



Foto © Evelyn Gomes dos Anjos (evelynangelfotografia@gmail.com).

ESTÁNDARES EUROPEOS PARA CENTROS DE NACIMIENTO



Midwifery Unit Standards:

Elaborados por Midwifery Unit Network y City, University of London

Avalados por:

European Midwives Association

Autoras de la edición en inglés:

Lucia Rocca-Ihenacho
Laura Batinelli
Ellen Thael
Juliet Rayment
Mary Newburn
Christine McCourt

Autoras de la edición en castellano:

Francisca Postigo Mota
Irene González Pérez
Lucia Rocca-Ihenacho

Edición en inglés financiada por:

National Institute for Health Research,
The Royal College of Midwives
City, University of London

Edición en castellano financiada por:

Midwifery Unit Network y Federación de Asociaciones de Matronas de España

© City, University of London,
Julio 2018.
Todos los derechos reservados.



CITY
UNIVERSITY OF LONDON
EST 1894

Prefacio

Recibimos con gran satisfacción el desarrollo de estos estándares sobre la filosofía y organización de la atención de los centros de nacimiento en Europa.

En la actualidad, existe un número creciente de datos contrastados que señalan que la atención continuada y liderada por matronas es la indicada para mujeres sanas, con embarazos sin complicaciones, en entornos con matronas formadas y en sistemas sanitarios de calidad. Esta evidencia se ha convertido en un marco de referencia en muchos países. En contextos similares, en sistemas donde la derivación funciona correctamente, la atención liderada por matronas fuera del ámbito hospitalario está asociada a testimonios de gestantes cuyos embarazos y experiencias de parto son más positivas, en comparación con aquellas que son atendidas en los hospitales. Los resultados en mujeres sanas, independientemente de su paridad, son también mejores, junto con los resultados perinatales, que son también similares (especialmente si se trata del segundo parto y sucesivos). Estos hallazgos también se recogen en algunas políticas gubernamentales.

Sin embargo, existen todavía muy pocas unidades en el mundo lideradas por matronas que estén disponibles, respaldadas y tengan recursos. Esto, a la luz de la evidencia citada, limita la oportunidad de brindar una asistencia óptima, constante, de calidad, segura y costo-efectiva a las mujeres y sus recién nacidos.

Si las matronas, otros profesionales de la salud y los responsables políticos ejercieran como líderes en Europa, fomentando los servicios que representan estos estándares, se ofrecería un modelo de asistencia sanitario capaz de mejorar las prácticas asistenciales, tanto intrahospitalarias como extrahospitalarias. A medida que los sistemas de salud se fortalecen en los países de ingresos bajos y medianos, los estándares podrían actuar como catalizador para potenciar el cambio en los ámbitos donde la asistencia a la maternidad dista de ser óptima (tanto dentro como fuera de los hospitales).

Queremos felicitar a Midwifery Unit Network por esta iniciativa y haber desarrollado los *Estándares* empleando una metodología de coproducción inclusiva.

Animamos a las organizaciones profesionales y a los líderes individuales a hacer uso de esta herramienta para mejorar la calidad de la asistencia a nivel local. Asimismo, instamos a que aprovechen esta iniciativa para hacer avanzar la atención a la maternidad hacia el futuro.

Soo Downe
Professor in Midwifery Studies
University of Central Lancashire, Reino Unido

Franka Cadée
*Presidenta de la Confederación
Internacional de Matronas*

Jacky Nizard
*Professor of Obstetrics
and Gynaecology*
Sorbonne University, París, Francia
Presidente del European Board
& College of Obstetrics and
Gynaecology (EBCOG)

Introducción

Las recomendaciones globales, fruto del consenso en el ámbito internacional, han impulsado la introducción de cambios en la atención a las mujeres y sus familias durante todo el proceso de embarazo, parto y puerperio. Estos cambios se orientan hacia la mejora de la calidad de la atención, el trato respetuoso durante la atención y las necesidades expresadas por las mujeres. El proceso de maternidad es, en la mayoría de ocasiones, una situación fisiológica durante la cual la mayoría de mujeres sanas demandan una atención sanitaria y segura en la que se realicen las mínimas intervenciones.

En este sentido, muchos sistemas sanitarios están adaptando sus modelos de atención, sus recursos y sus infraestructuras para adecuar las prácticas clínicas a la evidencia actual, que avala la importancia del acompañamiento continuo y respetuoso con las decisiones de cada mujer durante todo el proceso de maternidad, garantizando así el derecho de estas a tener el parto que deseen, con los niveles de seguridad alcanzados en la actualidad y en el lugar que escojan.

Los centros de nacimiento son una oportunidad para los sistemas de salud, en los que ofrecer un espacio adecuado, en un entorno sanitario donde, tanto los y las profesionales, como las mujeres y sus familias, se sientan en un ambiente seguro y, a la vez, cálido y confortable, para el nacimiento de sus criaturas.

La atención en los centros de nacimiento se basa en estos principios y convive con el modelo de cada entorno, de forma que responde a una necesidad emergente de la sociedad, hasta ahora parcialmente cubierta con iniciativas de algunas instituciones sanitarias que han ido adaptando sus recursos para ofrecer una atención al parto mínimamente intervenida.

Este documento en nuestro contexto actual viene a completar esta necesidad, aportando una filosofía de atención respetuosa con el proceso fisiológico, no solo durante el parto, sino durante toda la maternidad.

Se incluyen, además, recomendaciones para una atención integral, equitativa, respetuosa con la diversidad cultural y atenta a las situaciones de potencial vulnerabilidad.

La estructura del documento y las recomendaciones definidas hacen que su uso sea adaptable a cada entorno. Por ello, puede ser de gran utilidad para planificadores de recursos sanitarios y profesionales de la salud implicados en la atención, y también servir como instrumento de información para la población en general.

María Jesús Domínguez

Matrona

Presidenta de la Federación de Asociaciones de Matronas de España

Dr Ramón Escuriet Peiró

Responsable de Salud Sexual y Reproductiva del Servicio Catalán de Salud

Profesor de la Facultad de Ciencias de la Salud. Blanquerna-Universitat Ramon Llull, Barcelona

Dr. Manuel Fillol Crespo

Médico Emérito especialista en Obstetricia y Ginecología

Hospital Universitario La Plana

Dr. José María Paricio Talayero

Pediatra

Asoc. Promoción e Investigación científico-cultural de la Lactancia Materna (APILAM)

Director de e-lactancia.org

Miembro del Consejo Asesor Profesional de Salud de la Liga de La Leche Int.

ÍNDICE

Resumen	6
Directorio de temas y estándares	7
Contexto	8
¿Qué es un centro de nacimiento?	9
¿Cuál es la filosofía de cuidados de los centros de nacimiento?	10
¿Por qué se han elaborados estos estándares?	10
¿Para quién son los estándares?	10
¿Cómo pueden usarse los estándares en los diferentes países europeos?	11
¿Qué pasa si la cultura actual no contempla los centros de nacimiento?	11
¿Cuándo se actualizarán los estándares?	11
TEMA 1. Modelo bio-psico-social de cuidados	12
TEMA 2. Igualdad, diversidad e inclusión social	13
TEMA 3. Trabajando a través de los límites físicos y profesionales	14
TEMA 4. Opciones de cuidados de las mujeres	15
TEMA 5. Personal sanitario y volumen de trabajo	17
TEMA 6. Conocimientos, aptitudes y formación	19
TEMA 7. Entorno e instalaciones	21
TEMA 8. Autonomía y responsabilidad	23
TEMA 9. Liderazgo	24
TEMA 10. Sistemas de calidad	26
Bibliografía	28
ANEXO 1. Método empleado para la creación de los <i>Estándares para los centros de nacimiento</i>	31
ANEXO 2. Agradecimientos	34

CENTROS DE NACIMIENTO LIDERADOS POR MATRONAS RESUMEN

Un aspecto importante de la implementación del cuidado, basado en la evidencia durante la maternidad, es ampliar la oferta de espacios de atención por parte de la matrona e incrementar el acceso de las mujeres a ellos (Renfrew *et al.*, 2014; Miller *et al.*, 2016; OMS, 2016).

Midwifery Unit Network (MUNet) y European Midwives Association (EMA) (Asociación Europea de Matronas) han trabajado en estrecha colaboración para influir en la implementación de las políticas sobre maternidad relacionadas con la seguridad, la salud de las mujeres y sus recién nacidos, y el acceso a la atención basada en la evidencia durante la maternidad.

Uno de los objetivos de MUNet es apoyar y promocionar la implementación, el desarrollo y el crecimiento de centros de nacimiento que proporcionen cuidado holístico a las mujeres y sus familias en toda Europa. Confiamos en que los centros de nacimiento se conviertan en la principal opción de atención para mujeres sanas con embarazos fisiológicos.

Para planificar la creación de centros de nacimiento en Europa de forma segura, es necesario disponer de unos estándares de calidad.

La creación de los *Estándares europeos para centros de nacimiento* es el primer resultado visible de la colaboración entre MUNet y EMA. Estos estándares han sido desarrollados para servir de guía a matronas, proveedores de servicios de salud y representantes europeos que quieran crear y desarrollar centros de nacimiento. Este documento se centra en la filosofía de los cuidados y la organización de los servicios.

El propósito de los *Estándares europeos para centros de nacimiento* es mejorar la calidad de los cuidados, reducir la variabilidad de prácticas y facilitar un modelo de cuidados bio-psico-social. Al mismo tiempo, en este documento se aborda la brecha existente entre la evidencia que avala los resultados de los centros de nacimiento hospitalarios y extrahospitalarios y la implantación de los mismos en los servicios de salud.

El desarrollo de los *Estándares europeos para centros de nacimiento* ha utilizado una metodología sólida e inclusiva basada en la evidencia. Se puede encontrar información más detallada sobre la metodología usada en el Apéndice 1.

De forma resumida podríamos citar los siguientes pasos del proceso:

- 1) Entre enero y octubre del 2017, se realizó la revisión sistemática de la bibliografía y la síntesis de los estudios cualitativos seleccionados relacionados con la atención de calidad en los centros de nacimiento.
- 2) Los resultados de la revisión de la evidencia científica fueron integrados en las preguntas de una encuesta Delphi.
- 3) Se realizó un estudio Delphi, usando criterios de expertos, que incluyó dos encuestas online con 122 expertos seleccionados, obteniendo una tasa de respuesta del 48%. La primera encuesta Delphi fue en mayo de 2017 y la segunda en febrero de 2018.
- 4) Se llevaron a cabo entrevistas semi-estructuradas con los gestores de los centros de nacimiento con mejores resultados para profundizar en aquellos aspectos que estaban peor representados.
- 5) Se realizó una serie de reuniones con grupos de interés para organizar la revisión de los ítems iniciales y del borrador inicial del documento de estándares en cada una de las fases clave del proyecto. La primera de estas reuniones tuvo lugar en Londres y la segunda en Toronto, en el Congreso Internacional de Matronas, en julio de 2017. Una tercera reunión se llevó a cabo en Londres en diciembre de 2017.
- 6) La revisión de expertos se llevó a cabo por doce profesionales europeos expertos en diferentes disciplinas.

Tema 1	Modelo bio-psico-social de cuidados
Estándar 1	Los centros de nacimiento disponen de una filosofía de cuidados escrita y pública donde se deja constancia de los valores y creencias compartidos.
Tema 2	Igualdad, diversidad e inclusión social
Estándar 2	El centro de nacimiento tiene una política escrita en relación con el respeto, la diversidad y la inclusión.
Tema 3	Trabajando a través de los límites físicos y profesionales
Estándar 3	El servicio global de maternidad tiene un compromiso por escrito sobre el respeto profesional y el trabajo conjunto entre los diferentes marcos de trabajo.
Estándar 4	El centro de nacimiento tiene una matrona líder, un obstetra y un neonatólogo de referencia.
Estándar 5	Existen políticas y protocolos claros para los traslados.
Tema 4	Opciones de cuidados de las mujeres
Estándar 6	Los centros de nacimiento se comprometen a proporcionar información en todo momento y a mantener decisiones abiertas.
Estándar 7	Los centros de nacimiento como centros integrados en la comunidad.
Estándar 8	Los centros de nacimiento están disponibles para ofrecer cuidado personal e individualizado a todas las mujeres.
Estándar 9	Los centros de nacimiento tienen protocolos específicos de derivación.
Tema 5	Personal sanitario y volumen de trabajo
Estándar 10	La dotación de personal incluirá una plantilla básica y matronas que lideran <i>in situ</i> para promover estándares de calidad, el sentimiento de pertenencia del personal y una filosofía apropiada del cuidado.
Estándar 11	La evaluación del volumen de trabajo deberá incluir todas las actividades del centro de nacimiento, no solo el cuidado intraparto y el número de nacimientos.
Tema 6	Conocimientos, aptitudes y formación
Estándar 12	Existe un documento oficial que recoge los conocimientos y las aptitudes requeridas por las matronas que trabajen en los centros de nacimiento.
Estándar 13	Los centros de nacimiento fomentarán el desarrollo profesional.
Estándar 14	Los centros de nacimiento ofrecerán puestos de trabajo para matronas “recién tituladas” así como períodos de orientación para los profesionales y los residentes del servicio de maternidad.
Tema 7	Entorno e instalaciones
Estándar 15	Los centros de nacimiento ofrecerán un ambiente que promueva un modelo bio-psico-social de atención sanitaria y fomente las relaciones interpersonales.
Estándar 16	El ambiente del centro de nacimiento facilitará la movilización y el parto activo.
Estándar 17	El centro de nacimiento ofrecerá un ambiente que proteja y promueva la relajación, la privacidad y la dignidad.
Estándar 18	La disposición y el diseño del centro de nacimiento transmiten los valores del modelo de cuidados bio-psico-social.
Estándar 19	Los centros de nacimiento serán visibles y accesibles en el área de atención sanitaria a la que pertenecen.
Tema 8	Autonomía y responsabilidad
Estándar 20	Los centros de nacimiento tienen un reglamento que reconoce la autonomía de las matronas y su responsabilidad.
Estándar 21	Los centros de nacimiento tienen un reglamento que reconoce la autonomía de las mujeres.
Tema 9	Liderazgo
Estándar 22	En el centro de nacimiento existe un estilo de liderazgo coherente y visible.
Estándar 23	En el centro de nacimiento existe un liderazgo adaptativo de calidad.
Estándar 24	Existe un grupo asesor multidisciplinar y de usuarios que establecen la visión para el centro de nacimiento.
Tema 10	Sistemas de calidad
Estándar 25	El centro de nacimiento tiene evidencia científica, guías de práctica clínica y protocolos oficiales que se revisan periódicamente.
Estándar 26	El centro de nacimiento tiene guías que definen los criterios de inclusión para la elección del lugar de nacimiento.
Estándar 27	El centro de nacimiento se compromete a un proceso de mejora continua.
Estándar 28	El centro de nacimiento tiene un sólido sistema de recopilación de la información.
Estándar 29	El centro de nacimiento cuenta con estrategias de comunicación y publicidad.

CONTEXTO

Más de cinco millones de mujeres dan a luz cada año en Europa. A pesar de una mejora significativa en la atención de los servicios de maternidad en los países miembros de la Unión Europea, siguen persistiendo desigualdades en relación con el acceso de algunas mujeres a los cuidados relativos a la salud materna. Estas desigualdades incluyen diferencias significativas en la provisión de servicios de salud materna (EBCOG, 2014), que afectan tanto a la práctica clínica como a los resultados (Macfarlane *et al.*, 2016). Promover la implementación de la práctica clínica basada en la evidencia y reducir la variabilidad nos llevaría a mejorar la salud pública.

Es importante respetar los derechos de las mujeres y observar los resultados de la satisfacción percibida para adecuar la respuesta de los servicios de salud. Además, las mejoras de los servicios de salud maternal necesitan planificarse en el contexto de un sistema de salud con recursos humanos y económicos limitados (Macfarlane *et al.*, 2016). Un aspecto importante en la implementación de cuidados basados en la evidencia es incrementar los espacios donde las matronas proporcionen la atención y facilitar el acceso de las mujeres a ellos (ICM, 2011; Renfrew *et al.*, 2014; UNFPA, ICM y OMS, 2014; Miller *et al.*, 2016; OMS, 2016).

Las *Orientaciones estratégicas globales para el fortalecimiento de la enfermería y la partería 2016-2020* (OMS, 2016), enfatizan que las matronas pueden proporcionar el 87% de los cuidados esenciales a las madres y los recién nacidos, siempre que hayan recibido la adecuada formación acorde a los estándares internacionales. Además, pone de manifiesto que la matrona es el profesional sanitario más costo-efectivo para proporcionar atención a las mujeres embarazadas.

Europa tiene una buena población activa de matronas muy cualificadas, así que está en condiciones de impulsar una mejor provisión de cuidados a corto y medio plazo. La *Estrategia Mundial para la salud de la mujer, el niño y el adolescente* (Kuruville *et al.*, 2016), lanzada en 2015, propone objetivos ambiciosos para mejorar la salud de las mujeres en línea con los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS). Estos fueron agrupados en tres temas:

1. Supervivencia (acabar con las muertes prevenibles)
2. Desarrollo (promover salud y bienestar)
3. Transformación (garantizar contextos capacitantes)

Las matronas son recursos humanos cruciales para alcanzar dichos objetivos.

En febrero de 2018 la Organización Mundial de la Salud (OMS) publicó unas recomendaciones sobre la necesidad de proporcionar servicios de maternidad más holísticos (OMS, 2018). Enfatizan que, además de la necesidad de proveer de cuidados que sean clínicamente efectivos, es necesario hacer todavía mucho más para garantizar que la mujer se sienta segura y cómoda con la experiencia (del parto y del nacimiento) (OMS, 2018). Según este informe, la medicalización del parto —término que se usa para describir el uso habitual de intervenciones médicas dirigidas a iniciar, acelerar, regular o monitorizar el parto— puede haber mermado la confianza de las mujeres en su propia capacidad para dar a luz y potencialmente mermar “lo que debería ser una experiencia positiva y transformadora”. Para hacer frente a este problema, la OMS enfatiza la necesidad de centrar la atención, entre otras medidas, en proporcionar un cuidado respetuoso, apoyo emocional, continuidad de cuidador y en promover la movilidad (OMS, 2018).

El posicionamiento de The White Ribbon Alliance en *Cuidados respetuosos en la maternidad*, que dio lugar a los derechos universales de las mujeres en su maternidad, también enfatiza la importancia del cuidado materno respetuoso y de la autonomía de las mujeres (White Ribbon Alliance, 2012). Muchos de estos principios y estrategias son fundamentales para los valores de la atención en los centros de nacimiento.

La Confederación Internacional de Matronas (ICM) ha propuesto, para la formación y la evaluación de las capacidades y competencias de las matronas, una serie de estándares que pueden ser evaluados (ICM, 2013). Sin embargo, hasta el momento no se ha propuesto ningún listado de estándares específicos para los centros de nacimiento (CN).

¿QUÉ ES UN CENTRO DE NACIMIENTO?

En algunos países europeos, incluyendo Inglaterra, Escocia y Gales, las unidades de nacimiento, unidades comunitarias o centros de nacimiento organizados y liderados por matronas tienen una larga tradición. Antes de que los partos hospitalarios fueran comunes, los centros de nacimiento en dependencias comunitarias eran la principal forma de provisión de cuidados además de los partos en el domicilio.

Desde los años setenta, sin embargo, y a pesar de la falta de evidencia científica, a las mujeres de la mayoría de países europeos se les ha aconsejado dar a luz en hospitales y como consecuencia muchos centros de nacimiento han cerrado. Tras la primera revisión sobre los cuidados intraparto del National Institute for Health and Care Excellence (Instituto Nacional para la Excelencia en Salud y Cuidados) (NICE, 2007) se encargó un gran estudio de cohortes para evaluar aspectos relacionados con la seguridad y el coste económico en relación con el lugar dónde se atendía el parto (Brocklehurst *et al.*, 2011; Schroeder *et al.*, 2011).

En este estudio, realizado en mujeres sanas con un embarazo sin complicaciones, se descubrió que el parto iniciado en los centros de nacimiento (tanto en aquellos centros extrahospitalarios como los situados en los mismos hospitales), incluyendo el traslado a las unidades obstétricas si fuese necesario, se asociaba con una menor tasa de intervenciones intraparto y menor morbilidad materna. Con respecto a los resultados neonatales, no se detectaron diferencias en comparación con aquellos neonatos de mujeres con características similares que recibieron todo el cuidado intraparto, en una unidad obstétrica (Brocklehurst *et al.*, 2011).

A raíz de la publicación de evidencia más sólida sobre lugares de parto, NICE revisó las guías del cuidado intraparto (NICE, 2014). La nueva guía revisada enfatiza que, para las mujeres sanas multíparas y las nulíparas que tienen un embarazo fisiológico sin complicaciones, dar a luz es generalmente seguro tanto para la madre como para su recién nacido. NICE también recomienda que a esas mujeres se les debe informar de que planificar un parto en un centro de nacimiento para ellas es especialmente recomendable porque la tasa de intervenciones es menor y los resultados para el recién nacido no son diferentes a los obtenidos en una unidad obstétrica (NICE, 2014).

Las experiencias de las mujeres fueron también más positivas cuando fueron atendidas en centros de nacimiento (Overgaard *et al.*, 2012a; Macfarlane *et al.*, 2014a; Macfarlane *et al.*, 2014b). Es más, la evaluación económica de diferentes opciones de atención para mujeres con embarazos sin complicaciones ha concluido que los centros de nacimiento (tanto los extrahospitalarios como aquellos ubicados en los hospitales) son menos costosos y más costo-efectivos que la atención en las unidades obstétricas (Shroeder *et al.*, 2011).

Scarf *et al.* (2018) concluyeron que se deben expandir los centros de nacimiento liderados por matronas, así como implementar los mecanismos necesarios para facilitar el cambio, incluyendo la formación y el acompañamiento a los profesionales.

DEFINICIÓN:

Un centro de nacimiento es un espacio donde se ofrece atención al embarazo y parto a mujeres sanas, con embarazos sin complicaciones, en los que la matrona es la principal proveedora de cuidados y responsable de los mismos. Los centros de nacimiento pueden estar situados en un edificio independiente (centros de nacimiento extrahospitalarios) o junto a una unidad obstétrica (centros de nacimiento hospitalarios).

Centros de nacimiento hospitalarios: durante la etapa de dilatación y parto, el diagnóstico y tratamiento médico, incluyendo los servicios de obstetricia, neonatología y anestesia, estarían disponibles en otra ala del mismo edificio o en un edificio aparte del mismo complejo.

Esto puede incluir acceso a intervenciones que puede realizar una matrona como, por ejemplo la monitorización fetal con registro cardiotocográfico (RCTG). Para acceder a estos servicios, la mujer tendrá que ser trasladada a la unidad obstétrica siendo esto realizado normalmente en camilla, cama o silla de ruedas.

Centros de nacimiento extrahospitalarios: los servicios de diagnóstico y tratamiento médico, así como las intervenciones no estarían disponibles en el mismo edificio ni en el mismo complejo sanitario. El acceso está disponible como parte de un servicio integrado, pero el traslado involucrará normalmente un trayecto en ambulancia o coche particular.

Modificado de: Rowe R. y Birthplace in England Collaborative Group (2011).

¿CUÁL ES LA FILOSOFÍA DE CUIDADOS DE LOS CENTROS DE NACIMIENTO?

Diferentes estudios han demostrado cómo los centros de nacimiento adoptan y promueven un modelo bio-psico-social de cuidados, llamado también modelo social de cuidados, que aborda las necesidades físicas, psicológicas y sociales de las mujeres y sus familias (Walsh y Newburn, 2002). El modelo promueve la igualdad entre las mujeres y sus cuidadores, la libertad de movimiento y la toma de decisiones informadas (McCourt *et al.*, 2012; Overgaard *et al.*, 2012b; Macfarlane, 2014a, 2014b; McCourt *et al.*, 2014).

Los servicios se organizan de acuerdo con las necesidades sociales de las mujeres y sus familias, pretendiendo ofrecer

un ambiente confortable y una atmósfera acogedora en vez de un ambiente clínico que puede resultar frío, impersonal y amenazante.

Los servicios que aspiran a trabajar con esta filosofía de cuidados buscan respetar y empoderar a las mujeres y a sus acompañantes durante el embarazo y parto, y a la vez facilitar una transición positiva a la mater-paternidad. Para que esto sea posible es importante facilitar un espacio de trabajo empoderador, tanto para las matronas como para los profesionales de apoyo, que asegure que el equipo adopta una cultura de trabajo positiva que favorezca el aprendizaje y la formación continuada (McCourt *et al.*, 2011, 2014; Rocca-Ihenacho *et al.*, 2017).

¿POR QUÉ SE HAN ELABORADO ESTOS ESTÁNDARES?

La creciente evidencia de los resultados positivos de los centros de nacimiento, especialmente los resultados derivados del estudio “Birth Place in England Research Programme” de 2011, ha despertado el interés en la implementación de centros de nacimiento en toda Europa. En el Reino Unido, NICE actualizó sus guías haciendo las siguientes recomendaciones: los profesionales de salud deben ofrecer información no sesgada; deben informar a las mujeres sanas, con embarazos sin complicaciones, de que la atención en los centros de nacimiento es especialmente recomendable para ellas; y por último, deben apoyarlas sea cual sea la decisión que finalmente tomen sobre el lugar donde elijan dar a luz (NICE, 2014).

En España, la titular del derecho a valorar y decidir es la gestante, amparada por la Ley de Autonomía del Paciente (2002), la Constitución Española (1978) y los Derechos Humanos (1948) entre otros. El embarazo no exime de la toma de decisiones, no limita a la gestante a tomarlas, ni le impide negarse a aceptar tratamientos. Por tanto, el deber del profesional sanitario es ofrecer el mejor plan de cuidados teniendo en cuenta la decisión informada de la mujer gestante que ejerce en exclusiva su derecho a la autonomía (NICE, 2014; OMS, 2018)¹.

Es probable que se produzcan recomendaciones similares y cambios en políticas sanitarias de toda Europa. Tras el aumento creciente del número de centros de parto, la primera reunión de Midwifery Unit Network en 2016 puso de relieve la necesidad de tener una guía práctica sobre qué son, qué tipo de cuidados proporcionan y cuáles son las características de buen funcionamiento de un centro de nacimiento.

Estos estándares dan continuidad a un extenso trabajo realizado por American Association of Birth Centres (Asociación Americana de Centros de Nacimiento), que publicó el primer documento de estándares en 1985. En el Reino Unido, The Royal Collage of Midwives (Real Colegio Oficial de Matronas) publicó los *Estándares europeos para centros de nacimiento* en Inglaterra en 2009 (Ackerman *et al.*, 2009), siendo hasta ahora el único documento publicado en Europa sobre estándares de centros de nacimiento.

¿PARA QUIÉN SON LOS ESTÁNDARES?

- Para todos aquellos que quieran abrir un centro de nacimiento o que ya trabajen en uno.
- Para los gestores de servicios de salud con responsabilidad en la organización y la distribución de recursos de los servicios a nivel nacional, local o regional.
- Para profesionales que presten servicios de apoyo a los centros de nacimiento, como servicios de ambulancia, obstetras de las unidades obstétricas hospitalarias y empresas de servicios.
- Para los responsables de la atención de los centros de nacimiento: para autoevaluar su funcionamiento, comparándolo con criterios clave de calidad, y para planificar mejoras en los servicios ofrecidos.

¹ Nota del traductor: este párrafo se ha añadido a la edición en castellano.

¿CÓMO PUEDEN USARSE LOS ESTÁNDARES EN LOS DIFERENTES PAÍSES EUROPEOS?

Los estándares se centran en una filosofía de cuidados y en la organización de servicios y han sido concebidos para ser usados conjuntamente con las guías de práctica clínica disponibles.

En algunos países la atención de las matronas a mujeres sanas durante un embarazo fisiológico y durante el parto está más establecida que en otros. Algunos países no ofrecen atención por matronas y no tienen CN, según la definición usada en este documento, y otros están en proceso de implementación.

Reconocemos que, aunque la profesión de matrona ha sido regulada en Europa, existe una gran diversidad tanto en los modelos de atención como en la práctica clínica entre países e incluso dentro del mismo país (Macfarlane *et al.*, 2015). Los estándares permitirán que un servicio pueda autoevaluar su filosofía de cuidados, la organización del servicio y las prácticas relacionadas. También permitirán establecer puntos de referencia con los que comparar su provisión, identificar objetivos y desarrollar planes de implementación y mejora.

¿QUÉ PASA SI LA CULTURA ACTUAL NO CONTEMPLA LOS CENTROS DE NACIMIENTO?

Los cambios en la práctica clínica habitualmente suceden lentamente. Una serie de factores diferentes pueden ser los catalizadores para el cambio.

Es importante considerar las circunstancias locales, oportunidades y necesidades. No existe una prescripción que sirva para todos. Por ejemplo, existen centros de nacimiento de diferentes tamaños que usan diferentes modelos de provisión de personal. Respecto al número de mujeres y familias que atienden, en Inglaterra el número anual de partos varía desde menos de 100 hasta unos 2000 partos atendidos anualmente (Walsh *et al.*, 2018). A pesar de que algunos centros de nacimiento solo ofrecen la atención al parto, otros ofrecen una gran variedad de servicios (con diferentes fuentes de financiación), como atención a la salud de los niños, cese de tabaquismo o servicios de salud mental. Algunos centros son gestionados por matronas de atención primaria y los abren cuando una mujer se pone de parto, permaneciendo cerrados el resto del tiempo.

Esperamos que estos *Estándares europeos para centros de nacimiento* susciten la reflexión y el debate sobre la mejora en la provisión de servicios para las mujeres y sus familias, así como para desarrollar oportunidades en la atención profesional proporcionada por las matronas.

Los servicios pueden diferir de los de estos *Estándares* de forma que tenga sentido dentro de su propio contexto. No todos los estándares serán alcanzables en el mismo momento o completamente relevantes en todos los países. Esperamos que, sean cuales sean los servicios actuales, se puedan hacer cambios positivos respecto a los temas claves.

¿CUÁNDO SE ACTUALIZARÁN LOS ESTÁNDARES?

Teniendo en cuenta que la evidencia disponible aumenta, la práctica clínica se desarrolla y evolucionan los marcos teóricos de las políticas y las directrices nacionales, vislumbramos que habrá necesidad de revisar y actualizar los estándares y reconsiderar su alcance. Nuestro objetivo es revisarlos en cinco años o incluso antes si se publica evidencia significativa que propicie la necesidad de una revisión más temprana.

Como lector de los Estándares le invitamos a enviar sus impresiones y sus contribuciones tras su experiencia usándolos.

Dra. Lucia Rocca-Ihenacho

Fundadora y directora ejecutiva de Midwifery Unit Network (MUNet)

lucia@munetwork.org

TEMA 1. Modelo bio-psico-social de cuidados

Los centros de nacimiento proporcionan cuidados basados en un modelo bio-psico-social de cuidados (Jordan y Davis-Floyd, 1993; Davis-Floyd, 2001; Bryers y Van Teijlingen, 2010; Renfrew *et al.*, 2014; Miller *et al.*, 2016; OMS, 2016). Este modelo reconoce el parto como un proceso fisiológico con unas dimensiones socioculturales y psicológicas inherentes al mismo (Walsh y Newborn, 2002). Pone de manifiesto que estas dimensiones no pueden separarse fácilmente y que unos cuidados maternos de calidad deben contemplar todas y cada una de ellas.

Los centros de nacimiento pretenden potenciar un sentimiento de autonomía en las mujeres, promocionar activamente la salud y bienestar, así como ofrecer protección de cualquier tipo de impacto negativo en la salud. Estos objetivos están comprendidos dentro de dos conceptos claves: salutogénesis y seguridad (Downe, 2010; Renfrew *et al.*, 2014; Kennedy *et al.*, 2018).

ESTÁNDAR 1

Los centros de nacimiento disponen de una filosofía de cuidados escrita y pública donde se deja constancia de los valores y creencias compartidos.

Los CN tienen una política de cuidados por escrito que tiene que ser consensuada por todos los agentes involucrados. Este documento tiene que estar en sintonía con la filosofía de cuidados y valores de los servicios de salud maternos locales e incluye un compromiso hacia:

1.1 Facilitar el embarazo, parto y nacimiento fisiológicos, así como los cuidados del recién nacido.

- a) Apoya aquellas habilidades y prácticas profesionales que faciliten la fisiología durante el embarazo, el parto, el establecimiento del vínculo, el cuidado neonatal y la transición a la maternidad-paternidad.
- b) Sostiene que las intervenciones deben ser consideradas y justificadas a la luz de la mejor evidencia científica existente sobre la base de que los beneficios potenciales superen los posibles daños.

1.2 Ofrecer cuidado y apoyo personalizado que promueva bienestar físico y psicológico.

- a) Reconoce la maternidad como un momento crucial en la vida y un período de transición para madres, recién nacidos, familias y acompañantes.
- b) Promueve el bienestar emocional durante el embarazo, parto y nacimiento, además de en los primeros días de maternidad.

- c) Respeta los derechos humanos y reproductivos de la mujer en cuanto a la dignidad, privacidad y autonomía.
- d) Acepta el o la acompañante que elija la mujer.
- e) Se compromete a proporcionar un comienzo positivo en la vida del recién nacido, incluyendo trabajar por la acreditación de centro amigo de los niños (UNICEF, 2017).
- f) Asegura el traslado rápido y eficaz a una unidad obstétrica (cuando sea necesario) manteniendo el objetivo de facilitar una experiencia positiva y un cuidado y apoyo personalizado aún en esas situaciones.
- g) Reconoce el hecho de que cuidar del bienestar de los profesionales revierte en mejores actitudes profesionales de cuidado hacia los demás.

1.3 Promocionar un modelo social de cuidados.

- a) Proporcionar un cuidado holístico centrado en la mujer con el foco en la familia, que responda a la realidad de la vida de las personas y que apoye la equidad en el acceso, la igualdad y la diversidad cultural.
- b) Tener una política escrita sobre los cuidados, incluyendo posicionamientos sobre la autonomía, diversidad e igualdad y cómo se consigue esto. Debe incluir también los derechos reproductivos de la mujer y el derecho a la elección de los cuidados durante la maternidad.
- c) Ofrecer una amplia gama de servicios integrados y actividades incluyendo, sin limitarlos solo a estos temas, talleres de parto activo, grupos de masaje infantil, talleres y grupos de lactancia y talleres de crianza para nuevos padres y madres. Al decidir sobre la oferta de estos servicios, se tendrá en cuenta la forma en la que los centros de nacimiento pueden incrementar el bienestar de las mujeres y ayudar en la preparación para el parto. Además, los centros de nacimiento pueden convertirse en un centro de referencia comunitaria donde ofrecer una gama aún más amplia de servicios, más allá de la mera provisión de cuidados de salud y en torno a la maternidad.
- d) Acoger a cualquier posible usuario ofreciendo información y apoyo en relación con el embarazo, parto y posparto, así como ofrecer la oportunidad de visitar las instalaciones del centro de nacimiento.
- e) Reforzar la visión de que todo profesional de maternidad se beneficiará de la formación en un modelo social de cuidados, reconociendo el impacto que tiene cada profesional sobre las experiencias de las mujeres y sus familias y sobre la calidad de cuidados en general.

TEMA 2. Igualdad, diversidad e inclusión social

Igualdad, diversidad e inclusión social son indicadores claves de los cuidados de calidad en maternidad (OMS, 2017).

Cuando los servicios son proactivos en la planificación de formas de llegar e involucrar a todas las mujeres y en asegurar que cada una es capaz de acceder al modelo de cuidados más adecuado a sus circunstancias personales, estos pueden convertirse en una herramienta efectiva para abordar las desigualdades existentes.

Los centros de nacimiento pueden ofrecer un ambiente salutogénico de promoción de la salud en el cual mujeres en situación de marginalidad, discriminación o vulnerabilidad y sus recién nacidos puedan desarrollarse (Overgaard *et al.*, 2012a).

ESTÁNDAR 2

El centro de nacimiento tiene una política escrita en relación con el respeto, la diversidad y la inclusión.

- a) Cada CN tiene un análisis del uso de los servicios según grupos étnicos y nivel socio económico de los usuarios, asesorándose a través de los informes locales y revisando hasta qué punto está respondiendo a las necesidades de una población en su diversidad.
- b) Cada CN revisará periódicamente las necesidades de su población local con el objetivo de informar y adecuar los servicios ofertados a esas necesidades.
- c) Antes y regularmente después de la apertura de un CN, los gestores y empleados del mismo involucrarán a los líderes de la comunidad local para entender las experiencias y necesidades de la población.
- d) Los CN tienen como objetivo maximizar y mejorar apropiadamente el acceso a la atención, con el foco específico en la accesibilidad de las mujeres en situaciones de vulnerabilidad.
- e) Los CN tienen servicio y soporte de traducción e interpretación (puede incluir también la mediación cultural) para aquellas mujeres que lo necesiten por tener problemas de comunicación, incluyendo problemas derivados del idioma, y para asegurarse que comprendan toda la información, sean entendidas a su vez por los profesionales y tomen decisiones informadas sobre su cuidado.
- f) Las estructuras de los CN respetan los derechos de las minorías y trabajan en colaboración con las redes locales que apoyan a las familias y niños en condiciones de desventaja social.



Foto © Sarah Ainslie Photography
www.sarahainslie.com

TEMA 3. Trabajando a través de los límites físicos y profesionales

La evidencia sugiere que las relaciones interprofesionales positivas basadas en el respeto y confianza mutua son cruciales para unos buenos resultados clínicos, experiencias positivas de las usuarias y satisfacción de los profesionales (EBCOG, 2014). Estudios realizados en centros de nacimiento han puesto de manifiesto que la relación entre los profesionales de estas unidades y los de las unidades obstétricas podría ser más positiva: a veces se ha evidenciado la existencia de una cultura de conflictos basada en un “nosotros y ellos” entre ambos emplazamientos (McCourt *et al.*, 2011, 2014; Rocca-Ihenacho, 2017).

Hay evidencia (Kirkham, 2010; McCourt *et al.*, 2011; Rocca-Ihenacho, 2017) que resalta que, en muchas ocasiones, las dificultades que presentan los centros de nacimiento tienen características similares e incluyen:

- Falta de liderazgo.
- Una cultura donde la unidad obstétrica es considerada la norma y el centro de nacimiento una alternativa más cara.
- Una falta de colaboración interdisciplinar, así como desafíos en cuanto a los límites entre el centro de nacimiento y la unidad obstétrica.

Los límites geográficos pueden también influir en la forma en que grupos de profesionales trabajen juntos y crear impedimentos para que se lleve a cabo un plan de cuidados continuados sin fricciones. Sin embargo, cuando los proveedores de servicios trabajan juntos para identificar barreras geográficas o culturales y priorizan la cooperación para facilitar vías de cuidados integrados, las mujeres y las familias se benefician. Esto incluye la consulta con otros profesionales para aquellas mujeres que reciban cuidados liderados por matronas y el traslado a una unidad obstétrica cuando esto sea necesario.

Los servicios de maternidad pueden introducir políticas y prácticas que reconozcan la importancia de una cultura positiva de organización, de co-producción y colaboración con los proveedores de servicios para trabajar en la superación de estas barreras (NICE, 2014).

ESTÁNDAR 3

El servicio global de maternidad tiene un compromiso por escrito sobre el respeto profesional y el trabajo conjunto entre los diferentes marcos de trabajo.

El documento incluye:

- a) Favorecer la vinculación entre los trabajadores de los servicios de salud.
- b) Fomentar la comunicación abierta y positiva entre el equipo multidisciplinar del centro de nacimiento al igual que entre todos los profesionales de los servicios generales de maternidad.
- c) Llevar a cabo revisiones, planificación de sesiones y celebración de eventos de forma conjunta.

ESTANDAR 4

El centro de nacimiento tiene una matrona líder, un obstetra y un neonatólogo de referencia.

- a) El profesional de referencia de cada especialidad será consultado para aspectos claves en la organización y decisiones clínicas.
- b) Los profesionales de referencia proporcionan apoyo al centro de nacimiento.

ESTÁNDAR 5

Existen políticas y protocolos claros para los traslados.

Los protocolos de traslados incluyen:

- a) Acuerdos con los servicios de ambulancias locales.
- b) Protocolos operativos de traslado que fomenten la integración de los servicios, así como la continuidad de cuidados para las mujeres que tengan que trasladarse desde un centro de nacimiento a una unidad obstétrica.
- c) Visión conjunta y planificación coordinada con los servicios de atención primaria y hospitalaria, así como entre servicios especializados adyacentes cuando sea necesario.

TEMA 4. Opciones de cuidados de las mujeres

Las opciones de cuidados de las mujeres embarazadas deben planificarse de manera que sean lo más continuadas posible y con el objetivo final de aportar experiencias positivas, sin importar el lugar donde dé a luz: en casa, en los centros de nacimiento extrahospitalarios, en los centros de nacimiento hospitalarios o en la unidad obstétrica. La evidencia sostiene que las mujeres desean recibir datos fiables e información basada en la evidencia sobre el lugar de nacimiento y valorar la relevancia que ésta tiene sobre su embarazo. Asimismo, las gestantes esperan tener la oportunidad de consultar dudas durante el período prenatal de manera respetuosa y centrada en la mujer (Coxon *et al.*, 2013). Hay estudios que sustentan que cuando el cuidado está coordinado de manera efectiva, y el personal sanitario tiene una filosofía y valores compartidos, las experiencias de las mujeres y sus acompañantes son más positivas (Rocca-Ihenacho, 2017).

A la gestante se le ofrece, entre otras opciones, una consulta con un profesional cualificado (matrona adjunta²) con el fin de discutir la situación concreta de la mujer y considerar sus opciones. De este modo, el Plan de Parto se elaborará en colaboración con ella y teniendo en cuenta las recomendaciones de la evidencia científica. Este plan se podrá revisar y discutir en cualquier momento durante el embarazo de la mujer.

ESTÁNDAR 6

Los centros de nacimiento se comprometen a proporcionar información en todo momento y a mantener decisiones abiertas.

- a) La información basada en la evidencia sobre las opciones de atención a la gestante y el lugar de nacimiento estará disponible durante todo el embarazo.
- b) Las mujeres y sus personas de confianza tendrán acceso (por igual) a la información sobre los centros de nacimiento y las opciones de atención a la gestante, independientemente de sus factores socioculturales y clínicos.
- c) Todos los miembros del equipo multidisciplinar deberán proporcionar información fiable, objetiva y basada en la evidencia sobre las opciones donde dar a luz y opciones de cuidado, reconociendo la autonomía de la mujer.

²Nota del traductor: ver definición de matrona adjunta en la página 24.

³Nota del traductor: Caseloading es un modelo de atención sanitaria que se fundamenta en crear una relación de confianza basada en la asistencia continuada de la misma matrona a una gestante durante el embarazo, el parto y el posparto.

ESTÁNDAR 7

Los centros de nacimiento como centros integrados en la comunidad.

- a) Todas las mujeres del área de atención sanitaria de referencia podrán acceder a la mayoría de los servicios de maternidad a través de los centros de nacimiento, independientemente del lugar donde tengan intención de dar a luz.
- b) Para los centros de nacimiento extrahospitalarios, la integración en la comunidad consistirá en un equipo de matronas que cubra los centros de nacimiento, consultas de seguimiento de embarazo, visitas a domicilio posparto, los partos en casa y/o integración como matronas *caseloading*³.
- c) Para los CN hospitalarios, la integración en la comunidad consistirá en matronas de atención primaria que realicen turnos en los centros de nacimiento y/o la integración de matronas *caseloading* que acompañen a las mujeres al lugar donde tengan intención de dar a luz una vez se encuentren en trabajo activo de parto.
- d) Todas las mujeres y recién nacidos que utilicen los centros de nacimiento tendrán acceso a servicios de apoyo durante el embarazo y posparto incluyendo: cambios físicos y emocionales, alimentación infantil, el cribado auditivo del recién nacido, cribado de enfermedades metabólicas, valoración y alta del recién nacido, revisión del pediatra, etc.

TEMA 4. Opciones de cuidados de las mujeres

ESTÁNDAR 8

Los centros de nacimiento están disponibles para ofrecer cuidado personal e individualizado a todas las mujeres.

- a) Cada centro de nacimiento tendrá protocolos basados en la evidencia científica para determinar las características de la gestación con respecto a los criterios de admisión del centro de nacimiento (por ejemplo: NICE, 2014, RQIA/ GAIN, 2016 o Healy y Gillen, 2017 Directrices).
- b) Cada centro de nacimiento ofrecerá a cada mujer una cita personalizada para discutir sus preferencias, independientemente de las características de su embarazo.
- c) Durante esa consulta, la gestante puede discutir sus opciones con un miembro del personal formado específicamente para ello.
- d) Existe un plan de cuidados personalizado, así como un profesional responsable de cada mujer y del cuidado de su recién nacido en exclusiva.

ESTÁNDAR 9

Los centros de nacimiento tienen protocolos específicos de derivación:

- a) A la unidad obstétrica o a la unidad neonatal (siempre reconociendo la autonomía de la mujer).
- b) A las instituciones de atención sanitaria y/o social.
- c) Al equipo multidisciplinar.
- d) A los profesionales de atención primaria.



Foto © Sarah Ainslie Photography
www.sarahainslie.com

TEMA 5. Personal sanitario y volumen de trabajo

Los servicios que ofrecen los centros de nacimiento son necesarios las 24 horas del día, 365 días al año. Dichos servicios se pueden ofrecer teniendo turnos presenciales de matronas las 24 horas, o bien con matronas de guardia localizada. No obstante, es más probable que los nacimientos espontáneos ocurran durante la noche que durante el día, concentrándose el pico máximo entre las 01:00 y 07:00 horas (Macfarlane *et al.*, 2018).

Durante el embarazo y el posparto, las mujeres tienen una necesidad continua y/o urgente de cuidados por parte de una matrona. Hay evidencia sólida que sostiene que el uso de un modelo de cuidados que incluya la continuidad del cuidador logra los mejores resultados (Sandall *et al.*, 2016). Es por ello que se debe implementar dicho modelo en los centros de nacimiento tanto como sea posible, incluso cuando se produce el traslado a la unidad obstétrica y durante el período posparto. En el Sistema Nacional de Salud Británico (National Health Service) la continuidad del cuidador implica tener un equipo de matronas que desarrolle sus funciones tanto en los CN (intrahospitalarios y extrahospitalarios) como en la atención al parto en casa. De esta forma se garantiza el cuidado basado en las necesidades de la gestante durante el embarazo, el parto y el posparto por el mismo equipo profesional.

Puede que no sea posible o necesario tener un centro de nacimiento abierto las 24 horas, pero el objetivo es poder ofrecer atención cuando sea necesario: “dotar a las gestantes de matronas” en lugar de a las instalaciones. Los centros de nacimiento ofrecen una oportunidad única para implementar la continuidad del cuidador y la adecuación de los servicios de maternidad en torno a las necesidades y preferencias de las mujeres.



Foto © Sarah Ainslie Photography
www.sarahainslie.com

ESTÁNDAR 10

La dotación de personal incluirá una plantilla básica y matronas que lideran *in situ* para promover estándares de calidad, el sentimiento de pertenencia del personal y una filosofía apropiada de cuidado.

Existirá un número suficiente de personal para asegurar que:

- a) Se dispone de un servicio de 24 horas, 365 días al año. En algunas situaciones, las matronas estarán disponibles/localizadas para partos en casa o en el centro de nacimiento únicamente cuando sea necesario, en lugar de tener que dotar la unidad de personal las 24 horas (por ejemplo: matrona de atención primaria o de *caseloading*).
- b) Atención una a una (modelo *one-to-one*) y presencia continua de la matrona durante el trabajo de parto.
- c) Se ofrece cuidado seguro para la madre y el recién nacido, incluyendo un protocolo establecido de derivación que contempla el traslado a la unidad obstétrica cuando sea necesario.
- d) La matrona que preste atención en el centro de nacimiento pueda acompañar a la gestante durante el traslado a la unidad obstétrica, tanto cuando la mujer lo desee como cuando sea necesario transferir a la unidad obstétrica.
- e) El apoyo de una matrona con más formación y experiencia esté siempre disponible (en el centro de nacimiento, por teléfono o de guardia localizada).
- f) Dispone de una matrona cualificada para realizar la valoración/examen del recién nacido y dar el alta al recién nacido sano.
- g) Una segunda matrona esté siempre disponible durante la segunda fase del parto.
- h) Un número adecuado de auxiliares de enfermería trabaje con las matronas.

TEMA 5. Personal sanitario y volumen de trabajo

ESTÁNDAR 11

La evaluación del volumen de trabajo deberá incluir todas actividades del centro de nacimiento, no solo el cuidado intraparto y el número de nacimientos.

El cuidado que proporciona el centro de nacimiento incluye:

- a) La valoración de una matrona asignada o de referencia tanto por teléfono, en casa o en el centro de nacimiento cuando una mujer lo desee, por cualquier necesidad, y tanto en el embarazo como en el período de dilatación.
- b) Tramitar el alta del centro de nacimiento.
- c) Apoyo a la lactancia materna, valoración y examen del recién nacido, cribado auditivo del recién nacido, etc.
- d) Citas de seguimiento de embarazo y posparto.
- e) Visita guiada al centro de nacimiento.
- f) Educación a grupos durante el embarazo y posparto.
- g) Otros grupos/sesiones/actividades vinculadas a la comunidad que las matronas lideran y/o participan.

TEMA 6. Conocimientos, aptitudes y formación

Es crucial que las matronas que trabajen en los centros de nacimiento extrahospitalarios y hospitalarios proporcionen una atención segura, adecuada y basada en la evidencia que, además, debe estar adaptada a las necesidades de las mujeres, así como a sus preferencias (ICM, 2013; NICE, 2014).

Dado que la mayoría de la formación de las matronas se fundamenta en las unidades obstétricas, es esencial apoyar a las matronas en el desarrollo de la filosofía, el conocimiento y las técnicas requeridas para cuidar a las mujeres en los centros de nacimiento (Rocca-Ihenacho, 2017; Walker *et al.*, 2018).

La evidencia avala que la organización y el espíritu del equipo repercuten en el ambiente de aprendizaje (Alderwic *et al.*, 2018). En investigaciones anteriores sobre centros de nacimiento se indica que, para que funcionen bien, debe existir una filosofía de aprendizaje compartido, compartir buenas prácticas (aprendiendo unos de otros) y darse una relación de confianza entre los miembros del equipo (McCourt, *et al.*, 2011, 2014; Rayment *et al.*, 2015; Rocca-Ihenacho, 2017).

ESTÁNDAR 12

Existe un documento oficial que recoge los conocimientos y las aptitudes requeridas por las matronas que trabajen en los centros de nacimiento.

Los centros de nacimiento tienen un documento que detalla los conocimientos y aptitudes mínimas requeridas por las matronas, que incluye:

- a) Comprensión de la fisiología y la anatomía en relación con el embarazo, el nacimiento y período posparto.
- b) Capacidad de prestar un cuidado respetuoso.
- c) Habilidad para enfrentarse a situaciones interpersonales difíciles.
- d) Comunicación y técnicas de apoyo para el trabajo de parto fisiológico y nacimiento.
- e) Comprensión y aplicación de la evidencia científica.
- f) Saber utilizar los protocolos y las guías como recomendaciones y no como reglas para el cuidado personalizado de la mujer.
- g) Habilidad de aprender de la experiencia y capacidad reflexiva.
- h) Valoración fetal, incluye auscultación intermitente.
- i) Uso de la hidroterapia durante el período de dilatación y el parto en el agua.
- j) Emergencias obstétricas en el centro de nacimiento (valoración inicial, derivación y traslado).
- k) Soporte vital básico y reanimación cardiopulmonar (RCP) materna y neonatal.
- l) Prescripción de fármacos (cuando proceda) y administración.
- m) Canalización intravenosa.
- n) Sutura perineal.
- o) Aptitudes para la toma de decisiones en relación con la valoración inicial/triage, la valoración continua durante el parto y el traslado a la unidad obstétrica.



Foto © Rory Flint

TEMA 6. Conocimientos, aptitudes y formación

ESTÁNDAR 13

Los centros de nacimiento fomentarán el desarrollo profesional.

- a) El personal del centro de nacimiento tendrá tiempo específico dentro de su horario laboral para formación, trabajo interdisciplinar y reuniones de equipo.
- b) Los días de formación interdisciplinar incluirán a matronas, auxiliares de enfermería, neonatólogos, personal de emergencias extrahospitalarias, médicos de familia y obstetras (en alguna ocasión, la formación tendrá lugar en las instalaciones del propio centro de nacimiento).
- c) Formación para todo el equipo interdisciplinar, incluyendo conocimientos y habilidades en atención personalizada, autonomía y parto fisiológico.
- d) Todo el personal deberá estar actualizado en la última evidencia científica y tendrá las habilidades de comunicación necesarias para compartir dicha información con las mujeres.
- e) Habrá reuniones de equipo mensuales para potenciar el aprendizaje mutuo y mantener una filosofía y visión compartidas del centro de nacimiento.
- f) El centro apoyará a organizaciones acreditadas, como la IHAN (Iniciativa para la Humanización de la Asistencia al Nacimiento y la Lactancia).
- g) La formación deberá ser anual e incluir, como mínimo:
 - Cómo apoyar el nacimiento fisiológico.
 - Técnicas de comunicación.
 - La colaboración en la toma de decisiones y la autonomía.
 - Evaluación del bienestar fetal y la auscultación intermitente.
 - Emergencias obstétricas en centros de nacimiento y competencias para el manejo del traslado.
 - RCP materna y neonatal.

ESTÁNDAR 14

Los centros de nacimiento ofrecerán puestos de trabajo para matronas “recién tituladas” así como períodos de orientación para los profesionales y los residentes del servicio de maternidad.

- a) Incrementar las oportunidades para que diferentes profesionales de la maternidad y estudiantes estén en contacto con la normalidad, el parto fisiológico y los cuidados que proporcionan las matronas, para así divulgar la filosofía de los centros de nacimiento al resto de los servicios de maternidad, respetando la singularidad del momento y la intimidad de las mujeres.
- b) Cada profesional del servicio de maternidad tendrá un período de orientación en el centro de nacimiento para familiarizarse con el servicio, el equipamiento y el personal.
- c) Existe información diseñada para las matronas “recién tituladas” que incluye valores y aptitudes específicas de los centros de nacimiento.
- d) Los profesionales y los residentes del servicio de maternidad tendrán la oportunidad de realizar prácticas en los centros de nacimiento durante su formación.



TEMA 7. Entorno e instalaciones

El entorno físico desempeña un papel clave para determinar las experiencias de las usuarias (McCourt *et al.*, 2016).

El ambiente del centro de nacimiento influye y promueve la salud y el bienestar de las mujeres, sus familias y el personal que hace uso de las instalaciones (Jenkinson *et al.*, 2013; Hammond *et al.*, 2017). Es importante considerar la ubicación del centro de nacimiento en relación con la unidad obstétrica, así como garantizar un ambiente salutogénico (McCourt *et al.*, 2016) dentro del propio centro que promueva la salud, el establecimiento de relaciones de crianza positiva, las necesidades de parto de la madre (como la privacidad, el espacio para moverse y un ambiente tranquilo) y que prevea las necesidades de los acompañantes de las gestantes y miembros de la familia. Los centros de nacimiento respetarán la normativa y reglamentos de seguridad específicos de las infraestructuras públicas de cada país.

ESTÁNDAR 15

Los centros de nacimiento ofrecerán un ambiente que promueva un modelo bio-psico-social de atención sanitaria y fomente las relaciones interpersonales.

- a) La filosofía de los centros de nacimiento debe plasmarse en su entorno físico y en todo el material visual e imágenes, incluyendo imágenes de parto en el agua, lactantes, paisajes relajantes, uso de colores, telas y texturas, etc.
- b) Las instalaciones de los centros de nacimiento deben incluir zonas comunes (por ejemplo, una zona donde las mujeres puedan pasar tiempo juntas, una cocina común para los usuarios y el personal, etc.).

ESTÁNDAR 16

El ambiente del centro de nacimiento facilitará la movilización y el parto activo.

- a) Las habitaciones del centro de nacimiento tendrán espacio suficiente para que la gestante pueda moverse libremente durante el parto y el nacimiento. La cama no ocupará una posición dominante en la habitación.
- b) La habitación se diseñará teniendo en cuenta que tanto los muebles como los equipos tendrán que ser móviles.
- c) Se proporcionará material específico para apoyar el trabajo de parto: esterillas, bolsas de semillas, pelotas, etc.
- d) En cada sala de partos hay una piscina de parto y/o una bañera grande o ducha.
- e) Si es posible, se proporcionará acceso a espacios verdes al aire libre, para alentar a las mujeres a caminar en la naturaleza durante el parto.

ESTÁNDAR 17

El centro de nacimiento ofrecerá un ambiente que proteja y promueva la relajación, la privacidad y la dignidad.

- a) En la sala de partos se permite regular la intensidad de las luces, la luz diurna natural y los colores para así ajustarse a las preferencias personales de la mujer en trabajo de parto.
- b) Existe un área entre las zonas comunes y las salas de partos para proteger la privacidad y garantizar un ambiente tranquilo. Esto se puede lograr a través del diseño arquitectónico de la habitación o, si es necesario, utilizando muebles.

Foto (izquierda) © Meadow Birth Centre (credited to Worcestershire Acute Hospitals NHS Trust).

Foto (derecha) © Evelyn Gomes dos Anjos (evelynangelfotografia@gmail.com).



TEMA 7. Entorno e instalaciones



Foto © Lucia Rocca-Ihenacho, Midwifery Unit Network (Barkantine Birth Centre)

- c) Las ventanas de las salas de parto y las consultas deben preservar la privacidad, así como crear un entorno luminoso más tenue si es necesario.

ESTÁNDAR 18

La disposición y el diseño del centro de nacimiento transmiten los valores del modelo de cuidados bio-psico-social.

- a) Se dará consideración especial a la ubicación del centro de nacimiento con respecto a otros servicios. El centro de nacimiento debe ser independiente, con puerta de entrada directa a la calle, recepción, salas de consulta e instalaciones como la cocina y el espacio común.
- b) El número de salas de partos necesario se puede calcular a partir del número de nacimientos anuales (el 36% de los nacimientos anuales podrían tener lugar en el centro de nacimiento según Walsh *et al.* (2018), considerando la capacidad anual total de una habitación entre 100 y 150 nacimientos (máximo).
- c) Un centro de nacimiento incluye:
- Salas para consultas de seguimiento de embarazo y atención posparto.
 - Espacios de almacenamiento (por ejemplo, para evitar que aparatos y equipos se dejen en las zonas comunes).
 - Área de eliminación de residuos y ropa sucia.
 - Área para la comida de los usuarios.
 - Dispositivos para emergencias obstétricas y resucitación neonatal (que se mantienen preferiblemente ocultos).

- Muebles que facilitan la limpieza y se ajustan a reglamento de control de infecciones específicas para los centros de nacimiento.
- Dependiendo del tipo de servicio que se ofrezca, un espacio para grupos prenatales y postnatales y clases (por ejemplo, cursos de lactancia, parto activo, talleres, educación prenatal, masaje de recién nacidos, formación, etc.).

- d) La sala de partos incluye:

- Una cama doble para el descanso posparto, que permita a la pareja o acompañante quedarse durante la noche.
- Baño privado.
- Una piscina de parto siempre que sea posible.
- Equipo clínico y de emergencia que se almacena (de manera que no sea visible) siempre que no sea necesario.
- Equipo de resucitación neonatal en la habitación (de manera que no sea visible) o cuna de resucitación portátil guardada fuera de la habitación.
- Equipo de sutura cuando sea necesario (no visible si no se está utilizando).

- e) Las mujeres deben poder permanecer en la misma habitación durante el parto, el nacimiento y la estancia posparto si así lo desean.

- f) Los centros de nacimiento seguirán la normativa de control de infecciones específica desarrollada para ellos.

ESTÁNDAR 19

Los centros de nacimiento serán visibles y accesibles en el área de atención sanitaria a la que pertenecen.

- a) El centro de nacimiento será visible y accesible al público gracias a un nombre claro y señalización, carteles para indicar la manera más fácil de acceder al centro, *parking* para el personal y las mujeres, y conexión con transporte público.
- b) El centro de nacimiento será de fácil acceso y ofrecerá prestaciones para facilitar el traslado urgente a una unidad neonatal cuando sea necesario o en caso de emergencia.

TEMA 8. Autonomía y responsabilidad

A pesar de que la evidencia sugiere que los centros de nacimiento están asociados a mejores resultados perinatales para mujeres sanas con un embarazo sin complicaciones y para sus recién nacidos, todavía existe poca oferta y un uso mínimo de estos servicios. A nivel de política nacional y dentro de servicios de salud, las matronas de muchos países europeos trabajan para estar reconocidas en los sistemas sanitarios y tener una organización profesional e instalaciones que les permitan trabajar con autonomía profesional (ICM, 2011).

Los servicios de maternidad en toda Europa no siempre se han organizado en torno a las necesidades y al derecho a la autonomía de tomar decisiones informadas (White Ribbon Alliance, 2012). Los centros de nacimiento ofrecen un entorno en el que la autonomía de la mujer puede y debe ser respetada, junto con la autonomía de las matronas para apoyar a las mujeres en sus decisiones.

ESTÁNDAR 20

Los centros de nacimiento tienen un reglamento que reconoce la autonomía de las matronas y su responsabilidad.

La normativa de los centros de nacimiento incluye:

- a) Unos estatutos en los que se reconoce el marco de las competencias de las matronas, así como su autonomía para con el cuidado de las madres y los recién nacidos.
- b) Una declaración sobre la obligación y capacidad de las matronas de proporcionar atención personalizada.
- c) Un sistema de apoyo para las matronas (y para el equipo multidisciplinar) que proporciona asesoramiento y cuidado a mujeres que solicitan dar a luz en un centro de nacimiento, independientemente de la complejidad de su embarazo (reconociendo así el modelo de cuidados que promulga el cuidado “fuera de las directrices de los protocolos”).
 - Tiempo suficiente para que las matronas puedan hablar con las mujeres de las opciones en función de sus preferencias.
 - Una matrona u obstetra de referencia localizado las 24 horas para asesoramiento clínico y profesional.
 - Un sistema para registrar en la cartilla maternal o en la historia clínica las conversaciones mantenidas con la gestante, la evidencia científica recomendada y la decisión final de la mujer.

ESTÁNDAR 21

Los centros de nacimiento tienen un reglamento que reconoce la autonomía de las mujeres.

La normativa de los centros de nacimiento:

- a) Evita una dicotomía entre mujeres de bajo riesgo/alto riesgo y promueve una valoración personalizada y el cuidado holístico.
- b) Contempla un sistema que garantiza el apoyo a las mujeres a optar por la atención en los centros de nacimiento.
- c) Reconoce y fomenta la autonomía de las mujeres en la toma de decisiones.
- d) Tiene impresos disponibles para recoger los comentarios de las mujeres y acompañantes que incluyan: experiencias positivas, quejas, estadística de traslados, declaraciones personales y recomendaciones para cuando las cosas salen mal.

En la edición en español del documento “Midwifery Units Standards” se han modificado los apartados b) y c) del estándar 21. La modificación del texto en la edición en español responde a las diferencias organizativas y culturales en relación a la atención al parto entre diferentes países e instituciones.

TEMA 9. Liderazgo

La evidencia disponible asocia la calidad, seguridad y sostenibilidad de la atención en maternidad con el liderazgo (Alderwick *et al.*, 2018). Las investigaciones llevadas a cabo en los centros de nacimiento destacan que el buen funcionamiento de estos, a menudo, se caracteriza por la práctica del liderazgo adaptativo (McCourt *et al.*, 2011, 2014).

En el Reino Unido, este tipo de liderazgo lo ostenta generalmente la matrona adjunta. Un estudio reciente sobre la aceptación social de los centros de nacimiento halló que los centros donde una matrona adjunta ejerce el rol de liderazgo son más propensos a tener buena aceptación (Walsh *et al.*, 2018).

Independientemente de las diferencias existentes entre centros de nacimiento con un buen funcionamiento, la investigación cualitativa describe las siguientes características comunes para el funcionamiento de dichos centros:

- El liderazgo se centrará en establecer una ideología y filosofía de cuidado adecuadas.
- Sentimiento de pertenencia del personal sanitario.
- Respeto de la autonomía de las mujeres y de las matronas.
- Promoción activa de relaciones inclusivas y positivas dentro del servicio de maternidad.

En Reino Unido, el rol de la matrona adjunta tiene como objetivo considerar las características anteriores para garantizar liderazgo adaptativo en los servicios de maternidad y centros de nacimiento.

Las funciones de la matrona adjunta en Reino Unido:

El rol de matrona adjunta se estableció en el servicio nacional de salud del Reino Unido en el año 2000, tras la publicación de un informe del Servicio Nacional de Salud (1999).

El objetivo del rol de la matrona adjunta fue el de:

- Ayudar a proporcionar mejores resultados para las mujeres y los recién nacidos mejorando los servicios y la calidad.
- Reforzar el liderazgo.
- Proporcionar una oportunidad de mejora profesional a las matronas con años de formación y experiencia clínica, con la finalidad también de impedir que no abandonasen la profesión.

Dentro de las funciones de la matrona adjunta se incluyen cuatro elementos clave:

- Experta en el trabajo asistencial.
- Liderazgo.
- Formación y desarrollo profesional.
- Investigación científica y evaluación.

Estas profesionales son matronas expertas, con formación de postgrado, habilidades clínicas óptimas y credibilidad para proporcionar liderazgo a las matronas y otros profesionales del equipo de maternidad. Una de las funciones más complicadas del rol de matrona adjunta es contribuir a la elaboración de políticas y planificación estratégica de los servicios. Estas matronas especializadas, han creado nuevos servicios como centros de nacimiento, *caseloading* para mujeres con riesgo social y citas en consulta con la gestante para diseñar un plan de cuidado personalizado. Las matronas adjuntas tienen un mayor grado de autonomía personal y profesional, así como la responsabilidad de realizar juicios críticos y tomar decisiones para las cuales se carece de precedentes. Dichas decisiones se centran en potenciar e implementar prácticas basadas en la evidencia, a la vez que apoyan las decisiones informadas de las gestantes. El rol de matrona adjunta exige que, al menos el 50% de su horario laboral, trabaje directamente con usuarios/as para conservar sus aptitudes profesionales y su experiencia clínica.

Pauline Cooke, matrona adjunta, Imperial College Healthcare NHS Trust (Reino Unido).

TEMA 9. Liderazgo

ESTÁNDAR 22

En el centro de nacimiento existe un estilo de liderazgo coherente y visible.

- a) Presencia continua de un líder asistencial, cuya responsabilidad es apoyar a los miembros del personal con menos experiencia.
- b) Una supervisora, responsable de: la filosofía del centro, la dotación de personal, la calidad y seguridad. A su vez, debe garantizar la provisión de equipos técnicos y recursos materiales, las normas de control y prevención de infecciones y el funcionamiento integral del centro de nacimiento.
- c) Un rol fundamental, que se encarga de tomar decisiones sobre recursos y protocolos y actuar como defensor del centro de nacimiento. Esta persona será:
 - Visible en el centro de nacimiento, mantendrá su implicación en el día a día de la práctica clínica.
 - Capaz de apoyar al personal gracias a su experiencia asistencial.
 - Capaz de compartir sus aptitudes (elaborando planes de cuidados que no sigan las directrices de los protocolos, haciendo guardias localizadas, etc.).

ESTÁNDAR 23

En el centro de nacimiento existe un liderazgo adaptativo de calidad.

Los líderes, en todos los niveles, deben tener los siguientes requisitos:

- a) Tener experiencia asistencial relevante en centros de nacimiento.
- b) Habilidad para proyectar una visión sólida de los centros de nacimiento.
- c) Compromiso con el rol de líder y con la sostenibilidad del centro de nacimiento.
- d) Conocimiento (estar actualizado en la última evidencia científica y en las competencias profesionales).
- e) Un estilo de liderazgo positivo, inclusivo y cercano.
- f) Capacidad de abogar por la unidad y sus profesionales.
- g) Actitud de apoyo a las decisiones de las mujeres.
- h) Enfoque profesional y capacidad de ejercer como modelo para los profesionales sanitarios.

- i) Capacidad para establecer buenas relaciones de trabajo entre los profesionales con más experiencia y grupos interprofesionales.
- j) Toma de decisiones compartida con el equipo.
- k) Capacidad para responder de manera oportuna a incidentes críticos, tanto desde el aspecto clínico como en el espacio de tiempo apropiado.

ESTÁNDAR 24

Existe un grupo asesor multidisciplinar y de usuarios que establecen la visión para el centro de nacimiento.

- a) El grupo asesor está formado por usuarios que representan a la población local, al personal del centro de nacimiento, otros profesionales sanitarios, personal de emergencias extrahospitalarias y gestores de los servicios sanitarios. El objetivo de este grupo es fomentar el compromiso con la comunidad, permitiendo la participación de esta, facilitar la coproducción con los gestores de servicios y respaldar una filosofía de responsabilidad para con las usuarias de los centros de nacimiento.
- b) El grupo asesor debe formarse mientras se planifica la apertura del centro de nacimiento.
- c) El grupo asesor se reunirá al menos trimestralmente para ser informado y, a su vez, asesorar sobre estadísticas del lugar elegido donde dar a luz, estadísticas de los traslados, la información proporcionada a los padres, *marketing*, relaciones con otros servicios y especialidades, profesionales y desarrollo de los centros de nacimiento, *feedback*, etc.

Otras actividades incluyen un informe anual, revisión multidisciplinar de casos que comprenda las mejores prácticas clínicas, auditoría de los traslados efectuados, día anual de puertas abiertas para la comunidad, etc.

TEMA 10. Sistemas de calidad

Es importante que el CN esté basado en un sistema de calidad consolidado. Además, es necesario desarrollar una cultura de organización del centro que fomente un sentimiento de pertenencia en el personal y fomente la inclusión de las usuarias en la toma de decisiones para la mejora continua del centro de nacimiento (Ross y Naylor, 2017). Una cultura basada en la transparencia, no solo en los centros de nacimiento sino también en todos los servicios de maternidad (donde se revisen los casos y las causas de cualquier resultado adverso o malas experiencias de las usuarias), fomentarán también el aprendizaje y la mejora continua del servicio (Jabbal, 2017).

ESTÁNDAR 25

El centro de nacimiento tiene evidencia científica, guías de práctica clínica y protocolos oficiales que se revisan periódicamente.

- Las guías de práctica clínica y procedimientos serán redactadas y consensadas por el equipo multidisciplinar. Esto incluye la unidad obstétrica y los servicios de emergencias.
- El protocolo de traslado facilita la integración de los servicios y sirve de guía para los traslados de las mujeres y sus recién nacidos entre el centro de nacimiento y las unidades obstétricas.
- Las guías de práctica clínica y los protocolos se revisarán anualmente.
- Existe un protocolo para la organización de los profesionales que reconoce la autonomía del personal de los centros de nacimiento. Las unidades obstétricas, por su parte, organizarán los turnos y guardias de su personal, para evitar desplazar a las matronas del centro de nacimiento a dichas unidades.
- Existe un documento oficial que recoge la prevención de riesgos laborales y un sistema para verificar el cumplimiento de estos.
- Los protocolos maternos y neonatales están basados en la evidencia científica (incluyen el uso de guías de práctica clínica internacionales cuando proceda).

ESTÁNDAR 26

El centro de nacimiento tiene guías que definen los criterios de inclusión para la elección del lugar de nacimiento.

- Criterios de inclusión consensados que permitirán debatir entre las mujeres, el personal del centro de nacimiento y de la unidad de obstetricia el plan óptimo de atención y el lugar de nacimiento escogido.
- Si existe un centro de nacimiento extrahospitalario y otro intrahospitalario, los protocolos determinarán los criterios de inclusión para la atención en uno u otro.

ESTÁNDAR 27

El centro de nacimiento se compromete a un proceso de mejora continua.

El centro de nacimiento promueve la mejora continua del servicio mediante:

- Un servicio de reclamaciones para el personal y las personas usuarias del centro.
- La recopilación y el seguimiento rutinario de las opiniones del personal y las personas usuarias del centro.
- Los procesos de mejora continuos basados en los resultados y las experiencias de las personas usuarias de servicios y el personal.
- La difusión rápida de las conclusiones obtenidas tras revisar incidentes.
- Tiempo, dentro del horario laboral del personal, reservado para la evaluación de las estadísticas o auditorías.
- La evaluación continua del número de mujeres que desean dar a luz en el centro de nacimiento, número de partos, resultados perinatales y traslados.
- La presentación semestral de la auditoría a todo personal del servicio de maternidad.

El CN recopila los datos de acuerdo con lo sugerido por guías nacionales con especial atención a la mejora de la salud pública y a reducir las desigualdades sanitarias en torno a:

- El aumento de los nacimientos fisiológicos.
- La reducción de las intervenciones innecesarias (por ejemplo: cesáreas).
- La reducción de la morbilidad materna e infantil (incluyendo los resultados físicos y emocionales).

TEMA 10. Sistemas de calidad

- d) El acceso rápido a la atención sanitaria.
- e) El aumento de la tasa de lactancia materna.
- f) Abandono del hábito tabáquico, nutrición materna, abuso de sustancias y abuso de alcohol.
- g) El apoyo a las mujeres en situación de vulnerabilidad.

ESTÁNDAR 28

El centro de nacimiento tiene un sólido sistema de recopilación de la información.

El centro de nacimiento dispone de un sistema de información que se ajusta a la normativa europea en cuanto a la protección y almacenamiento de datos personales y que asegura:

- a) La conservación y el almacenamiento de datos de manera rigurosa, actualizada y sujeta a revisiones periódicas.
- b) Un sistema de gestión de protección y almacenamiento de datos seguro, así como herramientas de recopilación de datos que faciliten la realización de informes y evaluaciones de las actividades del centro y los resultados perinatales.
- c) Todos los proveedores de cuidados comparten el mismo sistema de recogida de información.
- d) Un sistema de archivo electrónico de información que recoja las actividades del centro de nacimiento y los resultados perinatales.
- e) Un sistema para denunciar incidentes y mostrar abiertamente que se lleva a cabo una investigación sobre cualquier eventualidad (además de compartir su resolución).
- f) La posibilidad de acceder a los archivos electrónicos desde cualquier sistema que permita el acceso al programa informático. Las estadísticas periódicas del centro de nacimiento serán públicas y accesibles para todas las personas interesadas.

ESTÁNDAR 29

El centro de nacimiento cuenta con estrategias de comunicación y publicidad.

- a) Promoción y vinculación con la población a la que ofrece sus servicios a través de:
 - Circulares periódicas para el personal del centro con las actividades realizadas, los resultados perinatales, incidentes, experiencias positivas y logros.
 - Circulares públicas periódicas que incluyen información sobre los servicios disponibles en el centro de nacimiento y las experiencias recientes de los usuarios.
- b) Información y educación para las mujeres a través de:
 - Visitas regulares disponibles al centro de nacimiento.
 - Uso de las redes sociales para publicitar el centro de nacimiento.
 - Educación prenatal/postnatal y preparación para el parto.
- c) *Marketing* del centro de nacimiento:
 - Fórmulas para facilitar la publicidad “boca a boca” entre la población a la que ofrece sus servicios el centro de nacimiento, es decir, publicidad mediante las recomendaciones de los usuarios.
 - Oportunidades para que las familias aprendan sobre el centro de nacimiento durante el embarazo (por ejemplo, haciendo uso del centro de nacimiento como sede para las clases y las consultas de seguimiento de embarazo).
- d) El centro de nacimiento deberá tener una estrategia de *marketing* que considere la teoría de las cuatro etapas de la toma de decisiones, como el modelo AIDA que incluye cuatro fases: atención, interés, deseo y acción (Rawal, 2013), para así asegurar que se respetan las necesidades de las mujeres de su área.
- e) Los eventos para recaudar fondos permiten sensibilizar a la población e involucrarla en las actividades del centro de nacimiento, además de aumentar el sentimiento de pertenencia al centro de nacimiento entre los usuarios y el personal y generar ingresos que podrán utilizarse para diferentes propósitos (como eventos, formación del personal, asistencia a congresos, equipos sanitarios, etc.).

BIBLIOGRAFÍA

- AABC, American Association of Birth Centres (2017) *Birth Center Standards*. Recuperado de: <https://www.birthcenters.org/page/Standards> (6 de mayo de 2019)
- Ackerman, B., Cooke, P. y Hutcherson, A. (2009) *Standards for Birth Centres in England: A Standards Document*. RCM, Londres.
- Alderwick, H., Jones, B., Charles, A. y Warburton, W. (2018) *Making the case for quality improvement*. The King's Fund. Recuperado de: <https://www.kingsfund.org.uk/publications/making-case-quality-improvement>
- Baby Friendly Initiative (2017) *Guide to the Baby Friendly Initiative Standards-Baby Friendly Initiative*. Recuperado de: <https://www.unicef.org.uk/babyfriendly/baby-friendlyresources/guidance-for-health-professionals/implementingthe-baby-friendly-standards/guide-to-the-baby-friendlyinitiative-standards/>
- Brocklehurst, P., Hardy, P., Hollowell, J., Linsell, L., Macfarlane, A., McCourt, C., ... Stewart, M. (2011) "Perinatal and maternal outcomes by planned place of birth for healthy women with low risk pregnancies: The Birthplace in England national prospective cohort study". *BMJ*, 343(4), pp. d7400-d7400.
- Bryers, H. M. y Van Teijlingen, E. (2010) "Risk, theory, social and medical models: a critical analysis of the concept of risk in maternity care". *Midwifery*, 26(5), pp. 488-496.
- Constitución Española, Boletín Oficial del Estado, 29 de diciembre de 1978, núm. 311.
- Coxon, K., Sandall, J. y Fulop, N. (2013) "To what extent are women free to choose where to give birth? How discourses of risk, blame and responsibility influence birth place decisions". *Health, Risk & Society*, 16(1), pp. 51-67.
- Davis-Floyd, R. (2001) "The technocratic, humanistic, and holistic paradigms of childbirth". *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 75, pp. S5-S23.
- Downe, S. (2010) "Towards Salutogenic Birth in the 21st Century". *Essential midwifery practice: intrapartum care*. Hoboken: John Wiley & Sons, Ltd., pp. 289-295.
- EBCOG, European Board and College of Obstetrics and Gynaecology (2014). *Standards of Care for Women's Health in Europe*. Recuperado de: <https://www.ebcog.org/single-post/2017/08/21/Standard-of-care-published> (6 de mayo de 2019)
- Hammond, A., Homer, C. y Foureur, M. (2017) "Friendliness, functionality and freedom: Design characteristics that support midwifery practice in the hospital setting". *Midwifery*, 50, pp.133-138.
- Healy, M. y Gillen, P. (2016) "Planning birth in and admission to a midwife-led unit: development of a GAIN evidence-based guideline". *Evidence Based Midwifery*, 14(3), pp. 82-86
- GAIN (RQIA, 2016) "Guideline for Admission to Midwife-Led Units in Northern Ireland & Northern Ireland Normal Labour & Birth Care Pathway". RQIA: Belfast.
- ICM, Confederación Internacional de Matronas (2011) *ICM Position Statement. Midwifery: An autonomous profession*. Internationalmidwives.org. Recuperado de: <https://www.internationalmidwives.org/assets/files/statement-files/2018/04/midwifery-an-autonomous-profession.pdf> (6 de mayo de 2019)
- ICM, Confederación Internacional de Matronas (2013) *Competencias esenciales para la práctica de la partería*. Internationalmidwives.org. Recuperado de: <https://www.internationalmidwives.org/assets/files/general-files/2019/03/icm-competencies-es-screens-2.pdf> (6 de mayo de 2019)
- Jabbal, J. (2017) *Embedding a culture of quality improvement*. The King's Fund. Recuperado de: <https://www.kingsfund.org.uk/publications/embedding-culture-quality-improvement> (6 de mayo de 2019)
- Jenkinson, B., Josey, N. y Kruske, S. (2013) *BirthSpace: An evidence-based guide to birth environment design*. Queensland: Centre for Mothers & Babies, The University of Queensland.
- Jordan, B. y Davis-Floyd, R. (1993) *Birth in four cultures*. Prospect Heights, Ill: Waveland Press.
- Kennedy, H. P., Cheyney, M., Dahlen, H. G., Downe, S., Foureur, M. J., Homer, C. S. E., ... Renfrew, M.J. (2018) "Asking different questions: A call to action for research to improve the quality of care for every woman, every child". *Birth*, 2018; pp. 1-10.

BIBLIOGRAFÍA

- Kirkham, M. (2010) "Sustained by joy: the potential of flow experience for midwives and mothers". In *Sustainability, Midwifery and Birth*, 105-118. Routledge.
- Kuruville, S., Bustreo, F., Kuo, T., Mishra, C.K., Taylor, K., Fogstad, H., ... Rasanathan, K. (2016) "The Global strategy for women's, children's and adolescents' health (2016-2030): a roadmap based on evidence and country experience". *Bulletin of the World Health Organization*, 94(5), 398.
- 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. BOE 274 (15 de noviembre de 2002).
- Macfarlane, A.J., Rocca-Ihenacho, L., Turner, L. y Roth, C. (2014a) "Survey of women's experiences of care in a new freestanding midwifery unit in an inner city area of London, England-1: Methods and women's overall ratings of care". *Midwifery*, 30(9), pp. 998-1008.
- Macfarlane, A.J., Rocca-Ihenacho, L. y Turner, L.R. (2014b) "Survey of women's experiences of care in a new freestanding midwifery unit in an inner city area of London, England-2: Specific aspects of care". *Midwifery*, 30(9), pp. 1009-1020.
- Macfarlane, A.J., Blondel, B., Mohangoo, A.D., Cuttini, M., Nijhuis, J., Novak, Z., ... Zeitlin, J. (2016) "Wide differences in mode of delivery within Europe: risk-stratified analyses of aggregated routine data from the Euro-Peristat study". *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 123(4), pp. 559-568.
- McCourt, C., Rance, S., Rayment, J. y Sandall, J. (2011) *Birthplace a qualitative organisational case studies: how maternity care systems affect the provision of care in different settings*. Birthplace in England research programme. Final report part 6. London: NIHR Service Delivery and Organisation programme.
- McCourt, C., Rayment, J., Rance, S. y Sandall, J. (2012) "Organisational strategies and midwives' readiness to provide care for out of hospital births: An analysis from the Birthplace organisational case studies". *Midwifery*, 28(5), pp. 636-645.
- McCourt, C., Rayment, J., Rance, S. y Sandall, J. (2014) "An ethnographic organisational study of alongside midwifery units: a follow-on study from the Birthplace in England programme". *Health Services and Delivery Research*, 2(7). DOI: 10.3310/hsdr02070
- McCourt, C., Rayment, J., Rance, S. y Sandall, J. (2016) "Place of birth and concepts of wellbeing: an analysis from two ethnographic studies of midwifery units in England". *Anthropology in Action*, 23(3), pp. 17-29.
- Miller, S., Abalos, E., Chamillard, M., Ciapponi, A., Colaci, D., Comandé, D., ... Althabe, F. (2016) "Beyond too little, too late and too much, too soon: a pathway towards evidence-based, respectful maternity care worldwide". *The Lancet*, 388(10056), pp. 2176-2192.
- Naciones Unidas (1948) Declaración Universal de Derechos Humanos. París, Francia. Recuperado de: https://www.ohchr.org/EN/UDHR/Documents/UDHR_Translations/spn.pdf
- NICE, National Institute for Health and Care Excellence, (2007) *Intrapartum care: care of healthy women and their babies during labour*. NICE Clinical Guideline No. 55. London: NICE; September 2007.
- NICE, National Institute for Health and Care Excellence, (2014) *Intrapartum care for healthy women and babies, Clinical guideline [CG190]* Published date: December 2014. Last updated: February 2017. Recuperado de: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg190> (6 de mayo de 2019)
- Organización Mundial de la Salud (2016a) *Recomendaciones de la OMS sobre atención prenatal para una experiencia positiva del embarazo*. Génova, Suiza: Organización Mundial de la Salud.
- Organización Mundial de la Salud (2016b) *The global strategic directions for strengthening nursing and midwifery*. Génova, Suiza: Organización Mundial de la Salud.
- Organización Mundial de la Salud (2018) *Recomendaciones de la OMS para los cuidados durante el parto, para una experiencia de parto positiva*. Génova, Suiza: Organización Mundial de la Salud.

BIBLIOGRAFÍA

- Overgaard, C., Fenger-Grøn, M. y Sandall, J. (2012a) "Freestanding midwifery units versus obstetric units: does the effect of place of birth differ with level of social disadvantage?". *BMC Public Health*, 12(1), p. 478.
- Overgaard, C., Fenger-Grøn, M. y Sandall, J. (2012b) "The impact of birthplace on women's birth experiences and perceptions of care". *Social Science & Medicine*, 74(7), pp. 973-981.
- Rawal, P. (2013) "AIDA Marketing communication model: stimulating a purchase decision in the minds of the consumers through a linear progression of steps". *International Journal of Multidisciplinary Research in Social & Management Sciences*, 1(1), pp. 37-44.
- Rayment, J., McCourt, C., Rance, S. y Sandall, J. (2015) "What makes alongside midwifery-led units work? Lessons from a national research project". *The Practising Midwife*, 18(6).
- Renfrew, M., McFadden, A., Bastos, M., Campbell, J., Channon, A., Cheung, N., ... Declercq, E. (2014) "Midwifery and quality care: findings from a new evidence informed framework for maternal and newborn care". *The Lancet*, 384(9948), pp. 1129-1145.
- Rocca-Ihenacho, L. (2017) *An ethnographic study of the philosophy, culture and practice in an urban freestanding midwifery unit*. PhD Thesis. City, University of London.
- Rocca-Ihenacho, L., Newburn, M. y Byrom, S. (2017) "The Midwifery Unit Network: creating a community of practice to enhance maternity services". *The Practising Midwife*, 20(6), pp. 24-27.
- Ross S. y Naylor C. (2017) *Quality improvement in mental health*. London: The King's Fund. Recuperado de: www.olderpeoplescouncil.org/docs/QualityImprovementMentalHealthKingsFundJuly2017.pdf (6 de mayo de 2019)
- Rowe, R. y Birthplace in England Collaborative Group (2011) "Birthplace terms and definitions: consensus process". *Birthplace in England Research Programme*. Final report part 2: NIHR Service Delivery and Organisation programme. Recuperado de: <https://www.npeu.ox.ac.uk/birthplace> (6 de mayo de 2019)
- Sandall, J., Soltani, H., Gates, S., Shennan, A. y Devane, D. (2016) *Midwife-led continuity models versus other models of care for childbearing women*. Cochrane Database of Systematic Reviews.
- Scarf, V., Rossiter, C., Vedam, S., Dahlen, H., Ellwood, D., Forster, D., ... Homer, C. (2018) "Maternal and perinatal outcomes by planned place of birth among women with low-risk pregnancies in high-income countries: a systematic review and meta-analysis". *Midwifery*, 62, pp. 240-255.
- Schroeder, L., Petrou, S., Patel, N., Hollowell, J., Puddicombe, D., Redshaw, M., ... MacFarlane, A. (2011) *Birthplace cost-effectiveness analysis of planned place of birth: individual level analysis*. *Birthplace in England Research Programme*. Final report part 5. NIHR Service Delivery and Organisation programme.
- UNFPA, ICM y OMS (2014) *State of the World's Midwifery 2014*. Recuperado de: <https://www.unfpa.org/sowmy>
- Walsh, D. y Newburn, M. (2002) "Towards a social model of childbirth". *British Journal of Midwifery*, 10(9), pp. 540-544.
- Walsh, D., Spiby, H., Grigg, C.P., Dodwell, M., McCourt, C., Culley, L., ... Thornton, J. (2018) "Mapping midwifery and obstetric units in England". *Midwifery*, 56, pp. 9-16.
- White Ribbon Alliance (2012) *Respectful maternity care: the universal rights of childbearing women*. Washington DC: White Ribbon Alliance; October 2011. Recuperado de: https://www.whiteribbonalliance.org/wp-content/uploads/2017/11/Final_RMC_Charter.pdf (6 de mayo de 2019)

ANEXO 1. Método empleado para la creación de los Estándares Europeos de los centros de nacimiento

El desarrollo de estos estándares ha unificado teorías de dos fuentes principales:

A. Bibliografía de investigaciones publicada:

Se realizó una **revisión sistemática** de la bibliografía cualitativa de los centros de nacimiento (extrahospitalarios y hospitalarios). Las publicaciones se incluyeron solo si fueron revisadas por expertos (*peer-reviewed*) y si eran tesis doctorales no publicadas que incluían investigaciones cualitativas sobre la organización, gestión y experiencia de los centros de nacimientos en países de altos ingresos. Esta revisión identificó veinticuatro artículos relevantes, un informe y tres tesis doctorales.

Además, se llevó a cabo una metátesis de la bibliografía utilizando el programa NVivo. Se identificaron y codificaron los temas hallados en el apartado de resultados de los estudios. Esto generó una lista de cuarenta y tres temas. Cada uno de ellos aparecía al menos una vez en la base de datos (se presentará un artículo con los métodos de revisión y los resultados correspondientes).

B. Asesoramiento de profesionales expertos:

1. Estudio Delphi

Se invitó a profesionales expertos en centros de nacimiento a cumplimentar dos encuestas.

Se publicó la convocatoria de manifestación de interés en una serie de foros relevantes para profesionales. Además, se envió una invitación a expertos en la materia y a aquellos sugeridos también por las principales organizaciones profesionales.

El estatus del experto fue determinado por: tener experiencia en el desarrollo (matronas adjuntas, supervisores, etc.), gestión (jefes de unidad, jefes de equipo, etc.), evaluación (investigadores, profesores, etc.) o experiencia clínica en centros de nacimiento (mínimo dos años de experiencia). También se incluyó a matronas, obstetras, neonatólogos y otro personal vinculado a centro de nacimiento. Asimismo, se invitó a participar a expertos internacionales, para conocer su opinión sobre cuestiones internacionales. Un total de 120 expertos fueron invitados a participar en la primera encuesta y 122 en la segunda.

El estudio Delphi se planificó en dos fases, que se llevaron a cabo *online*, utilizando el software Qualtrics. El formulario de la encuesta inicial se basó en los estándares del Royal College of Midwives (Ackerman *et al.*, 2009), contando con el asesoramiento original en el que se basó la redacción de

dicho documento. Aceptaron formar parte y cumplimentar la primera encuesta Delphi 98 expertos. La completaron 64 encuestados. Mientras que para la segunda encuesta Delphi, 64 la comenzaron y 52 la terminaron. La tasa de respuesta global fue del 48%.

En cada encuesta, se solicitó a los participantes que puntuaran cada uno de los estándares del 1 al 5, en una escala tipo Likert (desde “Extremadamente importante” a “No es importante en absoluto”), que añadiesen los comentarios que considerasen y que sugiriesen nuevos estándares si así lo creían oportuno. Posteriormente, se eliminaron los estándares a los que el 75% o más de los participantes calificaron entre 3 y 5 (menos importante).

Tras el análisis y síntesis con otras fuentes de datos (ver abajo), se obtuvo un borrador de los *Estándares* que fue el que se utilizó en la segunda ronda del estudio. Participaron en esta segunda fase del estudio Delphi 64 expertos y se empleó la misma escala del primer cuestionario. De nuevo, los estándares con menor puntuación se eliminaron utilizando el mismo criterio.

2. Reuniones de grupos de interés y grupos focales.

El estudio Delphi se completó con tres reuniones constituidas por población interesada en el estudio. La primera contó con veintiocho asistentes y se celebró en Londres, el 8 de junio de 2017. La segunda se llevó a cabo el 21 de junio de 2017 en Toronto, durante la Conferencia Trienal de la Confederación Internacional de Matronas (ICM). Los asistentes (aproximadamente cincuenta representantes de la conferencia) formaron grupos de trabajo para discutir los actuales Estándares del Royal College of midwives (RCM).

En diciembre de 2017, durante la tercera reunión de los interesados organizada en Londres, se presentaron y discutieron los *Estándares europeos de los nacimientos*. Este grupo (dieciocho participantes) se centró en temas clave que surgieron tras la revisión de estándares de la primera fase de expertos del estudio Delphi (aunque se halló que el nivel de representación de los Estándares originales de RCM había sido bajo). Las conclusiones de estas reuniones se incorporaron al proceso de análisis y al borrador de los *Estándares* revisado.

ANEXO 1. Método empleado para la creación de los *Estándares Europeos de los centros de nacimiento*

3. Entrevistas a las matronas líderes de los centros de nacimiento de The Birth Centre Beacon Sites

Tras la revisión de la bibliografía, las reuniones con los interesados y las encuestas del estudio Delphi, aún quedaban temas por evaluar: la creación de vínculos con la comunidad, “Trabajando a través de los límites físicos y profesionales” y la autonomía de las mujeres. Se entrevistó a tres profesionales de los centros de nacimiento contemplados en el proyecto **The Birth Centre Beacon Sites**, centros con muy buenos resultados y con personal cualificado en estas tres áreas pendientes, escogidos con el fin de obtener más información relevante. Dicha información se verificó y se baremó para luego consensuarla en la segunda encuesta Delphi (ver sección de análisis).

Análisis

El equipo del proyecto integró:

- Los estándares restantes del documento RCM 2009 (siguiendo los resultados de la encuesta de Delphi de la primera fase).
- Estándares y temas adicionales sugeridos en los comentarios de la encuesta Delphi.
- Temas clave de las discusiones de grupo de la primera reunión de asistentes interesados.
- Los cuarenta y tres temas generados por la metasíntesis.
- Contenido adicional obtenido con las entrevistas.

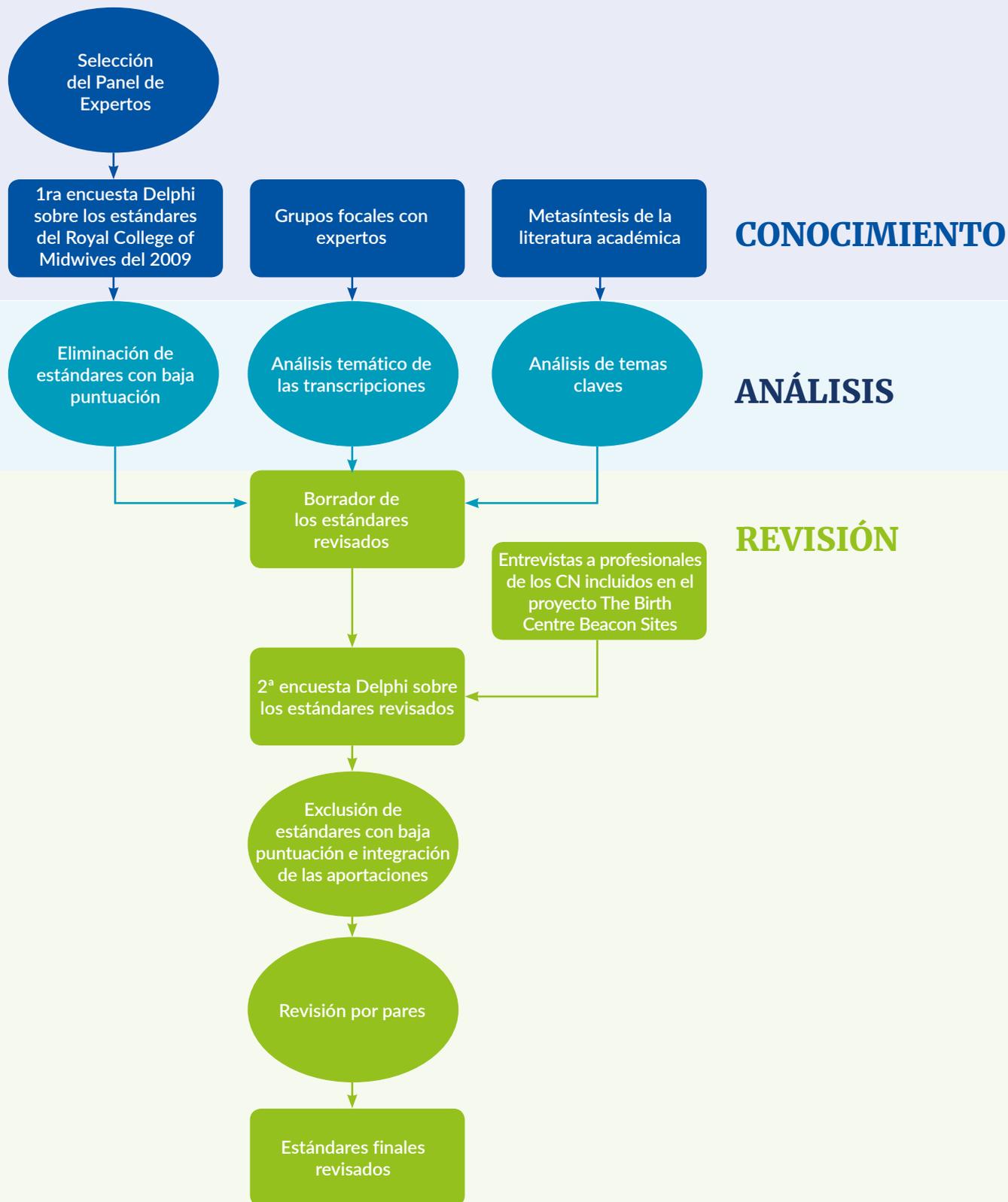
Estas fuentes de datos se analizaron utilizando un método sistemático:

Cada elemento (por ejemplo, estándar o tema) se escribió en una hoja de papel individual, se eliminaron los duplicados y los códigos se clasificaron en “categoría nueva” o “categoría general”. El objetivo fue incluir todos los códigos en el menor número de categorías posible. Las categorías se consensuaron en una reunión posterior y las diez finales formaron los temas para los *Estándares europeos de los centros de nacimiento*. Estos se evaluaron posteriormente en la segunda encuesta Delphi, utilizando el mismo proceso de clasificación descrito anteriormente.

Revisión

El borrador final de los *Estándares* fue revisado por doce expertos europeos de diferentes categorías profesionales (ver apéndice).

Proceso de creación de los *Estándares de los centros de nacimiento*



ANEXO 2. Agradecimientos

Equipo investigador:

Lucia Rocca-Ihenacho Ellen Thael Claire Biros
Christine McCourt Deirdre Munro Mary Newburn
Juliet Rayment Shujana Keraudren Nathalie Leister
Laura Batinelli

Revisores edición en inglés:

- 1) **Birte Harlev-Lam.** Clinical Director – Maternity and Children, NHS Improvement, Reino Unido.
- 2) **Catherine Williams.** Representante de Usuarios Servicio de Maternidad, Reading Maternity Voices (MVP) y National Maternity Voices, Reino Unido.
- 3) **Claire de Labrusse.** Associate professor, Midwifery School, School of Health Sciences (HESAV), University of Applied Sciences and Arts Western Switzerland (HES-SO), Suiza.
- 4) **Jessica Read.** Regional Maternity Lead for London, NHS England, Reino Unido.
- 5) **Johanne Dagustun.** Service User Representative, Greater Manchester and Eastern Cheshire, Reino Unido.
- 6) **Laura Iannuzzi.** Lead Midwife-Physiological Pregnancy Pathway and Margherita Birth Centre, Careggi University Hospital, Florencia, Italia.
- 7) **Maria Booker.** Programmes Director, Birthrights, Reino Unido.
- 8) **Mervi Jokinen.** Presidenta, European Midwives Association.
- 9) **Pauline Cooke.** Consultant Midwife, Imperial College Healthcare NHS Trust, England.
- 10) **Ramón Escuriet.** Divisió d'Innovació i Cartera de Serveis Sanitaris, Àrea d'Atenció Sanitària, Servei Català de la Salut, España.
- 11) **Sandra Morano.** Profesor de Obstetricia, Università degli Studi di Genova Facoltà di Medicina e Chirurgia, Italia.
- 12) **Susan Bewley.** Professor of Women's Health, King's College London, Reino Unido.

Revisores edición en castellano:

- 1) **Concha Cuenca Calabuig.** Matrona. Profesora de la Unidad Docente de Matronas de Alicante.
- 2) **Eva Vela Martínez.** Matrona. Vicepresidenta de la FAME.
- 3) **Fatima León Larios.** Matrona. Doctora por la Universidad de Sevilla. Profesora de la Facultad de Enfermería, Fisioterapia y Podología de la Universidad de Sevilla.
- 4) **Lucía Alcaraz Vidal.** Matrona. Coordinadora del Centro de Nacimiento HGTIP en Cataluña.
- 5) **María del Carmen Rodríguez Soto.** Matrona. Presidenta de la Asociación Andaluza de Matronas.
- 6) **María Jesús Domínguez.** Matrona. Presidenta de la FAME.
- 7) **Paloma Martínez Serrano.** Matrona. Jefa de estudios de la Unidad Docente de Matronas de la Comunidad de Madrid.
- 8) **Ramón Escuriet Peiró.** Matró. Responsable de Salud Sexual y Reproductiva del Servicio Catalán de salud. Profesor de la Facultad de Ciencias de la Salud. Blanquerna-Universitat Ramon Llull, Barcelona.
- 9) **Soledad Carreguí Vilar.** Matrona. Supervisora del Servicio de Partos del Hospital de la Plana, Vila-real, Castellón.

Birth Centre Beacon Sites:

Lewisham and Greenwich NHS Trust: Lynn Bayes and Kerstin Lelubre

Sandwell and West Birmingham Hospitals NHS Trust: Kathryn Gutteridge

Lancashire Teaching Hospitals NHS Trust: Joanne Goss and Emma Ashton

ANEXO 2. Agradecimientos

Colaboradores:

Abigail Holmes	Helen ED Shallow	Mechthild M. Gross
Alison Searle	Irene González Pérez	Michele Warnimont
Allison Mascagni	Ivana Arena	Miranda Scanlon
Amanda Mansfield	Jackie Moulla	Natalie Sedlicka
Carmel Bradshaw	Jaki Lambert	Nicoletta Setola
Caroline Homer	Jacky Nizard	Pauline Cooke
Cate Langley	Jane Parker-Wisdom	Pearl Kowlessar-Manoo
Caterina Raniolo	Jane Sandall	Petra Ann Kovaříčková
Cath Reeves-Jones	Jennifer Stevens	Phyllis Winters
Catherine Williams	Jessica Read	Rachel Rowe
Cecilia Grigg	Jo Goss	Rachel Scanlan
Chantelle Winstanley	Jo Ryalls	Ramón Escuriel
Christine McCourt	Juan Soria	Rémi Béranger
Christine Saunders	Juliet Rayment	Richard Hallett
Claire Biros	Kate Brintworth	Rineke Schram
Claire de Labrusse	Kay Cassidy	Rosalie Wright
Cristina Alonso	Keith Brainin	Rosie Goode
Dawn Lewis	Kerstin Lelubre	Sandra Morano
Deb Jackson	Kirstie Coxon	Seána Talbot
Debbie Edwards	Laura Batinelli	Sharon Dickinson
Deirdre Munro	Laura Iannuzzi	Sheena Byrom
Denis Walsh	Louise Silverton	Shona Solly
Eilish Crowson	Louise Taylor	Soo Downe
Elaine Frail	Lucia Rocca-Ihenacho	Stan Shaffer
Elizabeth Duff	Lucrezia D'Antuono	Susan Bewley
Elizabeth Margaret	Lynn Bayes	Susan Crowther
Ellen Thael	Maggie Davies	Susan Davies
Emma Spillane	Maria Healy	Susan Stapleton
Fiona Cullinane	Marie Lewis	Tracey Cooper
Francesca Sulli	Marieke Hermus	Vicki Grayson
Francisca Postigo Mota	Martin Nemrava	Wendy Cutchie
Gill Walton	Mary Newburn	
Graciela Etcheverry	Mary Turay-Olusile	

Este documento es una investigación independiente financiada por el National Institute for Health Research (NIHR).

Las opiniones expresadas son las de los autores y no necesariamente las del NHS, el NIHR o el Department of Health.

Organizaciones colaboradoras:

City University of London
Midwifery Unit Network
European Midwives Association

Organizaciones contribuyentes:

RCM Royal College of midwives (Reino Unido)
ICM International Confederation of Midwives

FNCO Federazione Nazionale Collegi Ostetriche (Italia)

FAME Federación de Asociaciones de Matronas de España (España)

APODAC Asociace pro porodní domy a centra (República Checa)

Colaboradores durante el evento de la Confederación Internacional de Matronas (ICM):

Nos gustaría agradecer a todos los participantes que asistieron a la reunión de los *Estándares* de MUNet el 21 de junio de 2017, durante el 31º Congreso de la ICM en Toronto.

Contribución experta:

Nicoletta Setola es coautora del tema 7 "Entorno e instalaciones". Nicoletta es arquitecta, doctora y profesora adjunta en el Departamento de Arquitectura – Centro TESIS de la Universidad de Florencia, Italia.

Colaboración externa (edición en castellano):

Universidad de La Laguna, Tenerife

(Irene González Pérez, una de las autoras de esta edición en castellano y doctoranda en Ciencias de la Salud por la Universidad de La Laguna, realizó este trabajo durante su estancia internacional en The Centre for Maternal and Child Health Research, City, University of London).

© City, University of London. Todos los derechos reservados.
Primera edición: Mayo 2019.



www.midwiferyunitnetwork.org



@midwiferyunits



Midwifery Unit Network online community