio de una manera directa y sencilla en el proceso de participación.

La finalidad no era generar soluciones definitivas, sino identificar limitaciones, oportunidades y patrones espaciales recurrentes, apoyándose en observaciones directas y en la participación de usuarias y matronas (8).

Los prototipos propuestos, que fueron evaluados por el IBV, son (figura 1):

Prototipo Claustro

El prototipo Claustro se organiza en torno a un patio central, en planta baja y primera, favoreciendo la visibilidad de las estancias desde el puesto de matronas situado en el núcleo del edificio. Esta configuración genera recorridos claramente articulados alrededor del patio, con iluminación natural y conexión visual con espacios ajardinados. La distribución en dos plantas permite separar las zonas públicas de las privadas, garantizando privacidad y autonomía para las usuarias. Los hallazgos en la validación indicaron buena orientación e iluminación, pero evidenciaron la necesidad de controlar los accesos al patio en planta baja y mitigar el riesgo de circulación excesiva alrededor del vacío central.

Prototipo Lineal

El prototipo Lineal plantea un recorrido longitudinal que conecta todas las estancias, en planta baja y primera, con un espacio central destinado a las matronas, lo que facilita la supervisión directa de las UTPR y las habitaciones posparto. Para que la línea no sea excesiva, y para mejorar el control discreto de las matronas, la circulación principal no es solamente una línea, sino que en un extremo es transversal a la dirección principal, de modo que facilita la visión de una parte de las funciones desde el área de matronas. Las fachadas, dotadas de terrazas y ventilación natural, potencian la relación visual con los jardines y maximizan la iluminación de los interiores. Los hallazgos destacaron claridad funcional y trazado de recorridos evidente, pero identificaron pasillos excesivamente expuestos y dificultades para graduar la privacidad.

Prototipo 360°

El prototipo 360° organiza el edificio en planta baja y primera, en torno a un nodo central del que emergen tres módulos independientes, a la manera de un panóptico. Esta disposición permite iluminación y ventilación natural en todas las estancias y facilita la inserción de patios entre módulos. La configuración modular favorece la diferenciación entre áreas públicas y privadas y optimiza las distancias entre funciones. Sin embargo, las observaciones señalaron cierta complejidad estructural y posibles duplicidades en los recorridos, que podrían dificultar la orientación de las usuarias.

Prototipo Aldea

El prototipo Aldea se desarrolla en una sola planta, en planta baja, con estancias distribuidas alrededor de patios interiores que integran vegetación y luz natural, de acuerdo con el esquema en tapete (*mat-building*). El puesto de control y las áreas de descanso del personal sanitario se ubican en el centro, con control discreto sobre las distintas áreas a través de transparencias en patios o de conexión más directa, optimizando los desplazamientos hacia las UTPR y las zonas de consulta. La cubierta incluye espacios ajardinados accesibles para las mujeres embarazadas y sus acompañantes. Los hallazgos indicaron excelente relación con la naturaleza y accesibilidad óptima, pero también una elevada ocupación del suelo que requería mayor compacidad funcional.

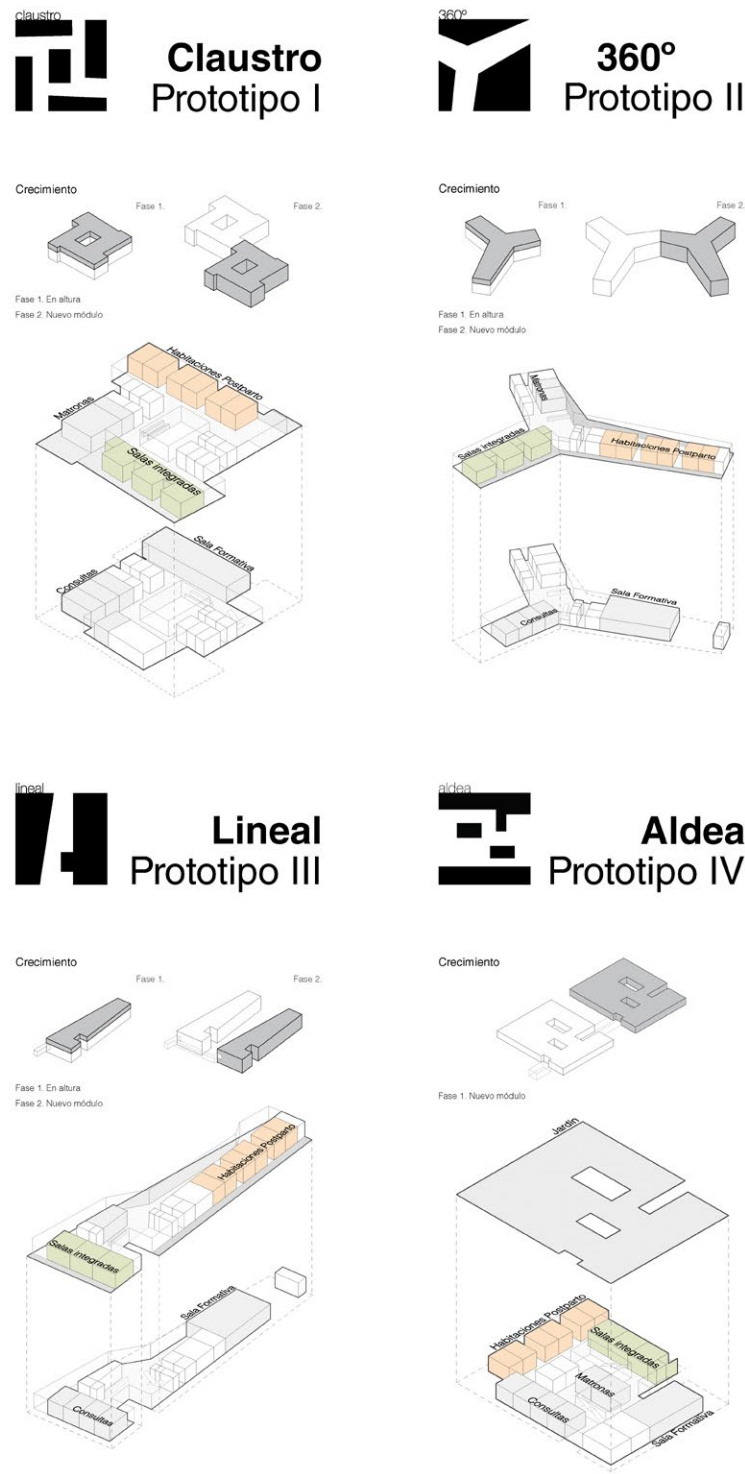


Figura 2. Esquemas de programa y organización de los prototipos para centros de nacimiento en la fase 1 (elaboración propia).

La validación de los prototipos mediante la participación de usuarias y matronas permitió identificar patrones comunes no resueltos completamente por ningún modelo: necesidad de recorridos más claros, integración más eficaz del puesto de matronas, ubicación estratégica de baños y control lumínico más preciso. Estos hallazgos constituyeron la base para la fase siguiente, orientada a sintetizar las mejores cualidades de cada prototipo y ajustar la propuesta final del edificio para garantizar fluidez funcional, privacidad, accesibilidad y confort ambiental, integrando evidencia empírica y criterios de diseño centrados en la experiencia de parto y atención asistencial (9).

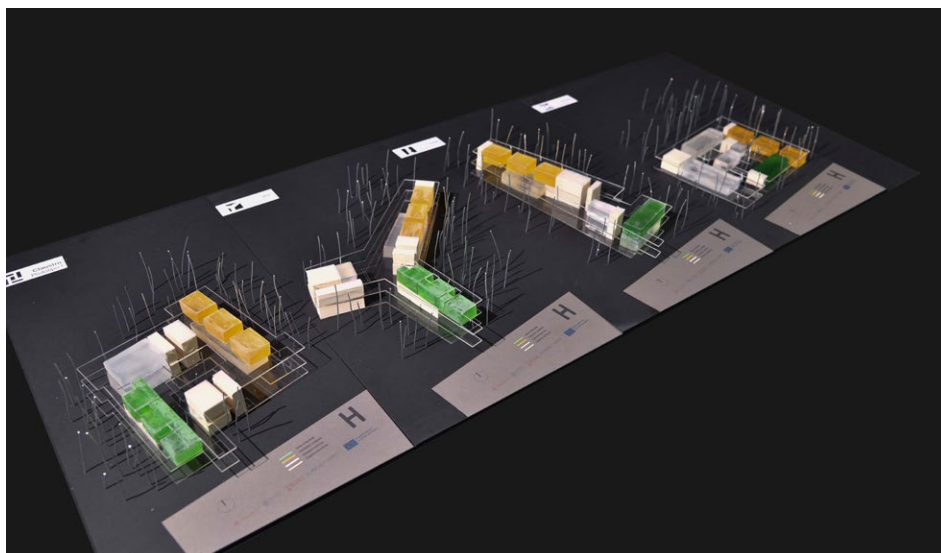


Figura 3. Maquetas conceptuales de los prototipos para centros de nacimiento en la fase 1 (elaboración propia).

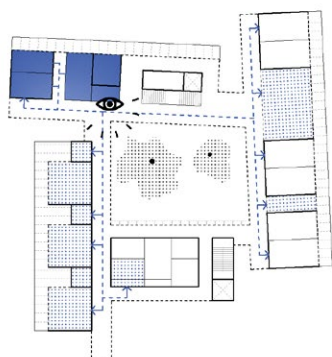
3.2 Fase de diseño inicial: Desarrollo del edificio NAIXEM

A partir de los hallazgos obtenidos en la fase de concepto, y tomando como base el prototipo Claustro, se desarrolló un diseño sintetizado del edificio como Centro de Nacimiento NAIXEM que busca integrar las condiciones favorables de cada tipo. Se combinaron la claridad de los recorridos del prototipo Lineal, la cualidad ambiental y conexión con la naturaleza del prototipo Aldea, y la compacidad funcional del prototipo 360°, además de la orientación y control visual del propio prototipo Claustro.

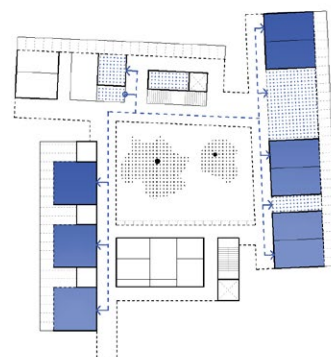
Entre las principales intervenciones destacan la **reconfiguración de las circulaciones** para garantizar recorridos sencillos, comprensibles y accesibles; la incorporación del patio principal y de pequeños patios en los encuentros de cada lado del claustro, que aportan luz natural tamizada y establecen relaciones visuales controladas entre los espacios; el posicionamiento del área de matronas para equilibrar supervisión y discreción; la redistribución de los baños para mejorar accesibilidad y privacidad; así como diversos ajustes orientados al confort y la ergonomía en pasillos, mobiliario y espacios de trabajo.

La estructura general del edificio mantiene el esquema del prototipo Claustro desarrollado en la fase conceptual, organizado en torno a cinco ámbitos principales (acceso, matronas, UTPR, habitaciones de las madres y espacios servidores). Esta disposición permite articular gradientes de privacidad, proximidad funcional y orientación intuitiva, condiciones que se ven reforzadas por una circulación principal de carácter anular en torno al patio central, que además posibilita la existencia de recorridos alternativos.

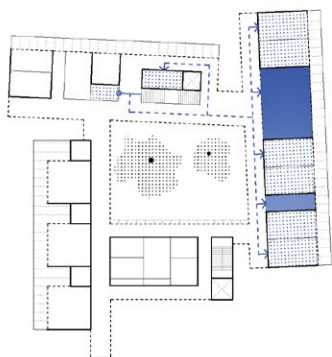
El resultado de esta fase es un edificio acorde con las evidencias documentales y la participación. La síntesis de prototipos permitió conservar los elementos más efectivos de cada tipología, integrando confort ambiental, accesibilidad, seguridad y eficiencia asistencial en un diseño final que responde a los objetivos iniciales planteados, priorizando la experiencia del parto y la autonomía de las usuarias, al tiempo que garantiza la operatividad y bienestar del personal sanitario.



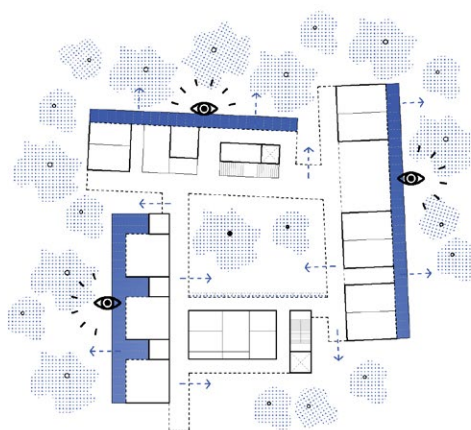
Matronas al tanto de todo
Matronas. Recorridos y estancias



Madres protagonistas
Madres. Recorridos y estancias



Quien tú quieras contigo
Acompañantes. Recorridos y estancias



En medio del jardín
Entorno y espacios exteriores

Figura 4. Esquemas de funcionamiento del edificio NAIXEM en la fase 2.
Planta primera/ principal (elaboración propia)

3.3 Fase final del edificio NAIXEM

La última fase del proceso recogió los aprendizajes derivados de los prototipos y de las validaciones con usuarias y matronas, traduciendo hallazgos en un diseño arquitectónico. El objetivo fue transformar hipótesis espaciales en decisiones concretas que respondieran a las necesidades funcionales, sensoriales y de bienestar, logrando una propuesta aplicable a un Centro de Nacimiento real. Este desarrollo final se estructuró a partir de decisiones arquitectónicas básicas, cada una de estas sustentada en los conocimientos previos, el análisis bibliográfico, la argumentación propia y en la participación.

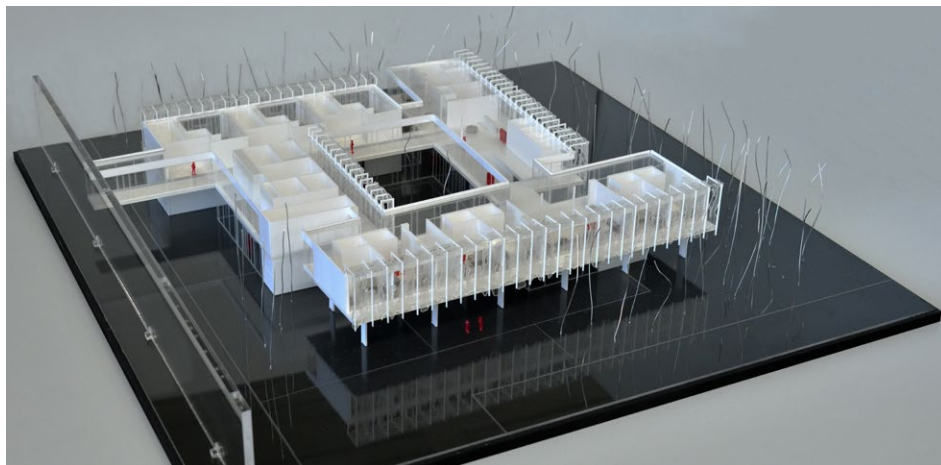


Figura 5. Maqueta de gran formato del edificio NAIXEM, correspondiente a la fase final o fase 3 del proceso de diseño. Elaboración propia

Emplazamiento y ubicación del edificio NAIXEM

El edificio NAIXEM se plantea vinculado o conectado físicamente al hospital de referencia, pero en un edificio diferente, con una implantación propia que permite mantener su identidad, además de un acceso independiente. Esta relación de proximidad garantiza la continuidad asistencial y la seguridad clínica en caso de derivación por razones sanitarias, al tiempo que evita la inmersión directa en la lógica hospitalaria. El emplazamiento se concibe, por tanto, como una posición intermedia: lo suficientemente cercana para asegurar soporte médico inmediato en caso de necesidad y lo suficientemente autónoma para preservar la atmósfera de calma, confort, intimidad y control que requiere el parto como hecho natural.

La elección de un edificio de baja altura (planta baja mas primera planta) y desarrollo próximo al hospital, responde también a criterios de orientación intuitiva y accesibilidad. La planta baja de carácter público facilita recorridos claros, reduce la dependencia de núcleos de comunicación vertical y permite una relación directa con espacios exteriores y patios, especialmente en los usos en el día a día. La planta primera, más tranquila, adquiere un carácter doméstico y sereno. Esta implantación refuerza la legibilidad del conjunto y minimiza la percepción de institucionalización, alineándose con la premisa que señala que

la comprensión inmediata del entorno y la cercanía al exterior mejoran la experiencia de las mujeres durante el trabajo de parto.

Clarificación de circulaciones y orientación

Las validaciones iniciales evidenciaron que la complejidad de los recorridos internos y la ausencia de referencias claras generaban desorientación y ansiedad en las personas usuarias (9).

Para abordarlo, el diseño final reorganiza la planta mediante un esquema de circulación anular en el recorrido principal, fácilmente legible y con recorridos secundarios mínimos, que permite la realimentación de las circulaciones en doble sentido, conexión directa entre acogida, UTPR y posparto, y la incorporación de patios y luz natural como guías perceptivas. El análisis de casos internacionales refuerza estas estrategias: el *Geburtshaus Berlin*, Sant Pau o los *Maggie's Centres* emplean proporciones, luz y vistas hacia el exterior para facilitar la orientación sin necesidad de señalética redundante (4).

Gradiente de privacidad reforzado

El diseño final define un gradiente claro de intimidad, organizado en capas pública, semipública y personal, en respuesta a la evidencia que muestra que los accesos visibles desde los espacios de circulación pueden incrementar el estrés y reducir la sensación de control en las personas usuarias, especialmente en mujeres embarazadas y matronas (15).

Las decisiones incluyen entrada en ángulo y vestíbulo de transición, organización que establece filtros espaciales antes de las UTPR, disposición de salas de apoyo para amortiguar ruido, accesos laterales y no frontales a las salas, y separación visual entre atención asistencial y espacios sociales. Este enfoque coincide con los estándares europeos que subrayan que la privacidad debe lograrse mediante configuración del edificio, no mediante mobiliario, elementos auxiliares o decorativos añadidos (6).

Integración del área de matronas

La ubicación y el diseño del área de matronas buscan garantizar disponibilidad y proximidad sin generar sensación de vigilancia. A partir del proceso de participación NAIXEM, y del estudio de antecedentes, se descartaron mostradores elevados o centrales y se evitó la visibilidad directa desde los accesos a las salas, adoptando una ubicación intermedia con visión indirecta y recorridos cortos (9).

Los casos analizados evidencian estrategias equivalentes: puestos semicerrados, integrados en la circulación y con transparencia controlada que permiten no solo la supervisión, sino también fomentar una relación colaborativa entre las matronas y las madres sin intrusión visual (4).



Figura 6. Edificio NAIXEM, planta primera. Zona de estar de visitantes junto a las habitaciones posparto, con el patio central a la izquierda y el área de matronas al fondo de la imagen. Elaboración propia.

Articulación mediante patio/s y espacios exteriores

La inclusión del patio central y de patios secundarios en los encuentros de los tramos rectos del edificio se fundamenta en criterios funcionales y de confort, regulando el clima interior, la iluminación, ventilación, orientación y bienestar. Las usuarias y matronas valoraron su presencia como apoyo durante el parto (3).

La bibliografía también da soporte a estas decisiones de proyecto: Parra-Müller recomienda la integración de naturaleza para reducir ansiedad y favorecer intimidad (11); *BirthSpace* elementos naturales (1) destaca la importancia de vistas hacia elementos naturales; Ulrich también apunta que las vistas de naturaleza reducen estrés fisiológico medido (16); y Balabanoff ambiente de calma (7) indica que la luz natural modula la percepción del tiempo y por lo tanto favorece un ambiente de calma.

La incorporación de patios, ventilación, vegetación e iluminación natural se alinea con la lógica del control de las condiciones del medio a través de los recursos de la arquitectura sostenible, como criterio fundamental en el desarrollo de proyecto. Además, también coinciden con los criterios asociados a la denominada biofilia, que señalan que la exposición directa o indirecta a la naturaleza en los edificios sanitarios mejora el confort, la orientación y la percepción de seguridad de las personas usuarias (17).

Optimización ergonómica y funcional

Los parámetros antropométricos indicados por el IBV guiaron el dimensionamiento de pasillos, radios de giro, ubicaciones de baños y superficies de apoyo, garantizando movilidad lenta, acompañada y segura, así como transporte de



Figura 7. Edificio NAIXEM, planta baja: porche de acceso con la entrada, a la derecha, y patio central arbolado, al fondo. El patio puede ser cerrado para usos propios de las actividades del centro, cuando se considere. Elaboración propia.

material sin invadir áreas íntimas (8). Los estándares del Ministerio (14) permiten flexibilidad en la configuración siempre que se aseguren continuidad asistencial, seguridad y rutas limpias. Esta aproximación permitió que el edificio mantuviera un cierto ambiente doméstico y confortable, sin recurrir a soluciones hospitalarias que manifestasen lo sanitario (8).

Selección de materiales y sistemas constructivos coherentes con el planteamiento global del proyecto

La propuesta constructiva del Edificio NAIXEM persigue el empleo de técnicas acordes con la sostenibilidad. El contacto con el terreno se resuelve mediante una estructura robusta de hormigón en planta baja, sobre la que se dispone una estructura ligera de madera en planta primera, con una envolvente -fachadas y cubierta- que incorpora la vegetación. El uso del hormigón en contacto con el suelo responde a criterios de durabilidad, inercia térmica, estabilidad estructural y capacidad de adaptación a lo largo del ciclo de vida del edificio, especialmente en un contexto sanitario. Esta base permite asumir cambios futuros de uso o redistribuciones interiores sin comprometer el rendimiento estructural ni funcional del edificio.

La planta superior se resuelve mediante estructura de madera, reduciendo la huella de carbono incorporado, acortando tiempos de ejecución y aportando cualidades ambientales favorables en términos de confort en todos los sentidos. Esta solución se complementa con una cubierta y fachadas vegetales, que actúan como dispositivos climáticos y de salud: mejoran el comportamiento térmico, contribuyen a la regulación higrotérmica, incrementan la biodiversidad y refuerzan la relación visual con la naturaleza. En conjunto, el sistema constructivo prioriza una lógica de sostenibilidad basada en el ciclo de vida, la descarbonización progresiva y el uso consciente de materiales, evitando soluciones agresivas innecesarias y alineándose con los principios de la *New European Bauhaus*, sostenibilidad, belleza e integración ambiental (18).

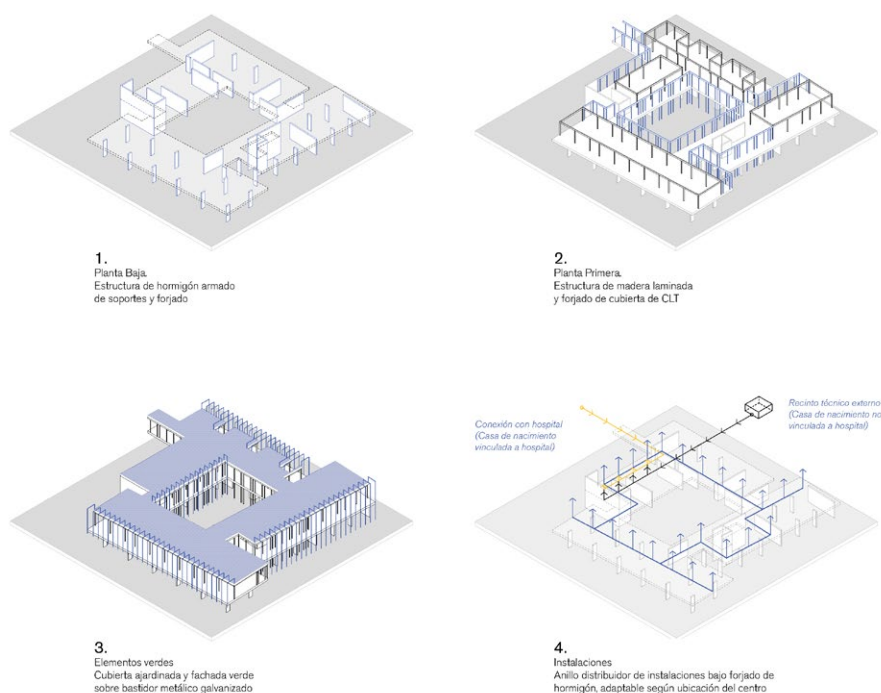


Figura 8. Esquemas del proceso constructivo y materiales del edificio NAIXEM (elaboración propia).

Criterios de crecimiento y adaptabilidad

El edificio NAIXEM se plantea desde su origen como una infraestructura capaz de adaptarse a cambios en la demanda asistencial sin perder coherencia espacial ni calidad ambiental. El primer criterio de crecimiento previsto es la posibilidad de añadir una planta adicional sobre la estructura existente. La solución estructural de hormigón en planta baja y madera en plantas superiores se dimensiona para admitir esta ampliación vertical de manera controlada, garantizando la continuidad de las circulaciones, la estabilidad estructural y el mantenimiento de los gradientes de privacidad. Este crecimiento en altura permite incrementar capacidad sin ocupar más suelo ni alterar la relación con los espacios exteriores ya consolidados.

El segundo criterio contempla la repetición modular de unidades funcionales, mediante extensiones horizontales del edificio. La organización en torno al patio y la claridad del esquema claustral permiten replicar módulos completos manteniendo las mismas condiciones de orientación, proximidad funcional y relación con la naturaleza. Este crecimiento por agregación asegura que cada nueva unidad conserve los estándares espaciales, ambientales y asistenciales definidos en el modelo NAIXEM, evitando soluciones ad hoc o degradaciones progresivas del proyecto original. En conjunto, ambos criterios, crecimiento en altura hasta una segunda planta y crecimiento por repetición, refuerzan la resiliencia del edificio y su capacidad de responder a escenarios futuros sin comprometer los principios arquitectónicos que persiguen colaborar en la experiencia del nacimiento.



Figura 9. Planta baja y alzado principal del edificio NAIXEM, correspondientes a la fase final de diseño. Elaboración propia

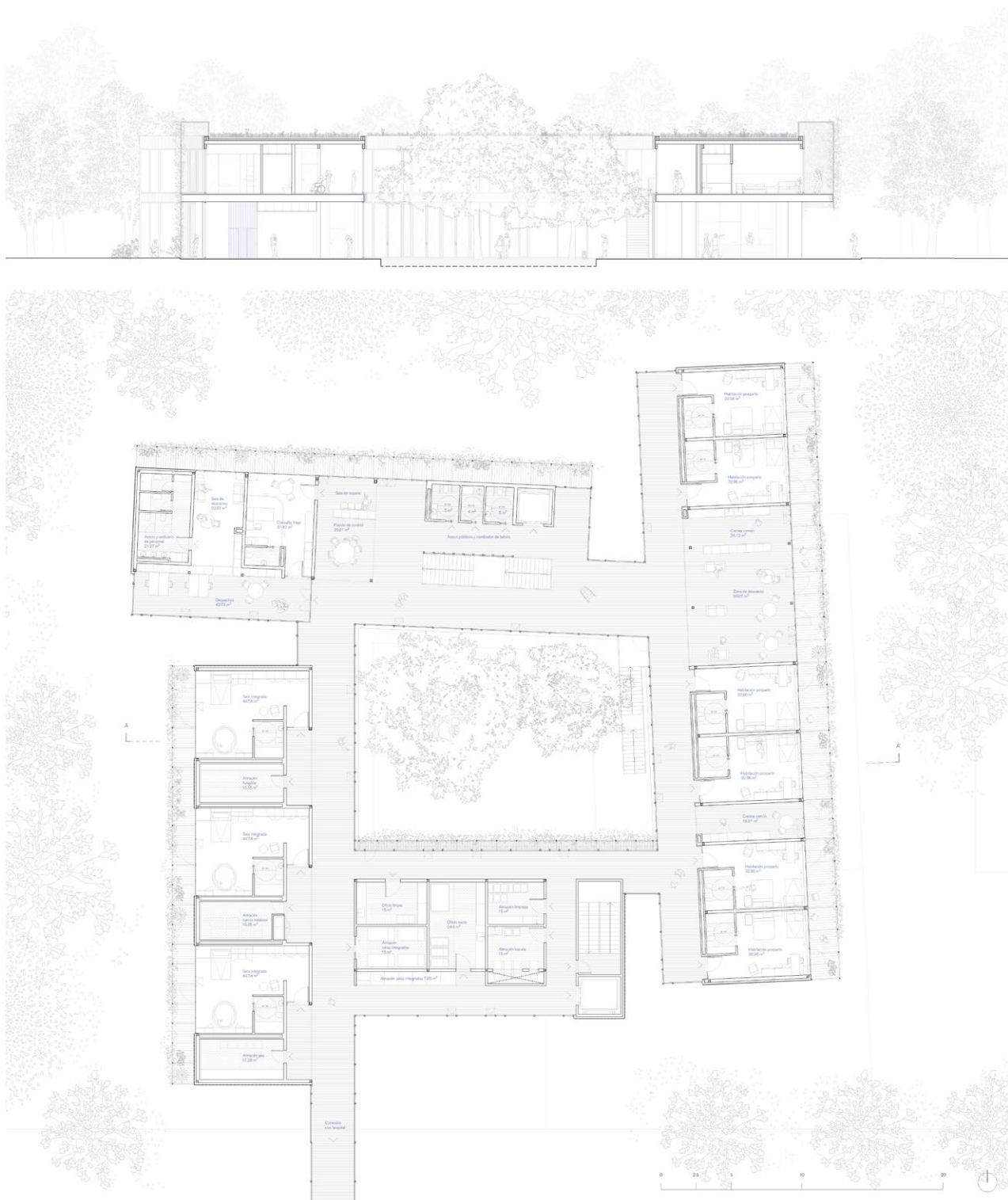


Figura 10. Planta primera y sección del edificio NAIXEM, correspondientes a la fase final de diseño. Elaboración propia

4. CONCLUSIONES

El edificio NAIXEM se ha desarrollado como una arquitectura explícitamente orientada a las necesidades fisiológicas, emocionales y sociales del parto. El proceso iterativo de investigación que combinó observaciones de campo, análisis arquitectónicos comparados, desarrollo de prototipos y validaciones con usuarias y matronas, permitió identificar patrones espaciales y constructivos que favorecen bienestar, autonomía, acompañamiento efectivo y seguridad durante todo el proceso de nacimiento (3, 9, 15).

El conocimiento disponible y los estándares internacionales confirman que el entorno construido influye directamente en la progresión del parto, la percepción del dolor, la activación emocional y la participación activa de la mujer (1, 6). En este sentido, cada decisión arquitectónica, desde los umbrales y las circulaciones hasta los patios, la luz natural, la acústica, los materiales y la integración de la naturaleza, se concibe como un componente activo del ecosistema asistencial, modulando la fisiología y la experiencia emocional del parto.

El edificio final se entiende como una estructura de cuidado integral. Las intervenciones espaciales responden a necesidades fundamentales: llegada sin estrés, orientación intuitiva, preservación de la intimidad, libertad de movimiento y activación, presencia discreta de las matronas y regulación emocional mediante la naturaleza. Estas decisiones se traducen en estrategias tangibles que integran evidencia científica, antropometría, diseño sensorial y criterios de seguridad (7, 11).

Por otra parte, esta aproximación se alinea de forma directa con las líneas de trabajo propuestas en la *Guía para la incorporación de la perspectiva de género en las actuaciones urbanas de la Comunitat Valenciana*, al situar la experiencia cotidiana, los cuerpos y los cuidados en el centro de las decisiones espaciales. El edificio NAIXEM materializa estos principios al reconocer el nacimiento como un proceso atravesado por desigualdades históricas en la atención, la autonomía y el reconocimiento del saber de las mujeres, al responder mediante una arquitectura que prioriza accesibilidad, seguridad percibida, intimidad, legibilidad espacial y soporte a los trabajos de cuidado. De este modo, la propuesta traslada al ámbito arquitectónico y sanitario los criterios de equidad, centralidad de la vida cotidiana y corresponsabilidad que la guía identifica como fundamentales para una actuación con perspectiva de género, demostrando que dicha perspectiva es un marco operativo capaz de transformar de manera concreta los espacios donde se desarrollan procesos vitales esenciales (19).

Finalmente, el edificio del Centro de Nacimiento NAIXEM se ha desarrollado incorporando en el proyecto todas las variables descritas, como parte misma de la acción de proyectar, por lo que las condiciones de las madres, del personal sanitario, etc. son integradas como parte de la propuesta. Al tiempo, y en coherencia con la misma lógica, las condiciones referidas a la sostenibilidad son parte esencial del edificio. Por tanto, el edificio del Centro de Nacimiento NAIXEM se ha pensado como un soporte espacial y organizativo que facilita el trabajo de las matronas y el desarrollo del modelo de cuidados continuados, contribuyendo a generar un entorno coherente con el cuidado de todas las personas y con el cuidado de nuestro entorno.

5. AGRADECIMIENTOS

El desarrollo de este trabajo en su fase inicial ha contado con la colaboración de René Garzón, arquitecto y estudiante MAAPUD. El desarrollo de la fase final ha contado con la colaboración de Sergio Pérez Quílez, arquitecto y María Ruíz González, arquitecta.

También agradecemos la implicación constante en todo el proceso de la matrona y doctora Soledad Carreguí, responsable del proyecto NAIXEM, así como de la doctora Amparo López Vicente y Ricard Barberá del IBV.

La investigación ha sido realizada el marco del proyecto “Estrategias y modelos para la mejora de la seguridad, funcionalidad y experiencia del usuario en Centros de Nacimiento” (GVA. INNEST/2023/93). Proyectos Estratégicos en Cooperación, financiado por la Unión Europea en el marco del Programa Fondo Europeo de Desarrollo Regional (FEDER) Comunitat Valenciana 2021-2027.

6. BIBLIOGRAFÍA

A continuación se presenta la bibliografía utilizada en el capítulo, combinando evidencia internacional, estándares oficiales, documentos NAIXEM y marcos institucionales de perspectiva de género.

1. Jenkinson B, Josey N, Kruske S. BirthSpace: An evidence-based guide to birth environment design. Brisbane: Queensland Centre for Mothers & Babies, University of Queensland; 2014.
2. Rocca-Ihenacho L, Batinelli L, Thael S, Rayment J, Newburn M, McCourt C. Midwifery unit standards [Estándares Europeos para Centros de Nacimiento]. Midwifery Unit Network, editor. London: Midwifery Unit Network; 2018. NAIXEM. Informe E2.2. Conceptos y criterios para el diseño. Valencia; 2024.
3. NAIXEM. Documento de análisis: Edificio, espacios y mobiliario. Valencia; 2024.
4. Whitburn LY, Jones LE, Davey MA, Small R. The meaning of labour pain: how the social environment and other contextual factors shape women's experiences. BMC Pregnancy Childbirth. 2017 May 30;17(1):157. doi:10.1186/s12884-017-1343-3.
5. European Midwives Association. European standards for midwifery-led units. Brussels: European Midwives Association; 2019.
6. Balabanoff D. Light and embodied experience in the reimagined birth environment. Doctoral thesis. Dublin: University College Dublin; 2017.
7. NAIXEM, Instituto de Biomecánica de Valencia (IBV). E1.4. Requisitos de antropometría y ergonomía para Centros de Nacimiento. Valencia; 2024.
8. NAIXEM. Informe E2.4. Validación del diseño inicial. Valencia; 2024.
9. Hammond A, Homer CSE, Foureur M. Friendliness, functionality and freedom: design characteristics that support midwifery practice. Midwifery. 2017;49:133–138.
10. Parra-Müller A, Müller A. Arquitectura integral de maternidades. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2008.
11. Wilson EO. Biophilia. Cambridge (MA): Harvard University Press; 1984.
12. Foureur M, Davis D, Fenwick J, Leap N, Iedema R, Forbes I, Homer CSE. Creating birth space to enable undisturbed birth. Midwifery. 2010;26(4):394–403.
13. Ministerio de Sanidad y Política Social. Maternidad hospitalaria: estándares y recomendaciones. Madrid: Ministerio de Sanidad; 2009.
14. NAIXEM. Informe E1.2. Observación de centros y maternidades. Valencia; 2024.

15. Ulrich RS. View through a window may influence recovery from surgery. *Science*. 1984;224(4647):420–421.
16. Kellert S, Heerwagen J, Mador M. *Biophilic design: the theory, science, and practice of bringing buildings to life*. Hoboken: Wiley; 2008.
17. European Commission. *The New European Bauhaus*. Communication from the Commission to the European Parliament, the Council, the European Economic and Social Committee and the Committee of the Regions. COM (2021) 573. Brussels: European Commission; 2021.
18. Álvarez Isidro EM, Gómez Alfonso CJ. *Guía para incorporar la perspectiva de género en actuaciones urbanas* Comunidad Valenciana. Valencia (Spain): Generalitat Valenciana; 2021. 137 p.

Capítulo 9

Criterios arquitectónicos para espacios interiores: sala de nacimiento y habitación posparto



El traslado a la habitación en planta fue un momento brusco y con cierto grado de estrés. La intimidad y la magia que habíamos construido en la sala de partos se disolvió en el ajetreo de los pasillos del hospital.

- Madre participante en Naixem

Autoras/es:

Javier Cortina, María José Mas, Ana Torres, Juan Serra (Universitat Politècnica de València).

Imagen portada de capítulo: Fragmento del diseño final de la habitación posparto (elaboración propia)

199	1. SALA DE NACIMIENTO
199	1.1 Un único espacio para todo el proceso de nacimiento
199	1.2 Requisitos funcionales de una sala de nacimiento
204	1.3 Requisitos de percepción subjetiva de una sala de nacimiento siguiendo el modelo CASIA
209	2. HABITACIÓN POSPARTO
209	2.1 Un espacio arquitectónico que difiere de una habitación hospitalaria
210	2.2 Requisitos funcionales de una habitación posparto
216	2.3 Requisitos de percepción subjetiva de una habitación posparto siguiendo el modelo CASIA
220	3. CONCLUSIONES
220	4. AGRADECIMIENTOS
221	5. BIBLIOGRAFÍA

1. SALA DE NACIMIENTO

1.1 Un único espacio para todo el proceso de nacimiento

En el actual modelo sanitario español, las maternidades hospitalarias (MH) suelen diseñarse siguiendo un modelo secuencial, en el que diversos espacios arquitectónicos se suceden de forma diferenciada para responder a las distintas etapas del proceso de parto: salas de dilatación, paritorios, salas de recuperación posparto y sala de maternidad/puerperio. Sin embargo, en otros países como Estados Unidos y el Reino Unido, el sistema más común es una MH con un modelo integrado, de modo que en un único espacio arquitectónico denominado Unidad de Trabajo de Parto, Parto, Alumbramiento y Recuperación (UTPR), se desarrolla todo el proceso del nacimiento, favoreciendo una mayor comodidad y privacidad para las mujeres y sus acompañantes. A estas UTPR se las conoce también como *salas de nacimiento*. En el caso de las salas de nacimiento para partos de baja intervención en la sanidad pública española, se espera que madre y recién nacido permanezcan en esta sala hasta el momento de la adaptación al entorno extrauterino, el contacto piel con piel y la finalización de la primera toma, así como la fase de recuperación materna, que puede extenderse durante una o dos horas para, posteriormente, ser trasladados a una *habitación posparto* (1).

La *sala de nacimiento* parece ser el espacio arquitectónico adecuado para favorecer el parto normal en el caso de embarazos de baja complejidad; su diseño debe responder tanto a necesidades funcionales como sensoriales (2). Las primeras se refieren a los requisitos espaciales relacionados con el funcionamiento y dimensionado adecuados de los elementos que intervienen, a nivel técnico y ergonómico, mientras que las segundas se refieren a la evaluación subjetiva de los espacios alineados con el modelo CASIA y que pueden favorecer o dificultar el parto. Es evidente que la verdadera funcionalidad de una sala de nacimiento no está garantizada si no responde a las necesidades sensoriales indicadas, especialmente en el caso del parto normal.

1.2 Requisitos funcionales de una sala de nacimiento

Una sala de nacimiento debe dar respuesta funcional y contener los equipamientos adecuados a cada uno de los momentos del proceso del nacimiento: trabajo de parto, parto, alumbramiento y contacto piel con piel. Las dimensiones de estos espacios y la disposición del equipamiento deben ser tales que favorezcan el trabajo de los profesionales sanitarios, así como respondan a los requerimientos subjetivos del modelo CASIA. Las principales zonas funcionales que debe contener una sala de nacimiento son (figura 1):

- *Zona de acceso*, que debe actuar como un filtro entre el espacio interior de la sala, íntimo y privado, y el espacio exterior a ella, con carácter público. En esta zona se puede ubicar el espacio necesario para el almacenamiento de los enseres de la mujer y su acompañante.
- *Zona dinámica*, que comprende la mayor parte del espacio de la sala de nacimiento. En este espacio la mujer debe poder caminar y realizar el trabajo de parto ayudándose del equipamiento destinado a ello: espaldera, liana, pelota suiza, elementos modulares, etc.
- *Zona de descanso* destinada al descanso puntual de la mujer y su acompañante. En la sala de nacimiento existirá un sillón reclinable y se recomienda la existencia de una cama que pueda ser retirada. En el proyecto NAIXEM se recomienda como modelo óptimo disponer una cama doble abatible, que pueda quedar oculta en el perímetro de la sala y no entorpecer el movimiento de la mujer en fase de dilatación.
- *Zona húmeda*, que es aquella donde se encuentra la bañera en la que se producirán los partos en el agua. Como resultado del proyecto NAIXEM se ha diseñado una bañera obstétrica basada en criterios ergonómicos que ha sido objeto de registro intelectual.
- *Baño integrado* con lavabo, inodoro, ducha y bidet, para higiene personal y donde la madre podrá aliviar su dolor utilizando el poder analgésico del agua caliente.

Respecto a las dimensiones y superficies más adecuadas para cada una de estas zonas, en fase de concepto se estudiaron y validaron sus valores con arreglo a tres posibles geometrías en planta: cuadrada, rectangular y en forma de L. Se considera óptima una superficie total de 45 m² con cuarto de baño incluido, si



Figura 1. Zonas funcionales en una sala de nacimiento identificadas en fase de concepto (elaboración propia).

bien una buena distribución puede alcanzarse a partir de los 35 m² (figura 2). Esto es coherente con las recomendaciones de *Australian Health Infrastructure Alliance*, que recomienda 40,50 m² para una UTPR con bañera obstétrica más 7 m² para el cuarto de baño integrado.

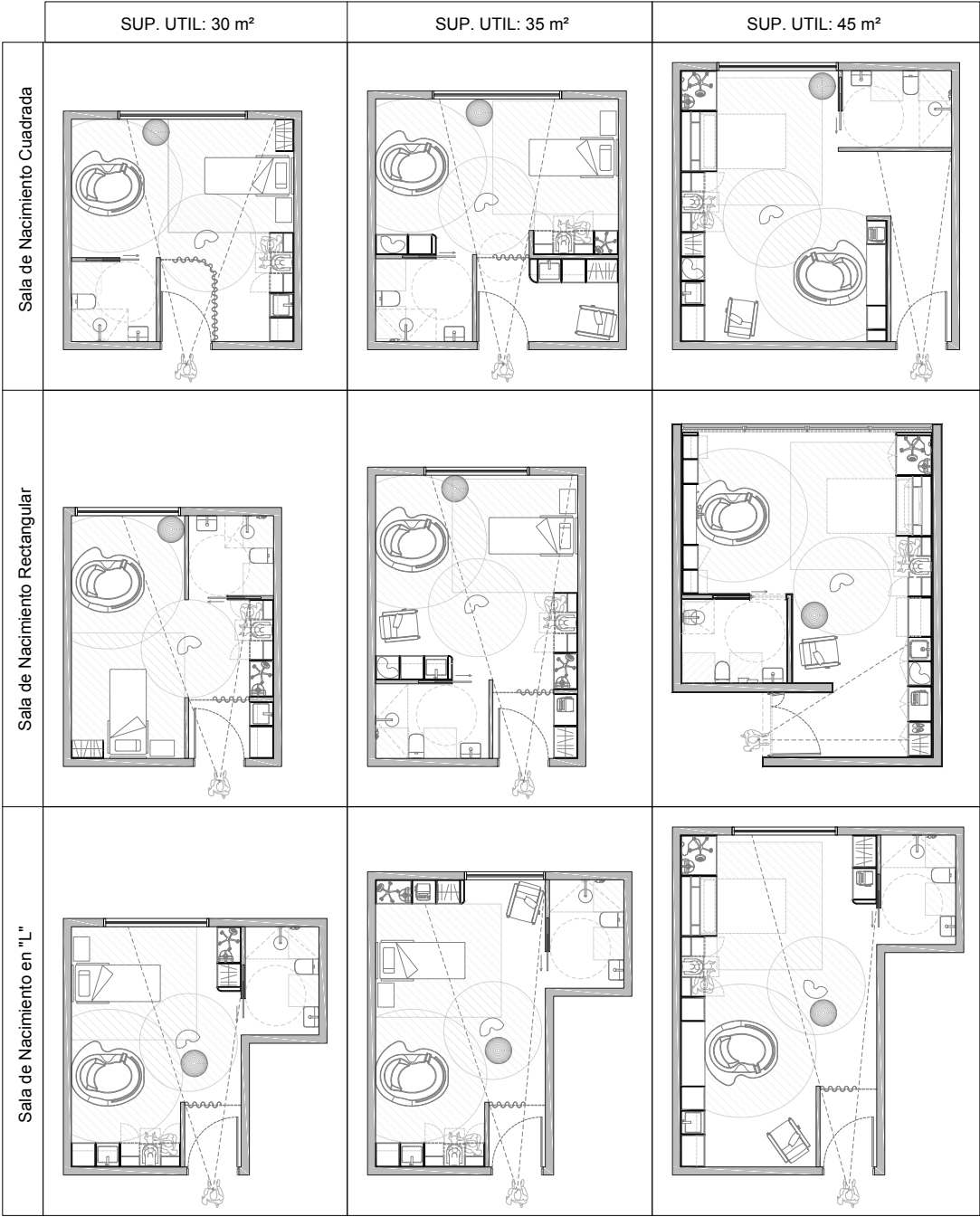


Figura 2. Esquemas de organización funcional de la sala de nacimiento según la geometría en planta (cuadrada, rectangular y en forma de L) y la superficie útil (30, 35, 45 m²) (elaboración propia)

La importancia de disponer de un filtro de separación entre la sala de nacimiento y el pasillo ha demostrado ser un elemento clave, como ya señalaban estudios anteriores (3), resultando como solución óptima aquella que dispone de una entrada en forma de L para evitar visuales directas si la puerta queda abierta. Las soluciones de filtros intermedios del tipo textiles o paneles, así como disponer de una antesala no han resultado siempre bien valorados en nuestro estudio, aunque son recursos señalados a menudo en la literatura (4). La entrada en L deberá tener una anchura de paso libre y giro mínima de 1,60 m para asegurar el movimiento de una camilla obstétrica en caso de requerir un traslado urgente (figura 3).

Respecto a la *zona húmeda* ($\approx 10 \text{ m}^2$), se recomienda disponer de un mueble cercano a la bañera, donde las matronas puedan disponer los materiales de apoyo. Se recomienda un espacio libre alrededor de la bañera de 1 m de anchura para facilitar el acceso de la madre y la movilidad de matronas y personal sanitario. Estas indicaciones son coherentes con las recomendaciones habituales en la literatura especializada, que prestan atención a la facilidad de acceso a la bañera y recomiendan colocarla en un rincón protegido o junto a la pared lateral de la habitación (2, 4–6).

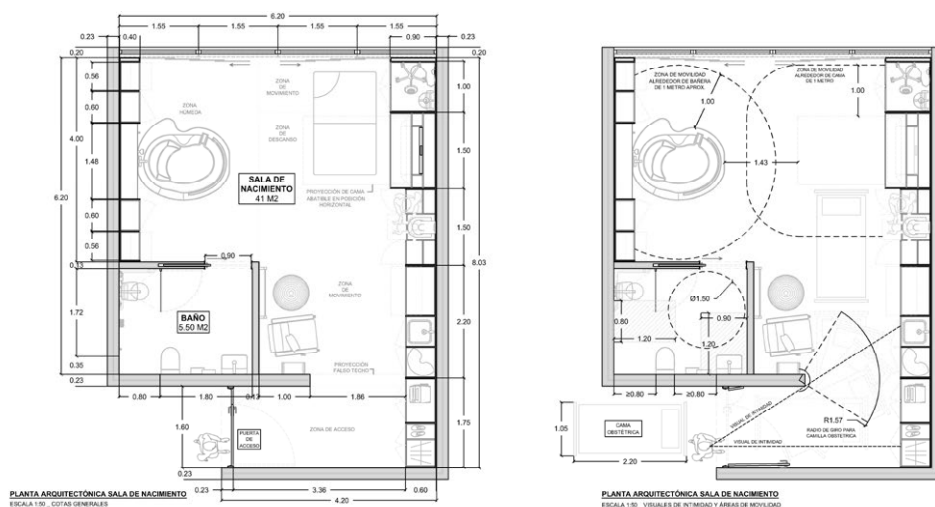


Figura 3. Diseño final de la sala de nacimiento NAIXEM, con indicación de las especificaciones técnicas y dimensionales (elaboración propia)

Respecto a la *zona dinámica*, se recomienda equiparla con una espaldera, pelota obstétrica, liana que pueda ubicarse sobre la bañera, así como elementos de apoyo tipo *puff* o modulares. Otras investigaciones han insistido en la importancia de que las salas de parto sean espaciosas y cuenten con un espacio libre para fomentar la movilidad de las mujeres (3, 7). Nuestra recomendación de 20 m^2 coincide con estudios previos que indican que las superficies libres inferiores a 14 m^2 son insuficientes (7).

La *zona de descanso* de la madre y el acompañante corresponden al espacio del sillón y, opcionalmente, la cama. En el caso de disponer una cama, los participantes en nuestro estudio consideran óptimo que sea abatible y que quepan

dos personas, para recibir apoyo del acompañante. Conviene evitar que la cama sea protagonista del espacio o tenga aspecto hospitalario, pudiendo optarse por disponer de cama con ruedas almacenada en un espacio contiguo o cercano a la sala de nacimiento por si se precisa el traslado a la unidad obstétrica o quirófano. Un lugar para el acompañante y sus necesidades físicas es una característica importante indicada en estudios previos (8, 9), que debe poder estar cercano a la madre y evitar entorpecer el trabajo de las matronas (10).

El *cuarto de baño integrado* óptimo tendrá una superficie mínima de 5,5 m², contará con el acceso desde la sala de nacimiento, preferiblemente junto a la zona húmeda, y estará equipado con lavabo con espejo, inodoro, bidet y ducha. Se dimensionará asegurando las distancias libres necesarias para ser usado por personas con movilidad reducida, con un círculo inscrito de 1,5 m y distancias de 80 cm para transferencia a ambos lados del inodoro. Se recomienda mampara en la ducha para evitar salpicar el resto de los aparatos, con acceso suficiente para dos o más personas. Estas indicaciones son similares a las recomendadas por otros autores (3, 4).

Las *zonas de almacenaje* serán generosas, para poder ocultar todo el material y equipamiento necesario, dejar diáfana la sala y facilitar la libertad de movimiento de madres y matronas, como se recomienda en otros estudios (11). Además, dispondrán de un sistema de organización que asegure el orden en los interiores. La solución óptima plantea espacios de almacenaje para: enseres personales de la madre y acompañante ($\approx 0,6 \times 0,9$ m); espacio para materiales de limpieza, quirúrgicos y sanitarios ($\approx 2,2 \times 0,6$ m); espacio para almacenaje de material auxiliar para parto en bañera ($\approx 4 \times 0,6$ m); armario para lámpara quirúrgica móvil, taburete obstétrico, balón de partos y bombona de gases para alivio del dolor ($\approx 1 \times 0,9$ m). Otros elementos propios de un espacio quirúrgico quedarán ocultos a la vista como el instrumental de monitorización ($\approx 0,6 \times 0,9$ m), la cuna de reanimación ($\approx 1,5 \times 0,6$ m), la cama ($\approx 1,5 \times 0,9$ m) y las tomas de gases (figura. 4). Otros estudios sugieren que el uso de equipos innecesarios no mejora la satisfacción de las usuarias de servicios de maternidad en embarazos y partos sin complicaciones (12).

Respecto a la *cuna de reanimación*, se asegurará que no tenga un lugar protagonista en la sala, considerándose la solución óptima aquella en la que queda escondida en un armario ($\approx 1,5 \times 0,6$ m). La cuna debe contar con todos los requisitos técnicos esperados y disponer de un espacio libre perimetral de 0,8 m que permita el acceso del personal asistencial.



Figura 4. Diseño final de la sala de nacimiento, en la que se observa la zona húmeda, con la bañera obstétrica y los elementos auxiliares requeridos para dar apoyo a la madre durante el parto (elaboración propia)

1.3 Requisitos de percepción subjetiva de una sala de nacimiento siguiendo el modelo CASIA

La impresión general de un espacio es más importante que sus características físicas particulares (8), de modo que la sala debe permitir que la usuaria pueda estimular sus cinco sentidos, como se reclama en otros estudios (rev. lit. en 4 y 13) y la madre deberá poder adaptar dichas condiciones sensoriales del entorno a sus propias necesidades (3, 14) (figura 5). El objetivo es que el diseño responda a las necesidades subjetivas identificadas en NAIXEM con el acrónimo CASIA (tabla 1).

Respecto a la acústica, la sala estará perfectamente insonorizada y contará con hilo musical personalizable, una característica indicada como estadísticamente significativa (15). Respecto a la temperatura del aire y el agua de la bañera, permitirá un control autónomo de cada una de ellas e independientes del resto del hospital, asegurando que no haya cambios bruscos de temperatura. Respecto a las cuestiones hápticas, se facilitarán distintas texturas de los materiales de acabado, que no sean excesivamente satinados ni de temperatura fría al tacto y se facilitará la presencia de elementos textiles. Respecto a la iluminación, se asegurará que exista luz natural (7, 16), que podrá regularse con filtros en las ventanas, del mismo modo que podrá graduarse la intensidad de las luces artificiales, que serán puntuales y regularizables en cada zona (húmeda, dinámica, descanso). La sala de nacimiento contará con iluminación ambiental y para orientación tenue. Considerando otros aspectos visuales, se dispondrán elementos que resulten cotidianos, como cojines, plantas, imágenes de la naturaleza o la infancia, elementos textiles, etc. (8).



Figura 5. Aspecto de la sala de nacimiento al atardecer con iluminación artificial que identifica las distintas áreas funcionales (elaboración propia)

Respecto a los colores, los mayoritarios serán de valor alto y poca saturación, próximos al blanco (p. ej. NCS S1505-Y10R), combinados con maderas naturales y colores algo más cromáticos u oscuros (p.ej. roble y S3005-Y), disponiendo los colores acento más cromáticos en elementos puntuales (p.ej. S3010-B70G), en coherencia con las indicaciones de estudios similares (rev. lit. en 4 y 6). En todo caso, dominarán los matices suaves y se evitarán tonos rojos y verdes que estén vinculados a una estética hospitalaria (17) (figura 6).

Por último, con respecto a la conexión con la naturaleza, la sala de nacimiento óptima tendrá una vinculación visual y física con el exterior, permitiendo que la madre pueda salir durante la dilatación. Se asegurará la presencia de vegetación en el exterior como solución óptima, o al menos con representaciones de elementos naturales en el interior, así como se empleará madera con acabado natural. Estudios anteriores han indicado que la característica física más demandada en la sala de partos era la ventana, el acceso al aire fresco y la luz natural y la posibilidad de ver la naturaleza que hay fuera de la habitación (8).



Figura 6. Diseño final de la sala de nacimiento, en la que los equipamientos técnicos correspondientes a la zona de descanso y cuna de reanimación quedan escondidos a la vista (elaboración propia)

Tabla 1. Rúbricas de evaluación del diseño de una sala de nacimiento basada en el modelo CASIA

SALA DE NACIMIENTO				
	CUESTIONES A CONSIDERAR	DISEÑO ÓPTIMO	DISEÑO INTERMEDIO	DISEÑO INADECUADO
CONFORT	¿La dimensión de la sala permite distinguir varias zonas para desarrollar las distintas fases de trabajo de parto, parto y recuperación?	Existen distintas zonas donde desarrollar las diferentes fases del nacimiento	La dimensión de la sala sólo permite distinguir dos zonas	La dimensión de la sala no permite no permite distinguir zonas para las distintas fases del parto
	¿Dentro de la sala de nacimiento existen distintos espacios para las distintas modalidades de parto?	En la sala existe bañera de partos, cama y taburete obstétrico para las distintas modalidades de parto	En la sala existe bañera para partos en el agua, y cama para partos fuera del agua	En la sala no existe bañera para partos en el agua
	¿La sala ofrece visuales hacia un espacio natural exterior?	La sala ofrece visuales hacia un espacio natural exterior a través de un paramento acristalado	La sala ofrece visuales hacia un espacio natural exterior a través de una ventana	
	¿La sala está pensada para el uso y la estancia de los acompañantes de las mujeres?	La sala dispone de cama doble, y existe un sillón para el descanso del acompañante	La cama es individual, pero existe un sillón para el descanso del acompañante	La cama es individual, y no existe espacio para descanso del acompañante
APROPIACIÓN	¿Las salas de nacimiento poseen espacio de almacenamiento para los enseres de las mujeres y sus acompañantes?	En la sala existe un armario para que la mujer y su acompañante guarden sus enseres personales		En la sala no existe un armario específico para los enseres de la mujer y su acompañante
	¿Las salas de nacimiento son susceptibles de adaptarse a las necesidades de las mujeres en cada momento mediante la regulación de: ...la intensidad de la luz natural y artificial? ...la temperatura ambiente? ...la música y los sonidos? ...la posición de los distintos elementos del mobiliario? ...imágenes proyectadas o sonidos/música ambiente?	Se pueden regular las condiciones ambientales de la sala: nivel de iluminación, temperatura, música ambiente y, en algunos casos, imágenes proyectadas	Se pueden regular las condiciones ambientales de la sala: nivel de iluminación y temperatura	No se puede regular el nivel de iluminación de la sala
	¿Las salas de nacimiento ofrecen distintas configuraciones para cada uno de los procesos que se dan en ellas: trabajo de parto, parto y recuperación/descanso?	Existe la posibilidad de mover los equipamientos y configurar el mobiliario, para dar respuesta a las distintas fases del nacimiento	Sólo se pueden mover los elementos correspondientes al equipamiento de la sala: pelota, taburete obstétrico, colchonetas, almohadones, etc.	En la sala no existe equipamiento para el trabajo de parto y el mobiliario no se puede mover

SALA DE NACIMIENTO				
	CUESTIONES A CONSIDERAR	DISEÑO ÓPTIMO	DISEÑO INTERMEDIO	DISEÑO INADECUADO
SEGURIDAD	¿Desde la puerta de acceso a la sala se puede ver el puesto de control de matronas?	Desde la puerta de la sala se ve el puesto de control de matronas, que está muy próximo	El puesto de control de matronas está muy próximo, aunque no se ve desde la puerta de la sala	El puesto de control de matronas no está próximo a las salas de nacimiento
	¿Las salas de nacimiento poseen el equipamiento médico necesario para actuaciones de emergencia?	La sala posee el equipamiento médico necesario para intervenciones de emergencia		El equipamiento médico para intervenciones de emergencia se encuentra fuera de la sala
	¿Existe un sistema de aviso para pedir ayuda urgente?	Existe un sistema de aviso para pedir ayuda urgente		No existe un sistema de aviso para pedir ayuda urgente
INTIMIDAD	¿El interior de las salas está protegido de las visuales que se producen desde el pasillo?	La arquitectura de la sala protege íntegramente de las vistas desde el pasillo hacia el interior aún quedando la puerta abierta	Desde el pasillo se protegen las vistas hacia el interior de la sala mediante elementos fijos	Desde el pasillo se protegen las vistas hacia el interior de la sala mediante elementos móviles
	¿Las ventanas disponen de mecanismos para ocultar las vistas?	Las ventanas disponen de mecanismos para ocultar las vistas, distintos a los que sirven para oscurecer la sala		Las ventanas disponen únicamente de mecanismos para oscurecer la sala
	¿La iluminación natural y artificial puede regularse desde el interior de la sala?	La iluminación natural y artificial puede regularse completamente desde el interior de la sala		En la sala existen luminarias que no se pueden regular desde el interior
	¿Las dimensiones de las salas y su equipamiento permiten que las mujeres estén acompañadas en todo momento?	La dimensión de la sala permite que la mujer pueda estar acompañada de forma activa en todo momento	La dimensión de la sala sólo permite el acompañamiento activo de la mujer en algunos momentos	Existen zonas donde no se permite la presencia de acompañantes para la mujer
	¿La dimensión de las salas es asequible, no demasiado grande?	La dimensión de la sala permite mantener las distancias libres recomendadas alrededor del mobiliario, sin que sobre demasiado espacio	El tamaño de la sala es demasiado pequeño, y no se respetan las distancias mínimas; o es demasiado grande, quedando libre una superficie desproporcionada	El tamaño de la sala es inadecuado para el mobiliario y equipamientos existentes
	¿El grado de aislamiento acústico de las salas es suficientemente elevado como para no escuchar lo que ocurre en otras estancias?	El aislamiento acústico impide escuchar sonidos que se producen en las estancias contiguas	El aislamiento acústico permite escuchar, de forma muy atenuada, sonidos que se producen en las estancias contiguas	El aislamiento acústico permite escuchar, claramente, sonidos que se producen en las estancias contiguas

SALA DE NACIMIENTO				
CUESTIONES A CONSIDERAR		DISEÑO ÓPTIMO	DISEÑO INTERMEDIO	DISEÑO INADECUADO
ACTIVACIÓN	¿Dentro de las salas de nacimiento existe espacio suficiente para que las mujeres puedan caminar y moverse libremente?	Existe espacio suficiente dentro de la sala para caminar libremente		Dentro de la sala no existe espacio para caminar libremente
	¿Dentro de las salas de nacimiento existen distintos equipamientos para el trabajo del parto: pelota, espaldera, liana, colchoneta obstétrica modular?	En la sala existen distintos elementos para el trabajo del parto: pelota, espaldera, liana, colchoneta obstétrica modular	En la sala existen distintos elementos para el trabajo del parto: pelota y esterilla	En la sala no existe equipamiento para el trabajo de parto
	¿La cama de las salas de nacimiento puede ocultarse o guardarse fuera de la habitación?	La cama puede ocultarse, liberando espacio dentro de la sala	La cama no puede ocultarse, pero sí trasladarse a una habitación contigua donde se guarda	La cama no puede ocultarse ni guardarse fuera de la sala

2. HABITACIÓN POSPARTO

2.1 Un espacio arquitectónico que difiere de una habitación hospitalaria

En comparación con el interés que ha despertado el diseño de la sala de nacimiento en estudios anteriores (7, 8, 18–21), son pocos los trabajos de investigación sobre los espacios destinados a alojar a las madres y sus bebés desde el momento del nacimiento hasta el alta médica (22). A pesar de que es bien sabido que la experiencia de las mujeres durante el periodo posnatal, no sólo durante embarazo y el nacimiento, tiene gran influencia en sus vidas (23,24). En los entornos destinados al nacimiento esto se consigue mediante la adecuación específica de los espacios, unido a una atención de calidad por parte del personal asistencial (25). Se recomienda que los Centros de Nacimiento se diseñen para facilitar un modelo bio-psico-social de cuidados (22, 26–29) que reconoce el nacimiento como un proceso fisiológico con unas características socioculturales y psicológicas que le son inherentes (30). En este sentido, la habitación posparto debe contribuir al cuidado holístico de la mujer, mientras establece su vínculo con el recién nacido (25). Es importante que la madre se sienta acompañada y apoyada por los suyos en todo momento, por ello la habitación debe ofrecer la posibilidad de acoger al resto del núcleo familiar, incluidos otros hijos, respaldando la inclusión, la igualdad de clases sociales y la diversidad cultural (25).

En la sanidad pública española, las habitaciones de hospitalización obstétrica dentro de las unidades de maternidad hospitalaria no son distintas al resto de habitaciones de otras áreas del hospital, siendo que las madres con embarazos de baja complejidad no están enfermas. Los estándares de diseño exigidos actualmente para las habitaciones indican aspectos generales de tipo funcional tales como que el uso de la habitación sea individual, que disponga de espacio para la cuna del recién nacido y cama para el acompañante, que cuente con bañera para el aseo del recién nacido y mueble cambiador para revisiones pe-

diátricas, que permita disponer equipos médicos alrededor de la cama o que cuente con un aseo accesible con ducha (1). No obstante, existen una serie de requerimientos de percepción subjetiva que están recogidos de manera insuficiente en estos estándares. Por eso, el proyecto NAIXEM ha tratado de determinar cuáles son las características óptimas de diseño de una habitación posparto tipo, centradas en las necesidades no sólo físicas, sino también psicológicas y sociales de las usuarias, que sirva como base para futuros modelos a implementar en los Centros de Nacimiento.

2.2 Requisitos funcionales de una habitación posparto

Para poder definir los estándares de diseño de una habitación posparto tipo, la fase de observación del proyecto NAIXEM permitió identificar algunas de las principales cuestiones que preocupan tanto a madres como a matronas con respecto a su diseño:

- La falta de adaptación de la habitación a las circunstancias de los usuarios. Se considera importante que el diseño se adapte para facilitar el vínculo madre y recién nacido, y tenga en cuenta el bienestar emocional de la madre, enfatizando el papel del acompañante y la familia, que son quienes dan apoyo emocional a la madre.
- La atención sanitaria y consultas médicas de la madre y del recién nacido deben poder realizarse dentro de la habitación, y además el recién nacido estará acompañado por la madre y/o acompañante en todo momento.
- El asesoramiento y apoyo a la lactancia materna por parte de las matronas debe poder realizarse durante el tiempo que dure la estancia en la habitación posparto.
- Preocupa la intimidad y aislamiento acústico para generar un ambiente tranquilo.
- Se considera importante poder regular la iluminación y la temperatura de la habitación.

Como señalan estudios anteriores, la habitación posparto debe ser un espacio que favorezca el descanso (31) y a la vez, acoja la actividad diaria de las familias (32). Estos dos aspectos se vieron también reflejados en los resultados de la fase de cocreación de NAIXEM, en la que se observó que todas las propuestas dividían la superficie de la habitación en dos zonas: una *zona de día* de carácter más público, donde se encuentra el acceso, la zona de estar y la zona de comedor; y otra más privada o *zona de noche*, donde se encuentran las camas y el baño (figura 7). Respecto a los equipamientos y el mobiliario a incluir en la habitación posparto, muchos de los diseños incluían una cama doble, una cuna colecho, un sillón de lactancia y una mesa. El baño se planteaba con ducha y un lavabo profundo donde poder bañar al recién nacido. Así mismo, las participantes proponían ventanas de dimensiones generosas para aprovechar la luz natural y espacios de almacenamiento para objetos personales tanto fuera como dentro del baño (tabla 2).



Figura 7. Ejemplos de soluciones obtenidas para la habitación posparto en el proceso de cocreación

Tabla 2. Equipamientos sugeridos en fase de cocreación para una habitación posparto en cada una de las zonas funcionales

ÁREAS PÚBLICA				ÁREAS PRIVADA		
Acceso y zona dinámica	Zona de Comedor	Zona de relación	Zona exterior	Zona de descanso	Baño integrado	Zona de almacenaje
Elemento para proteger de visuales hacia el interior	Mesa y sillas	Sofá, cojines, cuadros, cortinas	Naturaleza	Cama doble, cuna colecho, camas para hermanos, sillón de lactancia	Ducha, zona de aseo para el bebé	Armario para enseres de madre, acompañantes y recién nacido

Por tanto, en la habitación posparto pueden identificarse diferentes áreas funcionales: unas de carácter más público o diurnas, y otras de carácter más privado o nocturnas. Al área pública corresponde la zona de acceso y circulación, que denominamos *zona dinámica*, la *zona de comedor*, la *zona de relación* y la *zona exterior*. Al área privada corresponden la zona de descanso, el baño integrado, y la zona de almacenaje (figura 8). Respecto a las dimensiones y superficies más adecuadas para cada una de las zonas de una habitación posparto, en fase de concepto se estudiaron y validaron sus valores con arreglo a tres posibles geometrías en planta: cuadrada, rectangular y en forma de L. Se considera óptima una superficie total $\approx 32\text{ m}^2$ con cuarto de baño incluido, si bien una buena distribución puede alcanzarse a partir de los 26 m^2 (figura 9).

Con respecto al acceso y la *zona dinámica*, la habitación debe adecuarse a los estándares de la arquitectura sanitaria, en lo referido a las dimensiones de seguridad de utilización y accesibilidad. Se respetará un espacio de 1 m de anchura libre para permitir la movilidad alrededor de la cama y se asegurará una

anchura libre de 1,50 m en el acceso para poder maniobrar una cama obstétrica con ruedas en caso de requerir algún traslado de la madre.

En la *zona de descanso* la cama será doble y existirá un sofá-cama para ofrecer alternativas de dormitorio a la pareja y otros hijos de la familia. Para facilitar el establecimiento del vínculo madre-recién nacido mediante la lactancia materna, la cuna permitirá el colecho (33) y existirá un sillón de lactancia próximo a la cuna. En la habitación deben poder realizarse las consultas médicas de la madre y el recién nacido, así como las actividades de la vida cotidiana como son la alimentación, el aseo, el ocio y el descanso (34).

Se contará, por tanto, con una *zona de comedor* que dispondrá de una mesa con sillas que puede ser empleada para otros usos y una *zona de relación* organizada entorno al sofá-cama que servirá para el esparcimiento y la atención a visitas en caso de que así se desee. Esta zona estará vinculada a la *zona exterior* que permitirá el acceso al aire libre y las vistas a la naturaleza, disponiendo de filtros que regulen la entrada de luz y las visuales. Se recomienda que la cuna no se encuentre inmediatamente junto a la ventana.

El baño adaptado a personas con movilidad reducida estará dotado con lavamanos, ducha amplia e inodoro y estará incorporado en el interior de la habitación. Se recomienda que su acceso esté cerca de la cuna y la cama. Existirá una zona para *cuidados y aseo del recién nacido* que puede estar integrada en el baño o en la propia habitación. Por último, existirá una *zona de almacenaje*, para custodiar los enseres personales de toda la familia.

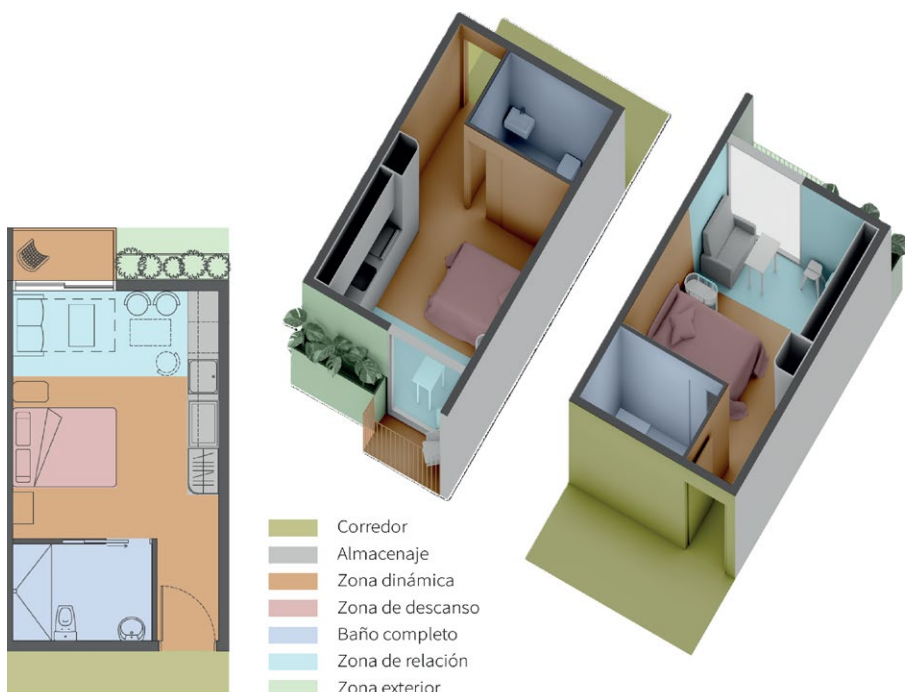


Figura 8. Identificación de las áreas funcionales en habitación posparto de planta rectangular (elaboración propia)



Figura 9. Esquemas de organización funcional de la habitación posparto según la geometría en planta (cuadrada, rectangular y en forma de L) y la superficie útil (25, 30, 35 m²) (Elaboración propia)

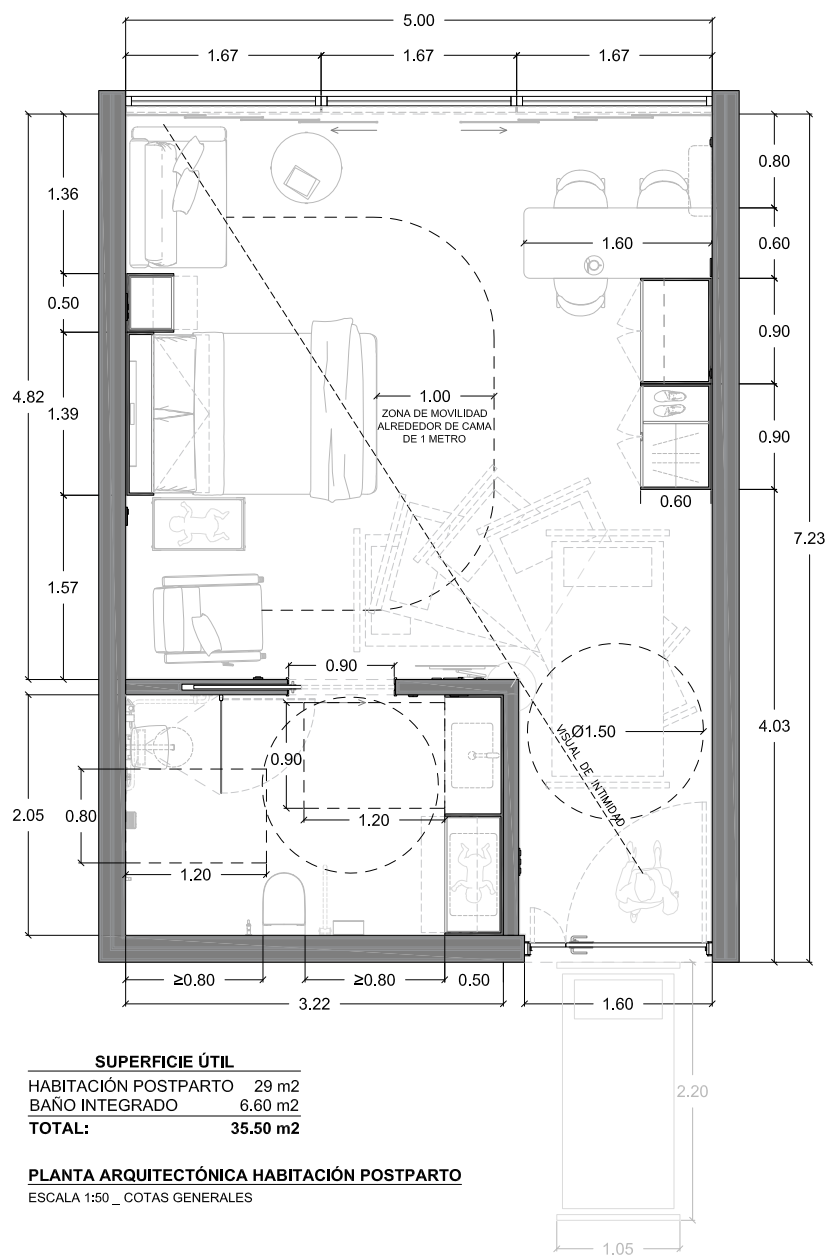
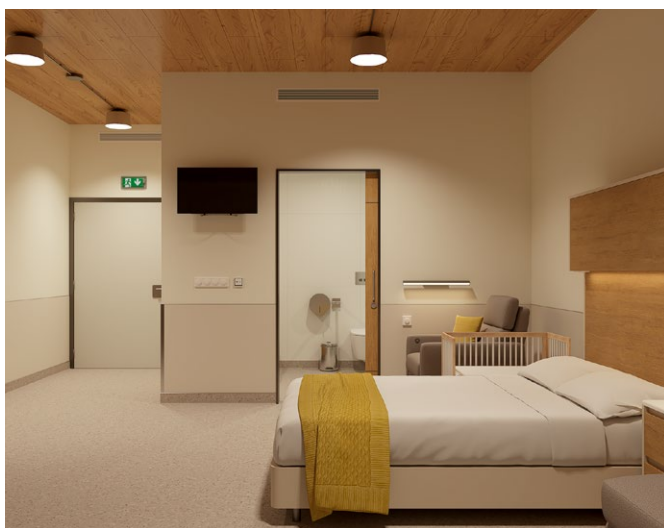


Figura 10. Planta de la habitación posparto e imágenes del interior
 (elaboración propia)



2.3 Requisitos de percepción subjetiva de una habitación posparto siguiendo el modelo CASIA

Las opiniones manifestadas en las distintas fases de validación del proyecto NAIXEM respecto de la habitación posparto indicaron que ésta debía evocar un ambiente tranquilo, hogareño, confortable, donde se puedan realizar las actividades del día a día (estar, comer, dormir, incluso trabajar), que tenga capacidad para alojar no sólo al acompañante sino también a los demás hijos, que ofrezca la posibilidad de separar ambientes, que cuente con un baño amplio, y que su iluminación y temperatura sean regulables (figura 10). El conjunto de necesidades manifestadas se alinea con el modelo CASIA (tabla 3). Desde la fase inicial de exploración, los acabados se proponían en madera, combinados con superficies de colores claros. Para ayudar a crear un ambiente doméstico se sugerían objetos como cojines, cortinas, cuadros, etc. y se valoraba muy positivamente la existencia de un balcón o pequeña terraza.

La habitación posparto es un espacio donde la madre y el recién nacido pueden descansar y establecer su vínculo, acompañados y arropados por uno o más miembros de la familia (22) en un entorno similar al doméstico (32) que sea confortable y que le proporcione seguridad e intimidad (31) (figura 11).

Además, la disposición de los elementos constructivos y del mobiliario impedirán las visuales de la cama desde el acceso. A ello se unen aspectos como el aislamiento acústico de la estancia y la posibilidad de regular la iluminación, tanto natural como artificial, que contribuyen a generar un ambiente íntimo (22) (figura 12). La habitación tiene un amplio ventanal que proporciona luz natural y permite el contacto visual con la naturaleza. Los revestimientos de paredes y techos con materiales naturales como la madera y colores en tonos suaves ayudan a reducir los niveles de estrés (35) y, por último, se recomienda que el diseño del mobiliario recuerde al ámbito doméstico (32, 36).



Figura 11. Axonometría de la habitación posparto
(elaboración propia)

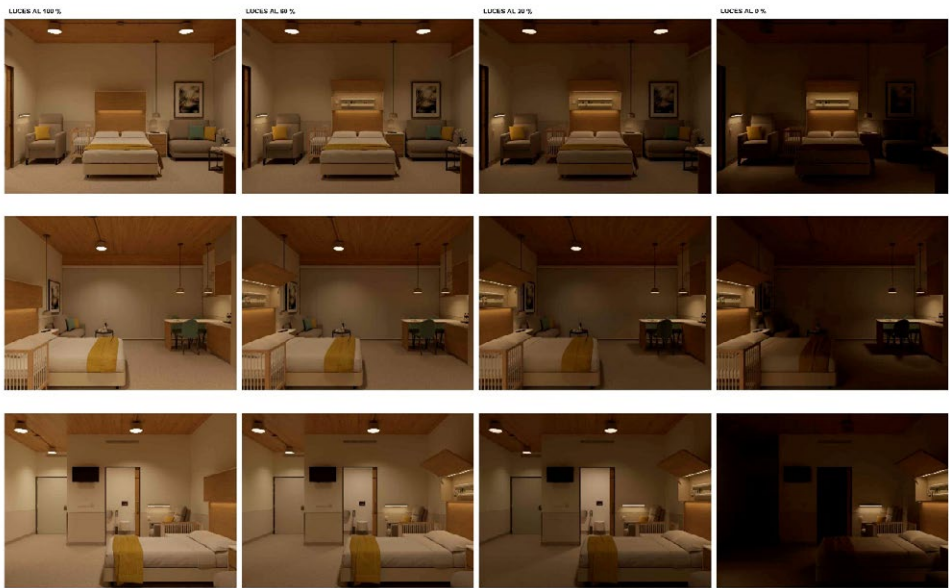


Figura 12. Imágenes de la habitación posparto con diferentes niveles
de iluminación (elaboración propia).

Tabla 3. Rúbricas de evaluación del diseño de una sala de nacimiento basada en el modelo CASIA

HABITACIÓN POSPARTO				
	CUESTIONES A CONSIDERAR	DISEÑO ÓPTIMO	DISEÑO INTERMEDIO	DISEÑO INADECUADO
CONFORT	¿La dimensión de la habitación permite diferenciar una zona para el descanso, otra zona para comer y otra para estar?	Existen zonas diferenciadas para el descanso, para comer y para estar	Dentro de la habitación se diferencia una zona de descanso y otra para estar	Dentro de la habitación existe una única zona, con la cama para el descanso
	¿La cama de la habitación posparto es doble?	La cama de la habitación es doble		La cama de la habitación es individual
	¿La habitación ofrece la posibilidad de alojar al resto de hijos, si se desea?	Además de cama doble, existe la posibilidad de alojar al resto de hijos en un sofá-cama o similar	La cama es individual, pero existen otros sillones o sofás donde poder alojar al acompañante y al resto de hijos	La habitación no ofrece espacio para alojar al resto de hijos
	¿La habitación está próxima a la zona común para la convivencia de las familias y visitas?	Las habitaciones están junto al espacio común para la convivencia de familias y visitas	Las habitaciones no están próximas al espacio común para la convivencia de familias y visitas	
APROPIACIÓN	¿Las habitaciones posparto poseen espacio de almacenamiento suficiente para los enseres de las familias?	En la habitación existe espacio de almacenamiento suficiente para los enseres de la familia	En la habitación existe espacio de almacenamiento para los enseres de la mujer y el recién nacido, pero no para otros miembros de la familia.	En la sala no existe un armario específico para los enseres de la mujer y su familia
	¿Las habitaciones posparto son susceptibles de adaptarse a las necesidades de las familias en cada momento mediante la regulación de la intensidad de la luz, natural y artificial, la temperatura ambiente, o la posición de los distintos elementos del mobiliario?	Se pueden regular las condiciones ambientales de la habitación: nivel de iluminación, temperatura, control de visuales al exterior y posición de elementos de mobiliario	Sólo se pueden regular algunos aspectos relacionados con las condiciones lumínicas, térmicas, de control de visuales al exterior y de posición de mobiliario.	No se pueden regular aspectos relacionados con las condiciones lumínicas, térmicas, de control de visuales al exterior o de posición de mobiliario.
	¿Puede adaptarse la posición del mobiliario a las necesidades de la mujer y su familia?	Existe la posibilidad de mover los equipamientos y configurar el mobiliario, para dar respuesta a las necesidades de la mujer y su familia		El mobiliario existente en la habitación no se puede mover ni adaptar

HABITACIÓN POSPARTO				
	CUESTIONES A CONSIDERAR	DISEÑO ÓPTIMO	DISEÑO INTERMEDIO	DISEÑO INADECUADO
SEGURIDAD	¿Desde la puerta de acceso a la habitación se puede ver el puesto de control de matronas?	Desde la puerta de la habitación se ve el puesto de control de matronas, que está muy próximo	El puesto de control de matronas está próximo, aunque no se ve desde la puerta de la habitación	Es puesto de control de matronas no está próximo a las habitaciones
	¿Las habitaciones posparto está equipada para actuaciones de emergencia?	La sala posee el equipamiento médico necesario para intervenciones de emergencia		El equipamiento médico para intervenciones de emergencia se encuentra fuera de la sala
	¿Poseen un sistema de aviso urgente por si se precisa?	La habitación posparto y el baño poseen un sistema de aviso urgente		La habitación posparto y el baño no poseen un sistema de aviso urgente
INTIMIDAD	¿El interior de la habitación está protegido de las visuales que se producen desde el pasillo?	La arquitectura protege íntegramente de las vistas desde el pasillo hacia el interior de la habitación	La construcción protege parcialmente de las vistas desde el pasillo hacia el interior de la habitación	No existe ningún tipo de filtro que preserve las vistas del interior de la habitación desde el pasillo
	¿Las ventanas disponen de mecanismos para ocultar las vistas?	Las ventanas disponen de distintos mecanismos para ocultar las vistas y para oscurecer la sala		Las ventanas disponen únicamente de mecanismos para oscurecer la sala
	¿La iluminación natural y artificial puede regularse desde el interior de la habitación?	La iluminación natural y artificial puede regularse completamente desde el interior de la sala		En la sala existen luminarias que no se pueden regular desde el interior
	¿El grado de aislamiento acústico de las habitaciones es suficientemente elevado como para no escuchar lo que ocurre en otras estancias?	El aislamiento acústico evita escuchar sonidos que se producen en las estancias contiguas		El aislamiento acústico no es suficiente para atenuar los sonidos que se producen en las estancias contiguas
ACTIVACIÓN	¿El diseño invita a que las mujeres puedan permanecer fuera de la cama?	Dentro de las habitaciones existen sillas o sillones en los que las mujeres puedan permanecer fuera de la cama y existen zonas de visitas anexa y un espacio común para la relación entre las familias		Dentro de las habitaciones no existen sillas o sillones en los que las mujeres puedan permanecer fuera de la cama ni existe zona de visita anexa o un espacio común para la relación entre las familias

3. CONCLUSIONES

Hemos descrito los requisitos arquitectónicos para los espacios interiores de un Centro de Nacimiento (CN) para parto normal, siguiendo un modelo simultáneo en lugar de secuencial, en el que todas las etapas del proceso de nacimiento se produzcan en el mismo espacio, conocido como sala de nacimiento. Las dimensiones de esta sala de nacimiento y la disposición del equipamiento deben ser tales que favorezcan el trabajo de los profesionales sanitarios, así como deben responder a los requerimientos subjetivos de bienestar del modelo CASIA: Confort, Apropiación, Seguridad, Intimidad y Activación.

Las principales zonas funcionales que debe contener una sala de nacimiento son *zona de acceso*, *zona dinámica*, *zona de descanso*, *zona húmeda*, *zona de almacenaje* y *cuarto de baño integrado*. Así mismo, el diseño atenderá especialmente el modo de integrar la cuna de reanimación, los aspectos perceptivos del espacio relacionados con los 5 sentidos y la conexión con la naturaleza.

Con respecto a la habitación posparto de un CN, esta se entiende como un modelo diferenciado de una habitación hospitalaria convencional, de modo que su diseño contribuya al cuidado holístico de la mujer, favoreciendo su acompañamiento y la convivencia con otros miembros de la familia. Al igual que las salas de nacimiento, debe responder a los requerimientos subjetivos de bienestar del modelo CASIA, siendo las principales zonas funcionales que debe contener una sala posparto las siguientes: *acceso y zona dinámica*, *zona de comedor*, *zona de relación*, *zona exterior*, *zona de descanso*, *baño integrado* y *zona de almacenaje*. Los criterios de diseño planteados pueden servir como referente a profesionales sanitarios y de la arquitectura para la construcción de nuevos Centros de Nacimiento o la adecuación de espacios ya existentes.

4. AGRADECIMIENTOS

Queremos agradecer la ayuda prestada en el diseño de los espacios interiores en sus distintas fases de desarrollo a los siguientes arquitectos/as que han prestado su asistencia técnica. En la fase conceptual: Ximena K. Gutiérrez Jiménez, Ámbar Paula Díaz y María José Más Jiménez. En la fase de diseño inicial: Viruta Lab y David Puerta Mendoza para la geometría rectangular, Azuladna Zamora de la Lama para la forma de L, Ximena K. Gutiérrez Jiménez y Ámbar Paula Díaz para la forma cuadrada. En el diseño final: Azuladna Zamora de la Lama y Domingo Sánchez Zuriaga. En el desarrollo de la app para la observación virtual, el arquitecto Eduardo Baviera López. También agradecemos la implicación constante en todo el proceso de la matrona y doctora Soledad Carregui, responsable del proyecto NAIXEM, así como de la doctora Amparo López Vicente y Ricard Barberá del IBV. Agradecemos el inestimable asesoramiento profesional de los técnicos de supervisión de la Conselleria de Sanidad de la Generalitat Valenciana. La investigación ha sido realizada en el marco del proyecto “Estrategias y modelos para la mejora de la seguridad, funcionalidad y experiencia del usuario en Centros de Nacimiento” (GVA. INNEST/2023/93). Proyectos Estratégicos en Cooperación, financiado por la Unión Europea en el marco del Programa Fondo Europeo de Desarrollo Regional (FEDER) Comunitat Valenciana 2021-2027.

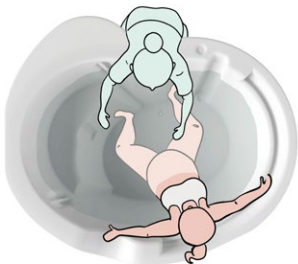
5. BIBLIOGRAFÍA

1. Ministerio de Sanidad y Política Social. Maternidad Hospitalaria Estándares y Recomendaciones. 2009;229.
2. Bellini E, Macchi A, Setola N, Lindahl G. Sensory Design in the Birth Environment: Learning from Existing Case Studies. *Buildings*. 2023;13(3):1–30.
3. Jenkinson B, Josey N, Kruske S. BirthSpace: An evidence-based guide to birth environment design. Queensland Centre for Mothers & Babies, The University of Queensland. 2014;(February):1–25.
4. Setola N, Naldi E, Cocina GG, Eide LB, Iannuzzi L, Daly D. The Impact of the Physical Environment on Intrapartum Maternity Care: Identification of Eight Crucial Building Spaces. *Health Environments Research and Design Journal*. 2019;12(4):67–98.
5. Müller AE, Parra Casado M. La arquitectura de la maternidad. Recuperar y crear nuestros espacios The Architecture of Motherhood. Retrieving and Creating our Spaces. *ILEMATA* año. 2015;7:147–55.
6. Balabanoff D. Color, light, and birth space design: An integrative review. *Color Res Appl*. 2023;48(5):413–32.
7. Setola N, Naldi E, Cardinali P, Migliorini L. A Broad Study to Develop Maternity Units Design Knowledge Combining Spatial Analysis and Mothers' and Midwives' Perception of the Birth Environment. *Health Environments Research and Design Journal*. 2022;15(4):204–32.
8. Skogström LB, Vithal E, Wijk H, Lindahl G, Berg M. Women's Experiences of Physical Features in a Specially Designed Birthing Room: A Mixed-Methods Study in Sweden. *Health Environments Research and Design Journal*. 2022;15(3):193–205.
9. Harte JD, Sheehan A, Stewart SC, Foureur M. Childbirth Supporters' Experiences in a Built Hospital Birth Environment: Exploring Inhibiting and Facilitating Factors in Negotiating the Supporter Role. *Health Environments Research and Design Journal*. 2016;9(3):135–61.
10. Nilvér H, Berg M. The Birth Companions' Experience of the Birthing Room and How It Influences the Supportive Role: A Qualitative Study. *Health Environments Research and Design Journal*. 2023;16(3):156–67.
11. Hammond, A, Homer CSE, Foureur M. Friendliness, functionality and freedom: Design characteristics that support midwifery practice in the hospital setting. *Midwifery* [Internet]. 2017 Jul 1 [cited 2025 Aug 4];50:133–8. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28432967/>
12. Bryant AS, Borders AE. ACOG COMMITTEE OPINION Number 766: Approaches to Limit Intervention during Labor and Birth. *Obstetrics and Gynecology* [Internet]. 2019 Feb 1 [cited 2025 Aug 5];133(2):E164–73. Available from: https://journals.lww.com/greenjournal/fulltext/2019/02000/acog_committee_opinion_no__766__approaches_to.44.aspx
13. Nilsson C, Wijk H, Höglund L, Sjöblom H, Hessman E, Berg M. Effects of Birthing Room Design on Maternal and Neonate Outcomes: A Systematic Review. *Health Environments Research and Design Journal*. 2020;13(3):198–214.
14. Nordin S, McKee K, Wijk H, Elf M. The association between the physical environment and the well-being of older people in residential care facilities: A multilevel analysis. *J Adv Nurs* [Internet]. 2017 Dec 1 [cited 2025 Aug 5];73(12):2942–52. Available from: [/doi/pdf/10.1111/jan.13358](https://doi.org/10.1111/jan.13358)
15. Rudman A, El-Khoury B, Waldenström U. Women's satisfaction with intrapartum care - A patient approach. *J Adv Nurs*. 2007;59(5):474–87.
16. Balabanoff D. Light and Embodied Experience in the Reimagined Birth Environment. University College Dublin; 2017.
17. López-Tarruella J, Llinares Millán C, Serra Lluch J, Iñarra Abad S, Wijk H. Influence of Color in a Lactation Room on Users' Affective Impressions and Preferences. *Health Environments Research and Design Journal*. 2019;12(2).
18. Baranowska B, Kajdy A, Pawlicka P, Pokropek E, Rabijewski M, Sys D, et al. What are the critical elements of satisfaction and experience in labor and childbirth—A cross-sectional study.

- Int J Environ Res Public Health. 2020;17(24):1–13.
19. Folmer MB, Jangaard K, Buhl H. Design of Genuine Birth Environment: Midwives Intuitively Think in Terms of Evidence-Based Design Thinking. *Health Environments Research and Design Journal*. 2019 Apr 1;12(2):71–86.
 20. Kazemi A, Beigi M, Najafabadi HE. Environmental factors influencing women's childbirth experiences in labor–delivery–recovery–postpartum unit: a qualitative cross-sectional study. *BMC Pregnancy Childbirth* [Internet]. 2023;23(1):1–9. Available from: <https://doi.org/10.1186/s12884-023-05488-7>
 21. Murray-Davis B, Grenier LN, Plett RA, Mattison CA, Ahmed M, Malott AM, et al. Making Space for Midwifery in a Hospital: Exploring the Built Birth Environment of Canada's First Alongside Midwifery Unit. *Health Environments Research and Design Journal*. 2023;16(2):189–207.
 22. Cambra-Rufino L, Müller AE, Casado MP, Marcos AP. Impact of hospital architecture on the birthing experience: a phenomenological study with mothers-to-be who are design experts. *An Sist Sanit Navar*. 2024 Jan 1;47(1).
 23. Kennedy HP, Cheyney M, Dahlen HG, Downe S, Foureur MJ, Homer CSE, et al. Asking different questions: A call to action for research to improve the quality of care for every woman, every child. Vol. 45, *Birth*. Blackwell Publishing Inc.; 2018. p. 222–31.
 24. Rocca-Ihenacho L, Batinelli L, Thaelts E, Rayment J, Newburn M, McCourt C. Midwifery unit standards [Estándares Europeos para Centros de Nacimiento]. Midwifery Unit Network, editor. London: Midwifery Unit Network; 2018.
 25. Jordan Brigitte, Davis-Floyd Robbie. Birth in four cultures: a crosscultural investigation of childbirth in Yucatan, Holland, Sweden, and the United States. 1993;235.
 26. MacKenzie Bryers H, van Teijlingen E. Risk, theory, social and medical models: A critical analysis of the concept of risk in maternity care. *Midwifery*. 2010 Oct;26(5):488–96.
 27. Renfrew MJ, McFadden A, Bastos MH, Campbell J, Channon AA, Cheung NF, et al. Midwifery and quality care: Findings from a new evidence-informed framework for maternal and newborn care. Vol. 384, *The Lancet*. Lancet Publishing Group; 2014. p. 1129–45.
 28. Miller S, Abalos E, Chamillard M, Ciapponi A, Colaci D, Comandé D, et al. Beyond too little, too late and too much, too soon: a pathway towards evidence-based, respectful maternity care worldwide. Vol. 388, *The Lancet*. Lancet Publishing Group; 2016. p. 2176–92.
 29. Walsh D, Newburn M. Towards a social model of childbirth: part one. *Br J Midwifery*. 2002 Aug;10(8):476–81.
 30. Maben J, Griffiths P, Penfold C, Simon M, Anderson JE, Robert G, et al. One size fits all? Mixed methods evaluation of the impact of 100% single-room accommodation on staff and patient experience, safety and costs. 2015; Available from: <http://dx.doi.org/10.1136/bmj-qs-2015-004265>
 31. Mondy T, Fenwick J, Leap N, Foureur M. How domesticity dictates behaviour in the birth space: Lessons for designing birth environments in institutions wanting to promote a positive experience of birth. 2016;43(May):37–47.
 32. Blair PS, Heron J, Fleming PJ. Relationship between bed sharing and breastfeeding: Longitudinal, population-based analysis. *Pediatrics*. 2010 Nov;126(5).
 33. Ministerio de Fomento. Documento Básico SUA: Seguridad de utilización y accesibilidad. Documento normativo SUA - CTE. 2019.
 34. Ohta H, Maruyama M, Tanabe Y, Hara T, Nishino Y, Tsujino Y, et al. Effects of redecoration of a hospital isolation room with natural materials on stress levels of denizens in cold season. *Int J Biometeorol*. 2008 May;52(5):331–40.
 35. Lepori B, Foureur M, Hastie C. Mindbodyspirit architecture: Creating birth space. In: *Psychology and the physical space* [Internet]. 2008. p. 95–111. Available from: <https://www.researchgate.net/publication/235686272>

Capítulo 10

Investigación y diseño de la bañera de parto “New Life”



El diseño de la bañera debe permitir un uso fluido y accesible: cuando no lo hace, genera fricciones que afectan tanto al trabajo y confort de la matrona como a la continuidad y calidad del acompañamiento a la mujer.
-Matrona participante en Naixem

Autoras:

Marina Puyuelo, Mónica Val -Fiel (Universitat Politècnica de València).

225 ANTECEDENTES

228 1. MATERIALES Y MÉTODOS

229 1.1 Fase de análisis y empatía

229 1.2 Fase de diseño conceptual

230 1.3 Fase de prototipado

230 2. IDENTIFICACIÓN DE REQUERIMIENTOS FUNCIONALES DE LA BAÑERA. SUPERFICIES Y DIMENSIONES

231 2.1 Ergonomía y relaciones posicionales en la bañera obstétrica

235 3. RESULTADOS: LA BAÑERA “NEW LIFE”

238 4. CONCLUSIONES

238 5. AGRADECIMIENTOS

239 6. BIBLIOGRAFÍA

ANTECEDENTES

En la escala de diseño de producto, en el proyecto NAIXEM, el diseño de la bañera para el parto en el agua constituye el producto central en la atención proporcionada en el Centro de Nacimiento, en el trabajo del parto no medicalizado (1-3), una vez planteados edificio y características de los espacios interiores.

Como se ha indicado en la metodología del proyecto, todas las fases que van desde la investigación previa, la definición de requisitos ergonómicos, así como todos los protocolos de participación de los distintos grupos interesados (*stakeholders*), entre los que destacan las usuarias directas de este producto, han sido comunes en las distintas escalas.

Es sabido que la investigación relativa a los efectos del entorno en la salud de las personas usuarias y su sistematización, se ha incrementado significativamente en las últimas décadas (4-5), recogiendo datos cualitativos y cuantitativos que aportan información relevante, que ha dado soporte a nuevas estrategias y sistemas de acreditación en base a evidencias, que distinguen las características de los ambientes sanitarios, relativas o no, a la arquitectura y según su relación con los distintos usuarios. Se distinguen así, el diseño orientado a facilitar y asegurar las tareas del personal sanitario y los procesos e instrumentos clínicos médicos; y el diseño centrado en las personas usuarias como individuos. Evidentemente, ambas estrategias deben compatibilizarse y conectarse en el diseño de estos entornos y los productos que los integran.

La bañera de parto constituye el núcleo de la aplicación de la hidroterapia en el proceso de nacimiento, una técnica no farmacológica cada vez más demandada por parte tanto de profesionales como de las madres y familiares. Se trata de una medida alternativa para el tratamiento del dolor, que disminuye el uso de fármacos y de analgesia epidural, la intervención obstétrica y aumenta la autonomía de la mujer en el parto (6).

La hidroterapia como medio terapéutico y paliativo del dolor en el parto, consiste en la inmersión en el agua de la mujer embarazada en cualquier etapa del proceso, sumergiendo el abdomen dentro del agua por completo, a una temperatura adecuada y agradable (7). Esta técnica es conocida y parte de distintas culturas antiguas como la egipcia, china, japonesa y más cercanas como la greco-romana, en las que ya se valían de los beneficios terapéuticos del agua para tratar diversas afecciones, tanto físicas como psíquicas, aplicando las propiedades calmantes, purificadoras y estimulantes del agua, que incluían prácticas específicas para mejorar los procesos de parto y nacimiento (8).

Aunque el primer parto en el agua documentado data de 1803, en Francia, es durante el siglo XX cuando se profundiza y experimenta con la hidroterapia como ayuda terapéutica durante el parto y es en la década de los años 70 cuando se incluyen las denominadas “bañeras de dilatación”, en las que se observó

que muchas mujeres alcanzaban la dilatación completa en torno a los 90 minutos tras la inmersión.

Sin embargo, no será hasta la publicación del trabajo *‘Birth under water’* en la revista LANCET (9), que alentaba a los centros hospitalarios a la inmersión en el agua durante el trabajo de parto, que este método se extendió a varios países de Europa, Asia, América y Australia (10). Reino Unido es el país pionero en el empleo de esta técnica desde 1993 habiéndose implementado en más del 95% de los servicios de maternidad, en los que se pone a disposición de las gestantes que lo deseen una bañera para la opción de inmersión en el agua a la hora de parir, como método de reducción de dolor, mejora de la calidad asistencial y de la satisfacción materna general.

Otros informes más recientes también apoyan la hidroterapia en el parto insistiendo en los efectos positivos que aporta al ofrecer una mayor libertad de movimiento para la mujer: la Guía de Práctica Clínica sobre la Atención al Parto Normal (11), recomienda la inmersión en agua tibia durante la fase de dilatación; igualmente, la *American Academy of Pediatrics* (AAP) y el *American College of Obstetricians and Gynecologists* (ACOG) publicaron un informe sobre los beneficios maternos durante la primera etapa del parto utilizando este método.

Concretando más estos beneficios de la inmersión del cuerpo en agua caliente, Fernández y Pintueles apuntan los siguientes efectos fisiológicos sistémicos (12):

- El agua alivia la tensión muscular provocada por el dolor, funciona como descontracturante, tiene un efecto neuromuscular y analgésico. Se reduce la presión arterial, debida a la vasodilatación y redistribución del flujo sanguíneo, y el aumento de la presión materna.
- Este beneficio térmico que aporta el agua aumenta la relajación, reduce la sensación de temor y disminuye la ansiedad materna, liberando más oxitocina y endorfinas, lo que revierte en un mayor bienestar fetal aumentando la perfusión de oxígeno placentario y un predominio de las endorfinas endógenas.
- El agua caliente realiza un efecto vascular haciendo llegar más sangre al útero, estimulando las contracciones de forma más efectiva, reduciendo el tiempo del trabajo de parto y mejorando el bienestar fetal durante el parto.
- La propia flotabilidad es importante pues favorece la movilidad de la gestante con poco esfuerzo, reduciendo el dolor en las articulaciones y la progresión del dolor del parto. Se da una disminución de la percepción del dolor en la primera fase del parto, en muchos casos significativa, o mejor capacidad de soportarlo, así como disminución del uso de analgesia y anestesia. Esto se relaciona con mayor sensación de control y, a su vez, mayor bienestar emocional posnatal.
- También se producen beneficios añadidos en el expulsivo, como el aumento de probabilidades de lactancia materna exitosa o con menor necesidad de suplementación.

De todo lo expuesto se desprende la relevancia del diseño de la bañera de parto como un espacio clave en la experiencia de la hidroterapia dentro de la sala de nacimientos, ya que constituye el entorno en el que interactúan tanto la mujer como las matronas durante el proceso de parto.

Este producto cuenta con algunos referentes inmediatos como son las bañeras de hidromasaje y algunos modelos diseñados con este objetivo específico y que se han podido observar e incluso emplear, por algunas de las personas participantes en el proyecto. En este sentido, antes de abordar el diseño de este elemento, se visitaron con las profesionales de asistencia, las salas de parto del Hospital Universitario La Plana para observar algunas de las bañeras instaladas para este fin y en las que han venido trabajando y sobre las que, desde un punto de vista profesional y crítico, podían aportar aspectos de gran valor para su mejora.

La necesidad de un nuevo diseño en particular, surge de las carencias detectadas por las matronas que participan en este proyecto y la inexistencia en el mercado español de fabricantes locales de bañeras de parto certificadas como producto sanitario. Además, existe el agravante de que los modelos existentes, algunos de ellos procedentes de países nórdicos, no se ajustan a la talla local.

En consecuencia, el estudio ergonómico y postural de las usuarias en las distintas fases del proceso del nacimiento es fundamental para definir las dimensiones y la forma interior de este producto, así como las características externas que puedan facilitar la asistencia y acompañamiento desde el exterior.

Aunque históricamente, las diferentes posiciones corporales que puede adoptar la madre durante el parto han sido dominadas por la movilidad y la verticalidad, la posición en cuclillas se tiene como la posición más natural y con frecuencia las mujeres la utilizan si se les deja solas para elegir su propia posición para el parto (13). No obstante, esta posición aumenta el riesgo de traumatismo perineal y resulta compleja para las mujeres occidentales que no tienen el entrenamiento y la resistencia muscular para permanecer en esa posición durante un considerable período de tiempo (14).

La libertad de movimiento y la adopción de posturas diferentes a la supina, tanto en la primera como en la segunda etapa de parto, tal y como propicia el parto en el agua, mejora la experiencia durante el trabajo de parto psicológica y físicamente, con evidencias de una serie de beneficios: mayor comodidad y sensación de empoderamiento, sentimiento de protección y autoconfianza, mejor control del dolor materno, mejor comunicación entre la madre y la matrona, con una participación más activa en la toma de decisiones sobre las posiciones adoptadas durante el parto, acortamiento del proceso de dilatación, aumento de las posibilidades de un parto vaginal espontáneo, reducción de la tasa de partos instrumentados, cesáreas y la tasa de episiotomías, y disminución del uso de analgésicos, entre otros (15-17).

De todo ello se desprende la relevancia de la bañera de parto como un equipamiento central en este proceso, así como la importancia de algunas de sus características esenciales. Debe concebirse como un producto holístico, amable y cercano, capaz de favorecer una experiencia de parto más acogedora, segura y respetuosa, contribuyendo a generar un entorno que transmita confianza, bienestar y sensación de control a las mujeres durante el nacimiento. Debe alinearse con estos objetivos, a través de un diseño de líneas suaves y formas orgánicas que estimulen movimientos continuos, enlazados y naturales, integrando alguna tecnología no invasiva como iluminación ajustable en intensidad y calidad, o sonido envolvente, que contribuya a crear una atmósfera personalizable y relajante. El resto del mobiliario, como los armarios empotrados, han de ocultar

la tecnología y los equipos médicos, buscando una estética hogareña y amable.

En este punto y cara al planteamiento formal del diseño, la hipótesis de la biofilia resulta relevante en nuestro proceso pues apunta a “la predisposición intrínseca a centrarse en la vida y los procesos similares a la vida” explicando ese deseo innato de las personas, de centrarse en dichos procesos o en la naturaleza en general (18). La biofilia estudia el vínculo emocional intrínseco que existe entre los seres humanos y los organismos biológicos, afirmando que esta relación de dependencia de la naturaleza y de los recursos y capacidades que contiene, les ayuda proporcionando belleza, ideas y conocimientos, que enriquecen y satisfacen su espiritualidad (19-20).

En las dos últimas décadas encontramos investigaciones teóricas sobre el diseño biofílico y su repercusión en la salud mental humana, así como su falta de aplicación tanto en los edificios, como en el diseño de producto (21). El enfoque moderno del diseño biofílico, fomenta la incorporación de componentes naturales (no únicamente de carácter material) en el entorno construido, destacando el impacto sustancial que tienen en la salud y el bienestar y en el caso de los entornos hospitalarios, su gran repercusión en la experiencia personal y las mejores tasas de recuperación de los pacientes y también en la de otros usuarios de los hospitales.

En este sentido, el hueco que proporciona la bañera constituye una forma orgánica en expansión, de superficies suaves y redondeadas, desarrollada desde dentro, como en un proceso de crecimiento natural (22). Su configuración formal conjuga una asimetría global compuesta de volúmenes suaves y formas orgánicas, que alienta el movimiento y la exploración con el propio cuerpo en la búsqueda de distintas posiciones y apoyos durante el trabajo del parto. Estos movimientos de la mujer producen a su vez desplazamientos del agua que, al impactar con las distintas superficies del interior de la bañera, generan nuevos flujos que la masajean atenuando la tensión muscular.

1. MATERIALES Y MÉTODOS

Como se ha expuesto anteriormente, el desarrollo de la bañera, como el resto del proyecto, se llevó a cabo mediante una metodología participativa e integradora, que involucró la iteración constante con los diversos agentes implicados (*stakeholders*): usuarias directas (madres), personal sanitario (matronas y de ginecología), diseñadores, especialistas en biomecánica y fabricantes.

Los materiales empleados responden a las distintas fases del diseño, en las que son comunes en ideación y diseño conceptual los desarrollos gráficos con distintas técnicas según el nivel de aproximación y visualización requerido. Para la interacción con los participantes en los procesos de validación de las propuestas, se realizaron representaciones simuladas de tipo visual del uso del producto en contexto, y modelos virtuales y físicos en impresión 3D a distintas escalas, que han ido ampliándose de tamaño, respondiendo a una mayor definición del producto.

En la fase de diseño de detalle y de prototipado, se ha realizado el modelado del producto y de algunos modelos tridimensionales en impresión 3D a escala real para llevar a cabo análisis ergonómicos y dimensionales de algunos aside-

ros y acabados superficiales. Finalmente, se ha producido un primer prototipo funcional en la empresa colaboradora, sobre el que se han ajustado y corregido algunos detalles finales.

En cuanto a la metodología específica implementada en el diseño de la bañera, ésta se ha desarrollado en las siguientes fases:

1.1 Fase de análisis y empatía

En la que se llevó a cabo un análisis profundo de los aspectos técnicos y funcionales del problema de diseño, y recogió: Estudio documental y comparativo (DAFO) de soluciones y modelos de productos de apoyo al parto del mercado, productos análogos y patentes; trabajo de campo, incluyendo visitas y observación conjunta con las profesionales de las salas de nacimiento del Hospital de La Plana; *Journey map* del modelo de parto y uso de la bañera (interacciones entre usuarias y entorno); análisis funcional y formal de las bañeras de parto de referencia (modelos comerciales implementados en este hospital: *Princess*, *Venus* y *Active*; estudio ergonómico y de usabilidad, para tener en cuenta la condición de embarazada de la madre, y entender la carga y necesidades espaciales y de apoyos de cada una de las posturas que puede realizar durante el proceso de parto.

Esta fase tuvo como resultado la identificación de los requisitos clave de las distintas personas usuarias directas e indirectas de la bañera; la definición analítica de las posturas requeridas en el proceso en relación a la bañera y las interacciones entre la madre y la matrona, que se resumen en el siguiente punto, incluyendo el estudio ergonómico-antropométrico llevado a cabo (23-24).

1.2 Fase de diseño conceptual

Con la información obtenida, se plantearon las primeras soluciones de bañeras de parto, en las que se contó con tres asistencias técnicas de distintos profesionales de diseño, a los que se invitó para realizar propuestas formales para resolver el problema planteado, incluyendo algún elemento accesorio que pudiera mejorar las condiciones de la experiencia del parto. En estas primeras colaboraciones y con el objetivo de integrar distintas perspectivas y huir de sesgos de género, se contó con las aportaciones de diseño de profesionales del diseño masculinos y femeninos.

El proceso de validación se llevó a cabo con el apoyo del Instituto de Biomecánica de Valencia (IBV), que actuó como subcontratista, aportando su experiencia en el ámbito de producto sanitario, diseño ergonómico, antropometría y factores humanos.

Estos primeros resultados (cuatro modelos conceptuales) fueron valorados de modo participativo en sesiones organizadas, que concluyó con la necesidad de una combinación de las mejores características y aspectos acertados en las distintas alternativas, priorizando las necesidades funcionales de las matronas. Se realizaron tres rondas de validación de los prototipos con arquitectos, diseñadores, matronas y madres.

La siguiente validación del diseño se realizaría con dos modelos a escala ligeramente superior, en los que se podían apreciar los aspectos previamente demandados, con soluciones distintas.

1.3 Fase de prototipado

Una vez definido el diseño de detalle, se ha trabajado estrechamente con la empresa de bañeras Hidromasajes ECA, participante en el proyecto Naixem, para producir la bañera y hacer posible su funcionamiento real, confirmación última del cumplimiento de las consideraciones solicitadas y los requisitos definidos a priori, como criterios de funcionalidad, ergonomía, antropometría y normativa de seguridad. En esta fase se han podido comprobar algunas medidas y realizar ajustes en la situación e inclinación de los asideros, a escala real con comprobación de usuarias.

La empresa se ha encargado de la realización del molde y de la matricería de la bañera, incorporando los componentes técnicos requeridos y la tecnología necesaria: funciones inteligentes para el control de la temperatura del agua y regulación del nivel y los leds ajustables en intensidad y calidez.

2. IDENTIFICACIÓN DE REQUERIMIENTOS FUNCIONALES DE LA BAÑERA. SUPERFICIES Y DIMENSIONES

La bañera obstétrica es un producto complejo que ha de integrar múltiples factores de forma conjunta. Para atender y mejorar el parto en el agua se deberán tener en cuenta las actividades a llevar a cabo por cada uno de los participantes en el proceso: madres, matronas y personal sanitario, acompañante y personal de mantenimiento.

Las matronas son las usuarias indirectas, imprescindibles en los cuidados del proceso de parto humanizado ya que, de modo constante, están atentas a la situación de la madre y del feto y la progresión del parto. Realiza sugerencias sobre cambios posturales, cómo afrontar las contracciones y métodos de alivio del dolor, que son muy valiosos, para la tranquilidad y la seguridad de la mujer durante todo el proceso. El espacio libre alrededor de la bañera es esencial para que pueda moverse alrededor, así como los alcances a la parte inferior de la bañera, que son determinantes para su actuación en cada momento.

Teniendo en cuenta esta información se han de considerar de modo específico y significativo las siguientes cuestiones:

- Aspectos sensoriales y cognitivos: concentración y relajación de la madre. Percepción positiva de la sala.
- Aspectos de seguridad: la entrada y salida de la bañera debe poder realizarse de forma cómoda, estable y segura. La forma más segura es tomando asiento lateralmente, cogida y giro de la madre sobre sí misma
- Debe incorporar asideros fijos para que la mujer pueda agarrarse en distintas posiciones, apoyo para movimientos y cambios posturales durante la dilatación y en reposo, y ayudarse a empujar desde distintos puntos.
- Aspectos sociales: intimidad y conexión con el acompañante y con el personal sanitario.
- Aspectos fisiológicos: posicionamiento y control corporal, efecto analgésico del agua, envolviendo a la mujer, ofreciéndole un perímetro íntimo y una

sensación de protección. El agua actúa como filtro protector y calmante natural, y equilibra el ritmo del parto.

- Aspectos técnicos: regulación y control de la temperatura del agua, regulación de la intensidad y color de la iluminación propia de la bañera. El material debe poder resistir golpes, ser resistente al agua, a los fluidos corporales, a los agentes de desinfección y además debe aislar térmica y eléctricamente.
- Su forma debe permitir que la limpieza sea total, haciéndola higiénicamente segura, teniendo en cuenta que el personal de limpieza debe hacerlo rápido y llegar a todas las partes de la bañera, sin requerir de posturas forzadas para acceder o realizar su mantenimiento. Debe ser de una única pieza.

2.1 Ergonomía y relaciones posicionales en la bañera obstétrica

La bañera obstétrica, como elemento generador de un entorno propio para el nacimiento, tiene que proporcionar un espacio interior que favorezca el movimiento libre de la mujer, para que ésta pueda adoptar distintas posturas y posiciones que faciliten tanto la fase de dilatación como de expulsivo. Lo ideal para la gestante en la fase de dilatación es combinar diferentes posiciones.

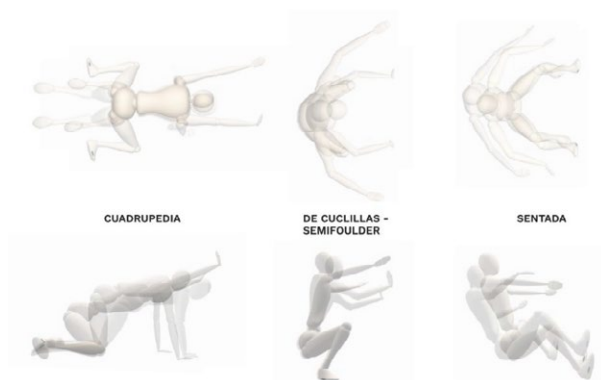
La mujer, siguiendo su intuición y sensaciones, ha de encontrar la postura adecuada a cada momento, buscando la que más alivio le proporcione, o mayor facilidad y comodidad para la realización de los pujos (25). A su vez, coordina su cuerpo con los movimientos que el bebé necesita para rotar y moverse hacia el exterior. Mientras la mujer está sentada en el asiento o de cuclillas en el suelo, se alternan diferentes direcciones de los brazos con respecto al apoyo en los bordes, usando tanto las manos como los antebrazos (25).

Las 3 posiciones comunes frecuentemente utilizadas durante la primera y segunda fase del parto exigen la inclinación de la pelvis y la espalda de la madre en ángulo agudo u obtuso según la postura:

1. Lateral reclinada semi-tumbada
2. Sentada o en posición de relajación: sentada con apoyo de espalda
3. Cuadrupedia: posición de rodillas con apoyo de antebrazo en borde de la bañera/escalón o boca abajo con palmas en la base, en el centro de la bañera.

Las posiciones propias de la fase de expulsivo son la segunda y la tercera.

1



2

CUADRUPEDIA: variaciones



3

CUCLILLAS-SEMIFOULDER-SENTADA

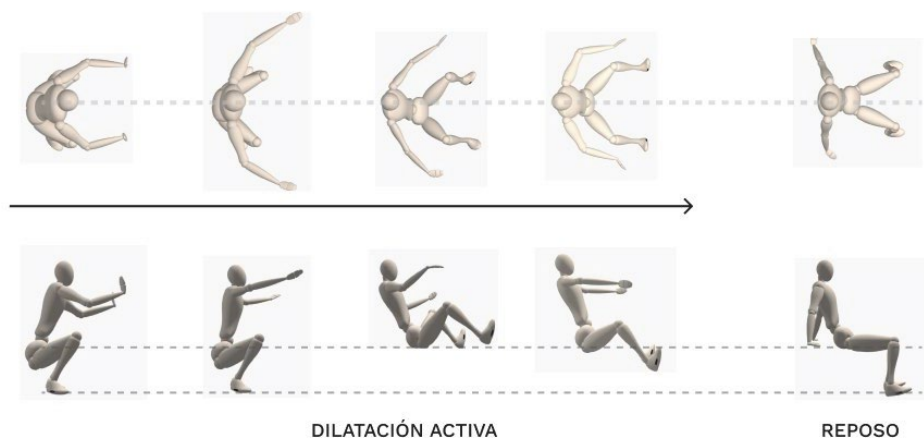


Figura 1. Posiciones activas de dilatación comunes e instintivas

1. Estar de rodillas apoyada sobre las manos, o antebrazos, sentada con las caderas abiertas y las rodillas flexionadas, en sus variaciones anterior y posterior son posturas que permiten una correcta funcionalidad de la pelvis. **2.** Variaciones en cuadrupedia: las superficies s deben ofrecer apoyo y agarres en distintas zonas para favorecer el trabajo y las posiciones de reposo. **3.** Evolución de la postura de cuclillas a sentada durante el periodo de dilatación
Fuente: TF Máster Ingeniería Diseño de María Gallardo Castillo, dirigido por M Puyuelo y M Val. ETSIADI, UPV.

Partiendo de estas posiciones y de los requerimientos anteriores, se realiza una primera aproximación a la forma y el volumen de la bañera, tomando como referencia las medidas y proporciones de bañeras existentes. No obstante, para determinar la forma definitiva y acotar los rangos y alcances de las usuarias, se ha tomado como referencia el estudio antropométrico realizado por el Instituto de Biomecánica de Valencia para este proyecto, y en el que se adoptan los percentiles 5 y 95 de la población de la mujer española, para un ajuste de extremos. Para cada dimensión aplicable al dimensionado y zonificación de la bañera, se ha contemplado un segmento corporal y el intervalo de valores que debe abarcar. Para cada segmento, por tanto, se ha seleccionado el valor del percentil 5, en parámetros de medidas verticales, alturas, alcances, y profundidades, para asegurar que las dimensiones sean accesibles desde esta medida mínima en adelante; y valores del percentil 95, en medidas de anchura, para asegurar que hay espacio de sobra para cualquier usuaria.

Tabla 1. Percentiles seleccionados para cada segmento corpora.
Fuente: TF Máster Ingeniería Diseño de María Gallardo Castillo, dirigido por M Puyuelo y M Val. ETSIADI, UPV.

MEDIDA, SEGMENTO CORPORAL	VALOR P5-P95 (EN MILÍMETROS)
Altura poplítea, longitud de pierna	356-445
Anchura de caderas sentado	312-425
Profundidad de asiento	450-531
Altura de hombros sentado	511-604
Alcance máximo horizontal, puño	587-734
Longitud de mano	159-173
Anchura de mano	67-78
Longitud del pie	215-257

Otros datos obtenidos en los estudios previos, que han sido considerados en el diseño son:

La amplitud mínima del espacio de base entre 700 x 900 mm; la altura del borde exterior debe ser superior a la de la lámina de agua por lo que se estima en 750 mm y las superficies deben ser ligeramente inclinadas en sus paredes internas y externas, dando cierta estabilidad y apoyo lumbar, inclinación para espalda 5-10-18°.



Figura 2. Propuestas iniciales, evolución del diseño, comprobaciones y ajustes del desarrollo de la bañera “New Life”. Fuente: Asistencias técnicas y elaboración propia

3. RESULTADOS: LA BAÑERA “NEW LIFE”

El resultado principal del proceso de diseño ha sido la definición del modelo “New Life”, que ha obtenido el registro comunitario en 2025 (DC015112930). Se trata de un modelo volumétrico caracterizado por la asimetría y una estética escultórica, de apariencia no hospitalaria que envuelve a la mujer, ofreciéndole un perímetro íntimo y una sensación de protección y seguridad, a través de elementos integrados en su volumetría, que proporcionan control corporal a la par que invitan al movimiento y las posturas de propias del parto activo, aumentando el efecto analgésico del agua.

La viabilidad postural que ofrece esta bañera refuerza el concepto de parto en movimiento, como aspecto fundamental en el desarrollo de este proceso. Su forma permite a la mujer encontrar la postura adecuada en cada momento, volviendo a las sensaciones intuitivas, que le permiten encontrar la que más alivio o facilidad le proporciona. A su vez, coordina su cuerpo con los movimientos que el bebé necesita para rotar y moverse para nacer.

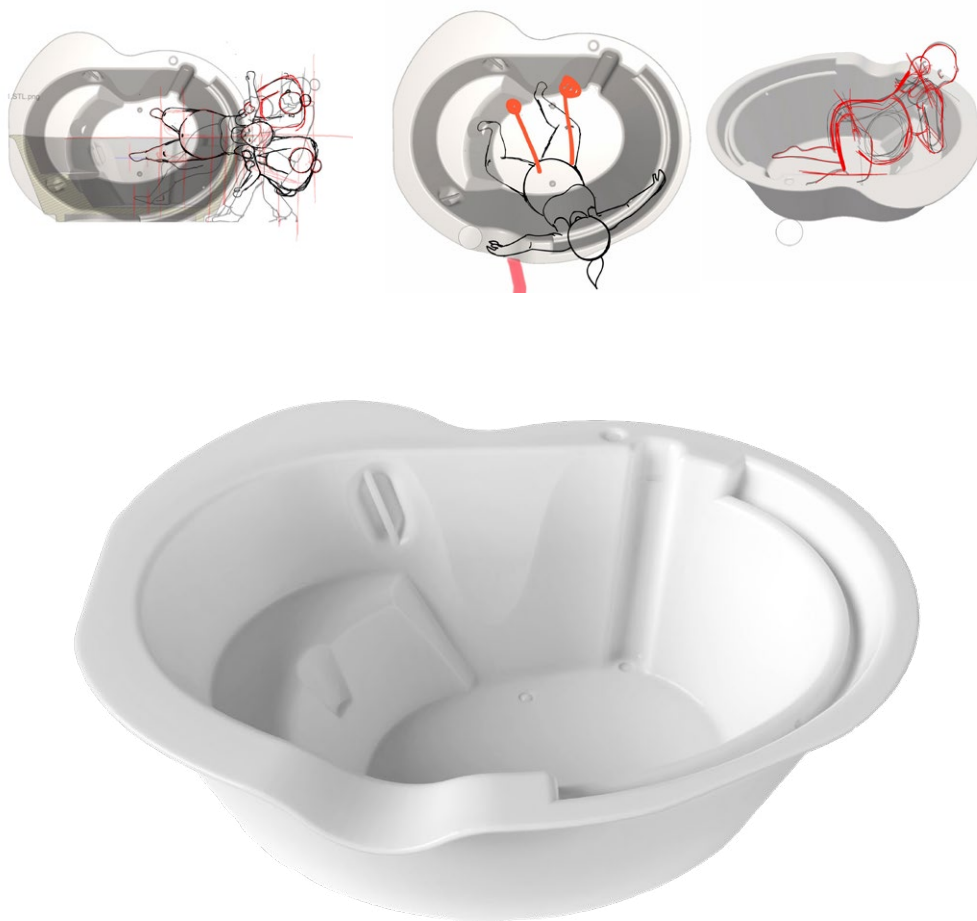


Figura 3. Estudios de posiciones y volumetría general de la bañera “New Life”

Su apariencia es limpia y ligera, con un modelado continuo y orgánico, que proporciona una sensación de recogimiento y seguridad, alejado de la percepción negativa ligada a la estancia hospitalaria. La bañera está diseñada para promover el movimiento libre global en todas direcciones y se adapta a las características antropométricas de mujeres de cualquier tamaño.

Este diseño integra las fortalezas identificadas y las mejoras solicitadas por los participantes en el proyecto, especialmente por las matronas en cuanto a:

Ergonomía y Soporte a la Madre

Presenta un modelado interior continuo y orgánico con múltiples áreas de apoyo para la espalda y los pies, permitiendo el apoyo de brazos en distintas posturas. El diseño debe facilitar las posiciones que adopta la mujer tanto en la dilatación como en el expulsivo. Ofrece múltiples áreas de apoyo para la espalda y los pies, que proporcionan soporte corporal en los momentos de descanso y relajación y apoyo firme en el caso de realización de pujos. Incluye un escalón/asiento interior para facilitar el acceso, la transferencia al agua, el apoyo lumbar y soporte para los brazos en posición de cuadrupedia, y la adopción de posturas erguidas, con un canal diseñado para liberar la zona del sacro.

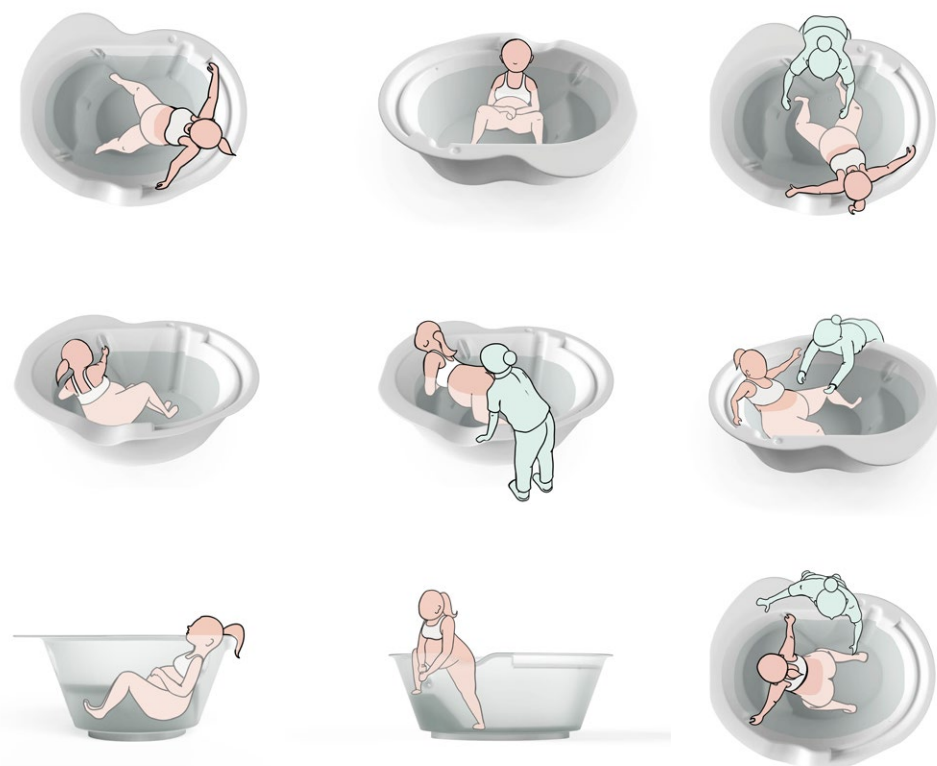


Figura 4. Distintas posiciones activas, de relajación, sujeción y alcances en la bañera “New Life”

Acceso y asistencia de la Matrona

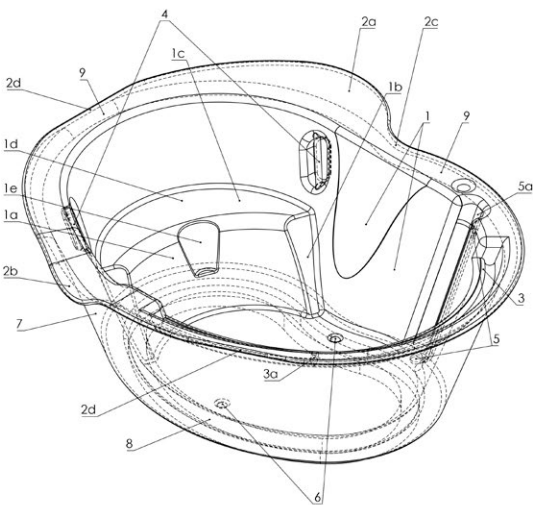
El diseño incorpora un borde superior funcional de ancho modulado y menor altura en ciertas zonas para facilitar la labor visual, los alcances y la aproximación del personal sanitario. Un borde redondeado de menor altura facilita la aproximación y el apoyo cómodo para la asistencia al parto desde el exterior, permitiendo el monitoreo y la actuación del personal. El faldón inferior exterior retranqueado, con inclinación, facilita la aproximación del personal sanitario desde el exterior sin obstaculizar los pies.

Seguridad y Agarre

Incluye un asidero corrido continuo a lo largo de un lateral, de dimensiones generosas, ideal para el agarre firme durante la fase de expulsivo. Un plano curvo posterior inclinado puede emplearse y actúa como área de seguridad para la evacuación rápida en caso de emergencia, aunque admite esta evacuación en otras zonas.

Higiene

El desagüe aislado en un canal independiente e inclinado, separado de la superficie útil de estancia, asegura la higiene a la par que atenúa el ruido del agua y facilita la limpieza. El diseño garantiza una limpieza eficiente, respondiendo a la preocupación por las infecciones nosocomiales. El modelado continuo y orgánico reduce recovecos y juntas difíciles de limpiar que puedan acumular bacterias. El canal independiente con inclinación que conduce el desagüe se encuentra fuera de la superficie útil de estancia y movilidad, facilitando la limpieza y evitando el contacto con las usuarias. Esta inclinación suaviza el sonido del agua cuando el grifo se sitúa sobre él. Por su parte, los asideros continuos y los integrados incluyen evacuación de agua para facilitar su higiene.



1	Modelado interior continuo y orgánico con áreas específicas de apoyo para espalda (1a) /pies (1b)/brazos (1c) Escalón/Asiento para acceso y apoyo lumbar y de brazos (1d) Asiento con ranura de canal de parto (1e)
2	Borde perimetral de ancho modulado: (2a) Apoyo y acceso desde el exterior (2b) Borde perimetral distintas alturas (2c) Retranqueo interior para alcances desde exterior (2d) Dos zonas lineales rectas
3	Asidero continuo e integrado en el borde con evacuación de agua (3a)
4	Asideros integrados en la volumetría interior
5	Desagüe aislado en canal independiente fuera de la superficie útil de estancia y movimiento. Canal inclinado para atenuar el sonido del agua (5a)
6	Posicionamiento de dos focos de iluminación en el plano de fondo de la bañera.
7	Faldón inferior hacia dentro para facilitar la aproximación y los alcances del personal sanitario en el apoyo a las tareas.
8	Zócalo inferior para instalaciones y aproximación exterior cómoda sin obstaculizar los pies.
9	Posibles emplazamientos de instalaciones complementarias fijas o eóntas: Placa exterior de control digital de sistema de llenado, temperatura de agua, burbujas, cromoterapia, ozono, autolimpieza, etc. Grifería y toma de agua para ducha articulada.

Figura 5. Ficha técnica de los componentes de la bañera “New Life”. Fuente: elaboración propia.

Tecnología

El diseño contempla la integración de componentes de iluminación para visualizar la cubeta, y los emplazamientos para sistemas de control digital de la temperatura, nivel del agua y vaciado rápido y silencioso, que se han incorporado en el prototipo funcional producido por la empresa Hidromasajes ECA.

4. CONCLUSIONES

La bañera *New Life* está concebida como un espacio que no induce a la sumisión, sino que, por el contrario, promueve que la gestante se mueva libre y cómodamente durante el proceso de dilatación y encuentre una posición óptima durante todas las fases del parto, acompañada por las profesionales que le asisten. Al igual que las demás soluciones en las distintas escalas de este proyecto, contribuye a la mejora de los Centros de Nacimiento al ofrecer un recurso seguro, funcional y estéticamente agradable, que apoya el parto fisiológico.

Como uno de los resultados de este modelo de Centro de Nacimiento, la bañera constituye una innovación que logra un equilibrio entre la funcionalidad requerida por las matronas y las necesidades dinámicas de la madre. La viabilidad postural que ofrece esta bañera refuerza el concepto de parto en movimiento, como aspecto fundamental en el desarrollo de este proceso.

La metodología participativa durante todo el proceso de diseño ha demostrado ser efectiva en cuanto al mantenimiento constante del foco en las necesidades específicas de todos los implicados, especialmente de las usuarias y de las profesionales que intervienen en este tipo de partos no medicalizados. El producto obtenido es resultado de combinar las mejores características identificadas en las validaciones de concepto realizadas, el conocimiento de los especialistas sanitarios, las necesidades de seguridad e higiene y el *know how* en diseño de las investigadoras. Por lo tanto, integra los prestaciones clave identificados en esta metodología participativa en una bañera ergonómica y segura que reúne los requisitos para obtener el marcado CE de producto sanitario.

5. AGRADECIMIENTOS

Agradecemos la colaboración en las fases preliminares de la investigación y diseño conceptual de Silvia García Carpintero; de María Gallardo Castillo en su Trabajo Fin de Máster, de los diseñadores Patxi Cotarelo y Alberto Bejerano del Estudio DSIGNIO; Sonia Rodríguez de *Yanus Building Capacity* y Daniel Garrido. En particular, queremos destacar en estos agradecimientos, la implicación constante en todo el desarrollo de este producto y la supervisión final de la doctora Soledad Carreguí, matrona experimentada responsable del proyecto NAIXEM y muy especialmente a las mujeres que han participado, a partir de su experiencia, en esta iniciativa a favor de una mejor atención al nacimiento.

La investigación ha sido realizada el marco del proyecto «Estrategias y modelos para la mejora de la seguridad, funcionalidad y experiencia del usuario en Centros de Nacimiento» (GVA. INNEST/2023/93). Proyectos Estratégicos en Cooperación, financiado por la Unión Europea en el marco del Programa Fondo Europeo de Desarrollo Regional (FEDER) Comunitat Valenciana 2021-2027.

6. BIBLIOGRAFÍA

1. Eidhammer A, Glavind J, Skrubbelttrang C, Melgaard D. Healing Architecture in Birthing Rooms: A Scoping Review. Vol. 17, Health Environments Research and Design Journal. SAGE Publications Inc.; 2024. p. 290–305.
2. Müller AE, Parra Casado M. La arquitectura de la maternidad. Recuperar y crear nuestros espacios The Architecture of Motherhood. Retrieving and Creating our Spaces. ILEMATA año. 2015; 7:147–55.
3. Damas, L. B., Machado, R. S., Hernández, R. D., & Pérez, A. S. (2018). Humanized childbirth: vital need for comprehensive care of women. Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología, 2018, 44(3), 1-12.
4. Fisher, M. M., & Winick, A. Designing motherhood: Things that make and break our births. 2021, MIT Press.
5. Bellini, E., Macchi, A., Setola, N., & Lindahl, G. Sensory design in the birth environment: learning from existing case studies. Buildings, 2023, 13(3), 604.
6. Carregui-Vilar S, et al. Epidural or water immersion? A prospective cohort study of maternal and neonatal outcomes in a tertiary hospital. Midwifery. 2025;146:104392. doi:10.1016/j.midw. 2025.10439
7. Benavides, A. Beneficios de la hidroterapia en el trabajo de parto. Estudio de Revisión. *Mus-sas*, vol. 5, núm. 1 (2020): DOI: 10.1344/musas 2020, 22-46.
8. López, D.; Ruiz, M.J.; Cabello, P. y Mena, M.. La Hidroterapia en el Trabajo de Parto: Creación de un protocolo para matronas. Revista Electrónica de PortalesMedicos.com, 2016. retrieved 30/11/2025.
9. Odent, M. (1984) Birth under water. The Lancet, Volume 322, Issue 8365, December 24/31, 1983, pp 1476-1477.
10. Gallego AB. Hidroterapia como método para el alivio del dolor en el parto: revisión integradora de la literatura [undergraduate thesis]. Castellón de la Plana: Universitat Jaume I; 2023 [cited 2025 Nov 15]. Available from: <https://repositori.uji.es/server/api/core/bitstreams/a43044e8-a3df-42db-9697-2eaa8b8c9aa4/content>
11. Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre Atención al Parto Normal. Guía de práctica clínica sobre atención al parto normal. Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social; 2010.
12. Fernández Augusto, C., & Pintueles Álvarez, M. Parto en el agua como alternativa al parto tradicional. Publicaciones Didácticas, 2018.
13. Reynolds, J. L. Primitive Delivery Positions in Modern Obstetrics: Were the wise women wiser than we?. Canadian Family Physician, 1991, 37, 356.
14. Lugones, M. y Ramírez, M., El parto en diferentes posiciones a través de la ciencia, la historia y la cultura. Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología, 38(1):134-145, 2012.
15. Burns E, Feeley C, Hall PJ, Vanderlaan J. Systematic review and meta-analysis to examine intrapartum interventions and maternal and neonatal outcomes following immersion in water during labour and waterbirth. BMJ Open. 2022;12(7):e056517. doi:10.1136/bmjopen-2021-056517.
16. McKinney JA, Vilchez G, Jowers A, Atchoo A, Lin L, Kaunitz AM, Lewis KE, Sanchez-Ramos L. Water birth: a systematic review and meta-analysis of maternal and neonatal outcomes. Am J Obstet Gynecol. 2024;230(3 Suppl):S961–S979.e33. doi:10.1016/j.ajog.2023.08.034
17. Cluett ER, Burns E, Cuthbert A. Immersion in water during labour and birth. Cochrane Database Syst Rev. 2018;5:CD000111. doi:10.1002/14651858.CD000111.pub4.
18. Wilson E., Biophilia and the conservation ethic. In Evolutionary perspectives on environmental problems, (2017), pp. 250-258). Routledge.
19. Wilson E., Biofilia. El amor a naturaleza o aquello que nos hace humanos. Errata Naturae Editores- 1984.
20. Bekervile, B. “Biophilia in Practice: Buildings that Connect People with Nature” en Biophilic

Design: The Theory, Science, and Practice of Bringing Buildings to Life, edited by Stephen R. Kellert, Judith Heerwagen, and Martin Mado. Wiley, USA, 2008.

21. Sabaa et al., A Study of Biophilic design and how it relates to the children's hospitals design. IOP Conf. Ser.: Earth Environ. Sci. 992 012003, 2022.
22. Williams, C. Los Orígenes de la Forma, Gustavo Gili, Barcelona, 1984.
23. Gallardo Castillo, María. Trabajo Fin de Máster Ingeniería Diseño, ETSIADI, UPV, 2023.
24. Dundes, L. (1987). The evolution of maternal birthing position. American journal of public health, 77(5), 636-641.
25. Fisher, M. M., & Winick, A. (2021). Designing motherhood: Things that make and break our births. MIT Press.

Capítulo 11

Propuesta de guía asistencial práctica para la atención al parto en un Centro de Nacimiento (PARTE 1)



“Toda gestante tiene derecho a recibir una atención digna y respetuosa durante el parto, libre de intervenciones innecesarias y basada en las mejores prácticas disponibles.”

-WHO- Intrapartum care for a Positive Childbirth (1)

Autoras:

Ana Sánchez, M^a José Palomares, M^a Teresa Parra, Andrea Codoñer, Sandra Castell, Celeste Sanahuja , M^a Vicenta Ros, Laura Martí, Maria Nemesio, Soledad Carregui.

243	1. PROPÓSITO Y ENFOQUE DEL CAPÍTULO
244	2. OBJETIVOS
244	3. TÉRMINOS Y DEFINICIONES
244	3.1 Identificación del embarazo de bajo riesgo
245	3.2 Identificación del embarazo de riesgo
245	4. POBLACIÓN DIANA
245	4.1 Criterios para la atención en el Centro de Nacimiento (CN) o en la Unidad Obstétrica (UO)
253	5. ÁMBITO DE APLICACIÓN
253	6. RECURSOS HUMANOS
253	7. RECURSOS MATERIALES
255	8. ASISTENCIA PRENATAL
256	9. TRIAJE, INGRESO Y ADMISIÓN EN EL CENTRO DE NACIMIENTO
256	9.1 Triaje
259	9.2 Alta / Ingreso en CN
262	10. ATENCIÓN A LA FASE LATENTE DE PARTO
262	10.1 Acompañamiento y apoyo
263	10.2 Control bienestar materno y fetal
263	10.3 Valoración de la evolución del parto
264	10.4 Gestión del dolor durante el parto y parto
266	11. ATENCIÓN AL PARTO
267	11.1 Primera etapa del parto
270	11.2. Segunda etapa del parto
275	11.3 Tercera etapa del parto
277	11.4 Atención inmediata tras alumbramiento
279	11.5 Revisión del canal del parto y reparación del trauma perineal
281	12. BIBLIOGRAFÍA

1. PROPÓSITO Y ENFOQUE DEL CAPÍTULO

El presente capítulo constituye una propuesta de guía asistencial práctica desde el proyecto NAIJEM, orientada a ofrecer un marco operativo, claro y unificado para la atención al parto normal en un Centro de Nacimiento (CN). Su finalidad es facilitar el trabajo cotidiano de los equipos profesionales proporcionando un documento **funcional, aplicable y basado en la evidencia**, que sintetiza los procedimientos esenciales desde la identificación del embarazo de baja complejidad o bajo riesgo hasta la asistencia al parto y posparto inmediato.

Este trabajo es el resultado de un proceso de revisión bibliográfica y actualización de las recomendaciones científicas más recientes, pero también de la reflexión conjunta de un equipo multidisciplinar con amplia experiencia en el acompañamiento al nacimiento. La construcción del documento ha integrado aportaciones profesionales y de usuarias para adaptar los contenidos a la realidad asistencial y a las necesidades de las mujeres y sus familias.

Además de constituir una herramienta clínica, esta guía se plantea como una **propuesta para favorecer la implementación y consolidación de los Centros de Nacimiento dentro de nuestro sistema sanitario**, ofreciendo una alternativa segura, humanizada y respetuosa para las gestantes de baja complejidad. Su desarrollo responde a la creciente evidencia científica que avala los modelos de atención liderados por matronas y a la necesidad de promover circuitos asistenciales que fomenten la continuidad de cuidados, la autonomía de las mujeres y la fisiología del proceso de nacimiento.

En este contexto, la guía pretende ser una propuesta, un punto de partida para unificar criterios, reducir la variabilidad clínica y facilitar decisiones coherentes con las recomendaciones actuales, promoviendo la seguridad materna y neonatal, el acompañamiento continuado y una vivencia del parto más positiva. Este documento se concibe, por tanto, como un recurso dinámico y actualizable, destinado a acompañar la evolución y mejora constante del modelo asistencial de los Centros de Nacimiento.

Concretamente, esta guía asistencial se ha desarrollado principalmente tomando como referencia el modelo de **Centros de Nacimiento adosados al hospital (Alongside Midwifery Units, AMUs)**, en los que la proximidad física a la Unidad Obstétrica permite determinados circuitos asistenciales y tiempos de respuesta muy concretos. No obstante, para su aplicación en Centros de Nacimiento independientes o separados del hospital (Freestanding Midwifery Units, FMUs) sería necesaria una adaptación específica. Dicha adaptación debería revisar y ajustar aspectos como los criterios de inclusión y exclusión (2,3), los protocolos de transferencia, la planificación de los circuitos asistenciales, así como la organización de recursos ante posibles complicaciones, dado que la distancia respecto a la Unidad Obstétrica implica tiempos de traslado mayores y requiere una planificación más detallada.

El grupo de trabajo entiende que la guía constituye una propuesta factible y adaptable al contexto sanitario de nuestro país. Del mismo modo, su aplicación debe realizarse siempre desde un enfoque individualizado, ajustando los cuidados a las características y preferencias de cada mujer respetando sus decisiones y revisando de forma coherente los protocolos y documentos complementarios vigentes en cada institución.

2. OBJETIVOS

Los objetivos principales de la prestación de asistencia en Centros de Nacimiento son los siguientes:

- **Ofrecer una atención a las mujeres con embarazos de baja complejidad**, que asegure una asistencia cercana, segura, rigurosa y óptima por parte del equipo de matronas del CN en un espacio similar al domicilio.
- **Implementar un modelo de continuidad en la atención** liderado por matronas que mejore la calidad de los cuidados, reduzca la variabilidad de la práctica clínica y facilite un modelo de cuidados biopsicosocial de forma segura y satisfactoria.
- **Ofrecer una asistencia basada en la evidencia científica actual** y la filosofía de cuidados y organización de los servicios según los Estándares Europeos de Centros de Nacimiento.
- **Desarrollar un programa de atención interdisciplinar** enfocado a ofrecer una atención respetuosa de la maternidad, que preserve la dignidad, privacidad y confidencialidad de las mujeres y que asegure la integridad física y emocional durante el proceso de parto y nacimiento.
- **Promover el empoderamiento de las mujeres**, la toma de decisiones informadas y el acompañamiento continuado durante la gestación, el trabajo de parto, el nacimiento y el posparto inmediato.
- **Promover la fisiología del nacimiento** minimizando los miedos y mejorando el apoyo durante la gestación, el parto y el puerperio.
- **Establecer sistemas eficaces de supervisión, comunicación y transferencia** entre la Unidad Obstétrica, los Centros de Nacimiento y los Centros de Atención Primaria con objeto de garantizar que las vías de derivación sean eficientes.
- **Capacitar a las mujeres y sus familias para mejorar su autocuidado y el cuidado de su recién nacido/a** con el fin de posibilitar un alta precoz y un seguimiento domiciliario planificado.
- **Registrar variables e indicadores consensuados** con el fin de auditar los procesos y mejorar la calidad asistencial.

3. TÉRMINOS Y DEFINICIONES

3.1 Identificación del embarazo de bajo riesgo

Se considera **gestante de bajo riesgo** a aquella cuyo embarazo cursa de forma fisiológica y en la que no se identifican condiciones médicas, obstétricas o psicosociales que incrementen la probabilidad de complicaciones maternas o

perinatales. Aunque la ausencia absoluta de riesgo no es posible, las mujeres en las que no se detecta ningún factor incluido en los grupos de riesgo alto o muy alto descritos más adelante se clasifican como gestantes con un embarazo normal, de bajo riesgo o baja complejidad.

En estos casos, el cuidado y seguimiento prenatal se realiza principalmente por la matrona de Atención Primaria, conforme a las recomendaciones establecidas en el programa de seguimiento del embarazo normal de cada comunidad autónoma. A partir de la semana 32, y siempre que se mantengan los criterios de normalidad, la gestante será derivada a la consulta del Centro de Nacimiento (CN) para recibir información sobre las opciones de asistencia disponibles en este ámbito.

La identificación de factores de riesgo permite establecer el perfil de riesgo o complejidad de la gestante y clasificarla para su adecuada atención. La valoración del riesgo debe ser un proceso continuo y dinámico a lo largo de toda la gestación y durante la asistencia al parto y al puerperio. Ante la sospecha o evidencia de factores de riesgo en las mujeres o neonatos que están a cargo del CN, se solicitará la participación de las unidades de apoyo especializadas para la valoración conjunta y la discusión del plan a seguir para ofrecer una asistencia óptima, siempre consensuada y discutida con la mujer. Estas unidades de apoyo serían la Consulta Obstétrica Hospitalaria, Unidad Obstétrica (paritorio), Sala de hospitalización, Unidad Neonatal, Unidad de Anestesia o Reanimación, así como otros servicios hospitalarios que pudiera precisar la gestante y/o su neonato. Aunque en el documento se presenta una propuesta de clasificación con el fin de orientar la recomendación del lugar del parto en el CN o en la Unidad Obstétrica, los criterios deben poder ajustarse a las diversas realidades de cada persona y considerar sus expectativas y valores.

3.2 Identificación del embarazo de riesgo

Son aquellas gestantes que de acuerdo con la evaluación que se realice de sus factores de riesgo biopsicosociales, así como de enfermedades asociadas y propias de la gestación tienen mayor riesgo de morbilidad materna y perinatal con respecto a la población general y necesitan cuidados adicionales. El seguimiento principal y la derivación a Obstetricia se realizarán en función del riesgo detectado.

4. POBLACIÓN DIANA

Este protocolo asistencial va dirigido a las mujeres con gestaciones de baja complejidad que desean un parto normal y que eligen ser atendidas en una Unidad Liderada por Matronas (ULM).

4.1 Criterios para la atención en el Centro de Nacimiento (CN) o en la Unidad Obstétrica (UO)

A continuación, se presenta una clasificación que sirve de referencia para que matronas, obstetras y mujeres, puedan **valorar y planificar el lugar más adecuado para el nacimiento**.

Para facilitar su uso, los factores y circunstancias se organizan en tres categorías (Tabla 1):

- **Criterios de inclusión (color verde).** - Criterios que indican que la atención puede realizarse en el Centro de Nacimiento (CN). Estos factores cubren a todas las mujeres con embarazos considerados de “bajo riesgo/baja complejidad o sin complicaciones”. Se debe informar a estas mujeres que la opción del parto en el Centro de Nacimiento es especialmente recomendada para ellas.
- Criterios que requieren **valoración individual (color amarillo).** - Estas circunstancias deben ser valoradas por el Equipo Consultor (EC) junto con la mujer de forma individual y personalizada con el fin de considerar y decidir el lugar más adecuado para dar a luz. En estos casos se realizará un plan claro documentado en la historia.
- Criterios que **recomiendan la atención en la Unidad Obstétrica (UO) (color rojo).** - La presencia de estos factores de riesgo indica que se debe aconsejar a la mujer dar a luz en la Unidad Obstétrica (UO).

Es importante señalar que cualquier situación no contemplada explícitamente y que genere incertidumbre deberá ser discutida por **el Equipo Consultor de guardia (EC) cuando se precise una resolución urgente** con el fin de determinar el lugar más seguro y adecuado para la asistencia; este equipo estará formado por una matrona experta, un Obstetra y Pediatra asignado en cada guardia. En el caso que la decisión se pueda demorar se consultará con el Equipo Avanzado (EA) que se reunirá con una periodicidad mensual o en convocatoria extraordinaria si la situación lo requiere. En todo caso, la decisión final se tomará **siempre de manera compartida entre la mujer y el profesional sanitario**, tras haber sido informada adecuadamente y valorado su estado de salud.

El EC informará de las incidencias al Equipo Avanzado (ver capítulo 6), estos serán responsables de revisar los casos que precisen una valoración personalizada o que supongan situaciones especiales no previstas en el protocolo. Asimismo, analizarán aquellas circunstancias que puedan justificar la revisión o actualización de las recomendaciones.

Tabla 1. Criterios de inclusión de la mujer para el acceso a los cuidados del Centro de Nacimiento (3–5).

CENTRO DE NACIMIENTO
EMBARAZO ACTUAL
Gestación única, a término entre las 37 y 41+6 semanas de gestación con presentación cefálica
Edad materna entre 16 y 40 años
Múltiparas entre 40-44 años y con menos 40 semanas de gestación
4 o menos partos anteriores (P4)
Inicio espontáneo del trabajo de parto
Inicio del parto tras inducción por ECP en UO que requiere únicamente maduración cervical con PG con posterior dinámica uterina espontánea (máximo 2 dosis)

Inicio del parto tras inducción por RPM >24 h iniciada en UO que requiere únicamente maduración cervical con PG (2 dosis) con posterior dinámica uterina espontánea y sin signos de infección
Inducción por ECP que requiere únicamente maduración cervical con balón de Cook y/o amniotomía con posterior dinámica uterina espontánea
Membranas íntegras o con RPM <24h en ausencia de signos de infección en el momento del ingreso
RPM ambulatoria con inicio espontáneo del parto antes de las 24h sin signos de infección actual
Líquido meconial no significativo en ausencia de cualquier otro factor de riesgo asociado
Control adecuado de la gestación: >4 visitas + ecografía morfológica de la semana 20 realizada
Período intergenésico corto (nuevo embarazo en ≤ 12 meses desde el nacimiento de su último hijo/a)
Metrorragia del 1r trimestre y gestación actual a término y sin complicaciones
Amenaza de aborto resuelto en la actualidad
Amenaza de parto prematuro resuelto en la actualidad
Sospecha de placenta marginal resuelta en la actualidad (borde placentario a > 20mm del OCI)
Diabetes gestacional bien controlada (cifras normales de glucemia y crecimiento normal), corregida con dieta y ejercicio.
Hábito tabáquico
Grupo Rh negativo
Sospecha de macrosomía con PFE por debajo de percentil 97
IMC = 18-34,9 mg/m ² en primera visita de gestación, con buena movilidad y sin patología asociada
Gestación actual mediante TRA (excluyendo FIV con ovodonación y/o edad materna > 40 años)
Condición clínica que no tiene un impacto en el embarazo o en la salud de la mujer
Ausencia de otros factores de riesgo que son motivo de exclusión y de aquellos otros que después de una valoración individual desaconsejan el parto en el Centro de Nacimiento.
Enfermedades cardiovasculares
Riesgo Cardiovascular OMS I (antecedente de enfermedad cardíaca, sin aumento del riesgo de mortalidad materna ni morbilidad)
Enfermedades hematológicas
Hemoglobina ≥ 10 mg/dl
Plaquetas ≥ 100x10 ⁹ /L
Anticuerpos séricos sin significado clínico
Enfermedades respiratorias
Asma leve: sin tratamiento o sin crisis durante el embarazo
Enfermedades infecciosas
Portadora de SGB sin signos de infección actual que inicia el parto de forma espontánea con bolsa íntegra o rota en el momento de la admisión y con cobertura antibiótica
Enfermedades del sistema endocrino
Hipotiroidismo subclínico o bien controlado con tratamiento

Procesos psicosociales
Antecedentes de patología mental o actual controlada y estable (ansiedad leve/moderada, depresión, trastornos de la conducta alimentaria, estrés postraumático, TOC, trastorno de pánico estable), con gestación actual a término y sin complicaciones
Condiciones socioeconómicas desfavorables
Embarazo deseado
Víctima de violencia de género, ya sea violencia física, sexual o psicológica
Causas fetales
Ausencia de malformaciones o patología fetal conocida
No presentar sospecha de pérdida de bienestar fetal en el momento del ingreso
ANTECEDENTES GINECOLÓGICOS
Antecedentes de parto instrumentado / parto distócico
Esterilidad previa y gestación actual a término y sin complicaciones
Un solo mioma uterino fúndico o superior de menos de 3 cm
Antecedentes de patología placentaria y gestación actual a término y sin complicaciones
Antecedentes de patología obstétrica en gestaciones anteriores y gestación actual a término y sin complicaciones
Antecedente de RCIU o PEG con gestación actual a término y sin complicaciones
Antecedentes de abortos (2 o más abortos involuntarios)
Antecedente de embarazo ectópico previo y gestación actual a término y sin complicaciones
Antecedentes de incompetencia cervical y gestación actual a término y sin complicaciones
Antecedente de parto prematuro previo y gestación actual a término y sin complicaciones
Anomalía cromosómica previa sin evidencia de recurrencia
Antecedente de enfermedad trofoblástica previa y gestación actual a término y sin complicaciones
Hemorragia posparto previa sin necesidad de transfusión sanguínea/intervención quirúrgica, valorando el uso de vía y realizando un alumbramiento dirigido
Antecedente de desgarro perineal de III grado (OASIS) en parto previo, actualmente asintomáticas (sin incontinencia anal/fecal) y sin complicaciones posteriores (infección, fístula o alteración que suponga contraindicación clínica para parto vaginal), según valoración obstétrica.

Tabla 2. Criterios de valoración individual de la mujer para acceder a la atención en el Centro de Nacimiento y criterios para recomendar la atención en la Unidad Obstétrica.

RECOMENDACIÓN EN UNIDAD OBSTÉTRICA	VALORACIÓN INDIVIDUAL
EMBARAZO ACTUAL	EMBARAZO ACTUAL
Mujeres mayores de 40 años de más de 40 semanas	Primíparas mayores de 40 años hasta la semana 40
Edad materna precoz: gestación en mujeres < 16 años	Múltiparas mayores de 44 años hasta semana 40
Gestación < 37s.	Quintipara o más (se recomienda vía venosa periférica (VPP) y alumbramiento dirigido)

Embarazo múltiple	
Placenta previa	
Inducción del trabajo de parto que requiere más de un método para la maduración cervical y/o oxitocina	
Hemorragia anteparto recurrente	Sangrado de origen desconocido antes del inicio del parto (episodio único después de las 24 semanas de gestación)
Gestación no controlada/ < 4 visitas/ inicio de control > de la semana 20	Gestante sin control previo en centro de referencia
No aportación de los informes de control gestacional en otro centro	
IMC en la 1ª visita del control gestacional > 40 kg/m ²	IMC ≥ 35-40 Kg/m ²
Fiebre materna ≥ 38° C	IMC 16-18 valorando control de crecimiento ecográfico normal
Desprendimiento de placenta	
Preeclampsia o hipertensión inducida por el embarazo	
Amenaza de parto prematuro o RPM en pretérmino	
Gestación actual mediante FIV con ovodonación y/o edad materna > 40 años	
RPM < 37 SG	Uso de drogas/abuso de sustancias con controles negativos actualmente
RPM > 48 h con/sin inicio de parto	RPM > 24 h y < 48 h con parto establecido y sin signos de infección.
RPM con SAG positivo sin inicio de trabajo de parto	RPM con SAG positivo cubierta con antibiótico cuando inicie el parto en < 24h sin signos de infección
	Uso de opioides maternos para gestión del dolor en un tiempo < 4 h al nacimiento
Enfermedades cardiovasculares	Enfermedades cardiovasculares
Enfermedad cardíaca confirmada o riesgo cardiovascular OMS IV. Mortalidad materna y morbilidad grave.	Enfermedad cardíaca sin implicaciones intraparto, es decir, dada de alta en servicio de cardiología
TAs ≥ 140 mm Hg o TAd ≥ 90 mm Hg en 2 ocasiones separadas en intervalos de 30 minutos	
Trastornos hipertensivos	
Enfermedades hematológicas	Enfermedades hematológicas
Hemoglobina < 9 mg/dl	Hemoglobina entre 9-9,9 mg/dl, en el momento del ingreso, valorar VVP y manejo activo del alumbramiento
Anticuerpos atípicos que conllevan un riesgo de enfermedad hemolítica del recién nacido	Anticuerpos séricos sin significado clínico y que no ponen al bebé en riesgo de enfermedad hemolítica

Hemoglobinopatías: enfermedad de células falciformes y beta-talasemia mayor	Rasgo falciforme o talasemia
Antecedentes de trastornos tromboembólicos	
Púrpura trombocitopénica inmune u otro trastorno plaquetario o recuento de plaquetas por debajo de $100 \times 10^9/L$	
Enfermedad de Von Willebrand	
Trastorno hemorrágico en la mujer o el feto	
Mujeres que rechazan transfusión de productos sanguíneos	
Enfermedades respiratorias	Enfermedades respiratorias
Asma que requiere un aumento del tratamiento o tratamiento hospitalario	
Fibrosis quística	
Enfermedades infecciosas	Enfermedades infecciosas
Hepatitis B/C con pruebas de función hepática normales o alteradas	
VIH: con carga viral alta/detectable	
Toxoplasmosis: mujeres que reciben tratamiento	
Varicela o Rubéola: infección activa actual en la mujer o el bebé	
Tuberculosis: en tratamiento	
Herpes genital: episodio primario con lesiones en el momento del nacimiento, o con menos de 6 semanas recibiendo tratamiento	Herpes genital: primer episodio tratado durante al menos 6 semanas o herpes genital recurrente sin lesiones al inicio del parto*
Zika o enfermedad de Chagas durante el embarazo	Sífilis: serología positiva, adecuadamente tratada, sin lesiones activas al inicio del trabajo de parto y con controles serológicos con disminución del título de anticuerpos hasta el parto*
	En gestantes que han viajado a zonas de transmisión activa del virus del Zika (una vez descartada la infección)
Enfermedades del sistema inmune	Enfermedades del sistema inmune
Lupus eritematoso sistémico	Trastornos inespecíficos del tejido conjuntivo
Esclerodermia	
Enfermedades del sistema endocrino	Enfermedades del sistema endocrino
Hipertiroidismo	Hipotiroidismo inestable donde se requiere un cambio en el tratamiento
Diabetes pregestacional (tipo 1/tipo 2)	
Diabetes gestacional mal controlado o en tratamiento con insulina	
Alteraciones esqueléticas y neurológicas	Alteraciones esqueléticas y neurológicas

Epilepsia	Anomalías de la columna
Miastenia gravis	Pelvis fracturada previa
Accidente cerebrovascular	Déficits neurológicos
Enfermedades gastrointestinales	Enfermedades gastrointestinales
Enfermedad hepática asociada con pruebas de función hepática anormales actuales	Enfermedad hepática con función hepática normal actual
Colelitiasis	Enfermedad de Crohn**
Colestasis	Colitis ulcerosa**
Varices esofágicas	
Enfermedades renales	Enfermedades renales
Función renal anormal	
Enfermedad renal que requiere supervisión por un especialista renal	
Procesos psicosociales	Procesos psicosociales
Trastorno psiquiátrico que requiere atención hospitalaria actual	Mujer con atención psiquiátrica ambulatoria actual
Síndrome de dependencia del alcohol o otras drogas	Víctima de violencia de género
	Embarazo no deseado
Causas fetales	Causas fetales
Pequeño para la edad gestacional en este embarazo: PFE < p10 o RCIU	Valorar entre p5-p10 con Dopplers normales
Diagnóstico clínico de un bebé que es grande para la edad gestacional: PFE > p97	
Muerte intrauterina confirmada	
Frecuencia cardíaca fetal anormal/estudios Doppler fetal alterados o sospecha de pérdida de bienestar fetal	
Meconio significativo	
Diagnóstico ecográfico de oligo/polihidramnios	
Presentación anómala: posición de nalgas, transversa o inestable	
Malformación fetal confirmada o sospecha de malformación fetal o signos ecográficos o bioquímicos, así como antecedentes familiares o personales que fomenten la sospecha de malformación grave o que requiera valoración urgente neonatal	Anomalía fetal sin implicaciones intraparto: pelvis renal dilatada, arteria umbilical única con crecimiento normal en las ecografías, pies equino-varos aislados, que no requieren valoración urgente e inmediata neonatal
ANTECEDENTES GINECOLÓGICOS	ANTECEDENTES GINECOLÓGICOS
Cirugía ginecológica con entrada en cavidad endometrial	Cirugía ginecológica mayor, sin entrada en cavidad uterina

Miomectomía con entrada en cavidad endometrial	Múltiples miomas, un solo mioma de >3 cm o miomas de parte inferior del útero
Histerotomía	Cirugía ginecológica menor: cirugía cervical, conización o biopsia cervical. Valorar lesión o trauma cervical posterior.
Distocia de hombro que requirió maniobras de 2n nivel	Distocia de hombros en parto anterior sin repercusión neonatal grave que se resolvió con maniobras de 1r nivel (teniendo acceso al partograma del parto anterior)
Rotura uterina	Desgarro de 3er-4º grado extenso en parto anterior sin incontinencia urinaria, de gases o fecal, sin contraindicación de parto vaginal tras valoración individual
Malformación uterina que pueda interferir en el embarazo o condicionar el tipo de parto	Desgarro vaginal extenso o cervical en parto anterior
Muerte fetal/neonatal inexplicable o muerte previa relacionada con el parto	
Neonato anterior con encefalopatía neonatal	Neonato anterior con ictericia que requirió exanguinotransfusión
	Antecedentes de neonato anterior de más de 4.5kg
Preeclampsia que requiere parto prematuro	Preeclampsia previa desarrollada a término sin evidencia actual de preeclampsia/eclampsia
Desprendimiento de placenta con resultado adverso	Antecedentes de extracción manual de placenta
Placenta ácreta	
Eclampsia	
Cesárea anterior	
Mortinato/muerte neonatal con una causa no recurrente conocida	
	Hemorragia posparto previa que requirió tratamiento adicional /transfusión de sangre. Valorar necesidad de canalizar VVP y manejo activo del alumbramiento.
EV: endovenoso; VVP: Via venosa periférica; RPM: rotura prematura de membranas; ECP: embarazo cronológicamente prolongado; TAS: tensión arterial sistólica; TAD: tensión arterial diastólica; VIH: Virus Inmunodeficiencia Humana; PFE: peso fetal estimado; RCIU: restricción de crecimiento intrauterino; p10: percentil 10; p 97: percentil 97; IV: intravenoso. *Criterios de exclusión de inmersión en agua para el trabajo de parto **Enfermedad inactiva con crecimiento normal en la ecografía	

5. ÁMBITO DE APLICACIÓN

El ámbito de aplicación de esta guía práctica asistencial se centra principalmente en el entorno del Centro de Nacimiento, aunque también contempla la continuidad de la atención en caso de que la gestante deba ser transferida a otro nivel asistencial, ya sea de Atención Primaria, de la Unidad Obstétrica, de la Unidad Neonatal o de la Unidad de Hospitalización.

6. RECURSOS HUMANOS

El personal que interviene en el Centro de Nacimiento está compuesto por el equipo propio del dispositivo, así como por diferentes servicios de apoyo (ver capítulo 6).

Equipo propio del Centro de Nacimiento

- Matronas del Centro de Nacimiento
- TCAEs (Técnicos en Cuidados Auxiliares de Enfermería)
- Celadores
- Personal administrativo
- Servicio de limpieza

Servicios de apoyo

- Matronas de Atención Primaria
- Obstetras
- Neonatólogos/as
- Unidad Obstétrica (Paritorio)
- Planta de hospitalización de maternidad
- Laboratorio
- Servicios Sociales
- Servicio de Informática
- Almacén
- Cocina
- Lencería
- Mantenimiento
- Docencia
- Farmacia
- Archivo y Documentación

7. RECURSOS MATERIALES

En relación con los recursos materiales del Centro de Nacimiento, es importante considerar tanto la infraestructura como los elementos arquitectónicos que garantizan un entorno seguro, acogedor y adecuado para la atención al parto fisiológico. Dado que estos aspectos requieren un desarrollo más detallado, los contenidos específicos sobre diseño arquitectónico, requisitos estructurales, equipamiento y organización de los espacios se abordarán de manera extensa en los capítulos 7, 8, 9 y 10 de esta guía.

A continuación, se detalla el material básico necesario en estos entornos:

- Doppler fetal portátil (AFI)
- Monitor de PANI, Pulsioxímetro
- Termómetro
- Báscula de adulto
- Pelotas de fitball
- Lianas para sujeción
- Fulares de tela para MEPP (Movilización Externa Pasiva de la Pelvis)
- TENS
- Óxido Nitroso (filtros, boquillas)
- Camas obstétricas
- Sillas de parto
- Bañera
- Espejo sumergible
- Colador
- Guantes
- Espéculos
- Set material quirúrgico de asistencia obstétrica
- Suturas
- Sondas vesicales
- Material para venopunción (extracción y venoclisis)
- Medicación profiláctica y de urgencia (ver tabla de medicación Capítulo 12)
- Equipos informáticos
- Cuna de reanimación (VPP con mezclador de aire y O₂, Ambú, Neopuff, aspirador, foco de calor, reloj)
- Equipamiento de reanimación neonatal (laringoscopio con palas neonatales, tubos endotraqueales, fiador, set de canalización umbilical, catéteres...)
- Carro de reanimación adultos equipado (medicación, material de punción, ventilación...)
- Ropa de cama, toallas, camisones, camiseta, mantas, almohadas, gorros, ropa de bebé...
- Material higiénico: compresas, empapadores, pañales...
- Antisépticos: clorhexidina acuosa y alcohólica
- Cuña, bateas
- Lanceta amniorrexix
- Tubos de extracción de analítica
- Pulseras de “cruzar y reservar”
- Báscula bebés
- Tampón para huellas de identificación
- Cartillas de Salud Infantil
- Documentos para el Registro Civil
- Pulseras de identificación
- Impresora
- Capilares para muestra pH cordón, talón.
- Bilirrubinómetro
- Glucómetro, agujas y tiras reactivas
- Nevera, congelador
- Contenedores de residuos (amarillos y negros)
- Medidor de longitud neonatal
- Cinta métrica
- Tiras de orina

- Teléfono
- Mecedoras
- Colchonetas para salas de dilatación
- Colchonetas para el gimnasio de educación maternal
- Fantomas para educación maternal
- Pantalla para proyección
- Ecógrafo
- Monitor CTG (para uso excepcional, no incluirlo en la UTPR)
- Pulsioxímetro neonatal
- Hojas certificado de nacimiento
- Microondas
- Lavadora y secadora

8. ASISTENCIA PRENATAL

Las visitas prenatales se inician en las primeras semanas de gestación en Atención Primaria (AP). Entre las semanas 20 y 24, la matrona de AP informará a la gestante sobre la opción de dar a luz en el Centro de Nacimiento (CN) y se ofrecerán visitas grupales en el propio centro para explicar su funcionamiento, resolver dudas y presentar las distintas posibilidades de atención.

Si en la semana 30 la gestación mantiene criterios de normalidad y la mujer manifiesta interés en ser atendida en el CN, la matrona de AP le ofrecerá de manera activa una primera cita en la semana 32 en el propio Centro de Nacimiento. En el caso de que la gestante pertenezca a otro departamento de salud, podrá contactar directamente con el CN para solicitar una consulta.

A partir de este momento, se recomienda seguir el siguiente calendario de visitas:

Visita en la semana 32

En esta consulta se abrirá la historia clínica y se llevará a cabo la anamnesis completa. Se revisarán los criterios de inclusión y exclusión para la atención en el CN y se realizará el control clínico de la gestante, que incluirá: toma de tensión arterial, medición de la altura uterina, exploración general, auscultación fetal, valoración de los movimientos fetales, ecografía básica si procede, tira reactiva de orina si procede y resolución de dudas. Asimismo, se solicitarán las pruebas analíticas correspondientes y se revisará el calendario vacunal. Se ofrecerán sesiones grupales orientadas a proporcionar herramientas para el soporte físico y emocional del parto (hipnosis, mindfulness, yoga, biomecánica, etc ...)

Visita en la semana 36

Se efectuará un nuevo control clínico y la toma del frotis vagino-rectal para el cultivo de estreptococo del grupo B (SAG). En esta visita se iniciará la discusión del plan de parto. Entre las semanas 36 a 38, se ofrecerá un taller de preparación al parto en grupos reducidos, dirigido a gestantes y acompañantes, que se realizará en el CN).

Visita en la semana 38

Se realizará el control clínico habitual y se ultimarán los detalles del plan de parto, resolviendo las dudas que puedan surgir.

Visita en la semana 40

Se efectuará un nuevo control clínico y se resolverán dudas. Además, se facilitará la citación para la valoración del Bienestar Fetal en la Unidad Obstétrica (UO) en la semana 41.

Visita en la semana 41

Se revisarán los resultados de la valoración realizada en la UO y se realizará el control clínico correspondiente.

Visitas cada 48 horas hasta el inicio espontáneo del parto o hasta la indicación de inducción en la Unidad Obstétrica.

En todas las visitas, se ofrecerá tranquilidad, información y soporte emocional para reducir temores y reforzar la confianza de la mujer en la última etapa de la gestación. Asimismo, se propondrá la realización de trabajo corporal y técnicas complementarias como técnicas de movilidad de la pelvis (manteo) para favorecer la dinámica uterina y estimular el inicio del parto cuando la gestación supere la semana 40.

9. TRIAJE, INGRESO Y ADMISIÓN EN EL CENTRO DE NACIMIENTO

9.1 Triaje

El triaje es un sistema de selección y clasificación de las personas que solicitan atención urgente, basado en la valoración de sus necesidades clínicas y en los recursos disponibles. En el contexto del Centro de Nacimiento (CN), este proceso permite determinar si la gestante se encuentra en período activo de parto y si existen posibles complicaciones que requieran atención en la Unidad Obstétrica (UO). El triaje puede realizarse tanto telefónicamente como de forma presencial, según la situación.

Triaje telefónico

La matrona de guardia (MaG) es la responsable de atender las llamadas de las gestantes y proporcionar orientación clínica inicial. Toda la información relevante deberá registrarse en la Historia Clínica (HC). Durante la atención telefónica, la MaG valorará los siguientes aspectos:

1. **Motivo de la consulta**, ante el cual se procederá del siguiente modo:
 - **Consultas generales o dudas:** La MaG intentará resolverlas durante la llamada. Si no es posible, se indicará a la mujer que acuda al CN o a la UO, según proceda.
 - **Sospecha de rotura prematura de membranas (RPM):** Se recomienda acudir al CN para su valoración, aunque en caso de RPM franca y criterios

de normalidad (líquido amniótico claro, movimientos fetales presentes y ausencia de fiebre), y si la dinámica uterina es escasa, se podrá aconsejar permanecer en domicilio, proporcionando **indicaciones claras sobre cuándo acudir**. Ofrecer información y que decida la mujer.

- **Dinámica uterina:** Se preguntará por la **frecuencia, regularidad e intensidad del dolor**. Si las contracciones son frecuentes, regulares y dolorosas o se acompañan de sensación de presión o pujo, se recomendará acudir al CN. También se ofrecerá la posibilidad de acudir cuando la mujer se sienta angustiada o desee una valoración presencial.
 - **Signos de alarma:** Ante hemorragia vaginal similar a la menstruación o **disminución de percepción de movimientos fetales**, se indicará acudir **directamente a Urgencias Obstétricas**.
2. **Revisión de la Historia Clínica y anamnesis**, con el fin de valorar la **pertinencia de atención en el CN o en la UO** (ver tablas 1 y 2 criterios).

Triage presencial

El triaje presencial se realiza cuando la gestante acude directamente al Centro de Nacimiento (CN), donde será recibida por la matrona de guardia (MaG). El procedimiento sigue los mismos principios que el triaje telefónico y se basa en la valoración de los siguientes aspectos:

1. **Motivo de la consulta:** dudas, sospecha de rotura prematura de membranas (RPM), dinámica uterina o presencia de signos de alarma.
2. **Revisión de la Historia Clínica (HC), cartilla de embarazo y anamnesis.**

Si la mujer no tiene HC abierta en el Centro de Nacimiento, se procederá a su apertura y a completar la anamnesis.

Si se identifican riesgos intermedios que requieran valoración por obstetricia, se consultará con el **Equipo Consultor** para tomar una decisión conjunta con la mujer. Puede ocurrir que en alguna ocasión se precise alguna prueba complementaria como monitorización CTG o ecografía, por lo que se remitirá a la Unidad Obstétrica (UO) para completar la valoración y establecimiento del plan.

3. **Exploración sistemática de la mujer y del feto**, que incluye:

A. Exploración general

- **Frecuencia cardíaca fetal:** si FCF no tranquilizadora, se recomienda derivar para valoración a la Unidad Obstétrica.
- **Temperatura:** si es $>37,5$ °C en dos tomas y no responde a medidas físicas, se aconseja derivar a UO.
- **Tensión arterial (TA):** si es $\geq 140/90$ mmHg en dos tomas separadas de 30 minutos, se derivará a UO.
- **Valoración psicosocial**, teniendo en cuenta el estado emocional, red de apoyo y posibles factores de vulnerabilidad.

B. Exploración obstétrica

B.1. Exploración abdominal

- Medición de la **altura uterina** en relación con la edad gestacional.

- Maniobras de **Leopold** para determinar la presentación y posición fetal. En caso de duda, se valorará realizar ecografía.

B.2. Exploración vaginal

- Inspección de **vulva, vagina y periné**, observando su aspecto y descartando lesiones o signos sugestivos de infecciones (herpes, sífilis, condilomas, etc.).
- Valoración de **salida de líquido amniótico** en reposo y con maniobra de Valsalva, registrando color y cantidad.
- Si acude por sospecha de RPM sin evidencia clara, se realizará **especuloscopia** para valorar líquido en fondo de saco, también se puede utilizar **test de Nitrazina** o, en caso necesario, **test inmunocromatográfico**. Si aun así persisten dudas, se remitirá a UO para valoración ecográfica.
- Si la consulta es por **dinámica uterina**, se solicitará **consentimiento verbal** para realizar tacto vaginal tras explicar el motivo. Mediante esta exploración se valorarán:
 - Características del cuello uterino (situación, consistencia, longitud y dilatación).
 - Presentación y posición fetal.
 - Plano de la presentación.
 - Integridad del saco amniótico.

C. Comprobación del bienestar fetal

- Auscultación inicial con **doppler fetal** durante al menos un minuto después de una contracción y entre contracciones para establecer la **FCF basal** (registrada como un único valor).
- Comprobación simultánea del **pulso materno** para evitar confusión de frecuencias.
- Registro de aceleraciones y desaceleraciones, si las hubiera.
- Valoración de la **dinámica uterina** mediante palpación, anotando frecuencia e intensidad.
- Ante dudas sobre la normalidad de la FCF, auscultar durante **tres contracciones consecutivas**. Si se sospecha pérdida de bienestar fetal, derivar a UO para realizar **monitorización Cardiotocográfica (CTG)** (6) y, si tras la valoración el patrón cumple criterios de normalidad, la mujer podrá volver al CN para seguir con los cuidados según precise.

4. **Registro de antecedentes y resultados de la exploración** en el informe correspondiente.

Medidas de prevención de infecciones

Durante las visitas programadas, la atención urgente y la asistencia obstétrica es recomendable aplicar las medidas universales de asepsia según recomendaciones (7), entre ellas:

- Uso de guantes cuando el procedimiento lo requiera, es decir, cuando exista riesgo de exposición a sangre, fluidos corporales o secreciones.

- **Higiene de manos:** lavado con solución hidroalcohólica o agua y jabón antes y después de cada contacto, como medida principal para prevenir la contaminación cruzada.
- **Ropa y equipos de protección:** deben seleccionarse según el nivel de riesgo de transmisión de microorganismos y de exposición a fluidos.

9.2 Alta / Ingreso en CN

Tras la valoración realizada durante el triaje, se contemplan tres posibles decisiones asistenciales: Alta al domicilio, ingreso en el Centro de Nacimiento (CN), o transferencia a la Unidad Obstétrica (UO).

9.2.1 Alta a domicilio con indicaciones

El alta se ofrecerá cuando la situación clínica lo permita y siempre considerando las necesidades y preferencias de la gestante. Las recomendaciones variarán según el motivo de consulta:

Fase latente del parto

Animar a la gestante a regresar a su domicilio con conducta expectante mientras evoluciona el proceso. Se considerarán las circunstancias clínicas, personales y sociales como la distancia al centro y acompañamiento disponible, así la decisión final se tomará de manera compartida con la mujer. Al alta se le explicarán:

Signos (de alarma) ante los cuales deberá llamar y acudir de nuevo al CN:

- Aumento de frecuencia, regularidad e intensidad del dolor de las contracciones.
- Sensación de presión o pujo.
- Sospecha de RPM.
- Hemorragia vaginal (similar a la regla o mayor).
- Disminución o ausencia de movimientos fetales.

Recomendaciones para favorecer la evolución del parto y aliviar el dolor en casa: movilidad, cambios posturales, ejercicios pélvicos (pelota), aplicación de calor local (ducha caliente), entre otros.

RPM < 24 h con SAG negativo

Se podrá realizar **atención ambulatoria** tras explicar los beneficios/riesgos de demorar la inducción en las primeras 24 horas y firmar el consentimiento informado (CI). Se entregará una hoja con recomendaciones, un registro de signos y síntomas a controlar y los signos de alarma que requieren volver al CN:

Signos de alarma:

- Cambio de color u olor del líquido.
- Fiebre > 37.5 °C.
- Malestar general.

- Movimientos fetales reducidos.
- Contracciones regulares e intensas.
- Dolor abdominal o cualquier duda relevante.
- Sangrado en cantidad similar a una regla

Recomendaciones:

- Reposo relativo.
- Abstinencia sexual.
- Evitar baños de inmersión.
- Control de temperatura cada 4 h.
- Control de movimientos fetales y del aspecto del líquido.
- Permanecer acompañada por alguien que pueda facilitar el traslado al CN si fuera necesario.
- Antes del alta se ofrecerán técnicas de movilización externa pasiva de pelvis (MEPP/manteo) para favorecer la posición fetal y estimular la dinámica uterina.

Seguimiento tras el alta:

- Llamada telefónica a las 12–18 h de la RPM desde el CN para valorar el inicio del trabajo de parto. Si no hay contracciones, se citará de nuevo en el CN para valoración, pudiendo ofrecer amniotomía de polo inferior, manteo o acupuntura para estimular la dinámica uterina.
- A las 24 h se realizará una nueva revisión; si no ha iniciado el proceso, se derivará a la UO para maduración farmacológica con prostaglandinas.
- Si el trabajo de parto inicia tras 1–2 dosis de misoprostol o tras maduración cervical con balón y han transcurrido <36 h desde la RPM, la mujer podrá volver al CN si así lo desea.
- Pasadas 36 horas de RPM, no se recomienda realizar transferencia al CN, aunque se puede consensuar hasta las 48 h posteriores a la RPM.
- Antibioterapia: no se iniciará de forma rutinaria; solo si aparecen signos clínicos de infección (fiebre, malestar, olor fétido del líquido, etc.).

9.2.2 Ingreso en el Centro de Nacimiento

Los criterios que justifican el ingreso en los CN son los siguientes:

- La mujer se encuentra en período activo de parto (PAP), considerado tal como:
 - Cuello borrado un 100% en nulíparas y >75% en multíparas.
 - Cuello dilatado de 5 cm.
- Si la mujer está en fase de pródromos, como parto avanzado o parto tedioso con baja tolerancia al dolor y no desee volver a domicilio, se podrá quedar en la habitación del CN.

Una vez ingresada, se procede a valorar el **Plan de Parto** y a abrir la **Hoja de Ingreso obstétrico** en la que deben constar los siguientes datos:

- Motivo del ingreso.

- Fecha y hora del ingreso.
- Antecedentes personales.
- Signos vitales de la mujer (pulso, temperatura corporal, tensión arterial).
- Presencia de edemas.
- Frecuencia cardíaca fetal (FCF) en latidos por minuto.
- Situación, presentación, posición del feto y el grado de encajamiento.
- Estado del cuello uterino (borramiento, consistencia, posición y dilatación).
- Dinámica uterina: número e intensidad de las contracciones en 10 minutos.
- Fecha y hora de la amniorraxis y características del líquido amniótico, si procede.
- Otros datos que aporten información para control de calidad (ver capítulo 15).

9.2.3 Derivación a la Unidad Obstétrica (UO)

La mujer será derivada a la UO y por tanto no ingresará en el CN en los siguientes casos:

- Presencia de criterios de exclusión para el CN (ver Tabla 2).
- Sospecha de pérdida de bienestar fetal.
- RPM con SAG positivo sin inicio de trabajo de parto.
- RPM > 24–36 h que requiere inducción.
- RPM con líquido amniótico meconial (++ / +++).
- Hemorragia vaginal.
- Tensión arterial elevada.
- Fiebre.
- Solicitud de analgesia epidural por parte de la mujer.

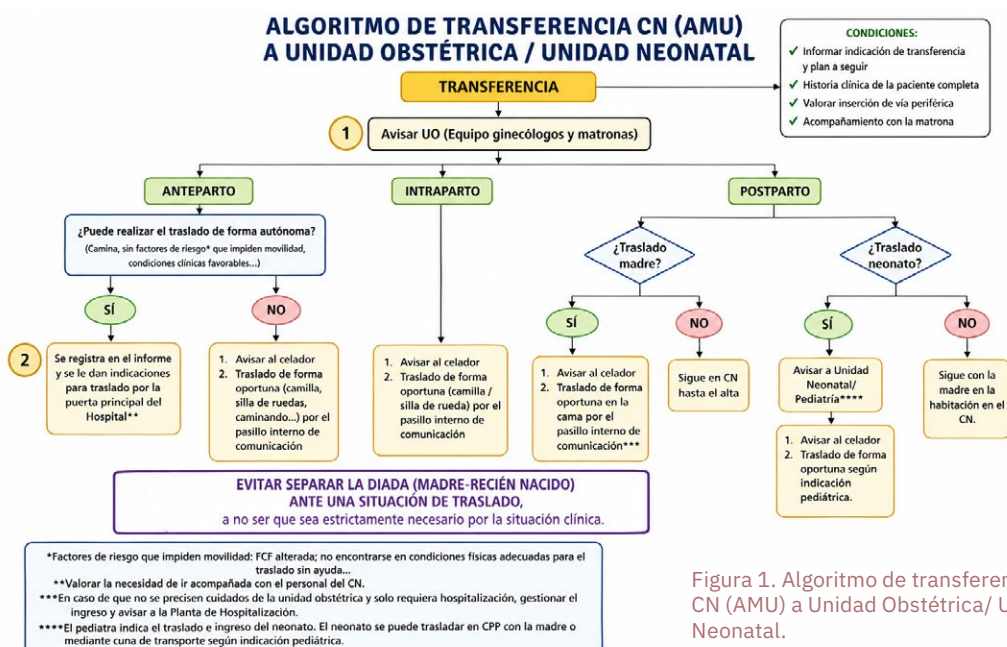


Figura 1. Algoritmo de transferencia CN (AMU) a Unidad Obstétrica/ Unidad Neonatal.

Esta derivación o transferencia se realizará acompañando a la mujer hasta la UO ya bien sea caminando, sentada en silla o en camilla según conveniencia y preferencia de la mujer.

10. ATENCIÓN A LA FASE LATENTE DE PARTO

La fase latente del trabajo de parto abarca el periodo comprendido entre el inicio de las contracciones uterinas y el comienzo de la dilatación progresiva del cuello uterino. Se trata de una etapa poco estudiada (8), cuya duración resulta especialmente difícil de determinar (9).

NICE define esta fase como “un período de tiempo, no necesariamente continuo, en el que se presentan contracciones dolorosas y algún cambio cervical, incluyendo borramiento y dilatación hasta los 4–5 cm”, y establece el inicio del trabajo de parto activo cuando “aparecen contracciones dolorosas periódicas y una dilatación cervical progresiva a partir de 4–5 cm” (4). Es importante señalar que algunas mujeres pueden experimentar dolor sin cambios cervicales, lo que puede llevarlas a percibir que están en trabajo de parto según su propia interpretación.

El entorno físico en el que la gestante transita la dilatación y el parto influye de manera significativa en su evolución. Para que el proceso se desarrolle adecuadamente, la mujer debe sentirse segura y protegida. Durante el parto es habitual que experimente emociones como excitación, ansiedad o temor al dolor. Factores como un ambiente poco acogedor, la presencia de profesionales desconocidos, la excesiva rotación del personal o, por el contrario, la sensación de soledad, pueden intensificar estos sentimientos. Por ello, es fundamental minimizar aquellos elementos que puedan generar estrés. Cuidar el entorno y atender a las necesidades individuales de la gestante contribuye a que el parto sea una experiencia más positiva y satisfactoria.

Hasta que la mujer no se encuentre en la fase activa del parto —con una dilatación cervical de al menos 5 cm, contracciones rítmicas y regulares e inicio del descenso de la presentación fetal— no es recomendable su ingreso en la sala de nacimientos. Adelantar este traslado podría generar ansiedad o expectativas poco realistas en la gestante y su acompañante, además de favorecer intervenciones profesionales innecesarias.

Durante la fase latente, la mujer permanecerá en una sala de estancia que, al igual que la sala de nacimientos, debe disponer de luz natural, cama, cojines, pelotas, mecedoras y asientos confortables; iluminación indirecta regulable, posibilidad de escuchar música, temperatura agradable y un baño equipado con lavabo, WC y ducha. Asimismo, la mujer podrá acceder libremente a las zonas exteriores y ajardinadas del Centro de Nacimiento. Durante esta etapa, podrá ingerir alimentos sólidos y líquidos según su preferencia.

10.1 Acompañamiento y apoyo

La forma en que la mujer transita la fase latente del parto puede tener un impacto considerable en el desarrollo posterior del mismo (10). Aunque una fase latente prolongada puede resultar agotadora y desalentadora, generalmente se considera un fenómeno frecuente y sin relevancia clínica significativa (11).

En este contexto, las mujeres requieren un adecuado apoyo psicológico y un acompañamiento continuo (12).

Las gestantes necesitan acompañamiento, empatía y asistencia, lo que implica, por un lado, que deben estar acompañadas en todo momento por la persona o personas de su elección, habitualmente la pareja, aunque no siempre es el caso. En situaciones en las que acuden hijos menores, estos deberán ir acompañados por un adulto responsable distinto del acompañante principal de la mujer. Por otro lado, la matrona responsable debe proporcionar un acompañamiento integral, ofreciendo apoyo emocional, información continua y accesible sobre el proceso, resolviendo dudas y aportando apoyo físico tanto a la mujer como a su acompañante.

Asimismo, es fundamental considerar que el acompañante también puede necesitar orientación y preparación previa para desempeñar adecuadamente su papel durante el proceso de parto (13).

10.2 Control bienestar materno y fetal

Durante la fase latente del parto se valora el estado general de la mujer, tomando constantes si precisa. También, se recomienda volver a auscultar la frecuencia cardíaca fetal (FCF) con dispositivo *doppler* en el primer contacto y en cada evaluación posterior que realicemos (4), siguiendo las recomendaciones nombradas en el apartado anterior.

10.3 Valoración de la evolución del parto

Durante la fase latente es fundamental realizar una valoración continua de la evolución del parto. Esta evaluación se llevará a cabo mediante:

- **Palpación abdominal**, siempre que sea posible, para valorar el descenso de la presentación fetal mediante la apreciación de la cabeza sobre la sínfisis del pubis.
- **Observación del comportamiento de la mujer**, que puede indicar cambios en la dinámica uterina: una disminución de la actividad o, por el contrario, un incremento que sugiera la transición hacia el periodo activo.
- **Valoración de la dinámica uterina**, determinando la frecuencia de las contracciones en un intervalo de 10 minutos.
- **Tacto vaginal**, que deberá realizar preferentemente la misma matrona que realizó la valoración inicial para reducir la variabilidad entre observadoras. No se deben realizar tactos de forma rutinaria durante la fase latente, sino únicamente cuando exista una necesidad clínica que ayude en la toma de decisiones, tras haberlo comentado con la mujer, o si ella lo solicita expresamente.

En caso de ausencia de progreso acompañada de disminución de la dinámica uterina, puede considerarse el alta a domicilio con las recomendaciones pertinentes.

Si, por el contrario, existe ausencia de progreso en un parto prolongado con dinámica intensa, se podrá valorar la realización de una amniotomía para intentar acortar la primera fase del parto, siempre que sea el deseo de la mujer.

Se recuerda que la amniotomía **no debe realizarse de forma rutinaria** en un trabajo de parto fisiológico normal (4).

10.4 Gestión del dolor durante el parto y parto

El dolor se define como una experiencia sensorial y emocional desagradable, única, subjetiva y multidimensional, influida tanto por factores físicos como por componentes afectivos, sociales y culturales (14). La vivencia dolorosa incluye sensaciones, emociones y respuestas comportamentales que se manifiestan antes, durante y después de experimentarla. Por ello, la manera en que cada mujer expresa su dolor debe ser siempre respetada, reconociendo la necesidad de personalizar los recursos de acompañamiento disponibles durante el parto.

El alivio no farmacológico del dolor constituye una opción ampliamente valorada por muchas gestantes (15). El umbral de dolor es altamente variable entre personas y aún más en un proceso tan complejo como el parto, en el que intervienen numerosos factores fisiológicos, emocionales y contextuales. Por esta razón, el dolor del parto es una experiencia única y profundamente subjetiva, y solo la propia mujer puede describir su intensidad, significado y vivencia. Además, se trata de un dolor con características particulares: no deriva de una patología, aparece en un proceso fisiológico y está intensamente vinculado a una carga emocional y simbólica propia del nacimiento.

La reducción del dolor implica un conjunto de herramientas y estrategias destinadas a aliviar las sensaciones derivadas del trabajo de parto, garantizando al mismo tiempo la seguridad materna y fetal. Los distintos métodos disponibles son compatibles entre sí y, lo más relevante, favorecen que la mujer mantenga un alto grado de control sobre su experiencia, reforzando su autonomía y mejorando la satisfacción con el proceso. Por ello, estos enfoques deben ocupar un lugar destacado dentro de los cuidados ofrecidos por la matrona, ya que una mayor sensación de control se asocia a una mayor vivencia positiva del parto.

A continuación, se describen los diferentes métodos no farmacológicos, farmacológicos y las terapias complementarias para la gestión del dolor que estarán disponibles para las mujeres en el Centro de Nacimiento.

10.4.1 Métodos no farmacológicos para la gestión del dolor

- **Libertad de movimiento y posturas (16):** Incrementa la sensación de autocontrol, reduce el dolor y facilita el descenso de la cabeza fetal.
- **Esferodinamia:** Se utiliza la pelota de fitball como soporte, facilitadora de movimiento (17) pélvico y de posturas verticales como opción para disminuir el dolor y favorecer el progreso de la presentación en el canal del parto; disminuye a su vez su retroceso intercontráctil; y masajea la zona perineal preparándola para el periodo expulsivo. Se debe valorar la idoneidad según cada caso y teniendo en cuenta las preferencias posicionales de la gestante.
- **Técnicas de relajación (18):** Permite la disminución de la tensión muscular y mental.
- **Musicoterapia (19):** Como terapia de soporte a la relajación.
- **Técnicas de respiración (20,21):** Bien utilizadas pueden mejorar la oxige-

nación de la mujer y el feto y modificar la concentración sobre las contracciones reduciendo el dolor.

- **Termoterapia:** Calor local, que mejora el dolor tanto en aplicación lumbar como perineal.
- **Hidroterapia (22,23):** El uso de agua caliente favorece la relajación, reduce la ansiedad mediante la estimulación de endorfinas, mejora la perfusión uterina y potencia la sensación de control del dolor, aumentando la satisfacción materna. La ducha con agua caliente es especialmente útil en el parto como medida inicial de alivio. La inmersión en agua resulta más efectiva cuando el parto está bien instaurado, ya que en ese momento puede contribuir a acortar el periodo de dilatación y a mejorar el confort. No obstante, puede emplearse también en fases más tempranas. Si durante el parto la dinámica uterina disminuye, se recomienda salir del agua y reintroducir la inmersión más adelante, utilizándose de forma intermitente según la evolución y las necesidades de la mujer.
- **Masaje y contacto físico tranquilizador (24):** A nivel sacro, de espalda, lumbar o pies. Ha demostrado reducir el dolor y la ansiedad, pues mejora el flujo sanguíneo y la oxigenación de los tejidos.
- **Inyecciones subcutáneas de agua estéril:** Se administra agua estéril en la región sacra y se ha demostrado que mejora el control del dolor. La analgesia se produce exclusivamente para el dolor lumbar, no es efectiva para el dolor abdominal y perineal; por eso se recomienda en fases tempranas de la dilatación (25).
- **TENS (estimulación nerviosa transcutánea):** Consiste en una estimulación nerviosa eléctrica transcutánea que aporta beneficio psicológico y autonomía. Este método consiste en un generador de impulso eléctrico conectado a uno o dos pares de electrodos que son adheridos a la piel en la zona en la que se pretende reducir el dolor. En concreto, los electrodos se colocan a ambos lados de la espina dorsal, en la parte media y baja de la espalda (26).
- **Aromaterapia:** Técnica útil para el control de la ansiedad y el dolor a través del uso de aceites esenciales altamente concentrados, extraídos de diversas plantas utilizados con fines terapéuticos (27).
- **Acupuntura y acupresión:** Son técnicas terapéuticas originarias de la medicina tradicional china que se basan en la estimulación de puntos específicos del cuerpo, conocidos como puntos de acupuntura, situados a lo largo de canales energéticos o meridianos. La acupuntura utiliza agujas finas para estimular estos puntos, mientras que la acupresión emplea presión manual con los dedos, palmas u otros instrumentos sin penetrar la piel. Ambas técnicas se utilizan con fines analgésicos y de apoyo al bienestar general, ya que pueden modular la percepción del dolor, favorecer la relajación y contribuir al equilibrio físico y emocional mediante mecanismos neurofisiológicos ampliamente estudiados (28).
- **Yoga:** Incorporación del conocimiento del cuerpo, sus cambios y sus posibilidades, interaccionándolos con el control de la mente y de la respiración. Todo ello posibilita realizar un parto consciente y tranquilo, conocer los propios recursos y la sabiduría individual, conduciendo la tensión que puedan producir las contracciones (29).

- **Hipnosis:** Se intenta llegar a un estado de máxima atención, reducción de la conciencia a estímulos externos y aumento del control del comportamiento para hacer frente a temores y ansiedades de la gestante (30).

10.4.2 Métodos farmacológicos para la gestión del dolor

Los métodos farmacológicos constituyen una herramienta importante para el manejo del dolor durante el trabajo de parto, especialmente cuando las medidas no farmacológicas resultan insuficientes o cuando la mujer así lo solicita. Entre las opciones disponibles en el Centro de Nacimiento se incluyen analgésicos sistémicos, así como fármacos que ayudan a controlar los efectos secundarios asociados.

Entre las opciones farmacológicas disponibles en el Centro de Nacimiento se incluye el **óxido nítrico**, un analgésico inhalatorio de acción rápida que se administra a demanda de la mujer. Este método no produce afectación fetal y ha demostrado **reducir de forma significativa el dolor intraparto**, ofreciendo un buen perfil de seguridad y autonomía para la gestante (31).

Los **analgésicos opioides** (como la petidina o la meperidina) pueden contribuir a disminuir la percepción del dolor y favorecer la relajación, aunque no eliminan por completo la intensidad de las contracciones. Su uso debe valorarse de manera individualizada, teniendo en cuenta su eficacia variable y los posibles efectos adversos maternos y fetales (32,33). Valorar la conveniencia del parto en CN o UO tras uso de opioides, dependiendo del tiempo transcurrido hasta el nacimiento (4 horas) y la afectación de la mujer.

Para mejorar la tolerancia a estos fármacos, es frecuente asociar **antieméticos**, cuyo objetivo es **reducir las náuseas y vómitos** que pueden presentarse como efecto secundario de los opioides. Su administración mejora el confort de la mujer y favorece una mejor respuesta al tratamiento analgésico.

Asimismo, pueden emplearse **antiácidos** para aliviar las **molestias gástricas** que suelen aparecer durante el trabajo de parto, agravadas en ocasiones por la ansiedad, el dolor o la ingesta limitada. Su uso contribuye a aumentar el bienestar materno y facilita la participación activa en el proceso.

La elección del método farmacológico debe realizarse siempre respetando las preferencias de la mujer, evaluando la evolución clínica y garantizando la seguridad materno-fetal. Estos fármacos pueden combinarse con métodos no farmacológicos, ofreciendo así un abordaje integral y flexible del dolor durante el parto.

Es importante señalar que, en caso de que la mujer **solicite analgesia epidural**, se procederá a su **transferencia a la Unidad Obstétrica (UO)**, dado que este método requiere recursos y supervisión específicos que no se ofrecen en el Centro de Nacimiento.

11. ATENCIÓN AL PARTO

El parto es un proceso dinámico que evoluciona a lo largo del tiempo y que, por razones descriptivas y de atención clínica, se divide en tres etapas, siguiendo las definiciones recomendadas por la Organización Mundial de la Salud (OMS)(1).

11.1 Primera etapa del parto

La primera etapa se subdivide en período latente —descrito previamente— y período activo. Este último se caracteriza por la presencia de contracciones regulares y dolorosas, un borramiento cervical significativo y la progresión hacia la dilatación completa, tanto en primíparas como en múltiparas.

11.1.1 Atención en el período activo de la primera etapa del parto (rev. lit. (4,34,35))

Datos al ingreso en el Centro de Nacimiento

Cuando la mujer inicia el trabajo de parto, la matrona registrará en el partograma todos los datos obtenidos en la valoración inicial, incluyendo:

A. Exploración sistemática de la mujer y el feto en el primer periodo del parto. Al comenzar la evaluación, la matrona realizará una valoración, atenderá las preferencias expresadas por la mujer y valorará sus necesidades emocionales y psicológicas (4).

- **Exploración general**
 - Frecuencia cardíaca materna: cada hora.
 - Temperatura: cada 4 horas; si está en inmersión en agua, cada hora.
 - Tensión arterial: cada 4 horas.
- **Exploración abdominal**
 - Medición de la altura uterina.
 - Maniobras de Leopold para valorar presentación y posición fetal.
 - Auscultación de la frecuencia cardíaca fetal (FCF).
- **Exploración genital**
 - Inspección de vulva, vagina y periné.
 - Tacto vaginal, valorando:
 - Situación, consistencia, longitud y dilatación del cérvix.
 - Presentación fetal y, si es posible, variedad.
 - Plano de la presentación.
 - Integridad o no del saco amniótico.

B. Comprobación del bienestar fetal (6,7,36). El control del bienestar fetal es necesario en el curso del parto, ya que durante los periodos de dilatación se pueden producir trastornos de la oxigenación fetal más frecuentes que cuando no hay contracciones.

La Auscultación Fetal Intermitente (AFI) debe considerar los siguientes aspectos:

- Se utilizará Doppler (Sonicaid) o estetoscopio de Pinard.
- En la evaluación inicial, auscultar durante al menos un minuto entre contracciones, con el feto en reposo, para establecer la FCF basal (registrada en una sola cifra).

- Palpar simultáneamente el **pulso materno** para diferenciar ambas frecuencias y evitar confusiones.
- Durante el trabajo de parto, registrar la FCF y la presencia de **aceleraciones o desaceleraciones**.
- Ante dudas sobre la normalidad, auscultar durante **tres contracciones consecutivas**.
- Si existe sospecha de pérdida de bienestar fetal, iniciar **monitorización continua** (MEFC).
- Si la MEFC es normal tras 20 minutos, puede considerarse volver a auscultación intermitente, salvo que reaparezcan factores de riesgo, en cuyo caso la monitorización continua deberá mantenerse hasta el final del parto y la mujer será derivada a la UO (15).
- Durante la dilatación, la recomendación es auscultar la FCF durante 1 minuto después de una contracción, cada 15–30 minutos.

C. Tactos vaginales. La OMS recomienda este examen en intervalos de 4 horas durante el periodo activo del primer periodo del parto en mujeres de baja complejidad (1,4). Este intervalo no es rutinario ni obligatorio, ya que se recomienda realizar el mínimo número de tactos necesarios para una atención segura, y siempre deben realizarse con consentimiento. En cada tacto vaginal habrá que valorar:

- **El cérvix** (consistencia, posición, longitud y dilatación).
- **La presentación** (actitud, posición, variedad y altura).

El resultado de esta exploración ha de ser anotado en el partograma para evaluar la progresión del parto y detectar anomalías en la progresión clínica normal del parto. Este partograma es un registro de observaciones y hay que valorar el progreso de forma global, centrada en la mujer, no solo en el tiempo y la dilatación, ya que la progresión del parto es altamente variable (21).

D. Alimentación durante el parto. Debe garantizarse una adecuada hidratación y aporte energético. Se recomiendan bebidas isotónicas para prevenir la cetosis y una dieta ligera (tostadas, fruta, frutos secos, infusiones...), salvo presencia de factores que aumenten la probabilidad de requerir anestesia general o la administración reciente de opioides (4).

E. Bienestar de la mujer, movilidad y posiciones durante el parto. Las emociones de la mujer durante el parto juegan un papel importante. Sentirse segura en el espacio y con los profesionales, sentirse libre de expresar emociones y participar en el proceso de toma de decisiones, contribuye a la sensación de control sobre el parto y mejora los resultados perinatales y la experiencia de la mujer.

Se deben actualizar los cuidados de forma continua, sistemática y adaptada a las necesidades que vayan surgiendo durante esta etapa del proceso.

La OMS recomienda que la mujer adopte las posiciones que considere más cómodas, incluyendo las verticales (sentada, de pie, en cuclillas) o laterales (tumbada de lado), garantizando siempre su movilidad, en función de sus nece-

sidades individuales (1).

G. Gestión del dolor durante el trabajo de parto.

Aunque muchos de los métodos no farmacológicos ya descritos para el preparto pueden seguir utilizándose durante el período activo, su eficacia puede variar, y algunas técnicas —como las inyecciones de agua estéril o el TENS— pueden resultar menos efectivas a medida que el dolor aumenta. Aun así, todos ellos siguen siendo opciones válidas que pueden combinarse y adaptarse a las preferencias de la mujer.

En esta fase, se debe alentar de manera especial el uso de la inmersión en agua (ver anexo Protocolo Uso de Inmersión en agua en **Anexo 4**), dado que ha demostrado ser un método altamente eficaz para reducir la percepción dolorosa, favorecer la relajación y mejorar el confort materno cuando el parto está bien instaurado.

Asimismo, entre las opciones farmacológicas disponibles en el Centro de Nacimiento, se recomienda promover el uso de Óxido Nitroso como una alternativa segura, de acción rápida y con buena aceptación por parte de las gestantes, permitiendo mantener la movilidad y el control durante el proceso.

El alivio del dolor debe ser siempre individualizado, ofreciendo a la mujer información clara y apoyo continuo para que pueda elegir y combinar las estrategias que mejor se adapten a sus necesidades en cada momento del parto.

11.1.2 Sospecha y diagnóstico del retraso de la dilatación

Según la OMS, la fase activa de la dilatación suele durar menos de 12 horas en primíparas y menos de 10 horas en multiparas. A la luz de la evidencia actual, se considera progresión del parto no satisfactoria cuando, pese a una dinámica uterina regular e intensa, la dilatación cervical avanza menos de 2 cm en un periodo de 4 horas. Ante esta evolución inadecuada deben valorarse posibles causas, entre ellas:

- Distocia de posición.
- Dinámica uterina insuficiente o ineficaz.

Cuando se sospecha un retraso de la fase activa de la dilatación, se recomienda (4):

- Proporcionar soporte continuo, asegurar una adecuada hidratación y aporte energético (alimentación oral según tolerancia) y ofrecer medidas para el alivio del dolor.
- Considerar la amniorrexia artificial si las membranas están íntegras. Tras realizarla, efectuar una exploración vaginal a las 2 horas: si el progreso es inferior a 1 cm, puede establecerse el diagnóstico de retraso de la dilatación.
- Utilizar técnicas de movilización pasiva de la pelvis, que pueden favorecer el descenso de la presentación y mejorar la dinámica.
- Realizar una tira reactiva de orina y actuar según el resultado; una positividad leve en cuerpos cetónicos (+) indica la necesidad de aportar glucosa.

Una vez confirmado el diagnóstico, se deberá informar a la gestante y a su acompañante de la situación, explicar los motivos que justifican la transferencia a la Unidad Obstétrica (UO) y coordinar el traslado. Se avisará al obstetra y

al equipo de matronas de guardia de la UO, siguiendo el algoritmo de transferencia (ver figura 1)

11.2. Segunda etapa del parto

La segunda etapa del parto, o periodo expulsivo, comprende el intervalo entre la dilatación cervical completa y el nacimiento de la criatura.

Este periodo se divide en dos fases: expulsivo pasivo y expulsivo activo.

En el expulsivo pasivo existe dilatación completa del cuello uterino, pero aún no se han establecido las contracciones involuntarias de pujo o estas son muy incipientes. La duración normal de esta fase en nulíparas es de hasta 2 horas, independientemente del uso o no de analgesia epidural. En multíparas, la duración habitual es de hasta 1 hora sin epidural y hasta 2 horas con epidural (37). Retrasar el inicio del pujo voluntario puede favorecer el descenso y la rotación espontánea de la presentación fetal, lo que podría reducir la necesidad de instrumentación.

Se considera que la mujer ha entrado en el en la fase activa del expulsivo cuando (4,38): con dilatación cervical completa, presenta signos de descenso fetal acompañados de pujos espontáneos e involuntarios, y/o cuando la presentación fetal es visible a nivel vulvar.

11.2.1 Duración y progreso

Se debe informar a la mujer de que la duración del segundo periodo del parto puede variar ampliamente entre personas. En las nulíparas, suele completarse en torno a 3 horas, mientras que en las multíparas generalmente se resuelve en aproximadamente 2 horas.

Por este motivo, la valoración de una progresión normal durante esta etapa no debe basarse únicamente en el tiempo transcurrido, sino que debe considerar también la situación clínica global, incluyendo la eficacia del pujo, el descenso y la posición fetal, así como el estado materno y fetal en cada momento (39). Es fundamental respetar los tiempos y personalizarlos en cada proceso.

11.2.2 Fase pasiva

Una vez alcanzada la dilatación cervical completa, se recomienda esperar el descenso pasivo de la cabeza fetal, siempre que la mujer no experimente todavía deseos de pujo.

Los cuidados en esta fase son una continuación de los proporcionados durante la etapa de dilatación e incluyen:

- Auscultación fetal intermitente. - Registro de la frecuencia cardíaca fetal (FCF) cada 15–30 minutos (40).
- Evaluación de la dinámica uterina, valorando la calidad de las contracciones cada 30 minutos.
- Control de constantes maternas cada hora.
- Cuidados orientados al bienestar materno: hidratación, confort, descanso, soporte emocional, acompañamiento continuo...

- Fomento de la movilidad y de posiciones que favorezcan el descenso fetal: uso de pelota, liana, silla de partos, posturas verticales, entre otras.
- Medidas para el manejo del dolor, acorde a las preferencias y necesidad de la mujer.

11.2.3 Fase activa

La fase activa se inicia cuando la mujer manifiesta deseos espontáneos de pujar o cuando se ha alcanzado el tiempo considerado adecuado en la fase pasiva. A los cuidados previamente descritos se añaden los siguientes:

Observaciones maternas

- Tensión arterial (TA): cada hora.
- Pulso materno: cada 15 minutos, asegurando su diferenciación respecto a la FCF.
- Frecuencia e intensidad de las contracciones.
- Temperatura: cada 4 horas (si hay inmersión en agua, cada hora).
- Sangrado vaginal: valorar color, aspecto y cantidad.
- Frecuencia de micción y necesidad de vaciado vesical.
- Tacto vaginal: cada hora o si existe un motivo justificado, siempre con el consentimiento informado de la mujer

Observaciones fetales

- Auscultación intermitente: cada 5 minutos, con la misma duración y técnica que en la fase pasiva.

Valoración del descenso de la presentación fetal

- Comprobar la integridad o rotura de la bolsa amniótica.
- Fomentar la micción espontánea; si no es posible, valorar vaciado vesical asistido.
- Facilitar cambios posturales que favorezcan el descenso y la rotación fetal.
- Aplicar técnicas de movilización pasiva de la pelvis (MEPP, manteo) cuando estén indicadas.

11.2.3.1 Prevención trauma perineal

Para prevenir la aparición de desgarros perineales, se recomienda adoptar una conducta activa durante la segunda etapa del parto mediante técnicas específicas de protección del periné:

- Aplicación de compresas calientes. Su uso durante la segunda etapa no evita completamente el traumatismo perineal, pero reduce el riesgo de laceraciones, así como el dolor y la incontinencia posparto. La evidencia es de calidad moderada para la prevención de desgarros de 3.º y 4.º grado (41).
- Deflexión controlada de la cabeza fetal y pujo guiado. Se recomienda utilizar la técnica de deflexión controlada y solicitar a la mujer que evite em-

pujar cuando sea necesario. La protección manual del periné, mediante el control del nacimiento de la cabeza, se ha asociado con una disminución de las roturas del esfínter anal (16,2,7,41,42).

- Masaje perineal suave. Realizado durante la segunda etapa del parto, puede contribuir a reducir el traumatismo perineal grave (desgarros de 3.º y 4.º grado), aunque la evidencia disponible es de calidad moderada (41). En el caso que se realice, precisa de información previa y consentimiento ya que es una técnica invasiva.
- Uso restrictivo de la episiotomía. La episiotomía debe reservarse para situaciones de sospecha de compromiso fetal que requieran acelerar el nacimiento. Antes de realizarla, se administrará anestesia local, comprobando su eficacia, y se obtendrá el consentimiento informado de la mujer. La técnica recomendada es la episiotomía mediolateral, iniciada en la horquilla vaginal y dirigida habitualmente hacia la derecha, con un ángulo de 45–60º respecto al eje vertical en el momento de su ejecución (4).

11.2.3.2 Complicaciones y actuación

Sospecha de retraso de la fase activa del expulsivo

En las mujeres nulíparas, se espera que el nacimiento se produzca dentro de las 3 horas posteriores al inicio de la segunda etapa activa en la mayoría de los casos. Se establece el diagnóstico de retraso en la segunda etapa activa cuando esta haya durado 2 horas, procediéndose a la derivación a la Unidad Obstétrica (UO) para valorar la administración de oxitocina y/o la realización de un parto vaginal instrumentado si el nacimiento no es inminente (4).

En las mujeres múltiparas, el nacimiento suele producirse dentro de las 2 horas posteriores al inicio del periodo expulsivo activo. El retraso en esta etapa se diagnostica cuando la duración alcance 1 hora, y se derivará a la mujer a la UO para valorar oxitocina y/o parto instrumentado si el parto no es inminente (4).

Aún así, debemos considerar, que la valoración de una progresión normal durante esta etapa no debe basarse únicamente en el tiempo transcurrido, sino que debe considerar también la situación clínica global, incluyendo la eficacia del pujo, el descenso y la posición fetal, así como el estado materno y fetal en cada momento (43).

En el Centro de Nacimiento se evitará dirigir los pujos durante la fase activa del expulsivo, favoreciendo que sean espontáneos. Sin embargo, durante la valoración clínica, si en nulíparas tras 1 hora la evolución es inadecuada, o en múltiparas tras 30 minutos, la matrona deberá sospechar un retraso en la progresión —en términos de rotación y/o descenso de la presentación fetal— y actuar en consecuencia.

Esta intervención abordará las siguientes acciones:

- Ofrecer soporte emocional a la gestante.
- Valorar hidratación, comodidad, manejo del dolor.
- Animar a la movilización y a adoptar posturas verticales que favorezcan el descenso (silla de parto, lianas).

- Técnica de movilización pasiva de la pelvis (manteo).
- Valorar si la dinámica es adecuada.
- Si las membranas están íntegras ofrecer la realización de amniotomía.
- Comprobar el vaciado vesical y favorecer la micción espontánea
- Alentar a un pujo más activo.

Volver a evaluar la situación **1 hora después en nulíparas o 30 minutos en múltiparas**, si no se han producido mejoras y el nacimiento no se va a dar de forma inmediata, se informará a la gestante y se la trasladará a la UO, previa planificación de la transferencia (ver algoritmo de transferencia).

Riesgo de pérdida de bienestar fetal (RPBF)

Ante la sospecha de pérdida de bienestar fetal durante la auscultación intermitente manifestada como aumento de la línea basal o desaceleraciones, se recomienda intensificar la vigilancia mediante auscultación tras cada contracción durante tres contracciones consecutivas. Si tras esta valoración persisten las dudas, se procederá a la transferencia de la gestante a la UO (ver figura 1). En el caso de que esta situación se produzca en un CN adosado al hospital, se podrá realizar el registro cardiotocográfico (CTG) de aproximadamente 20 minutos en el CN, siempre que exista acuerdo previo con el equipo de la unidad obstétrica (4).

En todos los casos, la decisión de transferir o continuar la atención en el CN, deberá basarse en una valoración integral de la situación clínica de la mujer y de la evolución del proceso de parto hasta ese momento.

Distocia de hombros

La distocia de hombros es una complicación del parto vaginal en la que los hombros del feto no salen espontáneamente después de que emerge la cabeza en la contracción posterior, y requiere de maniobras obstétricas adicionales para producir el nacimiento de la criatura (44). Se define como la detención del parto espontáneo por el impacto del hombro anterior contra la sínfisis del pubis, o más raramente del hombro posterior contra el promontorio sacro, que requiere de maniobras especiales para poder desprender los hombros tras fracasar la tracción axial normal de la cabeza fetal.

La distocia de hombros es una emergencia obstétrica. Su manejo adecuado busca evitar la asfixia y el daño cortical del recién nacido, así como daños neurológicos periféricos u otros traumas maternos o fetales. En general, se dispone de hasta cinco minutos para la extracción de un feto bien oxigenado y a término antes de que aparezcan lesiones por asfixia.

El diagnóstico es clínico. Los signos de distocia de hombros son (44):

- Dificultad en el expulsivo de la cara y el mentón.
- Retracción de la cabeza fetal contra el periné (signo de la tortuga).
- Tras el nacimiento de la cabeza, no se observa rotación externa en la contracción siguiente.
- Ausencia del descenso de los hombros tras la tracción axial moderada de la cabeza fetal.

Si esto ocurre avisaremos con carácter urgente al ginecólogo/a de guardia y al pediatra (en el caso que nos encontremos en un AMU) que deberán acudir al CN y daremos inicio a las maniobras de primer nivel pertinentes:

- Si se encuentra en la bañera, sacar a la mujer del agua e iniciar con maniobra de Gaskin (posición a gatas).
- Maniobra de McRoberts. Es fundamental para su correcta ejecución las siguientes indicaciones:
 - Dos asistentes.
 - Que la madre no realice pujos.
 - Colocar la camilla en posición horizontal.
 - Retirar todas las almohadas.
 - Desplazar la pelvis materna al borde de la cama
- Tracción axial. Una vez colocada la mujer en posición de McRoberts, se debe ejercer la tracción de la cabeza fetal para asegurar que los hombros se liberen. Es fundamental sujetar la cabeza con ambas manos planas. La presión ejercida sobre la cabeza debe ser la misma que para un parto normal y en dirección axial, siguiendo la curva de Carus. Si el hombro anterior no se libera con varios intentos de tracción axial en posición de McRoberts, se añadirá presión suprapúbica.
- Compresión suprapúbica. Aplicar presión suprapúbica durante 30 segundos en dirección contraria al dorso del bebé. Requiere a un asistente que aplique presión suprapúbica (no fúndica) con el puño en el lado del dorso fetal, dirigiendo la presión hacia abajo y de manera lateral (hacia la cara o el esternón del bebé) mientras la paciente está en posición de McRoberts y se realiza tracción axial sobre la cabeza. Se aplicará de manera intermitente o continua durante 30 segundos.

Si con todo ello no se resuelve se iniciarán maniobras de segundo nivel (45) (ver protocolo específico de Distocia de hombros en **Anexo 5**).

11.2.3.3 Nacimiento y pinzamiento del cordón umbilical

Una vez ha nacido el bebé lo colocaremos piel con piel con la madre y a continuación se realizará:

- Registro de la hora de nacimiento.
- Valoración de su adaptación a la vida extrauterina, calculando el APGAR al minuto y a los 5 minutos de vida.
- Mantener al bebé seco y caliente.
- El pinzamiento del cordón umbilical, cuando deje de latir y nunca antes del minuto de vida si no precisa.
- Extracción de sangre del cordón para la determinación del grupo sanguíneo y Rh del RN .
- Se sacará sangre arterial para el análisis de pH (sin necesidad de pinzamiento previo), sólo si está indicado en los siguientes casos:

- Sospecha de riesgo de pérdida de bienestar fetal (RPBF) durante el expulsivo.
 - APGAR al minuto ≤ 4 o ≤ 7 a los 5 minutos de vida.
 - Dificultad en la adaptación.
- La sección del cordón, lo realizará la gestante o el acompañante si así lo desean.
 - Animar a iniciar la lactancia materna, fomentando el agarre espontáneo.

11.3 Tercera etapa del parto

El tercer período del parto corresponde al desprendimiento y expulsión de la placenta y las membranas ovulares. Se trata de un momento especialmente significativo para los progenitores, ya que coincide con el inicio del contacto con el recién nacido, pero también constituye una de las fases con mayor riesgo de complicaciones para la mujer.

Según la *Guía de Atención al Parto Normal* del Ministerio de Sanidad (37), el alumbramiento se define como la etapa comprendida entre el nacimiento del bebé y la expulsión de la placenta. La complicación más relevante en este período es la hemorragia posparto (HPP), que continúa siendo una preocupación prioritaria al representar aproximadamente una cuarta parte de las muertes maternas en el mundo. La magnitud de la pérdida sanguínea está relacionada con la rapidez de separación placentaria y con la eficacia de la contracción uterina, y aumenta a medida que se prolonga la duración del alumbramiento.

11.3.1 El manejo de esta etapa puede ser fisiológico o activo.

- El **manejo expectante o fisiológico** se basa en las contracciones espontáneas del útero, estimuladas por la oleada de oxitocina endógena que acompaña al nacimiento. Cualquier interferencia en este proceso puede disminuir la eficacia fisiológica del alumbramiento (46). Este tipo de manejo resulta más efectivo cuando la mujer cuenta con un apoyo continuo y positivo de la matrona, quien la anima a escuchar las señales de su propio cuerpo en relación con la posición, el movimiento, la hidratación y la nutrición (47).
- En cambio, el **alumbramiento activo** se basa en la administración de un agente uterotónico profiláctico después del nacimiento de la criatura, el pinzamiento y el corte precoz del cordón umbilical, la tracción controlada del cordón umbilical y el masaje uterino (48). Actualmente, en el manejo activo no se incluye el pinzamiento precoz del cordón umbilical ya que no influye en el riesgo de HPP y no se recomienda. El masaje uterino no hay evidencia que sea una estrategia útil en la prevención de la HPP (49). Solatani en su estudio (50), sugiere que el manejo activo de rutina con el objetivo específico de reducir la pérdida de sangre es cuestionable en países donde las mujeres disfrutan de buena salud y nutrición. Esto desafía la idoneidad de la práctica que responde a resultados estadísticamente significativos en lugar de resultados clínicamente significativos. La incorporación del contacto piel con piel, la lactancia materna temprana y la postura erguida también pueden acelerar la expulsión de la placenta y reducir la duración de

la tercera etapa y, posteriormente, la cantidad de pérdida de sangre. Compartir dicha información con las mujeres les permitirá tomar una decisión informada sobre la opción de manejo que desean elegir (4).

11.3.1 Valoración prenatal

Las matronas deben ser competentes en ambos tipos de manejo del alumbramiento —activo y fisiológico— y ofrecer a la mujer una información clara y comprensible sobre lo que implica cada opción. Durante el embarazo, se explicarán los beneficios y riesgos asociados a cada modalidad, de modo que la gestante pueda tomar una decisión informada. Esta conversación debe quedar documentada en la historia clínica.

Según las recomendaciones disponibles (3), debe informarse a la mujer de que el manejo activo:

- Acorta la duración de la tercera etapa del parto en comparación con el manejo fisiológico.
- Se asocia con náuseas y vómitos en aproximadamente 100 por cada 1000 mujeres.
- Presenta un riesgo aproximado de 13/1000 de hemorragia posparto grave.
- Se relaciona con un riesgo de 14/1000 de requerir transfusión sanguínea.
- Por otro lado, el manejo fisiológico:
- Se asocia con náuseas y vómitos en aproximadamente 50/1000.
- Presenta un riesgo aproximado de 29/1000 de hemorragia grave.
- Presenta un riesgo de 40/1000 de transfusión sanguínea.

11.3.2 Manejo intraparto

Durante la evaluación inicial del trabajo de parto, se revisarán nuevamente con la mujer las opciones para el manejo de la tercera etapa y las formas en que puede apoyarse el proceso de alumbramiento. También se preguntará por sus preferencias y se documentará la decisión en la historia clínica.

Si una mujer con bajo riesgo de HPP expresa su deseo de optar por un manejo fisiológico, se respetará y apoyará su elección (3).

Durante el manejo fisiológico:

- Se realizará pinzamiento tardío del cordón.
- Si el nacimiento ocurre en el agua, se permitirá el alumbramiento dentro de la bañera, siempre que el color del agua sea compatible con un sangrado normal (claro, rosado).
- Si el agua presenta un tono más oscuro que haga opaca el agua (color vino tinto), se recomendará sacar a la mujer de la bañera y pasar a manejo activo si el sangrado persiste (3).
- Se alentará a la mujer a iniciar la lactancia precoz, adoptar posturas verticales y mantener la micción espontánea, ya que estas medidas favorecen la expulsión placentaria.

La duración de la tercera etapa del parto se considera prolongada cuando se exceden 60 minutos en un alumbramiento fisiológico (4).

11.3.3 Indicaciones para cambiar de manejo fisiológico a manejo activo

Debe recomendarse el paso a manejo activo si ocurre alguna de las siguientes situaciones (4):

- **Hemorragia** (ver **Anexo 6** Protocolo Hemorragia posparto).
- Ausencia de alumbramiento tras **60 minutos** (51).

Si la mujer permanece en la bañera y es necesario cambiar a manejo activo, se le indicará salir del agua.

11.3.4 Manejo activo

Para el manejo activo se administrarán 10 UI de oxitocina intramuscular con el nacimiento del hombro anterior o inmediatamente después del nacimiento del bebé, y antes del pinzamiento del cordón (3).

Tras la administración del uterotónico:

- Pinzar y cortar el cordón antes de los 5 minutos para poder realizar la tracción controlada del cordón (TCC).
- No debe pinzarse el cordón antes del primer minuto, excepto si hay preocupación por el bienestar neonatal que requiera separación inmediata y reanimación.
- Si la mujer solicita un pinzamiento más tardío de 5 minutos, debe respetarse su preferencia siempre que la situación clínica lo permita.

La tercera etapa del parto se considera prolongada cuando se exceden los 30 minutos en caso de manejo activo (4).

Hemorragia e hipotensión

Si durante la fase del alumbramiento se valora un **sangrado vaginal excesivo** (> 500ml) o clínica de hemorragia, se canalizará una vía periférica a la mujer y se avisará al/la ginecólogo/a de guardia, simultáneamente se iniciarán las actuaciones recomendadas en el protocolo de hemorragia posparto. A la llegada el/la ginecólogo/a valorará y planificará la pauta a seguir, la estabilización y el posterior traslado de la mujer. En el caso de un FMU se realiza el traslado mientras se inician las maniobras recomendadas en el protocolo (ver anexo protocolo HPP. **Anexo 6**).

11.4 Atención inmediata tras alumbramiento

Tras la salida de la placenta habrá que valorar y registrar en la historia:

1. **Condición física** de la mujer.
2. **Tono y contracción** uterina adecuados.
3. **Revisión de la placenta y membranas**, así como el **cordón umbilical**, para comprobar la integridad de los mismos y que no presentan ninguna anomalía.
4. **Volumen estimado de la pérdida de sangre** tras el parto (de forma mas precisa se recomienda pesar).

11.4.1 Complicaciones

Retención de placenta

Se considera retención de placenta la no expulsión espontánea de la placenta tras:

- 30 minutos en caso de manejo activo o
- 60 minutos en caso de manejo fisiológico, siempre que no existan signos de sangrado abundante que requieran actuación inmediata.

Ante una retención de placenta se procederá a:

- Salida de bañera en caso de que la mujer permanezca aún en ella.
- Canalizar vía periférica y obtener muestra sanguínea para cruzar y reservar.
- Administrar oxitocina 10 UI por VVP si se había realizado un manejo fisiológico anterior. En el caso que la canalización venosa sea dificultosa se administrará por vía IM mientras podamos canalizar la vía venosa.
- Proceder al traslado a la Unidad Obstétrica.

Hemorragia posparto

La **hemorragia posparto (HPP)** se ha definido tradicionalmente como una pérdida de sangre estimada de más de 500 ml del tracto genital después del nacimiento del bebé. Si ocurre durante la tercera etapa o dentro de las 24 horas, se denomina **hemorragia primaria**.

Los factores de riesgo son los citados a continuación:

- Antecedentes de HPP previa
- Hb 9-10mg/dl
- Segundo periodo del parto prolongado (> 3 horas)
- Multiparidad (> 4 partos)
- Macrosomía (> 4000g)
- Distocia de hombros
- Retención de placenta
- Hemorragia activa

Ante la presencia de alguno de estos factores de riesgos sería recomendable informar a la mujer previamente y recomendar el manejo activo del alumbramiento.

Será necesario revisar la placenta y membranas para asegurar su integridad.

Diagnóstico de la HPP

El diagnóstico de la HPP se basa en la observación clínica con control de constantes vitales y un examen físico teniendo en cuenta que a menudo se infravalora la pérdida hemática. La HPP se clasifica en diferentes estadios de gravedad descritos en la tabla a continuación (Tabla 3)(52).

Tabla 3. Diagnóstico de la hemorragia posparto (HPP). Fuente: Hemorragia postpart: prevenció i tractament del Hospital Clínic, Hospital Sant Joan de Déu y Universitat de Barcelona.

ESTADIO	SIGNOS	SÍNTOMAS	PÉRDIDA DE SANGRE ESTIMADA
LEVE	TAS > 80 mmHg FC 100-120 lpm	Debilidad Sudoración	>500 ml si parto >1000 ml si CST
MODERADA	TAS 70-80 FC 120-140 lpm	Confusión Oliguria	1000 – 1500 ml
GRAVE	TAS < 70 FC > 140 lpm	Letargia Pérdida conciencia Inestabilidad hemodinámica	>1500 ml
Lpm: latidos por minuto; TAS: tensión arterial sistólica; FC: frecuencia cardíaca; CST: cesárea.			

Ante un caso de HPP se tomarán las siguientes acciones:

1. Llamar a otra matrona para obtener ayuda y avisar al ginecólogo/a de guardia.
2. Canalizar vía periférica si no lo ha hecho con anterioridad, obtener muestra para cruzar y reservar.
3. Recuerde ABC (vía Aérea, Respiración (*Breathing*) y Circulación) y 4T (Tono, Trauma, Tejido, Trombina). Para establecer la causa tumbé a la mujer y administre oxígeno a 15 litros/minuto si está disponible.
4. Vaciar la vejiga.
5. Masajear el útero para expulsar coágulos.
6. Administrar oxitocina 10-40 UI EV.
7. Trasladar a la Unidad Obstétrica. Mientras se gestiona el traslado seguir con algoritmo de actuación ante HPP (ver **Anexo 6**)

11.5 Revisión del canal del parto y reparación del trauma perineal

Tras el nacimiento, es conveniente informar a la mujer y ofrecerle la evaluación del canal del parto, incluyendo la comprobación de la integridad de los esfínteres anales y de la mucosa rectal. Esta revisión permite diagnosticar de forma precisa los traumatismos perineales o genitales derivados de desgarros o episiotomías.

11.5.1 Clasificación del trauma perineal

La clasificación del trauma perineal se establece en función de la profundidad y de las estructuras anatómicas afectadas y se divide en los siguientes grados:

- **Primer grado:** lesión limitada a piel y mucosa.

- **Segundo grado:** lesión que afecta a los músculos perineales, sin compromiso del esfínter anal.
- **Tercer grado:** lesión del periné con afectación del esfínter anal:
 - **3a:** menos del 50% del grosor del esfínter anal externo (EAE).
 - **3b:** más del 50% del grosor del EAE.
 - **3c:** afectación del EAE y del esfínter anal interno (EAI).
- **Cuarto grado:** lesión que compromete el EAE, el EAI y la mucosa rectal.

11.5.2 Consideraciones para la evaluación del trauma perineal

Durante la valoración, se deberán seguir los siguientes principios:

- Explicar a la mujer qué procedimiento se realizará y con qué finalidad.
- Asegurar una óptima visualización de la zona mediante una fuente de luz adecuada.
- Aplicar anestesia local y verificar su efectividad antes de iniciar la reparación.
- Consultar con una matrona experta o un ginecólogo si existen dudas sobre la extensión de la lesión.
- Proceder a la reparación lo antes posible para reducir el riesgo de infección y minimizar la pérdida sanguínea.

11.5.3 Recomendaciones para la reparación (4):

Para la reparación del trauma perineal se recomienda:

- Infiltrar lidocaína al 1% (o equivalente) y comprobar una analgesia adecuada (se puede infiltrar hasta un máximo de 20 ml).
- En traumatismos de primer grado, aconsejar la sutura para favorecer la cicatrización, salvo que los bordes cutáneos estén bien aproximados.
- En traumatismos de segundo grado, se debe suturar el músculo perineal para lograr una correcta recuperación funcional.
- Si, tras la reparación muscular, los bordes de la piel quedan bien enfrentados, no es necesario suturarlos.
- Cuando la piel requiera sutura, se recomienda la técnica subcutánea continua.
- Para vagina y músculo, se aconseja una técnica de sutura continua sin puntos cruzados.
- Ofrecer antiinflamatorios no esteroideos por vía rectal de forma rutinaria tras la reparación de traumatismos de primer y segundo grado, siempre que no haya contraindicación.
- Realizar un tacto vagino-rectal al finalizar la sutura para asegurar que no se haya incluido material de sutura en el canal rectal.
- Ante el diagnóstico de un desgarro de tercer grado, se debe proceder al traslado a paritorio para su reparación en un entorno adecuado.

Hasta este punto se ha desarrollado la propuesta asistencial del Centro de Nacimiento desde el inicio del trabajo de parto hasta el alumbramiento, abordando

do los principios, procedimientos y criterios que sustentan una atención segura, respetuosa y basada en la evidencia durante todo el proceso del nacimiento.

En el capítulo siguiente se abordará la asistencia durante el puerperio inmediato y los cuidados dirigidos al recién nacido durante su estancia en el Centro de Nacimiento, completando así el marco operativo que guía la atención integral a la diada madre-bebé en este modelo de cuidados.

12. BIBLIOGRAFÍA

1. World Health Organization (WHO). Intrapartum care for a positive childbirth experience: WHO recommendations [Internet]. Geneva: WHO; 2018 [cited 2026 Mar 29]. Available from: <http://apps.who.int/bookorders>
2. Escuriet R, Martín Arribas A, Fernández Cuesta AI, Palau R, Segura Lechuga M. Planificación del parto en una unidad liderada por matronas (ULM) [Internet]. 2021 Jan [cited 2025 Dec 4]. Available from: <http://hdl.handle.net/20.500.14342/1325>
3. Escuriet R, Martín Arribas A, Fernández Cuesta AI, Palau R, Segura Lechuga M. Guía de criterios de admisión en una unidad liderada por matronas (ULM): guía de práctica clínica [Internet]. Barcelona: Universitat Ramon Llull; 2021 Jan [cited 2026 Mar 29]. Available from: <http://hdl.handle.net/20.500.14342/1323>
4. National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Intrapartum care [Internet]. London: NICE; 2023 [cited 2024 May 21]. Available from: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng235>
5. Institut Català de la Salut. Departament de Salut. Generalitat de Catalunya. Establiment d'un indicador de baix risc en el part en el sistema hospitalari públic de l'ICS. Proposta i marc d'aplicació. 2025;
6. Chandrachan E, Evans SA, Krueger D, et al. Intrapartum fetal monitoring guideline [Internet]. London: Physiological CTG; 2018 Feb [cited 2026 Mar 29]. Available from: <https://physiological-ctg.com/resources/Intrapartum%20Fetal%20Monitoring%20Guideline.pdf>
7. Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya. Actualització i adaptació [Internet]. 2013. Available from: www.aatrm.net
8. Greulich B, Tarrant B. The Latent Phase of Labor: Diagnosis and Management. *J Midwifery Womens Health*. 2007 May;52(3):190–8.
9. Albers LL. The Evidence for Physiologic Management of the Active Phase of the First Stage of Labor. *J Midwifery Womens Health*. 2007 May;52(3):207–15.
10. Chandrachan E, Evans SA, Krueger D, et al. Intrapartum fetal monitoring guideline [Internet]. London: Physiological CTG; 2018 Feb [cited 2026 Mar 29]. Available from: <https://physiological-ctg.com/resources/Intrapartum%20Fetal%20Monitoring%20Guideline.pdf>
11. Friedman EA. The Labor Curve. *Clin Perinatol*. 1978;8(1):15–25.
12. Simkin P. Supportive Care During Labor: A Guide for Busy Nurses. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*. 2002 Nov;31(6):721–32.
13. Royal College of Midwives (RCM). The RCM standards for midwifery services in the UK [Internet]. London: RCM; 2016 Sep [cited 2026 Mar 29]. Available from: https://rcm.org.uk/wp-content/uploads/2024/06/rcm-standards-for-midwifery-services-in-the-uk-a4-16pp-2016_12v2.pdf
14. Lowe NK. The nature of labor pain. *Am J Obstet Gynecol* [Internet]. 2002 May;186(5):S16–24. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0002937802701798>
15. Chang CY, Gau ML, Huang CJ, Cheng HM. Effects of non-pharmacological coping strategies for reducing labor pain: A systematic review and network meta-analysis. *PLoS One*. 2022 Jan 21;17(1):e0261493. doi: 10.1371/journal.pone.0261493.
16. Blandine Calais-Germain NVP. Parir en movimiento. Primera edición. La liebre de Marzo SL, editor. Barcelona; 2009.

17. Grenvik JM, Rosenthal E, Wey S, Saccone G, De Vivo V, De Prisco LCP A, et al. Birthing ball for reducing labor pain: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Journal of Maternal-Fetal and Neonatal Medicine*. 2022;35(25):5184–93.
18. Smith CA, Levett KM, Collins CT, Jones L. Relaxation techniques for pain management in labour. *Cochrane Database Syst Rev* [Internet]. 2018;(3):CD009514 [cited 2024 May 7]. Available from: <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD009514.pub2/full>
19. Santiváñez-Acosta R, De E, Tapia-López N, Santero M. medicina Music Therapy in Pain and Anxiety Management during Labor: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Medicina (Kau-nas)*. 2020 Oct 10;56(10):526. doi: 10.3390/medicina56100526.
20. Issac A, Ganesh Nayak S, Balakrishnan D, Halemani K, Mishra P, Jacob J, et al. Effectiveness of breathing exercise on the duration of labour: A systematic review and meta-analysis. *J Glob Health* [Internet]. 2023 [cited 2024 May 7];13(04023):4023. Available from: www.jogh.org
21. World Health Organization (WHO). WHO recommendations. Intrapartum care for a positive childbirth experience. World Health Organization; 2018. 200 p.
22. Carregui-Vilar S, Moya-Artuñedo EM, Chalmeta R, Rocca-Ihenacho L, Collado-Boira EJ. Epidural or water immersion? A prospective cohort study of maternal and neonatal outcomes in a tertiary hospital. *Midwifery*. 2025 Jul;146:104392. doi: 10.1016/j.midw.2025.104392. Epub 2025 Mar 20. Erratum in: *Midwifery*. 2025 Sep;148:104505. doi: 10.1016/j.midw.2025.104505.
23. Reviriego Rodrigo E, Ibargoyen-Roteta N, Carreguí Vilar S, Mediavilla Serrano L, Montero Carcaboso S, Ares Mateos G, Castelló Zamora B, Moreno Rodríguez A, Hernández Tejada N, Koetsenruyter C. Inmersión en agua durante el parto. Vitoria-Gasteiz: Ministerio de Sanidad; Servicio de Evaluación de Tecnologías Sanitarias del País Vasco (OSTEBA); 2022
24. Miake-Lye IM, Mak S, Lee J, Luger T, Taylor SL, Shanman R, et al. Massage for Pain: An Evidence Map. *Journal of Alternative and Complementary Medicine* 2019 May;25(5):475-502. doi: 10.1089/acm.2018.0282.
25. Derry S, Straube S, Moore RA, Hancock H, Collins SL. Intracutaneous or subcutaneous sterile water injection compared with blinded controls for pain management in labour. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2012 Jan 18; 1(1):CD009107. doi: 10.1002/14651858
26. Thuvarakan K, Zimmermann H, Mikkelsen MK, Gazerani P. Transcutaneous Electrical Nerve Stimulation As A Pain-Relieving Approach in Labor Pain: A Systematic Review and Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials. Vol. 23, *Neuromodulation*. Blackwell Publishing Inc.; 2020. p. 732–46.
27. Chen SF, Wang CH, Chan PT, Chiang HW, Hu TM, Tam KW, et al. Labour pain control by aromatherapy: A meta-analysis of randomised controlled trials. *Women and Birth*. 2019 Aug;32(4):327–35.
28. Vidal Fuentes J. Updated version of the IASP definition of pain: one step forward or one step back. *Revista de la Sociedad Española del Dolor*. 2020 Jul 1;27(4):232–3.
29. Smith CA, Levett KM, Collins CT, Armour M, Dahlen HG, Sukanuma M. Relaxation techniques for pain management in labour. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2018 Mar 28; 2018 Mar 28;3(3):CD009514. doi: 10.1002/14651858.CD009514.
30. Madden K, Middleton P, Cyna AM, Matthewson M, Jones L. Hypnosis for pain management during labour and childbirth. *Cochrane Database Syst Rev*. 2016 May 19;2016(5):CD009356. doi: 10.1002/14651858.CD009356.
31. Richardson MG, Lopez BM, Baysinger CL, Shotwell MS, Chestnut DH. Nitrous oxide during labor: Maternal satisfaction does not depend exclusively on analgesic effectiveness. In: *Anesthesia and Analgesia*. Lippincott Williams and Wilkins; 2017. p. 548–53.
32. Smith LA, Burns E, Cuthbert A. Parenteral opioids for maternal pain management in labour. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2018 Jun 5;6(6):CD007396. doi: 10.1002/14651858.CD007396.
33. World Health Organization (WHO). Cuidados en el parto normal: una guía práctica. Geneva: WHO; 1996.
34. World Health Organization (WHO). WHO recommendations: intrapartum care for a positive childbirth experience [Internet]. Geneva: WHO; 2018 [cited 2024 May 20]. Available from: <https://iris.who.int/handle/10665/260178>

35. National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Fetal monitoring in labour (NG229) [Internet]. London: NICE; 2022 Dec 14 [updated 2026 Mar 25; cited 2026 Mar 29]. Available from: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng229>
36. Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre atención al parto normal. 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. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias del País Vasco (OSTEBA). Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Galicia (Avalia-t). 2010. Guías de Práctica Clínica en el SNS: OSTEBA N° 2009/01
37. Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. Guía de Asistencia Práctica. Lesión obstétrica del esfínter anal. Otros desgarros perineales. Progresos de Obstetricia y Ginecología. 2020;63:48–53.
38. Wright A, Nassar AH, Visser G, Ramasauskaite D, Theron G. FIGO good clinical practice paper: management of the second stage of labor. International Journal of Gynecology and Obstetrics. 2021 Feb 1;152(2):172–81.
39. Federación de Asociaciones de Matronas de España (FAME). Iniciativa al parto normal. 2023.
40. Aasheim V, Nilsen ABV, Reinar LM, Lukasse M. Perineal techniques during the second stage of labour for reducing perineal trauma. Cochrane Database Syst Rev 2017 Jun 13;6(6):CD006672. doi: 10.1002/14651858.CD006672.
41. Laine K, Pirhonen T, Rolland R, Pirhonen J. Decreasing the Incidence of Anal Sphincter Tears During Delivery. Vol. 111, Obstet Gynecol. 2008. May;111(5):1053-7. doi: 10.1097/AOG.0b013e31816c4402
42. Wright A, Nassar AH, Visser G, Ramasauskaite D, Theron G. FIGO good clinical practice paper: management of the second stage of labor. International Journal of Gynaecology and Obstetrics [Internet]. 2021 Feb 1 [cited 2024 Jun 5];152(2):172. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34088872/>
43. Centre de Medicina Fetal i Neonatal de Barcelona. Distocia de hombros [Internet]. Barcelona: Hospital Clínic de Barcelona; 2019 [cited 2026 Mar 29]. Available from: <https://fetalmedicinabarcelona.org/wp-content/uploads/2024/02/distocia-hombros.pdf>
44. Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Distocia de hombros. Protocolos asistenciales de obstetricia [Internet]. Granada: Hospital Universitario Virgen de las Nieves; 2024 [cited 2026 Mar 29]. Available from: https://www.huvn.es/asistencia_sanitaria/ginecologia_y_obstetricia
45. Centre de Medicina Fetal i Neonatal de Barcelona. Distocia de hombros [Internet]. Barcelona: Hospital Clínic de Barcelona; 2019 [cited 2026 Mar 29]. Available from: <https://fetalmedicinabarcelona.org/wp-content/uploads/2024/02/distocia-hombros.pdf>
46. Fikre R, Gubbels J, Teklesilasie W, Gerards S. Effectiveness of midwifery-led care on pregnancy outcomes in low- and middle-income countries: a systematic review and meta-analysis. BMC Pregnancy Childbirth. 2023 Dec 1;23(1).
47. Organización Mundial de la Salud. Recomendaciones de la OMS para la prevención y el tratamiento de la hemorragia posparto [Internet]. 2014. Available from: www.who.int/reproductivehealth
48. World Health Organization (WHO). WHO recommendations for the prevention and treatment of postpartum haemorrhage [Internet]. Geneva: WHO; 2012 [cited 2026 Mar 29]. Available from: https://www.who.int/maternal_child_adolescent
49. Soltani H. Global implications of evidence 'biased' practice: management of the third stage of labour. Midwifery. 2008 Jun;24(2):138–42.
50. Prendiville WJ, Elbourne D, McDonald SJ. Active versus expectant management in the third stage of labour. In: Begley CM, editor. Cochrane Database Syst Rev. 2000;(3):CD000007. doi: 10.1002/14651858.CD000007. Update in: Cochrane Database Syst Rev. 2009 Jul 08;(3):CD000007. doi: 10.1002/14651858.CD000007.
51. Centre de Medicina Fetal i Neonatal de Barcelona. Hemorràgia postpart: prevenció i tractament [Internet]. Barcelona: Hospital Clínic de Barcelona; 2019 [cited 2026 Mar 29]. Available from: <https://medicinafetalbarcelona.org/protocols/hemorragia-postpart/>

“La llegada al hospital fue el primer choque con la realidad. Nuestra urgencia personal, la inminencia del nacimiento, se topó con la frialdad de un proceso administrativo. Entramos por urgencias generales, compartiendo espacio y proceso con todo tipo de patologías. De repente, el momento más íntimo de nuestra vida se sentía público y despersonalizado.”

- Argumento de una madre en fase de análisis

Capítulo 12

Propuesta de guía asistencial práctica para la atención al parto en un Centro de Nacimiento (PARTE 2)



“El parto es en sí mismo un acontecimiento vital significativo y, para las mujeres y sus familias, puede ser una experiencia que cambia la vida.”

-WHO- Intrapartum care for a Positive Childbirth (1)

Autoras:

M^a Teresa Parra, Andrea Codoñer, M^a José Palomares, Ana Sanchez, Celeste Sanahuja, Sandra Castell Folch, María Nemesio, Laura Martí Gozalbo, Teresa Esclapés, Soledad Carreguí.

287	1. PROPÓSITO Y ENFOQUE DEL CAPÍTULO
287	2. ASISTENCIA AL PUERPERIO
287	2.1 Puerperio inmediato
296	2.2 Puerperio precoz
300	2.3 Alta precoz materna y neonatal en el Centro de Nacimiento
310	3. MEDICAMENTOS UTILIZADOS EN LA ATENCIÓN EN EL CN

1. PROPÓSITO Y ENFOQUE DEL CAPÍTULO

Tras haber definido en el capítulo anterior el marco asistencial para la atención al parto en el Centro de Nacimiento (CN), el presente capítulo aborda la **asistencia durante el puerperio y los cuidados neonatales** durante la estancia en el CN. Su objetivo es ofrecer una propuesta de procedimientos prácticos y actualizados que unifiquen criterios profesionales y garanticen una atención segura, respetuosa y centrada en la díada madre-bebé.

En este apartado se detallan las actuaciones, valoraciones y cuidados recomendados desde el nacimiento hasta el alta, integrando la evidencia científica disponible y la experiencia clínica de los profesionales, con el objetivo de ofrecer una asistencia adecuada y de calidad en los Centros de Nacimiento. Del mismo modo, se destaca la importancia de la continuidad asistencial y el acompañamiento cercano, elementos clave para favorecer un puerperio fisiológico, una adecuada transición al vínculo y la lactancia, y un proceso de adaptación neonatal óptimo.

2. ASISTENCIA AL PUERPERIO

El puerperio se define como el periodo posterior al parto durante el cual los cambios anatómicos y fisiológicos maternos inducidos por el embarazo regresan progresivamente a su estado previo a la gestación. Desde el punto de vista clínico, se distinguen tres fases:

Puerperio inmediato: abarca las dos primeras horas tras el nacimiento.

Puerperio precoz: comprende los primeros 7–10 días después del parto.

Puerperio tardío: corresponde al periodo restante hasta aproximadamente los 40 días posteriores al parto.

2.1 Puerperio inmediato

2.1.1 Valoración del estado general de la madre

El estado general de la madre debe evaluarse mediante la valoración de los siguientes ítems:

- **Signos vitales:** temperatura, pulso y tensión arterial.
- **Estado de conciencia, coloración de piel y mucosas,** así como la presencia de dolor pleurítico y/o disnea.
- **Involución uterina y características de las pérdidas hemáticas.**

- **Micción:** se anima a la mujer a orinar durante las primeras 6 horas tras el parto. Si no se produce la micción espontánea, se recomienda realizar un sondaje vesical intermitente de descarga.
- **Aspectos emocionales y psicológicos** relacionados con la experiencia vida.
- **Establecimiento del vínculo con el recién nacido (RN).**

2.1.2 Atención y cuidados del recién nacido

El nacimiento de un RN sano y vigoroso tras una gestación a término constituye una de las situaciones más frecuentes en la atención al parto. En este contexto, es fundamental evitar intervenciones innecesarias, ya que pueden resultar perjudiciales para el RN, interferir en el disfrute familiar del acontecimiento y dificultar el establecimiento del vínculo afectivo. La actuación profesional debe centrarse en corregir desviaciones de la normalidad y en favorecer un entorno de confianza, seguridad e intimidad, respetando la privacidad, la dignidad y la confidencialidad de las mujeres y sus hijos/as.

Antes del nacimiento, es importante conocer la evolución de la gestación para identificar posibles factores de riesgo que puedan repercutir en el RN y planificar adecuadamente la atención inmediata.

La Comisión de Estándares de la Sociedad Española de Neonatología propone el siguiente decálogo para el cuidado de los/as recién nacidos/as sanos/as (2):

- Priorizar el bienestar del RN y velar por sus derechos.
- Respetar las preferencias de las madres y los padres.
- Minimizar interferencias en la adaptación a la vida extrauterina.
- Facilitar y promover el establecimiento del vínculo madre/padre-hijo/a.
- Evitar la separación del RN de su madre.
- Promocionar, fomentar y apoyar la lactancia materna.
- Asesorar a las familias sobre los cuidados del RN y los signos de alarma.
- Realizar la profilaxis de la enfermedad hemorrágica del RN.
- Aplicar la profilaxis oftálmica neonatal.
- Efectuar el cribado endocrino-metabólico y el cribado auditivo.

Tras el nacimiento, la mayoría de los/las RN (aproximadamente el 85%) solo requieren cuidados de rutina, pinzamiento tardío del cordón umbilical (PTC) y contacto piel con piel (CPP). No se recomienda la aspiración sistemática de las vías respiratorias, ya que no existe evidencia suficiente sobre sus beneficios. Tampoco se aconseja la introducción de sondas de forma rutinaria en el periodo posnatal inmediato, salvo que existan signos clínicos que hagan sospechar alguna malformación o patología.

La vigilancia durante las dos primeras horas de vida debe ser realizada por un/a profesional experto/a, en el caso del Centro de Nacimiento esta será la matrona, con el fin de detectar cualquier alteración o signo clínico sugestivo de patología.

2.1.2.1 Cuidados inmediatos tras el nacimiento

Los cuidados que deben realizarse de forma rutinaria inmediatamente después del nacimiento incluyen:

- **Valoración del APGAR** a 1, 5 y 10 minutos en todos los recién nacidos.
- **Evaluación clínica inicial del neonato** y apoyo durante la transición a la vida extrauterina.
- **Contacto piel con piel (CPP):** inmediatamente tras el nacimiento, el/la RN debe colocarse sobre el torso de la madre para favorecer la regulación térmica, el vínculo afectivo y el inicio de la lactancia materna. Este contacto debe mantenerse durante al menos dos horas, siendo especialmente relevante la primera hora y hasta finalizar la primera toma al pecho. Durante este periodo, la matrona supervisará de forma continua al binomio madre-hijo para detectar cualquier posible complicación.
- **Actuación ante dificultades de adaptación:** si el RN presenta respiración anormal, frecuencia cardíaca <100 lpm o hipotonía, se avisará al pediatra y se seguirán las recomendaciones de reanimación neonatal de la Asociación Española de Pediatría (AEP)(3).

2.1.2.2 Recomendaciones para un contacto piel con piel (CPP) seguro

Aunque el contacto piel con piel ofrece beneficios ampliamente demostrados —como una mejor transición neonatal, mayor éxito en la lactancia y un vínculo materno-infantil más sólido—, en casos excepcionales puede asociarse a episodios de colapso posnatal inesperado o muerte súbita, por lo que su implementación debe ir acompañada de medidas de seguridad y supervisión adecuadas (4).

Esta vigilancia requiere seguir una serie de recomendaciones específicas:

- **Formación y comunicación:** Las matronas que trabajan en el Centro de Nacimiento deben conocer la existencia de estos episodios y los factores de riesgo implicados. Son ellas quienes informarán y enseñarán a la madre y al acompañante cómo evitar que la boca y la nariz del recién nacido se obstruyan durante el contacto piel con piel, mientras está acostado en la cama junto a su madre y cuando esté tomando del pecho. Es fundamental asegurarse de que dicha información ha sido entendida.
- Se informará a los progenitores de que la secuencia descrita en estos episodios puede incluir apnea, seguida de hipotonía y cambios en la coloración, indicándoles que avisen de inmediato si observan alteraciones en la respiración o el color del recién nacido.
- **Acompañamiento continuo** de la mujer en todo momento por acompañante o personal del entorno del parto y de manera regular en la habitación del CN.
- **Posición del RN (4):** Para una posición segura del/la recién nacido/a en decúbito prono sobre el abdomen materno:
 - La cara del/la lactante debe estar visible.

- La cabeza del/la lactante debe estar en posición de “olfateo” (sniffing position).
- La nariz y la boca del/la lactante no deben estar cubiertas.
- La cabeza del/la lactante debe estar girada hacia un lado.
- El cuello del/la lactante debe mantenerse recto, sin flexión.
- Los hombros y el pecho del/la lactante deben quedar orientados hacia la madre.
- Las piernas de/la lactante deben estar flexionadas.
- La espalda del/la lactante debe estar cubierta con manta.

No se recomienda colocar al bebé en decúbito prono encima de la madre cuando esté cansada, adormilada, distraída o no exista una vigilancia continua. En estas situaciones el recién nacido deberá colocarse en decúbito supino sobre la madre o realizar el CPP con otro progenitor o familiar.

- La posición ideal de la madre es semincorporada entre 30 y 45°, con una almohada bajo la cabeza. Aparentemente, en esta posición de la madre, es más difícil que se den situaciones de obstrucción de la vía aérea.
- Termorregulación: Se deberá mantener la temperatura adecuada al/la RN y apoyar el inicio de la lactancia materna.

2.1.2.3 Inicio de la lactancia materna

El CPP de la madre/padre con su RN de forma inmediata e ininterrumpida, ha demostrado facilitar la vinculación materno-filial y la aparición de conductas instintivas que favorecen el comienzo de la lactancia materna. La evidencia recomienda realizar la primera toma en la primera hora tras el parto, puesto que los RN están en estado de alerta y su reflejo de succión es intenso, además facilita el establecimiento de la lactancia materna y se relaciona con una mayor duración de la misma (5).

En RN sanos/as, asintomáticos/as y sin riesgo de hipoglucemia, se puede observar y esperar que se agarren al pecho espontáneamente durante el período de CPP. El **agarre espontáneo** favorece un mejor acoplamiento de la boca al pecho. En caso de que el RN no muestre signos de búsqueda, la matrona ofrecerá apoyo y ayuda práctica a la madre con el agarre. Además, deben ayudar a las madres a encontrar la postura en la que se encuentren más cómodas y tengan menos problemas con el amamantamiento. Si tras la primera hora de CPP no se consigue el agarre espontáneo, se debería ofrecer ayuda práctica para el agarre.

Se recomienda utilizar la “postura de crianza biológica” (madre semirreclinada, RN colocado en prono sobre su cuerpo), que facilita la puesta en marcha de conductas instintivas en la madre y el RN, que favorecen el agarre espontáneo al pecho materno. Independientemente de la postura elegida, madre y RN deben estar en contacto estrecho, con la cabeza y el cuerpo de la RN bien alineados con la nariz a la altura del pezón, evitando posturas que obliguen a mantener el cuello girado o flexionado durante la toma.

Además, se sugiere el **colecho seguro** tanto en el CN como en el hogar siendo una práctica que favorece el inicio y mantenimiento de la lactancia materna (5). La matrona debe informar a los progenitores sobre las condiciones que se han de dar para considerar un colecho seguro (5):

- Recién nacido/a a término y sin problemas graves de salud.
- Alimentación del/ la RN con lactancia materna exclusiva y a demanda.
- Ninguno de los adultos que comparta cama con el lactante debe: fumar, consumir alcohol, drogas o medicamentos que provoquen un sueño más profundo del habitual, sufrir obesidad mórbida o alguna enfermedad que disminuya el nivel de respuesta como la diabetes o la epilepsia inestable.
- Todos los adultos que duermen en la cama saben que el lactante comparte la cama con ellos.
- El/la recién nacido/a:
 - Duerme siempre acostado/a en decúbito supino.
 - Con ropa ligera y la temperatura de la habitación no debe superar los 20°C.
 - La cabeza no debe estar plana.
- La superficie para dormir debe ser firme y hay que evitar:
 - Edredones pesados, mantas eléctricas, almohadones, peluches, cordones y otros elementos que puedan dificultar o impedir la respiración del/ la RN durante la noche.
 - Espacios por donde se pueda caer la criatura o quedar atrapada.

2.1.2.3 Identificación del/la recién nacido/a

La correcta identificación del/la recién nacido/a (RN) en el momento del nacimiento constituye un derecho fundamental del neonato y una obligación para el personal sanitario. Este procedimiento garantiza la correlación positiva entre madre y RN desde el nacimiento y durante toda la estancia hospitalaria.

La identificación debe realizarse por la matrona responsable de la atención al nacimiento, inmediatamente después de la ligadura del cordón umbilical, antes de cualquier posible separación madre-hijo/a y, preferiblemente, en presencia de ambos/as progenitores/as.

En caso de ausencia de los/las progenitores/as o imposibilidad de comunicación adecuada con la madre por motivos clínicos, la identificación se efectuará en presencia de un familiar o acompañante autorizado o, en su defecto, de otro profesional sanitario actuando como testigo.

Se utilizará un sistema de identificación cruzada, mediante pinza umbilical y pulseras para la madre y el/la RN con colores y códigos idénticos.

Se recogerán las huellas dactilares del índice y medio de la mano derecha de la madre, así como las huellas plantares del/la RN, para su incorporación al registro civil cuando sea requerido por el juzgado correspondiente.

Se cumplimentará la hoja de asistencia al parto para el registro civil.

La identificación no debe interferir en el establecimiento del vínculo madre-hijo/a, y se favorecerá la no separación durante toda la estancia, salvo indicación clínica justificada.

2.1.2.4 Prevención de la oftalmía neonatal

La oftalmía o conjuntivitis neonatal es una infección de la superficie ocular, habitualmente de origen bacteriano, que puede aparecer entre los 2 y 14 días de vida. Su contagio se produce principalmente durante el paso por el canal del parto, aunque también puede originarse intraútero o tras el nacimiento por secreciones contaminadas del entorno. En ausencia de tratamiento, puede ocasionar lesiones oculares permanentes e incluso ceguera.

Actualmente existe controversia respecto a la efectividad de la profilaxis rutinaria en recién nacidos/as (6). Se debe ofrecer información completa y comprensible sobre el riesgo de oftalmía neonatal y el tratamiento preventivo, resolver cualquier duda y solicitar permiso para aplicar la profilaxis al neonato. En caso de negativa, registrar en la HC (negativa de los/las progenitores/as, la información facilitada y la constatación que comprenden los riesgos). Las recomendaciones vigentes son:

- **Fármaco de elección:** pomada de eritromicina al 0,5 %.
- **Alternativa:** tetraciclina al 1 %.

Momento de administración: puede aplicarse dentro de las primeras 4 horas de vida, evitando interferir con el contacto piel con piel.

2.1.2.5 Prevención de la enfermedad hemorrágica del/la recién nacido/a (EHRN)

El déficit de vitamina K al nacimiento predispone al/la RN a la enfermedad hemorrágica neonatal, un trastorno que puede producir sangrados graves a nivel cutáneo, gastrointestinal o cerebral. La administración profiláctica de **1 mg de vitamina K intramuscular** en las primeras horas de vida previene eficazmente estos episodios.

Procedimiento:

- Informar a los padres antes de la administración.
- No administrar inmediatamente tras el nacimiento: **se respeta el contacto piel con piel al menos durante 60 minutos**. No se justifica separar al/la RN únicamente para esta intervención.
- Si es posible, administrar la vitamina K mientras el/la RN está al pecho, aprovechando el efecto analgésico del amamantamiento.
- En caso de lactancia artificial, puede administrarse **0,2–0,5 ml de sacarina al 20 %** dos minutos antes de la inyección y ofrecer una tetina para succión.

Si los padres/madres rechazan la administración intramuscular, se ofrecerá pauta oral alternativa:

- **3 dosis de 2 mg de vitamina K oral:** al nacimiento, entre el 4.º y 6.º día, y

entre las 4 y 6 semanas de vida.

- Se insistirá en la importancia de completar correctamente la pauta.
- La pauta oral debe registrarse en la cartilla de salud y en el informe de alta para su seguimiento en Atención Primaria.

Si los padres/madres rechazan toda profilaxis, la matrona les explicará los riesgos demostrados y la evidencia científica que respalda la administración de vitamina K para prevenir muertes y secuelas graves. El riesgo de padecer la enfermedad hemorrágica del RN es 80 veces superior si no se ha administrado la profilaxis con vitamina K. Todo ello debe registrarse en la historia clínica (información ofrecida, constatación de entendimiento) y los padres/madres deberán firmar el documento de desistimiento.

2.1.2.6 Prevención de la hipoglucemia neonatal

Muchos recién nacidos/as sanos/as presentan una **hipoglucemia transitoria y fisiológica** durante su adaptación a la vida extrauterina, debido al cese del aporte placentario de nutrientes. Esta disminución de la glucosa aparece entre la **1.^a y 2.^a hora de vida**, alcanza su punto más bajo entre las **2–4 horas** y suele estabilizarse entre las **4–6 horas**. Aunque la glucosa es el principal combustible cerebral, esta hipoglucemia es **asintomática y compensada** gracias a fuentes alternativas como los cuerpos cetónicos. Tras las primeras horas, la glucemia aumenta por la producción endógena (glucogenólisis y gluconeogénesis). Este proceso se relaciona con un umbral más bajo para la supresión de la insulina en el recién nacido, que madura progresivamente hasta las 72 horas, momento en el que se asemeja al de lactantes mayores y niños (7).

Así pues, el neonato debe adaptarse inmediatamente al nuevo ambiente metabólico de alimentación enteral con leche y alternando con periodos de ayuno.

Los casos de RN que pueden requerir un **control de glucemia** en el CN son:

- RN grande para la edad gestacional ($P > 90$ y apariencia macrosómica).
- RN pequeño/a para la edad gestacional ($P < 10$), o con restricción del crecimiento fetal no diagnosticado en la gestación.
- RN prematuro (< 37 semanas gestacionales)
- Hijo/a de madre diabética gestacional o pregestacional (aunque haya tenido buenos controles glucémicos y en tratamiento con dieta y ejercicio)
- RN que ha sufrido estrés perinatal diagnosticado en el posparto: asfixia, policitemia, sepsis, hipotermia, acidosis metabólica...
- Historia familiar o genética de hipoglucemia.

Los síntomas ante los que deberemos estar atentos por ser síntomas de hipoglucemia:

- Llanto agudo.
- Temblor persistente.
- Letargia.
- Hipotonía, succión pobre.

- Convulsiones.
- Alteraciones del nivel de conciencia.
- Apnea.
- Cianosis.
- Sospecha de sepsis.
- Hipotermia ($< 36,5^{\circ}\text{C}$), no atribuido al ambiente.
- Acidosis perinatal ($\text{pH} < 7,1$ y $\text{EB} > -12$ mmol/L).

Ante hipoglucemia sintomática avisar al pediatra de guardia y trasladar al neonato si procede (ver figura 1 algoritmo de transferencia).

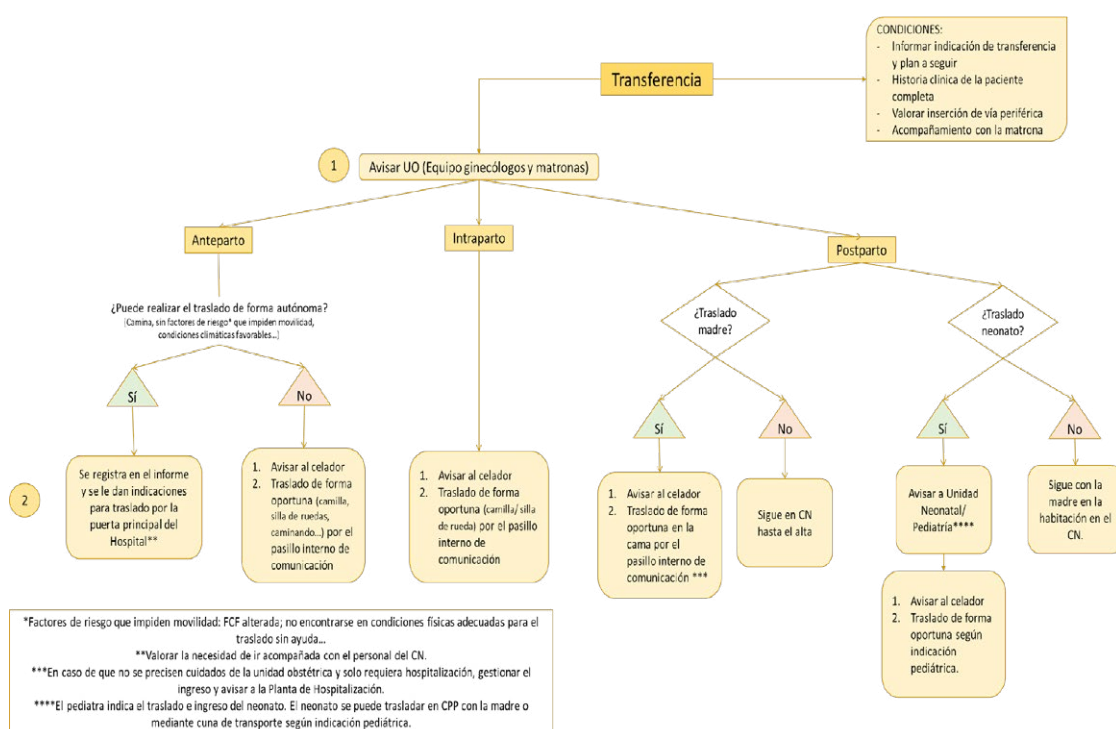


Figura 1. Algoritmo de Transferencia desde el Centro de Nacimiento (AMU) a Unidad Obstétrica/ Unidad Neonatal

En estos casos con riesgo de hipoglucemia es muy importante el inicio precoz de la alimentación durante la primera hora de vida. El primer control de glucemia se realizará media hora después de la primera toma (entre los 90 y 120 minutos de vida) y posteriormente cada 2-3 horas antes de la siguiente toma. Si dos valores consecutivos están por encima de 45mg/dL se pueden espaciar los controles cada 6 horas (por ejemplo: 1-3-6-12-18-24 horas de vida). Si todos los controles están en rango normal estos se pueden suspender a las 12 horas de vida en los hijos de madre diabética sin tratamiento con insulina y los RN grandes para la edad gestacional y a las 24 horas de vida en el resto de casos.

Los valores normales de glucemia y la actuación recomendada dependen de las horas de vida del RN y están resumidos en la tabla 1. Ante cualquier valor alterado de glucosa en un RN asintomático se deberá consultar la pauta de actuación el pediatra de guardia. Ante cualquier paciente sintomático con glucemia <50mg/dL se deberá avisar al pediatra de guardia para ingreso y tratamiento endovenoso.

Tabla 1. Actuación en caso de RN con riesgo de hipoglucemia asintomático

HORAS DE VIDA	VALOR DE GLUCEMIA	ACTUACIÓN RECOMENDADA
0-4 HORAS	<25mg/dL	Avisar a pediatra de guardia Iniciar una toma supervisada (LM o LA) y control a los 30 minutos. Si se mantiene <40mg/dL (tras la toma) ingreso.
	≥25mg/dL	LM a demanda, tomas frecuentes. Continuar con los controles establecidos
4-24 HORAS	<35mg/dL	Avisar a pediatra de guardia Iniciar una toma supervisada (LM o LA) y control a los 30 minutos. Si se mantiene <45mg/dL (tras la toma) ingreso.
	≥35mg/dL	LM a demanda, tomas frecuentes. Continuar con los controles establecidos.
>24 HORAS	<45mg/dL	Avisar a pediatra de guardia Iniciar una toma supervisada (LM o LA) y control a los 30 min. Si se mantiene <45mg/dL ingreso.
	≥45mg/dL	LM a demanda, tomas frecuentes. Con dos valores consecutivos ≥45mg/dL se pueden parar los controles.

*En casos de cifras alteradas en los controles glucémicos, se aconseja transferencia e ingreso en la planta de hospitalización/neonatos para realizar los controles al menos en las primeras 24h.

En el caso de un RN con macrosomía o PEG no diagnosticado prenatalmente debe ser valorado por el pediatra prealta independientemente de los controles de glucemia ya que existe riesgo de alteraciones en la exploración (miocardiopatía hipertrófica, anomalías cromosómicas o fenotípicas, etc.).

2.1.2.6. Traslado/ Transferencia neonatal y/o materna

La **transferencia urgente** de la mujer o del/la recién nacido/a desde el Centro de Nacimiento (CN) debe activarse inmediatamente cuando surja una complicación que requiera atención médica especializada —obstétrica, pediátrica o anestésica— y exista riesgo para la salud materna o neonatal. En estas situaciones, la **coordinación del equipo** es crítica: todos los profesionales deben actuar de manera ágil y cohesionada, situando en el centro a la mujer y su criatura y seleccionando la opción que proporcione **la mayor seguridad clínica**. Dependiendo de la naturaleza de la emergencia, puede ser más adecuado que

los especialistas se desplacen al CN o, por el contrario, que la mujer sea trasladada de forma prioritaria a la Unidad Obstétrica o al quirófano. Para garantizar una respuesta rápida y eficaz, los planes de emergencia deben especificar con claridad los **teléfonos de contacto**, los **circuitos de transferencia**, el **personal implicado** y los pasos operativos. Asimismo, es fundamental considerar la **distancia al hospital**, los **tiempos de traslado** y cualquier **barrera logística** que pueda interferir en la agilidad del proceso, de modo que la asistencia se mantenga segura, coordinada y centrada en las necesidades de la díada madre-RN.

Al área de hospitalización materna o neonatal

En caso de hospitalización, se recomienda que el traslado de madre y RN se realice de forma conjunta, priorizando el contacto piel con piel (CPP), siempre que la situación clínica lo permita, con el fin de evitar la separación innecesaria entre ambos. Durante el traslado se minimizará el riesgo de enfriamiento aplicando medidas de abrigo adecuadas, que no interfieran con las normas de seguridad y prevención de caídas de la madre o RN durante el traslado (en cuna o con la madre).

2.2 Puerperio precoz

Durante las horas de estancia en el CN se realizarán cuidados tanto a la madre como al RN.

2.2.1 Observaciones y cuidados maternos después del nacimiento hasta el alta

Después del parto, la mujer, el/la RN y el/la acompañante se trasladarán en las primeras horas a la habitación del CN donde se alojarán conjuntamente. Se procederá a la limpieza, orden y reposición de la sala de nacimiento, los/las profesionales verificarán que la sala quede en óptimas condiciones para acoger a una nueva gestante.

En la habitación, se animará a la mujer a comer y beber si lo desea, así como a deambular siempre que su estado general lo permita y le apetezca.

En ningún caso la mujer y el/la RN se quedarán solos sin acompañamiento, ya sea por parte de la matrona o del/la acompañante.

Los aspectos que se van a **observar y valorar** en la madre hasta el momento de dar el alta son los siguientes:

- **Estado general** de la madre: constantes vitales, estado físico, presencia de molestias o dolor, estado emocional...
- **Loquios**: color, cantidad y olor.
- **Útero**: altura y consistencia uterina.
- **Micción**: se debe anotar cuando se realiza la micción espontánea durante las primeras 6h posparto o la presencia de disuria o retención.
- **Defecación**: valorar tránsito intestinal, sin que sea requisito previo al alta.
- **Periné**: detectar si existe:
 - **Sangrado** excesivo de desgarros suturados y no suturados.
 - **Hemorroides**.

- **Hematomas.**

- **Dolor:** preguntar periódicamente por el dolor de entuertos, trauma perineal, hemorroides, etc. mediante la escala EVA y aplicar medidas analgésicas no farmacológicas (hielo local) o farmacológicas (AINEs según protocolo) según preferencia de la mujer. La GPC del ministerio de 2014, sugiere una dosis entre 500-1000 mg de paracetamol vía oral cada 8-12h para tratar el dolor perineal posparto (8).
- **Mamas:** observación y apoyo de las primeras tomas al pecho. También, se valora la presencia de dolor durante la toma.
- **Circulación:** valorar miembros inferiores: edemas, varices...
- En madres **Rh negativas** que su RN presente Rh positivo se debe administrar gammaglobulina anti-D antes del alta.

2.2.2 Observaciones y cuidados del/la RN hasta el alta

Los aspectos importantes a tener en cuenta en la valoración del/la RN antes del alta están descritos a continuación:

- Control de signos de **ingesta y apoyo continuo a la lactancia materna** (LM). Se deben observar al menos 3 tomas antes del alta y registrarlo.
- **Control del aspecto y color de la piel y mucosas.**
- **Control de las constantes vitales:** Frecuencia cardiaca (normal 100-160 lpm despierto, hasta 80 lpm durante el sueño y comprobar variabilidad en la alerta).
- **Frecuencia respiratoria** (normal < 60 rpm).
- **Temperatura** (normal 36,5-37,5°C).
- Control de la primera **micción**.
- Control de la primera emisión de meconio. Debe ocurrir entre las primeras 24-48h, no es un requisito imprescindible previo al alta.
- Control del aspecto del **cordón umbilical**.
- No hay evidencia para poder recomendar o no el **baño** inmediato en el RN. Sin embargo, diversas publicaciones insisten en la necesidad de **esperar a realizar el baño** cuando la temperatura del RN se haya estabilizado, realizando al nacimiento solo una limpieza del exceso de vernix (9,10).
- Explicación de la preparación y administración de **biberones**, en el caso de que la madre optara por lactancia artificial.
- Controles de **glucemia capilar** en RN con riesgo metabólico.
- Registro del **grupo sanguíneo y RH del RN** obtenido de la sangre de cordón.
- Vigilancia estricta de **signos de ictericia neonatal precoz**. En el caso de Coombs directo positivo se debe avisar al pediatra y analizar la bilirrubina transcutánea (BTC) mediante determinaciones cada 12h durante las primeras 48 h de vida. En el caso que la BTC sea anormal se deberá comprobar mediante analítica sanguínea (ver gráfico anexo de cifras de normalidad). En el resto de RN, solo se realizará la prueba transcutánea en aquellos casos que la matrona sospeche de posible ictericia, aunque debe considerarse la opción de realizarlo a todos los RN, especialmente a los de raza negra o sudamericanos dada la dificultad de valoración.

Antes del alta también se realizarán una serie de **cribados al RN**: el screening de detección precoz de la sordera o otoemisiones acústicas; el screening de detección precoz de enfermedades metabólicas congénitas; y el cribado de cardiopatías congénitas en el período neonatal, que se pueden realizar en la misma habitación donde se encuentran la madre y el bebé.

2.2.2.1 Screening detección precoz de la sordera o otoemisiones acústicas

Las OEA son sonidos producidos por las células ciliadas externas de la cóclea en respuesta a un estímulo sonoro. Su presencia indica que la función coclear es normal. Son la **prueba de cribado auditivo universal de primera línea** en recién nacidos/as sanos/as, es una prueba sencilla, indolora y no invasiva. Precisa el consentimiento de los/las progenitores/as.

Se realizan a partir de las 24 horas de vida para reducir falsos positivos y consisten en introducir una pequeña sonda en el conducto auditivo externo que emite sonidos y registra la respuesta de la cóclea mediante un micrófono incorporado. El procedimiento dura pocos minutos y puede efectuarse mientras el bebé duerme o está tranquilo. La presencia de una respuesta clara y reproducible indica un funcionamiento coclear normal.

El resultado se expresa de manera binaria como “PRESENTE” o “NO PRESENTE”, más que en valores numéricos. Un resultado normal (“PRESENTE”) implica que el recién nacido presenta otoemisiones adecuadas y un bajo riesgo de hipoacusia significativa. Si el resultado es “NO PRESENTE”, puede deberse a restos de vórnix, líquido amniótico, ruido ambiental o a una alteración auditiva, por lo que se repite la prueba y, si persiste la ausencia de respuesta, se continúa con estudios más específicos como los potenciales evocados auditivos automatizados.

Si la primera prueba se tiene que repetir, se volverá a realizar justo antes del alta. Si aún esta segunda prueba sale alterada, se da cita programada en el Hospital de Día para realizar una tercera prueba allí (solicitar la cita antes del alta). Se debe garantizar el control durante el primer mes de vida, e idealmente durante las tres primeras semanas para poder realizar una determinación de CMV en orina ante cribados persistentemente patológicos.

2.2.2.2 Screening detección precoz de enfermedades metabólicas congénitas

El cribado de enfermedades congénitas se realiza mediante la prueba del talón que consiste en la extracción y análisis de unas gotas de sangre del talón del/la recién nacido/a para detectar la presencia de algunas enfermedades congénitas como: hipotiroidismo congénito, fibrosis quística, fenilcetonuria, algunos trastornos más del metabolismo de los aminoácidos, del metabolismo de los ácidos orgánicos y los ácidos grasos; enfermedad de células falciformes; inmunodeficiencia combinada grave. Este análisis permite detectar enfermedades potencialmente graves de forma precoz y poner tratamiento precoz evitando la descompensación del RN y las secuelas derivadas, por lo que su realización es altamente recomendable para todos los recién nacidos. En caso de alta precoz, se debe garantizar un circuito para la realización del cribado en domicilio o en el CN antes de las 72 horas de vida.

Para poder realizar este cribado los padres/madres deben firmar el consentimiento informado o el desistimiento (en el caso de no querer realizarla). Además, actualmente, deben firmar un consentimiento/desistimiento para dejar que la muestra obtenida se quede guardada en un biobanco y pueda ser utilizada para futuras investigaciones; así como dar su confirmación/negación en querer saber o no sobre la detección de otras enfermedades genéticas que puedan ser descubiertas tras el análisis de la muestra.

2.2.2.3 Cribado de cardiopatías congénitas críticas en el periodo neonatal

Para la realización del cribado de cardiopatías congénitas se va a realizar una **pulsioximetría** entre las primeras 6-24h, se informa a los padres y se solicita su consentimiento.

Consiste en una medición por parte de la matrona de la **saturación de oxígeno neonatal**, simultáneamente **preductal** (mano derecha) y **posductal** (pie derecho o izquierdo) entre las primeras 6-24h de vida.

El **lugar de aplicación del sensor** debe estar limpio, seco y bien perfundido. En los casos de mala perfusión, el recalentamiento local puede restaurar una adecuada calidad de señal. En los recién nacidos el mejor lugar para la medición es la palma de la mano y la cara lateral del pie. La colocación del sensor debe enfrentar correctamente sus componentes ópticos a través de un lecho capilar. Los sensores adhesivos no deben ser envueltos con demasiada fuerza y no se deben sostener durante la medición, ya que se interfiere con la señal.

Los posibles resultados de este cribado son (ver figura 2):

Resultado negativo: SatO2 $\geq 95\%$ en mano derecha o pie, y la diferencia $\leq 3\%$ entre mano derecha y pie.

Resultado positivo: SatO2 $< 90\%$ en mano derecha o pie. Se avisará al pediatra de maternidad o guardia para valoración.

Resultados dudosos: SatO2 entre el 90 y el 94% en mano derecha o pie, o la diferencia entre ambos es $> 3\%$. Repetir la determinación en 30 minutos si buen aspecto, en caso de duda avisar al pediatra de maternidad o guardia para valoración. Si tras la segunda determinación el recién nacido sigue presentando una saturación del 90-94% en mano derecha o pie, o una diferencia entre ambos $> 3\%$, se considerará positivo y se actuará como en caso de resultado positivo.

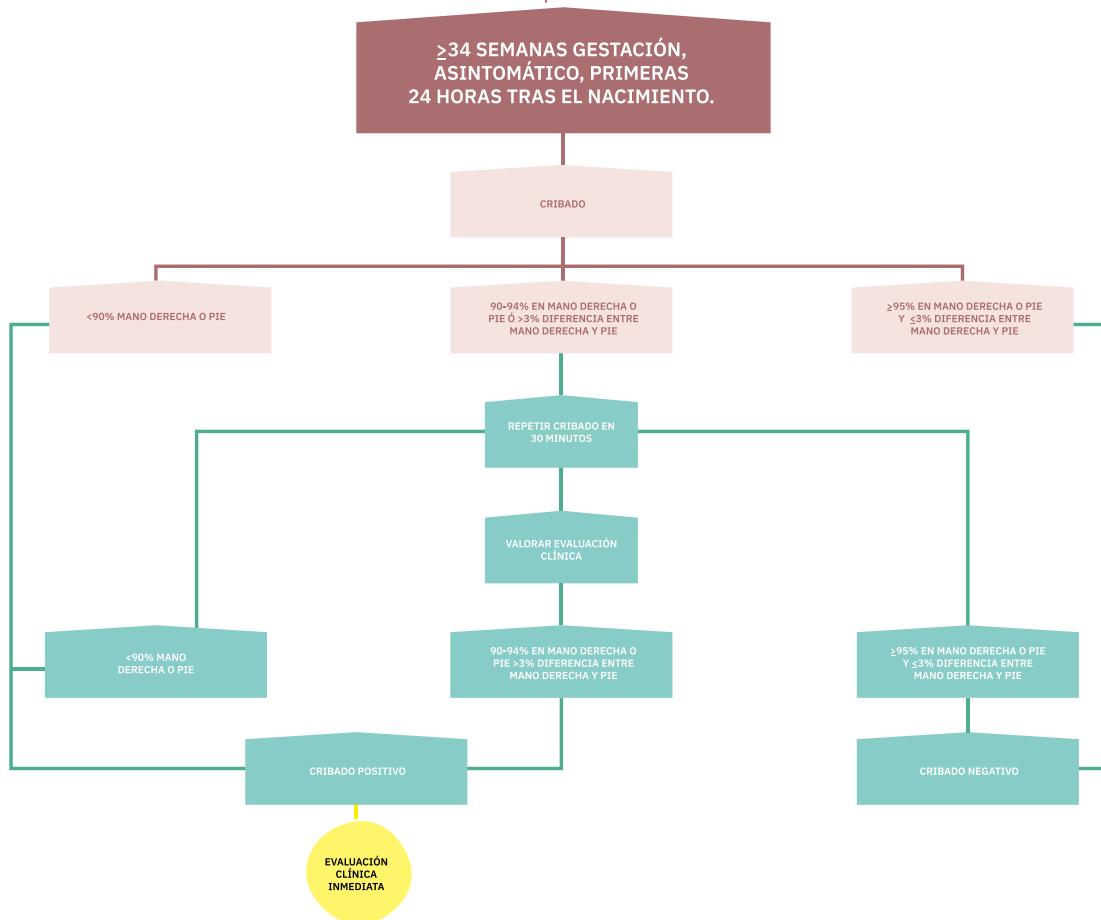


Figura 2. Cribado de cardiopatías congénitas críticas en el periodo neonatal. Fuente Protocolo Cribado de cardiopatías congénitas crítica en el periodo neonatal del Hospital Universitario La Plana.

2.3 Alta precoz materna y neonatal en el Centro de Nacimiento

El objetivo de este apartado es definir los cuidados esenciales que toda puérpera y su recién nacido/a deben recibir durante las primeras 6–8 semanas posparto, basándose en la mejor evidencia científica disponible. Este protocolo establece unas directrices orientativas para garantizar que el alta precoz se realice en las máximas condiciones de seguridad para la madre y el bebé, siempre bajo la condición indispensable de asegurar una visita de seguimiento en el domicilio, en el propio Centro de Nacimiento o en el centro de salud de referencia dentro de las **24–48 horas posteriores al alta** (11,12).

Uno de los principales objetivos de la atención durante este periodo es ofrecer a las mujeres información clara, pertinente y oportuna que les permita reconocer y afrontar adecuadamente las situaciones que puedan surgir, favoreciendo así su autonomía en el autocuidado y en el cuidado de sus bebés (12,13). Esta información debe proporcionarse en un formato comprensible y accesible, considerando las posibles necesidades adicionales de la mujer o de su familia, como

discapacidad física, cognitiva o sensorial.

Asimismo, las puérperas y sus familias deben tener la oportunidad de tomar decisiones informadas sobre sus cuidados y sobre cualquier tratamiento indicado, respetando siempre sus opiniones, creencias y valores respecto a la atención materna y neonatal. La literatura disponible muestra que las políticas de alta posnatal temprana en madres sanas y recién nacidos a término no se asocian con efectos adversos cuando se acompañan de un protocolo coordinado de seguimiento que incluya una visita domiciliaria realizada por personal cualificado (14–16). En este sentido, la revisión Cochrane *Schedules for home visits in the early postpartum period* concluye que aumentar el número de visitas domiciliarias tras el parto puede mejorar la salud del bebé y aumentar la satisfacción materna (15).

Por último, para garantizar una atención segura y efectiva, es imprescindible que el alta sea individualizada y se adapte tanto a los criterios clínicos establecidos como a las preferencias de cada mujer.

2.3.1 Definición y objetivos del alta precoz

El **alta precoz** se define como la posibilidad de que la madre y el/la recién nacido/a sano/a reciban el alta hospitalaria en un periodo corto tras el nacimiento —generalmente alrededor de las **24 horas posparto**— siempre que el parto haya transcurrido de forma fisiológica y no existan complicaciones maternas ni neonatales.

En el Centro de Nacimiento se prioriza esta opción siempre que se acompañe de un **seguimiento cercano y estructurado** por parte de las matronas del CN y/o de Atención Primaria, con el fin de garantizar una transición segura al domicilio y una atención continuada durante los primeros días de vida.

El seguimiento precoz incluye:

- **Primera visita entre las 24 y 48 horas tras el alta.** Se realizará preferentemente en el domicilio propio por la matrona del CN o la matrona del CS. Si por motivos logísticos o por preferencia de la mujer y su pareja optan por acudir a su Centro de Salud de referencia, el CN se encargará de gestionar la cita antes del alta.
- **Segunda visita a cargo de la matrona de Atención Primaria,** dentro de la primera semana tras el alta (a poder ser entre el 4º-5º día de vida). A partir de esta consulta, se planificarán de forma individualizada las visitas posteriores en función de las necesidades de la mujer y del recién nacido.
- **Valoración pediátrica a los 7–10 días del nacimiento,** en el Centro de Salud correspondiente.
- El objetivo principal del alta precoz es **favorecer el bienestar materno-infantil**, garantizar un seguimiento clínico adecuado y facilitar la continuidad asistencial entre el CN y la Atención Primaria.

Entre los objetivos específicos del programa de alta precoz se pretende:

- Describir el listado de comprobación para el alta materna.
- Describir el listado de comprobación para el alta del recién nacido
- Garantizar la atención posparto de la madre y del bebé durante los prime-

ros días del puerperio.

Establecer el procedimiento de alta para la madre y el recién nacido desde el Centro de Nacimiento.

2.3.2 Criterios de inclusión y exclusión para el alta precoz

2.3.2.1 Criterios maternos.

Las mujeres que pueden disfrutar del alta precoz son mujeres que han dado a luz en Centro de nacimientos con un parto y un posparto inmediato sin complicaciones y que presenten (16,17):

- Valoración inicial positiva del vínculo madre/RN/pareja.
- Normalidad en la exploración física:
 - Signos vitales estables.
 - Dolor controlable con analgesia vía oral.
- Apoyo familiar/social adecuado, especialmente relevante en mujeres primíparas.
- Comprensión suficiente del idioma o en su defecto, disponibilidad de una persona que pueda hacer de traductor el día de la visita de la matrona al domicilio/ centro de salud.
- Disponibilidad de teléfono y domicilio.
- Lactancia materna eficaz: valoración y registro por parte de una matrona de al menos tres tomas teniendo en cuenta la escala LATCH.
- Lactancia con leche de fórmula iniciada y tolerada: valoración y registro por parte de una matrona profesional de las tomas valorando coordinación, succión y respiración.
- Administración de inmunoglobulina anti-D en caso de madre Rh negativa y recién nacido Rh +.
- Serologías maternas negativas y documentadas.

Tabla 4: Propuesta de plantilla para valorar y planificar alta precoz. Listado de comprobación de alta precoz materna (elaboración propia).

Fecha	
Dirección	
Matrona de referencia	
PROTOCOLO DE ALTA MADRE Y BEBÉ EN EL CENTRO DE NACIMIENTO	
Nombre y NH MADRE	
GS/Rh madreGS/Rh bebé.....	
Constantes y Diuresis	
Horas transcurridas desde el parto	

Comprensión de la lengua (valenciano, castellano o inglés)	SI	NO
Recién nacido y peso adecuado edad gestacional	SI	NO
Serologías maternas documentadas	SI	NO
SGB positivo	SI	NO
Amniorrexis >24 horas	SI	NO
Fiebre materna intraparto o posparto	SI	NO
Madre sin patología mental actual	SI	NO
Madre mayor de edad/ Apoyo familiar o social adecuado	SI	NO
Buen control gestacional	SI	NO
Consumos tóxicos	SI	NO
Antecedentes maltrato	SI	NO
Signos vitales normales y estables	SI	NO
Sangrado y altura uterina normal	SI	NO
Micción	SI	NO
Deambulación	SI	NO
Administración gammaglobulina	SI	NO
Información de fisiología y signos de alarma madre	SI	NO
Información signos de transferencia adecuada de leche materna	SI	NO
Hecho listado de comprobación del recién nacido	SI	NO
Información de fisiología y signos de alarma bebé	SI	NO
Información autocuidado verbal y escrita	SI	NO
Información cuidados del recién nacido verbal y escrita	SI	NO
La mujer entiende el proceso	SI	NO
Confirmación de domicilio y teléfono	SI	NO
Matrona: Fecha y hora 1ª visita puerperio domiciliario: Fecha y hora del alta: Observaciones: (describir aquí el tipo de soporte que tendrá en casa)		

2.3.2.2 Criterios de los recién nacidos/as

Los recién nacidos/as que son candidatos para un alta precoz, presentan (17):

- RN en el CN sin complicaciones, con peso adecuado y normalidad en la exploración física.
 - Signos vitales estables.
 - Reflejos primarios presentes.
 - Bilirrubina transcutánea dentro de los límites de la normalidad.
 - Cribado cardiopatías congénitas negativo
- Lactancia materna iniciada o leche de fórmula tolerada.
- Coombs directo negativo en casos de incompatibilidad de grupo sanguíneo materno-fetal (ABO o Rh).

Tabla 5: Propuesta de plantilla para valorar y planificar alta precoz.
Listado de comprobación de alta neonatal precoz.
Fuente: elaboración propia.

Fecha		
Dirección		
Matrona de referencia		
PROTOCOLO DE ALTA MADRE Y BEBÉ EN EL CENTRO DE NACIMIENTO		
ALTA DEL BEBÉ DESDE EL CENTRO DE NACIMIENTO		
Nombre y apellidos:		
Historia clínica:		
Fecha y hora de nacimiento:		
LISTADO DE VERIFICACIÓN (al alta y sucesivas)		
	Alta	Visita
Horas de vida del bebé		
Recién nacido de peso adecuado (p10-p90)		
Serologías maternas documentadas que no requieran la aplicación de protocolo específico		
Ausencia de riesgo de infección - SGB negativo. - SGB POSITIVO y profilaxis incumplida: 48 horas de observación - SGB POSITIVO y profilaxis completa: 24 horas de observación - Si amniorrexis >24h: 48 horas de observación - Amniorrexis <24h - No fiebre materna - No antecedente de sepsis neonatal		

Ausencia de riesgo social - Madre mayor de edad - Buen control gestacional - No abuso de tóxicos - No antecedentes de maltrato		
Ausencia de riesgo de encefalopatía - Apgar 5 minutos >7		
Ausencia de riesgo de hipoglucemia neonatal (peso adecuado, no diabetes materna)		
Exploración física normal - Color - Estado general - Tono - No malformaciones aparentes (paladar, ano, genitales)		
Constantes vitales normales - FR <60 rpm - FC 100-160 lpm - Cribado CC negativo (SpO2 >95% y dif pre-post ductal <3%) - Tª rectal 36.5-37.5		
Micción y deposición presente		
Técnica de lactancia correcta		
Bilirrubina TC < límite por nomograma de Bhutani		
Coombs directo negativo (en casos de incompatibilidad de grupo sanguíneo materno-fetal (ABO o Rh)		
Pérdida de peso <7% en 24h (10% en 48h)		
Prueba del talón realizada		
Potenciales auditivos realizados		

2.3.2.3 Criterios que requieren valoración para prolongar la estancia en el Centro de Nacimiento

Los criterios maternos que indican la **necesidad de valorar una prolongación** de la estancia en el CN se detallan a continuación (16,17):

- Mujeres que hayan presentado alguna complicación leve durante el posparto, aunque ya esté resuelta.
- Percepción materna de incapacidad para asumir el cuidado del bebé o el autocuidado, o manifestación expresa de no desear el alta.
- SAG positivo o desconocido, o antecedente de un hijo previo con sepsis neonatal por SAG (requieren 48 h de observación neonatal).
- Mujeres para las que no pueda garantizarse un puerperio domiciliario seguro o un seguimiento precoz por parte de la matrona de Atención Primaria.
- Primíparas sin apoyo familiar.
- Madres menores de edad (16–18 años).

- Mujeres con antecedentes de dificultades en la subida de la leche o diagnóstico previo de hipogalactia.

Criterios neonatales para valorar la prolongación de la estancia en el CN

Los criterios neonatales que pueden justificar la prolongación tanto de la estancia neonatal como materna son: (17):

- Recién nacidos/as con puntuación de Apgar ≤ 7 a los 5 minutos.
- Recién nacidos/as que hayan precisado reanimación cardiopulmonar, incluida ventilación con presión positiva de cualquier duración.
- Necesidad de observación neonatal durante las primeras 24–48 horas de vida sin requerir ingreso en la Unidad de Neonatología:
 - Recién nacidos/as de madres con cultivo positivo para SGB y profilaxis incompleta: requieren 48 horas de observación en el CN.
 - Recién nacidos/as de madres con cultivo positivo para SGB y profilaxis completa: requieren 24 horas de observación en el CN.
 - Recién nacidos/as de madres con rotura prematura de membranas superior a 24 horas: requieren 48 horas de observación en el CN.
 - Recién nacidos/as con criterios de control de glucemia en las primeras 24 horas (por peso elevado o bajo para la edad gestacional o por ser hijos de madre con diabetes gestacional).
 - Dificultades en el inicio de la lactancia.

2.3.2.4 Cuidados y procedimientos para dar el alta precoz en el CN

Como parte de los cuidados a la mujer púrpura y antes de proceder al alta domiciliaria, la matrona del Centro de Nacimiento (CN) debe realizar las siguientes actuaciones (11,13,17):

- **Revisión integral del proceso asistencial**, incluyendo la historia clínica previa al parto, el desarrollo del parto y la ausencia o presencia de complicaciones durante el parto o el posparto.
- **Comprobación de las analíticas maternas y del partograma.**
- **Identificación de los criterios de inclusión y exclusión** para la elegibilidad del alta precoz.
- **Valoración de la necesidad de tratamientos médicos**, como profilaxis anti-D, inhibición de la lactancia, vacunaciones posparto u otros procedimientos indicados.
- **Evaluación del estado clínico y emocional de la púrpura**, mediante entrevista, escucha activa y observación directa, así como de la interacción madre-recién nacido y su evolución inmediata.
- **Revisión de los listados de verificación** correspondientes a la madre y al recién nacido (ver tablas 4 y 5).
- **Planificación de las primeras visitas tras el alta**, garantizando la continuidad asistencial.

La duración de la estancia en el CN debe acordarse entre la puerpera y la matrona, considerando el estado de salud y bienestar de la madre y del bebé, así como el nivel de apoyo disponible en el domicilio. Una vez la mujer y su pareja aceptan el alta precoz, se proporcionará información verbal y escrita sobre:

- Día y hora de la primera visita puerperal en el domicilio, CN o en el Centro de Salud.
- Información escrita sobre cuidados maternos y signos/síntomas de alarma
- Información escrita sobre cuidados del/la recién nacido
- Teléfono o vía de contacto con las matronas de guardia del CN y de las matronas de AP.
- Cartilla de Salud del/la RN debidamente cumplimentada.
- Cribado metabólico neonatal (prueba del talón) realizado, o cita programada si no ha sido posible hacerlo antes del alta.
- Cribado de hipoacusia neonatal realizado, o programación de la cita correspondiente.
- Documentación necesaria para la inscripción del bebé en el Registro Civil.
- Registro del parto y nacimiento en la Historia clínica electrónica, elaboración de los informes de alta de la madre y del recién nacido, y entrega de dichos documentos a la puerpera.
- Información sobre signos de alarma a consultar (Tabla 6).

Tabla 6. Signos de alarma a consultar. Basado en la Guía Clínica de cuidado posnatal NICE (13).

SEÑALES Y SÍNTOMAS	POSIBLE CONDICIÓN
Sangrado repentino y abundante o sangrado persistente y en aumento. Desmayo, mareo o palpitaciones/taquicardia	Hemorragia posparto
Fiebre mayor o igual a 38 °, escalofríos, dolor abdominal y/o flujo vaginal maloliente	Infección
Migrañas acompañadas de uno o más de los siguientes síntomas durante las primeras 72 horas del posparto: • trastornos visuales • náuseas, vómitos	Preeclampsia / eclampsia
Dolor unilateral, rojez o inflamación de la pantorrilla. Respiración dificultosa o dolor torácico	Trombosis Venosa Profunda (TVP) / Tromboembolismo Pulmonar (TEP)

2.3.2.4.1 Valoración clínica de la ictericia neonatal (18,19)

Signos de alarma para consultar en el recién nacido:

- Dificultades para la alimentación.
- Irritabilidad o somnolencia persistente.
- Aumento de la coloración ictérica y extensión hacia tronco.

- Micciones escasas y concentradas.
- Fiebre (temperatura rectal $>38^{\circ}\text{C}$)
- Afectación del estado general o cualquier signo de reciente aparición: alteración en la coloración, dificultad respiratoria, etc.

Incorporar de forma sistemática la evaluación de la ictericia mediante la escala de Kramer y la medición de BTC permite al equipo del CN:

- Detectar precozmente situaciones potencialmente graves.
- Tomar decisiones informadas sobre el seguimiento y el alta precoz.
- Evitar retrasos diagnósticos que podrían derivar en complicaciones como hiperbilirrubinemia severa o kernicterus.
- Garantizar una coordinación eficaz con el equipo pediátrico.

La ictericia neonatal es un hallazgo frecuente durante los primeros días de vida y, en la mayoría de los casos, corresponde a un proceso fisiológico. Sin embargo, una valoración sistemática es esencial para identificar tempranamente situaciones que puedan requerir vigilancia estrecha o intervención médica. En el Centro de Nacimiento (CN), la evaluación inicial se realiza mediante la **escala clínica de Kramer**, que permite estimar la intensidad de la ictericia en función de la progresión céfalo-caudal de la coloración amarillenta en la piel del recién nacido/a.

La escala divide el cuerpo del RN en cinco zonas, observándose que la extensión de la ictericia se correlaciona aproximadamente con los niveles séricos de bilirrubina:

Zona 1 (cara y cuello): niveles orientativos $< 5 \text{ mg/dL}$.

Zona 2 (tronco superior): $5\text{--}8 \text{ mg/dL}$.

Zona 3 (abdomen y muslos): $8\text{--}12 \text{ mg/dL}$.

Zona 4 (brazos y piernas): $12\text{--}15 \text{ mg/dL}$.

Zona 5 (palmas y plantas): $> 15 \text{ mg/dL}$.

Aunque se trata de una valoración subjetiva, permite una detección rápida de ictericia significativa y orienta la necesidad de mediciones instrumentales.

Uso de la bilirrubina transcutánea (BTC)

Ante cualquier sospecha de ictericia relevante según la escala de Kramer —o si la ictericia aparece antes de las 24 horas de vida, progresa rápidamente o afecta a zonas inferiores a la zona 3— se recomienda la medición de **bilirrubina transcutánea (BTC)**. Esta técnica no invasiva permite estimar los niveles de bilirrubina sérica y ayuda a determinar si el/la RN requiere seguimiento estrecho o confirmación mediante bilirrubina sérica (BS).

En términos generales:

- Valores de **BTC $\leq 75.^{\circ}$ percentil** para la edad en horas suelen ser compatibles con ictericia fisiológica.
- Valores entre el **$75.^{\circ}$ y el $95.^{\circ}$ percentil** requieren vigilancia y repetición de la medición en 12–24 horas.
- Valores **$\geq 95.^{\circ}$ percentil** o próximos al umbral de fototerapia obligan a realizar **confirmación con BS** y valoración pediátrica inmediata.

Se recomienda usar los **nomogramas estandarizados de bilirrubina por edad en horas** (como el de Bhutani) para interpretar adecuadamente los resultados.

Criterios de consulta pediátrica en el CN

Debe solicitarse la valoración por el pediatra en cualquiera de las siguientes situaciones:

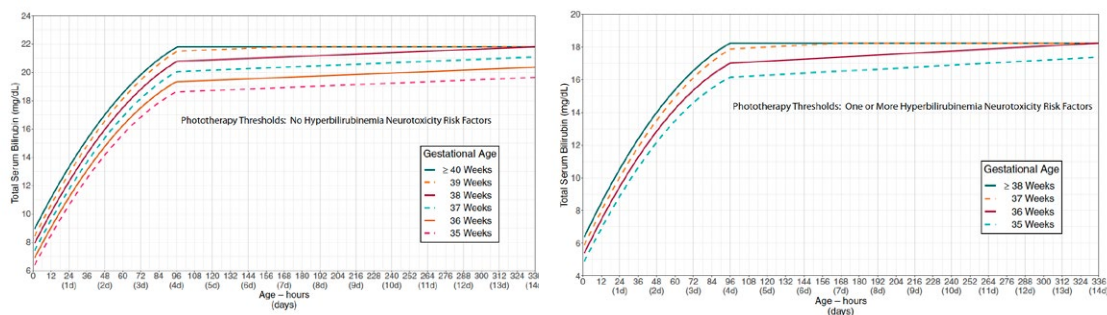
- Ictericia visible **en las primeras 24 horas** de vida.
- Progresión rápida en la escala de Kramer o afectación de **zona 4 o 5**.
- Valores de BTC **≥ 95.º percentil** o cercanos al umbral de fototerapia.
- Requerimiento de **confirmación con BS**.
- RN con factores de riesgo: incompatibilidad ABO/Rh, antecedentes de ictericia grave en hermanos, lactancia con dificultades, pérdida de peso **≥ 10%**, prematuridad tardía, traumatismos obstétricos, o signos clínicos de anomalía como la letargia.
- Persistencia de ictericia a partir del **día 7–10 de vida**.

En la siguiente tabla (tabla 7) y los gráficos 3 y 4 se especifican los factores de riesgo de hiperbilirrubinemia significativa y neurotoxicidad. En estos casos se recomienda la valoración por parte de pediatría y el seguimiento estrecho de los niveles de bilirrubina (cada 12-24 horas).

En la siguiente tabla (tabla 7) y los gráficos 3 y 4 se especifican los factores de riesgo de hiperbilirrubinemia significativa y neurotoxicidad. En estos casos se recomienda la valoración por parte de pediatría y el seguimiento estrecho de los niveles de bilirrubina (cada 12-24 horas).

Tabla 7. Figura 3. Factores de riesgo de hiperbilirrubinemia significativa y neurotoxicidad

FACTORES DE RIESGO DE HIPERBILIRRUBINEMIA SIGNIFICATIVA	POSIBLE CONDICIÓN
• Bilirrubina prealta <3 puntos por debajo del rango de fototerapia • Ictericia en las primeras 24 horas de vida • Coombs directo o indirecto positivo • Prematuridad • Antecedente familiar (padre/hermano) que requirió tratamiento por ictericia • Cefalohematoma o hematomas significativos • Dificultades en alimentación y pérdida de peso >10% • Macrosoma, hijo de madre diabética	• Coombs directo positivo u otras enfermedades hemolíticas • Sepsis o inestabilidad clínica • Hipoalbuminemia (<3g/dL) • Edad gestacional <38 semanas • Niveles bilirrubina total >20-25mg/dL o aumento rápido de valores (>0.5mg/dL/h) • Signos clínicos de encefalopatía (letargia, rechazo de las tomas, vómitos, hipotonía, etc)



3. MEDICAMENTOS UTILIZADOS EN LA ATENCIÓN EN EL CN

En España, los medicamentos que las matronas pueden indicar, utilizar y prescribir en el ámbito de la atención al embarazo, parto, posparto y recién nacido normal están regulados por la Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de Ordenación de las Profesiones Sanitarias; el Real Decreto 1090/2015, de 24 de diciembre, sobre medicamentos de uso humano; y el Real Decreto 1302/2018, que modifica el RD 954/2015 relativo a la indicación, uso y autorización de dispensación de medicamentos por parte de profesionales de enfermería. Estos marcos normativos, junto con la Disposición adicional primera —que reconoce las competencias diagnósticas y asistenciales específicas de la enfermería obstétrico-ginecológica conforme al programa formativo oficial— establecen las bases legales que habilitan a la matrona para actuar con seguridad y responsabilidad en el proceso de atención al nacimiento (Ver capítulo 3).

En este contexto, y especialmente en un Centro de Nacimiento, resulta fundamental que la matrona disponga de autonomía profesional para administrar y prescribir aquellos fármacos de uso frecuente, tanto en el curso normal del parto como en actuaciones profilácticas o en situaciones de emergencia obstétrica. Su capacidad para tomar decisiones farmacológicas inmediatas —siempre dentro de sus competencias y de la evidencia disponible— contribuye de manera decisiva a garantizar la seguridad clínica, reducir tiempos de respuesta, prevenir complicaciones y ofrecer una atención continuada, eficaz y centrada en la mujer. La independencia profesional en este ámbito no solo es coherente con el modelo de atención liderado por matronas, sino que constituye un requisito esencial para el buen funcionamiento de los Centros de Nacimiento y para asegurar una asistencia de calidad basada en criterios de oportunidad, eficiencia y protección materno-neonatal.

A continuación, se presenta una tabla con los fármacos de uso habitual en la atención al parto y al posparto inmediato, incluidos aquellos empleados tanto en la atención al proceso fisiológico como en la profilaxis y la actuación ante emergencias obstétricas. Estos medicamentos constituyen el arsenal terapéutico mínimo que debería estar disponible en un Centro de Nacimiento, garantizando la capacidad de respuesta segura y eficaz ante las necesidades maternas y neonatales. Además hay que contemplar la dotación de un carro de paradas/reanimación (incluida la medicación) tanto de adultos como de Neonato.

Tabla 8. Medicamentos frecuentes utilizados en el proceso de parto y puerperio por las matronas

OXITOCINA (Syntocinon®)			
USO	DOSIS Y VÍA DE ADMINISTRACIÓN	EFFECTOS SECUNDARIOS	CONTRAINDICACIONES
Forma sintética de la hormona oxitocina. Estimula la contractilidad uterina	Ampolla de 1 ml (10 UI/ml) IM / IV	Náuseas, vómitos, arritmia cardíaca, dolor de cabeza, raramente CID, enrojecimiento y anafilaxia.	Preeclampsia severa. Trastornos cardiovasculares graves.
Manejo activo del tercer estadio del parto	Administrar 10 UI IM tras el nacimiento del hombro anterior o inmediatamente después del nacimiento del bebe, antes de clampar el cordón umbilical; como parte del manejo activo y prevención de hemorragia posparto/ administrar 10 UI IM o IV tras alumbramiento.	Espasmo uterino e hiperestimulación uterina	Cirugía uterina previa (precaución si cesárea previa).
Tratamiento de la Hemorragia Posparto (HPP)	Administración 10 UI IM como primera línea de tratamiento de hemorragia posparto		
METILERGOMETRINA (Methergin ®)			
USO	DOSIS Y VÍA DE ADMINISTRACIÓN	EFFECTOS SECUNDARIOS	CONTRAINDICACIONES
Alumbramiento dirigido	Ampolla de 1 ml (0,2 mg de metilergometrina) IM o IV lenta, no inferior a 60 segundos.	Reacciones anafilácticas Cefaleas, mareos convulsión, alucinaciones. Tinnitus.	Embarazo, inercia uterina primaria o secundaria. Periodos de dilatación y expulsión, hasta que aparezca el hombro anterior.
Atonía uterina	1 ml (0,2 mg) IM o de 0,5 a 1 ml (0,1 a 0,2 mg) IV lenta. La dosis puede repetirse cada 2 a 4 horas si es necesario, hasta cinco dosis en 24 horas.	Dolor de pecho, bradicardia, taquicardia, palpitaciones, IAM. Hipertensión, hipotensión, náuseas, vómitos. Erupciones cutáneas, dolor ab	Hipertensión severa. Preeclampsia y eclampsia. Vasculopatías oclusivas (incluido el ángor pectoris). Sepsis. Hipersensibilidad conocida a metilergometrina, a los alcaloides del cornezuelo o a alguno de los excipientes incluidos.
ÁCIDO TRANEXÁMICO (Amchafibrin®)			
USO	DOSIS Y VÍA DE ADMINISTRACIÓN	EFFECTOS SECUNDARIOS	CONTRAINDICACIONES
Prevención y tratamiento de hemorragias	Ampollas de 5ml (500 mg.) Inyección intravenosa lenta 1 ml/min. no administrar IM	Náuseas, vómitos, diarreas. Descenso de la presión arterial, acompañado o no de pérdida del conocimiento. Trombosis venosa o arterial. Convulsiones. Reacciones alérgicas (hipersensibilidad), a veces generalizadas (anafilaxis).	Alergia. Coagulopatía de consumo. Deterioro renal severo. Historia de convulsiones. Tendencia a la formación de trombos (coágulos en la sangre).
Iniciar de forma urgente según protocolo de hemorragia			

MEPIVACAÍNA 1%. Mepivacaína hidrocloreto 10 mg/ml

USO	DOSIS Y VÍA DE ADMINISTRACIÓN	EFFECTOS SECUNDARIOS	CONTRAINDICACIONES
Anestesia local en infiltración	Ampollas de 10 ml con 100 mg de hidrocloreto de mepivacaína. La dosis más pequeña requerida para producir la anestesia deseada sin exceder de 200 mg. Vía subcutánea, IM o intradérmica	Sensación de quemazón, pinchazos y hormigueo en la piel (parestesia)	-Alergia a mepivacaína u otros del mismo grupo. -Defectos graves de coagulación

LIDOCAÍNA 1%

USO	DOSIS Y VÍA DE ADMINISTRACIÓN	EFFECTOS SECUNDARIOS	CONTRAINDICACIONES
Anestesia local para realización de episiotomía y reparación de trauma perineal	0.1 – 1ml Subcuticular previo a infiltración 5-20 ml solo tras infiltración perineal (previo a episiotomía intraparto y previo a sutura perineal) Infiltración de Lidocaína 1% de hasta 20 ml Aplicación con spray: cada puf de Lidocaína 1% contiene 10 mg de lidocaína CREMA	Reacción alérgica severa. -Pérdida de voz o ronquera -Parada respiratoria y cardiaca si se administra IV Efectos secundarios normalmente debido a su administración IV por error: dificultad respiratoria, hipotensión, bradicardia, somnolencia, inquietud, visión borrosa, náuseas y vómitos, espasmos musculares, temblor y convulsiones, incontinencia urinaria y fecal.	Reacción alérgica previa. Hipovolemia. Bloqueo cardíaco.

LIDOCAÍNA + PRILOCAÍNA (25 MG/G + 25 MG/G CREMA) (EMLA ®)

USO	DOSIS Y VÍA DE ADMINISTRACIÓN	EFFECTOS SECUNDARIOS	CONTRAINDICACIONES
Anestesia tópica de la mucosa genital, ej., antes de intervenciones quirúrgicas superficiales o de anestesia por infiltración.	1 g de crema contiene 25 mg de lidocaína y 25 mg de prilocaína. Aprox. 5-10 g de crema durante 5-10 minutos.	Reacciones locales transitorias en el lugar de aplicación	Hipersensibilidad a lidocaína y/o prilocaína o anestésicos locales de tipo amida o a alguno de los excipientes

FITOMENADIONA - VITAMINA K ₁ (KONAKION ®)			
USO	DOSIS Y VÍA DE ADMINISTRACIÓN	EFFECTOS SECUNDARIOS	CONTRAINDICACIONES
Prevención de la enfermedad hemorrágica del recién nacido	Cada ampolla contiene 2 mg de (vitamina K₁) en 0,2 ml. Solución oral e inyectable: Inyección única de 1 mg (½ ampolla) por vía IM al nacer o poco después. V. oral: dosis inicial 2 mg (una ampolla) al nacer, segunda dosis de 2 mg a los 4-6 días y una tercera dosis de 2 mg a las 4-6 semanas después de nacer.	Reacciones alérgicas. Reacción local.	Alergia o hipersensibilidad a la fitomenadiona o a alguno de los demás componentes de este medicamento
ERITROMICINA PDA.			
USO	DOSIS Y VÍA DE ADMINISTRACIÓN	EFFECTOS SECUNDARIOS	CONTRAINDICACIONES
Profilaxis de la oftalmia del recién nacido por Neisseria gonorrhoeae o Chlamydia trachomatis.	Vía oftálmica. 1 cm de pomada desde el saco conjuntival hacia la parte externa del ojo.	Hipersensibilidad incluyendo urticaria. Irritación ocular leve y enrojecimiento.	Hipersensibilidad al principio activo.
ANTI D, INMUNOGLOBULINA. (IGAMAD 750 ® UI/ML)			
USO	DOSIS Y VÍA DE ADMINISTRACIÓN	EFFECTOS SECUNDARIOS	CONTRAINDICACIONES
Uso en madres Rh D negativo para neutralizar posible antígenos Rh positivo procedentes del bebe cuando se desconoce el Rh fetal o si se ha confirmado él bebe va a ser Rh positivo. USO ANTENATAL De forma profiláctica en cada embarazo siempre que no se haya desarrollado sensibilidad al antígeno RhD. Una única dosis: Entre semana 28 a 30. Después de un evento potencialmente sensibilizante en madres Rh- con bebe Rh+ o Rh desconocido. USO POSNATAL En las 72 horas siguientes al parto si su bebe es RhD positivo	Dosis única 1500 UI	Efectos locales debido a la administración local. <u>Ocasionalmente:</u> fiebre, malestar, dolor de cabeza, reacción cutánea, escalofríos. <u>Rara vez:</u> Hipotensión, taquicardia, náuseas, vómitos, reacción alérgica o hipersensibilidad.	Madre RhD positivo. Madre RhD negativo que ha sufrido sensibilización previa al antígeno RhD. Tratamiento de púrpura trombocitopénica idiopática en Rh negativo de paciente.

CABERGOLINA 0.5 MG. (DOSTINEX® 0.5 MG)			
USO	DOSIS Y VÍA DE ADMINISTRACIÓN	EFFECTOS SECUNDARIOS	CONTRAINDICACIONES
Inhibición de la lactancia materna. Como alternativa a las medidas físicas a petición de la mujer.	<u>Lactancia no instaurada</u>: 2 comprimidos de cabergolina, dosis única. <u>Lactancia instaurada</u>: ½ comprimido de cabergolina cada 12 h durante 48 horas	Los más frecuentes son: Valvulopatía (incluida regurgitación) y trastornos relacionados (pericarditis y derrame pericárdico). Cefalea*, mareos/vértigo*. Náuseas*, dispepsia, gastritis, dolor abdominal*. Edema, edema periférico	HTA. Medicación antipsicótica. Historia de psicosis. Insuficiencia hepática grave. Toxemia en el embarazo.
PARACETAMOL			
USO	DOSIS Y VÍA DE ADMINISTRACIÓN	EFFECTOS SECUNDARIOS	CONTRAINDICACIONES
Tratamiento a corto plazo para el dolor y la fiebre.	Comprimidos de 500 mg. Solución inyectable para administración EV.	Malestar, hipotensión, aumento de las enzimas hepáticas.	Alergia al contenido. Enfermedad hepática.
METAMIZOL MAGNÉSICO. (NOLOTIL®)			
USO	DOSIS Y VÍA DE ADMINISTRACIÓN	EFFECTOS SECUNDARIOS	CONTRAINDICACIONES
Dolor agudo moderado o intenso. Fiebre alta que no cede con otras medidas u otro medicamento para la fiebre.	Ampollas 5ml con 2 g de metamizol magnésico ,400 mg de metamizol magnésico por ml, el otro componente es agua para inyecciones. Cápsulas duras 575 mg. Oral Intramuscular. Endovenosa.	Según ficha técnica.	Hipersensibilidad al compuesto. Porfiria hepática intermitente aguda. Deficiencia genética de glucosa-6- fosfato deshidrogenasa. Hipotensión arterial persistente y circulación inestable. Asma por analgésicos. Lactancia materna

IBUPROFENO			
USO	DOSIS Y VÍA DE ADMINISTRACIÓN	EFFECTOS SECUNDARIOS	CONTRAINDICACIONES
Fiebre Dolor de moderado a leve. Inflamación no reumática. Dismenorrea primaria.	Comp. de 400 mg, 600 mg	Gastrointestinales Hipersensibilidad	Hipersensibilidad al principio activo, a otros AINES, o a alguno de los excipientes. Pacientes que hayan experimentado crisis de asma, rinitis aguda, urticaria, edema angioneurótico u otras reacciones de tipo alérgico tras haber utilizado sustancias de acción similar (p. ej. ácido acetilsalicílico u otros AINES). Insuficiencia renal o hepática grave. Enfermedades que supongan una tendencia incrementada al sangrado. Antecedentes de hemorragia gastrointestinal o perforación relacionados con tratamientos anteriores con AINES. Úlcera péptica/hemorragia gastrointestinal activa o recidivante (dos o más episodios diferentes de ulceración o hemorragia comprobados). Insuficiencia cardíaca grave Deshidratación grave. Tercer trimestre de gestación.
DICLOFENACO (VOLTAREN ®)			
USO	DOSIS Y VÍA DE ADMINISTRACIÓN	EFFECTOS SECUNDARIOS	CONTRAINDICACIONES
AINES (Antiinflamatorio no esteroideo) Analgesia posparto	Dosis máxima 75-150 mg/24 horas. Dividido en tomas de 2 a 3 veces al día dependiendo de presentación y dosis Vía rectal: supositorios 75-100 mg. Vía oral: tabletas 50-75 mg	Dolor de estómago Náuseas o vómitos, diarrea, color oscuro de vómito o heces (signos de sangrado estomacal) Dolor de cabeza Somnolencia Tinnitus	Alergia a Diclofenaco, Aspirina u otros AINES (antiinflamatorios no esteroideos) Historia de asma o Angioedema Hipertensión Lupus Fallo cardíaco, fallo severo de riñón o hígado Enfermedad de Crohn, colitis ulcerativa Embarazada

CLORHEXIDINA			
USO	DOSIS Y VÍA DE ADMINISTRACIÓN	EFFECTOS SECUNDARIOS	CONTRAINDICACIONES
Desinfección de la piel antes de realizar intervención sobre la misma. Antiséptico de heridas. Antiséptico sobre el cordón umbilical.	Digluconato de Clorhexidina 20 mg/ml Alcohol Isopropílico 0,70 ml/m. También disponible en solución acuosa. Solución cutánea. Aplicar una o dos veces al día	Reacciones locales. Anafilaxia	Hipersensibilidad a los componentes. Evitar usarlo junto con otros antisépticos y en oídos, boca u otras mucosas.
CLORURO DE SODIO 0.9%			
USO	DOSIS Y VÍA DE ADMINISTRACIÓN	EFFECTOS SECUNDARIOS	CONTRAINDICACIONES
Fluidoterapia intravenosa Solución salina isotónica para reconstrucción de distintas infusiones medicamentosas	Depende de la medicación a administrar. 10ml para purgar y limpiar cánulas IV. 100ml, 250ml, 500ml y 1000ml para fluidoterapia y administración de medicamentos.	Hipervolemia. Hiperhidratación Hipercloremia.	Hipersensibilidad a alguno de sus componentes. Hipervolemia. Hiperhidratación. Problemas de insuficiencia cardiaca (administrar con precaución).
BLASTOESTIMULINA ®			
USO	DOSIS Y VÍA DE ADMINISTRACIÓN	EFFECTOS SECUNDARIOS	CONTRAINDICACIONES
Cicatrización de heridas, fisuras, úlceras, llagas, escaras, y otras erosiones (o grietas) de la piel.	Pomada. Cada gramo de pomada contiene 10 mg de extracto de Centella asiática (1%). 291 mg de propilenglicol, 171 mg de palmitoestearato de dietilenglicol, fragancias con alérgenos (esencia de geranio, 4,5 mg y esencia de lavanda, 4,4 mg). Uso cutáneo	Irritación de la piel. Prurito. Quemazón. Dermatitis de contacto.	Hipersensibilidad al principio activo o a alguno de los excipientes. No debe aplicarse a pacientes con eccema, quemaduras graves, úlceras graves o que afecten zonas extensas de la piel. No aplicar en los ojos.
RUSCUS LLORENS ® POMADA RECTAL			
USO	DOSIS Y VÍA DE ADMINISTRACIÓN	EFFECTOS SECUNDARIOS	CONTRAINDICACIONES
Tratamiento local sintomático de la inflamación anorrectal y picor asociado a hemorroides.	Uso tópico. Contiene: Extracto de Ruscus aculeatus Hesperidina metilchalcona Ácido ascórbico (Vit. C)	Quemazón, picor, irritación, sequedad, dermatitis alérgica de contacto, maceración de la piel (ablandamiento), etc. en la zona alrededor del ano.	Hipersensibilidad a los componentes

DAFLON ®			
USO	DOSIS Y VÍA DE ADMINISTRACIÓN	EFFECTOS SECUNDARIOS	CONTRAINDICACIONES
Insuficiencia venosa leve. Alivio de los síntomas relacionados con las hemorroides en el ano, como dolor o inflamación.	Comprimidos de 500 mg: Diosmina 90% 450 mg. Flavonoides expresados en Hesperidina 10% 50 mg. <u>Insuficiencia venosa:</u> 2 comp. repartidos en dos tomas. <u>Hemorroides:</u> 6 comprimidos al día durante los primeros 4 días (2 com. 3 veces al día), seguidos de 4 comp. al día durante 3 días (2 comprimidos 2 veces al día). La dosis recomendada de mantenimiento es de 2 comprimidos al día.	Diarrea, dispepsia, náuseas, vómitos).	Hipersensibilidad al principio activo.
LACTULOSA. (DUPHALAC ®)			
USO	DOSIS Y VÍA DE ADMINISTRACIÓN	EFFECTOS SECUNDARIOS	CONTRAINDICACIONES
Tratamiento del estreñimiento habitual y crónico. Ablandamiento de las heces y facilitación de la defecación en pacientes con entidades nosológicas que afecten al recto y ano, tales como hemorroides, fisura anal, fístulas, abscesos anales, úlceras solitarias y post-cirugía recto-anal.	Lactulosa Lainco 3,33 g/5 ml Solución oral EFG. Lactulosa Lainco 10 g Solución oral en sobres EFG. -30 ml en dos tomas, durante 2-3 días para pasar a dosis de mantenimiento de 15- 30 ml en una sola toma al día.	Meteorismo y flatulencia.	Hipersensibilidad al principio activo o a alguno de los componentes del medicamento. Galactosemia. Obstrucción intestinal.
NISTATINA. (MYCOSTATIN ® 10.000 UI/ML)			
USO	DOSIS Y VÍA DE ADMINISTRACIÓN	EFFECTOS SECUNDARIOS	CONTRAINDICACIONES
Antifúngico. Tratamiento y prevención de infecciones fúngicas como la candidiasis bucal o intestinal en neonatos y adultos	Solución oral 1 ml 4 veces al día. Es importante no comer o beber 30 minutos después de tomar la forma líquida. Para lactantes aplicar media dosis a cada lado de la boca.	Poco común o mínimos Diarrea, náusea o vómitos. Reacción alérgica.	Reacción alérgica a Nistatina. Problemas de digestión de azúcar.

MICONAZOL. (DAKTARIN ®20 MG/G. GEL ORAL)

USO	DOSIS Y VÍA DE ADMINISTRACIÓN	EFFECTOS SECUNDARIOS	CONTRAINDICACIONES
Evitarse en el primer trimestre. Uso tópico para tratamiento de Candidiasis vulvovaginales. Infecciones vulvovaginales por otras levaduras y/o bacterias Gram +	Presentación en forma de crema. Uso tópico.	Reacción alérgica, irritación, prurito	Reacción alérgica previa

ADRENALINA

USO	DOSIS Y VÍA DE ADMINISTRACIÓN	EFFECTOS SECUNDARIOS	CONTRAINDICACIONES
Emergencia en tratamiento del shock anafiláctico.	Vía IM: 1:1000 solución Adrenalina, 500 µg (0.5ml). Puede repetirse cada 5 a 15 minutos dependiendo de tensión arterial, pulso y función respiratoria Administrar en muslo anterolateral.	Miedo, ansiedad, cefalea pulsante, disnea, sudoración, náuseas, vómitos, temblores y mareos; taquicardia, palpitaciones, palidez e hipertensión arterial.	En situaciones de extrema gravedad no existe contraindicación absoluta

SULFATO FERROSO (TARDYFERON®)

USO	DOSIS Y VÍA DE ADMINISTRACIÓN	EFFECTOS SECUNDARIOS	CONTRAINDICACIONES
Tratamiento y prevención de la anemia ferropénica de hierro	Vía oral. 1 comprimido recubierto al día (80 mg de Hierro elemental), 1 comprimido 2-3 veces al día (según anemia leve, moderada). Separar de alimentos, lácteos, antiácidos y otros medicamentos que disminuyan su absorción.	Molestias gastrointestinales: náuseas, dolor epigástrico, estreñimiento o diarrea, vómitos, heces oscuras	Hipersensibilidad al hierro o a cualquiera de los excipientes, hemocromatosis, hemosiderosis, anemia sideroblástica no ferropénica, anemias hemolíticas.

OTRAS ALTERNATIVAS: Existen otras alternativas como **Gluconato Ferroso, Fumarato ferroso, Lactoferrina y Hierro sucrosomado** que se consideran atendiendo a criterios de tolerancia y absorción.

METOCLOPRAMIDA. ACCORD 10 MG. PRIMERAN			
USO	DOSIS Y VÍA DE ADMINISTRACIÓN	EFFECTOS SECUNDARIOS	CONTRAINDICACIONES
Prevención y tratamiento de náuseas y vómitos durante el proceso de parto	Se recomienda una dosis única de 10 mg, que se puede repetir hasta 3 veces al día. Se debe respetar un intervalo mínimo de 6 horas entre dos tomas, incluso en el caso de vómito o rechazo de la dosis. No tomar durante la lactancia.	Hipersensibilidad Reacción anafiláctica Metahemoglobinemia Sulfohemoglobinemia Bradicardia, paro cardíaco, bloqueo atrioventricular, paro sinusal, QT prolongado; Torsade de Pointes (poco frecuente) Amenorrea, hiperprolactinemia; galactorrea (rara) Diarrea y astenia. Somnolencia; Trastornos extrapiramidales; Disonía, discinesia, nivel de consciencia disminuido; convulsiones (raras) Depresión y alucinación; estado de confusión. Hipotensión, con fórmulas intravenosas Shock, síncope, aumento transitorio de la presión arterial.	Hipersensibilidad al principio activo o a alguno de los excipientes Hemorragia gastrointestinal, obstrucción mecánica o perforación gastrointestinal en la que la estimulación de la motilidad gastrointestinal constituye un riesgo. Confirmación o sospecha de feocromocitoma, debido al riesgo de episodios graves de hipertensión. Antecedentes de discinesia tardía inducida por neurolepticos o metoclopramida. Epilepsia (aumento de la frecuencia e intensidad de las crisis). Enfermedad de Parkinson. Combinación con levodopa o agonistas dopaminérgicos Antecedente conocido de metahemoglobinemia con metoclopramida o de deficiencia en NADH citocromo b5 reductasa
PENICILINA			
USO	DOSIS Y VÍA DE ADMINISTRACIÓN	EFFECTOS SECUNDARIOS	CONTRAINDICACIONES
Primera opción para Profilaxis SGB intraparto	5.000.000 UI por vía IV y posteriormente cada 4/h hasta el nacimiento 2,5.000.000 UI	Urticaria Edema angioneurótico Ataque asmático, Shock anafiláctico, Erupción Fiebre, Leucopenia, púrpura Neutropenia, sobreinfección Anemia hemolítica Nefrotoxicidad con I.R.	Alergia a penicilinas

AMPICILINA			
USO	DOSIS Y VÍA DE ADMINISTRACIÓN	EFFECTOS SECUNDARIOS	CONTRAINDICACIONES
Segunda opción para Profilaxis SGB intraparto	2 gr seguidos de 1gr c/4 h	-Náuseas, vómitos, diarrea -Erupción eritematosa maculopapular (> incidencia con mononucleosis infecciosa -Urticaria. -Leucopenia, neutropenia, eosinofilia reversible, sobreinfección.	-Alérgicos a penicilinas. -Mononucleosis infecciosa.
CLINDAMICINA			
USO	DOSIS Y VÍA DE ADMINISTRACIÓN	EFFECTOS SECUNDARIOS	CONTRAINDICACIONES
Profilaxis SGB intraparto si alergia a Penicilina / Ampicilina	900mg c/8h IV	Colitis pseudomembranosa Diarrea, dolor abdominal, alteraciones en PFH vía IV: dolor, tromboflebitis.	Hipersensibilidad a clindamicina o lincomicina. Además, vía oral: antecedentes de colitis asociada a antibióticos.
HEPATITIS B, INMUNOGLOBULINA			
USO	DOSIS Y VÍA DE ADMINISTRACIÓN	EFFECTOS SECUNDARIOS	CONTRAINDICACIONES
Administración a bebés de madres positivas de Hepatitis B, antes de las primeras 48 horas. Se puede administrar junto a vacuna hep. B, en sitios diferentes.	HBIG 100 UI vía IM Inmediatamente tras parto tan pronto como sea posible. Dosis: 200 unidades (2 ml de 100 unidades/ml)	Efectos locales tras administración IM. Reacción alérgica severa.	Ninguna conocida
HEPATITIS B, VACUNA. ENGERIX			
USO	DOSIS Y VÍA DE ADMINISTRACIÓN	EFFECTOS SECUNDARIOS	CONTRAINDICACIONES
Administración a madres: Recomendado para embarazadas en alto riesgo de contraer Hepatitis B durante el embarazo. En caso de exposición a Hepatitis B que no han sido vacunadas anteriormente se debe administrar idealmente en las 48 horas tras la exposición. Administración a neonatos: En bebés nacidos de madres positivas para Hepatitis B primera dosis de vacunación contra la hepatitis B puede ser necesario tras nacimiento	I.M 10 mg/0.5ml tras el nacimiento, ideal en las 24 primeras horas, siempre dentro de los 7 primeros días. Seguir con posterior vacunación infantil rutinaria.	Efectos locales tras administración IM. Reacción anafiláctica. Fiebre, diarrea y vómitos.	Retrasar si enfermedad febril aguda presente

VACUNA DE LA RUBEOLA (PRIORIX) (SARAMPIÓN, RUBEOLA, PAROTIDITIS)

USO	DOSIS Y VÍA DE ADMINISTRACIÓN	EFFECTOS SECUNDARIOS	CONTRAINDICACIONES
Vacuna frente a la rubéola, sarampión y parotiditis, virus vivos atenuados. En púerperas demostradas no inmunes durante el embarazo.	Polvo y jeringa precargada para solución inyectable. Contiene neomicina. Vía SC, o vía IM, en la región deltoide o en el área anterolateral del muslo, preferiblemente por vía SC en pacientes con trombocitopenia u otros trastornos de la coagulación. Si inmunidad Zona gris, Una dosis después del parto. Sin inmunidad, una dosis después del parto y otra a los tres meses	Locales. Fiebre.	Alergia a alguno de los componentes, incluidos huevo y neomicina. Fiebre. VIH o SIDA. Embarazo. (dejar pasar un mes)

DELTIVUS 10.000 UI/ML

USO	DOSIS Y VÍA DE ADMINISTRACIÓN	EFFECTOS SECUNDARIOS	CONTRAINDICACIONES
Prevención de la deficiencia de la vitamina D.	Gotas orales , 2 gotas /día (400 UI)	Los posibles efectos adversos pueden incluir: Poco frecuentes (pueden afectar hasta 1 de cada 100 personas): Exceso de calcio en sangre (hipercalcemia) Exceso de calcio en orina (hipercalciuria) Raras (pueden afectar hasta 1 de cada 1.000 personas): Rash cutáneo (sarpullido o erupción cutánea) Prurito (picor) Urticaria	Alergia a algun componente Elevados niveles de Ca en sangre y orina Cálculos renales o insuficiencia renal grave

DOLANTINA 50 MG/ML SOLUCIÓN INYECTABLE

USO	DOSIS Y VÍA DE ADMINISTRACIÓN	EFFECTOS SECUNDARIOS	CONTRAINDICACIONES
Dolor en el parto e inicio del parto	Cada ampolla de 2 ml contiene 100 mg de hidrocloreto de petidina Administrar via IM Administrar 50 mg (1/2 ampolla) IM (añadir primperan o ondansetron 1 amp.) para contrarrestar efecto de nausea	Cardíacos: bradicardia, palpitaciones, taquicardia, hipotensión, hipotensión ortostática, hipotensión con insuficiencia circulatoria que puede provocar coma (dosis elevadas). Bradicardia, palpitaciones, taquicardia, hipotensión Respiratorios: depresión respiratoria (dosis elevadas) que puede ser mortal. Trastornos del sistema nervioso: sedación, vértigo, mareos, sudoración, confusión (con dosis altas), alteración del estado de ánimo con disforia o euforia, alucinaciones, dolor de cabeza, convulsiones, temblor, depresión respiratoria, movimientos musculares descoordinados, desorientación transitoria, disminución de la libido, aumento de la presión intracraneal. Oculares: Miosis, visión borrosa, visión doble u otras alteraciones visuales Gastrointestinales: náuseas y vómitos, estreñimiento, boca seca, espasmo biliar. Urinaria: poco frecuente retención urinaria, espasmo uretral y anuria. Musculoesquelético: Rigidez muscular Trastorno de la piel y del tej. Subcutáneo: raras reacciones anafilácticas, urticaria, prurito, complicaciones en el lugar de inyección, reacciones de hipersensibilidad tras la inyección, dolor e irritación local	Hipersensibilidad a la petidina o a alguno de los excipientes Insuficiencia renal grave. Insuficiencia hepática grave. Feocromocitoma. Depresión respiratoria aguda. Coma. Estados convulsivos. Uso concurrente de inhibidores de la monoaminoxidasa (IMAOs) no selectivos (iproniazida, nialamida y fenelzina), selectivos A (moclobemida, toloxatona), selectivos B (selegilina), agonistas-antagonistas morfínicos (buprenorfina, nalbufina, pentazocina) (Ver sección 4.5). El uso de petidina está contraindicado dentro de las dos semanas posteriores a la última toma del inhibidor de la monoaminoxidasa, debido a que puede producirse excitación o depresión aguda del SNC (hipertensión o hipotensión). Uso concurrente de ritonavir por el riesgo de toxicidad derivado del metabolito norpetidina. Se sabe que atraviesa la placenta y que puede causar depresión respiratoria y problemas de succión en el recién nacido. Además, la petidina se metaboliza en norpetidina, metabolito activo que se acumula en el feto debido a su larga semivida. Los niños hijos de madres dependientes pueden manifestar síndrome de abstinencia. Durante el parto, la parálisis gástrica asociada con el uso de analgésicos opioides puede incrementar el riesgo materno de neumonía por aspiración.

4. BIBLIOGRAFÍA

1. World Health Organization (WHO). WHO recommendations: intrapartum care for a positive childbirth experience [Internet]. Geneva: WHO; 2018 . Available from: <https://iris.who.int/handle/10665/260178>
2. Zeballos Sarrato G, Ávila-Álvarez A, Escrig Fernández R, Izquierdo Renau M, Ruiz Campillo CW, Gómez Robles C, Iriondo Sanz M; Neonatal Resuscitation Group of the Spanish Society of Neonatology (GRN-SENeo). Spanish guide for neonatal stabilization and resuscitation 2021: Analysis, adaptation and consensus on international recommendations. *An Pediatr (Engl Ed)*. 2022 Feb;96(2):145.e1-145.e9. doi: 10.1016/j.anpede.2021.06.011.
3. Sanz MI, Burón Martínez E, Thió Lluç M, Maldonado JA, Salguero García E, Fernández JR, et al. 3 Reanimación neonatal [Internet]. Available from: www.aeped.es/protocolos/
4. Feldman-Winter L, Goldsmith JP, Moon RY, Darnall RA, Goodstein MH, Hauck FR, et al. Safe sleep and skin-to-skin care in the neonatal period for healthy term newborns. *Pediatrics*. 2016 Sep 1;138(3).
5. Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre lactancia materna. Guía de práctica clínica sobre lactancia materna [Internet]. Vitoria-Gasteiz: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias del País Vasco (OSTEBA);2017.
6. Kapoor VS, Evans JR, Vedula SS. Interventions for preventing ophthalmia neonatorum. Vol. 2020, *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2020 Sep 21;9(9):CD001862. doi: 10.1002/14651858.CD001862.
7. Giouleka S, Gkiouleka M, Tsakiridis I, Daniilidou A, Mamopoulos A, Athanasiadis A, et al. Diagnosis and Management of Neonatal Hypoglycemia: A Comprehensive Review of Guidelines. Vol. 10, *Children*. Multi-disciplinary Digital Publishing Institute (MDPI); 2023.
8. Grupo de trabajo de la Guía de práctica clínica de atención en el embarazo y puerperio. Guía de práctica clínica de atención en el embarazo y puerperio. Sevilla: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Andalucía (AETSA); 2014. (Guías de Práctica Clínica en el SNS: AETSA 2011/10).
9. Arafat L, Redaza R, Peter R, Saleh A. Delay in the Newborn First Bath Improves Newborn Thermoregulation and Exclusive Breastfeeding Rates: A Practice Change Project. *J Perinat Neonatal Nurs*. 2024. Available from: <https://journals.lww.com/>
10. Priyadarshi M, Balachander B, Gupta S, Sankar MJ. Timing of first bath in term healthy newborns: A systematic review. *J Glob Health*. 2022;12.
11. Ministerio de Sanidad y Política Social. Cuidados desde el nacimiento: recomendaciones basadas en pruebas y buenas prácticas [Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social; 2010 . Available from: <https://www.sanidad.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/cuidadosDesdeNacimiento.pdf>
12. WHO recommendations on newborn health: guidelines approved by the WHO. Guidelines Review Committee. Geneva: World Health Organization; 2017 (WHO/MCA/17.07).
13. National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Postnatal care (NG194) [Internet]. London: NICE; 2021 . Available from: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng194>
14. Rite Gracia S, Pérez Muñuzuri A, Sanz López E, Leante Castellanos JL, Benavente Fernández I, Ruiz Campillo CW, et al. Criteria for hospital discharge of the healthy term newborn after delivery. *An Pediatr (Barc)*. 2017;86(5):289.e1-289.e6. doi:10.1016/j.anpedi.2016.11.003
15. Yonemoto N, Dowswell T, Nagai S, Mori R. Schedules for home visits in the early postpartum period. *Evid Based Child Health*. 2014 Mar 20;9(1):5-99.
16. Gil Urquiza MT, Concepción Sanz del Campo C. Protocolo 'Control y Alta Clínica puerperal a cargo de la matrona en la Unidad de Hospitalización Obstétrica.' *Revista de la Asociación Española de Matronas: Matronas de Hoy*. 2016;
17. Servei Obstetricia Centre de Naixements Casa Laietania. Assistència al part i al pospart Centre de Naixements Casa Laietània. 2021.
18. Sociedad Española de Neonatología (SENeo). Protocolos de la Sociedad Española de Neonatología. Madrid: Sociedad Española de Neonatología; 2023. Available from: <https://www.seneo.es/protocolos>
19. National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Jaundice in newborn babies under 28 days (CG98). London: NICE; 2010 May 19 . Available from: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg98>

La habitación se presentó como el primer espacio de intimidad para nuestra nueva familia, pero pronto descubrimos que esa intimidad era frágil y constantemente amenazada. Los desafíos a los que nos enfrentamos en la planta de maternidad fueron numerosos y agotadores.

- madre participante en Proyecto Naixem

Capítulo 13

Requisitos de formación y evaluación de las necesidades de formación del equipo profesional



“Un personal sanitario bien formado, motivado y adecuadamente apoyado es esencial para proporcionar servicios de salud seguros, eficaces y centrados en las personas”

-WHO- Global strategy on human resources for health: Workforce 2030

Autoras:

Lucia Rocca-Ithenacho, María Notario Lara, Soledad CarreguÍ, Marie Lewis.

287	1. PROPÓSITO Y ENFOQUE DEL CAPÍTULO
287	2. ASISTENCIA AL PUERPERIO
287	2.1 Puerperio inmediato
296	2.2 Puerperio precoz
300	2.3 Alta precoz materna y neonatal en el Centro de Nacimiento
310	3. MEDICAMENTOS UTILIZADOS EN LA ATENCIÓN EN EL CN
325	Capítulo 13. Requisitos de formación y evaluación de las necesidades de formación del equipo profesional
328	2. ANTECEDENTES Y JUSTIFICACIÓN
330	2.1 Competencias esenciales para la práctica de la Matronería de la ICM (2024)
331	2.2 Guía de la ICM para el liderazgo en matronería (ICM 2022 (10))
331	2.3 El marco de gestión del NHS (NHS Inglaterra, 2025) (11)
331	3. TIPOS DE DESARROLLO PROFESIONAL CONTINUO Y FORMACIÓN EN EL ÁMBITO DE LA ASISTENCIA SANITARIA
332	3.1 Desarrollo profesional continuo (DPC)
332	3.2 Formación reglamentaria
332	3.3 Formación obligatoria

1. INTRODUCCIÓN

La exposición de las matronas al parto fisiológico y a los entornos de atención dirigidos por matronas sigue representando solo una pequeña parte de su formación, lo que hace que muchas se sientan insuficientemente preparadas para trabajar en dichos entornos (1–5). La evidencia indica que es necesaria una formación específica y dirigida para mejorar la preparación del personal que trabaja en unidades lideradas por matronas y para optimizar los resultados y las experiencias cuando se requiere la escalada asistencial y/o la transferencia a una unidad obstétrica. Asimismo, se ha demostrado que proporcionar a los profesionales de primera línea una formación integral que incluya conocimientos y habilidades tanto técnicas como no técnicas mejora los resultados clínicos (6).

El objetivo de este capítulo es orientar sobre la planificación y el desarrollo del análisis de las necesidades de formación (ANF) y el correspondiente plan de formación para las matronas que trabajan en los Centros de Nacimiento (CN), así como para los equipos multidisciplinares (EM) que las apoyan, es decir, para el conjunto de los servicios de maternidad. La inversión continuada en las competencias del personal, sustentada en una estrategia y una visión claras y en un plan de necesidades formativas, constituye un elemento clave de una gobernanza sólida en las unidades lideradas por matronas.

El presente capítulo tiene por objeto ayudar a los Centros de Nacimiento, incluidos los servicios de maternidad, a elaborar dicha documentación y planificar el desarrollo profesional continuo de su personal, contribuyendo así a una atención materna y neonatal más segura, personalizada y equitativa para las mujeres, los bebés y las familias. Incluye orientación sobre cómo crear un ANF a nivel de unidad, un ejemplo docente de Inglaterra y un estudio de caso de la Comunidad Valenciana sobre el desarrollo y la implementación de un curso de formación para el equipo multidisciplinar.

2. ANTECEDENTES Y JUSTIFICACIÓN

En la mayoría de los países europeos, con la notable excepción de los Países Bajos, las matronas ejercen principalmente en entornos hospitalarios de urgencias y obstetricia. En estos entornos, la atención se estructura a menudo en torno a la gestión del riesgo clínico, el uso de intervenciones y el funcionamiento dentro de un modelo de atención médico-industrial. Como consecuencia, muchas matronas tienen una exposición limitada al parto fisiológico, a los modelos de atención por *caseload* o de continuidad asistencial, y a los entornos de atención primaria en los que actúan como responsables autónomas de la toma de decisiones clínicas. En este escenario, las matronas que se incorporan a unidades lideradas por matronas pueden experimentar una menor confianza para

ejercer plenamente el alcance de su práctica profesional, especialmente en lo relativo al acompañamiento al parto fisiológico, la toma de decisiones clínicas autónomas o la gestión de emergencias. Por lo tanto, la formación específica y dirigida, resulta esencial para mantener la competencia y garantizar una atención segura y eficaz dirigida por matronas.

Aunque los Centros de Nacimiento estén dirigidos por matronas, deben funcionar dentro de un marco de trabajo multidisciplinar. A lo largo de los periodos antenatal, intraparto y posparto, las matronas pueden necesitar consultar con obstetras, neonatólogos, anestelistas u otros profesionales. Asimismo, los equipos multidisciplinarios, los servicios de atención primaria, los servicios sociales y los equipos de emergencias extrahospitalarias requieren formación específica para comprender la filosofía, el alcance y los límites de la práctica de la matronería, así como las responsabilidades de los distintos grupos profesionales, con el fin de asegurar una atención coordinada y de apoyo mutuo. En ausencia de este entendimiento compartido de los roles y responsabilidades, así como de una visión común, pueden producirse fallos de comunicación y deficiencias en la coordinación asistencial, lo que puede derivar en una colaboración multidisciplinar inadecuada, transferencias inapropiadas o retrasos en la escalada asistencial, con el consiguiente impacto negativo en los resultados clínicos y en la experiencia de mujeres y familias.

El análisis de las necesidades de formación es un proceso para identificar la brecha entre los conocimientos, habilidades y actitudes reales y deseados en un trabajo o servicio determinado (7).

Un plan de formación es un registro detallado de la formación que se impartirá en un plazo determinado a grupos específicos de personas para salvar las brechas identificadas en el análisis de las necesidades de formación (7).

Un análisis estructurado de las necesidades de formación (ANF) es esencial para garantizar que el personal tenga la filosofía, los conocimientos y las habilidades necesarias para trabajar más allá de las fronteras geográficas y profesionales. Permite a una unidad liderada por matronas/servicio de maternidad, identificar de manera sistemática los conocimientos y habilidades que necesitan tanto las matronas como el equipo médico para prestar asistencia de forma segura y con confianza. Al identificar estas necesidades de forma sistemática, el ANF garantiza que la formación esté planificada, sea específica y esté alineada con la filosofía de la atención prestada en estos entornos por las matronas. En última instancia, esto contribuye a una atención materna y neonatal más segura, personalizada y equitativa, al apoyar la competencia profesional y clínica.

Al considerar los requisitos de formación del personal que trabaja o presta apoyo en un Centro de Nacimiento, es importante abordar las necesidades de desarrollo no solo del equipo central de matronas, sino también del equipo multidisciplinar y de las responsables de maternidad. El liderazgo transformacional desempeña un papel fundamental en el apoyo a la sostenibilidad del CN, que a menudo se ve amenazada por barreras sociales, culturales y del sistema sanitario.

Por lo tanto, el ANF para los CN debe ser parte integrante de un ANF más amplio para toda la unidad de maternidad, incluido el equipo multidisciplinar.

Hay cuatro documentos clave que son especialmente relevantes a la hora de empezar a planificar un ANF para un CN y el equipo multidisciplinar:

- **Las competencias esenciales para la práctica de la matronería**, publicadas por la Confederación Internacional de Matronas (ICM, 2024);
- **La Guía de la ICM para el liderazgo en matronería** (ICM, 2022);
- **El marco de gestión del NHS** (NHS Inglaterra, 2025) (*Draft Management & Leadership Framework*)
- **Los Estándares Europeos de Centros de Nacimiento (8).**

La Confederación Internacional de Matronas (ICM) también está desarrollando un **marco de competencias esenciales para las matronas líderes**, que constituye un componente crucial de su Marco Profesional global. Este marco tiene como objetivo definir los conocimientos, las habilidades y los comportamientos de las matronas en roles de liderazgo (clínico, educativo, de investigación y de formulación de políticas), con el fin de fortalecer la profesión a nivel mundial, abordar la limitada presencia de las matronas en puestos de liderazgo y fomentar el desarrollo profesional y la progresión de la carrera.

2.1 Competencias esenciales para la práctica de la Matronería de la ICM (2024)

Este documento describe los conocimientos, habilidades y comportamientos profesionales esenciales que se requieren de una matrona profesional, organizados en cinco categorías:

1. Competencias transversales
2. Salud y derechos sexuales y reproductivos
3. Atención prenatal
4. Atención durante el parto y el nacimiento
5. Atención continuada a la mujer y al recién nacido

La formación de las matronas y del equipo multidisciplinario (EM) en general debe ser organizada y financiada por la organización o institución empleadora, en lugar de depender de que los miembros del personal se inscriban y financien de manera individual cursos de formación privada (9). La formación financiada por la institución, garantiza que todo el personal tenga un acceso equitativo a las oportunidades de aprendizaje que necesita para trabajar de forma segura y eficaz en entornos dirigidos por matronas. Elimina las barreras financieras y logísticas, promueve la coherencia en las habilidades y conocimientos de todo el equipo y fomenta una cultura de desarrollo profesional continuo (9).

La responsabilidad organizativa de la formación también permite a la unidad alinear las actividades educativas con las prioridades del servicio, la gestión de riesgos y la filosofía de la atención dirigida por matronas, en lugar de dejar el aprendizaje al azar o a la iniciativa personal. Al integrar la formación en el marco de gobernanza de la unidad, la organización garantiza que se aborden sistemáticamente las competencias, se mantengan las actualizaciones obligatorias y tanto las matronas como el equipo multidisciplinario en general estén preparados para prestar una atención de alta calidad, basada en la evidencia y centrada en la mujer.

2.2 Guía de la ICM para el liderazgo en matronería (ICM 2022 (10))

Esta guía de la ICM establece la recomendación de garantizar el desarrollo del liderazgo en matronería a nivel nacional, centrándose en seis áreas clave: liderazgo político estratégico, operativo, regulatorio, educativo, investigador y clínico.

2.3 El marco de gestión del NHS (NHS Inglaterra, 2025) (11)

El marco tiene como objetivo dotar a los gestores del NHS de un código de práctica claro y coherente, un conjunto de estándares y competencias básicas definidas a nivel nacional así como un currículo integral de desarrollo profesional. Este marco estará respaldado por recursos formativos prácticos, accesibles y relevantes para gestores en todas las etapas de su carrera profesional. En conjunto, estos elementos están diseñados para permitir que los gestores del NHS lideren y gestionen con confianza, cuidado y coherencia, reforzando el juicio profesional y la capacidad de gestión de todo el sistema. De este modo, el marco aspira a consolidar la gestión y el liderazgo en el NHS como una disciplina profesional reconocida, apoyando una atención de alta calidad a los usuarios, el funcionamiento eficaz de los equipos y la sostenibilidad de los servicios de salud.

3. TIPOS DE DESARROLLO PROFESIONAL CONTINUO Y FORMACIÓN EN EL ÁMBITO DE LA ASISTENCIA SANITARIA

A nivel de la Unión Europea, no existe un requisito único y armonizado para la formación reglamentaria u obligatoria en todas las profesiones sanitarias. La legislación de la UE, en particular la Directiva sobre el reconocimiento de cualificaciones profesionales (Directiva 2005/36/CE, en su versión modificada), establece normas mínimas para la formación inicial y permite el reconocimiento mutuo de las cualificaciones para favorecer la movilidad de los profesionales. Sin embargo, la responsabilidad de la regulación de las profesiones sanitarias, incluidos los requisitos de formación continua, capacitación y revalidación, sigue recayendo en cada uno de los Estados miembros.

Como consecuencia, existe una considerable variabilidad entre los países europeos en la forma en que se define, imparte y se supervisa la formación reglamentaria y obligatoria en los distintos países. En algunos países, los profesionales sanitarios están obligados a realizar formación periódica o desarrollo profesional continuo (DPC) formal como condición para mantener su registro o licencia. En otros, el DPC se fomenta o se espera como norma profesional, pero no es obligatorio por ley ni se supervisa de forma sistemática.

Los requisitos de formación obligatoria impuestos por las instituciones sanitarias también varían mucho, lo que refleja las diferencias en las estructuras de los sistemas nacionales de salud, los enfoques normativos y las prácticas de gestión de riesgos. Si bien muchos sistemas de salud exigen una formación periódica en áreas como la seguridad de los usuarios, la protección y la prevención de infecciones, el alcance, la frecuencia y los mecanismos de aplicación difieren entre países y, en algunos casos, entre regiones o instituciones dentro del mismo país.

3.1 Desarrollo profesional continuo (DPC)

El DPC se refiere al aprendizaje continuo más amplio que se lleva a cabo para mantener, mejorar y ampliar los conocimientos y habilidades profesionales. Apoya el desarrollo profesional, la competencia profesional y la mejora de la calidad.

Características principales:

- A menudo autodirigido
- Puede ser formal o informal
- Alineado con los estándares profesionales, la evaluación y la revalidación

Algunos ejemplos son:

- Desarrollo del liderazgo y la gestión
- Asistencia a cursos, conferencias o seminarios web
- Coaching, mentoría o práctica reflexiva
- Proyectos de mejora de la calidad

3.2 Formación reglamentaria

La formación reglamentaria es la formación exigida por la ley. Garantiza que las organizaciones y el personal cumplan con la legislación y las normativas diseñadas para proteger a los usuarios, al personal y al público.

Algunos ejemplos son:

- Salud y seguridad
- Seguridad contra incendios
- Protección (niños y adultos)
- Prevención y control de infecciones
- Igualdad, diversidad y derechos humanos

El incumplimiento de la formación reglamentaria puede suponer un incumplimiento legal por parte de la organización.

3.3 Formación obligatoria

La formación obligatoria es aquella exigida por la institución para garantizar que el personal pueda desempeñar sus funciones de forma segura y eficaz. Puede incluir la formación reglamentaria, pero también puede abarcar requisitos locales u organizativos.

Algunos ejemplos son:

- Gestión de la información/seguridad de los datos
- Reanimación (RCP)
- Resolución de conflictos

- Formación clínica o directiva específica para cada función

La formación obligatoria la establece la organización y suele basarse en la evaluación de riesgos, las directrices nacionales y la política local.

Es importante que las unidades de maternidad elaboren una evaluación de las necesidades de formación y un plan de formación, teniendo en cuenta los requisitos legales, obligatorios y locales. Esto debe integrarse en el plan estratégico de los servicios de maternidad.

4. ESTÁNDARES DE LAS UNIDADES LIDERADAS POR MATRONAS Y REQUISITOS FORMATIVOS.

Los Estándares de las Unidades lideradas por matronas (ULM) (8) fueron elaborados por investigadores de la City, St George's University of London, dirigidos por la Dra. Lucia Rocca-Ihenacho, en colaboración con la *Midwifery Unit Network* (MUNet) y la *European Midwives Association* (EMA). Su objetivo es apoyar el establecimiento, el funcionamiento y la expansión segura y de alta calidad de las ULM (tanto junto a las unidades obstétricas de los hospitales como independientes) en toda Europa.

Estos Estándares tienen como finalidad mejorar la calidad de la atención a la maternidad, reducir la variabilidad de la práctica clínica y promover un modelo de atención «biopsicosocial», que aborde las necesidades biológicas, psicológicas y sociales, y no únicamente los resultados clínicos. Están diseñados como guía para la planificación de nuevas unidades de matronas o como una herramienta de autoevaluación que permita a las unidades, gestores, financiadores u organizaciones de servicios, evaluar su desempeño, identificar áreas de mejora y planificar acciones correctoras.

Los Estándares proporcionan a los profesionales de atención en las ULM un marco claro para identificar las áreas organizativas y prácticas clave que requieren atención para garantizar un funcionamiento eficaz. Junto con la herramienta de autoevaluación de las unidades de matronas (MUSA: *Midwifery Unit Self Assessment Tool*), los Estándares permiten evaluar su prestación de servicios en función de criterios de calidad esenciales (ver el capítulo 14). La evidencia sugiere que la cultura organizativa y de los equipos influye de forma significativa en la creación de entornos de aprendizaje positivos (12), y que las unidades de matronas bien consolidadas fomentan activamente el intercambio de conocimientos, el aprendizaje y las buenas prácticas.

El tema 6 de los Estándares de los CN, se centra específicamente en los conocimientos, las habilidades y la formación necesarios para atender a las mujeres en estas unidades. Este tema sienta las bases para llevar a cabo un análisis de necesidades de formación (ANF), ayudando a las matronas y al equipo multidisciplinar a identificar las áreas en las que se necesita formación, planificar el desarrollo profesional específico y garantizar que el personal se sienta seguro y competente a la hora de prestar atención sanitaria en los Centros de Nacimiento.

Tabla 1. Resumen de los requisitos de formación para las matronas en los Centros de Nacimiento

Theme 6 Knowledge, skills and training	
Standard 12	There is a written agreed list of knowledge and skills required of midwives in order to work in a midwifery unit
Standard 13	The midwifery unit has plans for education and continuing professional development
Standard 14	The midwifery unit has a framework for preceptorship and orientation

Los Estándares 12, 13 y 14 establecen la necesidad de disponer de una lista escrita y consensuada de los conocimientos y habilidades necesarios para que las matronas trabajen en un Centro de Nacimiento. Esta lista debe basarse en la evidencia actualizada e incluir:

- Planes de formación y desarrollo profesional continuo;
- Un marco para la tutoría y la orientación;
- Orientación para la evaluación de competencias y el desarrollo continuo de habilidades.

4.1 Estándar 12: Competencias básicas para las matronas que trabajan en un Centro de Nacimiento

El estándar 12 (8) se centra en las competencias básicas que deben tener las matronas que trabajan en unidades lideradas por matronas (ULM), reconociendo que la prestación segura y eficaz de la atención dirigida por matronas depende tanto de los conocimientos técnicos como de las habilidades no técnicas. Si bien las matronas pueden recibir una formación integral en entornos hospitalarios dirigidos por obstetras, la exposición al parto fisiológico y a la práctica autónoma de la matrona suele ser limitada. Como resultado, muchas matronas que empiezan en un CN pueden sentirse poco preparadas para gestionar todo el ámbito de la atención dirigido por matronas.

El objetivo del Estándar 12, es garantizar que cada CN disponga de una lista escrita y consensuada de competencias esenciales, que defina claramente los conocimientos, habilidades y comportamientos necesarios para que las matronas ejerzan de forma segura y con confianza. Estas competencias abarcan una amplia gama de habilidades, desde comprender la fisiología normal y apoyar el parto fisiológico, hasta reconocer las complicaciones e iniciar la escalada o el traslado adecuados. Igualmente importantes son las habilidades no técnicas, como la comunicación, la competencia cultural, la atención respetuosa, la toma de decisiones y la práctica reflexiva, que son fundamentales para prestar una atención centrada en la mujer.

Al describir explícitamente estas competencias, esta Estándar 12 proporciona una base sólida para la formación, la evaluación y el desarrollo profesional continuo, lo que ayuda a las matronas a realizar una transición eficaz a los entornos de los Centros de Nacimiento. Así mismo, contribuye a la prestación de una atención coherente y de alta calidad entre unidades, garantizando que todas las mujeres y familias reciban una atención a la maternidad segura, basada en la evidencia y personalizada, independientemente de la matrona que les atienda.

La formación de las matronas debe incluir, entre otras, las siguientes áreas:

1. **Comprensión integral de la fisiología y la anatomía** en relación con el embarazo, el parto y el posparto.
2. **Capacidad para proporcionar una atención respetuosa**, garantizando la dignidad y la autonomía de las mujeres y las familias.
3. **Competencia interpersonal y cultural**, que permita una atención eficaz a las mujeres y las familias de diversos orígenes sociodemográficos.
4. **Técnicas de comunicación y apoyo para el parto y el alumbramiento fisiológicos**, incluido el apoyo emocional y la orientación.
5. **Comprensión y aplicación de la práctica basada en la evidencia**, garantizando que la atención se base en la investigación actual.
6. **Uso de la evidencia y las directrices como guías, no como reglas estrictas**, lo que permite una atención individualizada basada en las necesidades y preferencias de la mujer.
7. **Habilidades reflexivas y autorreflexivas**, que promueven la autoconciencia crítica y la mejora continua en la práctica.
8. **Valoración fetal**, incluyendo la competencia en auscultación fetal intermitente.
9. **Uso de técnicas de hidroterapia y parto en el agua**.
10. **Gestión de emergencias obstétricas en el CN**, incluyendo la atención inicial, la escalada y los protocolos de traslado.
11. **Reanimación materna (soporte vital básico, SVB) y neonatal (soporte vital neonatal, SVN)**.
12. **Prescripción de medicamentos y administración** de acuerdo con las políticas locales.
13. **Habilidades de canalización intravenosa** para intervenciones clínicas según sea necesario.
14. **Sutura** de desgarros perineales.
15. **Habilidades para la toma de decisiones clínicas**, que abarcan la evaluación inicial, la monitorización continua y las decisiones relativas al traslado a una unidad obstétrica cuando sea necesario.
16. **Habilidades de liderazgo, coaching y mentoría**.

Mediante la identificación y la formación sistemáticas del personal en estas competencias, las unidades de maternidad pueden reforzar la confianza del personal, reducir la variabilidad en la práctica y promover una filosofía de atención coherente. En última instancia, el cumplimiento del Estándar 12 favorece una atención materna de alta calidad, segura y personalizada, al tiempo que fomenta el desarrollo profesional y el aprendizaje continuo entre las matronas. Este estándar, constituye la base para la formación, la tutoría y el desarrollo profesional continuo, garantizando que las matronas estén plenamente preparadas para satisfacer las exigencias de la práctica dirigida por matronas y las necesidades de las mujeres y las familias a las que atienden.

4.2 Estándar 13: Educación y desarrollo profesional continuo (DPC)

El Estándar 13 (8), destaca que los CN deben contar con planes formales de formación y desarrollo profesional continuo (DPC) para garantizar que el personal

sea competente, seguro de sí mismo y capaz de prestar una atención dirigida por matronas que sea segura, personalizada y de alta calidad. El DPC se define como el aprendizaje continuo destinado a mantener y mejorar las competencias profesionales, ya sea impulsado por la iniciativa individual o exigido por los organismos profesionales para el desarrollo de la carrera, y no únicamente por obligaciones legales o requerimientos de la institución. El DPC es esencial no solo para el crecimiento profesional individual, sino también para mantener una filosofía de atención compartida y promover la cohesión del equipo dentro de la unidad.

Principios clave

La literatura que sustenta los Estándares de las Unidades de Matronas (13) identifica los siguientes elementos como fundamentales para garantizar que el personal mantenga las competencias, la confianza y el trabajo en equipo necesarios para proporcionar una atención segura y de alta calidad:

1. Tiempo protegido para la formación y el desarrollo del equipo.

El personal debe disponer de tiempo protegido para participar en actividades formativas, ejercicios de fortalecimiento del trabajo en equipo y reuniones periódicas. De este modo se garantiza que la formación se integre en la jornada laboral, reconociendo el valor de invertir en las competencias del personal y la cohesión del equipo.

2. Formación interdisciplinar

- La atención eficaz en las unidades de maternidad depende de la colaboración entre el equipo multidisciplinar (MD).
- La formación debe incluir a matronas, obstetras, trabajadores de apoyo a la maternidad, neonatólogos, personal de ambulancias y médicos de atención primaria.
- Impartir parte de la formación en la unidad de maternidad ayuda al personal a comprender su entorno, cultura y flujo de trabajo únicos, lo que fomenta el aprendizaje práctico y específico del contexto.

3. Enfoque en la atención fisiológica personalizada

La formación debe abarcar conocimientos y habilidades para apoyar el parto y el alumbramiento fisiológicos, la atención personalizada y el respeto a la autonomía de las mujeres. Esto garantiza que todos los miembros del equipo comprendan y puedan contribuir a una filosofía de atención que mantenga y apoye los procesos fisiológicos y minimice la intervención.

4. Práctica basada en la evidencia y habilidades de comunicación

El personal debe mantenerse al día con las últimas investigaciones y directrices clínicas basadas en la evidencia y ser capaz de comunicar la evidencia a las mujeres de manera eficaz. Esto promueve la toma de decisiones informadas y refuerza la relación entre las mujeres, personas gestantes y los profesionales de la atención.

5. Reuniones periódicas del equipo

Se recomienda celebrar reuniones mensuales del equipo para:

- Compartir conocimientos y experiencias;
- Analizar casos y reflexionar sobre la práctica clínica;
- Mantener una visión y una filosofía unificadas dentro de la Unidad.
- Fomentar una cultura de mejora continua y aprendizaje compartido.

6. Apoyo a los marcos de acreditación

El CN debe apoyar activamente la participación del personal en iniciativas de calidad y acreditación relevantes, como la Acreditación Europea de Unidades lideradas por matronas (EMUA) de la Red de Centros de Nacimiento (*Midwifery Unit Network*) y la acreditación de la Iniciativa de Humanización y Asistencia al nacimiento y lactancia (IHAN o *Baby Friendly* UNICEF), garantizando que el desarrollo profesional se ajuste a los estándares de buenas prácticas reconocidos.

7. Temas básicos de formación anual

La formación debe impartirse al menos una vez al año y abarcar áreas esenciales como:

- Apoyo al parto y al nacimiento fisiológicos;
- Comunicación eficaz y colaboración en la toma de decisiones;
- Evaluación del bienestar fetal, incluida la auscultación intermitente;
- Gestión de emergencias obstétricas en entornos dirigidos por matronas, incluyendo la escalada y el traslado seguros;
- Reanimación materna (SVB) y neonatal (SVN)

4.3 Fundamentos y beneficios de la educación y el desarrollo profesional continuo

Mayor seguridad

La formación continua y estructurada capacita a las matronas y al equipo multidisciplinar en general para prevenir, reconocer y responder eficazmente a las emergencias. En entornos liderados por matronas, donde estas suelen ejercer de forma autónoma, es fundamental la capacidad de actuar con confianza en situaciones críticas, como emergencias obstétricas o neonatales. La formación periódica mediante simulaciones, las actualizaciones sobre técnicas de reanimación y la práctica de protocolos de derivación y traslado garantizan que el personal pueda mantener unos altos estándares de atención segura.

Coherencia y consistencia en la práctica

Cuando todo el personal participa en la formación compartida e interdisciplinaria, se refuerza una filosofía común de atención (14–16). Esto promueve la coherencia en la práctica clínica, reduce la variabilidad entre los profesionales y alinea la atención con las directrices basadas en la evidencia y la visión de la unidad (15,16). La coherencia en la práctica, respalda tanto la seguridad como

la calidad asistencial, garantizando que las mujeres reciban una atención uniforme y de alta calidad, independientemente de los profesionales presentes. miembros del equipo que estén presentes (17).

La formación interdisciplinaria en simulación sobre emergencias obstétricas se beneficia de la inclusión de componentes de factores humanos que pueden mejorar la seguridad (17).

Personal empoderado

La formación integral y el desarrollo profesional fomentan la confianza y la competencia de las matronas y del equipo en general. El personal bien formado en parto fisiológico, atención personalizada e intervenciones basadas en la evidencia está más capacitado para tomar decisiones autónomas, manteniendo al mismo tiempo unos límites seguros. El personal empoderado muestra mayor implicación, una mayor capacidad para defender las decisiones y preferencias de las mujeres, y una mejor capacidad para afrontar, adaptarse y responder de manera eficaz a situaciones clínicas complejas o imprevistas.

Cultura de aprendizaje positiva

El desarrollo profesional continuo, la práctica reflexiva y las reuniones de equipo fomentan una cultura de aprendizaje continuo. Esta cultura refuerza el trabajo en equipo, promueve el intercambio de conocimientos y permite al personal reflexionar críticamente sobre su práctica. Cuando el aprendizaje se integra en la práctica diaria, las matronas son más propensas a adoptar las mejores prácticas, innovar de forma segura y apoyarse mutuamente, lo que contribuye a crear un entorno positivo y colaborativo que beneficia tanto al personal como a las mujeres a las que atienden (18).

Este enfoque debe incluir la revisión de cualquier incidente clínico, el desarrollo del aprendizaje a partir de los incidentes y la vinculación de dichos aprendizajes con los marcos de seguridad del usuario (18).

5. RECOMENDACIONES DE LOS ESTÁNDARES DE LAS UNIDADES LIDERADAS POR MATRONAS SOBRE LA TUTORÍA Y LA ORIENTACIÓN

La exposición a la atención dirigida por matronas es esencial para las estudiantes de matrona y para las matronas recién tituladas. A las matronas recién tituladas se les deben ofrecer programas de apoyo estructurados que incluyan turnos en entornos dirigidos por matronas, lo que les permitirá consolidar sus habilidades, conocimientos y confianza. Todas las matronas que se incorporen a los Centros de Nacimiento, deben recibir un acompañamiento y orientación completa al inicio de su desempeño, guiadas por una matrona senior, con un programa estandarizado que abarque políticas, procedimientos de emergencia e integración con el equipo.

5.1 Estándar 14: Marco para la tutoría y la orientación

El Estándar 14 (8) hace hincapié en que un CN, debe contar con un marco estructurado para la tutoría y la orientación, que garantice que todo el personal,

tanto el de nueva incorporación como el procedente de otras áreas de atención a la maternidad, reciba todo el apoyo necesario para adaptarse al entorno del CN. Esta norma reconoce que la atención dirigida por matronas no solo se limita a las habilidades y los procedimientos, sino también implica la comprensión de la filosofía de la atención, el respeto de la autonomía de las mujeres y el fomento de una atención centrada en la mujer.

5.2 Orientación y exposición a la atención liderada por matronas

Un elemento clave del Estándar 14, es maximizar las oportunidades para que todos los profesionales de la atención materna, incluidas las matronas, los obstetras, el personal neonatal y los estudiantes, experimenten **el nacimiento fisiológico y la atención dirigida por matronas**. La exposición permite a los profesionales apreciar la filosofía que sustenta la práctica dirigida por matronas, lo que contribuye a integrar este enfoque en el servicio de maternidad en general. Al mismo tiempo, el marco hace hincapié en la importancia de **respetar la intimidad de las mujeres y la singularidad de cada nacimiento**, garantizando que la observación y el aprendizaje no comprometan la experiencia de la atención.

5.3 Orientación estructurada

Todo profesional de la atención materna que se incorpore al Centro de Nacimiento, debe recibir una orientación formal que le familiarice con el entorno, el equipo, las políticas y el personal de la unidad. La orientación no solo se refiere a la logística práctica, sino también a la introducción de la cultura, la filosofía y las normas operativas del centro. El personal debe comprender cómo se toman las decisiones, el alcance de la práctica de las matronas y las vías de escalamiento y colaboración con el equipo multidisciplinario. Esta introducción estructurada reduce la incertidumbre, aumenta la confianza y favorece una práctica segura y eficaz.

5.4 Recursos para la tutoría

El proceso de orientación debe ir acompañado de un **dosier de bienvenida o un manual**, en el que se detallen los valores, las habilidades básicas y las expectativas hacia el personal del CN. Este recurso sirve de referencia para el aprendizaje continuo, refuerza los principios clave de la atención dirigida por matronas y actúa como guía para la integración del personal en la unidad. Los programas de formación, también deben incluir la tutoría y la supervisión por parte de matronas experimentadas del CN, lo que garantiza que el personal reciba apoyo para desarrollar tanto las competencias prácticas como la confianza en la toma de decisiones autónoma.

5.5 Prácticas de estudiantes y oportunidades de aprendizaje

El Estándar 14 también destaca la importancia de **la experiencia de las prácticas para los estudiantes y los alumnos de obstetricia/medicina** dentro de un CN. La exposición práctica permite a los alumnos de obstetricia y a los estudiantes observar y participar en partos fisiológicos y en la atención dirigida

por matronas, consolidando así los conocimientos teóricos adquiridos durante su formación. Estas experiencias prácticas ayudan a los alumnos y estudiantes a desarrollar confianza profesional, comprender la filosofía de la matronería y aprender a apoyar las decisiones de las mujeres en la práctica. Al integrar esta exposición en los programas formativos, los CN contribuyen a formar un futuro profesional familiarizado con la atención liderada por matronas, promoviendo la continuidad y la coherencia en todo el servicio de maternidad.

5.6 Justificación y ventajas

La implementación de un marco formativo y la orientación en los CN ofrece varias ventajas clave:

- **Integración segura del personal:** la orientación estructurada garantiza que el personal nuevo o visitante pueda prestar una atención segura y basada en la evidencia, al tiempo que comprende los límites de su función.
- **Alineación cultural:** la exposición a la filosofía del CN ayuda al personal a adoptar y reforzar los valores de la unidad, promoviendo la coherencia en la práctica entre las distintas disciplinas.
- **Confianza y competencia:** la tutoría y formación desarrolla la competencia en habilidades esenciales y la confianza en la toma de decisiones autónoma, lo que ayuda a las matronas a ejercer de forma segura en entornos dirigidos por matronas.
- **Desarrollo de la autonomía profesional:** Las prácticas formativas y la exposición profesional contribuyen a crear una plantilla profesional cualificada, conocedora y defensora del parto fisiológico y de la atención personalizada.
- **Mejora del trabajo en equipo y la colaboración:** La familiaridad con el entorno del CN mejora la colaboración entre las matronas y otros profesionales, fomentando el entendimiento mutuo y unas interacciones multidisciplinares más fluidas.

En resumen, el Estándar 14 garantiza que **todos los profesionales de la maternidad que se incorporan en un CN reciban una formación, apoyo y educación adecuados**, lo que permite una atención segura, centrada en la mujer y basada en la evidencia, al tiempo que promueve la filosofía de la práctica liderada por matronas en todo el servicio de maternidad.

6. EVALUACIÓN DE LAS NECESIDADES DE FORMACIÓN (ANF) Y PLAN DE FORMACIÓN (PF) PARA LOS SERVICIOS DE MATERNIDAD Y CENTROS DE NACIMIENTO

Una **evaluación o análisis de las necesidades de formación (ANF)** es un proceso estructurado diseñado para identificar carencias en conocimientos, habilidades y competencias del personal (19). En las unidades lideradas por matronas, este proceso garantiza que las matronas y el equipo multidisciplinar (MD) en general estén preparados para proporcionar una atención segura, de alta calidad y centrada en la mujer, en consonancia con las directrices nacionales y las prioridades de los servicios locales.

El objetivo principal de un ANF es determinar las áreas en las que se requiere formación, de modo que la educación y el desarrollo profesional puedan ser planificados, priorizados y orientados de manera eficaz. El ANF debe basarse en una combinación de evidencias procedentes de guías nacionales, auditorías locales, evaluaciones de riesgos y retroalimentación derivada de revisiones de la atención prestada. Al identificar sistemáticamente estas necesidades, el ANF ayuda a garantizar que la formación no sea improvisada, sino que esté alineada con los objetivos del servicio, las prioridades de seguridad y la filosofía de la atención liderada por matronas.

Una ANF sólida suele utilizar un **enfoque de triangulación**, que combina los requisitos nacionales e internacionales -como las competencias de la ICM y la formación obligatoria en materia de seguridad-, las necesidades de los servicios locales (incluidos los resultados de las auditorías y los planes de mejora de los servicios) y las necesidades individuales del personal identificadas mediante las autoevaluaciones. Este enfoque debe estar alineado con la estrategia y la visión de los servicios de maternidad, integrando las prioridades organizativas generales con las necesidades formativas individuales del personal, garantizando que el plan de formación resultante sea pertinente y eficaz.

El ANF debe basarse en evidencia, recurriendo a:

- Directrices y recomendaciones nacionales (por ejemplo, competencias de la ICM, directrices del NICE, directrices del SNS...), dependiendo de cada país
- Visión estratégica y plan de servicios locales de maternidad.
- Datos locales, opiniones de los usuarios del servicio, incidentes y revisión de casos
- Requisitos formativos obligatorios.
- Encuestas al personal.

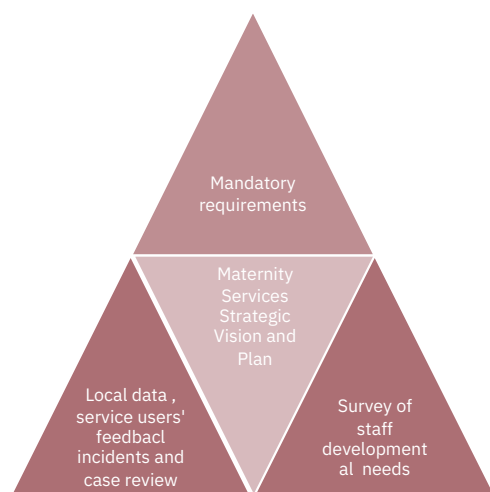


Figura 1. Lewis et al. (2023) Método de triangulación para elaborar un documento de Evaluación de Necesidades de Formación (ANF)

Se puede crear una plantilla de ANF que incluya una sección sobre la metodología para la creación del ANF. El documento se puede actualizar cada 3-5 años.

Lo ideal es que el ANF se crea para todos los servicios de maternidad e incluye una sección dedicada al CN. En ausencia de un plan estratégico de servicios de maternidad y de un ANF para todo el servicio, un CN puede desarrollar su propio ANF.

6.1 Guía sobre cómo crear su ANF local: Marco de análisis de las necesidades de formación

Para crear un ANF local, el proceso incluye seguir un proceso sistemático que se indica en la Figura 2.

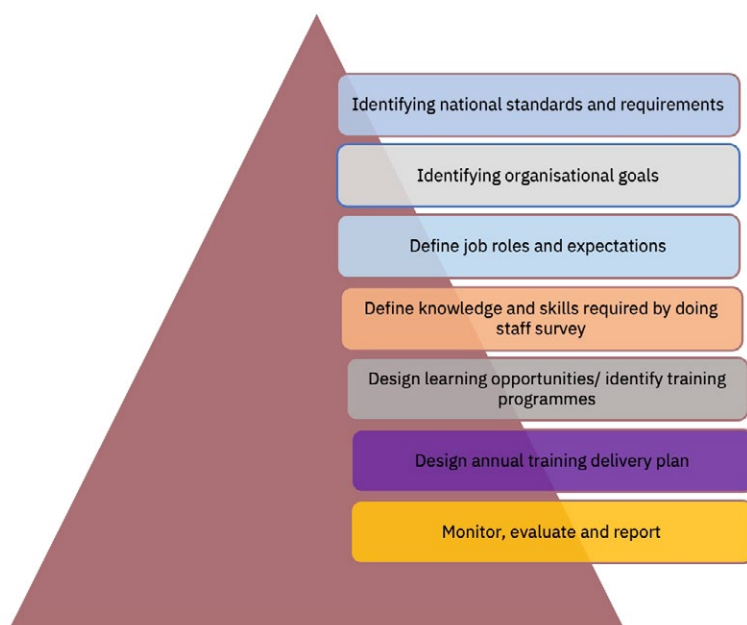


Figura 2. Marco de análisis de las necesidades de formación

La Unidad o CN puede crear un marco para todo el Servicio de maternidad, con una sección específica para el personal del CN. Puede incluir una encuesta anónima al personal del Centro de Nacimiento, incluidas las matronas y los profesionales de apoyo. La encuesta al personal del Centro de Nacimiento, puede enumerar las competencias y conocimientos descritos en el Estándar 12 de los CN y solicitar al personal que identifique aquellas áreas en las que se sientan menos seguros o experimentan barreras en la práctica, como parte de sus evaluaciones anuales y revisiones de rendimiento profesional. Los modelos conductuales, como el modelo COM-B (20), pueden servir de guía para el cuestionario, con el fin de captar no solo la capacidad, sino también las oportunidades y la motivación que influyen en el comportamiento y el aprendizaje. Los resultados de esta autoevaluación se combinan posteriormente con los requisitos de formación obligatorios y reglamentarios existentes y con los datos locales sobre resultados, revisiones de incidentes y revisiones de casos, lo que permite

obtener una visión global de las prioridades de formación.

El ANF debe estar asimismo vinculado a la estrategia y visión a largo plazo de los Servicios de Maternidad.

Tabla 2. Guía paso a paso para crear su ANF (19)

Definición de las necesidades de desarrollo de las habilidades y conocimientos del personal:

1. Autoevaluación del personal

- Realizar encuestas anónimas entre el personal de ULM y los trabajadores de apoyo.
- Incluir las competencias básicas enumeradas en El Estándar 12, pidiendo al personal que identifique las áreas en las que se siente menos seguro o carece de experiencia suficiente.
- Preguntar sobre los obstáculos para la aplicación de las habilidades, como la carga de trabajo, la falta de recursos o la supervisión insuficiente.

2. Uso de modelos de comportamiento

- Herramientas como el modelo COM-B pueden servir de guía para el diseño del cuestionario, ayudando a identificar no solo las carencias en materia de competencias, sino también los factores que influyen en el comportamiento y el aprendizaje.

3. Integración con las necesidades de formación obligatoria y local

- Combine los resultados de la autoevaluación con la formación obligatoria existente (por ejemplo, reanimación materna y neonatal).
- Incorpore datos locales sobre resultados, informes de incidentes y comentarios sobre la revisión de casos para identificar las áreas prioritarias.
- Esto garantiza que el ANF aborde tanto las necesidades de aprendizaje individuales como las del equipo y de la organización.

Una vez creado el marco del ANF para la Unidad, este puede actualizarse cada 3-5 años y revisar el Plan de Formación (PF).

6.2 Formación multidisciplinar

La atención liderada por matronas depende de una colaboración eficaz con el conjunto del equipo multidisciplinar, que puede recibir derivaciones prenatales, intraparto o posparto desde el Centro de Nacimiento (8). Por lo tanto, la formación debe extenderse más allá de las matronas para incluir a obstetras, neonatólogos y personal de apoyo a la maternidad, personal de emergencias

y médicos de atención primaria. La formación continua puede abarcar áreas como el apoyo a la elección del lugar de parto por parte de las mujeres, la promoción de la autonomía en la toma de decisiones, las bases para una atención intraparto óptima, la biomecánica de la distocia de parto y el fomento de una colaboración positiva entre el equipo multidisciplinar (8). Siempre que sea posible, la formación debe realizarse en el entorno del CN para contextualizar el aprendizaje, reforzar el trabajo en equipo y permitir al personal practicar sus habilidades en un entorno real.

6.3 Impacto del análisis de necesidades formativas de seguridad

Un ANF bien diseñado mejora la seguridad al garantizar que el personal pueda responder eficazmente a las necesidades de los usuarios del servicio y en caso de emergencia. Dentro de los CN, el personal proporcionará una atención competente en entornos autónomos. Promueve la coherencia de la práctica al alinear a todo el personal con una filosofía compartida y normas basadas en la evidencia, lo que permite a las matronas tomar decisiones autónomas e informadas. Además, fomenta una cultura de aprendizaje positiva, promoviendo la reflexión, el intercambio de conocimientos y el desarrollo profesional continuo, lo que en última instancia refuerza el trabajo en equipo y mejora la atención a las mujeres, los bebés y las familias (21).

En la siguiente sección ofrecemos un ejemplo de un programa de formación desarrollado para el equipo MD, antes de la apertura de una nueva AMU en España. El estudio de caso de investigación fue creado como parte de una tesis de máster en la *City Ste George's University* de Londres por María Notario Lara, supervisada por la Dra. Lucía Rocca-Ihenacho y Soledad Carregui (ver estudio completo en **Anexo 7**).

7. ESTUDIO DE CASO: EXPLORACIÓN DE LAS PERCEPCIONES DE LOS PARTICIPANTES SOBRE UN PROGRAMA DE FORMACIÓN DE «EXPERTOS EN CENTROS DE NACIMIENTO» EN ESPAÑA E IDENTIFICACIÓN DE LOS FACTORES QUE INFLUYEN EN LA APLICACIÓN DEL APRENDIZAJE EN ENTORNOS CLÍNICOS.

(María Notario Lara, Lucía Rocca-Ihenacho y Soledad Carregui)

7.1 Introducción y antecedentes

En España, la atención materna se presta principalmente en hospitales y está dirigida por obstetras, con un fuerte énfasis en la atención protocolizada y una tasa comparativamente alta de intervenciones médicas (22). Las matronas suelen trabajar en entornos hospitalarios y carecen de plena autonomía profesional (23). En este contexto, se introdujo la formación «Experto en Centros de Nacimiento» para reforzar la confianza y la competencia de las matronas en la atención al parto fisiológico dirigida por matronas.

El programa universitario, de seis meses de duración, se diseñó para armonizar la práctica de la matronería española con los estándares europeos de Centros de Nacimiento, centrándose en:

1. Emergencias obstétricas
2. Asistencia neonatal
3. Apoyo físico-emocional durante la gestación y el parto
4. Investigación aplicada a la práctica clínica

Tabla 3. Programa Curso de Expertos de Nacimiento realizado en
Universitat Jaume I de Castelló 2023-2024

MÓDULO	DENOMINACIÓN	DESCRIPCIÓN DE CONTENIDOS	CARGA LECTIVA
MÓDULO 1	Emergencias Obstétricas (Simulación clínica)	Manejo práctico y basado en simulación de emergencias obstétricas en entornos liderados por matronas. Incluye la asistencia a la distocia de hombros, el manejo de la hemorragia posparto, la atención a la pre-eclampsia y eclampsia, y la reanimación cardiopulmonar en la mujer embarazada.	20 horas presenciales 2 ECTS
MÓDULO 2	Asistencia Neonatal	Formación integral en atención al recién nacido desde la sala de partos hasta el alta hospitalaria. Incluye reanimación neonatal básica y avanzada, estabilización inicial, valoración del recién nacido en la transición a la vida extrauterina, manejo de la vía aérea, dispositivos de ventilación, compresiones torácicas, fármacos en RCP avanzada, cribados neonatales, detección de signos de alarma y seguimiento de los problemas neonatales más frecuentes.	20 horas presenciales 2 ECTS
MÓDULO 3	Soporte Físico y Emocional durante la Gestación y el Parto	Desarrollo de competencias para el acompañamiento integral a la mujer. Incluye técnicas de control emocional mediante hipnosis clínica basada en la evidencia, aplicación del yoga durante la gestación, apoyo intraparto (movilidad, masajes y métodos no farmacológicos para el alivio del dolor), control del bienestar fetal mediante auscultación intermitente, análisis de casos clínicos, manejo asistencial en Centros de Nacimiento y taller práctico de parto en el agua con revisión de la evidencia y manejo seguro de complicaciones.	60 horas presenciales 6 ECTS
MÓDULO 4	Investigación Práctica Aplicada	Introducción a la investigación aplicada a la práctica clínica. Incluye búsqueda bibliográfica, uso de gestores de referencias, lectura crítica de la literatura científica, diseño y presentación de proyectos de investigación y estrategias para la difusión de resultados.	20 horas presenciales 2 ECTS

Su objetivo era dotar a las matronas de los conocimientos necesarios para prestar una atención segura, holística y autónoma en los centros de maternidad y fomentar un cambio cultural hacia prácticas centradas en la mujer.

Este plan de estudios de la formación según las normas de MUNet se desarrolló

específicamente para mejorar la calidad de la atención materna, minimizando las inconsistencias en la práctica y promoviendo un enfoque holístico que aborda un modelo de atención biopsicosocial. Al educar a los profesionales de la salud materna sobre estos principios, la formación busca abordar y reducir directamente las disparidades en la atención materna, garantizando que todas las mujeres reciban una atención coherente y de alta calidad, independientemente de su ubicación.

7.2 Objetivos

Meta: Explorar las percepciones de las matronas sobre la formación de Expertos en Centros de Nacimiento e identificar los factores que influyen en la aplicación del aprendizaje en la práctica.

Objetivos:

- Examinar las motivaciones y experiencias de las participantes en la formación.
- Identificar las fortalezas y limitaciones percibidas en el diseño y la impartición del plan de estudios.
- Explorar las barreras y los facilitadores que afectan a la aplicación del aprendizaje en entornos clínicos.
- Generar recomendaciones para la mejora del programa y del sistema.

7.3 Metodología

Se utilizó un enfoque cualitativo y fenomenológico para captar las experiencias vividas por los participantes. Se realizaron entrevistas semiestructuradas en línea (de aproximadamente una hora de duración cada una) a las matronas que completaron el programa.

Las entrevistas exploraron las percepciones sobre el aprendizaje, la adquisición de habilidades, la confianza y la implementación en la práctica. Los datos se analizaron temáticamente siguiendo a Braun y Clarke (24,25), identificando siete temas centrales.

Se obtuvo la aprobación del Comité de ética. Todos los datos se anonimizaron y las citas se tradujeron del español para su presentación.

7.4 Resultados

Surgieron siete temas interrelacionados que ofrecen una visión tanto de las dimensiones personales como sistémicas del aprendizaje profesional:

1. Experiencias de aprendizaje empoderadoras y motivadoras
2. Desarrollo de habilidades prácticas y relevantes para la práctica en la unidad liderada por matronas (CN).
3. Importancia de contar con facilitadores seguros y experimentados en el CN y la atención prestada por matronas.
4. Aprendizaje reflexivo y colaborativo a través de perspectivas diversas

5. Desconexión entre la impartición de algunos cursos y la práctica dirigida por matronas
6. Desilusión debido a la falta de implementación
7. Barreras sistémicas para la integración y la implementación

Tema 1: Experiencias de aprendizaje empoderadoras y motivadoras

Los participantes describieron de manera consistente la formación como emocionalmente revitalizante y profesionalmente positiva. El plan de estudios reavivó la pasión por la atención dirigida por matronas y recordó a las matronas su impacto clínico y emocional. Una participante compartió que «me ayudó a reconocer el valor de nuestra profesión... lo vital que es nuestro papel en un momento tan crucial en la vida de una mujer».

El entusiasmo y la creencia de los facilitadores en el parto fisiológico fomentaron la motivación y renovaron el propósito. Este empoderamiento emocional fortaleció la identidad profesional de los participantes y su conexión con los valores fundamentales de la matronería.

Tema 2: Desarrollo de habilidades prácticas y relevantes

Se valoró mucho el aprendizaje práctico, como las simulaciones, la gestión de emergencias y la auscultación intermitente. Las participantes informaron de una mayor confianza clínica y preparación para gestionar situaciones de la vida real: «Las simulaciones me ayudaron a estructurar mi pensamiento... Ya lo he aplicado en la práctica».

Sin embargo, muchos expresaron un fuerte deseo de estar en contacto directo con Centros de Nacimiento en funcionamiento. Las prácticas de observación o las visitas virtuales se consideraron fundamentales para consolidar los conocimientos. La ausencia de este tipo de experiencias hizo que algunos sintieran que su aprendizaje era más teórico que experiencial.

Tema 3: Importancia de los facilitadores con experiencia

Los participantes destacaron que la experiencia auténtica de los facilitadores en la atención obstétrica influía enormemente en los resultados del aprendizaje. Las sesiones dirigidas por matronas que habían trabajado en Centros de Nacimiento o en partos domiciliarios se describieron como creíbles, inspiradoras y prácticas. Por el contrario, las sesiones impartidas por educadores sin experiencia en CN a menudo causaban incertidumbre:

«A veces, los formadores admitían que no sabían cómo funcionarían las cosas en un Centro de Nacimiento».

Los alumnos pidieron facilitadores que fueran un modelo de autonomía, confianza y respeto por la fisiología, reforzando la idea de que la experiencia debe ser contextual, no puramente teórica.

Tema 4: Aprendizaje reflexivo y colaborativo

El debate en grupo y la interacción con compañeros de diversos hospitales enriquecieron el aprendizaje y fomentaron la reflexión sobre las diferentes culturas organizativas. Este aprendizaje colaborativo fomentó la innovación y el

cambio práctico, por ejemplo, la adopción de un kit para hemorragias posparto inspirado en otro equipo.

La diversidad de perspectivas promovió el pensamiento crítico y ayudó a los participantes a situar la atención dirigida por matronas dentro de los retos más amplios del sistema.

Tema 5: Desconexión entre la impartición del curso y la práctica dirigida por matronas

Aunque los participantes valoraron la formación, identificaron problemas estructurales y pedagógicos que limitaban su relevancia:

- Falta de una progresión clara del curso: los conocimientos básicos sobre los CN no se introdujeron con suficiente antelación.
- Contenido centrado en el hospital: algunas sesiones (por ejemplo, emergencias obstétricas, hipnosis, yoga) parecían desconectadas de los contextos dirigidos por matronas.
- Incertidumbre en la aplicación: los participantes se sentían poco preparados para aplicar ciertas técnicas en entornos reales.

Esta desconexión provocó frustración y redujo la confianza en la aplicación de los conocimientos adquiridos a la práctica.

Tema 6: Desilusión por la falta de implementación

Una de las principales fuentes de decepción fue la no implementación del Centro de Nacimiento previsto en el hospital de la mayoría de participantes (Hospital Universitario La Plana). Cuando la financiación o el compromiso institucional no se materializaron, el entusiasmo se convirtió en desilusión: «Descubrimos que el proyecto no se iba a llevar a cabo... todo el mundo pensaba: “¿Y ahora qué?”». Las matronas sintieron que sus nuevos conocimientos quedaban sin utilizar, lo que debilitó su moral y disminuyó el valor percibido de la formación.

Tema 7: Barreras sistémicas para la integración

Los participantes destacaron las barreras organizativas y culturales que impedían la adopción de prácticas dirigidas por matronas. Entre ellas se incluían:

- Protocolos hospitalarios rígidos que exigían una monitorización continua y acceso intravenoso
- Presiones de personal que limitaban la atención individualizada.
- La supervisión jerárquica por parte de los obstetras.
- La falta de apoyo de la dirección a la innovación.

Como señaló uno de los participantes: «Es impensable realizar auscultaciones intermitentes... todo el mundo recibe monitorización continua».

Aunque las matronas valoraron el curso, las estructuras institucionales limitaron su autonomía, impidiendo un cambio significativo.

7.5 Análisis y debate

Este estudio revela la compleja interacción entre el diseño educativo eficaz y la preparación sistémica para el cambio en la práctica.

Empoderamiento e identidad profesional

La naturaleza emocionalmente reforzadora del curso fortaleció el sentido de valor profesional de las participantes y su alineación con los valores de la matronería, lo que se hace eco de los hallazgos de Skogheim y Hanssen (2015) (26), que afirman que los entornos que reconocen y validan a los/las profesionales mejoran la motivación y la resiliencia de las matronas.

Aprendizaje a través de la experiencia

El deseo de las participantes de exponerse al mundo real refleja la evidencia de que el aprendizaje experiencial basado en competencias es crucial para consolidar la confianza en los contextos de cuidados dirigidos por matronas (27,28). Sin entornos de práctica auténticos, la formación corre el riesgo de seguir siendo abstracta.

Autenticidad del personal formador

La credibilidad del personal docente emergió como un factor decisivo. En consonancia con McCourt et al. (2018) (29), los formadores que encarnan la filosofía de la matronería y la práctica autónoma generan experiencias de aprendizaje transformadoras. Su experiencia vivida actúa como puente entre los contenidos teóricos y la práctica clínica.

Reflexión colaborativa

El aprendizaje entre pares entre instituciones fomentó la creatividad y la reflexión, lo que refleja la literatura sobre la educación interprofesional que promueve el entendimiento compartido y la mejora de todo el sistema (30).

Limitaciones estructurales

La barrera más significativa fue la desconexión entre el aprendizaje y la preparación del sistema. Las culturas organizativas dominadas por jerarquías obstétricas y políticas reacias al riesgo limitaron la implementación, lo que reforzó los hallazgos anteriores de que la formación por sí sola no puede impulsar el cambio sin una alineación estructural y administrativa (13,31).

7.6 Lecciones aprendidas e implicaciones para la práctica

Factores clave para una formación eficaz en matronería:

- Formadores con experiencia práctica en entornos de atención liderada por matronas, que modelan la autonomía y la confianza clínica.
- Plan de estudios basado en el aprendizaje experiencial y basado en escenarios clínicos.

- Oportunidades para la práctica colaborativa y reflexiva entre compañeros.
- Secuencia pedagógica clara, que progresa desde la filosofía de la atención hasta su aplicación práctica.

Requisitos sistémicos para un impacto sostenido:

- Preparación institucional y compromiso de liderazgo para implementar modelos de atención liderados por matronas.
- Alineación de políticas, disponibilidad de recursos y estructuras de gestión de apoyo.
- Mecanismos para evaluar la transferencia del aprendizaje a la práctica clínica.

Los programas de formación solo pueden alcanzar los resultados previstos cuando la cultura organizativa apoya activamente la filosofía y las competencias que se enseñan.

7.7 Fortalezas y limitaciones

Este estudio ofrece una nueva perspectiva sobre las experiencias de desarrollo profesional de las matronas en España, un contexto en el que la atención prestada por matronas sigue siendo emergente. Su punto fuerte radica en su rica exploración cualitativa y su enfoque centrado en los participantes. Sin embargo, sus conclusiones se ven limitadas por la reducida muestra, específica del contexto, y es posible que los resultados no puedan generalizarse a otras regiones o sistemas. En futuras investigaciones comparativas se podría examinar una formación similar en contextos más consolidados en los que la atención está a cargo de matronas.

7.8 Conclusión

El programa «Expertos en Centros de Nacimiento» se percibió como una herramienta de empoderamiento profesional y de gran valor pedagógico, que mejoraba los conocimientos, la confianza y el compromiso de las matronas con la atención centrada en la mujer. El aprendizaje fue más impactante cuando fue facilitado por matronas experimentadas que encarnaban la filosofía de la práctica dirigida por matronas y cuando las sesiones integraban elementos prácticos y aplicados.

Sin embargo, el potencial de la formación se vio mermado por barreras estructurales y la falta de apoyo para su implementación. La incapacidad de las participantes para aplicar lo aprendido en entornos hospitalarios generó frustración y fatiga emocional, lo que pone de relieve que la educación por sí sola no puede transformar la práctica sin un cambio sistémico.

Para maximizar el impacto futuro, la formación debe integrarse en culturas organizativas de apoyo, respaldadas por un liderazgo comprometido con la autonomía de la matronería y vinculadas a oportunidades tangibles para la práctica en modelos de Centros de Nacimiento o de continuidad asistencial.

Al combinar un diseño educativo sólido con la preparación institucional, los servicios de maternidad de España podrían dar un paso decisivo hacia una aten-

ción sostenible, dirigida por matronas, que se centre verdaderamente en las mujeres y las familias.

8. LIDERAZGO EN LAS UNIDADES LIDERADAS POR MATRONAS

El liderazgo es un factor determinante de la **calidad, la seguridad y la sostenibilidad de la atención materna**. Las pruebas demuestran sistemáticamente que el buen funcionamiento de las unidades lideradas por matronas (ULM) está asociado a un liderazgo fuerte y transformador, compasivo, inclusivo y capaz de fomentar una cultura de seguridad positiva. Los líderes de los CN no solo son responsables de la gestión operativa, sino también de modelar comportamientos profesionales, apoyar el desarrollo del personal y defender la autonomía de las mujeres y una atención de alta calidad centrada en ellas.

Las matronas que desempeñan funciones de liderazgo requieren **conocimientos y habilidades** adicionales **más allá de la práctica clínica directa**. Las competencias básicas de los líderes de los CN incluyen tener una experiencia clínica sustancial en la atención liderada por matronas, la capacidad de articular una visión clara e inspiradora para la unidad y un compromiso demostrable con la sostenibilidad y el desarrollo continuo de los CN. Los líderes deben estar bien informados sobre las pruebas actuales, las competencias esenciales y las mejores prácticas en la atención dirigida por matronas, garantizando que se mantengan tanto la filosofía como los estándares operativos de los CN.

Igualmente, importantes son **las competencias interpersonales y de gestión**.

Los líderes deben demostrar un estilo de liderazgo positivo e inclusivo, ser accesibles y fomentar relaciones sólidas entre el personal y los distintos grupos profesionales (32). Deben facilitar la toma de decisiones compartida, responder adecuadamente a los incidentes críticos y defender eficazmente a la unidad y a su equipo, equilibrando las prioridades de la organización con las necesidades del personal y de las mujeres que acceden a la atención (33).

Para cumplir con estas responsabilidades, los líderes necesitan formación adicional específica en áreas como la comunicación y el marketing, la gestión de recursos humanos, la resolución de conflictos, la facilitación de conversaciones difíciles y la promoción de una cultura de seguridad positiva. Estas habilidades permiten a los líderes gestionar dinámicas de equipo complejas, apoyar el desarrollo profesional e integran una cultura de aprendizaje continuo y seguridad dentro de la unidad o CN (34).

Por lo tanto, un liderazgo sólido en los Centros de Nacimiento es esencial no solo para alcanzar altos estándares de atención clínica, sino también para crear un entorno de trabajo solidario, colaborativo y sostenible que empodere al personal y mejore los resultados para las mujeres y las familias (34).

8.1 Mirando más allá: aspiraciones para el desarrollo futuro

Para apoyar la **mejora continua de una unidad liderada por matronas (ULM)**, es importante establecer objetivos de desarrollo para el próximo año o años. Estos objetivos brindan la oportunidad de articular aspiraciones que van más allá de los requisitos de formación obligatorios. Por ejemplo, el CN puede plani-

ficar el apoyo a las matronas para el desarrollo de competencias avanzadas, la realización de estudios de posgrado (máster o doctorado) o la participación en programas de desarrollo del liderazgo. Los planes de desarrollo futuro deben alinearse con la estrategia global de desarrollo y basarse en los objetivos de desarrollo profesional de cada matrona. Al establecer objetivos claros y ambiciosos, los CN pueden fomentar una cultura de aprendizaje continuo y crecimiento profesional, garantizando que el personal esté preparado para satisfacer las demandas cambiantes de los servicios y mejorar los resultados de la atención a las mujeres y las familias.

8.2 Obstáculos y facilitadores

A la hora de planificar el desarrollo y la formación futuros, es esencial identificar las posibles **barreras** para una implementación satisfactoria. Entre los desafíos más habituales se encuentran las limitaciones de financiación, la disponibilidad del personal para liberar a las matronas para que puedan formarse y la competencia con otras prioridades clínicas. Para cada barrera, deben definirse claramente estrategias destinadas a mitigar su impacto y señalar los recursos adicionales necesarios. La planificación también debe tener en cuenta el número total de horas necesarias para completar toda la formación, lo que ayudará a informar el plan de personal más amplio y a garantizar una capacidad adecuada para impartir la formación sin comprometer la prestación de servicios.

Asimismo, el reconocimiento de factores **facilitadores**, como el liderazgo comprometido, la asignación de tiempo protegido para el aprendizaje o el acceso a formadores internos, ayudará a optimizar la eficacia y la participación en las iniciativas formativas.

8.3 Comunicación del plan de formación

Una vez acordados el ANF y el plan de formación, es fundamental comunicar claramente al personal las formaciones disponibles. Las matronas y el equipo multidisciplinar en general deben comprender qué necesidades de formación se han priorizado, los motivos de estas prioridades y los mecanismos para acceder a los cursos o módulos de aprendizaje. La colaboración con el equipo de comunicación de la institución puede ayudar a difundir información sobre los requisitos de formación obligatorios, las próximas sesiones de formación y cualquier actualización del calendario. Una comunicación eficaz garantiza la transparencia, fomenta el compromiso y favorece el cumplimiento de las expectativas de formación.

8.4 Evaluación, seguimiento y presentación de informes

Un ANF sólido debe incluir un marco para **evaluar la eficacia de la formación**, garantizando que los aprendizajes derivados de dicha formación, sirvan de base para la planificación futura y la mejora continua. La evaluación debe abarcar tanto medidas cuantitativas, como las tasas de asistencia, como comentarios cualitativos sobre la calidad y la aplicabilidad de la formación. El proceso de seguimiento debe incluir mecanismos para controlar la asistencia, evaluar los resultados del aprendizaje e informar de los logros. Deben definirse claramente los procesos para escalar la falta de asistencia o el incumplimiento de la for-

mación obligatoria. Además, deben supervisarse las ocasiones en las que se cancela la formación, incluyendo los motivos de la cancelación y las medidas adoptadas para mitigar el impacto, garantizando la rendición de cuentas y la continuidad del desarrollo del personal.

8.5 Disposiciones de gobernanza

Una gobernanza eficaz es esencial para garantizar que el ANF y el plan de formación se implementen, supervisen y mantengan. El plan debe describir claramente **quién es responsable de revisar y aprobar el ANF y el plan de formación**, tanto dentro del servicio de maternidad como a nivel de la Junta Directiva del Departamento. También debe definir **las líneas jerárquicas para los datos de cumplimiento** y los procesos de escalamiento si no se cumplen los objetivos. Unos mecanismos de gobernanza sólidos garantizan la rendición de cuentas, respaldan la asignación de recursos y refuerzan el compromiso de la organización con el desarrollo profesional continuo y de alta calidad dentro de la unidad del CN. El ANF es una parte integral del marco de calidad y seguridad de la maternidad y debe incluirse en los informes de garantía de calidad dirigidos a los órganos de gobierno.

9. CONCLUSIONES

En conclusión, una formación eficaz dentro de las unidades lideradas por matronas debe basarse en una evaluación exhaustiva de las necesidades de formación de todos los servicios de maternidad, con una sección específica dedicada a los requisitos distintivos de los CN en entornos liderados por matronas. Este enfoque favorece la coherencia, la equidad y la armonización entre los servicios de maternidad, al tiempo que reconoce las habilidades únicas, la autonomía y el perfil de riesgo de la práctica de los Centros de Nacimiento. Cuando no se disponga de una evaluación de las necesidades de formación en toda la maternidad, se debe apoyar a los CN para que realicen y mantengan su propia evaluación de las necesidades de formación a nivel local, a fin de garantizar que el desarrollo del personal siga siendo pertinente, receptivo y seguro. Además, una sólida orientación específica del personal hacia los Centros de Nacimiento y la participación de educadores y formadores con experiencia sustancial en entornos de unidades lideradas por matronas, son esenciales para fomentar la confianza, la competencia y la atención de alta calidad para las mujeres y los bebés.

10. BIBLIOGRAFÍA

1. Coates R, Rocca-Ithenacho L, Olander E, Ayers S, Salmon D. A postgraduate Optimum Birth module to increase midwives' readiness to work in midwifery-led settings: A mixed-methods evaluation. *Birth*. 2019 Sep 21;46(3):533–9.
2. McCourt C, Rayment J, Rance S, Sandall J. An ethnographic organisational study of alongside midwifery units: a follow-on study from the Birthplace in England programme. *Health Services and Delivery Research*. 2014 Mar;2(7):1–100.
3. McCourt C, Rayment J, Rance S, Sandall J. Organisational strategies and midwives' readiness to provide care for out of hospital births: An analysis from the Birthplace organisational case studies. *Midwifery*. 2012 Oct;28(5):636–45.

4. Walker S, Batinelli L, Rocca-Ihenacho L, McCourt C. 'Keeping birth normal': Exploratory evaluation of a training package for midwives in an inner-city, alongside midwifery unit. *Midwifery*. 2018 May;60:1–8.
5. Feeley C, Daley R, Mungeam C, Stacey T. Student midwives' exposure to physiological birth practices: A cross-sectional study of 3055 births during 2020–23 in England. *Women and Birth*. 2025 Jul 1;38(4).
6. NHS England. NHS long term workforce plan [Internet]. London: NHS England; 2023 [cited 2026 Feb 7]. Available from: <https://www.england.nhs.uk/publication/nhs-long-term-workforce-plan/>
7. Lewis M. Training Needs Analysis Maternity Services- How to guide. London: NHS England and NHS Improvement. 2023;
8. Rocca-Ihenacho L, Batinelli L, Thaelts E, Rayment J, McCourt C. Midwifery unit standards. London: Midwifery Unit Network; 2018
9. Ameh CA, Mdegela M, White S, Van Den Broek N. The effectiveness of training in emergency obstetric care: A systematic literature review. *Health Policy Plan*. 2019 May 1;34(4):257–70.
10. International Confederation of Midwives. Guide for midwifery leadership [Internet]. The Hague: International Confederation of Midwives; 2022 [cited 2026 Feb 7]. Available from: <https://internationalmidwives.org/resources/guide-for-midwifery-leadership/>
11. NHS England. Management and leadership framework: draft standards [Internet]. London: NHS England; 2025 Sep [cited 2026 Feb 7]. Available from: <https://www.england.nhs.uk/wp-content/uploads/2025/09/item-8i-appendix-a-mgmt-and-leadership-full-draft-standards.pdf>
12. Liberati EG, Tarrant C, Willars J, Draycott T, Winter C, Kuberska K, et al. Seven features of safety in maternity units: a framework based on multisite ethnography and stakeholder consultation. *BMJ Qual Saf*. 2021 May 19;30(6):444–56.
13. Rayment J, Rocca-Ihenacho L, Newburn M, Thaelts E, Batinelli L, McCourt C. The development of midwifery unit standards for Europe. *Midwifery*. 2020 Jul 1;86.
14. Ameh CA, Mdegela M, White S, Van Den Broek N. The effectiveness of training in emergency obstetric care: A systematic literature review. *Health Policy Plan*. 2019 May 1;34(4):257–70.
15. Shoushtarian M, Barnett M, McMahon F, Ferris J. Impact of introducing practical obstetric multi-professional training (PROMPT) into maternity units in Victoria, Australia. *BJOG*. 2014 Dec 21;121(13):1710–8.
16. Papageorgiou S, Brodowski L, Lewinski H, Bohnhorst B, Flentje M, Schiermeier S, Talbot SR, von Kaisenberg C. Practical obstetric multi-professional training (PROMPT): the evidence for effective training. *Arch Gynecol Obstet*. 2025 Dec;312(6):1901–12.
17. Bogne Kamdem V, Daelemans C, Englert Y, Morin F, Sansregret A. Using simulation team training with human factors components in obstetrics to improve patient outcome: a review of the literature. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. 2021 May;260:159–65.
18. Hollnagel E, Wears RL, Braithwaite J. From Safety-I to Safety-II: A White Paper [Internet]. 2015 [cited 2026 Jan 17]. Available from: <https://www.england.nhs.uk/signuptosafety/wp-content/uploads/sites/16/2015/10/safety-1-safety-2-white-pap.pdf>
19. Lewis M, HR, CT, YC, RIL. Midwifery Unit: Training Needs Analysis and Training Plan North East and Yorkshire Regional Template. 2023.
20. Michie S, Atkins L, West R. The behaviour change wheel: a guide to designing interventions. London: Silverback Publishing; 2014.
21. Markaki A, Malhotra S, Billings R, Theus L. Training needs assessment: tool utilization and global impact. *BMC Med Educ*. 2021 Dec 1;21(1).
22. Palau-Costafreda R, García Gumiel S, Eles Velasco A, Jansana-Riera A, Orus-Covisa L, Hermida González J, et al. The first alongside midwifery unit in Spain: A retrospective cohort study of maternal and neonatal outcomes. *Birth*. 2023 Dec 1;50(4):1057–67.

23. Iglesias-Casás S, Vila-Candel R, Mena-Tudela D, Martín-Arribas A, Leon-Larios F. Work Situation of Midwives in Spain: Perception of Autonomy and Intention to Leave the Profession: A Cross-Sectional Study. *Healthcare (Switzerland)*. 2024 Oct 1;12(19).
24. Braun V, C V. *Thematic Analysis: A Practical Guide*. United Kingdom: SAGE Publications; 2021.
25. Braun V, Clarke V. Using thematic analysis in psychology. *Qual Res Psychol*. 2006;3(2):77–101. doi:10.1191/1478088706qp063oa
26. Skogheim G, Hanssen TA. Midwives' experiences of labour care in midwifery units. A qualitative interview study in a Norwegian setting. *Sexual & Reproductive Healthcare*. 2015 Dec;6(4):230–5.
27. Walker S, Batinelli L, Rocca-Ihenacho L, McCourt C. 'Keeping birth normal': Exploratory evaluation of a training package for midwives in an inner-city, alongside midwifery unit. *Midwifery*. 2018 May;60:1–8.
28. Rayment J, Rocca-Ihenacho L, Newburn M, Thaelis E, Batinelli L, Mccourt C. The development of midwifery unit standards for Europe. *Midwifery*. 2020 Jul 1;86.
29. McCourt C, Rance S, Rayment J, Sandall J. Organising safe and sustainable care in alongside midwifery units: Findings from an organisational ethnographic study. *Midwifery*. 2018 Oct;65:26–34.
30. Meroz MR, Yu LM, Sanders J, Rowe R. Preparedness for maternal and neonatal emergencies in UK midwifery units: A national survey using the UK Midwifery Study System (UKMidSS). *Midwifery*. 2022 Jul;110:103336.
31. Renfrew MJ, McFadden A, Bastos MH, Campbell J, Channon AA, Cheung NF, et al. Midwifery and quality care: findings from a new evidence-informed framework for maternal and newborn care. *The Lancet*. 2014 Sep;384(9948):1129–45.
32. Lewis M. Midwifery Leadership in a Changing World—Why Is This So Challenging? A Reflective Commentary. Vol. 13, *Healthcare (Switzerland)*. Multidisciplinary Digital Publishing Institute (MDPI); 2025.
33. Lewis DM. Norway's Leadership Lessons Transforming Maternity Care. *Pract Midwife*. 2025 Nov 1;28(6):41–3.
34. Lewis M, Hughes DW, Baldie D. Leadership development in the NHS in England: do we really know what works? *British Journal of Healthcare Management*. 2025 Dec 2;31(12):1–10.

*La formación me ayudó a
reconocer el valor de nuestra
profesión.... lo vital que es nuestro
papel en un momento tan crucial
en la vida de una mujer.*

- Matrona que participó en la
evaluación del programa formativo en
Universitat Jaume I de Castelló

Capítulo 14

Barreras y facilitadores para la implementación y sostenibilidad de los Centros de Nacimiento



“La calidad de la atención es el grado en que los servicios de salud para las personas y las poblaciones aumentan la probabilidad de lograr los resultados de salud deseados y son consistentes con el conocimiento profesional basado en evidencia.”

World Health Organization, 2025 (1)

Autoras:

Lucia Rocca-Ithenacho, Laura Ortega Pena.

359	1. INTRODUCCIÓN
360	2. EVIDENCIA SOBRE LA IMPLEMENTACIÓN DE LAS ULM EN EUROPA
361	3. FACTORES QUE INFLUYEN EN LA IMPLEMENTACIÓN DE UN CENTRO DE NACIMIENTO EN LA COMUNIDAD VALENCIANA (ESTUDIO DE CASO DE ORTEGA ET AL. 2024)
363	4. HERRAMIENTAS QUE FACILITAN LA IMPLEMENTACIÓN Y LA SOSTENIBILIDAD DE LOS CN
363	4.1. Análisis del nivel de preparación organizativa y el contexto para la implementación
363	4.2 Apoyo a un plan de implementación adaptable y sensible al contexto
364	4.3 Fortalecimiento de la participación de las partes interesadas y el diseño conjunto
364	4.4 Seguimiento de los resultados, la sostenibilidad y escalabilidad
364	4.5 Orientación para el desarrollo de políticas sanitarias y el cambio a nivel del sistema
365	5. MIDWIFERY UNIT NETWORK (MUNET): UNA COMUNIDAD PROFESIONAL ORIENTADA A LA PRÁCTICA
369	7. HERRAMIENTA Y MARCO DE AUTOEVALUACIÓN DE LAS ULM (MUSA)
370	8. ACREDITACIÓN EUROPEA DE UNIDADES LIDERADAS POR MATRONAS (EMUA)
371	9. HERRAMIENTA DE EVALUACIÓN DE LA PREPARACIÓN ORGANIZATIVA DE LOS CENTROS DE NACIMIENTO (ORAXMU)
372	10. CONCLUSIONES
373	11. BIBLIOGRAFÍA

1. INTRODUCCIÓN

Este capítulo explora y analiza las principales barreras y facilitadores que influyen en la implementación exitosa y la sostenibilidad a largo plazo de las Unidades Lideradas por Matronas (ULM) en España y en toda Europa. Aunque las investigaciones centradas explícitamente en la sostenibilidad de las ULM siguen siendo emergentes, cada vez hay más pruebas que indican que los modelos de atención bien integrados y dirigidos por matronas pueden contribuir de manera sustancial al desarrollo de sistemas de atención materna sostenibles y de alta calidad. Estos beneficios son más evidentes cuando las ULM cuentan con una financiación adecuada, se apoyan en marcos políticos coherentes, se integran en servicios de maternidad más amplios y se someten a un seguimiento y una evaluación continua.

La bibliografía internacional identifica una serie de factores estructurales, organizativos, culturales y profesionales que determinan el establecimiento y la sostenibilidad de las ULM, entre los que se incluyen las medidas de calidad y seguridad, las relaciones interprofesionales, la disponibilidad y competencias del personal, los mecanismos de financiación, la participación de las usuarias de los servicios y el contexto sociopolítico más amplio de la atención materna. Dado que estas barreras y facilitadores operan en múltiples niveles del sistema sanitario, el capítulo subraya la necesidad de adoptar enfoques coordinados y sistémicos para la implementación y la ampliación de las ULM.

Basándose en estas pruebas, y prestando especial atención a los contextos europeo y español, el capítulo examina las dimensiones prácticas y políticas de la integración de las ULM y explora estrategias para apoyar su viabilidad a largo plazo. Destaca el papel del desarrollo de políticas, los mecanismos de mejora de la calidad, las asociaciones de práctica profesional y la acreditación como componentes fundamentales de un enfoque estratégico para ampliar y mantener de forma segura las ULM. Este análisis es especialmente oportuno en el contexto de la creciente presión sobre los sistemas de salud, la continua fluctuación de las políticas, las persistentes desigualdades en el acceso a una atención materna de calidad y los crecientes retos en materia de disponibilidad de profesionales. En respuesta a ello, el capítulo presenta y analiza herramientas clave —entre ellas, la Red de Unidades lideradas por Matronas, los estándares de las Unidades lideradas por Matronas, el Marco de Autoevaluación de las unidades lideradas por Matrona (MUSA), el sistema europeo de acreditación de unidades lideradas por matronas (EMUA) y la Preparación Organizativa para las Unidades lideradas Matronas (ORAXMU)— como mecanismos prácticos para apoyar la implementación coherente, el aseguramiento de la calidad y la seguridad en diversos entornos de atención sanitaria.

2. EVIDENCIA SOBRE LA IMPLEMENTACIÓN DE LAS ULM EN EUROPA

Cada vez hay más pruebas que examinan los obstáculos y los factores que facilitan la implementación y el mantenimiento de las unidades lideradas por matronas (ULM) en Europa y otros entornos de altos ingresos. Esta bibliografía destaca la complejidad de introducir entornos de parto dirigidos por matronas dentro de los sistemas de atención materna establecidos. En su revisión sistemática, Batinelli et al. (2022) (2) hacen hincapié en que la implementación eficaz de las ULM depende de la preparación a nivel cultural, organizativo y profesional, junto con el uso de estrategias de implementación específicas. Las estrategias fundamentales para facilitar esta implementación incluyen la inversión en educación y formación, en particular para reforzar la confianza y la competencia de las matronas en la práctica autónoma, la exposición a modelos de ULM establecidos y un liderazgo sólido, especialmente por parte de líderes de matronas capaces de defender el modelo y gestionar la complejidad organizativa.

Los autores también destacan la importancia del trabajo colaborativo e integrado entre los distintos grupos profesionales. La participación temprana y sostenida de las partes interesadas obstétricas, administrativas y multidisciplinarias es fundamental para crear un entendimiento común y reducir la resistencia al cambio. Si bien el entorno físico de las ULM puede apoyar la filosofía de la atención dirigida por matronas, es insuficiente si no se produce la correspondiente transformación cultural y organizativa.

Entre los facilitadores clave identificados en la bibliografía se incluyen:

- la existencia de directrices nacionales de apoyo que promuevan la atención dirigida por matronas y proporcionen una justificación política para el cambio y una financiación específica para apoyar el desarrollo de las ULM
- la colaboración entre el personal clínico y la dirección
- y el apoyo del personal médico al modelo propuesto (3,4).

Por el contrario, los principales obstáculos se relacionan principalmente con la cultura organizativa y las dinámicas profesionales. Entre ellos se incluyen las estructuras jerárquicas y los modelos médicos de atención arraigados, que pueden limitar la toma de decisiones compartida y la apertura a la innovación, así como la confianza limitada en — o un conocimiento insuficiente de— la evidencia que respalda la seguridad y los beneficios de los modelos liderados por matronas, particularmente entre algunos profesionales médicos (3).

En general, Batinelli et al. (2022) (2) concluyen que la implementación exitosa de las unidades de matronas requiere un enfoque sistémico, que combine la educación y la formación, el liderazgo, la colaboración interprofesional y la preparación organizativa. Abordar estos factores es esencial para integrar los modelos de atención dirigidos por matronas en los servicios de maternidad convencionales y hacer realidad sus beneficios para las mujeres, los bebés y los sistemas de salud.

El trabajo de Batinelli fue fundamental para poner de relieve la necesidad de una herramienta específica para evaluar la preparación organizativa para la implementación de las ULM en Europa. Esta línea de investigación fue ampliada por Peña Ortega et al. (2024) (5) mediante un estudio etnográfico, y posteriormente por Cross et al. (2025) (6) con el desarrollo de la herramienta Organisational Readiness for Midwifery Units (ORAXMU), que se describe en los capítulos 5 y 6.

3. FACTORES QUE INFLUYEN EN LA IMPLEMENTACIÓN DE UN CENTRO DE NACIMIENTO EN LA COMUNIDAD VALENCIANA (ESTUDIO DE CASO DE ORTEGA ET AL. 2024)

Peña Ortega et al. (2024) (5), en un estudio de caso etnográfico, destacan el papel fundamental de la preparación organizativa y el liderazgo transformacional en la implementación exitosa de una unidad liderada por matronas en España. Realizado en un hospital público pionero, Hospital de La Plana (Vila-real), el estudio identifica varios factores facilitadores, entre ellos una cultura que apoya la práctica basada en la evidencia, un fuerte enfoque en el parto fisiológico, una inversión sostenida en el liderazgo de las matronas, la educación multidisciplinaria y la participación activa de las partes interesadas. La implementación de la ULM se asoció con impactos positivos en la calidad de la atención, la cultura organizativa y la satisfacción de las partes interesadas.

El estudio demuestra que la implementación se vio determinada por factores interrelacionados que operan en múltiples niveles del sistema sanitario: individual, de equipo, organizativo y nacional. A nivel individual, los profesionales sanitarios — en particular las matronas— desempeñaron un papel fundamental. Un fuerte sentido de identidad profesional y de pertenencia, la autonomía en la toma de decisiones clínicas y el compromiso con el parto fisiológico fueron factores facilitadores clave. La experiencia previa, la formación específica en atención centrada en la mujer y las actitudes proactivas hacia el cambio organizativo contribuyeron aún más a crear un clima favorable para la implementación.

A nivel de equipo, una filosofía de atención compartida basada en enfoques biopsicosociales y basados en la evidencia promovió la cohesión y el respeto mutuo entre los profesionales. La confianza interpersonal, la comunicación eficaz y la colaboración multidisciplinaria fueron fundamentales para apoyar la prestación de una atención de alta calidad, respetuosa y humanizada.

A nivel organizativo, el liderazgo comprometido y transformador, en particular por parte de la alta dirección y las matronas líderes, fue esencial para iniciar y mantener la ULM. Una cultura institucional orientada a la innovación y la mejora continua, junto con una visión estratégica alineada con las recomendaciones nacionales e internacionales sobre la humanización del parto, actuó como un facilitador clave.

A pesar de estas condiciones favorables, existían importantes obstáculos que limitaban la implementación. Entre ellos figuraban las estructuras jerárquicas arraigadas, la persistencia de un modelo medicalizado del parto, la ausencia de directrices estandarizadas para el parto fisiológico y de políticas explícitas de apoyo a los modelos de atención dirigidos por matronas, y la escasez de recursos humanos y materiales que amenazaba la calidad y la continuidad de la atención.

Factores sociales y políticos más amplios también influyeron en la implementación, actuando tanto como facilitadores como obstáculos. Entre los principales factores facilitadores se encontraban la creciente demanda social de una atención materna respetuosa y personalizada, el apoyo institucional, las alianzas estratégicas con redes profesionales y organizaciones de usuarias de servicios, y la disponibilidad de pruebas científicas sólidas que demostraban la seguridad y la eficacia de la atención dirigida por matronas para los embarazos de baja

complejidad. El desarrollo profesional continuo y el conocimiento de experiencias internacionales exitosas reforzaron aún más la preparación del equipo y fomentaron actitudes positivas hacia el cambio.

La siguiente figura sintetiza los factores clave identificados en este estudio y destaca las consideraciones que deben abordarse con antelación para promover condiciones propicias, anticipar y mitigar los obstáculos, y evaluar su impacto durante la implementación de la atención en las unidades lideradas por matronas.

Capacidad para la Implementación



Figura 1. Capacidad para la implementación (local) de Centros de Nacimiento (5).

El proyecto en Vila-real se suspendió temporalmente debido a importantes barreras estructurales, a pesar de la asignación de fondos y la finalización de varias tareas críticas. Entre las principales barreras se identificaron el cambio de política en la comunidad autónoma, que supuso la paralización del proyecto, así como la ausencia de un marco nacional y de un apoyo político sostenido que favorecieran la implementación de unidades lideradas por matronas (ULM) en el ámbito de la salud sexual y reproductiva. Las experiencias y las pruebas presentadas anteriormente subrayan la necesidad de mecanismos que proporcionen continuidad, legitimidad externa y memoria institucional, funciones que pueden cumplirse eficazmente mediante comunidades de práctica, normas compartidas y sistemas de acreditación.

En general, las pruebas internacionales indican que entre los retos persistentes para la implementación y la sostenibilidad de las ULM se encuentran la falta de marcos políticos nacionales de apoyo, la percepción predominante de que el parto es intrínsecamente arriesgado tanto entre el público como entre los profesionales de la salud, las estructuras jerárquicas de los hospitales, la escasez de personal matrona y la exposición limitada de las matronas a los modelos de

atención dirigidos por matronas. En respuesta a ello, la bibliografía recomienda reforzar la armonización de las políticas, la asignación de recursos y la educación para apoyar la atención dirigida por matronas, al tiempo que destaca la necesidad de seguir investigando y de ampliar la participación de las partes interesadas para mantener y ampliar las ULM dentro de los sistemas de salud pública (ver estudio completo en **Anexo 8**).

4. HERRAMIENTAS QUE FACILITAN LA IMPLEMENTACIÓN Y LA SOSTENIBILIDAD DE LOS CN

La ciencia de la implementación proporciona teorías, marcos y métodos (por ejemplo, **CFIR**, **RE-AIM**, **Teoría del Proceso de Normalización**) para comprender *por qué* los modelos basados en la evidencia, como las ULM, no se adoptan, amplían o mantienen a pesar de las sólidas pruebas de seguridad y eficacia para los partos de baja complejidad. Estos enfoques permiten identificar barreras específicas del contexto (por ejemplo, culturas medicalizadas, estructuras organizativas y marcos de dirección y gestión, o límites profesionales) y los factores facilitadores (por ejemplo, liderazgo, autonomía de las matronas, demanda de las usuarias de los servicios) en los diversos sistemas sanitarios europeos. Asimismo, ofrecen estrategias adaptadas al contexto local que abordan las barreras en los niveles micro, meso y macro, al tiempo que potencian los elementos facilitadores existentes.

4.1. Análisis del nivel de preparación organizativa y el contexto para la implementación

Los marcos de implementación apoyan la evaluación sistemática de:

- La cultura organizativa y la disposición al cambio
- El compromiso del liderazgo y los sistemas de dirección y gestión
- Capacidad de la plantilla y ámbito de actuación
- La alineación de las políticas a nivel nacional y regional

Esto es especialmente relevante en Europa, donde la gobernanza sanitaria, la financiación y la regulación profesional de la asistencia sanitaria varían considerablemente entre países y regiones.

4.2 Apoyo a un plan de implementación adaptable y sensible al contexto

Las herramientas de mejora de la calidad (por ejemplo, **los ciclos Planificar-Hacer-Estudiar-Actuar (PDSA)**, **el mapeo de procesos**, **los diagramas de impulsores**) permiten la adaptación local de los modelos de ULM, al tiempo que se mantiene la fidelidad a los principios básicos de la atención fisiológica dirigida por matronas. Esto es esencial para implementar las ULM en entornos heterogéneos, como unidades adosadas al hospital, independientes o comunitarias.

4.3 Fortalecimiento de la participación de las partes interesadas y el diseño conjunto

Tanto la ciencia de la implementación como la mejora de la calidad (QI) hacen hincapié en **la coproducción** con los principales actores implicados, entre ellos:

- Matronas y equipos multidisciplinares
- Gestores y responsables de políticas sanitarias
- Mujeres, familias y organizaciones de usuarias

La participación de las partes interesadas ayuda a crear un sentido de pertenencia compartido, a abordar la resistencia profesional y a alinear las Unidades con las necesidades y expectativas de las mujeres.

4.4 Seguimiento de los resultados, la sostenibilidad y escalabilidad

Los métodos de mejora de la calidad permiten medir de forma continua:

- Resultados clínicos (por ejemplo, tasas de intervención, traslados)
- Experiencia de la atención
- Resultados en el ámbito profesional (por ejemplo, autonomía y retención del personal)

La ciencia de la implementación amplía este enfoque mediante la evaluación de **la aceptabilidad, la viabilidad, la adopción, la fidelidad al modelo, los costes y la sostenibilidad**, favoreciendo la integración a largo plazo de las ULM en los sistemas sanitarios, más allá de proyectos piloto de carácter temporal.

4.5 Orientación para el desarrollo de políticas sanitarias y el cambio a nivel del sistema

Los datos sólidos sobre la implementación y la mejora de la calidad pueden utilizarse para:

- Demostrar el valor del modelo ante los responsables políticos y gestores.
- Respalda el desarrollo de guías nacionales y cambios normativos de apoyo.
- Fundamentar la necesidad de una financiación sostenible y una adecuada planificación de recursos humanos.

Esta evidencia resulta especialmente relevante en contextos donde **el apoyo político a las unidades lideradas por matronas o Centros de Nacimiento es fragmentario o controvertido**, como ocurre en algunas partes de Europa.

Durante la última década, se ha realizado un trabajo sustancial centrado en la aplicación de la ciencia de la implementación y los principios de mejora de la calidad para apoyar la implementación y la sostenibilidad de las unidades lideradas por matrona (ULM) en Europa. En los siguientes apartados se señalan las herramientas clave desarrolladas a través de este trabajo, que pueden utilizarse para guiar a los equipos en la implementación, la expansión y la mejora continua de las ULM en diversos contextos europeos.

En este contexto, en 2016 se creó una comunidad de práctica, la Red de Unidades de matronas *Midwifery Unit Network* (MUNet), con el objetivo de proporcionar un apoyo estructurado a los profesionales y organizaciones que desean

implementar, ampliar o fortalecer las unidades lideradas por matronas en toda Europa.

5. MIDWIFERY UNIT NETWORK (MUNET): UNA COMUNIDAD PROFESIONAL ORIENTADA A LA PRÁCTICA

Midwifery Unit Network (MUNet) se estableció originalmente como una comunidad orientada a la práctica en 2015, con el apoyo del *Royal College of Midwives* del Reino Unido. Posteriormente, con el apoyo de la City, *St George's University of London*, se puso en marcha oficialmente como una iniciativa universitaria en 2018, financiada con fondos institucionales destinados al desarrollo de los cuatro primeros módulos de formación en línea (7). Desde 2016, MUNet ha desempeñado un papel estratégico en el apoyo a la ampliación y la mejora continua de las ULM en toda Europa, proporcionando formación, desarrollo profesional y apoyo a la implementación a miles de profesionales de la atención materna mediante una combinación de programas de aprendizaje presenciales y a distancia.

Además de la formación y el desarrollo de capacidades, MUNet ha contribuido directamente a la implementación y mejora de las ULM en Europa y otros contextos internacionales mediante visitas in situ a centros, realizando servicios de consultoría y participación en el desarrollo de políticas europeas. Asimismo, MUNet también ha organizado y colaborado en diversas conferencias internacionales en el Reino Unido y en toda Europa, ayudando a dar forma e influir en el discurso en evolución sobre las ULM.

En colaboración con la City *St George's University of London* y su *Centre for Maternal and Child Health Research*, MUNet y el equipo académico vinculado han desarrollado una amplia producción investigadora sobre estas unidades, fortaleciendo la base de evidencia para informar a las políticas, la práctica clínica y el desarrollo de servicios.

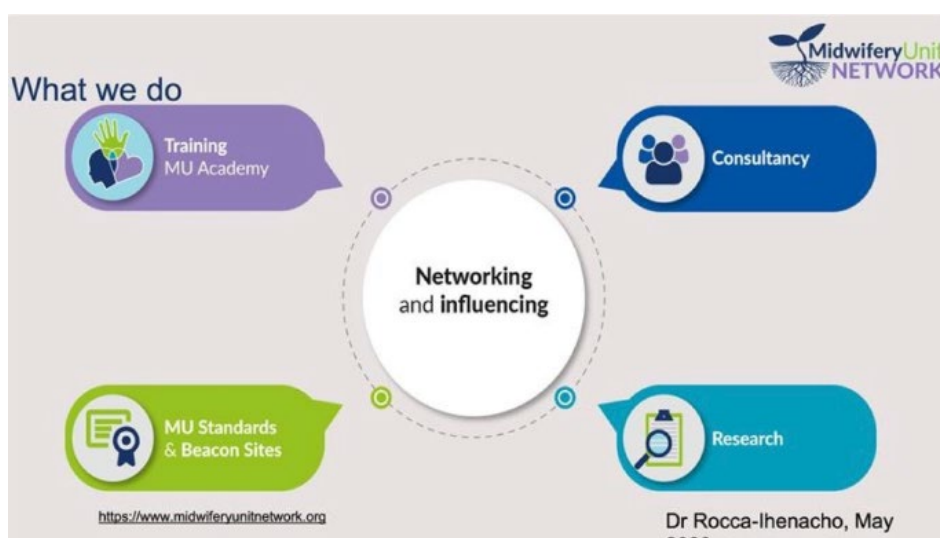


Figura 2. Infografía sobre las actividades de MUNet (Roccca-Ihenacho, «What we do», 2020)

La infografía anterior resume las actividades principales de MUNet, centradas en **la creación de redes y la influencia** como eje central. Los cuatro componentes clave de su trabajo son:

1. **Formación (MU Academy):** proporcionar educación y desarrollo de habilidades a las ULM y los servicios relacionados.
2. **Consultoría:** Asesoramiento experto para apoyar la implementación y mejora de unidades y servicios relacionados.
3. **Estándares MU y centros de referencia:** desarrollar estándares para las unidades de matronas y promover centros de referencia ejemplares para modelar las mejores prácticas.
4. **Investigación:** Desarrollo y apoyo a la investigación para ampliar la base de evidencia sobre los Centros de Nacimiento y mejorar la atención.

Estos cuatro pilares se interrelacionan a través de creación de redes e influencia, que favorecen la expansión y sostenibilidad de las ULM en distintos contextos.

El enlace al sitio web proporcionado (<https://www.midwiferyunitnetwork.org>) ofrece un recurso para explorar más a fondo su trabajo.

La colaboración de MUNet se ha extendido aún más a nivel internacional, apoyando el establecimiento de **Centros de Nacimiento dirigidos por matronas en Afganistán**, incluyendo el desarrollo de **los Estándares Afganos para Centros de Nacimiento y una herramienta de autoevaluación**, así como contribuyendo a la creación de **los Estándares Saudíes** para Unidades lideradas por matronas. Asimismo, las colaboraciones en materia de investigación también han creado vínculos con Brasil y una amplia actividad investigadora sobre las ULM en ese país.

6. ESTÁNDARES EUROPEOS DE CENTROS DE NACIMIENTO

En el ámbito de la asistencia sanitaria, los estándares proporcionan referentes que permiten evaluar el desempeño de los Centros de Nacimiento. Ofrecen orientación sobre los elementos que constituyen y definen un servicio de calidad (8). Se espera que los servicios sean seguros, eficaces, oportunos, eficientes, equitativos y centrados en las personas (1).

Los Estándares para Centros de Nacimiento fueron elaboradas en 2018 por un equipo internacional dirigido por la Dra. Lucia Rocca-Ihenacho, de *City St George's, University of London*, en colaboración con *Midwifery Unit Network* (MUNet). El proyecto fue financiado por el *National Institute for Health Research* como parte de una beca posdoctoral de movilización del conocimiento otorgada a la Dra. Lucia Rocca-Ihenacho.

Los Estándares no constituyen una evaluación, respaldo o garantía de la atención clínica individual, la toma de decisiones clínicas o los resultados clínicos para las mujeres, los bebés o las familias. La responsabilidad de la prestación de una atención clínica segura, la gobernanza clínica y los resultados en salud recae en las organizaciones que ofrecen el servicio y en sus organismos reguladores competentes.

Los Estándares tenían como objetivo incorporar los conocimientos adquiridos de la evidencia científica sobre la organización, la gestión y las prácticas asistenciales en las Unidades lideradas por matronas (ULM), incluyendo la evidencia más relevante para los países europeos y orientar la creación y la mejora continua de los Centros de Nacimiento en toda Europa, garantizando que presen ten una atención de alta calidad centrada en la mujer. La creación de las Estándares se llevó a cabo con un fuerte espíritu de coproducción, involucrando a más de 100 partes interesadas.

Se siguió un riguroso proceso para crear los Estándares, que incluyó seis pasos:

LOS SEIS PASOS PARA CREAR LOS ESTÁNDARES EUROPEOS DE CENTROS DE NACIMIENTO:

PASO 1

Búsqueda sistemática de la bibliografía utilizando palabras clave para abarcar todos los sinónimos tanto de las unidades asistidas por matronas como de las unidades independientes. Se analizaron temáticamente los artículos incluidos y se creó una lista inicial de 10 temas.

PASO 2

Método Delphi para consultar a un gran número de partes interesadas a través de un «proceso de comunicación grupal», con el objetivo de alcanzar un consenso. Esto implicó dos encuestas en línea con 122 expertos internacionales invitados.

PASO 3

Una serie de reuniones con las partes interesadas para revisar los temas preliminares y alcanzar un consenso.

PASO 4

Síntesis inicial combinando los resultados de la bibliografía, la primera encuesta Delphi y los talleres con las partes interesadas.

PASO 5

Se realizaron entrevistas semiestructuradas a tres responsables de unidades lideradas por matronas en servicios de Inglaterra que ya cumplían normas organizativas similares.

PASO 6

Revisión por pares realizada por doce partes interesadas europeas interdisciplinarias.

TEMAS CLAVE DE LOS ESTÁNDARES

1. Filosofía y organización de la atención: énfasis en un modelo biopsicosocial que apoye el parto fisiológico y la continuidad de la atención.

2. Igualdad, diversidad e inclusión social: garantizar un análisis de quiénes utilizan los Centros de Nacimiento y reflexionar sobre cualquier grupo minoritario que no esté representado es una forma de abordar la discriminación sistémica y el racismo en la atención materna.

3. Trabajo más allá de las fronteras profesionales y físicas: promover prácticas colaborativas entre matronas, obstetras y otros profesionales de la salud.

4. Vías de atención a las mujeres: garantizar vías de atención personalizadas que respeten las elecciones y necesidades de las mujeres.

5. Personal y carga de trabajo: abordar los niveles adecuados de personal y las cargas de trabajo manejables para mantener una atención de calidad.

6. Conocimientos, habilidades y formación: fomentar el desarrollo profesional continuo y la competencia del personal.

7. Entorno e instalaciones: crear un entorno físico seguro, acogedor y propicio para las mujeres y sus familias.

8. Autonomía y responsabilidad: Fomentar la autonomía de las matronas en la toma de decisiones clínicas dentro de un marco de apoyo.

9. Liderazgo: desarrollar estructuras de liderazgo eficaces para orientar y sostener la práctica de las matronas.

10. Gobernanza clínica: Implementar mecanismos sólidos para la calidad y la gestión de riesgos.

En conjunto, estos diez temas proporcionan un marco integral para crear y mantener Centros de Nacimiento de alta calidad, que sean seguros, equitativos y centrados en la mujer. Para obtener más información, visite el sitio web de MU-Net: <https://www.midwiferyunitnetwork.org>

7. HERRAMIENTA Y MARCO DE AUTOEVALUACIÓN DE LAS ULM (MUSA)

La autoevaluación de las Unidades lideradas por Matronas (MUSA) es una herramienta estructurada de mejora de la calidad diseñada para apoyar el desarrollo, la sostenibilidad y la mejora continua de las ULM en el Reino Unido y Europa (9,10). La MUSA consiste en una herramienta interactiva de autoevaluación que incluye una serie de preguntas relacionadas con la organización, el modelo de atención y la práctica clínica dentro de una unidad liderada por matronas. Estas preguntas se ajustan explícitamente a los **Estándares Europeos para Centros de Nacimiento** (11).

Un paso inicial clave dentro del marco es la creación de un **grupo asesor**, compuesto por personal de la unidad de matronas, un obstetra y un neonatólogo vinculados a la misma, representantes de la dirección, usuarias del servicio y otras partes interesadas. Una vez completada la herramienta MUSA, el grupo asesor elabora de forma colaborativa un plan de mejora continua. Esto incluye el desarrollo de un **plan de acción de alto impacto**, con responsables claramente identificados y plazos acordados.

La herramienta permite a las ULM evaluar en qué medida su servicio cumple con los estándares e identificar las áreas en las que siguen existiendo deficiencias. Las respuestas a cada pregunta se registran como **SÍ, NO o PARCIALMENTE**, y cada sección se codifica posteriormente con un color (verde, ámbar o rojo) para reflejar el grado de alineación con los estándares. Este resultado visual estructurado permite identificar de forma transparente los puntos fuertes y las áreas que requieren mejoras.

Tras el desarrollo inicial de la herramienta MUSA, la Red de Unidades de matronas (MUNet) y el equipo de la *City University* identificaron la necesidad de orientación adicional para garantizar un uso coherente y eficaz de la herramienta en la práctica (12). En respuesta a ello, se desarrolló el **Marco MUSA** para proporcionar un enfoque paso a paso para utilizar la herramienta MUSA y traducir los resultados de la autoevaluación en un plan de mejora significativo.

La implementación del Marco MUSA comienza con la realización de un análisis estructurado de las deficiencias utilizando la herramienta MUSA. A continuación, los resultados de la autoevaluación se utilizan para identificar las medidas prioritarias de mejora y para orientar la elaboración de un plan de mejora adaptado al contexto específico del Centro de Nacimiento.

El progreso se revisa mediante reuniones de seguimiento que se celebran cada 4-6 meses, lo que permite el seguimiento, la reflexión y la resolución de posibles barreras emergentes. La herramienta MUSA se vuelve a completar cada 12-24 meses para evaluar el progreso a lo largo del tiempo y apoyar la mejora continua en el cumplimiento de los Estándares de los Centros de Nacimiento.



Figura 3. Los ocho pasos del marco MUSA (9)

La participación de las usuarias del servicio y la interdisciplinariedad son fundamentales para la mejora eficaz del servicio, lo que subraya la importancia de la coproducción o cocreación y la participación significativa de las partes interesadas.

En regiones o países con múltiples unidades lideradas por matronas (ULM), el Marco de Autoevaluación de Centros de Nacimiento (MUSA) puede implementarse a nivel regional o nacional, fomentando una comunidad de práctica que permita el aprendizaje compartido, la colaboración y la responsabilidad colectiva. Este enfoque refuerza el apoyo mutuo entre las ULM participantes y facilita la difusión de las mejores prácticas entre los servicios.

8. ACREDITACIÓN EUROPEA DE UNIDADES LIDERADAS POR MATRONAS (EMUA)

La evidencia demuestra de manera consistente que los sistemas de acreditación en las instituciones sanitarias apoyan la implementación de buenas prácticas, fortalecen las estructuras de gobernanza clínica y contribuyen a mejores resultados clínicos y organizativos (13,14). Los marcos de acreditación proporcionan un mecanismo estructurado a través del cual los servicios pueden evaluar sistemáticamente el rendimiento, identificar deficiencias e incorporar procesos de mejora continua de la calidad. En el ámbito de la atención materna, estos sistemas se han asociado con una mayor cultura de la seguridad, un mejor cumplimiento de las directrices basadas en la evidencia y una reducción de las variaciones injustificadas en la prestación de la atención (15).

En reconocimiento de estos beneficios, los criterios de acreditación basados en los Estándares de los Centros de Nacimiento fueron desarrollados durante 2023-2024 mediante un proceso colaborativo internacional con múltiples partes interesadas. En este proceso participaron profesionales clínicos, usuarias de los servicios, investigadores, organizaciones profesionales y responsables políticos de toda Europa para garantizar que el marco resultante fuera relevante desde el punto de vista contextual, se basara en la evidencia y fuera fácilmente adaptable a las diversas estructuras de los sistemas de salud. El objetivo principal de este trabajo fue establecer un sistema europeo de acreditación de Centros de Nacimiento (EMUA) capaz de proporcionar un enfoque coherente, transparente y creíble para el aseguramiento de la calidad de las unidades lideradas por matronas (ULM).

La Acreditación Europea de Centros de Nacimiento (EMUA) ofrece una garantía independiente de que un servicio acreditado demuestra su compromiso de trabajar conforme a los Estándares Europeos de Centros de Nacimiento y de evidenciar su alineación con ellos en el momento de la evaluación. Sin embargo, no sustituye a la regulación legal, la inspección o la responsabilidad profesional, incluidas las responsabilidades en virtud de los marcos normativos nacionales, los códigos deontológicos profesionales o los acuerdos locales de gobernanza clínica.

Reconocer y formalizar el compromiso y los logros de las ULM que se dedican a la mejora continua de la calidad a través de un sistema de acreditación representa una estrategia basada en la evidencia para mejorar la responsabilidad, reducir la variabilidad en la práctica y promover estándares equitativos de atención. La acreditación también puede contribuir al desarrollo profesional del personal, fortalecer la colaboración interdisciplinaria y aumentar la confianza de las usuarias de los servicios y los responsables políticos en la calidad y la seguridad de la atención de los Centros de Nacimiento (NHSE 2019, ISQua 2025) (16,17).

A pesar del creciente énfasis en asegurar la calidad dentro de los sistemas sanitarios europeos, actualmente no existe ninguna iniciativa estandarizada de acreditación o garantía de calidad específica para los Centros de Nacimiento en toda Europa. La ausencia de un marco de este tipo limita las oportunidades de evaluación comparativa, aprendizaje compartido y mejora sistemática, lo que subraya la necesidad de un enfoque europeo coordinado para la acreditación de los Centros de Nacimiento (NHS England, 2019).

9. HERRAMIENTA DE EVALUACIÓN DE LA PREPARACIÓN ORGANIZATIVA DE LOS CENTROS DE NACIMIENTO (ORAXMU)

A partir de la evidencia que pone de manifiesto las dificultades en la implementación de las ULM, incluso cuando existe un acuerdo inicial y un plan establecido (2,5), entre otros, la preparación organizativa se ha revelado como un factor crucial para la implementación satisfactoria y sostenible de las ULM en Europa.

En 2025, Cross et al. (2025) crearon la primera herramienta de evaluación de la preparación organizativa de las ULM (ORAXMU) como parte del proyecto NAIXEM y en colaboración con MUNet. Este proyecto siguió a la tesis de máster de Cross titulada «Preparación organizativa para las unidades dirigidas por

matronas: características relacionadas con la implementación exitosa - Una revisión sistemática y metasíntesis» (18,19). La tesis de Cross y la herramienta ORAXMU se describen y se resumen en los capítulos 5 y 6. Actualmente, la herramienta ORAXMU se encuentra en fase piloto para garantizar que esté lista para su uso por parte de los equipos de implementación en un futuro próximo.

10. CONCLUSIONES

La evidencia revisada en este capítulo demuestra que la sostenibilidad de las unidades lideradas por matronas es un proceso complejo y dinámico que va mucho más allá de la implementación inicial. Si bien las ULM tienen el potencial de contribuir de manera significativa a unos sistemas de atención materna seguros, de alta calidad y sostenibles, su implementación satisfactoria no garantiza por sí sola su supervivencia a largo plazo. En contextos en los que la atención en unidades obstétricas se percibe como el modelo por defecto, siguen siendo especialmente vulnerables. Sin un reconocimiento sostenido, recursos adecuados y una protección política explícita, los beneficios iniciales pueden erosionarse con el tiempo, dejando a las ULM expuestas a la marginación y al cierre.

Por lo tanto, debe establecerse una clara distinción entre implementación y sostenibilidad. La implementación suele contar con el apoyo de una financiación limitada en el tiempo, un patrocinio visible por parte de los líderes y un impulso concentrado del programa. La sostenibilidad, por el contrario, debe mantenerse a pesar de la renovación de los líderes, los cambios en los ciclos de financiación, los cambios políticos y la pérdida gradual de la memoria institucional. A medida que estas condiciones evolucionan, la dependencia de los defensores individuales se vuelve cada vez más frágil, lo que pone de relieve la necesidad de estructuras más formalizadas para proteger e integrar los modelos de atención dirigidos por matronas.

Un liderazgo transformador fuerte, culturas organizativas que brinden apoyo y una inversión continua en el desarrollo profesional son fundamentales para mantener los modelos de atención dirigidos por matronas. Sin embargo, el liderazgo y la preparación local por sí solos son insuficientes si no existen políticas nacionales y regionales coherentes, compromiso político y mecanismos de financiación estables. La experiencia europea pone de relieve que los cambios políticos u organizativos repentinos pueden socavar rápidamente los avances, incluso en entornos bien preparados.

Por lo tanto, es esencial adoptar un enfoque multidimensional de la sostenibilidad, que aborde los obstáculos y los facilitadores a nivel sistémico, organizativo e individual. La planificación estratégica debe incorporar la mejora continua de la calidad, la participación de las partes interesadas y mecanismos de rendición de cuentas y aprendizaje a lo largo del tiempo. En este contexto, iniciativas como la de Midwifery Unit Network desempeñan un papel fundamental al integrar la formación, la consultoría, la investigación y el desarrollo de estándares dentro de un marco de creación de redes e influencia. En conjunto, estas actividades interconectadas proporcionan la infraestructura necesaria para apoyar la coherencia, la resiliencia y la excelencia en la atención en los Centros de Nacimiento.

De cara al futuro, la acreditación y el aprendizaje compartido estructurado ofrecen una importante oportunidad para reforzar la calidad y la seguridad en las ULM, al tiempo que se fomenta la confianza entre las comunidades, los profesionales y los responsables políticos. La incorporación de la atención dirigida por matronas en las estrategias nacionales de maternidad, respaldada por estándares, normativas y procesos de acreditación sólidos, ofrece una vía creíble para reducir las variaciones injustificadas y mantener la confianza en las ULM como piedra angular de una atención materna segura y centrada en la mujer en toda Europa.

11. BIBLIOGRAFÍA

1. Batinelli L, Thaelis E, Leister N, McCourt C, Bonciani M, Rocca-Ihenacho L. What are the strategies for implementing primary care models in maternity? A systematic review on midwifery units. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2022 Dec 1;22(1).
2. Batinelli L, McCourt C, Bonciani M, Rocca-Ihenacho L. Implementing midwifery units in a European country: Situational analysis of an Italian case study. *Midwifery*. 2023 Jan 1;116.
3. Batinelli L, McCourt C, Bonciani M, Rocca-Ihenacho L. Using codesign to support the implementation of a midwifery unit in Europe. *Midwifery*. 2025 Sep 1;148.
4. Peña Ortega L. Rapid-ethnographic study on the barriers and facilitators for the implementation of a midwifery-led unit in the public health system in Spain [MSc dissertation]. London: City, University of London; 2024.
5. Cross M, Buckingham E, Rocca-Ihenacho L, Batinelli L. Organisational Readiness for Midwifery Units: Characteristics Linked to Successful Implementation – A Systematic Review and
6. Newburn M, Rocca-Ihenacho L. Midwifery Unit Network: the first three years [Internet]. London: Midwifery Unit Network; 2016 [cited 2026 Feb 7]. Available from: <https://www.midwiferyunitnetwork.org/wp-content/uploads/PDFs/LY1308BRO-MUNet-Three-Year-Report-PRINT-opt.pdf>
7. Rayment J, Rocca-Ihenacho L, Newburn M, Thaelis E, Batinelli L, McCourt C. The development of midwifery unit standards for Europe. *Midwifery* [Internet]. 2020 Jul 1 [cited 2026 Feb 7];86, 102661. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.midw.2020.102661>
8. World Health Organization. Quality health services [Internet]. 2025 [cited 2026 Feb 7]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/quality-health-services>
9. Rocca-Ihenacho L, Yuill C, Thaelis E, Uddin N. The Midwifery Unit Self-Assessment (MUSA) Toolkit: embedding stakeholder engagement and co-production of improvement plans in European midwifery units. *Evidence & Policy*. 2023 Feb;19(1):165–76.
10. Thaelis E, Yuill C, Harris R, Rocca-Ihenacho L. Midwifery unit self-assessment tool (version 5). London: Midwifery Unit Network; 2024 Aug 6.
11. Rocca-Ihenacho L, Batinelli L, Thaelis E, Rayment J, McCourt C. Midwifery unit standards. London: Midwifery Unit Network; 2018
12. Yuill L, Keraudren S, Harris R, Thaelis E, Rocca-Ihenacho L. Midwifery Unit Self-Assessment Framework (MUSA Framework). London: City, University of London; 2024
13. Alhawajreh MJ, Paterson AS, Jackson WJ. Impact of hospital accreditation on quality improvement in healthcare: A systematic review. *PLoS One*. 2023 Dec 1;18(12 December).
14. Hussein M, Pavlova M, Ghalwash M, Groot W. The impact of hospital accreditation on the quality of healthcare: a systematic literature review. *BMC Health Serv Res*. 2021 Dec 1;21(1).
15. Fair FJ, Morrison A, Soltani H. The impact of Baby Friendly Initiative accreditation: An overview of systematic reviews. *Maternal & Child Nutrition*. 2021;
16. International Society for Quality in Health Care. Safe Care Is the Right Care: The ISQua White Paper on Patient Safety for Healthcare Organisations [Internet]. Dublin; 2026 Feb [cited 2026

- Feb 7]. Available from: <https://isqua.org/media/attachments/2025/04/02/isqua-white-paper-on-patient-safety-in-healthcare-organisations.pdf>
17. NHS England & NHS Improvement. Guide to Developing and Implementing Ward and Unit Accreditation Programmes [Internet]. 2019 [cited 2026 Feb 7]. Available from: <https://www.england.nhs.uk/publication/guide-to-developing-and-implementing-ward-and-unit-accreditation-programmes/>
 18. Cross M, Buckingham E, Rocca-Ihenacho L, Batinelli L. Organisational Readiness for Midwifery Units: Characteristics Linked to Successful Implementation – A Systematic Review and Meta-Synthesis. Midwifery. 2026 Feb;
 19. Valerio M, Jackson H, Daniele M, Rocca-Ihenacho L. A Systematic Review of Clinical Outcomes in Midwifery Units (MUs) in Europe. Midwifery (accepted for publication). 2026 Feb;

“La falta de personal y recursos suficientes obliga a asumir cargas asistenciales por parte de las matronas que comprometen la calidad y sostenibilidad del cuidado”.

- Matrona participante en el grupo de trabajo sobre el funcionamiento de los CN

Capítulo 15

Evaluación de la atención al nacimiento: indicadores clínicos y necesidades identificadas



“La calidad de la atención sanitaria es el grado en el que los servicios de salud aumentan la probabilidad de los resultados de salud deseados”

WHO & International Joint Statement, 2016

(1)

Autoras/es:

Amparo Lopez, Ricard Barberà, Soledad Carreguí.

377	1. INDICADORES CLÍNICOS EN EL CENTRO DE NACIMIENTO
378	1.1 Propuesta de indicadores con definiciones operativas (rev. Lit. (3–6)
384	2. UTILIDAD DE LA HERRAMIENTA MUSA (MIDWIFERY UNIT SELFASSESSMENT) (6)
384	PARTE II. DEFINICIÓN DE NECESIDADES IDENTIFICADAS POR MADRES Y MATRONAS
384	3. LA HUMANIZACIÓN DEL NACIMIENTO
385	4. EL ESTUDIO NAIKEM: DE DÓNDE SALEN LOS DATOS
385	4.1 Metodología
387	4.2 Criterios de satisfacción identificados
388	5. NECESIDADES DE LAS MUJERES EN UN PARTO RESPETUOSO
388	5.1 Atención cercana y relación de confianza (C01.)
389	5.2 Información completa y participación en las decisiones (C02., C03. Y C04.)
389	5.3 Continuidad de cuidados y plan de parto (C05.)
390	5.4 Acompañamiento continuo, no separación y vínculo (C06. Y C011.)
390	5.5 Manejo del dolor y grado de medicalización elegidos (C07.)
391	5.6 Entorno físico: intimidad, confort y seguridad percibida (C08., C09., C10., C12., C13. y C14.)
391	6. NECESIDADES DE LAS MATRONAS PARA PODER OFRECER PARTO RESPETUOSO
391	6.1 Recursos humanos suficientes y carga de trabajo realista
391	6.2 Continuidad, autonomía profesional y liderazgo (C05.)
392	1.3 Espacios y equipamiento pensados también para quien cuida (C07.)
392	7. CONVERGENCIAS ENTRE MUJERES Y MATRONAS: CRITERIOS CLAVE DE CALIDAD
392	7.1 Atención cercana y continuidad asistencial (C01. Y C05.)
392	7.2 Información integral antes, durante y después del parto (C04., C03. Y C04.)
393	7.3 Acompañamiento y protección de la díada madre–bebé (C06., C11., C12, C13. Y C14.)
393	7.4 Sala integrada y modelo de Centro de Nacimiento (C09 y C10.)
393	8. INDICADORES DE SATISFACCIÓN EN EL PROCESO DE PARTO
395	9. PROPUESTA DE APLICACIÓN
396	10. CONCLUSIONES: ASPECTOS A CONSIDERAR
397	11. IMPLICACIONES PARA EL DISEÑO DE CENTROS DE NACIMIENTO
397	11.1 Para gestores y responsables de calidad
397	11.2 Para arquitectos y diseñadoras
398	11.3 Para matronas y equipos clínicos
401	12. BIBLIOGRAFÍA

PARTE I. IMPORTANCIA DE LOS INDICADORES CLÍNICOS PARA LA EVALUACIÓN DE LA ASISTENCIA EN UN CENTRO DE NACIMIENTO

1. INDICADORES CLÍNICOS EN EL CENTRO DE NACIMIENTO

Los indicadores clínicos constituyen una herramienta fundamental para garantizar la seguridad, la eficacia y la calidad asistencial en un Centro de Nacimiento (CN). Permiten evaluar de manera objetiva si la atención proporcionada a la mujer y al recién nacido se ajusta a la evidencia científica disponible y a los estándares internacionales de calidad establecidos por la Organización Mundial de la Salud (OMS) (2). En el contexto de un CN—donde la atención se centra en mujeres con embarazos de baja complejidad y en la fisiología del nacimiento—estos indicadores adquieren especial relevancia, ya que permiten monitorizar que la asistencia mantiene niveles óptimos de seguridad sin comprometer el enfoque biopsicosocial y mínimamente intervencionista.

Según el marco de calidad de la OMS, los indicadores clínicos deben medir tres dimensiones esenciales: **la adecuación de los procesos clínicos, los resultados maternos y neonatales, y la capacidad del sistema para responder eficazmente a cualquier desviación de la normalidad**. En el ámbito materno, estos indicadores incluyen, entre otros, la evaluación sistemática del bienestar materno en el posparto inmediato, la identificación y el manejo precoz del sangrado posparto, la vigilancia de signos de infección, el seguimiento de constantes vitales, la correcta revisión de la integridad perineal, entre otros. En el CN, donde la mayoría de mujeres cursan un posparto fisiológico, estos indicadores permiten asegurar que no se pasan por alto signos tempranos de complicaciones y que todas las evaluaciones se realizan de forma planificada, estructurada y documentada.

En el ámbito neonatal, los indicadores clínicos abarcan la evaluación de la adaptación cardio-respiratoria, la necesidad y efectividad de maniobras de reanimación básica, la valoración del tono, color y respiración, la comprobación de la termorregulación, la detección de ictericia, el inicio adecuado de la alimentación y la vigilancia de glucemia en neonatos con factores de riesgo. Estos indicadores garantizan que el recién nacido mantiene una transición fisiológica adecuada y que cualquier alteración se detecta antes de que requiera intervenciones de mayor complejidad o un traslado a neonatología.

Asimismo, los indicadores clínicos permiten medir la **adhesión a prácticas basadas en la evidencia**, como el contacto piel con piel inmediato y continuado, el pinzamiento tardío del cordón, la no separación innecesaria del binomio, el apoyo al inicio de la lactancia materna y la aplicación adecuada de profilaxis esenciales. Su monitorización periódica facilita detectar variaciones injustifica-

das en la práctica, mejorar la consistencia entre profesionales y promover un cuidado seguro, respetuoso y coherente con los estándares internacionales.

Finalmente, el análisis de los indicadores clínicos proporciona información clave para la **mejora continua**, permitiendo a los equipos evaluar tendencias, identificar oportunidades de formación, revisar protocolos y asegurar que el CN mantiene una atención alineada con los principios de calidad definidos por la OMS: seguridad, eficacia, oportunidad y continuidad asistencial. En conjunto, estos indicadores se convierten en un instrumento estratégico para garantizar que el CN ofrece una atención clínicamente sólida, basada en la evidencia y centrada en la mujer y su recién nacido.

1.1 Propuesta de indicadores con definiciones operativas (rev. Lit. (3–6)

A continuación, se presenta una propuesta de indicadores clínicos básicos que se deberían recoger de la historia clínica de las mujeres atendidas en un Centro de Nacimiento para proceder a su análisis con el fin de garantizar la seguridad clínica, monitorizar la calidad asistencial y asegurar el cumplimiento de los estándares recomendados de atención materna y neonatal. Estos indicadores permiten evaluar de forma objetiva los procesos, resultados y prácticas clínicas, y constituyen una herramienta fundamental para la mejora continua, la toma de decisiones informada y la consolidación de un modelo de atención seguro, eficaz y centrado en la mujer y su recién nacido.

Tabla 1. Propuesta de indicadores con definiciones operativas. Fte: Elaboración propia basada en la revisión bibliográfica rev. lit. (3–6)

INDICADOR PRENATAL	DEFINICIÓN OPERATIVA/ INCLUYE
Nº visitas prenatales previas a la inclusión en el CN	Nº de consultas en mujeres (consulta dudas, valoración previa ...)
Nº de mujeres que se incluyen en el CN	Nº de mujeres que se han incluido para atención durante el proceso
Motivo de elección del CN	Descripción del motivo: ambiente relajado (como en casa), Parto previo en CN, recomendado por una amiga, recomendado por una matrona o médico, parto en agua, conocer al equipo, mala experiencia en el hospital, cerca de casa, buenas reseñas en internet, no me gustan los hospitales...
Nivel de riesgo en el momento de inclusión en el CN	Valorar según tabla capítulo 11 (verde, amarillo o rojo). Describir si existen condiciones del nivel amarillo o rojo
Nº de mujeres que se excluyen en el CN	Mujeres que tras valoración por deseo de ser atendida en el CN se excluyen.
Definir condiciones de los casos que precisen valoración por Equipo avanzado	Describir condiciones del nivel amarillo o rojo que presente la mujer (tabla capítulo 11)

Presencia de SGB en cultivo vaginal-rectal	Si/No
Motivo de exclusión de la asistencia en CN	Descripción del motivo de la exclusión
Semana de admisión de la gestante en el CN	Nº de semanas cumplidas en las que es admitida en el CN
Nº de consultas totales que se realizan desde inclusión hasta el parto	Diferenciar presenciales y telefónicas
Nº de transferencias previo al parto (anteparto)	Nº de mujeres que se derivan a la UO anteparto
Motivo de transferencia antenatal	Reflejar motivos clínicos o si es por voluntad propia (gestación prolongada, RPM, LA meconial, disminución de movimientos fetales, IMC >35, CIR, colestasis, polihidramnios, alteración de la FCF...), si ha cambiado de opinión
Semanas de transferencia previo al parto	Semanas en las que se produce la transferencia previa al parto
Nº de actividades formativas/educación comunitaria	Especificar tipo de sesión (realizadas, rechazadas, no ofertada)
Nº asistentes sesiones	Diferenciar mujeres y acompañantes
Fórmula obstétrica (GPCA)	Gestaciones anteriores, Partos anteriores, Cesáreas anteriores, Abortos anteriores
Hijos vivos	Nº hijos vivos
Indicadores sociodemográficos	Edad, nivel educativo, etnia, nacionalidad, procedencia, estado civil, profesión (trabajo), género, paridad
Edad materna	
IMC	Kg/m ²
Origen	Europea/Arabia-Magreb/India/Pakistan/Este Asia/Africa sub-sahariana/Sudamerica/Otros
Partos prematuros anteriores	
Nº gestaciones que se admiten por bajo riesgo	
Nº mujeres informadas con protocolo firmado IHAN	
Nº de gestaciones que se admiten por riesgo intermedio	
% de mujeres con plan de parto consensuado del total de mujeres admitidas en el CN	

INDICADORES INGRESO/PARTO	DEFINICIÓN OPERATIVA / INCLUYE
Nº ingresos en CN	
Motivo de ingreso	
Tiempo de ingreso hasta el parto	
Nº de mujeres con sedación preparto	Uso de mórficos en el preparto (Dolantina)
Nº transferencias tras ingreso	Desde el ingreso hasta el inicio del parto
Nº transferencias intraparto	
Tiempos de transferencia a UO en traslados urgentes	
Motivo de transferencia intraparto	Estacionamiento del primer, segundo o tercer estadio, sospecha de pérdida de bienestar fetal, solicitud de analgesia epidural, aumento de la TA, emergencia obstétrica, otros (fiebre, meconio...)
Tiempo de ingreso en habitación preparto	Media de tiempo (tiempo/mujeres)
Mujeres que ingresan en UTPR (sala integrada de nacimiento)	Mujeres que inician el parto en CN
Amniotomía	Mujeres que precisan amniotomía Si/No
Uso de la bañera	Mujeres que utilizan la bañera Si/No
Uso de otros métodos para alivio del dolor	Describir (óxido nitroso, inyecciones de agua, TENS, acupuntura, lidocaína...)
Uso de epidural	% de mujeres que se administran epidural (tras transferencia a UO)
Nº de mujeres que precisan una MCTG por AFI no tranquilizadora	
% mujeres acompañadas	
Presencia de estudiantes (%) en los partos	Previo consentimiento de la mujer
Nº de mujeres que precisan consultoría a Obstetra o Pediatra intra-parto	
Nº de asistencias en el CN por Obstetra y Pediatra	
Inicio de parto	Espontáneo, maduración previa con Prostaglandinas o balón
Mujeres que precisan MCTG en el CN por AFI no tranquilizadora para valoración previa transferencia	
Nº de mujeres que finalizan el parto en el CN	Analizar las mujeres que se incluyeron y las que finalizaron (%)

Finalización o tipo de parto	Eutócico en seco, parto en agua, instrumentado o CST
Semana gestacional en el momento del parto	Indicar semana gestacional completa + días
Lugar de nacimiento	Centro de Nacimiento/Unidad Obstétrica/Quirófano/Domicilio
Cuidados de proceso	Cuidados completos en CN: antenatal, intraparto y posparto Cuidados antenatales en CN y traslado intraparto Cuidados antenatales e intraparto en CN , traslado en 3º etapa o posparto inmediato (hasta 6 horas) Cuidados completos CN excepto puerperio precoz (a partir de 6 horas)
Presencia de otros familiares en el parto a petición de la mujer	Si/No
Tipo de pujo	Espontáneo, dirigido
Posición parto	Sentada, en cuclillas, cuadrupedia, de pie, en la cama lateral, en la cama semifowler, ginecológica
Episiotomía	Si/No
Desgarro	Grado I, II, III, IV
Tipo de alumbramiento	Activo/Fisiológico
Hemorragia posparto leve	Sangrado abundante >500ml que precisa activación protocolo, pero no precisa traslado. Si/No
Hemorragia grave que precisa traslado	Hemorragia > 1000 ml o clínica severa que precisa activación de hemorragia posparto grave o transfusión. Si/No
Retención placentaria	Mujeres que precisan de extracción manual de placenta
Nº de mujeres y %, que son atendidas por una matrona conocida	
Nº de mujeres y %, que disponen de cuidados <i>one to one</i> en el parto	
Nº de mujeres y % que son atendidas por la misma matrona durante todo el proceso	
Nº de mujeres atendidas en primer estadio del parto	
Nº de mujeres atendidas en segundo estadio del parto	
Nº de mujeres atendidas en tercer estadio del parto	

INDICADORES POSNATALES	DEFINICIÓN OPERATIVA / INCLUYE
Presencia de Emergencia Perinatal	Describir (distocia de hombros, riesgo de pérdida de bienestar fetal, rotura de cordón, prolapso de cordón, shock materno)
Lactancia elegida por la madre	Materna/Artificial/Solo desea ofrecer calostro
Tipo de agarre	Espontáneo o con ayuda de la madre/Con ayuda profesional / No agarre
Estado de alerta del RN	Tranquilo/Irritable/Somnoliento
Realización de CPP ininterrumpido 2 h.	
Motivo separación diada	
Apgar Neonatal	Al minuto/5 minutos
Reanimación neonatal que precisa activación protocolo de reanimación (aviso al pediatra)	Incluye reanimación que precise intervenciones además de ventilación
Reanimación neonatal básica	Reanimación que precisa medidas iniciales como ventilación con PP, estimulación, pero con reacción positiva y adaptación posterior neonatal normal (lo realiza la matrona sin necesidad de llamar al pediatra)
Sexo del RN	Mujer/ Varón/ Indeterminado
Peso del RN	
Percentil	Rango normal/ $p < 10$ / $p > 90$
Distrés neonatal	Que precise valoración pediátrica, no transitorio
Nº de ingresos neonatales en Unidad Neonatal (hospital)	
Motivo de ingreso neonatal	Ictericia, problemas alimentación, distrés respiratorio, hipoglucemia, sepsis, malformación, coombs directo +...
Nº ingresos neonatales en UCI	Nº ingresos neonatales en UCI
Transfusión sanguínea	Mujeres que precisan transfusión
Tiempo de estancia posparto en el CN	<6 h, 6–12 h, 12–18 h, 18–24 h, >24 h
Mortalidad perinatal	Registrar la muerte fetal (antenatal o intra-parto) y la muerte neonatal de las mujeres admitidas en el CN
Suplementos de leche artificial recibidos en el CN	
Motivo de suplementación	Solicitud materna, hipoglucemia, ...
Lactancia al alta del CN	Lactancia materna exclusiva, Lactancia materna mixta, Lactancia artificial.
Nº de transferencias neonatales	Indicar si son emergentes o con planificación.

Motivo de la transferencia neonatal	Incluir el motivo “necesidad de traslado materno”, dificultad respiratoria, malformación, sospecha de sepsis...
Nº de transferencias maternas posparto	
Motivo de la transferencia posparto	Hemorragia, fiebre, desgarro de III o IV grado, retención placentaria etc..
Nº de mujeres con alta precoz ≤ 24 h	
Nº y % de neonatos a los que se administra profilaxis	Indicar: Profilaxis ocular, profilaxis hemorrágica (IM o oral)
Nº y % de neonatos a los que se le administra la vacuna VRS	Cuando esté indicada en periodo recomendado
Nº de criaturas a las que se realice el cribado neonatal en el CN	Contemplar: Otoemisiones, prueba de talón, cardiopatías.
Profesional que da el alta del CN del RN	Matrona/Pediatra
Nº de mujeres que acuden al hospital o CN por urgencia tras alta hospitalaria	Durante el primer mes
Motivo de consulta urgencias tras alta en el CN	Durante el primer mes
Sepsis materna valorado hasta 2 semanas posparto	Casos de sepsis intraparto o posparto temprano
Infección puerperal valorado hasta 2 semanas posparto	Valorada hasta el mes, incluye (mastitis, ITU, endometritis...)
Sepsis neonatal	Precisa administración de ATB intravenosa
Nº de consultas telefónicas tras alta en el CN	Informar sobre origen de la llamada (matrona o usuaria)
Nº de mujeres atendidas durante todo el proceso (ante-intra y posparto)	
<i>En el caso de FMU separada del hospital, se necesitará recoger con qué medio se transfiere, el tiempo de transferencia y en el caso de ser una ambulancia el tiempo que tarda en llegar hasta poder iniciar traslado</i>	

Además de estos indicadores, el Centro de Nacimiento debe recoger su filosofía de trabajo de manera que pueda avalar su práctica según los estándares de Centros de Nacimiento; para ello, se aconseja utilizar la herramienta **MUSA**, ya que permite realizar una autoevaluación estructurada, identificar áreas de mejora y apoyar la implementación de prácticas seguras y coherentes con el modelo de atención liderado por matronas.

2. UTILIDAD DE LA HERRAMIENTA MUSA (MIDWIFERY UNIT SELF-ASSESSMENT) (6)

La herramienta **MUSA (Midwifery Unit Self-Assessment)** (6) es un instrumento de autoevaluación diseñado para apoyar la implementación, mejora continua y ampliación de las unidades de matronas en Europa. Su principal utilidad radica en ofrecer un **marco estructurado y basado en evidencia** que permite a los equipos de matronas evaluar de manera sistemática el funcionamiento de sus unidades en relación con los Estándares de los Centros de Nacimiento (7).

El instrumento facilita la **identificación de fortalezas y áreas de mejora** mediante indicadores organizados en dimensiones clave como la filosofía de atención, la gobernanza, la organización del cuidado, la seguridad clínica, la formación del personal y el trabajo multidisciplinar. A partir de esta evaluación, la herramienta impulsa la **elaboración colaborativa de planes de mejora**, promoviendo la participación de matronas y otros actores relevantes mediante procesos de coproducción.

Además de su función evaluativa, MUSA tiene un valor generativo y reflexivo: estimula la reflexión crítica sobre la práctica, refuerza la identidad profesional de las matronas y otorga mayor legitimidad y visibilidad a los modelos de atención centrados en la mujer y en el enfoque biopsicosocial. El estudio muestra que su uso puede conducir a mejoras tangibles incluso en períodos cortos, evidenciadas por el aumento en el cumplimiento de estándares entre evaluaciones sucesivas.

Por último, la herramienta resulta especialmente útil para hacer visibles barreras estructurales, legales y organizativas que condicionan el desarrollo de las unidades, aportando información clave para la planificación estratégica y el diálogo con gestores y responsables políticos. En conjunto, MUSA no solo evalúa la calidad, sino que actúa como un catalizador para el cambio, la mejora de la seguridad y el fortalecimiento de la autonomía profesional en las unidades de matronas.

PARTE II. DEFINICIÓN DE NECESIDADES IDENTIFICADAS POR MADRES Y MATRONAS

3. LA HUMANIZACIÓN DEL NACIMIENTO

El presente trabajo se fundamenta en los resultados obtenidos mediante un enfoque metodológico mixto que combinó técnicas cualitativas y cuantitativas. En la fase cualitativa se desarrollaron grupos de discusión con mujeres que habían dado a luz en distintos contextos asistenciales —hospitalarios y alternativos— y

con matronas con experiencia en la atención a partos naturales y respetuosos. En la fase cuantitativa se administraron cuestionarios en línea a 484 mujeres y 24 matronas, con el propósito de evaluar los niveles de satisfacción asociados a diferentes modelos de atención y la influencia de los principales criterios de calidad percibida.

El análisis conjunto de ambas fuentes permitió identificar amplias coincidencias entre mujeres y profesionales en torno a la **humanización del nacimiento**, la relevancia del **acompañamiento continuo** y la necesidad de **entornos acogedores y funcionales**. Asimismo, se observaron diferencias en la percepción del control, la intimidad y el uso de los recursos disponibles, que reflejan matices derivados tanto de la experiencia vivida por las mujeres como de la interpretación profesional de las matronas. Estas divergencias, lejos de representar una contradicción, aportan una visión complementaria que contribuye a enriquecer el proceso de diseño y a orientar la toma de decisiones hacia soluciones más inclusivas y adaptables.

Los resultados cualitativos mostraron que los factores más estrechamente vinculados a una experiencia de parto satisfactoria son el **protagonismo materno**, la **comunicación respetuosa**, el **apoyo al plan de parto**, la **libertad de movimiento** y la **continuidad en la atención por parte de la matrona**. Por el contrario, la imposición de rutinas institucionales o la falta de información reducen la sensación de control y bienestar, afectando negativamente la vivencia del proceso.

Desde la **perspectiva profesional**, las matronas subrayan el papel decisivo de la **cultura organizativa** y del **entorno físico** en la posibilidad de ofrecer una **atención centrada en la mujer**. De este modo, el **diseño centrado en la persona** se concibe como una herramienta estratégica que media entre las necesidades fisiológicas, técnicas y emocionales del parto. Cada elemento —desde la disposición del mobiliario hasta la iluminación o la accesibilidad— debe contribuir a reforzar la autonomía y la seguridad de la mujer, evitando que la técnica o los protocolos prevalezcan sobre la experiencia humana.

4. EL ESTUDIO NAIXEM: DE DÓNDE SALEN LOS DATOS

4.1 Metodología

Diseño del Estudio. La investigación se ha desarrollado bajo un diseño mixto secuencial exploratorio, articulado en dos fases consecutivas (cualitativa y cuantitativa) para garantizar la validez del constructo y la triangulación de los resultados. El estudio se enmarca en el proyecto estratégico NAIXEM, financiado por la Agencia Valenciana de la Innovación (AVI), con el objetivo de evaluar las necesidades asistenciales, espaciales y funcionales en los entornos de nacimiento.

Aprobación Ética y Consideraciones Legales. El protocolo del estudio ha sido revisado y aprobado por el Comité de Ética de la Investigación (CEI) del Hospital de La Plana, asegurando el cumplimiento de los estándares éticos nacionales y europeos para la investigación con seres humanos. La participación en ambas fases fue voluntaria, anónima y bajo consentimiento informado, garantizando

la confidencialidad de los datos conforme a la normativa vigente de protección de datos.

Fase 1: Estudio Cualitativo (Exploratorio). Se llevó a cabo una sesión presencial de cocreación mediante la técnica de grupo de discusión (*Focus Group*) en el Hospital de La Plana (Vila-real). La sesión, con una duración de tres horas (10:00h - 13:00h), siguió un guión semiestructurado moderado por especialistas en Experiencia de Usuario del Instituto de Biomecánica (IBV).

Muestra: La selección de participantes se realizó mediante muestreo intencional, conformando un panel multidisciplinar de **20 participantes**: 11 mujeres usuarias con experiencias de parto diversas (fisiológico y medicalizado), 8 matronas y 1 especialista en ginecología y obstetricia.

Análisis: Se aplicó un análisis temático inductivo para identificar categorías de necesidades y puntos críticos en la experiencia de parto.

Fase 2: Estudio Cuantitativo (Validación). A partir de los hallazgos de la fase cualitativa, se diseñó un estudio transversal mediante cuestionario *ad hoc* online, administrado a través de la plataforma SurveyMonkey. El instrumento incluyó ítems validados de escalas de FISABIO y MUNET, abordando 30 variables para usuarias y 18 para profesionales.

Muestra: Se obtuvo una muestra final válida de **508 participantes**, desglosada en **484 mujeres** (con partos en los últimos 5 años) y **24 matronas** en activo. La captación se realizó a través de asociaciones profesionales y grupos de apoyo a la lactancia para asegurar representatividad en ambos modelos de atención (parto natural y convencional).

Análisis Estadístico: Los datos fueron procesados utilizando el software JAMOVI y R. Se realizaron análisis descriptivos e inferenciales (significancia $p < 0.05$) y se aplicó el Modelo Kano junto con el coeficiente V de Cramér para clasificar los requisitos de calidad en «Básicos», «Lineales» y «de Sobreexigencia», permitiendo la definición empírica de Indicadores Clave de Desempeño (KPIs) para el diseño de Centros de Nacimiento.

Para dar solidez a los resultados, es importante entender brevemente la base empírica:

La mayoría de las mujeres encuestadas tuvo su parto en un hospital público (75,4%), seguido de centros privados (22,6%) y un pequeño porcentaje de partos en casa (2,1%).

El 83% de los partos se produjo en un paritorio medicalizado, frente a un 23,8% en salas integradas dentro del hospital, y una proporción residual en casas de partos independientes o entornos domiciliarios.

El 61% inició el parto de forma espontánea, pero un 35,4% fue inducido y un 3,6% correspondió a cesáreas programadas.

- Los resultados del parto muestran un 60,3% de partos vaginales normales, un 21,5% instrumental y un 18,1% por cesárea.

En cuanto a la vivencia:

- El 85,2% de las mujeres considera que el trato recibido fue respetuoso y digno, un 4,7% califica su experiencia global como nada satisfactoria y un

6,5% como poco satisfactoria, es decir, **más de un 11% de experiencias negativas.**

- **La mayoría evalúa positivamente a las matronas:** el 87% considera adecuado o totalmente adecuado el tiempo dedicado y el 89,3% valora la relación con ellas como adecuada o totalmente adecuada.

4.2 Criterios de satisfacción identificados

El estudio permitió identificar **14 criterios de satisfacción** en la experiencia de parto:

C01. Atención cercana. Atención cercana, cálida, paciente y respetuosa con el proceso de cada mujer y sus decisiones

C02. Información previa al parto. Información completa del proceso de parto y la lactancia de forma anticipada

C03. Información durante el parto. Información completa durante el proceso de parto

C04. Información posparto. Información sobre la lactancia y los cuidados maternos y del bebé posteriores al parto

C05. Cuidados continuados matronas. Cuidados continuados por parte de las mismas matronas durante el embarazo, parto y posparto

C06. Acompañamiento persona de confianza. Acompañamiento en todo momento de una persona de confianza (pareja u otro)

C07. Ofrecimiento recursos diversos. Ofrecer diferentes recursos en el proceso (bañera, pelota, manteo, mecedora, cambio postural...) y orientación para la elección

C08. Ambiente relajado. Ambiente relajado en la sala de parto y estancias utilizadas (sonido, iluminación, estética, temperatura... agradables)

C09. Sala única todo el proceso. Realizar todo el proceso de parto, desde la dilatación al establecimiento de la lactancia en la misma sala (individual)

C10. Apoyo/asesoramiento en planta. Apoyo y asesoramiento en la habitación/planta

C11. Atención bebé sin separación. Atención al bebé sin separarlo de la familia (en la misma habitación o con acompañamiento)

C12. Respeto tiempos familiares. Entrada de profesionales en la habitación controlada y con horarios que respeten los tiempos familiares

C13. Centro de nacimientos separado. Espacios centrados en el nacimiento separados de otras actividades hospitalarias (urgencias, otras patologías ginecológicas...)

C14. Habitación individual y confortable (mobiliario adecuado a acompañante, bebé y madre)



Figura 1. Mapa de necesidades y expectativas de un Centro de Nacimiento. Fuente: elaboración propia estudio de necesidades proyecto NAIXEM

Los siguientes apartados justifican cada uno de estos criterios en base a los resultados del estudio.

5. NECESIDADES DE LAS MUJERES EN UN PARTO RESPETUOSO

5.1 Atención cercana y relación de confianza (C01.)

Las mujeres buscan a alguien que las acompañe y establecer una relación de confianza en su proceso de parto. En el estudio cualitativo, las usuarias asocian la satisfacción con *“trato cercano, atención cálida... forma de hablar tranquila”*, así como posibilidad de conocer a la profesional de antemano.

Cuantitativamente, El 87% valora como adecuada o totalmente adecuada la cantidad de tiempo dedicado por las matronas a la familia y el 89,3% percibe la relación con las matronas como adecuada o totalmente adecuada.

Sin embargo, este buen resultado convive con quejas reiteradas sobre falta de continuidad (cambios de profesional durante el proceso), trato protocolario en planta, y la ausencia de presentación y explicación clara de quién entra y por qué entra en la habitación.

El modelo organizativo debe **garantizar presencia suficiente de matronas**, pero también su capacidad de **ofrecer una atención realmente cercana**, sin estar permanentemente sobrecargadas ni fragmentadas en múltiples tareas.

5.2 Información completa y participación en las decisiones (C02., C03. Y C04.)

Las mujeres reclaman ser consideradas decisoras de su proceso, no meras receptoras de procedimientos. La investigación cualitativa señaló como aspecto crítico la *“infantilización de la mujer, no se tienen en cuenta sus decisiones ni se le informa de forma suficiente”*.

El estudio cualitativo detalla necesidades muy concretas como la importancia de disponer de información anticipada de lo que va a ocurrir, explicación de alternativas (por ejemplo, recursos no farmacológicos para el dolor), claridad sobre los riesgos y signos de alarma tras el alta, y acompañamiento en la toma de decisiones consensuada.

Los datos cuantitativos muestran que el 80,7% considera adecuada o totalmente adecuada la información, orientación y pautas recibidas por las matronas, pero casi una de cada cinco mujeres la percibe como insuficiente.

El análisis realizado revela que la información es un criterio lineal: cuando está presente mejora la experiencia; cuando falla, la empeora. Existe una relación estadísticamente significativa entre mejor información posparto y mayor satisfacción global.

Para un parto respetuoso, la información debe ser: Integral (antes, durante y después); **Comprensible** (sin jerga técnica innecesaria); y **Orientada a la decisión compartida**, no solo a obtener un consentimiento formal.

5.3 Continuidad de cuidados y plan de parto (C05.)

La continuidad no es un extra, es un determinante estadístico de la satisfacción. En el modelo de calidad NAIXEM, el Criterio 05 – Cuidados continuados por parte de las mismas matronas muestra una relación significativa con la satisfacción global ($p < 0,01$). Las mujeres que declaran un parto muy satisfactorio son las que, en mayor proporción, señalan la continuidad de matronas como elemento clave de su buena experiencia. Simétricamente, entre quienes vivieron el parto con poca satisfacción, la continuidad aparece como uno de los aspectos que *“claramente debe mejorar”*.

Por otra parte, el plan de parto es una herramienta de autonomía. En el cuestionario, casi la mitad de las mujeres que lo utilizaron, considera que les resultó útil, aunque muchas reportan dificultades para que sea realmente tenido en cuenta cuando el protocolo entra en conflicto con sus preferencias.

Un modelo que permita **que una misma matrona (o un equipo muy reducido) acompañe el proceso embarazo–parto–posparto**, y **que el plan de parto sea un documento vivo**, conocido por todos y operacionalizado en el diseño de los espacios y los flujos.

5.4 Acompañamiento continuo, no separación y vínculo (C06. Y C011.)

La presencia de una persona de confianza y la no separación innecesaria del bebé son pilares emocionales de la experiencia. El Criterio 06 – Acompañamiento en todo momento de una persona de confianza muestra que más de la mitad de las mujeres consideran que influye mucho en su satisfacción. Entre quienes tuvieron partos menos satisfactorios, este acompañamiento se identifica como uno de los aspectos que más debería mejorar.

Respecto al bebé, el 70,4% de las mujeres tuvo contacto piel con piel sin separación en las primeras dos horas; un 22,4% tuvo piel con piel, pero con alguna separación; y un 6,4% refiere separación total, justificada o no. El 81,6% pudo amamantar mientras hacía piel con piel; solo un 6,6% no pudo debido a la situación clínica.

El análisis realizado confirma que la atención al bebé sin separarlo de la familia (Criterio 11) es un criterio lineal: su presencia se asocia a experiencias más satisfactorias, y su ausencia se concentra en las mujeres que valoran negativamente su parto.

En los grupos de discusión, la separación injustificada se describe como un auténtico shock emocional, especialmente cuando no se explica adecuadamente.

Garantizar acompañamiento continuo y no separación de la díada madre-bebé es un requisito de calidad con evidencia cuantitativa.

5.5 Manejo del dolor y grado de medicalización elegidos (C07.)

El estudio muestra un escenario mixto en el que el 66% de las mujeres utilizó analgesia epidural. Entre los métodos no farmacológicos, el 50,5% utilizó respiración/relajación, el 42% movimiento libre, el 16,8% ducha, el 11,2% bañera y el 13,3% masaje.

Esto sugiere un uso elevado de epidural, en un contexto donde los recursos físicos para alternativas (bañera, barras, pelotas, lianas) todavía son limitados y poco sistemáticos. Además, la tasa de inducciones (35,4%) y de partos instrumentales (21,5%) refleja un grado relevante de intervención.

Aunque el estudio no entra a valorar la pertinencia clínica de cada procedimiento, sí muestra que las experiencias más satisfactorias se dan, con mayor frecuencia, en partos no medicalizados, en posiciones elegidas y en salas que ofrecen recursos como bañera, pelota o silla de parto.

El parto respetuoso no equivale a parto sin analgesia. Equivale a dolor acompañado y opciones reales, donde la analgesia farmacológica convive con recursos no farmacológicos apoyados por el diseño espacial y la presencia continua de matronas.

5.6 Entorno físico: intimidad, confort y seguridad percibida (C08., C09., C10., C12., C13. y C14.)

Desde la mirada de las mujeres, el entorno es mucho más que un decorado. El 85,2% percibe que se respetó su privacidad durante el parto, pero los testimonios cualitativos muestran que esta privacidad se rompe a menudo en salas de monitores, urgencias compartidas o habitaciones con entradas constantes de personal sin presentarse ni explicar el motivo.

Las mujeres y las matronas coinciden en pedir salas individuales, ambiente “*de hogar*”, con luz cálida, silencio relativo y mobiliario no hospitalario, y posibilidad de realizar todo el proceso en una misma sala (dilatación, expulsivo y primeras horas de posparto) para evitar traslados vividos como bruscos y desorientadores.

Cuando **todo el proceso puede realizarse en una sola sala individual**, la experiencia de parto es significativamente más satisfactoria.

6. NECESIDADES DE LAS MATRONAS PARA PODER OFRECER PARTO RESPETUOSO

Un parto respetuoso no solo depende de las mujeres; depende también de que las matronas dispongan de condiciones para cuidar.

6.1 Recursos humanos suficientes y carga de trabajo realista

En el cuestionario a matronas se constata que casi la mitad considera insuficiente el tiempo disponible para acompañar adecuadamente a las familias y señalan la falta de personal como uno de los principales frenos para ofrecer atención continua y de calidad.

En los grupos de discusión, las matronas verbalizan con claridad la necesidad de “personal suficiente”, la necesidad de espacios adecuados para recibir a las gestantes con intimidad, y la dificultad de sostener una atención cercana cuando se trabaja con ratios elevadas y múltiples tareas simultáneas (monitores, urgencias, planta, quirófano...).

La humanización no puede recaer únicamente en la actitud profesional; **requiere dimensionar plantillas y cargas de trabajo** en coherencia con los estándares de parto respetuoso.

6.2 Continuidad, autonomía profesional y liderazgo (C05.)

Las matronas demandan también continuidad de cuidados: poder atender a la mujer desde la gestación hasta el posparto, no solo recibirla en un tramo del proceso; autonomía e independencia para liderar la atención a los partos normales, evitando modelos excesivamente jerárquicos que las sitúan como meras ejecutoras de protocolos; y participación activa en el diseño de nuevos espacios y protocolos.

El propio análisis cuantitativo muestra que la continuidad de matronas (Criterio 05) es un criterio de calidad lineal: su mejora se asocia sistemáticamente a mejores experiencias de las mujeres.

El parto respetuoso requiere matronas reconocidas como profesionales expertas y no solo como recursos para ejecutar órdenes médicas.

1.3 Espacios y equipamiento pensados también para quien cuida (C07.)

El diseño espacial impacta directamente en la salud laboral de las matronas. Necesitan baños y duchas amplias donde puedan trabajar ergonómicamente, zonas de supervisión cercanas, pero no invasivas, y almacenamiento que permita tener recursos (pelotas, lianas, colchonetas) accesibles sin que la sala se perciba desordenada.

Las matronas subrayan, además, que los espacios deben admitir: monitorización y acceso a tecnología sin romper la estética de hogar; circulación fluida en situaciones de urgencia; y posibilidad de apoyar físicamente a la mujer en posturas variadas sin riesgos para su propia espalda y articulaciones.

Cuando los espacios se diseñan únicamente desde la lógica del equipamiento, sin considerar la ergonomía del cuidado continuo, se incrementa la fatiga y se reduce la capacidad real de ofrecer atención respetuosa.

7. CONVERGENCIAS ENTRE MUJERES Y MATRONAS: CRITERIOS CLAVE DE CALIDAD

El análisis conjunto de los datos cuantitativos y cualitativos permite identificar un núcleo de criterios compartidos por mujeres y matronas como determinantes de un parto respetuoso.

7.1 Atención cercana y continuidad asistencial (C01. Y C05.)

Ambas partes priorizan: relación de confianza, estabilidad del equipo, seguir siendo atendidas por la misma matrona o equipo reducido. El Criterio 01 (atención cercana) y el Criterio 05 (cuidados continuados de matronas) aparecen como factores fuertemente asociados a la satisfacción global.

7.2 Información integral antes, durante y después del parto (C04., C03. Y C04.)

Mujeres y matronas coinciden en que la información debe ser anticipada (preparación al parto y al puerperio), continuada (explicación de lo que ocurre en cada fase), adaptada a la situación de cada mujer. Los criterios 02 (información previa), 03 (información durante el parto) y 04 (información posparto) muestran relaciones significativas con la satisfacción: a mayor calidad de la información, mejor valoración del parto.

Desde la práctica, esto implica: visitas informativas al Centro de Nacimiento,

explicaciones claras sobre protocolos y alternativas, materiales visuales comprensibles, y un servicio accesible de apoyo posparto (teléfono 24 h, grupos de lactancia, etc.).

7.3 Acompañamiento y protección de la díada madre-bebé (C06., C11., C12, C13. Y C14.)

El Criterio 06 (acompañamiento de persona de confianza) y el Criterio 11 (atención al bebé sin separación) tienen en común la influencia significativa en la satisfacción y la alta demanda de mejora entre quienes han tenido experiencias negativas.

Las matronas reconocen que la organización actual y el diseño espacial dificultan a veces respetar plenamente estos criterios.

Prioridad compartida: diseñar procesos y espacios que permitan exploraciones del bebé en la misma habitación, presencia constante del acompañante, control de entradas y horarios de personal para proteger los tiempos familiares.

7.4 Sala integrada y modelo de Centro de Nacimiento (C09 y C10.)

El deseo de realizar todo el proceso en una única sala individual aparece de forma reiterada: en los cuestionarios como Criterio 09 (sala única) y Criterio 10 (apoyo/asesoramiento en planta), ambos con relación significativa con la satisfacción; en los comentarios de mujeres y matronas sobre la necesidad de reducir traslados y cambios de entorno; en la alta valoración del concepto “Centro de Nacimiento”: el 76,8% de las mujeres considera que introducir este modelo mejoraría la atención actual.

Las matronas, por su parte, recomiendan para las Centros de Nacimiento: un ambiente acogedor, fuera del típico entorno hospitalario; personal suficiente; continuidad de cuidados; educación prenatal y posparto; y liderazgo profesional de matronas en los partos de baja complejidad.

8. INDICADORES DE SATISFACCIÓN EN EL PROCESO DE PARTO

En la fase cuantitativa, los datos obtenidos a partir de los cuestionarios permitieron contrastar las percepciones recogidas en los grupos de discusión y cuantificar el peso de distintos factores de calidad en la satisfacción global de la experiencia de parto. Este análisis se orientó a determinar en qué medida las condiciones del entorno, la atención profesional y el grado de autonomía percibido inciden en la valoración final de las mujeres.

Los resultados mostraron que los partos no medicalizados generan niveles de satisfacción significativamente más altos (84.2 % de valoraciones “muy satisfactorias”) que los partos medicalizados (35.5 %). Las variables más influyentes en la satisfacción global se identificaron mediante el modelo Kano, que clasifica los criterios de calidad según su naturaleza (básica, lineal o atractiva) y su impacto en la experiencia usuaria.

Los valores de V de Cramér (≥ 0.3) indican asociaciones estadísticamente relevantes entre determinados criterios y el nivel de satisfacción. Entre ellos desta-

can especialmente los relacionados con la **atención personal**, la **calidad de la información recibida** y la **autonomía de la mujer** durante el proceso de parto.

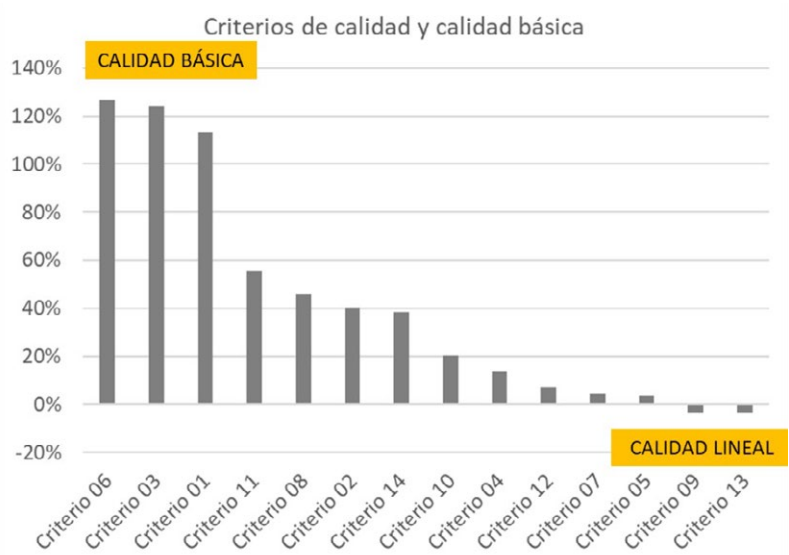


Figura 2. Factores de calidad asociados a la satisfacción durante el parto

Tabla 2. Factores de calidad asociados a la satisfacción durante el parto

TIPO DE CALIDAD	CRITERIO (C)	IMPACTO EN LA EXPERIENCIA	V DE CRAMER
Calidad Lineal/ incremental + satisfactorio	C01. Atención cercana y respetuosa	Su presencia mejora la satisfacción; su ausencia es el factor más determinante.	0.42
Calidad Lineal	C03. Información completa durante el parto	La falta de información es el aspecto más penalizado por las mujeres insatisfechas.	0.38
Calidad Lineal	C07. Ofrecer recursos diversos (bañera, pelota, manto...)	Aumenta significativamente la satisfacción global.	0.35
Calidad Básica/ Sí o sí	C06. Acompañamiento en todo momento	Su ausencia genera insatisfacción, aunque su presencia no incrementa la sobrecalidad.	0.31
Calidad Básica	C12. Respeto de los tiempos familiares (entrada controlada de profesionales)	Su vulneración afecta negativamente la intimidad percibida.	0.33

9. PROPUESTA DE APLICACIÓN



El modelo NAIXEM se fundamenta en cuatro ejes estratégicos: la creación de espacios diferenciados y privados que garanticen la intimidad; una atención integral y continua liderada por matronas; un diseño sensorial y mobiliario de carácter doméstico que favorezcan el confort emocional; y la toma de decisiones informada y participativa entre mujeres y profesionales.

La aplicación conjunta de estos principios consolida un modelo de atención centrado en la experiencia, en el que la evidencia científica, el diseño y la empatía se integran para promover procesos de nacimiento seguros, respetuosos y emocionalmente positivos.

El consenso entre madres y matronas se traduce en un conjunto de **propuestas de diseño y operativas** destinadas a orientar la configuración de las **Centros de Nacimiento** dentro del modelo NAIXEM. Estas propuestas se organizan en tres bloques complementarios: entorno, mobiliario y dinámica asistencial.

Tabla 3. Propuestas de diseño y operativos consensuados

BLOQUE	PROPUESTAS DE DISEÑO Y OPERATIVAS (CONSENSO)	OBJETIVO
Entorno (Ambiente y Espacio)	Insonorizar estancias; luz cálida; música y aromaterapia; control térmico independiente; zona de acceso que evite la vista directa a la cama; espacios diferenciados del área hospitalaria.	Garantizar privacidad, confort sensorial y autonomía.
Mobiliario y Recursos	Sustituir la cama obstétrica por una cama doméstica o puf/sofá; liana con doble ubicación; asideros seguros y topes para pies en la bañera; mobiliario de menor altura y profundidad.	Favorecer el movimiento libre y la seguridad ergonómica.
Dinámica Asistencial/ Procesos	Continuidad profesional (misma matrona o relevo amable); servicio de información 24 h para apoyo posparto; anticipar procedimientos; simplificar trámites administrativos.	Reducir estrés y reforzar la atención continua y personalizada.

Además, se establecieron indicadores de satisfacción (KPIs) para la evaluación continua de los Centros de Nacimiento. Estos indicadores derivan de los criterios con mayor influencia estadística sobre la satisfacción general ($V \geq 0.3$).

Tabla 4. Indicadores de satisfacción (KPIs) derivados del modelo

INDICADOR DE SATISFACCIÓN	TIPO / PRIORIDAD	V DE CRAMER
C01. Atención cercana, cálida y respetuosa	Lineal (Prioritario)	0.42
C02. Información anticipada (parto/lactancia)	Lineal (Prioritario)	0.34
C03. Información completa durante el parto	Lineal (Prioritario)	0.38
C07. Recursos y orientación para la elección	Lineal (Prioritario)	0.35
C13. Espacios centrados en el nacimiento	Lineal (Influencia media)	0.31

El 76.9 % de las mujeres encuestadas percibe la atención en el modelo de los Centros de Nacimiento como una mejora sustancial frente al modelo hospitalario.

El análisis de criterios de calidad revela un patrón clave: **aquello que más impacta en la satisfacción global (continuidad de matronas, acompañamiento continuo, información y no separación del bebé) es precisamente lo que las mujeres identifican como áreas que necesitan mejorar.**

10. CONCLUSIONES: ASPECTOS A CONSIDERAR

- **El parto respetuoso es un estándar de calidad**, no un lujo opcional: la evidencia NAIXEM muestra que continuidad, acompañamiento, información y no separación están estadísticamente ligados a la satisfacción global.
- **Las necesidades de mujeres y matronas convergen**: ambas piden relaciones de confianza, espacios íntimos y hogareños, tiempo para cuidar y circuitos sin fragmentación.
- **La arquitectura y la organización son intervenciones clínicas**: una sala única integrada, habitaciones individuales, silencio y luz cálida tienen tanto impacto en la vivencia y el vínculo como una intervención farmacológica bien indicada.
- **Los Centros de Nacimiento y los paritorios transformados** no son una moda, sino la respuesta funcional a una demanda social y profesional clara: más del 75% de las mujeres cree que este modelo mejoraría la atención actual, y las matronas lo señalan como vía para ejercer con mayor autonomía y calidad.
- **Invertir en parto respetuoso es invertir en salud a largo plazo**: una bue-

na experiencia de nacimiento aumenta la confianza en el sistema sanitario, favorece el inicio y mantenimiento de la lactancia y reduce el riesgo de trauma perinatal.

11. IMPLICACIONES PARA EL DISEÑO DE CENTROS DE NACIMIENTO

Esta guía propone un marco común para matronas, equipos clínicos, gestores y diseñadores: **poner en el centro la experiencia de la mujer y de la matrona**, sostenerla con evidencia rigurosa y traducirla en decisiones concretas de organización y diseño espacial. Solo así el parto respetuoso deja de ser un eslogan y se convierte en un estándar verificable de calidad asistencial.

En cuanto al espacio físico, se trata de **domesticar el espacio sin renunciar a la seguridad**: esconder lo hospitalario sin perder accesibilidad, y hacer visible lo que sostiene la fisiología (luz, silencio, agua, movimiento).

A partir de las necesidades descritas, se pueden formular recomendaciones específicas para cada perfil profesional.

11.1 Para gestores y responsables de calidad

- **Definir indicadores de parto respetuoso** alineados con los criterios NAIXEM (continuidad, acompañamiento, no separación, información, sala única).
- **Dimensionar plantillas** de matronas y personal auxiliar considerando tiempos de acompañamiento real, y no solo tiempos técnicos de procedimiento.
- **Revisar protocolos** para garantizar que el plan de parto se incorpora a la historia clínica y se consulta sistemáticamente.
- **Implantar modelos de cuidados continuados por matronas**, como equipos reducidos de matronas de referencia, y evaluar su impacto en satisfacción y resultados.

Reorganizar circuitos de ingreso para evitar el paso por urgencias generales siempre que sea posible y facilitar el acceso directo a la sala de parto integrada.

11.2 Para arquitectos y diseñadoras

- **Habitaciones de parto integradas (LDRP)**: una sola sala individual para dilatación, expulsivo y primeras horas de posparto, con: cama de aspecto doméstico (no ginecológica visible por defecto), bañera de parto con espacio alrededor y asideros, pelotas, lianas, mecedoras y superficies de apoyo, e iluminación cálida regulable, control térmico y buena acústica.
- **Baño amplio dentro de la sala**, con ducha accesible, barras, y lavabo apto para el baño del bebé.
- **Espacio confortable para el acompañante** (butaca, sofá cama, acceso a agua caliente, café, etc.) para facilitar su presencia continua.

- **Habitaciones de planta individuales**, con cama doble y cuna de colecho, que funcionen como primer hogar de la nueva familia durante la estancia hospitalaria.
- **Zonas de consulta sin mesa de oficina**, con sillones y mesas bajas que favorezcan la conversación horizontal y la toma de decisiones compartida.
- **Circulaciones claras y discretas**, que permitan al personal moverse y atender con rapidez sin invadir constantemente la intimidad de la familia.

11.3 Para matronas y equipos clínicos

1. **Asumir el rol de guía y acompañante**, no solo de ejecutor técnico: presentarse, explicar, preguntar, validar decisiones.
2. **Utilizar de forma activa los recursos físicos** (bañera, pelotas, cambios posturales) para ofrecer alternativas reales al manejo del dolor.
3. **Proteger la continuidad** (coordinar relevos y citas presenciales, comunicar el plan de parto entre profesionales, anticipar al relevo quién es esa mujer y qué desea).
4. **Liderar la coordinación con Unidad Obstétrica, Unidades de hospitalización (materna y neonatal) y atención primaria**, para que la información y el apoyo tras transferencia de cuidados y/o posparto no se diluyan tras el alta.
5. **Participar en los procesos de diseño arquitectónico y de rediseño de circuitos**, aportando la mirada de quien está junto a la mujer en cada minuto del parto.

Como cierre, el resumen operativo de los diferentes hallazgos puede utilizarse como guía rápida de evaluación de centros y proyectos.

CHECKLIST DE NECESIDADES PARA UN PARTO RESPETADO

Mujeres y familias

- ☐ Reciben información completa y anticipada sobre el proceso, las opciones y el puerperio.
- ☐ Son partícipes de las decisiones clave (dolor, posición, plan de parto, contacto piel con piel).
- ☐ Están acompañadas por una persona de confianza en todo momento.
- ☐ Disfrutan de espacios individuales, íntimos, silenciosos y cálidos.
- ☐ No se separa a madre y bebé salvo necesidad clínica justificada.

Matronas y equipo

- ☐ Trabajan en espacios ergonómicos, con equipamiento adecuado (altura, asideros, taburetes, etc.).
- ☐ Disponen de plantillas suficientes y reducción real de carga administrativa.
- ☐ Cuentan con autonomía para asistir partos normales.
- ☐ Pueden mantener continuidad de cuidados durante el proceso.

Espacios y organización

- ☐ Existen salas integradas (dilatación–parto–posparto inmediato).
- ☐ La monitorización se realiza en espacios individuales o integrados, sin separar a la pareja.
- ☐ La planta de maternidad ofrece habitaciones individuales, ambiente acogedor y apoyo específico en lactancia.
- ☐ El acceso está diferenciado de urgencias generales y reduce la burocracia visible para la familia.



Figura 3. KPIs Indicadores de satisfacción derivados del estudio

12. BIBLIOGRAFÍA

1. World Health Organization (WHO). Joint statement: improving quality of maternal and newborn care in low- and middle-income countries. Geneva: WHO; 2016. Available from: https://www.icn.ch/sites/default/files/2023-04/JointStatement_ImprovingMNHQoC_2016_Final.pdf
2. World Health Organization (WHO). Standards for improving quality of maternal and newborn care in health facilities. Geneva: WHO; 2016. Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241511216>
3. Yuill C, Soria J, Rocca-Ihenacho L, Reeve-Jones C, McCourt C. The Barkantine Birth Centre: Celebrating 10 years as a Community Hub. London: Bart's Health NHS Trust; 2018.
4. Alcaraz-Vidal L, Velasco I, Pascual M, i Gomez RG, Escuriet R, Comas C. First alongside midwifery led unit in a high complexity public hospital in Spain: Maternal and neonatal outcomes. *Women and Birth*. 2024 May 1;37(3).
5. Palau-Costafreda R, García Gumiel S, Eles Velasco A, Jansana-Riera A, Orus-Covisa L, Her-mida González J, et al. The first alongside midwifery unit in Spain: A retrospective cohort study of maternal and neonatal outcomes. *Birth*. 2023 Dec 1;50(4):1057–67.
6. Yuill C, Keraudren S, Murphy R, Uddin N, Rocca-Ihenacho L. Developing the midwifery Unit Self-Assessment (MUSA) Framework: A mixed methods study in six European midwifery units. *Sexual and Reproductive Healthcare*. 2023 Mar 1;35.
7. Rocca-Ihenacho L, Batinelli L, Thaelis E, Rayment J, McCourt C. Midwifery unit standards. London: Midwifery Unit Network; 2018

“Los elementos que más influyen en la satisfacción global, continuidad de cuidados, acompañamiento e información, son también los que las mujeres señalan como los que más necesitan mejorar.”

- Matrona participante en la fase de validación.

Capítulo 16

La comunicación en los Centros de Nacimiento y su plan estratégico



“La comunicación es una herramienta poderosa para abordar desafíos de salud crecientes y complejos. Puede ayudar a cambiar el conocimiento, las actitudes y los comportamientos de las personas y empoderarlas para tomar decisiones que ayuden a proteger y mejorar la salud y el bienestar.”

Organización Mundial de la Salud (OMS)-(1)

Autoras:
Soledad Carregui , Júlia García Bayarri, Sara Moreno Tarin.

405	1. IMPORTANCIA DE LA COMUNICACIÓN EN EL MODELO DE ATENCIÓN DE LOS CENTROS DE NACIMIENTO
405	2. ESTRATEGIAS DE COMUNICACIÓN PARA FORTALECER RELACIONES EN LOS SERVICIOS DE MATERNIDAD
405	2.1 Relación entre profesionales y usuarias
406	2.1.1 La cocreación
407	2.1.2 Fases del proceso de cocreación
408	2.2 Relación entre profesionales
409	3. HOJA DE RUTA EN LA COMUNICACIÓN DE UN CENTRO DE NACIMIENTO
409	3.1 Elementos operativos recomendables en el plan de comunicación
410	3.2 Aspectos a recordar sobre comunicación eficaz
411	4. BIBLIOGRAFÍA

1. IMPORTANCIA DE LA COMUNICACIÓN EN EL MODELO DE ATENCIÓN DE LOS CENTROS DE NACIMIENTO

La introducción de un modelo asistencial liderado por matronas en los Centros de Nacimiento (CN) supone que la institución sanitaria adopta un compromiso real con la evidencia, la calidad y la humanización de la atención. Este cambio requiere analizar cuidadosamente las relaciones interprofesionales, la cultura existente y la dinámica de trabajo dentro de los servicios de maternidad (2). Un sistema de cuidados continuados exige nuevos flujos de comunicación, una coordinación fluida y un entendimiento compartido de los objetivos y valores del modelo.

Así pues, la comunicación eficaz constituye un pilar para construir confianza, minimizar malentendidos, reducir resistencias al cambio y garantizar la seguridad clínica. Por ello, es imprescindible considerar de forma anticipada el impacto que la implantación de un CN tendrá en las relaciones entre los diferentes agentes:

- Matronas dentro del propio equipo del CN
- Mujeres y matronas
- Mujeres y personal obstétrico/médico
- Matronas y obstetras, pediatras y médicos de familia
- Matronas del CN y personal de apoyo (TCAE, celadores, administración...)
- Matronas del CN y matronas de Atención Primaria
- Matronas del CN y matronas de la Unidad Obstétrica
- Matronas del CN y servicios materno-infantiles hospitalarios
- Otros servicios comunitarios
- Equipo del CN y gestores sanitarios

2. ESTRATEGIAS DE COMUNICACIÓN PARA FORTALECER RELACIONES EN LOS SERVICIOS DE MATERNIDAD

La correcta comunicación entre los actores principales de los servicios de maternidad es crucial para un buen funcionamiento del CN, ya que son relaciones complejas y en constante evolución. Para ello, el papel del director o directora encargada del desarrollo de un CN debe tener en cuenta una serie de estrategias de comunicación que garanticen una óptima ejecución (3). Es importante discernir entre aquellas estrategias de comunicación que son entre profesionales y usuarias de las que son entre el mismo personal profesional, para poder atender a sus particularidades.

2.1 Relación entre profesionales y usuarias

Involucrar a las usuarias en la fase de planificación y durante la actividad cotidiana del CN es imprescindible para su buen funcionamiento. Por ello, por parte

del personal sanitario será troncal ofrecerles información clara, tener en cuenta la información que deriva de sus experiencias, así como promover su participación activa para contribuir a consolidar el modelo y a generar confianza en ellas.

Las aportaciones de las usuarias pueden recogerse mediante diferentes medios: encuestas, grupos focales, talleres o consultas abiertas, entre otras. Esta información resultará esencial tenerla en cuenta en la toma de decisiones técnicas desde el inicio del desarrollo del proyecto. También es importante incorporar a representantes de la comunidad en comités de proyecto o gestión del CN.

El proyecto NAIXEM sirve de ejemplo en este sentido, pues durante todo su desarrollo se han realizado ejercicios de cocreación con mujeres que han pasado por el proceso de parto. Así, se ha trabajado con estudios en los que han intervenido las diferentes partes implicadas en el proceso obstétrico.

2.1.1 La cocreación

El uso de metodologías participativas como la cocreación garantiza una buena comunicación entre profesionales y usuarias porque aplica un enfoque colaborativo en la toma de decisiones que permite integrar de forma activa a todas las partes interesadas en el diseño, implementación y evaluación de las acciones, incluidas las comunicativas (4,5). La cocreación se basa en el reconocimiento de que las personas destinatarias de un proyecto —en este caso, mujeres de diferentes edades, contextos socioculturales y niveles de participación comunitaria— poseen conocimientos situados y experiencias que resultan esenciales para generar soluciones pertinentes, sostenibles y efectivas.

La cocreación articula espacios de intercambio horizontal, donde participantes y profesionales trabajan conjuntamente para identificar problemas y públicos diana, formular objetivos, generar mensajes y definir los canales más adecuados para su difusión. A diferencia de los métodos tradicionales, en los que la comunicación se diseña desde instancias técnicas externas a la comunidad, la cocreación promueve que las propias usuarias aporten su visión, contrasten propuestas, corrijan sesgos y orienten el sentido final del proyecto comunicativo.

Este enfoque se desarrolla mediante dinámicas participativas tales como talleres creativos, laboratorios de ideas, prototipado rápido, sesiones de mapeo colectivo o ejercicios narrativos. Las participantes colaboran en la construcción de significados, la selección de símbolos comunicativos y la definición del tono o estilo de los mensajes, lo que asegura una mayor adecuación cultural y un impacto más profundo.

En términos de comunicación en un CN, la cocreación permite:

- **Detectar necesidades narrativas concretas** más allá de las expectativas institucionales, incorporando matices vinculados a la maternidad, la salud sexual y reproductiva, la cuestión de género, las experiencias migratorias, las posibles diversidades funcionales o las condiciones socioeconómicas.
- **Generar confianza y legitimidad** al fomentar un diálogo continuo y seguro entre mujeres usuarias, profesionales sanitarias, agentes comunitarios y personal técnico del proyecto.

- **Producir mensajes claros y culturalmente adaptados**, evitando barreras lingüísticas, tecnicismos o enfoques que pudieran resultar excluyentes.
- **Favorecer el sentimiento de pertenencia en el proyecto**, ya que esto permite que las participantes se reconozcan como autoras de los contenidos y no solo como receptoras pasivas.
- **Validar materiales antes de su implementación** que permite ajustar contenidos, canales, formatos y soportes comunicativos según las percepciones de la comunidad.

2.1.2 Fases del proceso de cocreación

En la cocreación de los materiales de comunicación, el trabajo se puede estructurar en diferentes etapas:

FASE 1: Exploración inicial

Identificación de necesidades narrativas de los diferentes actores implicados mediante entrevistas, grupos focales y observación del contexto. Aquí se delimitan los temas sensibles y se ordenan las prioridades comunicativas.

FASE 2: Diseño participativo

Talleres con mujeres, profesionales y agentes sociales en los que se generan ideas, se discuten mensajes clave y se analizan las mejores vías para su difusión.

FASE 3: Prototipado y testeo

Elaboración de versiones preliminares de materiales (folletos, guiones, visuales, contenidos digitales) que son revisadas y evaluadas en sesiones colectivas.

FASE 4: Implementación adaptada

Aplicación de las acciones comunicativas teniendo en cuenta los ajustes sugeridos por las participantes. Se cuida especialmente el lenguaje inclusivo, la sensibilidad cultural, las adaptaciones a las posibles diversidades funcionales y la claridad informativa.

FASE 5: Evaluación

Revisión periódica del impacto comunicativo y recogida de retroalimentación para futuras mejoras y para mantener la lógica de participación activa.

En definitiva, la cocreación no solo es un método para generar mensajes eficaces, sino una estrategia de comunicación transformadora que redistribuye el poder simbólico y decisonal, permitiendo que las mujeres que pasan por estos procesos —tradicionalmente situadas en posiciones receptoras dentro de los procesos de salud y comunidad— asuman un rol protagonista y activo en la definición de sus propias narrativas.

Este enfoque contribuye a que la comunicación deje de ser unidireccional y se convierta en un proceso dinámico, inclusivo y orientado a la equidad, que permita enriquecer la toma de decisiones y reforzar el vínculo entre los servicios, las instituciones y las comunidades a las que sirven.

2.2 Relación entre profesionales

En los procesos de nacimiento convergen diferentes tipos de profesionales. Es importante tener en cuenta el contexto y las particularidades de todos estos cuerpos técnicos sin que ninguno quede relegado. La comunicación ocupa un papel central en este aspecto. Es importante analizar la cultura previa de cada grupo profesional, fomentar la cohesión entre estos y ofrecerles espacios de encuentro que ayuden a disminuir tensiones internas. Un ejemplo paradigmático lo ilustra el hecho de que en muchos centros se observa inicialmente cierta desconexión entre matronas de diferentes unidades (CN, Atención Primaria y Obstetricia). Los retos de esta u otra naturaleza deben abordarse mediante escucha activa, formación conjunta y con estrategias que recuerden constantemente que el objetivo común es mejorar la atención de las usuarias y sus familias.

La nomenclatura

Una de las estrategias que puede prevenir conflictos internos es utilizar una nomenclatura inclusiva y uniforme para designar a los distintos equipos. Por ejemplo, usar el término “matronas” para referirse a los distintos grupos asistenciales implicados: “Matronas de Atención Primaria”, “Matronas del CN”, “Matronas de la Unidad Obstétrica”. La idea fundamental a transmitir es que los diferentes grupos son interdependientes e igual de esenciales.

Los espacios seguros de comunicación interna

Otra de las estrategias útiles es la ejecución de actividades de cohesión entre los agentes implicados antes de la puesta en marcha del CN, con participación de todas las matronas. Estos espacios pueden tener distintas formas de materializarse, pero todos ellos deben:

- Garantizar estructuras de liderazgo claras en cada equipo.
- Asegurar equidad en recursos, visibilidad y reconocimiento.
- Compartir retos y logros para reforzar la idea de que se trabaja como una única unidad, aunque tenga varias áreas técnicas o específicas.
- Ser espacios seguros para expresar necesidades, demandas u observaciones útiles y constructivas.

La preservación del bienestar en las dinámicas invisibles

Las matronas señalan que la calidad de sus relaciones laborales y profesionales influye directamente en su bienestar y en los resultados de la atención (6). Para lograr experiencias óptimas dentro de los modelos liderados por matronas éstas necesitan:

- Poder establecer relaciones cercanas y sostenidas con las mujeres a las que asisten gracias a la continuidad de cuidados.
- Disfrutar de relaciones de apoyo profesional y personal dentro del equipo, es decir, que se constituyan equipos de trabajo cohesionados.
- Mantener relaciones laborales respetuosas.
- Ejercer con autonomía profesional, para lo que es esencial poder controlar,

organizar y priorizar su propio trabajo.

- Disponer de tiempo adecuado para trabajar con seguridad.
- Poder conciliar su vida laboral con la personal con las máximas garantías posibles, atendiendo a la normativa laboral existente.
- Poder tener relaciones seguras, positivas y de apoyo con las colegas matronas del equipo, para lo que será indispensable disponer de espacios para reflexionar sobre la práctica de forma estructural y en conjunto. Es decir, poder compartir ideas e información para optimizar la prestación de los servicios.
- Ser propositivas con el resto de profesionales. Esto es colaborar de forma efectiva con obstetras, pediatras, TCAE y otros servicios.
- Relacionarse con responsables y gestores que tengan la capacidad de fomentar el desarrollo profesional y la comunicación abierta.

3. HOJA DE RUTA EN LA COMUNICACIÓN DE UN CENTRO DE NACIMIENTO

El plan de comunicación es un elemento crítico en la implementación y consolidación de un CN. Es importante disponer de este plan, pues su objetivo es definir mediante qué vías y cómo se informará, implicará y coordinará a todas las partes interesadas en el ámbito de la maternidad: profesionales, gestoras, usuarias y sus familias y otros servicios sanitarios.

La existencia de un plan de comunicación estructurado garantiza que las partes interesadas en el ámbito de la obstetricia estén integradas en el proceso, permite definir cómo se les va a implicar y de qué manera se va a compartir la información. Este plan también debe contemplar la divulgación cultural de los CN y su funcionamiento. Esto determinará el grado de conocimiento social que se tiene sobre estos centros y permite normalizarlos y promocionarlos.

Por tanto, es fundamental garantizar la transparencia ante el equipo y la comunidad mediante la publicación y difusión de información relevante. Algunos ejemplos de esta información son las estadísticas de actividad, la estructura profesional que gestiona el CN o la cartera de servicios y eventos que ofrece, entre otros aspectos. Esta práctica comunicativa favorece el sentido de pertenencia dentro del equipo y facilita la evaluación continua de los resultados, la actividad y los recursos disponibles, permitiendo así mejorar y optimizar la calidad de la asistencia.

3.1 Elementos operativos recomendables en el plan de comunicación

Para asegurar una comunicación eficaz, coherente y sostenida, se detallan los principales elementos que pueden integrarse en el plan de comunicación para garantizar una difusión adecuada del modelo:

- Se realizará una difusión interna y periódica de la información clave, acompañada de actualizaciones regulares durante las reuniones de personal.
- Se creará una marca corporativa propia que mantenga coherencia con la imagen institucional a la que pertenezca el CN.
- Se aprovecharán los sitios web del hospital y/o de los Departamentos impli-

cados para compartir información relevante y actualizada.

- Se diseñarán y expondrán carteles informativos en hospitales, en los centros de Atención Primaria y en espacios comunitarios frecuentados por la población (p. ej. consultas de medicina familiar o servicios de salud infantil).
- Se emplearán las redes sociales como herramienta activa para fomentar la implicación de la comunidad y los profesionales.
- Se promoverán espacios de diálogo comunitario a través de la radio y la prensa locales para facilitar la comprensión y el apoyo del modelo.
- Se elaborarán recursos audiovisuales (como videos corporativos o testimonios de mujeres usuarias) que contribuyan a reforzar la identidad y la visibilidad del CN.
- Se fomentará la participación de líderes comunitarios y grupos de usuarias locales para favorecer el debate y la defensa del modelo, amplificando así los mensajes positivos.
- Se organizarán actividades lúdicas y comunitarias como celebraciones, reconocimientos o concursos, como medio para promover la salud y fortalecer el vínculo con la población.
- Se organizarán reuniones/encuentros con profesionales del sector para mejorar la aceptación y adherencia a los modelos de CN.

Todas las acciones a realizar, su periodicidad y sus requisitos, deberán plasmarse en un plan de comunicación. En esta hoja de ruta de deberá tener en cuenta que participen las unidades de comunicación de los Departamentos de Salud implicados, personal experto en relaciones públicas, medios de comunicación externos relacionados con el ámbito sanitario y el conjunto de actores involucrados en el modelo.

Este plan, además, incluirá tanto las acciones de publicidad externa como las iniciativas de participación comunitaria entre profesionales, especificando con claridad las herramientas y canales que se utilizarán para transmitir los mensajes clave a las principales partes interesadas. Una calendarización de dichas comunicaciones puede resultar muy beneficiosa.

3.2 Aspectos a recordar sobre comunicación eficaz

- Diversificar los métodos de comunicación: combinar reuniones formales e informales, usar carteles, boletines informativos, correo electrónico, talleres y otros canales. Es importante valorar el equilibrio entre la eficacia y la accesibilidad de cada método.
- Fomentar la transparencia: compartir con las personas interesadas toda la información posible, evitando secretos o agendas ocultas. Iniciar la comunicación de forma temprana y actualizarla con regularidad.
- Aprovechar cada oportunidad para reforzar el proyecto. Destacar sus beneficios siempre que sea pertinente y no temer a las posibles resistencias. Permitir que el personal se exprese, aclare dudas, siempre que sea posible, y cuestione las ideas cuando sea necesario.
- Trabajar con las personas más comprometidas. Contar inicialmente con quienes muestran mayor implicación y motivación y facilitar que el resto del equipo se incorpore cuando esté preparado.

- Mantener un mensaje claro y coherente. Debe transmitirse cada dosis de información con precisión.
- Evitar respuestas impulsivas ante desafíos u obstáculos. Tomarse el tiempo necesario para reflexionar antes de contestar.
- No dar por sentado el conocimiento previo. Adaptar los mensajes a públicos diferentes y explicar eficazmente el modelo de los CN de forma comprensible, incluso para personas no familiarizadas con el ámbito de la maternidad. No asumir que conocen el modelo, aunque el público diana de la comunicación sean equipos médicos de obstetricia o de salud reproductiva.
- Dedicar tiempo al diálogo. No caer en el error de confundir lo urgente con lo importante, pues algunas personas necesitarán más tiempo que otras para comprender o resolver sus dudas e invertir tiempo en esclarecer cuestiones será definitorio del éxito del proyecto.

Una estrategia comunicativa bien diseñada garantiza que la dirección, el equipo clínico y la comunidad permanezcan informados y alineados en todas las fases del desarrollo del CN.

4. BIBLIOGRAFÍA

1. World Health Organization (WHO). Communication for health (C4H). Available from: <https://www.who.int/westernpacific/menu/mega-menu/our-work/communication-for-health>
2. NSW Ministry of Health Australia. Continuity of Care Models - A Midwifery Toolkit [Internet]. 2023. Available from: www.health.nsw.gov.au
3. Turner S, Crowther S, Lau A. A grounded theory study on midwifery managers' views and experiences of implementing and sustaining continuity of carer models within the UK maternity system. *Women and Birth*. 2022 Sep 1;35(5):e421–31.
4. Agnello DM, Anand-Kumar V, An Q, de Boer J, Delfmann LR, Longworth GR, et al. Co-creation methods for public health research — characteristics, benefits, and challenges: a Health CASCADE scoping review. *BMC Med Res Methodol*. 2025 Dec 1;25(1).
5. Villar ME, Johnson PW. Tailoring Content for Authenticity and Adoption: Community-Based Participatory Research and the Co-creation of Story-Based Health Communication for Underserved Communities. *Front Commun (Lausanne)*. 2021;6.
6. Baddock S, Bartle C, Deery R, Pilley Edwards N, May Gaskin I, Gibbons M, et al. Sustainability, Midwifery and Birth [Internet]. Available from: www.withwoman.co.uk.

“Nadie nos explicaba con calma los siguientes pasos, lo que nos dejaba en un estado de confusión constante.”

- Argumento de madre del grupo de cocreación

Capítulo 17

Cuidar los espacios,
acompañar los procesos:
claves para una atención
segura y humanizada en
los Centros de Nacimiento



“Proteger la salud y el bienestar de los profesionales sanitarios es esencial para garantizar la seguridad de los pacientes y una atención de alta calidad”.

— WHO: Organización Mundial de la Salud (2020). State of the world’s nursing report (1)

Autoras/es:
Autores: Ricard Barberà-Guillem, Amparo Lopez, Soledad Carreguí.

415 INTRODUCCIÓN

416 PARTE I. CUIDAR A QUIEN CUIDA. LA ERGONOMÍA COMO RECURSO EN LOS CENTROS DE NACIMIENTO

416 1.1 Ergonomía en el acompañamiento al nacimiento: pautas para un entorno seguro y funcional

416 1.1.1 La sala de nacimientos: optimización del espacio y del movimiento

418 1.1.2 Atención en la bañera de partos

420 1.1.3 Atención en la cama obstétrica

421 1.1.4 Trabajo a baja altura: monitorización y asistencia

421 1.1.5 Aplicación de la técnica de manteo

422 1.2 Diez claves ergonómicas para la práctica diaria en la sala de nacimiento

424 PARTE 2. MONITORIZACIÓN (DE CONSTANTES VITALES) EN EL PARTO HUMANIZADO

424 2.1 La monitorización durante el parto

424 2.2. Soluciones de monitorización en contextos de parto fisiológico

424 2.2.1. Tecnologías analizadas

425 2.2.2. Resultados comparativos del proyecto NAIXEM

425 2.2.3. Interpretación y aplicación práctica

427 2.3 Claves para una monitorización respetuosa en el parto en agua

427 3. BIBLIOGRAFÍA

INTRODUCCIÓN

Este capítulo aborda dos dimensiones complementarias de la atención al nacimiento —ergonomía y monitorización respetuosa— que convergen en un mismo objetivo: garantizar la seguridad asistencial sin renunciar a la humanización del cuidado. Su finalidad es ofrecer orientaciones prácticas para integrar ambos enfoques en la atención al parto, reforzando una práctica profesional segura, eficiente y alineada con los valores de las casas de partos.

El capítulo se articula en torno a dos ejes complementarios: la ergonomía aplicada a las profesionales de los Centros de Nacimiento, entendida como el cuidado de quienes cuidan y como un componente estructural de la calidad asistencial, y la monitorización de constantes vitales en el parto humanizado, concebida como una herramienta al servicio de la seguridad materno-fetal, cuyo uso debe ser proporcionado, no invasivo y respetuoso con el proceso fisiológico del parto.

Ambas dimensiones comparten un marco común: el diseño de entornos, prácticas y tecnologías que acompañen los procesos en lugar de interferir en ellos. En este sentido, la ergonomía en las casas de partos cumple una función organizativa y preventiva, al abordar los riesgos físicos asociados a la práctica asistencial de las matronas, entre ellos la elevada prevalencia de trastornos musculoesqueléticos (TME) vinculados a posturas forzadas, manipulación de cargas y aplicación de fuerza en condiciones desfavorables (2,3). En un estudio reciente el 96.7% de las matronas participantes informaron de al menos un caso de TME en los últimos 12 meses, siendo las regiones del cuello (45.1%) y la zona lumbar (42.9%) las más afectadas (2). Un entorno de trabajo ergonómicamente adecuado protege la salud del personal y contribuye, de forma indirecta pero decisiva, a una atención más segura y continuada para la mujer.

Desde esta perspectiva, el cuidado del espacio de trabajo y el uso adecuado de la tecnología responden a un mismo principio: crear condiciones que sostengan el proceso del nacimiento sin imponer barreras innecesarias.

PARTE I. CUIDAR A QUIEN CUIDA. LA ERGONOMÍA COMO RECURSO EN LOS CENTROS DE NACIMIENTO

1.1 Ergonomía en el acompañamiento al nacimiento: pautas para un entorno seguro y funcional

En este apartado se abordan distintos aspectos de la sala de nacimiento desde una perspectiva ergonómica, considerando tanto la organización global del espacio como el uso de equipamientos específicos. Se presta especial atención a la bañera de parto, por su relevancia asistencial y por las exigencias físicas asociadas a su utilización, mantenimiento y limpieza. El objetivo es identificar factores de riesgo presentes en la práctica diaria de las matronas y proponer recomendaciones orientadas a reducir la carga física y postural, favoreciendo un entorno de trabajo seguro que contribuya al bienestar del equipo sanitario y de la mujer durante el proceso de parto. Diversos estudios han puesto de manifiesto que el entorno físico de la sala de partos influye no solo en la práctica clínica, sino también en la satisfacción laboral, el bienestar y la permanencia de las matronas en el sistema sanitario, en función del grado de adecuación entre el diseño del espacio y las tareas que en él se desarrollan (4).

1.1.1 La sala de nacimientos: optimización del espacio y del movimiento

Organización espacial y circulación del personal

Una distribución inadecuada del espacio y la falta de orden dificultan la práctica asistencial. Las matronas describen como un reto habitual trabajar en salas congestionadas, donde el mobiliario —especialmente la cama de partos— actúa como un elemento rígido que limita la movilidad y bloquea el acceso a recursos esenciales como el oxígeno o el lavabo (4,5). Estos entornos se perciben como especialmente inseguros en situaciones de emergencia, cuando la ausencia de espacio suficiente para la actuación simultánea de varios profesionales —por ejemplo, durante una reanimación neonatal— puede comprometer la eficacia de la respuesta asistencial (5,6).

Por el contrario, los diseños que permiten libertad de movimiento, accesibilidad a los recursos y reconfiguración rápida del espacio favorecen una práctica profesional más segura y adaptable a las necesidades cambiantes del parto fisiológico (6,7).

Optimización funcional en espacios limitados

En contextos donde las dimensiones de la sala son reducidas, la organización funcional del espacio resulta más determinante que su tamaño total (5,6). En este sentido, se recomienda:

- **Definir recorridos despejados**, garantizando un paso libre aproximado de un metro de ancho en las unidades de parto integradas (UTPR), que permita una circulación autónoma y segura tanto de la mujer como del personal sanitario (8).
- **Optimizar la ubicación de los puntos de servicio**, de modo que el puesto de trabajo de las matronas, el material y los apoyos técnicos se dispongan

minimizando distancias y desplazamientos innecesarios, reduciendo la fatiga física y mejorando la capacidad de respuesta ante cambios clínicos (7).

Almacenamiento y zonas de alcance

La ausencia de sistemas de almacenamiento adecuados conduce con frecuencia a soluciones improvisadas, como el uso de superficies no diseñadas para el trabajo clínico —por ejemplo, la parte superior de televisores— para tareas de documentación (5). Ajustar el entorno a las dimensiones corporales del personal resulta clave para reducir el malestar musculoesquelético y el riesgo de lesión (2).

La ubicación inadecuada del equipamiento favorece posturas forzadas de flexión y torsión del tronco, identificadas como factores de riesgo críticos (2). Por ello, el material de uso frecuente o de mayor peso debería situarse dentro de la zona de alcance óptima, idealmente entre la altura del codo y la de los hombros (aprox. 913–1229 mm respecto al suelo), reduciendo la necesidad de flexiones del tronco o elevaciones excesivas de los brazos (9,10).

En mujeres (percentil 5), el alcance horizontal máximo se sitúa en un radio aproximado de 587 mm, mientras que el rango de alturas más favorable para un alcance funcional general se establece entre 642 y 935 mm respecto al suelo (9,11). Las zonas fuera de estos rangos, o por encima de los 1494 mm (altura ocular/estatura P5), deberían reservarse para material de uso ocasional y de menor peso (9,12,13).

Movilización de equipos y manipulación manual de cargas

La manipulación de equipamiento pesado o con un diseño poco ergonómico —como los extremos desmontables de las camas de partos, con un peso aproximado de 6 kg— implica esfuerzos elevados y posturas de flexión del tronco superiores a los 20°, incrementando el riesgo de lesión (3). Para minimizar este riesgo, se recomienda evitar la elevación manual de cargas siempre que sea posible, priorizando el uso de ayudas mecánicas, el diseño del mobiliario o el trabajo en equipo, como en la asistencia en posición de litotomía, que implica la elevación y sujeción de las piernas de la mujer (3).

Asimismo, debería ajustarse la altura de la cama, situándola entre la altura del codo y la del hombro de la matrona, lo que permite dominar la tarea sin sobrecargar la espalda (2,3). Cuando estos ajustes no están disponibles, las matronas tienden a mantener posturas estáticas incómodas durante más de 30 segundos, superando los tiempos máximos recomendados para la salud musculoesquelética (2).

Orden y gestión de equipamientos complejos: la bañera de partos

La bañera de partos constituye un equipamiento complejo que introduce exigencias específicas en el diseño y la organización de la sala de nacimientos, al combinar un uso clínico continuado, la presencia de agua y la necesidad de interacción simultánea entre la mujer y el personal sanitario. Los modelos más antiguos, de geometría cerrada, limitaban la aproximación de la matrona y condicionaban la adopción de posturas forzadas durante la asistencia y la monitorización, debido a la ausencia de espacio suficiente para las rodillas (14).

Los enfoques ergonómicos actuales priorizan diseños que facilitan el acceso funcional al interior de la bañera y una mayor proximidad a la mujer sin comprometer la postura de trabajo. En este sentido, la incorporación de bordes cóncavos permite a la matrona situarse más cerca manteniendo una posición más estable y neutra, reduciendo la sobrecarga en la espalda y el cuello asociada a la flexión sostenida del tronco (14,15).

La incorporación de barras de apoyo y escaleras debe valorarse con cautela, ya que, si bien pueden facilitar la entrada y salida de la mujer, también pueden limitar el acceso directo a la bañera por parte de las matronas e interferir con su libertad de movimiento alrededor del equipamiento (3,15,16). En particular, el uso de escaleras obliga a la mujer a subir activamente al interior de la bañera, en lugar de acceder de forma más directa mediante el apoyo progresivo del cuerpo sobre el borde, lo que puede incrementar el riesgo de caída desde mayor altura y, además, forzar a la matrona a adoptar posturas incómodas al tener que estirar el brazo para acompañar y asistir a la mujer durante la manobra (17).

Impacto en la atención continuada

La optimización ergonómica del entorno influye en la organización del trabajo y en la continuidad de la atención. La ausencia de superficies adecuadas para sentarse, escribir o documentar puede favorecer desplazamientos frecuentes de las matronas fuera de la sala para realizar tareas de registro o descanso, interrumpiendo su presencia continuada junto a la mujer (5,6). Al mismo tiempo, la integración de estas funciones dentro de la sala debe valorarse cuidadosamente, ya que determinadas actividades, como la documentación clínica, pueden generar estímulos sonoros o visuales que interfieran con el ambiente de calma deseable durante el parto. Un diseño equilibrado, que permita realizar estas tareas sin perturbar la intimidad ni la experiencia de la mujer, contribuye a una atención organizada, flexible y respetuosa con el proceso de parto (7,18).

1.1.2 Atención en la bañera de partos

La bañera de partos constituye un recurso de alto valor durante el parto fisiológico, al favorecer la relajación, el alivio del dolor y la reducción de intervenciones médicas (Carreguí-Vilar, 2019). No obstante, desde el punto de vista ergonómico, configura un entorno con riesgos específicos para la matrona, asociados principalmente a la aplicación de fuerzas en un medio húmedo y potencialmente deslizante, así como a la adopción de posturas forzadas o mantenidas durante la asistencia (3).

Riesgos en la movilización de la mujer gestante

El acceso y la salida de la bañera constituyen momentos de elevada demanda física para el personal sanitario (5). La presencia de superficies mojadas, junto con una posible limitación en la colaboración de la mujer, puede incrementar el esfuerzo requerido y el riesgo de incidentes. Para reducir estos riesgos, se recomienda:

- Asegurar un agarre estable mediante la **técnica de los antebrazos**, manteniendo a la mujer próxima al cuerpo de la profesional para minimizar el

desplazamiento del centro de gravedad.

- Favorecer una **entrada progresiva a la bañera mediante el apoyo de los glúteos** sobre el borde y el giro controlado del cuerpo hacia el interior, en lugar de un acceso “a pie”, lo que reduce tanto el desplazamiento del centro de gravedad como el riesgo de caída desde mayor altura.
- Solicitar la **colaboración activa de la mujer** y, cuando sea posible, de su acompañante, fomentando el empuje con las extremidades inferiores (y en su caso el apoyo en elementos fijos como barras o barandillas integradas), que mejoran la estabilidad sin interferir con la asistencia (3).
- **Trabajar de forma coordinada en equipo**, designando a una persona que dirija la maniobra para evitar movimientos bruscos o descoordinados.
- **En situaciones de emergencia, aprovechar la flotabilidad del agua para facilitar la evacuación de la mujer** hacia un asiento integral o una camilla, evitando esperar al vaciado completo de la bañera cuando este pueda retrasar la intervención (15,19).
- **Mantener el entorno inmediato de la bañera en condiciones seguras**, procurando superficies secas en las zonas de apoyo y utilizando materiales absorbentes y pavimentos antideslizantes para reducir el riesgo de resbalones del personal (20).

Riesgos posturales durante la asistencia

Durante las tareas de monitorización o asistencia en la bañera, la matrona puede adoptar posturas de inclinación sobre el borde, de rodillas o en cuclillas, lo que incrementa la carga sobre el cuello, la región lumbar y las extremidades inferiores (3). El diseño del equipamiento influye de forma determinante: los modelos antiguos tipo “barril” obligaban a flexiones externas del tronco al no permitir espacio suficiente para las rodillas (14). Para reducir esta carga postural, se recomienda:

- Utilizar rodilleras, superficies acolchadas o taburetes bajos con mecanismos de ajuste que eviten el contacto directo con suelos duros y faciliten una posición más cercana y estable respecto a la mujer (3).
- Priorizar bañeras con lados que proporcionen espacio suficiente para las rodillas del profesional en posición sentada, permitiendo una postura de trabajo más neutra (14).
- Favorecer posturas con la columna lo más alineada posible, evitando flexiones o torsiones del tronco superiores a los 20° mantenidas de forma estática durante más de 30 segundos, al superar los tiempos recomendados para la salud musculoesquelética (2,3).
- Ajustar la iluminación de forma que se garantice una adecuada visibilidad de la zona de trabajo, evitando la necesidad de realizar flexiones laterales del tronco para esquivar sombras (3).

Nota para el personal de limpieza

La limpieza en profundidad de la bañera puede implicar riesgos asociados a movimientos repetitivos de mano-muñeca y a posturas forzadas, especialmente por la necesidad de alcanzar todos los contornos del equipamiento. Se recomienda el uso de herramientas con mangos largos o extensibles que minimicen

la inclinación sobre el vaso de la bañera, así como el diseño de formas orgánicas y continuas que eviten acumulaciones de suciedad y faciliten un drenaje eficiente (15). Asimismo, se aconseja alternar esta tarea con otras de menor exigencia física para favorecer la recuperación muscular.

1.1.3 Atención en la cama obstétrica

La cama obstétrica es un equipo versátil que debería permitir a la mujer adoptar la posición que le resulte más cómoda durante el parto. Sin embargo, su diseño suele estar orientado prioritariamente a facilitar el examen médico, lo que con frecuencia obliga a la matrona a trabajar en posturas poco favorables desde el punto de vista ergonómico (21,22).

Un uso inadecuado del mobiliario —especialmente la falta de ajuste de la altura de la cama— incrementa de forma significativa el riesgo de trastornos musculoesqueléticos, en particular en la región lumbar y cervical, como consecuencia de flexiones y torsiones mantenidas del tronco (3).

A continuación, se describen las principales situaciones de riesgo asociadas al uso de la cama obstétrica y las recomendaciones ergonómicas clave para minimizarlas.

Inspección visual con la mujer en cuadrupedia

Las posturas de asistencia con la mujer arrodillada sobre la cama presentan un riesgo elevado para la matrona, afectando especialmente al tronco y al cuello. Estas situaciones suelen obligar a arrodillarse sobre superficies duras o a mantener flexiones extremas del tronco para poder visualizar el periné.

Se recomienda utilizar elementos de apoyo que permitan evitar estas posturas forzadas, en particular un taburete regulable que facilite sentarse y acercarse al punto de trabajo, reduciendo la necesidad de adoptar la postura en cuclillas o realizar flexiones pronunciadas del tronco.

Aplicación de fuerza con la mujer en posición lateral

Durante la aplicación de fuerza o contrapresión, debe ajustarse la altura de la cama de modo que el área de trabajo se sitúe aproximadamente entre el codo y el hombro de la matrona. Esta disposición favorece una postura neutra, con la espalda alineada, y reduce la necesidad de realizar giros o flexiones del tronco.

Una cama demasiado baja obliga a inclinar el tronco hacia delante, generando fuerzas de compresión elevadas en la columna. Asimismo, debe evitarse sentarse en el borde de la cama, ya que esta posición suele provocar torsiones perjudiciales del cuello y la espalda.

Sutura posparto

La sutura posparto es una tarea de duración prolongada (habitualmente entre 20 y 30 minutos) que exige mantener posturas estáticas, a menudo más allá de los límites recomendables para la salud musculoesquelética (2,3).

Para reducir el riesgo, se debe utilizar una silla con ajuste de altura y giro para evitar torsiones al alcanzar el material. La iluminación debe ser focalizada para

evitar que la matrona realice flexiones laterales de tronco para esquivar su propia sombra (3).

1.1.4 Trabajo a baja altura: monitorización y asistencia

Durante el proceso asistencial es frecuente que la matrona deba trabajar a baja altura, adoptando posturas como cuclillas o de rodillas. Estas situaciones son especialmente habituales durante la monitorización y la asistencia cuando se utilizan recursos como la pelota de dilatación, la silla de parto o la bañera. La exposición repetida y prolongada a este tipo de posturas se asocia a un aumento del riesgo de sobrecargas y lesiones, principalmente en la espalda y las articulaciones de las rodillas (3).

Uno de los factores que agrava este riesgo es la imposibilidad de alternar posturas o disponer de tiempo suficiente para la recuperación muscular. El aumento de la carga asistencial y la falta de pausas adecuadas dificultan la recuperación de los tejidos, favoreciendo la aparición de trastornos musculoesqueléticos de carácter acumulativo (2). Por este motivo, se considera necesario evitar la sobrecarga estática prolongada mediante la alternancia frecuente de posiciones siempre que la situación clínica lo permita (3).

Para reducir la carga postural asociada al trabajo a baja altura, se recomienda el uso de elementos que permitan acercar la tarea a la profesional sin necesidad de adoptar posturas extremas, como taburetes bajos o sillas regulables, que faciliten una posición más estable y menos exigente para la columna. Asimismo, resulta aconsejable programar pausas breves y frecuentes que favorezcan la recuperación muscular.

Cuando el trabajo a nivel del suelo resulta inevitable, es fundamental minimizar el impacto del contacto directo con superficies duras. En este sentido, se recomienda el uso de almohadillas para las rodillas, esterillas, cojines o sillas de rodillas, que reducen la presión sobre las articulaciones y permiten mantener un rango de movimiento más seguro durante la asistencia (3).

1.1.5 Aplicación de la técnica de manto

La técnica de manto es una maniobra manual de acompañamiento durante el parto que consiste en la aplicación de movimientos rítmicos y envolventes sobre la pelvis o el abdomen de la mujer, generalmente sincronizados con las contracciones, con el objetivo de favorecer la movilidad pélvica y el descenso fetal. Desde el punto de vista ergonómico, esta técnica combina la aplicación de fuerza, la repetición de movimientos y la adopción de posturas exigentes, lo que puede generar una carga física relevante para la matrona si no se realiza en condiciones adecuadas.

Para reducir el riesgo de sobrecarga musculoesquelética durante la aplicación de la técnica de manto, se recomiendan las siguientes medidas específicas:

Posición de trabajo durante el manto

La matrona debe situarse lo más próxima posible a la mujer, con una base de apoyo amplia y estable, evitando posiciones en cuclillas prolongadas o inclinaciones excesivas del tronco. Cuando el manto se realiza en la cama, esta debe

ajustarse a una altura que permita trabajar con los antebrazos próximos al cuerpo y la espalda alineada, reduciendo la necesidad de flexión lumbar sostenida.

Generación del movimiento

Los movimientos rítmicos característicos del manto deben originarse en el desplazamiento del peso corporal de la matrona, mediante balanceos suaves del cuerpo, y no en la tracción repetida con los brazos o las manos. Esta estrategia permite mantener la continuidad del movimiento con menor esfuerzo y disminuye la carga sobre los hombros, los codos y la zona lumbar.

Duración y repetición de la maniobra

Dado que el manto suele mantenerse durante varias contracciones consecutivas, es importante limitar su duración continua, introducir micro-pausas entre ciclos y alternar tareas siempre que sea posible, con el fin de evitar la fatiga muscular asociada a movimientos repetitivos.

Trabajo en equipo en maniobras exigentes

Cuando el manto requiere una aplicación de fuerza más intensa —por ejemplo, en mujeres con menor movilidad o en posiciones que dificultan el acceso— se recomienda la intervención coordinada de dos personas. El trabajo en equipo permite repartir la carga, mantener una ejecución más controlada y evitar sobreesfuerzos individuales.

1.2 Diez claves ergonómicas para la práctica diaria en la sala de nacimiento

Integrar la ergonomía en la práctica diaria no implica añadir nuevas tareas, sino incorporar pautas que permitan trabajar de forma más inteligente, eficiente y segura, con el objetivo de reducir la carga física, prevenir lesiones musculoesqueléticas y preservar la salud y la capacidad funcional a lo largo de la vida profesional. A partir del análisis realizado en los apartados anteriores, se presentan a continuación diez claves ergonómicas orientadas a la práctica cotidiana en la sala de nacimiento. Estas recomendaciones sintetizan los principios y consideraciones desarrollados a lo largo del capítulo.

DIEZ PRINCIPIOS ERGONÓMICOS PARA LA PRÁCTICA DIARIA DE LA MATRONA

1. **Mantén el espacio de trabajo ordenado.**
Un entorno organizado y con las zonas de paso despejadas mejora la seguridad, facilita el movimiento y reduce el riesgo de accidentes.
2. **Ajusta el entorno antes de iniciar la tarea.**
Siempre que sea posible, adapta la altura de la cama, la iluminación y la disposición del material antes de comenzar la asistencia.
3. **Busca y conserva una postura neutra.**
Mantén la columna alineada, los hombros relajados y el cuello sin giros ni inclinaciones extremas, con los pies bien apoyados y estables.
4. **Evita mantener posturas estáticas prolongadas.**
Alterna posiciones y realiza cambios posturales antes de que aparezca la fatiga o la molestia.
5. **Acércate a la tarea y reduce los alcances.**
Coloca el material a tu alcance funcional, elimina obstáculos y sitúate lo más cerca posible de la mujer para evitar flexiones innecesarias del tronco.
6. **Gestiona la altura de trabajo.**
Evita trabajar a alturas excesivamente bajas; utiliza taburetes o ajusta la cama para realizar las tareas entre el nivel del codo y el hombro.
7. **Cuida la iluminación para proteger tu postura.**
Una luz adecuada y focalizada reduce la fatiga visual y evita posturas compensatorias del cuello y la espalda.
8. **Aplica la fuerza de forma segura.**
Utiliza el peso de tu cuerpo para generar el movimiento, empuja en lugar de tirar y mantén el punto de aplicación de la fuerza próximo al cuerpo.
9. **Utiliza ayudas técnicas cuando estén disponibles.**
Taburetes, sillas regulables, almohadillas o apoyos reducen la carga física y permiten trabajar de forma más sostenible.
10. **Trabaja en equipo cuando la carga lo requiera.**
En maniobras que implican esfuerzo elevado, como el manto o la movilización, compartir la tarea reduce el riesgo de sobreesfuerzo y mejora el control del movimiento.

PARTE 2. MONITORIZACIÓN (DE CONSTANTES VITALES) EN EL PARTO HUMANIZADO

2.1 La monitorización durante el parto

La monitorización durante el parto tiene como finalidad garantizar la seguridad materna y neonatal mediante la detección precoz de posibles alteraciones fisiológicas, aportando información objetiva que apoya la toma de decisiones clínicas. En contextos de baja complejidad, y de forma particular en el parto en agua, este seguimiento plantea el reto de equilibrar la vigilancia clínica con el respeto al proceso fisiológico y a la experiencia del nacimiento.

Desde esta perspectiva, la monitorización debe concebirse como un recurso que acompaña sin invadir, capaz de reforzar la seguridad sin interferir en la libertad de movimiento, el entorno emocional ni la autonomía de la mujer. Este apartado aborda distintos enfoques de monitorización con especial atención al parto en agua, poniendo el foco en soluciones que permitan obtener información fiable con criterios de proporcionalidad, sensibilidad y respeto.

2.2. Soluciones de monitorización en contextos de parto fisiológico

Las estrategias de monitorización durante el parto incluyen desde sistemas convencionales por contacto —como la cardiotocografía externa o los pulsioxímetros— hasta tecnologías más recientes inalámbricas o sin contacto. Mientras que los primeros ofrecen mediciones precisas, pueden limitar la movilidad o resultar intrusivos; las segundas buscan compatibilizar el seguimiento clínico con un desarrollo más libre del proceso de parto.

En el caso del parto en agua, las tecnologías empleadas deben responder a requisitos específicos de seguridad, fiabilidad y compatibilidad con un entorno húmedo, sin alterar el equilibrio térmico ni el clima emocional. En este marco, se presentan a continuación distintas soluciones analizadas en un ensayo demostrativo piloto desarrollado en el proyecto NAIXEM, que constituye la base empírica de la comparativa y de la reflexión que se expone, con un carácter exploratorio.

2.2.1. Tecnologías analizadas

Tabla 1. La tabla inferior resume los aspectos más destacados de las tecnologías analizadas.

TECNOLOGÍA	DESCRIPCIÓN
CONTROL TÉRMICO DEL AGUA	Sensores de inmersión o sistemas inalámbricos permiten mantener la temperatura del agua dentro del rango recomendado (35–38 °C) (23,24), activando alarmas ante desviaciones y contribuyendo a prevenir la hipertermia materna y a preservar el bienestar fetal.

TECNOLOGÍA	DESCRIPCIÓN
MONITORIZACIÓN SIN CONTACTO (CÁMARA Y TERMOGRAFÍA)	Basada en cámaras ópticas y térmicas, la monitorización sin contacto —como el sistema VitalWise— permite estimar frecuencia cardíaca, respiratoria y temperatura superficial a partir de variaciones de color o calor en la piel (25); no requiere sensores corporales, aunque su precisión puede verse afectada por vapor o reflejos del agua y exige una integración cuidadosa en el entorno asistencial.
WEARABLES O SENSORES PORTÁTILES DE CONTACTO MÍNIMO	Dispositivos como EmbracePLUS o Corsano CardioWatch 287-2 son pulseras médicas resistentes al agua que miden frecuencia cardíaca, respiración y temperatura mediante sensores ópticos y eléctricos (26,27), ofreciendo registros estables sin cables y plena libertad de movimiento, lo que los hace especialmente adecuados para el parto en agua.
COOXIMETRÍA MULTIESPECTRAL	Equipos como Masimo CO-Oximeter emplean luz de distintas longitudes de onda para medir saturación de oxígeno (SpO ₂), frecuencia cardíaca y hemoglobina total (28); pese a su alta precisión clínica, no son sumergibles, por lo que su uso se limita a entornos secos o a la fase neonatal (Jung et al., 2013).

2.2.2. Resultados comparativos del proyecto NAIXEM

En el marco del proyecto NAIXEM, el Instituto de Biomecánica de Valencia (IBV) llevó a cabo una serie de ensayos controlados orientados a evaluar tecnologías de monitorización no invasivas y potencialmente compatibles con el parto en agua. El protocolo experimental se desarrolló en un entorno que simulaba las condiciones de un parto en agua, incluyendo una bañera con control activo de la temperatura y un sistema multisensor para el registro sincronizado de variables fisiológicas y ambientales.

Los ensayos permitieron contrastar el rendimiento de dispositivos *wearables* de grado médico impermeables —como la pulsera EmbracePLUS—, sistemas de monitorización sin contacto basados en fotoplethismografía remota (rPPG), como la plataforma VitalWise, y tecnologías de referencia como la cooximetría multiespectral inalámbrica. La evaluación se centró en la precisión y estabilidad del registro de constantes vitales frente a desafíos ambientales específicos del medio acuático, tales como la inmersión, la humedad, la presencia de vapor y las variaciones lumínicas, proporcionando la base empírica para las conclusiones comparativas que se presentan a continuación.

2.2.3. Interpretación y aplicación práctica

Los resultados del proyecto NAIXEM muestran que las soluciones de monitorización inalámbricas y sin contacto permiten avanzar hacia modelos de vigilancia menos intrusivos y más compatibles con el parto en agua. En este marco, los dispositivos *wearables* impermeables de grado médico se configuran actualmente como la opción más robusta y estable, mientras que los sistemas ópticos basados en fotoplethismografía remota (rPPG) representan una línea de desarrollo prometedora, aunque todavía con limitaciones técnicas.

La combinación de ambas aproximaciones permite plantear estrategias híbridas de monitorización orientadas a obtener información clínicamente relevante

sin interferir en la fisiología del proceso ni en la vivencia subjetiva del nacimiento, en coherencia con los principios del parto humanizado y la atención respetuosa.

Con el objetivo de facilitar la aplicación práctica de estos resultados, la siguiente tabla presenta una comparativa simplificada de las principales tecnologías de monitorización potencialmente utilizables en el parto en agua, atendiendo a su funcionamiento, ventajas, limitaciones y grado de adecuación a este contexto asistencial.

Tabla 2. Comparativa simplificada de tecnologías de monitorización en parto en agua

TECNOLOGÍA	CÓMO FUNCIONA	VENTAJAS PRINCIPALES	LIMITACIONES	ADECUACIÓN AL PARTO
CONTROL TÉRMICO DEL AGUA	Sensores digitales o sistemas IoT miden la temperatura del agua en tiempo real.	Seguridad térmica, alarmas automáticas, bajo coste.	No aporta información sobre parámetros fisiológicos maternos o fetales.	Muy alta (uso complementario).
SISTEMAS SIN CONTACTO (CÁMARA / TERMOGRAFÍA)	Cámaras RGB/ NIR o térmicas detectan variaciones de color o temperatura para estimar FC, FR y temperatura.	No requieren contacto físico, máximo confort para la mujer.	Sensibles a vapor, reflejos y condiciones de iluminación; precisión moderada.	Alta (prometedora, en desarrollo).
WEARABLES IMPERMEABLES	Pulseras o parches miden FC, FR y temperatura mediante sensores ópticos o eléctricos.	Alta precisión, libertad de movimiento, uso relativamente sencillo.	Requieren colocación inicial y gestión de la batería.	Muy alta (opción más estable actualmente).
COOXIMETRÍA MULTIESPECTRAL	Emisión de luz multispectral para estimar SpO ₂ , FC y SpHb.	Alta fiabilidad clínica en entornos secos.	No sumergible; uso limitado durante el parto en agua.	Baja (adecuada principalmente en fase neonatal).

2.3 Claves para una monitorización respetuosa en el parto en agua

La monitorización en el parto en agua exige equilibrar la seguridad clínica con el respeto a la intimidad, la confianza y el clima emocional del nacimiento, de modo que la tecnología solo aporte valor cuando se aplica con criterios de proporcionalidad, respeto a la autonomía de la mujer y mínima intrusión en el proceso fisiológico. En este contexto, los resultados disponibles señalan el potencial de estrategias híbridas que combinan dispositivos portátiles impermeables y sistemas sin contacto, cuya aplicación debe ser progresiva y evaluada de forma continuada, priorizando en cada momento la información clínicamente relevante.

Tabla 3. Tres claves para una monitorización respetuosa en el parto en agua

TRES CLAVES PARA UNA MONITORIZACIÓN RESPETUOSA EN EL PARTO EN AGUA
1. Monitorización materna Priorizar el uso de <i>wearables</i> impermeables de grado médico por su fiabilidad y por permitir libertad de movimiento durante el parto. Los sistemas sin contacto pueden emplearse de forma complementaria, siempre que su uso sea proporcional a la necesidad clínica y garantice la intimidad y un tratamiento ético de los datos.
2. Monitorización neonatal Utilizar la cooximetría multiespectral como tecnología de referencia en entornos secos. Las soluciones sin contacto pueden considerarse a futuro para reducir la manipulación del neonato, previa validación clínica específica en el contexto del parto en agua.
3. Diseño y entorno asistencial Asegurar el control térmico del agua y la integración discreta de los sistemas de monitorización en el espacio asistencial, de modo que refuercen la seguridad sin interferir en el ambiente emocional del nacimiento.

3. BIBLIOGRAFÍA

1. World Health Organization (WHO). State of the world’s nursing 2020: investing in education, jobs and leadership. Geneva: WHO; 2020. Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240003279>
2. Hasheminejad N, Amirmahani M, Tahernejad S. Biomechanical evaluation of midwifery tasks and its relationship with the prevalence of musculoskeletal disorders. *Heliyon*. 2023 Sep;9(9):e19442.
3. Okuyucu K. Musculoskeletal disorders in midwives: Prevalence, impact and contributory factors. Loughborough University; 2019.
4. Wangler S, Simon A, Meyer G, Ayerle GM. Influence of the birthing room design on midwives’ job satisfaction – A cross-sectional online survey embedded in the ‘Be-Up’ study. *Sexual & Reproductive Healthcare*. 2023 Sep;37:100867.
5. Hammond A, Foureur M, Homer CSE. The hardware and software implications of hospital birth room design: A midwifery perspective. *Midwifery*. 2014 Jul;30(7):825–30.
6. Sands G, Evans K, Spiby H, Eldridge J, Pallotti P, Evans C. Birth environments for women with complex pregnancies: A mixed-methods systematic review. *Women and Birth*. 2023 Feb;36(1):39–46.
7. Nicoletta S, Eletta N, Cardinali P, Migliorini L. A Broad Study to Develop Maternity Units Design Knowledge Combining Spatial Analysis and Mothers’ and Midwives’ Perception of the Birth Environment. *HERD: Health Environments Research & Design Journal*. 2022 Oct 10;15(4):204–32.

8. Alexandra Peláez Linden Tutores C, María Álvarez Isidro Carlos José Gómez Alfonso E. Repensando los espacios para la Salud. Análisis de la obra de Müller-Parra.
9. Carmona A. Aspectos antropométricos de la población laboral española aplicados al diseño industrial [Internet]. 2003 [cited 2026 Feb 7]. Available from: <https://www.insst.es/documentacion/material-tecnico/documentos-tecnicos/aspectos-antropometricos-de-poblacion-laboral-espanola-aplicados-al-diseno-industrial-2003>
10. Panero J, Zelnik M. Human Dimension & Interior Space: A Source Book of Design Reference Standards. New York: Whitney Library of Design; 1979.
11. Villar Fernández MF 2003. Manual para la evaluación y prevención de riesgos ergonómicos y psicosociales en PYME. Madrid; 2003.
12. Instituto Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo (INSST). Guía técnica para la evaluación y prevención de los riesgos relativos a la manipulación manual de cargas [Internet]. 2024 [cited 2026 Feb 7]. Available from: <https://www.insst.es/documentacion/material-normativo/guia-tecnica-para-la-evaluacion-y-prevencion-de-los-riesgos-relativos-a-la-manipulacion-manual-de-cargas>
13. Asociación Española de Normalización (UNE). UNE-EN 1005-4:2005+A1:2009 Seguridad de las máquinas. Comportamiento físico del ser humano. Parte 4: Evaluación de las posturas y movimientos de trabajo en relación con las máquinas [Internet]. 2009 [cited 2026 Feb 7]. Available from: <https://www.une.org/encuentra-tu-norma/busca-tu-norma/norma?c=N0043553>
14. CIEHF. Chartered Institute of Ergonomics & Human Factors. Improving birth pool design (Case Study 18) [Internet]. 2023 [cited 2026 Feb 7]. Available from: <https://activebirthpools.com/wp-content/uploads/2023/01/Improving-birthing-pool-design.pdf>
15. Brainin KD. Water Birth Safety Initiative [Internet]. 2019 [cited 2026 Feb 7]. Available from: <https://activebirthpools.com/water-birth-safety-initiative-2/>
16. Brainin KD. Active Birth Pools [Internet]. 2023 [cited 2026 Feb 7]. Available from: <https://activebirthpools.com/safety-first/>
17. Active Birth. Getting into a Birth Pool Safely and Simply [Internet]. 2017 [cited 2026 Feb 7]. Available from: <https://activebirthpools.com.au/getting-into-a-birth-pool-safely-and-simply/>
18. Setola N, Naldi E, Cocina GG, Eide LB, Iannuzzi L, Daly D. The Impact of the Physical Environment on Intrapartum Maternity Care: Identification of Eight Crucial Building Spaces. HERD: Health Environments Research & Design Journal. 2019 Oct 15;12(4):67–98.
19. de la Cueva P, Parra M, Müller Á. Arquitectura integral de maternidades. Material de apoyo a la estrategia de atención al parto normal en el Sistema Nacional de Salud. 2008.
20. Thoeni A, Zech N, Moroder L, Ploner F. Review of 1600 water births. Does water birth increase the risk of neonatal infection? The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine. 2005 May 1;17(5):357–61.
21. Sheila Kitzinger's Letter from Europe: The Clock, the Bed, the Chair, the Pool. Birth. 2003 Mar 7;30(1):54–6.
22. Ministerio de Sanidad. Maternidad hospitalaria: estándares y recomendaciones [Internet]. 2009 [cited 2026 Feb 7]. Available from: <https://observatoriosaludmujeres.sanidad.gob.es/saludSexualReproductiva/saludReproductiva/estudiosInformes/maternidadHospitalaria/home.htm>
23. Cluett ER, Burns E, Cuthbert A. Immersion in water during labour and birth. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2018 May 16;2018(6).
24. Liu Y, Liu Y, Huang X, Du C, Peng J, Huang P, et al. A comparison of maternal and neonatal outcomes between water immersion during labor and conventional labor and delivery. BMC Pregnancy Childbirth. 2014 Dec 6;14(1):160.
25. Martínez U, Escrig M. VITALWISE: Non-invasive vital signs detector. Potential application to DMS [Internet]. 2025 [cited 2026 Feb 7]. Available from: <https://medusanetwork.org/eventos/webinar-vitalwise/>

26. Gerboni G, Comunale G, Chen W, Lever Taylor J, Migliorini M, Picard R, et al. Prospective clinical validation of the Empatica EmbracePlus wristband as a reflective pulse oximeter. *Front Digit Health*. 2023 Dec 4;5.
27. Bignami EG, Fornaciari A, Fedele S, Madeo M, Panizzi M, Marconi F, et al. Wearable Devices in Healthcare Beyond the One-Size-Fits All Paradigm. *Sensors*. 2025 Oct 20;25(20):6472.
28. Suner S, McMurdy J. Masimo Rad-57 Pulse CO-Oximeter™ for noninvasive carboxyhemoglobin measurement. *Expert Rev Med Devices*. 2009 Mar 9;6(2):125–30.

Filiaciones autores

“Acompañar partos en movimiento obliga muchas veces a trabajar a ras de suelo o en posturas forzadas, con un alto coste físico si no hay equipamiento adecuado.”

- Matrona participante en el estudio y análisis ergonómico

Soledad Carreguí Vilar es Doctora en Ciencias Biomédicas y Salud por la Universitat Jaume I de Castelló y Matrona. Máster en Gestión y Administración Sanitaria por el Instituto de Salud Carlos III. Actualmente trabaja en Atención Primaria del Departamento de Salud de La Plana y es Investigadora Principal del Proyecto Estratégico NAIXEM. Ha sido Supervisora del Servicio de Partos del Hospital de la Plana durante 23 años, liderando la implementación de buenas prácticas y humanización del nacimiento. Reconocida por el Ministerio de Sanidad por proyectos innovadores, es profesora de la Unidad Docente y miembro del comité evaluador de la Estrategia de Parto Normal.

Juan Serra Lluch es Doctor Arquitecto, catedrático de la Universitat Politècnica de València y Subdirector de la ETS de Arquitectura. Es miembro del Grupo de Investigación del Color en Arquitectura del instituto de Restauración del Patrimonio y del Comité Ejecutivo de la International Color Association. Ha sido becario Fulbright en el Munsell Color Science Laboratory (NY: RIT 2023) y ha participado en proyectos de investigación competitivos nacionales e internacionales. Es editor de la revista VLC Arquitectura (UPV) y miembro del consejo editorial de Color Research and Application (Wiley). Ha publicado numerosos artículos y es autor del libro “Color for Architects” (NY: PAPER Press, 2019)."

Lucia Rocca-Ihenacho es Doctora, matrona (RM), PhD, MSc, PGCert y FHEA. Profesora Titular y directora del Máster en Salud Materna Global en la Escuela de Salud y Ciencias Médicas de la City St George's, University of London. Cofundadora y directora ejecutiva de Midwifery Unit Network, lidera iniciativas internacionales para fortalecer los modelos de atención continuados liderados por matronas. Es impulsora del marco MUSA Framework, orientado a mejorar la calidad y seguridad en Centros de Nacimiento. Su investigación se centra en la atención basada en la evidencia, la organización de servicios y la promoción de modelos sostenibles de cuidado materno a nivel global.

Andrea Codoñer Canet es Licenciada en Medicina y especialista en Obstetricia y Ginecología. Máster en Medicina Fetal y Diagnóstico Prenatal y Diploma de Experta en Asistencia en Centros de Nacimiento. Desarrolló su trayectoria durante 15 años en el Hospital Universitario de La Plana, donde se dedicó a la obstetricia y la reproducción asistida. Fue vicepresidenta y responsable de formación del Comité de Lactancia Materna, participando en la elaboración de protocolos asistenciales relacionados con la atención al parto y la lactancia. Ha impartido formación en parto en agua, lactancia materna y duelo perinatal, y colaboró como docente en la IHAN. Actualmente trabaja en el Hospital General de Requena y forma parte de la junta directiva de AELAMA y del comité editorial de su Revista de Lactancia Materna.

Ana Sánchez Alonso es Matrona con una amplia trayectoria asistencial vinculada principalmente al Hospital Universitario de la Plana (Vila-real), donde ejerció durante 20 años en el área de paritorio, consolidando un modelo de atención cercano, seguro y humanizado dentro del entorno hospitalario. Su formación en Inglaterra marcó de manera decisiva su enfoque profesional, centrado en el respeto y la calidad en la atención al nacimiento. Actualmente desarrolla su labor como matrona en el Hospital de Sagunto. Comprometida con la mejora y defensa de la profesión, formó parte durante ocho años de la Junta Directiva de la Associació de Comares de la Comunitat Valenciana.

M^aJosé Palomares Blanco es Matrona y enfermera especialista en Enfermería Familiar y Comunitaria, con amplia experiencia asistencial en el ámbito hospitalario y de atención primaria. Desde el 2014 desarrolla su labor asistencial en el paritorio del Hospital Universitario de La Plana, hospital referente nacional en Atención al parto Normal, combinando actividad clínica, docente y formadora, especialmente en diabetes gestacional. Cuenta con un Máster Universitario en Nutrición y Salud y un Grado Experto en Atención en Centro de Nacimiento además de formación especializada en salud materno-infantil. Ha participado en proyectos de investigación, comunicaciones científicas y tutoría de residentes. Destaca por su enfoque basado en la evidencia, su compromiso con la educación sanitaria y la mejora continua de la práctica clínica.

María Teresa Parra Soriano es Matrona con una trayectoria profesional consolidada durante 15 años en el Hospital de La Plana (Vila-real), centro en el que se formó y donde desarrolló una amplia experiencia en atención a la mujer durante el parto, el posparto y acompañamiento en lactancia, desde un enfoque humanizado y basado en la evidencia. Posteriormente trabajó en el Centro de Salud Sexual y Reproductiva de Vila-real. Es Consultora Internacional Certificada en Lactancia Materna (IBCLC) desde 2023 y cuenta con formación especializada, entre la que destaca el Grado de Experto en Atención en Centros de Nacimiento. Actualmente ejerce como matrona en el Centro de Salud de Burriana.

Sandra Castell Folch es Matrona titulada con amplia experiencia en la atención integral al embarazo, parto y puerperio. Titulada también como Enfermera Especialista en Enfermería Pediátrica. Desde abril del 2014 desarrolla su labor asistencial en el paritorio del Hospital de La Plana de Villarreal; hospital referente nacional en Atención al Parto Normal. Cuenta con un Grado Experto en Atención en Centro de Nacimiento, Master en Enfermería escolar y formación en El Parto en el Agua entre otras. Comprometida con una atención humanizada, acompañando a la mujer y su familia, ofreciendo cuidados basados en la evidencia científica.

Judith Janssen es matrona formada en los Países Bajos. Licenciada en Derecho internacional, con posgrado en salud global y derechos humanos. Cuenta con amplia experiencia en atención perinatal en distintos modelos asistenciales en España y Países Bajos, especialmente en atención continuada liderada por matronas, en domicilio y en entornos extrahospitalarios de nacimiento. Ha trabajado como docente en el grado de Matronería en Países Bajos y como facilitadora de formación y simulación clínica, centrada en la comunicación, la práctica reflexiva y restaurativa. Ofrece un espacio de formación continua y reflexión profesional a través de su podcast Aguas Claras. Es miembro del equipo coordinador de MUNet España, participa activamente en asociaciones profesionales y está comprometida con el fortalecimiento de la profesión y el desarrollo de modelos de atención liderados por matronas. Actualmente ejerce como matrona de parto en domicilio en la Comunidad Valenciana y, periódicamente, en Países Bajos.

Marta Valerio es Matrona y Coordinadora del Área de Maternidad en London North West University Healthcare NHS Trust, con amplia experiencia clínica y profesional en servicios de maternidad. Su labor académica se centra en mejorar la seguridad, la calidad y la experiencia en los modelos de atención liderados por matronas, desde un enfoque basado en la evidencia. Su tesis abordó

aspectos clave de la organización y prestación de los servicios de maternidad, generando datos que han contribuido al desarrollo de este manual. Está especialmente comprometida con la transferencia del conocimiento a la práctica clínica, apoyando a los equipos asistenciales y promoviendo resultados óptimos para mujeres, recién nacidos y familias, desde una perspectiva de excelencia y equidad en la atención materna.

Marina Danielle es profesora y investigadora en matronería de la City St George's, University of London. Lidera el grupo de investigación en Salud Pública y Desigualdades dentro del centro de investigación en salud materno-infantil de dicha universidad. Sus intereses abarcan los procesos de justicia reproductiva y la construcción de experiencias de nacimiento óptimas para todas las personas.

Louisa Hope Jackson, CPM, MSc, es matrona, investigadora y defensora de políticas públicas, con más de 15 años de experiencia promoviendo el acceso a una atención por parte de las matronas de alta calidad en diversos sistemas de salud. Su trabajo se centra en modelos de atención basados en la evidencia, con especial énfasis en la mejora de la calidad, la sostenibilidad del sistema y el fortalecimiento de la autonomía profesional de las matronas. Tras ejercer inicialmente en Estados Unidos, actualmente reside en Edimburgo, Escocia. Louisa es titulada en un Máster en Salud Materna Global y actualmente ejerce como responsable de Proyecto para el desarrollo del marco europeo de acreditación de Unidades Lideradas por Matronas para la Midwifery Unit Network (MUNet).

Laura Peña Ortega es matrona y responsable del programa de acompañamiento y desarrollo profesional para matronas de nueva incorporación en University Hospitals Sussex NHS Foundation Trust. Tiene un Máster en Salud Materna Global por City, University of London y cuenta con doble titulación en Enfermería y Obstetricia. Sus intereses profesionales se centran en apoyar las decisiones informadas de las mujeres y personas gestantes, así como en la promoción del parto fisiológico. Mantiene un especial interés en los modelos de atención liderados por matronas y ha realizado recientemente un estudio etnográfico rápido sobre las barreras y facilitadores para la implementación de unidades lideradas por matronas en el sistema sanitario público español. Está comprometida con la mejora de la atención materna desde prácticas colaborativas, centradas en la persona y basadas en la evidencia.

Maryla Cross es matrona, investigadora, activista y moderadora teatral, y reside en el Reino Unido. Posee un máster en Salud Materna Global y es la creadora de la herramienta «Evaluación de la preparación organizativa para la implementación de unidades de obstetricia» (ORAxMU). Además de su labor académica y de consultoría, utiliza el teatro, la narración de historias y métodos participativos para explorar el poder, la identidad y el cambio cultural en la atención materna. Ha trabajado a nivel internacional en entornos clínicos, de formación y en ONG, incluyendo en América Latina y el África subsahariana, y aporta a su práctica un enfoque creativo a nivel de sistemas y basado en los derechos humanos. Su trabajo se basa en la justicia reproductiva y se centra en fortalecer la autonomía de la partería, el cambio organizativo y el apoyo a la colaboración entre los servicios de salud formales y los profesionales del parto comunitarios para promover una atención materna segura y respetuosa dirigida por matronas a nivel mundial.

Francisca Fernández Guillén es Licenciada en Derecho por la Universidad Complutense de Madrid y colegiada en el Ilustre Colegio de la Abogacía de Madrid desde 1994. Ejerce en las áreas de Derecho Sanitario, Salud Sexual y Reproductiva y responsabilidad civil médica. En los últimos veinte años ha asesorado a asociaciones de usuarias, colectivos profesionales e instituciones públicas en materia de derechos del paciente y bioética. Es autora de artículos sobre mujer, salud y derecho, y participa habitualmente en formación para profesionales sanitarios. Fue reconocida en 2019 por Human Rights in Childbirth con el premio a la defensa de los Derechos Humanos en el Nacimiento y ha impulsado resoluciones internacionales contra España en casos de violencia obstétrica.

Eva M. Álvarez Isidro es Doctora Arquitecta por la UPV y socia de gómez+álvarez arquitectes, estudio responsable de diversos proyectos como el Auditorio de Massanassa. Experta en perspectiva de género, ha redactado guías normativas para la Comunidad Valenciana (finalista CSCAE 2021) y para el Banco Europeo de Inversiones (2023) en materia de vivienda. Profesora e investigadora del departamento de Proyectos Arquitectónicos (UPV), ha participado en conferencias internacionales en la IUAV de Venecia y el Technion. Premiada con el Milka Bliznakov (2019) por sus investigaciones sobre mujeres arquitectas, codirigió el diploma ARTICULATIONS (2022 a 2024) y fue codirectora de la Cátedra Urbanismo y Género CUG (2022-2025)

Marina Puyuelo es Catedrática en la Universitat Politècnica de València (UPV) y experta en diseño inclusivo y accesibilidad, dirigiendo la Cátedra STADLER desde 2016. Su trayectoria investigadora abarca proyectos nacionales e internacionales sobre diseño adaptado e interpretación cultural, reflejados en numerosas publicaciones especializadas. Ha sido galardonada con premios como el Valencia Innovación y el de Innovación Social Urbana. Como comisaria, destaca su labor en la difusión del diseño social y sostenible, participando en eventos de relevancia global como la Valencia World Design Capital 2022.

Javier Cortina es Doctor Arquitecto, profesor a tiempo completo por la Escuela Técnica Superior de Arquitectura de Valencia con experiencia docente en Brasil y Perú. Desarrolla su actividad investigadora en el ámbito de la expresión gráfica arquitectónica, la fotografía de arquitectura, el color y las nuevas tecnologías, con especial atención al patrimonio y al Movimiento Moderno. Es miembro del Instituto Universitario de Restauración del Patrimonio (IRP) y del Grupo de Investigación en Color en Arquitectura (GICA), participando en seis proyectos competitivos. Ha publicado en revistas científicas y editoriales académicas, y desarrolla una intensa labor docente y de transferencia

Mónica Val Fiel es Doctora Arquitecta, Licenciada en Bellas Artes por la Universitat Politècnica de València (UPV) y profesora titular en la ETS de Ingeniería Aeroespacial y Diseño Industrial. Su trayectoria investigadora se centra en la puesta en valor del patrimonio cultural y el diseño inclusivo. Ha contribuido significativamente al estudio de la accesibilidad y la comunicación visual aplicada al diseño urbano. Es autora de diversos artículos especializados y coautora de los libros *Mobiliario urbano: Diseño y accesibilidad* y *Diseño inclusivo y accesibilidad a la cultura*. Su labor docente combina la innovación pedagógica con una sólida formación en diseño industrial y arquitectura.

Carlos J. Gómez Alfonso es Doctor Arquitecto por la UPV y socio en gómez+álvarez arquitectes, estudio responsable de diversos proyectos como el Auditorio

de Massanassa. Experto en perspectiva de género, ha redactado guías normativas para la Comunidad Valenciana (finalista CSCAE 2021) y para el Banco Europeo de Inversiones (2023) en materia de vivienda. Profesor e investigador del departamento de Proyectos Arquitectónicos (UPV), ha participado en conferencias internacionales en la IUAV de Venecia y el Technion. Premiado con el Milka Bliznakov (2019) por sus investigaciones sobre mujeres arquitectas, codirigió el diploma ARTICULACIONES (2022 a 2024) y fue codirector de la Cátedra Urbanismo y Género CUG (2022-2025)

Ana Torres Barchino es Dra. en Bellas Artes por la Universitat Politècnica de València y profesora Titular de Universidad de la ETS de Arquitectura. Es miembro fundador del “Grupo de Investigación del Color en la Arquitectura” (GICA), y perteneciente al Instituto Universitario de Restauración del Patrimonio (IRP) de la Universitat Politècnica de València (UPV). Ha desarrollado y gestionado numerosos proyectos competitivos y contratos de investigación, con una significativa transferencia al sector productivo y a la sociedad, tanto a través de proyectos de intervención en el patrimonio como mediante publicaciones, exposiciones y conferencias en diversos foros.

Diego Martín de Torres es arquitecto, profesor asociado de la Universitat Politècnica de València y actualmente profesor sustituto en el área de Expresión Gráfica Arquitectónica de la Escuela de Arquitectura de la Universidad de Alcalá. Ha desempeñado puestos de investigador en el Departamento de Proyectos de la UPV, dentro del proyecto Arch-e: The European Platform for Architectural Competitions y en la Universidad de Alcalá, en el marco del proyecto MASO-PA: Madrid, Sociedad y Patrimonio. Asimismo, colabora actualmente en distintos proyectos de investigación de ámbito nacional e internacional. En paralelo, combina la actividad académica e investigadora con la práctica profesional.

Laura Iglesias Barras es arquitecta por la Universidad de Alcalá. Colabora en el proyecto de investigación Arch-e: The European Platform for Architectural Competitions y en el proyecto Naixem: Estrategias y modelos para la mejora de la seguridad, funcionalidad y experiencia de usuario en Centros de Nacimiento, participando en distintos proyectos de investigación de ámbito nacional. Ha cursado el Máster Universitario en Arquitectura Avanzada, Paisaje, Urbanismo y Diseño (MAAPUD) en la Universitat Politècnica de València y, en paralelo, combina su actividad investigadora con la práctica profesional.

Carla Zollinger es Doctora Arquitecta (Universitat Politècnica de Catalunya) y Profesora Lectora en Historia y Teoría de la Arquitectura (UPC). Realizó Máster en Arquitectura: Crítica y Proyecto (UPC) y Posdoctorado PNPD/CAPES en Universidade Federal da Bahia. Obtuvo la Beca de Arquitectura de la Real Academia de España en Roma 2023/2024. Fue profesora en la Universitat de Girona, Elisava, Universidade Federal da Bahia, y coordinadora de grado en UniRuy. Entre sus publicaciones se encuentra *Mirar, Cuidar y Regenerar: Lina Bo Bardi en Bahía* (CTAV). Comisaria de exposiciones para el Col·legi d'Arquitectes de Catalunya, Museu de Arte Moderna da Bahia, entre otros.

María José Más es arquitecta y profesora asociada en la ETS de Arquitectura de la Universidad Politècnica de Valencia. Actualmente combina su labor de arquitecta en la que realiza proyectos centrados, sobre todo, en el campo de la rehabilitación de edificios de viviendas, con la docencia y la investigación. Recientemente ha participado en el proyecto europeo NAIXEM junto a otros

investigadores de la UPV.

Celeste Sanahuja Edo es matrona de atención primaria de salud en el Departamento de Salud La Plana (Castellón) y experta universitaria en Centros de Nacimiento. Cuenta con una trayectoria profesional consolidada en lactancia materna, educación maternal y salud comunitaria. Ha desarrollado actividad investigadora y docente, participado en la elaboración de documentos técnicos y asumido responsabilidades de coordinación y liderazgo en comités y programas sanitarios, con un enfoque centrado en la sanidad pública y la atención integral a la mujer y su familia.

María Vicenta Ros Aranda es matrona formada en la Comunidad Valenciana. Ha desarrollado su trayectoria profesional en el Servicio de Partos del Hospital Universitario de La Plana desde su apertura en octubre de 2000, donde continúa ejerciendo en la actualidad. Tras finalizar la especialidad, formó parte durante cuatro años de la Junta Directiva de la Associació de Comares de la Comunitat Valenciana como vocal. A lo largo de su carrera ha realizado formación específica en parto natural y humanización de la atención al nacimiento, ámbitos de especial interés profesional, así como en lactancia materna. Asimismo, fue miembro del Comité de Lactancia Materna del Hospital de La Plana durante varios años.

Laura Martí Gozalbo es matrona con 18 años de experiencia en el Hospital Universitario de La Plana, centro de referencia nacional en parto natural. Durante su trayectoria en esta institución ha desarrollado una práctica consolidada en el acompañamiento a la gestante y su familia durante el embarazo, el parto y el posparto, con especial dedicación al modelo de parto humanizado y de baja intervención. Su ejercicio profesional se caracteriza por una atención basada en la evidencia científica, la seguridad y el respeto a los procesos fisiológicos, contribuyendo al impulso y fortalecimiento de un modelo de atención centrado en la mujer y su familia.

María Nemesio Tordera es Licenciada en Medicina y especialista en Pediatría, con Máster en Neonatología por la Universidad Católica de Valencia. Ejerce en la Unidad de Neonatología y Maternidad del Hospital Universitario de La Plana, donde participa activamente en la acreditación IHAN (Fase 3D). Su práctica clínica se centra en la atención neonatal humanizada y en el apoyo a la lactancia materna. Cuenta con amplia experiencia docente, destacando su participación en diversos cursos de Urgencias Pediátricas (EVES), curso de Experto en Centros de Nacimiento de la Universitat Jaume I y curso de formación en lactancia.

Teresa Esclapés Gimenez es Licenciada en medicina por la universidad Miguel Hernández de Elche en 2010. Especialidad en Pediatría y sus áreas específicas en el Hospital Vall D'Hebrón (Barcelona) 2011-2015. Máster en neonatología por la Universitat Autònoma de Barcelona 2018-2020. Instructora en reanimación avanzada pediátrica y neonatal desde 2017. Instructora en actividades de simulación clínica desde 2020. Amplia experiencia laboral en el manejo del niño y neonato crítico y en el transporte interhospitalario especializado. Actualmente médico adjunta en la UCI neonatal del Hospital Vall d'Hebron de Barcelona.

María Notario Lara es matrona comunitaria senior y líder de equipo en el NHS, con experiencia tanto en modelos de continuidad asistencial como en modelos tradicionales de atención. Es Máster en Salud Materna Global y mantiene un fir-

me interés en la continuidad de cuidados, la equidad y el desarrollo profesional en entornos liderados por matronas. Su labor se centra en la implementación de la evidencia en la práctica clínica mediante el desarrollo de servicios, la formación de profesionales y el liderazgo compasivo. Ha contribuido a iniciativas de mejora de los servicios de maternidad dentro del NHS y a nivel internacional, incluyendo proyectos relacionados con el desarrollo de unidades lideradas por matronas.

Marie Lewis es Doctora, matrona titulada, licenciada y consultora independiente en mejora sanitaria. Cuenta con más de 30 años de experiencia en el NHS en ámbitos operativos, estratégicos y a nivel nacional e internacional. Su trabajo se centra en la innovación, la mejora de la calidad y la aplicación de la evidencia en los servicios de maternidad. Ha participado en el desarrollo de hubs de innovación en Gales y liderado proyectos como servicios rurales dirigidos por matronas y programas de mejora obstétrica. Como asesora en NHS England, ha apoyado a equipos directivos en gobernanza y planificación. Promueve una atención centrada en la mujer y la comunidad y el desarrollo de las competencias de los equipos profesionales para posibilitar cambios sostenibles y basados en la evidencia.

Amparo Lopez-Vicente es Doctora en Sociología y Antropología Social (2017), Master en Bienestar Social especialidad Envejecimiento y Dependencia (2013) y Diplomada en Trabajo Social (1997) por la Universidad de Valencia. Experta en Innovación social y metodologías inclusivas en el Instituto de Biomecánica de Valencia desde el año 1999. Tiene una amplia experiencia en el desarrollo y aplicación de métodos de investigación y su adaptación a las características específicas de diferentes grupos poblacionales. Ha liderado y participado en numerosos proyectos europeos (USER-CHI, UPPER, UNCHAIN...), Autonómicos (IVACE Diseny UX, Ciudatà, AVI Ai3cord, ...) y estratégicos (Plan Estratégico del Deporte de la GVA, Actiu, Federico Giner...) en los que se incorpora la participación del usuario en procesos de desarrollo y estrategia. Es profesora asociada de contenidos formativos relacionados con UX y metodologías de toma de decisiones en salud basada en datos de las personas del Máster de Valoración Biomecánica Clínica (IBV-UPV).

Ricard Barberà-Guillem es Ingeniero en Organización Industrial | Investigador | Profesor Asociado. Doctor en Tecnologías para la Salud y el Bienestar (2016), Ingeniero en Organización Industrial (2001) y Licenciado con Honores en Ingeniería Mecánica (1996). Trabaja en el Instituto de Biomecánica de Valencia (IBV) desde 1998, con amplia experiencia en investigación sobre productos y dispositivos de apoyo, diseño universal y metodologías de investigación aplicadas a distintos grupos humanos, incluyendo personas mayores, personas con discapacidad y mujeres, incorporando criterios de diseño inclusivo de género. Desde el curso 2023–2024 es Profesor Asociado en la Universitat Politècnica de València (UPV), en el Departamento de Ingeniería Gráfica, impartiendo docencia en ingeniería gráfica y oficina técnica/desarrollo de proyectos.

Júlia García Bayarri es Graduada en Periodismo por la Universitat Jaume I de Castelló y Máster en Derechos Humanos, Globalización y Democracia por la UOC. Desde 2018 trabaja en la Fundación Fisabio, primero como coordinadora de comunicación de proyectos de financiación nacional e internacional y, posteriormente, como técnica de comunicación en el gabinete de prensa de la

fundación. Ha participado en la redacción de guías centradas en la mejora del proceso de consentimiento informado, teniendo en cuenta poblaciones vulnerables y con perspectiva de género. Asimismo, ha trabajado en la organización de eventos y en el diseño y ejecución de proyectos de divulgación científica.

Sara Moreno Tarin es Graduada en Biotecnología y máster en Historia de la Ciencia y Comunicación Científica. Es estudiante predoctoral en Comunicación e Interculturalidad analizando la comunicación en el lenguaje visual de viñetas de humor gráfico. Es autora de cinco trabajos de investigación en los que ha analizado la comunicación científica en temas como las pseudociencias en salud o el negacionismo, el género y otras narrativas en la cuestión climática. Ha trabajado en diferentes gabinetes de prensa especializados en comunicación científica y ha organizado congresos y eventos científicos, así como diseñado y ejecutado proyectos de divulgación científica para público general e infantil.

Memoria gráfica del proyecto NAIXEM

Esta galería reúne una selección de imágenes del proceso de desarrollo del proyecto NAIXEM, mostrando a las personas, espacios y momentos que han formado parte de su construcción colectiva.

Fotografía: Carlos Gómez, Gabinete de Comunicación de Fisabio y equipo NAIXEM









