

Original

Universalización, paridad y evolución de la demanda de anestesia epidural durante el parto en Andalucía



José María García-de-Diego^a y Rafael Serrano-del-Rosal^{b,*}

^a Doctorado en Economía y Empresa, Universidad de Málaga, Málaga, España

^b Instituto de Estudios Sociales Avanzados, Consejo Superior de Investigaciones Científicas (IESA-CSIC), Córdoba, España

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 3 de abril de 2017

Aceptado el 8 de mayo de 2018

On-line el 25 de julio de 2018

Palabras clave:

Anestesia epidural

Modelo sanitario

Dolor

Identidad social

Parto

Investigación cuantitativa

R E S U M E N

Objetivo: Conocer si la universalización de la oferta de la anestesia epidural en los hospitales del Servicio Sanitario Público Andaluz (SSPA) ha acabado con las desigualdades mostradas por otros estudios en su demanda: el porcentaje de mujeres que rechazaban esta prestación era significativamente mayor cuando las usuarias tenían menor nivel de estudios, menor nivel de ingresos y trabajaban como amas de casa.

Método: Los datos utilizados provienen de la encuestas de satisfacción de los usuarios de atención hospitalaria del SSPA, estudio realizado por el Instituto de Estudios Sociales Avanzados. Esta encuesta contiene un módulo para usuarias atendidas por parto (N = 21.300). El análisis de segmentación jerárquica ha permitido describir qué variables son las que en mayor medida discriminan en el uso o no de la anestesia epidural. Posteriormente, mediante un modelo de regresión logística binaria se analiza qué variables sociodemográficas son significativas en el año 2012 y su impacto en la elección de la anestesia epidural en el parto.

Resultados: En general, las variables sociodemográficas de las usuarias son estadísticamente significativas en la demanda o no de la anestesia epidural durante el parto. No obstante, el análisis exhaustivo del último año (2012) muestra que ninguna de las variables sociodemográficas introducidas en el modelo tiene un efecto significativo en el uso o no de anestesia epidural.

Conclusiones: El proceso de universalización de la anestesia epidural en el parto ha terminado con las desigualdades sociales en su uso, es decir, con aquellas diferencias que no se deben a una elección propiamente dicha, sino que son inducidas por características socioculturales de las mujeres.

© 2018 SESPAS. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Universalization, parity and evolution of the demand of epidural analgesia in labor in Andalusia (Spain)

A B S T R A C T

Objective: Assess whether the universalization of epidural analgesia supplied in hospitals of the Andalusia Public Health Service (SSPA) has ended up with the inequalities shown in previous studies regarding to their demand: the percentage of women who rejected epidural analgesia was higher among the users having low educational level, lower income and working as housekeeper.

Method: The data are based on satisfaction surveys conducted by the Institute for Advanced Social Studies amongst of SSPA users. This survey includes a section aimed at women attended in labor (N = 21,300). The hierarchical segmentation analysis shows which variables are the ones that discriminate most in the usage of epidural analgesia. Subsequently, through a model of binary logistic regression we analyze which socio-demographic variables are significant (2012) and how its impact is on the choice of epidural analgesia in childbirth.

Results: Overall, the socio-demographic variables of the users are statistically significant in the demand or not of epidural analgesia during labor. However, the detailed analysis of the last year (2012) shows that none of the socio-demographic variables introduced in the model has a significant effect on the decision of using epidural analgesia.

Conclusions: The process of universalization of epidural anesthesia in childbirth has ended with social inequalities in their use, that is, with those differences that are not due to a real choice but are induced by socio-cultural characteristics of women.

© 2018 SESPAS. Published by Elsevier España, S.L.U. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Keywords:

Epidural analgesia

Health system

Pain

Social identity

Childbirth

Quantitative research

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: rserrano@iesa.csic.es (R. Serrano-del-Rosal).

Introducción

La atención por embarazo, parto y puerperio es una de las principales causas de hospitalización de las mujeres en España, como puede observarse en la serie de datos de la Encuesta de Morbilidad Hospitalaria¹ del Instituto Nacional de Estadística. Según los últimos datos publicados, aproximadamente una quinta parte de las altas hospitalarias de mujeres en 2015 fueron por motivos relacionados con el parto. Durante las últimas dos décadas, como recoge el informe *Estrategia de atención al parto normal en el Sistema Nacional de Salud*, el método establecido en general para combatir de forma farmacológica en España los dolores asociados a las contracciones, la dilatación y el parto ha sido preferiblemente por vía epidural². El masivo empleo de esta anestesia^{3,4} ha desencadenado numerosas revisiones y editoriales en los que se destaca la fortaleza del perfil de esta técnica para el control del dolor relacionado con el trabajo de parto⁵. Este dolor, aunque no es crónico sino transitorio, es de mayor intensidad en los seres humanos que en otras especies animales, entre otras causas por el tamaño del cerebro del bebé y la adaptación producida en el ser humano a la locomoción bípeda⁶.

Las Administraciones autonómicas han fomentado y regulado el uso de la anestesia epidural en el trabajo de parto. En el caso andaluz, la legislación recoge como derecho de la madre la reducción del dolor por medios anestésicos, si así es consentido por ella⁷. Así, la primera edición del documento *Proceso asistencial integrado de embarazo, parto y puerperio de la Consejería de Salud y Bienestar Social* (2002) incorporó la utilización de la anestesia epidural como indicador de la calidad de la prestación que se ofrece en este proceso, y la define como el método más eficaz para liberar del dolor en todas las fases del parto⁸.

A pesar de la popularización del uso de esta técnica paliativa del dolor durante el parto, son ya muchas las voces contrarias a la utilización de analgesia epidural y de oxitocina⁹. Algunos profesionales de la salud discrepan acerca de las ventajas de esta práctica y advierten de los inconvenientes que su utilización plantea, tanto para la mujer como para el feto^{10,11}. Asimismo, la falta de comunicación de los sanitarios con las usuarias produce un importante número de reclamaciones^{12,13} y demandas por parte de estas^{14,15}. Pese a ello, la oferta de la anestesia epidural en el trabajo de parto ha aumentado. En Andalucía, actualmente, todos los hospitales del Servicio Sanitario Público Andaluz (SSPA) ofrecen esta técnica paliativa del dolor durante el proceso de parto. Publicaciones anteriores¹⁶ ya mostraron que, aunque el porcentaje de mujeres que rechazaba esta prestación era cada vez más pequeño, estaba concentrado en usuarias con escaso nivel de estudios, menor nivel de ingresos y amas de casa, lo que indicaba que más que una elección se trataba de una exclusión. En este trabajo, en el que se analizan los datos hasta 2012, se contrasta si el proceso de universalización de esta técnica ha acabado con tal desigualdad, de modo que ya no exista un perfil sociodemográfico diferencial en las parturientas que rechazan la utilización de la anestesia epidural.

Métodos

Para la realización de este trabajo se han utilizado las encuestas anuales de satisfacción a usuarios de atención hospitalaria del SSPA, estudio realizado por el Instituto de Estudios Sociales Avanzados - Consejo Superior de Investigaciones Científicas en colaboración con el Servicio Andaluz de Salud - Consejería de Salud de la Junta de Andalucía. El método de muestreo fue aleatorio estratificado, siendo en primer lugar la variable de estratificación el hospital, y dentro de cada uno de ellos se volvió a realizar un muestreo estratificado por sexo y edad de las personas atendidas.

La muestra con la que contamos para los análisis se obtuvo por agregación y corresponde a las 142.616 entrevistas realizadas entre los años 2000 y 2012, ambos inclusive.

La investigación se realizó en varias fases:

- En primer lugar se seleccionaron los casos y las variables del fichero unificado del estudio anteriormente descrito. Se seleccionaron todos los casos de mujeres que habían acudido al hospital para la atención por parto, lo que supuso trabajar con una muestra final de 21.300 mujeres (un 14,9% del número total de entrevistas realizadas). Como variable dependiente de esta investigación se utilizó la pregunta que recoge información sobre la utilización o no de anestesia epidural durante el parto («¿Le pusieron anestesia epidural?»), y como variables independientes se utilizaron datos sociodemográficos de las entrevistadas (edad, estado civil, nivel de estudios, situación laboral, nivel de ingresos...) y el año en que fueron atendidas.
- Una vez seleccionada la variable dependiente, se recodificó en un indicador a partir del interés de la investigación, lo cual llevó a analizar únicamente las respuestas de las mujeres que tuvieron la capacidad real de elegir el uso o no de anestesia epidural en el parto. Para ello se dicotomizó la variable en dos posibles situaciones: mujeres que sí utilizaron la anestesia epidural y mujeres que no la recibieron porque no lo consideraron oportuno. Las demás opciones existentes no se tomaron en cuenta, ya que en ellas no había posibilidad real de elección dadas las circunstancias en que se produjo el parto (urgencias, contraindicaciones, cesárea, etc.).
- Se realizaron análisis bivariados entre la variable dependiente y las variables independientes. Para ello se elaboraron tablas de contingencia con la prueba de ji al cuadrado de Pearson para conocer si había algún tipo de asociación estadística.
- Posteriormente se llevó a cabo un análisis de segmentación jerárquica cuya finalidad es «dada una población de elementos, identificar subconjuntos homogéneos con respecto a determinadas características»¹⁷, lo cual lo hace idóneo para explorar qué variables independientes son las que en mayor medida discriminan en la utilización o no de anestesia epidural.
- Por último se aplicó un modelo de regresión logística binaria con la muestra del año 2012 para conocer si las variables sociodemográficas de las mujeres son significativas o no para la elección de la anestesia epidural en el trabajo de parto, permaneciendo constantes el resto de las otras variables explicativas incluidas en el modelo.

Resultados

El primer resultado destacable es que la opción de respuesta «No se lo permitieron, no existe en el hospital» disminuyó del 13,5% en el año 2000 a prácticamente el 0% en 2012, por lo que puede hablarse de un proceso completo de universalización del servicio. En segundo lugar, se observa un incremento del 40% en la utilización del servicio. Y el tercer dato a reseñar es que la ampliación de la oferta *per se* no explica el incremento que se produce en su uso (fig. 1); de hecho, supone un porcentaje mucho menor que el aumento experimentado en la opción de respuesta afirmativa, incluso considerando que, sobre todo en los primeros años de la serie contemplada, es plausible que algunas entrevistadas dieran como respuesta «No lo consideré oportuno» cuando en realidad la posibilidad de utilización no existía (autopercepción de posibilidades de elección que no tienen).

De la muestra final de mujeres que pudieron elegir utilizar o no la anestesia epidural (16.490) cuando fueron asistidas para un parto en los hospitales del SSPA entre los años 2000 y 2012, el 30,2% (4982 mujeres) rechazaron utilizarla y el 69,8% (11.508 mujeres) la utilizaron.

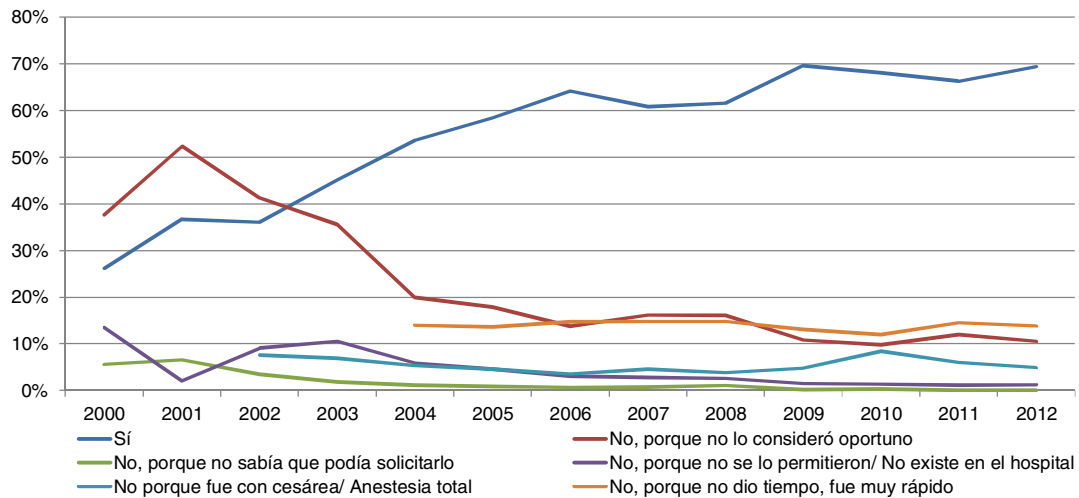


Figura 1. Evolución en porcentaje de las respuestas a la pregunta «¿Le pusieron anestesia epidural durante su parto?» en usuarias de atención hospitalaria en Andalucía (2000-2012).

Tabla 1
Utilización o no de la anestesia epidural durante el parto en Andalucía (2000-2012) según diferentes variables

Variables	Categorías	No, porque no lo consideró oportuno ^a (30,2%)	Recuento (4982)	Sí ^a (69,8%)	Recuento (11.508)	p ^b
Año del parto	2000	58,9%	606	41,1%	442	0,000
	2001	58,8%	887	41,2%	622	
	2002	53,4%	652	46,6%	569	
	2003	44,2%	585	55,8%	740	
	2004	27,1%	380	72,9%	1022	
	2005	23,4%	366	76,6%	1198	
	2006	17,7%	295	82,3%	1344	
	2007	21,1%	335	78,9%	1251	
	2008	20,8%	352	79,2%	1344	
	2009	15,6%	141	84,4%	762	
	2010	15,9%	137	84,1%	726	
	2011	15,3%	137	84,7%	758	
	2012	13,1%	109	86,9%	720	
Ingresos netos	Menos de 250 €	41,2%	159	58,8%	227	0,000
	251-500 €	37,8%	464	62,2%	1226	
	501-1000 €	39,5%	1492	60,5%	3774	
	1001-1500 €	28,5%	1226	71,5%	3070	
	1501-2000€	24,2%	415	75,8%	1301	
	2001-2500 €	19,8%	162	80,2%	656	
Nacionalidad	Más de 2500 €	16,9%	122	83,1%	602	0,034
	Española	19,0%	574	81,0%	2450	
Situación laboral	Otra	24,2%	56	75,8%	175	0,000
	Trabaja	23,8%	1640	76,2%	5239	
Estado civil	Ama de casa o jubilada	39,9%	2073	60,1%	3121	0,000
	Desempleada o estudiante	28,7%	1269	71,3%	3148	
	No casada	31,9%	569	68,1%	1215	
Nivel de estudios	Casada o lo ha estado	37,1%	3533	62,9%	5981	0,000
	Hasta primarios	36,0%	2914	64,0%	5187	
	Secundarios	26,9%	1651	73,1%	3667	
Grupo de edad	Universitarios	21,0%	703	79,0%	2638	0,002
	15-19 años	34,7%	168	65,3%	316	
	20-24 años	33,7%	575	66,3%	1132	
	25-29 años	30,4%	1274	69,6%	2918	
	30-34 años	28,8%	1842	71,2%	4555	
	35-39 años	30,2%	918	69,8%	2118	
	40-44 años	29,9%	181	70,1%	605	
Más de 44 años	34,8%	24	65,2%	45		

^a Porcentaje por fila.

^b Prueba de ji al cuadrado de Pearson.

Los análisis bivariados (tabla 1) revelan que todas las variables independientes introducidas muestran diferencias estadísticamente significativas, lo cual en parte podría deberse al importante tamaño muestral del estudio, por lo que posteriormente se realizarán otros análisis multivariados que resuelvan este inconveniente.

No obstante, la variable «año del parto» es claramente la que introduce mayores diferencias en la utilización o no de la anestesia epidural. De hecho, aunque en términos generales el 30% decidió no usarla, casi el 60% de las mujeres rechazaron esta técnica en los años 2000 y 2001, mientras que el porcentaje se sitúa en torno al

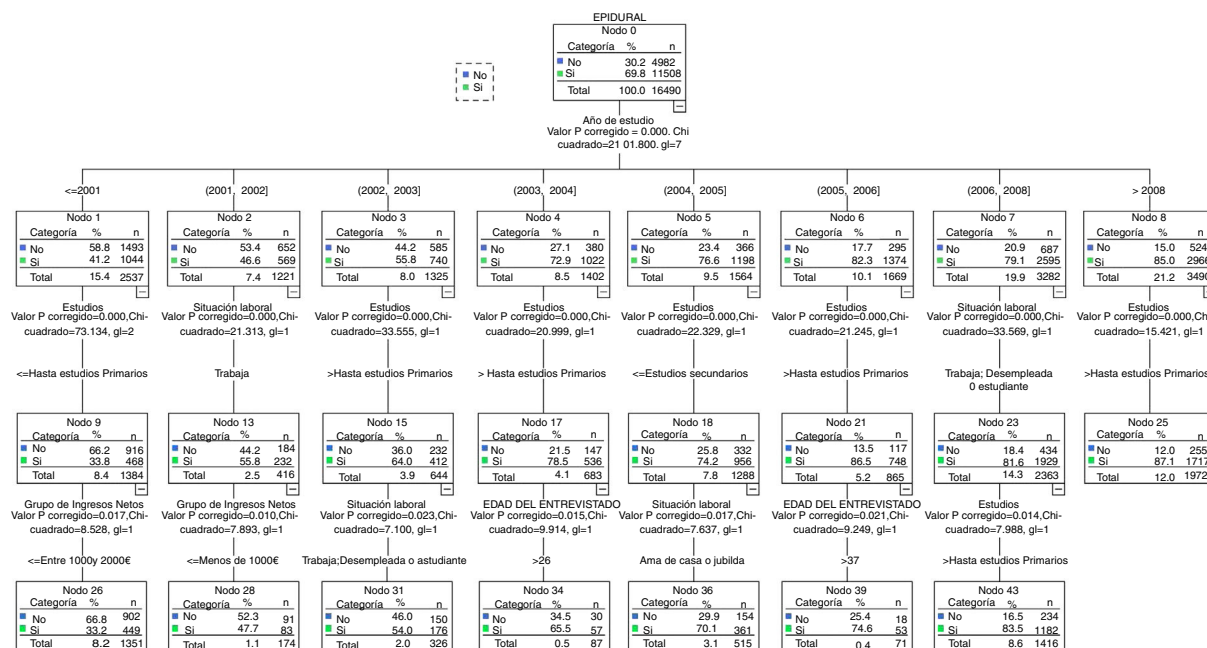


Figura 2. Árbol de segmentación jerárquica (podado) sobre utilización o no de la anestesia epidural durante el parto en Andalucía (2000-2012).

13% en el año 2012. Como variables sociodemográficas destaca el nivel de estudios, siendo así que entre las mujeres con estudios primarios el porcentaje que decide utilizar la anestesia epidural es del 64%, mientras que su uso llega al 79% en las que poseen estudios universitarios.

Los datos han mostrado que la utilización de la analgesia epidural durante el parto en los hospitales del SSPA se ha incrementado con los años. Uno de los motivos es, sin duda, la universalización de la oferta conseguida totalmente en los últimos años. No obstante, aunque en claro descenso, aún existe un grupo de mujeres que rechazan de forma expresa la utilización de esta técnica paliativa del dolor, lo cual no es un problema, bien al contrario, si se debe a la libre elección y no encubre ningún tipo de desigualdad. No obstante, en la muestra general se observa que el mayor rechazo se produce entre mujeres con bajos ingresos, nivel de estudios bajo y amas de casa, reproduciendo lo hallado por otros autores¹⁶. Ante estos datos hemos tratado de profundizar algo más y hemos considerado si el año en que se produce el parto (variable que de forma biviada más asociación demostraba) modifica el perfil de la mujer que no utiliza la anestesia epidural. Para ello se realizó un análisis de segmentación jerárquica, tomando como variable dependiente o a explicar la utilización de analgesia epidural, y como variables predictoras o discriminantes el año en que se produjo el parto y el resto de las variables sociodemográficas de las mujeres entrevistadas. El resultado se muestra en un dendograma o árbol de segmentación (fig. 2), en el que el primer grupo (nodo 0) contiene toda la muestra de mujeres que fueron atendidas para la asistencia de un parto en un hospital del SSPA desde el año 2000 hasta el año 2012. De ellas, en torno al 30% rechazaron utilizar analgesia durante el parto, frente al 70% que sí la solicitaron. La variable que ha mostrado mayor poder discriminante en la explicación de la utilización o del rechazo de la anestesia epidural ha sido el año del parto, seguida del nivel de estudios y la situación laboral. Destaca en la primera división que, en las mujeres que parieron en 2000 y 2001, la moda cambia hacia la no utilización de anestesia epidural, con porcentajes que se sitúan en el 58,8%, y en la posición contraria están las que dieron a luz durante los años 2009 a 2012, con un porcentaje de rechazo del 15%. En una segunda división entran en juego las variables «nivel de estudios» en seis de los ocho subgrupos, y «año en que se produce el parto» y

Tabla 2

Ganancia para los nodos finales del árbol de segmentación jerárquica sobre la utilización o no de anestesia epidural durante el parto en Andalucía (2000-2012)

Nodo ^a	N	(%)	Ganancia	(%)	Respuesta	Índice
26	1351	(8,2)	902	(18,1)	66,8%	221,0%
28	174	(1,1)	91	(1,8)	52,3%	173,1%
31	326	(2,0)	150	(3,0)	46,0%	152,3%
34	87	(0,5)	30	(0,6)	34,5%	114,1%
36	515	(3,1)	154	(3,1)	29,9%	99,0%
39	71	(0,4)	18	(0,4)	25,4%	83,9%
43	1416	(8,6)	234	(4,7)	16,5%	54,7%
25	1972	(12,0)	255	(5,1)	12,9%	42,8%

^a Método de crecimiento CHAID.

«situación laboral» en los dos restantes. El único nodo en este nivel que obtiene como categoría modal el rechazo a la anestesia epidural es el número 9, que hace referencia a mujeres que han parido en los años 2000 y 2001 y que tienen un nivel de estudios máximo de primarios. En este nodo, aproximadamente dos de cada tres mujeres rechazan el uso de la anestesia epidural. En una tercera y última división entran en juego las variables ya comentadas en el segundo nivel y otras como «nivel de ingresos» y «edad». Es destacable que se genera este nivel de segmentación en todos los subgrupos del año del parto a excepción del último (2009 a 2012), lo que parece indicar que las variables sociodemográficas introducidas en el análisis no generan para esos años diferencias significativas en el uso o no de la anestesia epidural durante el trabajo de parto.

Por otro lado, si observamos los nodos finales (tabla 2), el grupo con mayor ganancia respecto al total en la categoría de rechazo de la epidural (un 121% más que la muestra total) es el nodo número 26, compuesto por las mujeres que parieron en los años 2000 y 2001 con un nivel de estudios no superior a primarios y con escasos ingresos económicos (menos de 1000 euros mensuales). Por el contrario, el nodo final que tiene una menor ganancia respecto al total en la categoría de rechazo de la anestesia epidural (un 57,2% menos que la muestra total) es el nodo 25, que lo componen madres que dieron a luz en los años 2009 a 2012 y que poseen un nivel de estudios superior a primarios.

Tabla 3

Regresión logística binaria sobre el uso de la anestesia epidural durante el parto, según variables sociodemográficas de las usuarias de atención hospitalaria en Andalucía (2012)

Variables y categorías	Uso de anestesia epidural		
	p	OR	IC95%
<i>Nivel de ingresos netos</i>	0,053		
Más de 2000 €		1,000	
Menos de 1000 €	0,173	0,556	0,238-1,164
1000-2000 €	0,944	1,029	0,463-2,289
<i>Grupos de edad</i>	0,262		
40 años o más		1,000	
15-19 años	0,414	1,974	0,386-10,087
20-24 años	0,182	2,422	0,661-8,870
25-29 años	0,844	0,896	0,301-2,665
30-34 años	0,707	0,817	0,286-2,337
35-39 años	0,791	0,862	0,288-2,579
<i>Estado civil</i>	0,079		
Divorciada o viuda		1,000	
Soltera	0,796	1,225	0,262-5,736
Casada	0,183	2,566	0,640-10,280
Conviviendo en pareja	0,564	1,520	0,367-6,293
<i>Situación laboral</i>	0,689		
Desempleada o estudiante		1,000	
Trabajando	0,661		1,118-1,841
Ama de casa	0,533		0,806-1,587
<i>Nivel de estudios</i>	0,969		
Universitarios		1,000	
Primarios	0,971	0,987	0,486-2,003
Secundarios	0,842	0,934	0,480-1,820
Constante	0,019	4,298	
R ² de Nagelkerke	0,05	Casos clasificados	747 (72,20%)
Prueba de Hosmer y Lemeshow	0,93		

IC95%: intervalo de confianza del 95%; OR: odds ratio.

No obstante, los análisis realizados describen exploratoriamente, pero no permiten conocer si las variables estudiadas tienen un impacto en el uso o no de la anestesia epidural en el trabajo de parto. Por ello se efectuó un análisis de regresión logística binaria con los datos del último año disponible del estudio, para saber el efecto de cada variable explicativa manteniendo el resto constante. El modelo, que incluye cinco variables predictoras, logra una eficacia predictiva de la probabilidad de uso o no de la anestesia epidural en el trabajo de parto de un 0,05, aunque el interés de este análisis no es por su capacidad predictiva. La prueba de bondad del ajuste de Hosmer y Lemeshow permite afirmar, a partir de un contraste de hipótesis, que el modelo ajusta bien los datos observados (no puede rechazarse la hipótesis nula, ya que el valor de significación es $>0,05$). Las variables sociodemográficas introducidas en el modelo como covariables fueron el nivel de ingresos netos, el grupo de edad, el estado civil, la situación laboral y el nivel de estudios. La [tabla 3](#) muestra que ninguna de las variables sociodemográficas introducidas en el modelo tiene ya en el año 2012 un efecto significativo en el uso o no de la anestesia epidural.

Discusión

En 2012, el 87% de las mujeres andaluzas que tuvieron la posibilidad real de utilizar o no la anestesia epidural decidieron usarla. Este alto porcentaje responde en gran medida a una universalización de la oferta de este servicio en los hospitales del SSPA, aunque también a la normalización social de su uso contra un dolor que se asume como desesperante en sus diferentes fases¹⁸. La posibilidad de elección de las técnicas de disminución del dolor durante el parto se ha universalizado en los hospitales del SSPA gracias a una política de servicio al ciudadano que pretende llegar a todos los sectores sociales sin discriminación alguna.

Anteriores estudios habían mostrado que en el uso de la anestesia epidural se producía un claro sesgo, que si bien no es achacable a la política sanitaria sí es intrínseco a la sociedad en la que se ofrece y accede a esta prestación, es decir, a discriminación aparentemente «autoimpuesta» que respondía a estereotipos socioculturales, en los que las mujeres de menor nivel educativo, menor nivel de ingresos y trabajadoras en su propio hogar rechazaban sistemáticamente la prestación a la que tenían derecho¹⁶, no tanto por un proceso de decisión activa e informada como cuanto porque el sistema no había conseguido universalizar la prestación totalmente ni trasladar la posibilidad a ellas y su entorno con la fuerza suficiente como para tener la posibilidad real de romper con las barreras de todo tipo que les hacían muy difícil tomar dicha decisión sin costes identitarios (sobre los diferentes modelos identitarios de maternidad puede consultarse en García de Diego, et al.¹⁹).

No obstante, antes de llegar a las conclusiones de este trabajo es importante señalar sus principales limitaciones: por un lado, que no se dispone de datos de 2013 en adelante, ya que el proyecto que lo nutre de microdatos terminó en ese año, y por otro, la imposibilidad de disponer también de datos del personal sanitario que atendió al parto para poder contrastar su posible influencia.

A tenor de los resultados expuestos, puede verse con claridad que el proceso de universalización de la oferta de un servicio público, en este caso la anestesia epidural por ser considerada como la técnica más eficaz para abordar el dolor en el parto²⁰, ha provocado no solo un incremento de la demanda, sino también la universalización de la posibilidad real de elección por parte de las parturientas. Es decir, las características sociodemográficas que parecían explicar el mayor rechazo a su utilización y que escondían realmente una desigualdad social basada en el esquema tradicional expuesto por Martín Criado²¹⁻²³ de la «buena madre» como aquella mujer que «evaluada por sus próximos sociales» consideraría que el

cuidado propio es «ilegítimo», se han ido diluyendo en este ámbito en los últimos años por los efectos de una política pública que se ha universalizado en la oferta en términos reales.

Por otra parte, su mayor uso y la divulgación de su conocimiento también están favoreciendo la propagación de noticias sobre los perjuicios de la anestesia epidural que parecen estar reforzando una postura activa de rechazo, aunque de naturaleza totalmente diferente a la acontecida años atrás, ya que son mujeres con un nivel educativo y sociocultural alto que eligen no utilizarla bajo un esquema cognitivo por completo alejado del esquema tradicional ya expuesto¹⁸. Estas ensalzan las virtudes de métodos de parto alternativos con intervención médica no autoritaria²⁴ y bioquímica mínima, que relacionan con una mayor satisfacción²⁵ y un empoderamiento de la mujer en cualquier proceso²⁶. Diversos estudios señalan que las madres están más satisfechas con el parto que han tenido cuando este ha sido vaginal sin epidural, se ha favorecido la lactancia materna, han sentido una actitud empática del personal sanitario y han podido estar acompañadas en el momento del parto²⁷⁻³⁰, lo que en general se asocia con modelos más humanizados de parir, ya sea en ámbitos hospitalarios o extrahospitalarios³¹⁻³³.

¿Qué se sabe sobre el tema?

En los últimos 20 años se ha extendido el uso de la anestesia epidural en el trabajo de parto. En ocasiones, incluso se ha incorporado la utilización de la anestesia epidural como indicador de calidad en el proceso de parto. Determinadas características sociodemográficas están en la base de una menor utilización, ocultando una desigualdad social.

¿Qué añade el estudio realizado a la literatura?

Constatación empírica de que la universalización real de la oferta de anestesia epidural en el parto no solo incrementa su demanda, sino que elimina barreras de naturaleza socioeconómica e identitaria a su uso y produce un proceso de elección real.

Editora responsable del artículo

Mercedes Carrasco Portiño.

Declaración de transparencia

El autor principal (garante responsable del manuscrito) afirma que este manuscrito es un reporte honesto, preciso y transparente del estudio que se remite a GACETA SANITARIA, que no se han omitido aspectos importantes del estudio, y que las discrepancias del estudio según lo previsto (y, si son relevantes, registradas) se han explicado.

Contribuciones de autoría

Los dos autores de este trabajo son parte alícuota en la concepción, el diseño y la redacción, si bien los análisis de los datos fueron realizados por J.M. García de Diego en su totalidad. Ambos autores aprueban la versión final del manuscrito.

Agradecimientos

Los autores quieren hacer explícito su agradecimiento a Lourdes Biedma Velázquez e Isabel García Rodríguez, integrantes del equipo de investigación que da soporte a esta investigación, colegas de profesión y sobre todo amigas, por su apoyo constante a este trabajo y por los innumerables consejos y críticas constructivas en su desarrollo.

Financiación

Este trabajo ha sido financiado en parte por el proyecto de investigación «Percepción y discursos sociales en el trabajo de parto», Ref: CSO2017-55586-R, correspondiente al programa estatal de *Investigación, desarrollo e innovación orientada a los retos de la sociedad*, convocatoria 2014, Modalidad 1: «Proyectos de I + D + I», en el marco del plan estatal de investigación científica y técnica y de innovación 2013-2016.

Conflictos de intereses

Ninguno.

Bibliografía

1. Instituto Nacional de Estadística. Encuesta de morbilidad hospitalaria 2015. España. INE. (Consultado el 3/5/2018.) Disponible en: <http://www.ine.es/dynt3/inebase/es/index.htm?padre=3255&capsel=3256>
2. Ministerio de Sanidad y Consumo. Estrategia de atención al parto normal en el Sistema Nacional de Salud. Madrid: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad; 2007. (Consultado el 3/5/2018). Disponible en: <http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/estrategiaPartoEnero2008.pdf>
3. Leppä M, Korvenoja A, Carlson S, et al. Acute opioid effects on human brain as revealed by functional magnetic resonance imaging. *Neuroimage*. 2006;31:661-9.
4. Halpern SH, Abdallah F. Effect of labor analgesia on labor outcome. *Curr Opin Anaesthesiol*. 2010;23:317-22.
5. Blair J, Dobson G, Hill D, et al. Patient controlled analgesia for labour: a comparison of remifentanyl with pethidine. *Anaesthesia*. 2005;60:22-7.
6. Wittman AB, Wall LL. The evolutionary origins of obstructed labor: bipedalism, encephalization, and the human obstetric dilemma. *Obstet Gynecol Surv*. 2007;62:739-48.
7. Boletín Oficial de la Junta de Andalucía. Decreto 101/1995 de 18 de abril, por el que se determinan los derechos de los padres y de los niños en el ámbito sanitario durante el proceso de nacimiento. BOJA n.º 72, de 17 de mayo de 1995. (Consultado el 3/5/2018). Disponible en: <http://www.juntadeandalucia.es/boja/1995/72/4>
8. Consejería de Salud, Junta de Andalucía. Organización de la Atención Sanitaria Pública en Andalucía - Salud en Andalucía - Resultados y calidad del Sistema Sanitario Público de Andalucía. Edición 2012. Escuela Andaluza de Salud Pública. (Consultado el 3/5/2018). Disponible en: <http://www.calidadsaludandalucia.com/docs/efectividad.pdf>
9. Bellón S. La violencia obstétrica desde los aportes de la crítica feminista y la biopolítica. *Rev Int Eticas Aplicadas*. 2015;18:93-111.
10. Odent M. Knitting midwives for drugless childbirth. *Midwifery Today Int Midwife*. 2004;71:21-2.
11. Spencer KM. The primal touch of birth midwives, mothers and massage. *Midwifery Today Int Midwife*. 2004;70:11-3.
12. Jangland E, Gunninberg L, Carlsson M. Patient' and relatives' complaints about encounters and communication in health care: evidence for quality improvement. *Patient Educ Couns*. 2009;75:199-204.
13. Venetis MK, Robinson J, LaPlant T, et al. An evidence base for patient-centered cancer care: a meta-analysis of studies of observed communication between cancer specialists and their patients. *Patient Educ Couns*. 2009;77:379-83.
14. Patiño J, Reixach M. ¿Qué tipo de ayuda demandan los padres de recién nacidos hospitalizados en cuidados intensivos neonatales? *Enferm Clin*. 2009;19:90-4.
15. Kuzel AJ, Woolf SH, Gilchrist VJ, et al. Patient reports of preventable problems and harms in primary health care. *Ann Fam Med*. 2004;2:333-40.
16. Biedma L, García JM, Serrano R. Análisis de la no elección de la analgesia epidural durante el trabajo de parto en las mujeres andaluzas: "la buena sufridora". *Rev Soc Esp Dolor*. 2010;17:3-15.
17. Luque T. Segmentación jerárquica. En: Luque Martínez T, coordinador. *Técnicas de análisis de datos en investigación de mercados*. Madrid: Pirámide; 2015. p. 347.
18. Díaz-Sáez J, Catalán-Matamoros D, Fernández-Martínez MM, et al. La comunicación y la satisfacción de las primíparas en un servicio público de salud. *Gac Sanit*. 2011;25:483-9.

19. García-de-Diego JM, Biedma-Velázquez L, Serrano-del-Rosal R. Sociology of labour pain. En: Capogna G, editor. Epidural labor analgesia. *Childbirth Without Pain*. New York: Springer; 2015. p. 39–47.
20. Ortiz-Gómez JR, Palacio-Abizanda FJ, Fonet-Ruiz I. Técnicas analgésicas para el parto: alternativas en caso de fallo de la epidural. *An Sist Sanit Navar.* 2014;37:411–27.
21. Martín-Criado E. El valor de la buena madre. Oficio de ama de casa, alimentación y salud entre las mujeres de clases populares. *RES.* 2004;4:93–118.
22. Martín-Criado E. El conocimiento nutricional apenas altera las prácticas de alimentación: el caso de las madres de clases populares en Andalucía. *Rev Esp Salud Publica.* 2007;81:519–28.
23. Martín-Criado E. La dieta desesperada. Algunas consideraciones sociales que obstaculizan el control del peso entre madres de clases populares. *Trastornos de la Conducta Alimentaria.* 2007;6:578–99.
24. Green MH. *Making women's medicine masculine: the rise of male authority in pre-modern gynecology*. New York: Oxford University Press; 2008. p. 409.
25. Maderuelo JA, Haro AM, Pérez F, et al. Satisfacción de las mujeres con el seguimiento del embarazo: diferencias entre los dispositivos asistenciales. *Gac Sanit.* 2006;20:31–9.
26. Organización de las Naciones Unidas. *Transformar nuestro mundo. La agenda 2030 para el desarrollo sostenible*. (Consultado el 3/5/2018.) Disponible en: <http://unctad.org/meetings/es/SessionalDocuments/ares70d1.es.pdf>
27. Aguilar Cordero MJ, Sáez Martín I, Menor Rodríguez MJ, et al. Valoración del nivel de satisfacción en un grupo de mujeres de Granada sobre atención al parto, acompañamiento y duración de la lactancia. *Nutr Hosp.* 2013;28:920–6.
28. Sacristán AM, Lozano JE, Gil M, et al. Situación actual y factores que condicionan la lactancia materna en Castilla y León. *Rev Pediatr Aten Primaria.* 2011;13:33–46.
29. Gutman Y, Tabak N. The intention of delivery room staff to encourage the presence of husbands/partners at cesarean sections. *Nursing Research and Practice.* 2011:192649. (Consultado el 3/5/2018.) Disponible en: <https://www.hindawi.com/journals/nrp/2011/192649/>
30. López MF, Puertas A. Parto natural: evidencia científica a partir de las recomendaciones de la OMS. Servicio de Obstetricia y Ginecología, Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada. Clases de residentes. 2007. (Consultado el 3/5/2018.) Disponible en: http://www.hvn.es/servicios_asistenciales/ginecologia.y.obstetricia/ficheros/cr07.parto.natural.pdf
31. Mas-Pons R, Barona-Vilar C, Carreguí-Vilar S, et al. Women's satisfaction with the experience of childbirth: validation of the Mackey Childbirth Satisfaction Rating Scale. *Gac Sanit.* 2012;26:236–42.
32. Hauck Y, Fenwick J, Downie J, et al. The influence of childbirth expectations on Western Australian women's perceptions of their birth experience. *Midwifery.* 2007;23:235–47.
33. Goodman P, Mackey MC, Tavakoli AS. Factors related to childbirth satisfaction. *J Adv Nurs.* 2004;46:212–9.