

CAPÍTULO 1.

CULTURA ORGANIZACIONAL EN EL CUIDADO MATERNAL: UN ESTUDIO ETNOGRÁFICO

RAQUEL RODRÍGUEZ RODRÍGUEZ

UNIVERSIDAD DE ALMERÍA

ELENA TRILLO PADILLA

UNIVERSIDAD DE ALMERÍA

ALBA FERNÁNDEZ CEPEDA

UNIVERSIDAD DE ALMERÍA

INTRODUCCIÓN

La cultura organizacional orientada al cuidado materno constituye un aspecto crucial para salvaguardar la salud tanto de la madre como del recién nacido (Brás et al., 2023), cuyo objetivo primordial radica en la modificación de valores, normas y actitudes de los individuos, instándolos a contribuir de manera correcta y esencial (Tesfa et al., 2023; White-Van Gompel et al., 2019). De este modo, una maternidad segura y centrada en la familia exhibe una cultura organizacional que identifica a los padres, la familia y el equipo de salud como protagonistas en la atención a la mujer embarazada, priorizando la seguridad en dicho cuidado (Ramos et al., 2015; Wallace et al., 2024).

La atención especializada durante el parto ha experimentado un aumento del 58 al 81% en los últimos cuatro años, en la que la cifra global de muertes maternas anuales sigue siendo alarmante, con más de 800 mujeres fallecidas cada día por causas prevenibles relacionadas con el embarazo y el parto (OMS, 2023). En el contexto del Sistema Nacional de Salud de España, la atención al parto se limita al entorno hospitalario, a diferencia de otros países que cuentan con centros de nacimiento gestionados por matronas, ubicados cerca de los hospitales, pero fuera de ellos (Martínez-García et al., 2023). Estos centros no sólo reducen el riesgo de contagio oportunista, más probable en entornos hospitalarios, sino que también ofrecen a las mujeres que así lo deseen una experiencia de parto menos medicalizada (Ravaldi et al., 2018). En contraste con algunos países como el Reino Unido y Holanda, donde existe personal especializado para la atención al parto en el hogar, en España no se contempla la financiación de esta opción para aquellas mujeres interesadas (Bililign-Yimer et al., 2019; Peters et al., 2015). Estas diferencias en los modelos de atención materna resaltan la necesidad de revisar y ajustar la cultura organizacional en el ámbito de la salud materna, no sólo a nivel global, sino también en el contexto nacional.

En este sentido, existe un sector de la población que, cada vez más, reclama una atención al parto más humanizada y participativa, buscando que el nacimiento de sus hijos ocurra en un entorno propicio para un parto sin intervenciones (Dahlen et al., 2021; Newnham y Kirkham, 2019), en un ambiente agradable, pero con garantías de seguridad (Van der-Meulen et al., 2023). Esta tendencia cuestiona la medicalización y el uso excesivo de tecnologías aplicadas a un proceso biológico, que transforman el parto en un evento patológico (Esteban-Sepúlveda et al., 2022). En otras palabras, los nuevos estándares de cuidados asumen no tratar a las gestantes como pacientes en un proceso patológico para, precisamente, poder realizar unos cuidados culturalmente competentes y sensibles, y evitar la normalización de cuidados paternalistas o incluso la violencia obstétrica (Annborn y Finnbogadóttir, 2022). En este contexto, la violencia obstétrica, más allá de ser una forma de violencia de género, representa una violación de los derechos humanos, especialmente en lo que respecta a la salud y los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres, considerados derechos inalienables e indivisibles y a la que aún no se la ha prestado la atención que merece (Mena-Tudela et al., 2023). Esta violencia arraiga en una cultura patriarcal, manifestándose en diversos ámbitos, incluida la atención sanitaria, y aunque no es un problema nuevo, ha permanecido oculto y poco reconocido, incluso entre profesionales de la salud por diferentes motivos (Silva-Fernandez et al., 2023).

La actualidad parece revelar, por tanto, que las mujeres aún no han asumido un rol protagónico y autónomo durante el embarazo y el parto, delegando muchas decisiones en los profesionales sanitarios (Esteban-Sepúlveda et al., 2022; Mena-Tudela et al., 2023). Esto ha generado frustración en un elevado porcentaje de mujeres debido a la imposición de enfoques, acciones verticales y la falta de respeto a la autonomía en la toma de decisiones (Jenkinson et al., 2017). A pesar de un aumento de evidencia y sensibilización del cuidado maternal (Silva-Fernandez et al., 2023; Wallace et al., 2024), la literatura desde la perspectiva de las propias mujeres es aún escasa. Por ello, desde una aproximación etnográfica, el objetivo de este trabajo es explorar el papel de la cultura organizacional en las experiencias de mujeres durante su cuidado maternal.

METODOLOGÍA

Diseño

Se realizó un estudio cualitativo etnográfico para examinar las interacciones sociales, comportamientos y percepciones en el cuidado maternal (Hammersley y Atkinson, 2007). Se decidió optar por este diseño metodológico al ofrecer una oportunidad de acceso directo a los investigadores a la cultura y práctica del cuidado a través de la observación del lenguaje, actitudes y valores de las participantes (Spradley, 1980). Dado que el cuidado maternal se define a través de una cultura organizacional, este trabajo utilizará el “cuidado maternal” como fenómeno cultural.

Participantes y contexto

La captación de participantes se realizó por muestreo de conveniencia en el servicio de obstetricia-ginecología del Hospital la Inmaculada, así como grupos de apoyo a la lactancia de mujeres del

mismo hospital. La población de estudio estuvo formada por (i) mujeres embarazadas, gestantes y/o puérperas (ii) que recibieron cuidados maternos en los últimos 6 meses y (iii) accedieron a participar de forma voluntaria.

Recogida de datos

La recogida de datos se llevó a cabo en base a una observación participante estructurada, entrevistas semiestructuradas y grupo focal (Hammersley y Atkinson, 2007). La autora principal del trabajo fue la encargada de realizar la recogida de datos, supervisada por dos investigadores con experiencia en diferentes metodologías cualitativas. Los detalles sobre las observaciones de los participantes incluyeron (i) entornos físicos clínicos, (ii) actores implicados, (iii) actividad, (iv) objetos, (v) situaciones imprevistas, (vi) tiempo, (vii) objetivo, y (viii) sensaciones. También se utilizaron entrevistas semiestructuradas y grupos focales para complementar la información obtenida a partir de observaciones, para la que se utilizó un guión elaborado a partir de la literatura existente (Al-Nadabi et al., 2020; Freedman y Kruk, 2014; McMahon et al., 2014). Éstas fueron grabadas de forma digital, con una previsión de duración entre 40-60 minutos para las entrevistas y 60-90 minutos para los grupos focales. La recolección de datos se realizó de forma continua y mediante un proceso iterativo hasta alcanzar la saturación temática. Todas las transcripciones fueron anonimizadas, identificando a los participantes con “E” (entrevistas), “GF-P” (grupos focales) y “OBS” (observaciones) junto al número de participante asignado; y ofreciendo la posibilidad de revisar las mismas antes de comenzar con su análisis para asegurar que todas sus aportaciones se viesen reflejadas.

Análisis de datos

Para el análisis de datos se utilizaron los pasos de Spradley (1980), a través del software de [ATLAS.ti v.9](#). En el análisis de dominios (1), se identificaron los dominios o categorías generales mediante la lectura de los datos, incluyendo la codificación de contenido, citas, situaciones y reflexiones. Los datos similares constituyeron un dominio y en el que, además, se pudieron identificar la relación entre los mismos. Por otro lado, en el análisis taxonómico (2), se analizaron los dominios en profundidad para una mayor comprensión de su significado. Después, se elaboró un sistema de clasificación de cada dominio, ilustrando subcategorías para cada uno de ellos. En el análisis componencial (3), se compararon las similitudes y diferencias de los términos de cada dominio en cuanto a sus características relevantes. Asimismo, en el análisis temático (4), se descubrieron temas culturales; es decir, una idea específica del fenómeno cultural estudiado. Se realizó un proceso de análisis iterativo comparativo continuo. (Figura 1).

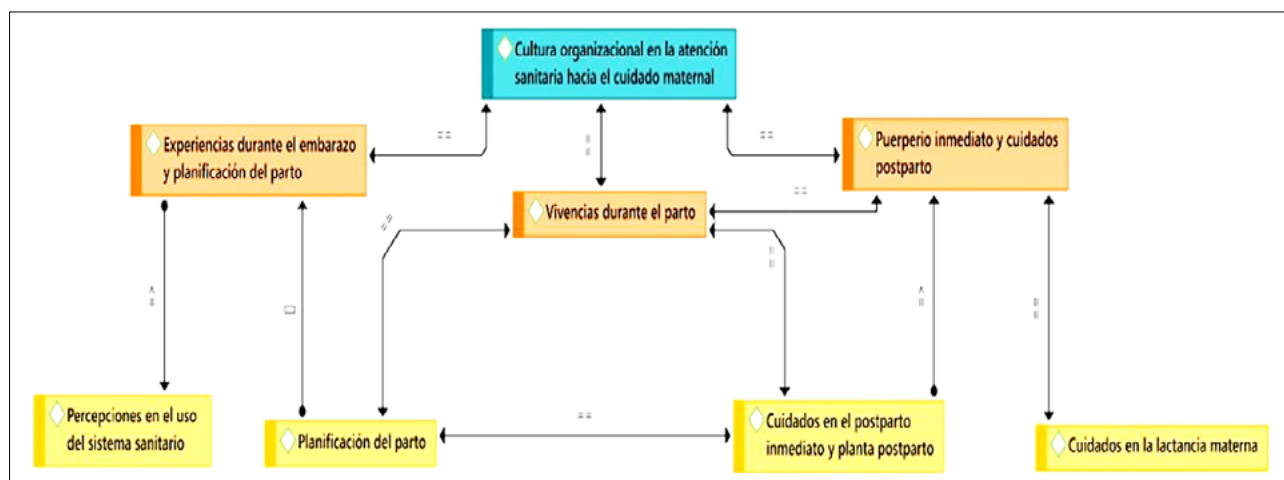


Figura 1. Mapa conceptual basado en las experiencias de las participantes.

Consideraciones éticas

Esta investigación cuenta con la aprobación por parte del Comité de Ética del Departamento de Enfermería, Fisioterapia y Medicina de la Universidad de Almería (EFM304/24), así como el Comité de Ética de la Investigación Provincial de Almería (17/2024). Esta propuesta se realizó en base a los principios éticos de la Declaración de Helsinki y sucesivas modificaciones. De forma previa al comienzo del estudio, los participantes que decidieron formar parte del estudio dieron su consentimiento informado, teniendo en todo momento la opción de retirarse si así lo desearan y garantizando su confidencialidad y anonimato; asegurando que los datos eran almacenados, analizados y tratados conforme a la normativa europea 2016/679 y la Ley 3/2018 de Protección de Datos Personales.

Rigor

Se utilizaron los criterios de calidad recomendados por Guba y Lincoln (1985). Con ello, se pretendió garantizar por un lado la credibilidad, a través de la presencia prolongada de la investigadora principal en el entorno de las participantes, así como uso de observación, entrevistas individuales y entrevistas grupales. También se pretendió conseguir la fiabilidad, con una revisión de las fases del estudio por parte del equipo de investigación; confirmabilidad, a través de diferentes recogidas de datos; y transferibilidad, con la descripción detallada de los patrones de comportamiento. La metodología y los resultados del estudio se elaborarán en base a los criterios para la presentación de informes cualitativos (COREQ) (Tong et al., 2007).

RESULTADOS

Características de los participantes

Se llevaron a cabo 12 entrevistas individuales y un grupo focal formado por 4 participantes, además de 5 observaciones participantes estructuradas. En total, participaron 16 mujeres puérperas que habían recibido cuidados maternos en los últimos 6 meses (N=16). La edad media de los partici-

pantes fue de 31,12 años, con un rango de edad de entre 25 y 41 años. De las participantes el 87,5% (n=14) se identificaron como heterosexuales, y el resto prefirió no contestar (n=2). En cuanto a la fórmula obstétrica de las participantes, un 37,5% (n=6) eran madres primerizas y un 62,5% (n=10) madres multíparas. En cuanto a la etnia de las participantes, 12 se identificaron como blancas europeas, 1 negra africana y 3 latinoamericanas (ver tabla 1)

Tabla 1. Características sociodemográficas de los participantes

Participante	Edad	OS	Etnia	Estudios	FO
E1	26	H	BE	UN	M
E2	21	H	LAT	UN	P
E3	34	H	BE	UN	M
E4	36	NC	NA	BAS	M
E5	30	H	BE	BACH	M
E6	36	H	BE	UN	M
E7	38	NC	BE	UN	M
E8	23	H	BE	ESO	M
E9	35	H	BE	ESO	M
E10	21	H	LAT	ESO	P
E11	23	H	LAT	BAS	M
E12	30	H	BE	ESO	M
GF-P1	40	H	BE	UN	P
GF-P2	31	H	BE	UN	P
GF-P3	37	H	BE	UN	P
GF-P4	37	H	BE	UN	P

OS: Orientación sexual; FO: Fórmula obstétrica; H: Heterosexual; NC: No contesta; BE: Blanca europea; LAT: Latinoamericana; NA: Negra africana; UN: Universitarios; BACH: Bachillerato; ESO: Educación obligatoria; M: Multipara; P: Primípara

Tema 1: Experiencias durante el embarazo y planificación del parto

Este primer tema se enfoca en la experiencia de las participantes en el uso del sistema sanitario durante su embarazo y en la planificación del parto, incluyendo la comunicación con los distintos profesionales de la salud antes del parto, la información proporcionada, y las visitas a las diferentes unidades de atención durante la gestación, así como la preparación específica para el momento del parto.

Subtema 1.1. Percepciones en el uso del sistema sanitario durante el embarazo

La mayoría de las participantes señalaban que la información proporcionada por parte de los profesionales fue concisa, pero no la consideraron suficiente. En este sentido, indicaban la necesidad de un mayor número de revisiones o visitas durante la gestación por parte de los especialistas como matró/a y ginecólogo/a para sentirme más seguras y cuidadas:

“Me habría gustado que me hubiesen hecho una visita antes de la semana 12 para saber si estaba todo bien, si había latido. Al final tuve que ir a un (especialista) privado que me dijera si todo iba bien” GF-P1

“El 4 de abril de 2024 a las 10:30 en consulta de primer trimestre, una gestante de 11 semanas llega nerviosa a consulta. Expresa preocupación por su embarazo, mencionando síntomas leves como náuseas y cansancio. La paciente mostraba preocupación por el bienestar de su embarazo y necesitaba saber si había latido. Tras la ecografía y comprobar que todo está bien refiere sentirse aliviada” OBS1

“Considero que nos dejan demasiado solas, no sé si es porque yo no tengo matrona en mi centro de Salud. A lo mejor si hubiera tenido hubiese tenido más control, no lo sé. [...] Es que las revisiones son de mes y medio en mes y medio y las veo muy espaciadas en el tiempo. Tú no sabes qué pasa en ese mes y medio por lo que a la mitad iba al privado” E1

Subtema 1.2. Planificación del parto

Algunas participantes enfatizaban el deseo de sentirse más incluidas o involucradas en la preparación al parto para poder enfrentarse al mismo más preparadas. Además, reclamaban actividades como instrucciones, ejercicios de respiración o saber cómo afrontar los diferentes momentos por los que pasaban durante el embarazo:

“No hubo ninguna preparación especial, sólo seguimiento. Me hubiese gustado estar más lista para el parto, que me incluyeran más para restar más mis miedos con clases, instrucciones, opciones... Cómo realizar la respiración, a lo mejor, o cómo afrontar las diferentes etapas del parto” P2

“No, no me preparé nada y la verdad es que me hubiera gustado mucho poder prepararme. Mi matrona me dijo que había cursos en el centro de salud, pero no sé, al final no los hice. Y luego, cuando llegó el momento, me arrepentí de no haberlos hecho, al igual que el tour por paritorio” P10

“El 1 de marzo de 2024 a las 10:00 observo a la matrona de atención primaria como enseña el paritorio a un grupo de 10 gestantes en tercer trimestre, que planean parir a sus bebés en dicho hospital. [...] Observo que una de las mujeres empieza a ponerse pálida y sudorosa. Dice que se está mareando. Es mamá primeriza y se sentía un poco desbordada por la situación de escuchar a mujeres gritando durante el tour” OBS5

Por otro lado, la mayoría de las participantes multíparas refirieron no realizar ninguna preparación debido, por un lado, a la falta de tiempo y por otro, por sentirse preparadas para el mismo o ser capaces de encontrar la información de forma autónoma:

“No planifiqué nada, era mi tercer bebé, no tenía tiempo y ya tenía experiencia. Eso sí, andaba mucho, pero nada más” E7

“Sí, estudié por cuenta propia. En el centro de salud no hice nada. Sí me informaron que había clases en el centro de salud, pero como no tenía coche ni facilidades para llegar, no pude asistir a las clases. Pero no me arrepiento, ya tengo otro hijo y cuando llegó el momento me acordaba de lo que tenía que hacer” E11

Tema 2. Vivencias durante el parto

Este tema aborda las experiencias de las participantes durante el momento del parto en relación a sus expectativas y la realidad de su propio parto, así como la percepción de la información recibida por parte de los profesionales sanitarios durante todo el proceso del parto. Gran parte de las participantes apuntaban haber tenido una experiencia positiva, aunque sus expectativas sobre el parto no se cumplieron. Por otro lado, en relación al lugar de elección para la realización del parto, fue en su hospital de referencia:

“Yo estuve muchísimo tiempo empujando, a mí me dieron mucho tiempo. Supongo que porque era mi primer bebé y necesitaba más tiempo. Todo fue muy bien. Me ayudaban un montón, me daban indicaciones, cambios posturales...” GF-P1

“Yo no esperaba mi parto así. Me dejaron allí y una mujer vestida de uniforme hablaba desde fuera con el matróon que estaba conmigo y le decía que todo iba muy bien y que estaba pariendo sola sin ayuda, pero claro a mí era mi tercer bebé y a mí me dolía... No sé, no me lo esperaba así” E7

En este sentido, las participantes relataron que la comunicación de los profesionales sanitarios antes y durante el parto fue efectiva, respetándose la intimidad y sintiéndose incluidas en el proceso:

“Mi experiencia con el proceso fue bien. Sabía dónde tenía que ir. Sabía que tenía que entrar por urgencias. Me explicaron todo bien, que todavía no tenía suficiente dilatación, pero que podía quedarme con ellas en paritorio, irme a planta o irme a casa. Me tranquilizaron, me dieron todas las opciones posibles y por la fase del parto en la que estaba, decidí irme a casa” GF-P4

“La comunicación fue muy buena, fue clara. Se dirigieron no solo a mí, sino también a mi marido. Todos se identificaron al entrar y no escuchaba nada, ninguna conversación personal o hablar de otras mujeres, por ejemplo” E12

Tema 3. Aspectos relacionados con el puerperio inmediato y cuidados postparto

Este último tema se centra en la percepción de las participantes sobre la importancia de la atención y cuidados recibidos en el postparto inmediato, tanto a ellas como a los familiares cercanos. Además, se destaca la necesidad de apoyo sobre lactancia materna para poder llevarla a cabo de manera satisfactoria.

Subtema 3.1. Cuidados en el postparto inmediato y planta de postparto

Las participantes relataban que, aunque la cantidad de pacientes que había influía en el trato recibido por parte de los profesionales, siendo mejor y dedicándoles más tiempo cuando había menos pacientes, también comentaban que la atención dependía del propio profesional que les atendía:

“Yo estuve sola, [aunque] creo que había una persona más aparte de mí. Probablemente la atención no hubiera sido la misma si aquello hubiese estado lleno. Además, noté mucho la diferencia entre las matronas que me atendieron, una pasaba del tema un poco y luego había otra que sí que estaba contigo, te iba explicando... También con mi marido porque para ellos tampoco es fácil. Ellos también están nerviosos” GF-P4

Subtema 3.2. Cuidados en la lactancia materna

Finalmente, algunas participantes explicaban que cuando intentaron comenzar la lactancia materna no recibieron ningún apoyo e información, llegando incluso a ofrecerle biberones desde el principio. Asimismo, demandaban la presencia de matronas que les ayudaran con este aspecto:

“Lo primero que hice sin que nadie me lo dijera, fue ponerla piel con piel conmigo. Intenté acercármela al pecho o colocarla, pero claro, no sabía si lo estaba haciendo bien. No nos ofrecieron ninguna ayuda. A nosotros nos trajeron unos biberoncitos chiquititos las auxiliares y nos dijeron que, si no podía que le diéramos biberón. Eché mucho en falta tener un apoyo que me ayudase con el que era mi deseo. También, en planta, no hay matronas y realmente creo que una matrona me hubiese ayudado con el tema del pecho” GF-P2

“No he podido darle el pecho por estar en neonatos y obviamente me gustaría. Lo he solicitado y hasta el momento no me lo han concedido. No han venido. [...] Eso sería una de las cosas que cambiaría de todo este proceso, que desde un inicio me involucren en el tema del peso y la lactancia de mi bebé ingresada” E2

DISCUSIÓN

El estudio tuvo como objetivo explorar el papel de la cultura organizacional en las experiencias de las mujeres durante su cuidado maternal. Tras analizar los resultados de las entrevistas, del grupo focal y las observaciones, se observó que, a diferencia de otros estudios que reportaban sentimientos encontrados por parte de las mujeres respecto a la información recibida (Baena-Antequera et al., 2020), la mayoría de ellas expresaron comentarios positivos sobre la información proporcionada por los profesionales durante el embarazo, parto y puerperio, aunque algunas mujeres señalaron que podrían haberse beneficiado de información adicional en ciertos temas. Con todo ello, este trabajo aporta nuevos hallazgos sobre el papel de la cultura organizacional en los cuidados maternos, destacando el impacto del funcionamiento, las condiciones, el compromiso y la ética de las instituciones y sus profesionales (Arancibia-Morales, 2021; Esteban-Sepúlveda, 2022).

La información precisa y adecuada en una etapa tan crucial es vital para el bienestar físico y mental de las mujeres (Lázaro et al., 2024; Navas et al., 2021). Como se muestra en nuestros resultados, el número de visitas y la disponibilidad de matronas en los centros de atención primaria continúan siendo, en la mayoría de las ocasiones, insuficientes, lo cual contrasta con los beneficios de otros modelos de atención dirigidos por matronas, con un menor número de ingresos hospitalarios y mayor satisfacción (Herrera-Gómez, 2022). Estos resultados coinciden con estudios previos en los que se muestra cómo el papel de la matrona, dentro de un equipo multidisciplinar, puede constituir una herramienta poderosa para generar una relación de individuo-grupo-comunidad en el cuidado maternal (Fernández-Arroyo, 2021; Alfaro et al., 2024).

En este contexto, el entorno hospitalario sigue siendo el lugar de elección para la mayoría de los partos, a pesar de que diferentes estudios sugieren que el parto en casa es igualmente seguro para partos de bajo riesgo y conlleva una menor probabilidad de ingreso neonatal (Torres-Hernández et al., 2023; Bodoque & Martínez, 2022). La percepción de las participantes podría estar influenciada culturalmente por la falta de inclusión del parto en casa en la cartera de servicios y su falta de coordinación con las unidades de obstetricia y neonatología (Bililign-Yimer et al., 2019; McMahon et al., 2014). La experiencia del parto, al ser subjetiva, puede vivirse de manera diferente, y puede ser una causa principal del desarrollo de estrés postraumático postparto (Garthus-Niegel, 2013). Los resultados también indican la necesidad de una relación de confianza entre las mujeres y sus parejas y los

profesionales durante el proceso de atención en el hospital, lo cual mejora las percepciones del parto (Esteban-Sepúlveda, 2022). Una mayor formación y actualización de los profesionales, en definitiva, pueden ayudar a humanizar el parto y mejorar las percepciones de las mujeres (Alfaro et al., 2024), facilitando el abordaje de miedos y mitos y adaptando las decisiones a las necesidades de las mujeres y sus familias (Barrera-Barrera, 2022).

Asimismo, la lactancia materna, reconocida como un factor determinante para la salud infantil y materna (Peris, 2022), se ve beneficiada por el uso de guías de práctica clínica actualizadas y la educación postnatal que los profesionales sanitarios, como enfermeras o matronas, de estos entornos clínicos pueden ofrecer (Gutiérrez Martínez et al., 2020). Como sugieren estudios previos, un mayor conocimiento por parte de los profesionales de salud y la inclusión de matronas como profesionales de referencia mejorarían las tasas de lactancia (Olvera-Álvarez et al., 2022; Bauzá Llobera, 2023). Además, a razón de lo que comentaron algunas de las participantes de nuestro trabajo, la no separación de madre y recién nacido durante las cesáreas podría mejorar estas tasas y la supervivencia neonatal (López et al., 2020). En contraste con la positividad en materia de comunicación, algunas mujeres describieron el puerperio como una etapa “solitaria”, apoyándose en algunas ocasiones en grupos de madres en la misma situación; donde las redes de apoyo resultan un recurso informal útil para compartir conocimientos, emociones y brindar apoyo mutuo (Loezar-Hernández et al., 2022; Muñoz-Sellés et al., 2022).

Limitaciones y futuras líneas de investigación

Es importante considerar ciertas limitaciones al interpretar los datos. La mayoría de las participantes eran blancas europeas, lo que limita la diversidad y representatividad de la muestra y podría sesgar los resultados, ya que las diferencias culturales y étnicas en los cuidados maternos recibidos pueden afectar las percepciones, comportamientos y expectativas relacionadas con algunos factores relacionados e identificados como el manejo del dolor (Lane & Lawlor, 2021). Las participantes eran puérperas inmediatas, excepto el grupo focal, que se encontraba en puerperio tardío. El puerperio inmediato puede implicar labilidad emocional debido a factores hormonales, lo que podría haber afectado las respuestas de las participantes. Por otro lado, existe una falta de evidencia científica sobre cultura organizacional en el campo de la obstetricia-ginecología, dificultando la discusión de nuestros resultados. Futuras investigaciones son necesarias para entender de manera más profunda cómo funciona la cultura organizacional y cómo implementarla en las unidades de maternidad.

CONCLUSIONES

Las organizaciones y sus miembros influyen de manera significativa en las mujeres a lo largo del embarazo, el parto y el puerperio. Los hallazgos subrayan la necesidad imperante de contar con matronas como profesionales de referencia durante todo el proceso de gestación, no solo para supervisar el embarazo, sino también para resolver dudas y encargarse de la educación maternal. Las mujeres que contaron con el apoyo de una matrona experimentaron una mayor tranquilidad en el día del parto. Sin embargo, aún persiste la necesidad de un seguimiento ginecológico más frecuente, debido a los largos intervalos entre

las visitas. A pesar de que las participantes manifestaron una clara satisfacción con el cuidado recibido durante el parto, con su totalidad dispuestas a elegir el mismo hospital nuevamente, se identificaron debilidades en el apoyo postparto, especialmente en lo referente a la lactancia materna. Para mejorar la atención maternal, es esencial implementar la actualización periódica del equipo multidisciplinar basado en evidencia científica actualizada, desarrollar protocolos de apoyo a la lactancia y guías de parto humanizadas, así como proporcionar información veraz y actualizada a las puérperas durante su estancia hospitalaria; además, como sugieren nuestros resultados, aumentar el número de matronas en atención primaria para garantizar que todas las mujeres tengan acceso a este apoyo fundamental.

REFERENCIAS

- Alfaro, A.L. Parto humanizado: significación de la valoración humanística en la calidad de cuidado. *Revista Científica Multidimensional Magna Sapientia*, 2(1), 12-23. <https://doi.org/10.62308/9ja4tm74>
- Al-Nadabi, W., Faisal, M., & Mohammed, M.A. (2020). Patient safety culture in Oman: A national study. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 26(5), 1406-1415. <https://doi.org/10.1111/jep.13322>
- Arancibia Morales, D.A., Silva-Jiménez, D., Cortés-Tello, F.A. y de los Ángeles Méndez, P.B. (2021). Metodologías utilizadas en Clima y Cultura Organizacional en Instituciones de Salud: Una Revisión Sistemática. *Revista Salud y Administración*, 8(22), 57-66. <https://revista.unsis.edu.mx/index.php/saludyadmon/issue/view/26>
- Annborn, A., & Finnbogadóttir, H.R. (2022). Obstetric violence a qualitative interview study. *Midwifery*, 105, 103212. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2021.103212>
- Barrera-Barrera, G., Cucoch-Petraello-Rojas, C., Martínez-Vera, I., Neira-Pérez, M., Órdenes-Orsorio, S., Sandoval-Rubilar, S., y González-Burboa, A. (2022). Percepción de las vías del parto de mujeres en edad reproductiva: una revisión de la literatura. *Revista chilena de obstetricia y ginecología*, 87(2), 122-136. <https://dx.doi.org/10.24875/rechog.21000027>
- Bauzá Llobera, M.J. (2023). Factores y prácticas en la promoción de la lactancia materna. https://dspace.uib.es/xmlui/bitstream/handle/11201/165015/Bauza_Llobera_MariaJose.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Bililign-Yimer, N., Tenaw, Z., Solomon, K., & Mulatu, T. (2019). Inadequate Prenatal Visit and Home Delivery as Determinants of Perinatal Outcomes: Does Parity Matter? *Journal of Pregnancy*, 2019, 9024258. <https://doi.org/10.1155/2019/9024258>
- Baena-Antequera, F., Jurado-García, E., Fernández-Carrasco, F.J., Rodríguez Díaz, L., Gómez-Salgado, J., y Vázquez Lara, J.M. (2020). Atención del embarazo durante la epidemia de COVID-19, ¿un impulso para el cambio? *Revista Española Salud Pública*, Vol. 94, 1-6. <http://hdl.handle.net/10481/64526>
- Bodoque, N.G., y Martínez, G.S. (2022). ¿Es seguro el parto planificado en casa para las gestantes de bajo riesgo? *Matronas profesión*, 23(3), 7.

- Brás, C.P.C., Figueiredo, M. do C.A.B. de, & Ferreira, M.M.C. (2023). Safety culture in maternity hospital: Perception of nurse-midwives. *Journal of Advanced Nursing*. <https://doi.org/10.1111/jan.15969>
- Dahlen, H.G., Downe, S., Jackson, M., Priddis, H., de Jonge, A., & Schmied, V. (2021). An ethnographic study of the interaction between philosophy of childbirth and place of birth. *Women and Birth: Journal of the Australian College of Midwives*, 34(6), e557-e566. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2020.10.008>
- Esteban-Sepúlveda, S., Fabregas-Mitjans, M., Ordobas-Pages, L., Tutusaus-Arderiu, A., Andreica, L.E., & Leyva-Moral, J.M. (2022). The experience of giving birth in a hospital in Spain: Humanization versus technification. *Enfermería Clínica (English Edition)*, 32 Suppl 1, S14-S22. <https://doi.org/10.1016/j.enfcle.2021.10.007>
- Fernández-Arroyo, M.F.Y. (2021). Los programas de educación para la maternidad como medio de empoderamiento social. Un ejemplo. *Global Journal of Human- SocialScience*, 15-20. <https://doi.org/10.34257/GJHSSCVOL21IS5PG15>
- Freedman, L.P., & Kruk, M.E. (2014). Disrespect and abuse of women in childbirth: Challenging the global quality and accountability agendas. *Lancet*, 384(9948), Article 9948. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)60859-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(14)60859-X)
- Garthus-Niegel, S., Von Soest, T., Vollrath, M.E., y Eberhard-Gran, M. (2013). The impact of subjective birth experiences on post-traumatic stress symptoms: A longitudinal study. *Archives of Women's Mental Health*, 16(1), 1-10. <https://doi.org/10.1007/s00737-012-0301-3>
- Guba, E.G., & Lincoln, Y.S. (1985). *Naturalistic Inquiry* (1er Ed.). Sage Publications.
- Gutiérrez Martínez, M., González Carrión, P., Quiñoz Gallardo, M., Rivas Campos, A., Expósito Ruiz, M., y Zurita Muñoz, A.J. (2020). Evaluación de buenas prácticas en lactancia materna en un hospital materno infantil. *Revista Española de Salud Pública*, 93, e201911088. http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S113557272019000100084&lng=es&tlng=es
- Hammersley, M., & Atkinson, P. (2007). *Ethnography: Principles in Practice* (Third Ed.). Routledge.
- Herrera-Gómez, A. (2022). El modelo de atención por matronas durante el embarazo y parto de bajo riesgo, en comparación con otros modelos de atención. *Ene*, 16(1).2- http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1988348X2022000100007&lng=es&tlng=es
- Jenkinson, B., Kruske, S., & Kildea, S. (2017). The experiences of women, midwives& obstetricians when women decline recommended maternity care: A feminist thematic analysis. *Midwifery*, 52, 1-10. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2017.05.006>
- Lane, D. S., y Lawlor, J. M. (2021). Cultural and racial disparities in birth experiences and outcomes: A review. *Maternal and Child Health Journal*, 25(5), 715-723. <https://doi.org/10.1007/s10995-021-03129-3>
- Lázaro, I.B., Rodríguez, M.D.C.C., Sancho, A.F., Jordán, M.G., García, C.S., y Azagra, M.B. (2024). Cambios psicológicos en la gestación, parto y puerperio. Influencias culturales: el significado y la repercusión del embarazo en la pareja y en el entorno familiar y social. *Revista Sanitaria de Investigación*, 5(3), 32. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=9430749>

- Loezar-Hernández, M., Briones-Vozmediano, E., Gea-Sánchez, M., y Otero-García, L. (2022). Percepción de la atención sanitaria en la primera experiencia de maternidad y paternidad. *Gaceta Sanitaria*, 36(5), 425-432. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2021.12.005>
- López, R.A., Barranco, C.M., & Ruiz, M.B.L. (2020). Piel con piel en una cesárea en un hospital del sistema público de Andalucía. *Garnata* 91, e202308-e202308. <https://ciberindex.com/index.php/g91/article/view/e202308>
- Martínez-García, E., Lara-Rodríguez, H., Álvarez-Serrano, M.A., González-García, A., Martín-Salvador, A., Gázquez-López, M., & Pérez-Morente, M.Á. (2023). Good practices in perinatal bereavement care in public maternity hospitals in Southern Spain. *Midwifery*, 124, 103749. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2023.103749>
- McMahon, S.A., George, A.S., Chebet, J.J., Mosha, I.H., Mpembeni, R.N.M., & Winch, P.J. (2014). Experiences of and responses to disrespectful maternity care and abuse during childbirth; a qualitative study with women and men in Morogoro Region, Tanzania. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 14, 268. <https://doi.org/10.1186/1471-2393-14-268>
- Mena-Tudela, D., Roman, P., González-Chordá, V.M., Rodríguez-Arrastia, M., Gutiérrez-Cascajares, L., & Ropero-Padilla, C. (2023). Experiences with obstetric violence among healthcare professionals and students in Spain: A constructivist grounded theory study. *Women and Birth*, 36(2), e219-e226. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2022.07.169>
- Muñoz-Sellés, E., Vancells-Prat, A., y Tarrés-Rovira, J. (2022). Las vivencias de las matronas en la atención online a grupos de mujeres durante el parto, posparto y apoyo a la lactancia. *Matronas profesión*, 23(2).
- Navas Arrebola, R., Peteiro Mahía, L., Blanco López, S., López Castiñeira, N., Seoane Pillado, T., & Pertega Díaz, S. (2021). Women's satisfaction with childbirth and postpartum care and associated variables. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 55, e03720. <https://doi.org/10.1590/s1980-220x2020006603720>
- Newnham, E., & Kirkham, M. (2019). Beyond autonomy: Care ethics for midwifery and the humanization of birth. *Nursing Ethics*, 26(7-8), 2147-2157. <https://doi.org/10.1177/0969733018819119>
- Olvera-Álvarez, M.A., Santos-Guzmán, J., Patton-Leal, A.C., Díaz-Contreras, E., y Ortega-Alonzo, S.E. (2022). Análisis del grado de conocimiento sobre lactancia materna en el personal de salud. *Salud Jalisco*, 9(1), 34-44.
- Organización Mundial de la Salud (OMS) (2023). Mortalidad materna. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/maternal-mortality>
- Peters, M.D.J., Lisy, K., Riitano, D., Jordan, Z., & Aromataris, E. (2015). Caring for families experiencing stillbirth: Evidence-based guidance for maternity care providers. *Women and Birth: Journal of the Australian College of Midwives*, 28(4), 272-278. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2015.07.003>
- Peris, M.E., Tremoleda, M., y Ariza, C. (2022). Lactancia materna. *FMC-Formación Médica Continuada en Atención Primaria*, 29(2), 84-89.

- Ramos, S., Romero, M., Ortiz, Z., & Brizuela, V. (2015). Safe and family- centered maternity hospitals: Organizational culture of maternity hospitals in the province of Buenos Aires. *Archivos Argentinos De Pediatría*, 113(6), 510-518. <https://doi.org/10.5546/aap.2015.eng.510>
- Ravaldi, C., Levi, M., Angeli, E., Romeo, G., Biffino, M., Bonaiuti, R., & Vannacci, A. (2018). Stillbirth and perinatal care: Are professionals trained to address parents' needs? *Midwifery*, 64, 53-59. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2018.05.008>
- Silva-Fernandez, C.S., de la Calle, M., Arribas, S.M., Garrosa, E., & Ramiro-Cortijo, D. (2023). Factors Associated with Obstetric Violence Implicated in the Development of Postpartum Depression and Post-Traumatic Stress Disorder: A Systematic Review. *Nursing Reports (Pavia, Italy)*, 13(4), 1553-1576. <https://doi.org/10.3390/nursrep13040130>
- Spradley, J.P. (1980). Participant observation. Holt, Rinehart and Winston.
- Tesfa, A., Nakidde, C., Akter, K., Khatun, F., Mwandira, K., Lemma, S., Seruwagi, G., Mwaba, K., English, M., Daniels-Howell, C., Djellouli, N., Colbourn, T., Marchant, T., & QCN Evaluation Group. (2023). Individual, organizational and system circumstances, and the functioning of a multi-country implementation- focused network for maternal, newborn and child health: Bangladesh, Ethiopia, Malawi, and Uganda. *PLOS Global Public Health*, 3(7), e0002115. <https://doi.org/10.1371/journal.pgph.0002115>
- Tong, A., Sainsbury, P., & Craig, J. (2007). Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): A 32-item checklist for interviews and focus groups. *International Journal for Quality in Health Care*, 19(6), 349-357. <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzm042>
- Torres-Hernández, A., Bermúdez-Castellano, M., Soto-Rodríguez, T., y Rosillo Otero, C. (2023). Revisión bibliográfica sobre parto en casa planificado en embarazos de bajo riesgo. <http://hdl.handle.net/10553/127153>
- Van der-Meulen, R.T., Veringa-Skiba, I.K., Van Steensel, F.J.A., Bögels, S.M., & De Bruin, E.I. (2023). Mindfulness-based childbirth and parenting for pregnant women with high fear of childbirth and their partners: Outcomes of a randomized controlled trial assessing short- and longer-term effects on psychological well- being, birth and pregnancy experience. *Midwifery*, 116, 103545. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2022.103545>
- Wallace, J., Hoehn-Velasco, L., Tilden, E., Dowd, B.E., Calvin, S., Jolles, D.R., Wright, J., & Stapleton, S. (2024). An alternative model of maternity care for low-risk birth: Maternal and neonatal outcomes utilizing the midwifery-based birth center model. *Health Services Research*, 59(1), e14222. <https://doi.org/10.1111/1475-6773.14222>
- White-VanGompel, E., Perez, S., Datta, A., Wang, C., Cape, V., & Main, E. (2019). Cesarean overuse and the culture of care. *Health Services Research*, 54(2), 417-424. <https://doi.org/10.1111/1475-6773.13123>