

## Artículo original

# Competencias profesionales de las matronas suecas y españolas: un estudio cualitativo de sus percepciones

*Professional skills of Swedish and Spanish midwives: a qualitative study of their perceptions*

Rafael Jesús Fernández-Castillo<sup>1</sup>, Manuel Linares-Abad<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Enfermero y Doctorando. Departamento de Enfermería. Universidad de Sevilla. <sup>2</sup>Matrón. Profesor Titular de Universidad. Departamento de Enfermería. Universidad de Jaén. Campus Las Lagunillas. Jaén

## RESUMEN

**Objetivos:** Conocer y comparar las percepciones que poseen las matronas de España y Suecia acerca de sus competencias profesionales en la atención al parto, así como la formación académica recibida al respecto y los cuidados prestados durante el parto normal.

**Material y métodos:** Estudio cualitativo de corte fenomenológico con entrevistas individuales semiestructuradas realizado a 12 matronas que trabajaban en el área de partos. Se llevó a cabo un muestreo por conveniencia y en bola de nieve para acceder a las participantes. El análisis de contenido se basó en categorías analíticas preestablecidas, triangulándolas entre los investigadores y teniendo en cuenta el procedimiento clásico propuesto por Huberman y Miles.

**Resultados:** En los discursos de los participantes se observan diferencias y similitudes. Por un lado, los informantes españoles refieren tener conocimientos y desarrollos competenciales de forma parcial, por lo que requieren más formación, y realizan una atención al parto donde la comunicación y las técnicas son prioritarias. Sin embargo, las matronas suecas reflejan pocos conocimientos competenciales, y otorgan importancia al parto humanizado.

**Conclusiones:** Las matronas españolas conocen sus competencias y abogan por un despliegue total de las mismas en atención primaria y hospitalaria, donde la carencia de innovación radica en la falta de recursos humanos, materiales y formativos. Las profesionales suecas desconocen sus competencias; sin embargo, albergan un amplio campo de actuación, donde realizan intervenciones basadas en evidencias. Igualmente, manifiestan la necesidad de más formación en emergencias obstétricas.

©2018 Ediciones Mayo, S.A. Todos los derechos reservados.

**Palabras clave:** Matrona, competencia profesional, investigación cualitativa, comparación transcultural.

## ABSTRACT

**Objectives:** To know and compare the perceptions that midwives' from Spain and Sweden have about their professional competences in delivery care, received education and procedures to assist a normal childbirth.

**Materials and methods:** Qualitative and phenomenological study with semi structured and individual interviews performed with 12 midwives' who worked in delivery area. Convenience and snowballing sampling was performed to access the participants. Content analysis was based in pre-established analytic categories, triangulated among the researchers and taking into account the classic procedure proposed by Huberman & Miles.

**Results:** In the speeches of the participants we could observe differences and similarities. On the one hand, Spanish informants refer to know and develop their competences partially, to require more education and to assist childbirth where communication and techniques are the priority. However, Swedish midwives' do have less knowledge about their competences, giving importance to humanized childbirth.

**Conclusions:** Spanish midwives' know their competences, claiming a total development of them in outpatient clinics and hospitals, where lack of innovation is due to the deficiency of human, educative and time resources. Swedish professionals don't know their competences, however, they have a large field of action, where they perform interventions based on evidence. Furthermore they refer the need of more education in emergency situations.

©2018 Ediciones Mayo, S.A. All rights reserved.

**Keywords:** Midwife, professional competence, qualitative research, cross-cultural comparison.

## INTRODUCCIÓN

Según la Confederación Internacional de Matronas (ICM), «Una matrona es una persona que ha terminado satisfactoriamente un programa de formación en el ejercicio de la partería, reconocido en el país correspondiente y que está basado en las competencias esenciales para la práctica básica de la partería de la ICM [...] y que demuestra competencia en el ejercicio de la partería [...]»<sup>1</sup>.

Los cuidados prestados por la especialista en enfermería obstétrico-ginecológica (matrona) se engloban dentro de un marco competencial, entendiendo como competencia la habilidad de la matrona para cuidar de manera segura y efectiva, cumpliendo sus responsabilidades profesionales dentro del alcance de su práctica<sup>2</sup>. La competencia incorpora conocimientos, habilidades, actitudes, profesionalismo, aplicación de evidencia y traslado del aprendizaje a la práctica. Las competencias cambian con el tiempo y según el contexto temporal y geográfico del profesional<sup>3</sup>.

En ambos países, España y Suecia, la legislación que regula la realización de los programas formativos de las matronas y, por ende, el desarrollo de sus competencias, se encuentra en la Directiva Europea 2005/36/CE<sup>4</sup> y la ICM. Sin embargo, partiendo de la misma, en cada territorio existen órdenes o informes donde se desarrolla ampliamente la temática, a saber, la Orden SAS/1349/2009 en España y el informe «Kompetensbeskrivning för legitimerad barnmorska» en Suecia.

Con respecto a las similitudes competenciales, en ambos países se hace hincapié en la necesidad de autonomía de la matrona para el cuidado de la mujer en todo su ciclo vital. La matrona ha de tener competencias en cuanto a salud sexual y reproductiva, organización y gestión, investigación, docencia y promoción de la salud. Por otra parte, las diferencias existentes en ambos grupos radican en pequeños matices. En Suecia, la matrona alberga un campo más amplio para desarrollar las competencias de promoción de la salud, la aplicación de terapias alternativas durante el parto y la prescripción de anticonceptivos e implantación de los mismos<sup>5</sup>. Por otro lado, las matronas españolas desarrollan mayores competencias y se forman más en diagnóstico clínico del embarazo, consejo afectivo, y actualización de conocimientos y práctica basada en evidencias<sup>6</sup>.

Las competencias relacionadas con aptitudes profesionales deben formar parte de la práctica en matronería y desarrollarse en su totalidad en la práctica obstétrico-ginecológica<sup>7</sup>. Reconocer las competen-

cias que se desarrollan ofrece a las matronas la posibilidad de identificar áreas de mejora en la atención a las mujeres<sup>8</sup>. La prestación de cuidados por competencias contribuye a incrementar significativamente la satisfacción con el trabajo de la matrona y el desarrollo de sus labores asistenciales<sup>9</sup>.

Teniendo en cuenta la variabilidad de competencias y habilidades en el ámbito de la matronería en Europa, conocer las percepciones de matronas de dos países socioculturalmente diferentes nos ofrece importantes datos que ayudan a replantear la formación de grado y posgrado de las matronas a partir de sus experiencias y percepciones. Entendemos que puede resultar enriquecedor el discurso de las participantes de cara a la mejora, no sólo de la formación recibida, sino también de las oportunidades de desarrollo competencial y profesional de las matronas.

En este trabajo se presentan los resultados de un estudio cualitativo con el objetivo de conocer y comparar las percepciones que poseen las matronas de España y Suecia acerca de sus competencias profesionales en la atención al parto, así como la formación académica recibida al respecto y los cuidados prestados durante el parto normal.

## MATERIAL Y MÉTODO

### Diseño del estudio y emplazamiento

El estudio se ha diseñado siguiendo una metodología cualitativa de corte fenomenológico, que nos permite conocer opiniones, percepciones y valoraciones, y comprender los significados que le otorgan las personas protagonistas a sus actos, teniendo en cuenta el contexto en el que se producen<sup>10</sup>. El estudio se llevó a cabo en el Hospital Materno-Infantil de Jaén, así como en el Länssjukhuset Ryhov, de la provincia de Jönköping, en Suecia. Esto nos permitió establecer comparaciones en dos contextos y sistemas sanitarios muy distintos.

### Método de selección

Para la selección de la muestra se realizó un muestreo por conveniencia<sup>11</sup> e intencional, donde se incluirían enfermeras con la especialidad de obstetricia y ginecología. Se establecieron los siguientes criterios de inclusión: 1) profesionales que hubieran terminado los estudios de especialidad de enfermería obstétrico-ginecológica después del año 1985; 2) matronas que se comunicaran fluidamente en idioma español, inglés o ambos, y 3) matronas que prestaran su labor asistencial en áreas de paritorios.

**Tabla 1. Categorías analíticas**

Categoría analítica	Definición breve
Formación académica recibida	Percepciones acerca de la formación recibida por parte de las matronas durante la especialidad y la necesidad de formación continua
Percepciones competenciales	Conocimiento que tenían las matronas sobre sus competencias, cuáles de ellas desarrollaban y qué opinaban al respecto
Cuidados en la atención al parto	Intervenciones realizadas por las profesionales en la atención al parto normal y evidencias científicas de los cuidados prestados

El contacto con los participantes se llevó a cabo mediante la ayuda de un informante clave en ambos contextos asistenciales. Ambos compaginaban el ámbito académico con el asistencial, realizando un cribado de los posibles candidatos a participar en el estudio.

El número de informantes seleccionados finalmente (6 en Jaén y 6 en Jönköping) estuvo delimitado por el número de trabajadores de cada unidad en las ciudades contempladas en nuestro estudio, siendo de 10 en Jönköping y 18 en Jaén.

### Instrumentos para la recogida de información

La recogida de la información se llevó a cabo a través de entrevistas semiestructuradas individuales. Las preguntas utilizadas para abordar el tema de estudio se elaboraron tras una revisión de la literatura *a priori* de las dimensiones que se iban a estudiar. Se realizó un pilotaje previo del guion de entrevista para conocer el ajuste de las preguntas que nos permitieran cumplir con el objetivo del estudio. El lugar donde se realizaron fue la sala de enfermería de cada servicio, y se efectuaron en momentos preestablecidos con cada participante. La sala de enfermería se encontraba en un lugar donde el ambiente fuera lo más propicio posible, sin distracciones y garantizando la intimidad. En él solamente permanecieron el participante y el investigador durante la duración completa de cada una de las entrevistas. Se tomaron notas de campo cuando fue necesario, sin interrumpir el devenir de la conversación. Los guiones de entrevista se adaptaron al lenguaje de cada uno de los entrevistados, manteniendo las preguntas y las temáticas abordadas, y versó sobre 3 temas principalmente, a saber: competencias profesionales, formación académica recibida y procedimientos relacionados con la atención al parto.

El investigador principal fue el encargado de realizar las entrevistas en ambos centros hospitalarios.

Con el fin de dotar de rigor a la investigación, se siguieron los principios de calidad metodológica propuestos por Calderón<sup>12,13</sup> y se triangularon los datos entre dos diferentes investigadores.

El audio de las entrevistas se registró mediante grabadora digital. La duración media de las mismas fue de 36 minutos (rango: 35-42). Las transcripciones se realizaron entre enero y junio de 2016.

### Análisis de los datos

Se ha realizado un análisis de contenido del discurso de las informantes siguiendo las recomendaciones de Miles y Huberman<sup>14</sup> y Gil-García<sup>15</sup>, teniendo en cuenta los sentidos sintáctico, pragmático y semántico de los textos. Se ordenaron los textos fragmentados de manera codificada para después reducir los datos y orientarlos a resolver cada uno de los objetivos propuestos. Además, se analizaron los discursos dentro de cada contexto social y cultural, teniendo en cuenta las diferencias de lenguaje y culturales presentadas por cada informante. Esta clasificación también nos permitió reducir todos los datos obtenidos y tomar sólo aquellos con un valor significativo para la investigación. Aun teniendo en cuenta que para garantizar el rigor es importante que en la investigación cualitativa la misma persona que recoja la información sea la que lleve a cabo el análisis, se procedió a realizar un registro de los prejuicios que previamente pudiera tener el investigador antes del análisis para evitar que éstos influyeran en la interpretación de los datos.

Las categorías analíticas preestablecidas se recogen en la tabla 1, construyéndose según la revisión bibliográfica realizada sobre el tema con anterioridad:

### Aspectos éticos de la investigación

Previamente a las entrevistas, se entregó a todos los participantes el correspondiente consentimiento informado, elaborándose uno específico en inglés para los participantes suecos traducido de una previa

**Tabla 2.** Características sociodemográficas de los participantes

Nombre	Edad (años)	Sexo	País	Año de finalización de los estudios de matrona, lugar donde realizó la formación y duración	Otros títulos de posgrado
ME1	42	M	España	2010, Terrasa, 24 meses (formación EIR)	Especialidad en Enfermería de Salud Mental
ME2	50	H	España	1987, Málaga, 12 meses (formación no EIR)	Ninguno
ME3	53	M	España	1986, Sevilla, 12 meses (formación no EIR)	Ninguno
ME4	35	H	España	2005, Sevilla, 24 meses (formación EIR)	Diplomatura en Fisioterapia
ME5	46	M	España	1999, Granada, 24 meses (formación EIR)	Ninguno
ME6	51	M	España	1985, Murcia, 12 meses (formación no EIR)	Ninguno
MS1	35	M	Suecia	2010, Linköping, 18 meses	Ninguno
MS2	28	M	Suecia	2014, Sundsvall, 18 meses	Ninguno
MS3	31	M	Suecia	2013, Uppsala, 18 meses	Ninguno
MS4	37	H	Suecia	2006, Uppsala, 18 meses	Ninguno
MS5	40	M	Suecia	2002, Linköping, 18 meses	Ninguno
MS6	42	M	Suecia	2000, Gothenburg, 18 meses	Diplomatura en Terapia Ocupacional

EIR: enfermero interno residente; H: hombre; M: mujer; ME: matrona española; MS: matrona sueca.

versión en castellano. Tras la firma del documento y la explicación de los objetivos del estudio, cada entrevista fue grabada en formato audio para poder hacer una descripción literal, cuyos archivos fueron custodiados por el investigador principal y destruidos después de las transcripciones. Se usó un código numérico para identificar cada una de las entrevistas y preservar la privacidad de los participantes. El protocolo no fue enviado a un comité de ética de las instituciones sanitarias por carecer de conflictos entre los principios de la bioética.

## RESULTADOS

### Caracterización de los participantes

Los participantes de nuestro estudio fueron 12 matronas con edades comprendidas entre 28 y 53 años ( $n=40,82$ ); 6 desarrollaban su labor asistencial en Jaén y 6 en Jönköping; un 75% ( $n=9$ ) eran mujeres y un 25% ( $n=3$ ) hombres; un 25% ( $n=3$ ) tenía otras especialidades o títulos académicos. En la tabla 2 se recogen las características sociodemográficas y académicas de los participantes. A continuación exponemos los hallazgos encontrados tras el

análisis del contenido de las entrevistas. Los *verbatim* de las matronas suecas (MS) han sido traducidos literalmente al español.

### Formación académica recibida

Por una parte, las matronas españolas (ME) coinciden en que la formación recibida ha sido suficiente para desarrollar su trabajo, según la unidad docente donde realizaron los estudios de obstetricia:

«Para empezar sí, luego siempre te tienes que ir formando [...]. Considero que nos formaron muy bien allí en Cataluña. Los docentes llevaban muchos años en esto y son los que publican en las revistas científicas» (ME6).

«En mi caso, la formación teórica fue abundante; sin embargo, la formación práctica en cuanto a pacientes fue escasa» (ME1).

Por su parte, las matronas suecas coinciden en la pertinencia de la formación especializada recibida, afirmando en su totalidad que los estudios realizados durante los 18 meses de especialidad no podrían haberles ofrecido más. Por otro lado, varias coinciden en la necesidad de docentes antiguos con un alto bagaje experiencial:

«Creo que la formación no podía haberme ofrecido más. Sin embargo, algunos profesores tenían mi edad o unos años más... no quiero decir que... bueno ya me entiendes» (MS4).

«Creo que he sido formada suficientemente para trabajar. Ojalá hubiese tenido algo más de tiempo para... ya sabes... aprender de matronas más antiguas» (MS2).

En cuanto a las áreas de mejora en cuidados donde las informantes sienten la necesidad de actualización de conocimientos, encontramos gran disparidad entre los diferentes discursos. Las matronas españolas refieren que ven necesaria una formación en el parto humanizado, en atención primaria y en técnicas que se estudian en la especialidad, pero debido a su poca incidencia, se olvidan de cómo se deben realizar correctamente:

«Yo pienso que aquí en el hospital... un parto complicado, por ejemplo, de nalgas... Si yo tuviera que atender uno, por ejemplo, que te llegara a la consulta de urgencias y lo tuvieras que atender en ese momento, yo creo que no estamos lo suficientemente preparados [...]. También en sutura, las prácticas de atención primaria... cosillas así que tenemos falta de práctica, pero porque no se dan habitualmente» (ME1).

Las matronas que realizaron sus estudios en Suecia creen que sería mejorable disponer de más tiempo para discutir con el equipo de salud el porqué de las cosas, ya que piensan que muchas de ellas se realizan sin base científica, sólo experiencial:

«Terapias complementarias, parto en bañera [...]. Creo que tenemos una falta enorme de conocimientos sobre la lactancia materna también» (MS6).

«Ojalá supiera más y pudiera aprender sobre el cáncer ginecológico, por ejemplo [...]. Sé que se aleja mucho del parto, pero es parte de nuestra competencia también [...]. Ojalá tuviera más tiempo para discutir cómo podemos ser mejores en nuestro trabajo, porque muchas cosas las hacemos porque siempre se han hecho así» (MS5).

### Competencias profesionales en la atención al parto

En general, las participantes españolas refieren conocer las competencias que desarrollan como matronas, exceptuando un informante que especifica la variación de las competencias de cuando él las estudió a las que se desarrollan actualmente:

«Sí, ésas sí me las conozco... las que yo me tenía que aprender en su momento, sí. Tenemos competencias en atención primaria, en especializada, en muchos sitios» (ME5).

«Es cierto que mi especialidad es distinta de cómo es ahora [...]. Todo el resto de competencias de hoy se han adquirido por la formación y por el contacto con los pacientes» (ME1).

Las matronas suecas conocen la existencia de las competencias, pero no sabrían nombrar algunas de ellas:

«Por supuesto que sé que aquí existe ese concepto, pero no sabría decirte qué son o cómo funcionan» (MS4).

«Las sabía cuando estaba realizando la especialización, pero de no tenerlas en cuenta se te olvidan» (MS2).

Otra de las cuestiones abordadas en esta categoría es la percepción del desarrollo total, parcial o nulo de las competencias que las entrevistadas dicen tener como enfermeras especialistas en obstetricia. Aquí nos encontramos con una coincidencia generalizada por parte de las matronas nórdicas y mediterráneas, y ambos grupos creen que las competencias están desarrolladas en parte. También encontramos mención a los ginecólogos, lo que dificulta el estableci-

miento de unas competencias claras entre enfermería y medicina:

«En el ambiente hospitalario creo, personalmente, que mis competencias están definidas parcialmente [...]. Hay momentos y situaciones en los que hay interferencia entre ginecólogo y matrona, donde hay una línea que no se delimita bien. Por ejemplo, un parto de bajo riesgo debería ser atendido en su totalidad por la matrona, pero el alta la da el médico... muchas compañeras también ven engorroso encargarse de ello» (ME1).

«Bueno... no totalmente, parcialmente digo... y nunca lo suficientemente bien [...]. No puedes desarrollar todas las competencias en un mismo lugar, tienes que atenerte a las que pertenecen a tu trabajo actual» (MS4).

Respecto a la atención al parto, las competencias desarrolladas son compartidas mayoritariamente entre ambas nacionalidades con pequeños matices: participación activa de la matrona sueca en la planta de obstetricia (el único profesional de enfermería que se encuentra trabajando en la unidad) y la de la matrona española en las urgencias maternas:

«Abajo en la consulta de urgencias se hace sobre todo triaje de ginecología [...]. Somos especialistas en obstetricia y ginecología, que eso también lo olvidamos muchas veces y creemos que no son funciones nuestras [...]» (ME2).

«Llevamos los partos normales, todo lo que tiene que ver con la monitorización y cosas así, las primeras lactancias [...]. Estamos capacitadas para realizar partos con vacuo extractor, pero el médico deber ser el primero... Es sólo si no está realmente disponible [...]. Todo lo que esté fuera de un parto normal es responsabilidad del ginecólogo. También trabajamos en la planta de maternidad, pero no es algo nuevo» (MS4).

Sobre las percepciones acerca de estas funciones, las matronas españolas se muestran demandantes, pidiendo un mayor despliegue funcional de la profesión y más autonomía en el desempeño. Por otro lado, las matronas nórdicas reflejan en sus discursos un desempeño asistencial cómodo, destacando la capacidad de trabajo en equipo, sin traspasar los límites competenciales establecidos entre categorías:

«Yo soy de las que piensa que en la planta de ginecología y obstetricia debería de haber matronas trabajando [...]. En lo que respecta al control del parto y embarazo normal, deberíamos tener autonomía total en todo el proceso» (ME3).

«Nunca trabajamos solas, trabajamos en equipo [...]. Somos muy cuidadosas para que el ginecólogo no haga cosas normales, porque entonces perdemos nuestras competencias» (ME2).

### Cuidados prestados durante el parto normal

La asistencia y los cuidados prestados al parto normal se encuentran dentro de las competencias básicas desarrolladas por las matronas en ambos países. En el momento de atender un parto sin complicaciones, nuestras entrevistadas muestran bastantes similitudes a la hora de trabajar con la embarazada en el paritorio. Sin embargo, las principales diferencias las encontramos respecto a la analgesia y el parto sin dolor. Las matronas españolas dejan mayor constancia en su discurso sobre la anestesia epidural y la monitorización cardiotocográfica continuada, pero a la vez comentan mucho más la necesidad de información y de comunicación con la parturienta, así como el conocimiento de su historia previa. También coinciden en la falta de recursos que presentan las instalaciones en las que trabajan, alegando que muchas pacientes piden técnicas enfermeras que no se pueden ofrecer:

«Me gusta leer su historia y comentarla con ella [...]. Por supuesto su acompañante siempre [...]. Me gusta mucho cambiarlas de postura, porque entiendo que el parto progresa mejor... con respecto a la analgesia las dejo elegir [...]. El kalinox no lo uso porque considero que no estoy suficientemente formada para su uso. Aquí hay muchas mujeres que vienen diciendo que quieren parir en el agua, pero no se les puede ofrecer porque no tenemos bañera [...]. Yo entiendo que en el parto un 10% es la técnica y un 90% es la información, explicar cómo va el proceso, tranquilizar...» (ME1).

Las matronas suecas, aun compartiendo las nociones básicas de monitorización y exploración vaginal con las matronas españolas, realizan más terapias alternativas y complementarias y relegan el uso de la epidural a la última posición. Abogan por darle a la mujer el control de la situación y reflejan en sus discursos la atención al parto normal de una forma mínimamente intervencionista:

«Cuando acuden al servicio las monitorizamos [...]. Cuando están en parto activo las examinamos cada 2 horas y las ayudamos con el dolor, con inyecciones de agua estéril. Creo que la epidural es una solución buena para muchas mujeres, pero

la mayoría no la solicita, prefieren óxido nítrico, que usamos para casi todas las gestantes. Las ayuda a relajarse y les alivia el dolor. Me gusta también animarlas a que cambien de posición por ellas mismas y que hagan vida normal... que orinen, que beban agua, que se muevan [...]. Les intento ayudar para que no tenga que hacer ninguna intervención invasiva. Me encantan los partos en bañera, el calor las relaja y la gravedad es muy buena» (MS6).

Cuando preguntamos la procedencia o las bases de estas acciones, todas las informantes coinciden en la presencia de la evidencia científica en cada técnica; sin embargo, las participantes españolas otorgan más peso a la experiencia. Asimismo, una de las matronas españolas se queja de la ausencia de protocolos en la unidad que les sirva de referencia y guía:

«Protocolos aquí tenemos pocos, es una cosa a la que queremos ir metiéndole mano ya. A la hora de prestar cuidados nos basamos en experiencia sobre todo, aunque también en evidencia, por supuesto...» (ME2).

«Siempre en evidencias científicas. Aquí tenemos protocolos donde los médicos y las matronas escriben las rutinas e intentan seguirlas. No hago nada porque yo crea que se hace así, sobre todo porque considero que no tengo un conocimiento suficiente» (MS5).

## DISCUSIÓN

La investigación realizada aúna las principales percepciones que las profesionales de la matronería de 2 países diferentes (Suecia y España) tienen acerca de las competencias que se circunscriben al parto. Del mismo modo, se exploraron los cuidados que ambos grupos de profesionales prestan en la atención a un parto normal y la formación académica recibida durante la especialidad.

A pesar de las diferencias socioculturales y formativas entre Suecia y España, en los discursos de las informantes se han encontrado similitudes en ciertos puntos. La formación recibida se percibe como suficiente y adecuada en ambos casos. En la misma línea, Muñoz Rodríguez<sup>16</sup> describe que las matronas españolas están de acuerdo con la formación recibida. No obstante, consideran que es necesaria una actualización continua de los conocimientos como un rol principal y ser informadas de las evidencias actuales para apoyar el parto normal<sup>17</sup>. Cuando la matrona tiene acceso al desarrollo profesional pertinente con

su práctica, las mujeres y la profesión se benefician, puesto que se aplican unos cuidados apropiados<sup>18</sup>. Según Muñoz Rodríguez<sup>16</sup>, las matronas españolas también «han sentido la necesidad de continuar su formación en diferentes áreas, principalmente con respecto a la atención primaria [...]». Por otro lado, la mayoría de las matronas suecas están muy o bastante satisfechas con la educación recibida para la práctica clínica<sup>19</sup>. Sin embargo, observan una falta de preparación para abordar situaciones obstétricas de emergencia<sup>20</sup> o la lactancia materna<sup>19</sup>.

La percepción del conocimiento y el desarrollo competencial en ambos grupos de informantes es diversa. En el caso de las matronas españolas, el conocimiento es extenso, pero el desarrollo es parcial debido a varios factores. En este sentido, otro estudio confirma que es muy difícil desarrollar las competencias completamente, bien porque no se lo permiten o porque creen que están muy limitadas o reducidas a un espacio físico determinado, en este caso la unidad de paritorio<sup>16</sup>. Con respecto a la ampliación de competencias, la literatura coincide con nuestros entrevistados. La implementación del triaje obstétrico-ginecológico permite la mejora de la gestión asistencial de las pacientes que acuden a él. Además, esta actividad permite aumentar el campo de actuación de la profesión, identificando de forma rápida situaciones de riesgo y asegurando la priorización acorde con la urgencia<sup>21</sup>. Muchos estudios avalan la valoración primaria de la gestante por la matrona, y ponen de manifiesto que está capacitada para desempeñar adecuadamente la competencia de ingresar o dar el alta a la gestante<sup>22-24</sup>. Las matronas no se ven preparadas para atender un parto complicado y les resulta traumático; no obstante, lo perciben como una oportunidad para desarrollar sus habilidades<sup>25</sup>.

Las competencias y su mejora en el desarrollo están influenciadas por diversos factores mencionados en los discursos y similares a otros estudios: externos (oportunidad de practicar habilidades en una organización que apoye y no amenace) e internos (confianza, autoeficacia y curiosidad por aprender)<sup>20,25</sup>. Sin embargo, la reducción de recursos humanos y de tiempo en las matronas hace que sus competencias y habilidades asistenciales mermen, provocando sentimientos de miedo y frustración<sup>26</sup>.

Las actividades de enfermería enfocadas al abordaje del parto normal se podrían mejorar en distintas áreas, sobre todo en la oferta de recursos para atender holísticamente a la gestante. En el paritorio, es recomendable disponer de otros recursos de

apoyo al proceso para que la parturienta pueda andar o usar bañeras para reducir el dolor y mejorar su confort<sup>27</sup>. Igualmente, la embarazada desea ser informada de su proceso; a través de la información se siente apoyada y escuchada, por lo que son muy importantes las habilidades de comunicación<sup>28-29</sup>. El programa formativo de las matronas en España no contempla las terapias alternativas, y su aprendizaje depende de las motivaciones personales<sup>30</sup>. Por ello, quedan patentes las diferencias de aplicación de terapias alternativas entre los 2 grupos de matronas. En el caso de las profesionales suecas, se observa una mayor aplicación de las mismas; por ejemplo, la evidencia actual avala la técnica de inyección de agua estéril para el alivio del dolor<sup>31</sup>.

A pesar de las afirmaciones de las participantes españolas respecto a la utilización de evidencias, según la literatura, «la aplicación sistemática de muchas prácticas y procedimientos obstétricos parece estar basada en viejos hábitos más que en una evidencia científica existente»<sup>32</sup>. Para su implementación, sería necesario ampliar las plantillas, mejorar la colaboración interprofesional, disminuir la presión asistencial y optimizar los espacios y recursos<sup>9</sup>.

Como limitación principal del estudio cabe señalar el poco tiempo de permanencia del investigador principal en la ciudad donde se realizaron las entrevistas a las profesionales suecas. Esto no permitió aumentar la muestra, lo cual hubiese sido enriquecedor. De igual modo, pese al amplio dominio del inglés de las matronas suecas, hubo ciertos momentos en que no fueron capaces de expresar todo lo que querían debido a la barrera lingüística.

## CONCLUSIONES

Los resultados de este estudio resaltan la variabilidad del desarrollo práctico y el conocimiento competencial en el ámbito de la matronería en 2 países socio-culturalmente muy diferentes. Las matronas españolas participantes en este estudio refirieron conocer sus competencias, abogando por un despliegue total de las mismas en atención primaria y hospitalaria, donde la carencia de realización de algunos procedimientos radica en la falta de recursos humanos, materiales y formativos. Las profesionales suecas entrevistadas manifiestan desconocer las competencias profesionales relacionadas con el parto; sin embargo, albergan un amplio campo de actuación, en que realizan intervenciones basadas en evidencias. Igualmente, manifiestan la necesidad de más formación en emergencias obstétricas.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Definición internacional de matrona de la Confederación Internacional de Matronas (International Confederation of Midwives) [internet] [consultado el 20 de enero de 2017]. Disponible en: <http://www.internationalmidwives.org/assets/uploads/documents/CoreDocuments/Definition%20of%20the%20Midwife%20SPA-updated%20August%202011.pdf>
2. Bradshaw C, Noonan M, Barry M, Atkinson S. Working and learning: post-registration student midwives' experience of the competency assessment process. *Midwifery*. 2013; 29(5): 519-25.
3. Casey M, Cooney A, O'Connell R, Hegarty JM, Brady AM, O'Reilly PK, et al. Nurses', midwives' and stakeholders' experiences and perceptions on requirements to demonstrate the maintenance of professional competence. *J Adv Nurs*. 2017; 73(3): 653-64.
4. RD1837/2008, de 8 de noviembre, por el que se incorporan al ordenamiento jurídico español la Directiva 2005/36/CE, del Parlamento Europeo y del Consejo, de 7 de septiembre de 2005, y la Directiva 2006/100/CE, del Consejo, de 20 de noviembre de 2006, relativas al reconocimiento de cualificaciones profesionales, así como a determinados aspectos del ejercicio de la profesión de abogado. *Boletín Oficial del Estado*, 280 (20-11-2008).
5. Orden SAS/1349/2009, de 6 de mayo, por la que se aprueba y publica el programa formativo de la especialidad de Enfermería Obstétrico-Ginecológica (Matrona). *Boletín Oficial del Estado*, 129 (28-05-2009).
6. Kompetensbeskrivning för legitimerad barnmorska. Svenska Barnmorskeförbundet [internet] [consultado el 4 de junio de 2018]. Disponible en: <https://storage.googleapis.com/barnmorskeforbundet-se/uploads/2018/05/Kompetensbeskrivning-for-legitimerad-barnmorska-Svenska-Barnmorskeforbundet-2018.pdf>
7. Pehlke-Milde J, Davies S, Zaksek T. Developing and validating scenarios to compare midwives' knowledge and skills with the International Confederation of Midwives' essential competencies in four European countries. *Midwifery*. 2011; 27(6): 854-60.
8. Salguero-Cabalgante R, Brea-Rivero P. Acreditación de competencias profesionales de las matronas en Andalucía. *Rev Tesela*. 2014; 15 [consultado el 13 de octubre de 2017]. Disponible en: <http://www.index-f.com/tesela/ts15/ts9776r.php>
9. Madiistriyatno H, Polisir M, Hasanah-Husainah N, Haryoto CY. The influence of leadership, competencies, work motivation to job satisfaction and implications to the midwives performance in north Maluku province. *Int J Econ Res*. 2017; 14(3): 293-309.
10. Lafuente-Benaches MJ, Valcárcel-González P, Cervoño-Vázquez C. Necesidades de las matronas: práctica profesional y sugerencias de mejora. *Rev Tesela*. 2011; 10 [consultado el 25 de noviembre de 2017]. Disponible en: <http://www.index-f.com/tesela/ts10/ts7648r.php>
11. Martínez J. Métodos de investigación cualitativa. *Silogismo* [internet]. 2011; 8(1) [consultado el 5 de diciembre de 2017]. Disponible en: <http://www.cide.edu.co/ojs/index.php/silogismo/article/viewFile/64/53>
12. De la Cuesta-Benjumea C. La calidad de la investigación cualitativa: de evaluarla a lograrla. *Texto Contexto Enferm*. 2015; 4(3): 883-890.
13. Calderón C. Criterios de calidad en la investigación cualitativa en salud (ICS): apuntes para un debate necesario. *Rev Esp Salud Pública*. 2002; 76(5): 473-82.
14. Miles MB, Huberman AM. *Qualitative data analysis: an expanded sourcebook*, 2.<sup>a</sup> ed. Thousand Oaks: Sage Publications, Inc., 1994.
15. Gil-García E. Análisis de datos cualitativos (NVivo 10). En: Pantoja-Vallejo A, coordinador. *Manual básico para la realización de tesinas, tesis y trabajos de ed*. Madrid: EOS Universitaria, 2015; 301-25.
16. Muñoz Rodríguez MN. Competencias profesionales de la matrona en la atención al parto normal. Estudio descriptivo de sus percepciones en la Región de Murcia [tesis doctoral]. Murcia: Universidad de Murcia, 2014.



17. Nicholls S, Hauck YL, Bayes S, Butt J. Exploring midwives' perception of confidence around facilitating water birth in Western Australia: a qualitative descriptive study. *Midwifery*. 2016; 33(1): 73-81.
18. Calvert S, Smythe E, McKenzie-Green B. «Working towards being ready»: a grounded theory study of how practicing midwives maintain their ongoing competence to practise their profession. *Midwifery*. 2017; 50: 9-15.
19. Schytt E, Waldenström U. How well does midwifery education prepare for clinical practice? Exploring the views of Swedish students, midwives and obstetricians. *Midwifery*. 2013; 29: 102-9.
20. Bäck L, Hildingsson I, Sjöqvist C, Karlström A. Developing competence and confidence in midwifery-focus groups with Swedish midwives. *Women Birth*. 2017; 30(1): e32-e38.
21. Obregón-Gutiérrez N, Rebollo-Barriga G, Costa-Gil MP, Puig-Calsina S, Calle-Del Fresno S, Garrido-Domínguez M. El triaje obstétrico: nuevo reto para las matronas. Experiencia del Hospital Parc Taulí en la implementación de un sistema de triaje obstétrico. *Matronas Prof.* 2011; 12(2): 49-53.
22. Ruiz-Ferrón MC, Calvo-Calvo MA, Hanna-Rubio G. Actividad de la matrona ante el ingreso y alta hospitalaria de la gestante de bajo riesgo. *Evidentia*. 2012; 9(38).
23. Cuenca-Calabuig C, Santamaría-Castañer JI, Doménech-Brotons M. La matrona ante el cribado y la atención de la urgencia obstétrica. *Matronas Prof.* 2011; 12(1): 18-23.
24. Elmir R, Pangas J, Dahlen H, Schmied V. A meta-ethnographic synthesis of midwives' and nurses' experiences of adverse labour and birth events. *J Clin Nurs*. 2017; 26(23-24): 4.184-4.200.
25. Bäck L, Sharma B, Karlström A, Tunon K, Hildingsson I. Professional confidence among Swedish final year midwifery students: a cross-sectional study. *Sex Reprod Health*. 2017; 14: 69-78.
26. Shallow HED, Deery R, Kirkham M. Exploring midwives' interactions with mothers when labour begins: a study using participatory action research. *Midwifery*. 2018; 58: 64-70.
27. Protocolo para la asistencia natural al parto normal, 1.ª ed. Barcelona: Dirección General de Salud Pública, 2007.
28. Partida AL, Mejías MC, De la Peña G. Análisis de resultados obstétricos/perinatales y grado de satisfacción materna al trabajar con matrona referente durante el proceso de parto. *Hygia*. 2015; 88: 15-20.
29. Valdés C, Palavecino N, Pantoja L, Ortiz J, Binfa L. Satisfacción de la mujer respecto al rol de la matrona/matrón en la atención del parto, en el contexto del modelo de atención personalizada en Chile. *Matronas Prof.* 2016; 17(2): 62-9.
30. Muñoz-Seller E, Goberna-Tricas J. Otra forma de terapias alternativas y complementarias para la asistencia al parto. *Matronas Prof.* 2012; 13(2): 50-4.
31. Lucas-Lago AM, Mosquera-Pan L, Onandia-Garate M, Tizón-Bouza E. Papel de la inyección de agua estéril en el control del dolor lumbar durante el proceso de parto. *Rev Rol Enf*. 2014; 37(7-8): 502-5.
32. Alberola C, Gómez MA, Rodríguez MS. Cuidados a la mujer durante el trabajo de parto: ¿práctica habitual o práctica basada en la evidencia? *Matronas Prof.* 2005; 6(3): 23-9.