

IMPORTANCIA DE POTENCIAR EL TRABAJO DE LAS COMADRONAS Y SU AUTONOMÍA PROFESIONAL PARA MEJORAR LA ATENCIÓN AL PARTO

Este apartado tiene por objeto justificar la necesidad de garantizar la autonomía profesional de las matronas y el ejercicio de las competencias propias de su profesión. Para ello, describiremos brevemente los efectos beneficiosos que el modelo de atención tradicional de las matronas tiene para la salud de madres y recién nacidos y las ventajas que reporta a los sistemas públicos de salud. Además, justificaremos la autonomía de las matronas desde el punto de vista jurídico y científico.

GINECÓLOGOS	MATRONAS
Son cirujanos especialistas en las patologías de los órganos reproductivos de la mujer.	Son especialistas en la fisiología del parto y su formación está orientada a preservarla. Integran los aspectos psicológicos y sociales de la atención.
Su formación está orientada a la intervención para solucionar problemas. La especialización en los casos de alto riesgo impregna con frecuencia la atención que prestan a mujeres con embarazos de bajo riesgo, a las que no hace ningún bien y puede causar un daño considerable.	Más que a intervenir, su formación está orientada a preservar la normalidad del parto y prestar apoyo a la madre.
Sus intervenciones suelen ser invasivas y conllevan riesgos que hacen necesario valorar cuidadosamente la relación riesgo/beneficio.	Tienen un amplio repertorio de medidas sencillas y no invasivas para solucionar los problemas que puedan presentarse. Ofrecen un tipo de atención flexible e individualizada.
Su trabajo se concentra en determinados aspectos de la salud de la mujer.	Tienen una perspectiva global de la salud de la mujer al estar versadas en aspectos tales como la depresión postparto, la sexualidad, la lactancia o la menopausia.

Fuente: Henci Goer, "Guía de la mujer consciente para un parto mejor"

En los estudios que han comparado la asistencia de las comadronas con la de los médicos en partos de bajo riesgo los resultados neonatales fueron similares, lo que significa que, en este tipo de partos, intervenir más no reporta beneficio alguno. Los resultados de salud materno-infantil de los partos asistidos por comadrona son tan buenos o mejores que los de los asistidos por ginecólogo, pero con tasas de intervención y uso de medicación muy inferiores^{1,2,3} Los resultados de la investigación confirman los

¹ MacDorman MF y Singh GK. Midwifery care, social and medical risk factors, and birth outcomes in the USA. *J Epidemiol Community Health* 1998;52:310-7. En este estudio se compararon los resultados neonatales en 153.000 estadounidenses que parieron vaginalmente un único bebé nacido entre las semanas 35 y 43 de gestación atendidas por enfermeras especializadas en obstetricia con una muestra aleatoria de 685.000 mujeres de características similares asistidas por médicos. Tras tener en cuenta las diferencias en cuanto a factores de riesgo sociales y médicos, la probabilidad de muerte en la primera semana posterior al parto de los niños nacidos de mujeres atendidas por enfermeras especializadas resultó ser **tres veces inferior** a la de los nacidos de mujeres atendidas por médicos, la de morir durante el primer año de vida fue inferior en un 20 % y la de nacer con bajo peso tres veces menor.

² Fullerton JT, Hollenbach KA, y Wingard DL. Practice styles. A comparison of obstetricians and nurse-midwives. *J Nurse Midwifery* 1996;41(3):243-50. Entre 1981 y 1992, 36.400 mujeres de nivel económico bajo fueron atendidas por comadronas en una casa de partos instalada dentro de un gran hospital de Los Ángeles. Sólo el 2 % de ellas dio a luz por cesárea y otro 2 % tuvo partos instrumentales. Sólo el 5 % sufrió una episiotomía y casi el 60 % conservó el periné intacto (sin ningún tipo de lesión o con daños insignificantes). Los resultados neonatales fueron excelentes.

³ Blanchette H. Comparison of obstetric outcome of a primary-care access clinic staffed by certified nurse-midwives and a private practice group of obstetricians in the same community. *Am J Obstet Gynecol* 1995;172(6):1864-71. Este estudio se llevó a cabo en un centro hospitalario en el que se compararon los resultados perinatales del servicio público, atendido por comadronas que asistían a

beneficios del modelo de atención al parto propio de las comadronas, pero por razones de espacio sólo citaremos unos cuantos. Baste añadir que, para la OMS, la matrona es la profesional **más apropiada** y económica para ser asignada al cuidado de un embarazo y parto normal, incluyendo entre sus funciones el establecimiento de los distintos riesgos y el reconocimiento de complicaciones.

¿POR QUÉ NO DEBEN LOS GINECÓLOGOS SUPERVISAR A LAS COMADRONAS NI DICTARLES ÓRDENES MÉDICAS CUANDO ÉSTAS ATIENDEN PARTOS NORMALES?

El trabajo de las comadronas puede verse afectado o limitado cuando se desarrolla en un entorno muy tecnificado o son los ginecólogos quienes dictan las normas. No disponemos de estudios dedicados específicamente a evaluar cómo afecta a las comadronas trabajar en lugares en donde se ha impuesto el modelo médico, pero podemos citar uno que comparó la tasa de intervenciones en un grupo de 1.750 mujeres ingresadas en el servicio de obstetricia de un centro docente supervisado por médicos de familia con la de un grupo de 2.800 atendidas en otro centro supervisado por ginecólogos.⁴ Tras tener en cuenta las diferencias en los factores de riesgo, el resultado obtenido fue que **las mujeres atendidas en el servicio dirigido por ginecólogos tenían cuatro veces más posibilidades de sufrir una cesárea y un 50 % más de sufrir una episiotomía.**

Hay además un estudio canadiense piloto sobre el trabajo de las comadronas en el que se comparó la tasa de intervenciones en 79 mujeres de bajo riesgo atendidas por enfermeras obstétricas con la de 373 atendidas por ginecólogos.⁵ El número de mujeres a las que se practicó la amniotomía fue menor en el primer grupo (33 % frente a 47 %), y también el uso de la epidural (34 % frente a 49 %). Los autores comentaron que estos resultados subestiman la dificultad de trabajar bajo supervisión médica para alcanzar resultados óptimos.

MARCO JURÍDICO

En los últimos cinco años han aparecido diversas leyes sanitarias que influyen en las relaciones de las comadronas con las usuarias y con otros profesionales. Por un lado, la Ley básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica (en adelante **LBRAP**), consagra los principios de la bioética y la humanización de la atención que ya recogía la Ley General de Sanidad y expone los deberes de los profesionales de la salud en materia de

mujeres de escasos recursos, con los de las clientes privadas asistidas por los mismos ginecólogos que supervisaban a las comadronas. Las mujeres con pocos recursos económicos tenían más factores que las predisponían a sufrir complicaciones. A pesar de ello, la tasa total de cesáreas de las 500 mujeres atendidas por las comadronas fue del 13 %, la mitad que la de las 600 mujeres atendidas por ginecólogo, que fue del 26 %. La tasa de primera cesárea (cesárea primaria) de las mujeres atendidas por comadrona fue del 11 %, frente al 19 % de las atendidas por ginecólogo. Los resultados neonatales fueron similares en ambos grupos.

⁴ Hueston WJ y Rudy M. Differences in labor and delivery experience in family-physician- and obstetrician-supervised teaching services. *Fam Med* 1995;27(3):182-87.

⁵ Kaufman K y McDonald H. A retrospective evaluation of a model of midwifery care. *Birth* 1988;15(2):95-99.

confección y confidencialidad de la historia clínica. Por otro, la Ley Ordenación de las Profesiones Sanitarias de 21 de noviembre de 2003 (**LOPS**) y la Ley 55/2003, de 16 de diciembre, del Estatuto Marco del Personal Estatutario de los Servicios de Salud (el **Nuevo Estatuto Marco**) hacen desaparecer la clásica división entre personal facultativo y no facultativo al reconocer a los diplomados sanitarios la autonomía y responsabilidad propias en el ejercicio de las funciones facultativas. Una de las principales virtudes del Nuevo Estatuto Marco fue derogar el antiguo **Estatuto del personal sanitario no facultativo de las instituciones sanitarias de la Seguridad Social**, de 1973. Decía esa ley que corresponde a la matrona:

Artículo 66

1.- Ejercer las funciones de ayuda al Médico, cumplimentando las **instrucciones** que reciba del mismo, del Director de la Institución y de la Subdirección Médica o Jefatura Provincial de Servicios Sanitarios, en relación con el servicio.

3.- Asistir a los partos y puerperios normales, de conformidad con las **instrucciones** que haya recibido de **los especialistas**,

Artículo 67

1.- Ejercer las funciones de **auxiliar** del Médico **cumplimentando las instrucciones** que reciba del mismo en relación con el servicio.

2.- Asistir a los partos normales **en los casos en que por el Médico** se haya comprobado la normal evolución clínica de aquellos, viniendo obligada a avisar al Médico sin pérdida de tiempo y bajo su responsabilidad, en cuanto observe cualquier anomalía en su evolución.

5.- Aplicar cuantos tratamientos sean **ordenados** por el Médico en la vigilancia del embarazo y con motivo del parto y puerperio, incluyendo la administración parenteral de medicamentos.

9.- Poner en conocimiento de **sus superiores** cualquier anomalía o deficiencia que observe en el desarrollo de la asistencia o en la dotación del servicio encomendado.

Como buena ley franquista, el antiguo estatuto utilizaba un lenguaje autoritario (“instrucciones”, “superiores”, “órdenes”) y trataba a la comadrona como a una mera auxiliar del médico. En realidad, todo el mundo manda a la comadrona: el médico, el Director de la Institución, la Subdirección Médica, la Jefatura Provincial... La comadrona no parece ser otra cosa que una mandada, salvando un resquicio de reconocimiento de cierta competencia para atender partos cuando, previamente, “por el Médico se haya comprobado la normal evolución clínica de aquellos”.

Compárese esta redacción con la de la DIRECTIVA 2005/36, que dice que los Estados miembros garantizaran que las matronas estén facultadas por lo menos para acceder a las actividades siguientes y para ejercerlas:

a) prestar información y asesoramiento adecuados sobre planificación familiar;

b) **diagnosticar** el embarazo y **supervisar** el embarazo normal; realizar los exámenes necesarios para la **supervisión** del desarrollo de los embarazos normales;

- c) **prescribir o asesorar** sobre los exámenes necesarios para el diagnóstico precoz de los embarazos de alto riesgo;
- d) facilitar programas de preparación parental y preparación completa al parto, incluida la información relacionada con la higiene y la nutrición;
- e) prestar cuidados y asistencia a la madre durante el parto y supervisar la condición del feto en el útero mediante los métodos clínicos y técnicos apropiados;
- f) **atender el parto normal** cuando se trate de una presentación de vértice, incluyendo, si es necesario, la episiotomía y, en caso de urgencia, atender el parto en presentación de nalgas;
- g) **reconocer en la madre o en el niño los signos indicadores de anomalías que precisen la intervención de un médico** y, en su caso, asistir a este; adoptar las medidas necesarias en ausencia del médico, en particular la extracción manual de la placenta, seguida en su caso del reconocimiento manual del útero;
- h) **reconocer y prestar cuidados** al recién nacido; adoptar todas las iniciativas precisas en caso de necesidad y practicar, si llega el caso, la reanimación inmediata;
- i) **asistir y supervisar** los progresos de la madre después del parto y prestarle el asesoramiento necesario en relación con los cuidados al niño para que pueda garantizar el progreso óptimo del recién nacido;
- j) realizar el tratamiento prescrito por el médico; (por supuesto, cuando el parto deja de ser normal, la comadrona puede asistir al médico, que asume la dirección de los cuidados).
- k) redactar los informes que sean necesarios.

Así pues, si es propio del trabajo de las comadronas «**atender el parto normal**» y «**reconocer en la madre o en el niño los signos indicadores de anomalías que precisen la intervención de un médico**», el hecho de que los ginecólogos dicten órdenes a las comadronas sobre cómo atender los partos normales y supervisen su trabajo o de cualquier otra forma dirijan la atención que éstas prestan a las mujeres a su cargo no puede considerarse más que una intromisión en las competencias propias de este colectivo profesional. Si sabemos, además, que esta dirección por parte de los ginecólogos hace que aumente el número de intervenciones sin mejorar los resultados materno-infantiles, estamos actuando a la vez en contra de la evidencia científica, el derecho al ejercicio de su profesión “con plena autonomía técnica y científica” que todos los profesionales sanitarios tienen reconocido legalmente, y de principios básicos del ordenamiento jurídico sanitario como el de hacer un uso racional de los recursos y evitar su sobreutilización o utilización inadecuada.

Si bien el Estatuto Marco de 2003 derogó los artículos 66 y 67 del Estatuto de 1973, la Disposición transitoria sexta, titulada “Aplicación paulatina de esta ley”, matiza la derogación:

“b) Se mantendrán vigentes, en tanto se procede a su regulación en cada servicio de salud, las disposiciones relativas a categorías profesionales del personal estatutario y a las funciones de las mismas contenidas en las normas previstas en la disposición derogatoria única f).

Y he aquí que la mayoría de las CCAA si no todas han omitido regular expresamente las funciones de las matronas en normas de rango legal, por lo que, probablemente sin ninguna voluntad política sino por mera dejadez, están permitiendo la pervivencia en nuestro ordenamiento jurídico de dos artículos que incompatibles con el espíritu modernizador del Nuevo Estatuto Marco y con la realidad asistencial de las maternidades españolas hoy por hoy.

DELIMITACIÓN DE COMPETENCIAS Y ORGANIZACIÓN FUNCIONAL DEL TRABAJO

En general, la legislación sanitaria más reciente (la propia LOPS o el Estatuto Marco del Personal Estatutario de los Servicios de Salud) está inspirada en el principio del respeto mutuo a las competencias propias de cada profesión. Como veíamos antes, la LOPS hizo desaparecer la división entre personal facultativo y no facultativo, reconociéndose a los diplomados sanitarios autonomía y responsabilidad propias en el ejercicio de las funciones facultativas. En su exposición de motivos, esta ley reconoce la necesidad de «resolver con pactos interprofesionales previos a cualquier normativa reguladora» la cuestión de los ámbitos competenciales de las profesiones sanitarias y establecer las bases para que las praxis cotidianas de los mismos, en organizaciones crecientemente multidisciplinares, «evolucione de forma no conflictiva, sino cooperativa y transparente.» El artículo 4.7 c) de esta ley, al exigir la existencia de «normas de funcionamiento interno escritas que contengan las funciones específicas que corresponden a cada miembro del equipo asistencial» nos brinda un instrumento inmejorable para delimitar las competencias de matronas y ginecólogos en los centros hospitalarios.

Además de esta obligación que nos impone el artículo 4.7 c) de la LOPS, su artículo 4.5 ha elevado las normas deontológicas al rango de ley, al establecer que «los profesionales tendrán como guía de su actuación el cumplimiento riguroso de las obligaciones deontológicas». Las obligaciones deontológicas de las comadronas están recogidas en el Código Deontológico de la Enfermería Española, que dice que el personal de enfermería «No debe aceptar el cumplimiento de una responsabilidad que no sea de su competencia o en demérito del cumplimiento de sus propias funciones» y «No permitirá que se le arrebate su propia autonomía profesional». Hay que tener en cuenta también que una comadrona, como cualquier otro profesional sanitario, debe negarse a obedecer las órdenes que vayan en contra de lo dispuesto en la legislación sanitaria y el conjunto del ordenamiento jurídico o los principios técnicos, científicos, éticos y deontológico que sean aplicables. **CONCLUSIONES**

- La comadrona es una profesional autónoma con competencias, estando plenamente capacitadas para la atención del parto normal.
- El artículo 4.7 de la LOPS establece que el ejercicio de las profesiones sanitarias se llevará a cabo «con **plena autonomía** técnica y científica [...] y que los criterios de actuación [...] estarán basados en la **evidencia científica**». Y si la evidencia científica, de la que se hace eco la propia OMS, nos dice que las matronas son las profesionales más adecuadas para atender los partos normales, y nuestra legislación

ordena que la actuación sanitaria se rija por la evidencia científica, los partos normales deberían ser atendidos por matronas que trabajen conforme a los principios de su profesión y no conforme a un modelo impuesto desde fuera por otros profesionales.

- El buen funcionamiento de los servicios de atención a la maternidad exige que el criterio principal para la atribución de competencias a unos u otros profesionales se corresponda con los resultados de la evidencia científica, poniendo por encima de cualquier otra consideración el bien de las madres y los recién nacidos, reconociendo la dimensión familiar del nacimiento y las necesidades especiales de los recién nacidos.
- El uso racional de los recursos públicos en el ámbito sanitario exige reservar a cada profesional para aquéllas funciones en las que está más especializado, evitando la sobreutilización de las especialidades quirúrgicas en los partos normales.
- La legislación vigente obligan a definir con claridad las funciones propias de cada miembro del equipo asistencial mediante normas de funcionamiento interno que tengan en cuenta la nueva normativa y la profesión de comadrona a nivel europeo. Entre ginecólogos y matronas no debería haber una relación jerárquica sino un reparto funcional de competencias.

RECOMENDACIONES Y PETICIONES QUE HEMOS DIRIGIDO DESDE LA ASOCIACIÓN EL PARTO ES NUESTRO AL MINISTERIO DE SANIDAD A TRAVÉS DEL OBSERVATORIO DE SALUD DE LA MUJER EN EL AÑO 2008

- Hacer las reformas legislativas que sean necesarias, tanto a nivel estatal como autonómico, para **que se deroguen expresamente los artículos 66 y 67** del antiguo Estatuto Marco, así como el establecimiento de las competencias y funciones de las comadronas a nivel legal.
- Así mismo, para mejorar la autonomía profesional de las matronas y el desempeño de sus habilidades, y haciéndonos eco también del sentir de un sector amplio, socialmente responsable, consciente y avanzado de la profesión, pensamos que sería necesario **que se implementase cuanto antes lo previsto en la Directivas europeas de referencia en cuanto a permitir a las futuras comadronas un acceso directo a la carrera** independiente de los estudios de enfermería.
- Consideramos que, dentro de los hospitales, las comadronas **no deberían depender jerárquicamente de las Direcciones de Enfermería**, sino de una dirección propia que conozca las peculiaridades del desempeño de esta profesión sanitaria.

Así mismo, para consolidar el modelo de atención tradicional y propio de las comadronas, para la mejor defensa de sus intereses profesionales y para dar un mejor servicio a la sociedad, parece recomendable que las comadronas puedan constituir un **colegio profesional propio**.

El Escorial, abril de 2009

Francisca Fernández Guillén
Abogada

Para comentar este texto o hacer sus aportaciones puede escribir a [*francisca.fernandez@lwebmail.net*](mailto:francisca.fernandez@lwebmail.net)